



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Dirección General de Gestión del  
Desarrollo de Recursos Humanos

# RECURSOS HUMANOS EN SALUD AL 2011

Evidencias para la toma de decisiones

Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos

Lima – Perú  
Agosto 2011

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Recursos humanos en salud al 2011: Evidencias para la toma de decisiones / Ministerio de Salud. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud - Lima: Ministerio de Salud; 2011.

116 p.; ilus.; tab., graf.

Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud; N°14

FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS / CONDICIONES DE TRABAJO / FUERZA DE TRABAJO / LEGISLACIÓN LABORAL / ADMINISTRACIÓN DEL PERSONAL EN SALUD / NECESIDADES Y DEMANDAS DE SERVICIOS DE SALUD, estadísticas & datos numéricos / CERTIFICACIÓN / PLANES DE INCENTIVO PARA LOS MÉDICOS / ANÁLISIS DE DATOS, métodos / EVALUACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD / DISCIPLINA LABORAL, tendencias / SALARIOS Y BENEFICIOS / TOMA DE DECISIONES

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca nacional del Perú N° 2011-09349

“Recursos Humanos en Salud al 2011: Evidencias para la toma de decisiones”

**Formulación:**

Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud – ONRHUS

**Elaborado por:**

Dr. Juan Arroyo

Mag. Juliana Hartz

Mag. Milos Lau

**Apoyo Técnico:**

**Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos**

Dr. Manuel L. Nuñez Vergara

Dra. Betsy R. Moscoso Rojas

Dr. Pedro J. Mendoza Arana

Ing. Reyna Pastor Salas

Ing. Walter Pérez Lázaro

**Organización Panamericana de la Salud**

Dr. Norbert Dreesch

Dr. Giovanni Escalante Guzmán

**Diseño de Portada:**

Tec. Daves Sánchez Barrueto

© Minsa, 2011

**Ministerio de Salud**

Av. Salaverry N° 801, Lima 11 – Perú

Tel.: (51-1) 315-6600

<http://www.minsa.gob.pe>

[webmaster@minsa.gob.pe](mailto:webmaster@minsa.gob.pe)

**Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos**

Av. Arequipa N° 810, 4to. Piso – Lima 11 – Perú

Tel.: (51-1) 623-0001, 623-0002, 623-0003, 623-0004, 623-0005 (Anexos 292, 241)

<http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/>

Primera Edición, 2011

Tiraje: 550 unidades

**Impreso en:** Kinko's Impresores S.A.C / Av. Venezuela 2344 / T. (511) 33-66699 / [www.printing.com.pe](http://www.printing.com.pe)

**Versión digital disponible:**

<http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp>

<http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/index.html>

**MINISTERIO DE SALUD**

Dr. Carlos Alberto Tejada Noriega  
**Ministro**

Dr. Enrique Roberto Jacoby Martínez  
**Viceministro**

Dr. Raúl Pedro Suárez Álvarez  
**Director General**

Dirección General de Gestión del  
Desarrollo de Recursos Humanos



Los estudiosos de la ciencia han teorizado acerca de la evolución de las ideas, y han hecho notar que estas, de manera similar a los seres vivos, surgen, compiten con otras ideas, y pueden extinguirse o irse fortaleciendo en la medida en que demuestran adaptabilidad y evolucionan.

Una idea que viene demostrando su fortaleza es la de basar nuestro quehacer en las evidencias. En el campo de la salud el concepto se atribuye a Archibald Cochrane, en 1972; en la década de los 80 dio origen al movimiento de Medicina Basada en Evidencias, y ya desde inicios de la década de los 90, se reclamaba su adecuación al campo de la gestión, bajo la forma de una Gestión de Salud Basada en Evidencias y de Políticas de Salud Basadas en Evidencias.

A diferencia del campo de la práctica clínica, en el cual la base de evidencias era amplia, y la discusión era de calidad y fuerza de la evidencia, en el campo de la salud pública existe todavía un problema serio en la generación de evidencias. Y sin ellas, esta potente idea no podrá ser aplicada.

Por ello nos parece un paso esencial la existencia del Observatorio Nacional de Recursos Humanos, con base en el Ministerio de Salud, pues permite acopiar datos y establecer un primer piso para la generación de evidencia. Nos alegramos también de las publicaciones, tales como las Series Bibliográficas de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, y de otras Direcciones Generales y Oficinas del Ministerio de Salud, pues contribuyen a esta base, en muchos casos elaborando y construyendo sobre la información generada por el Observatorio.

En esta lógica, los Informes País presentan una mirada panorámica, solicitada por el Ministerio de Salud a una institución académica, que nos permite, por un lado, ordenar las evidencias que se van generando, y al analizarlas en conjunto, apreciar patrones y tendencias, logros y desafíos, que sustenten las decisiones a ser tomadas en el campo de los recursos humanos.

El primer Informe País, publicado el año 2005, permitió identificar la agenda de problemas y las intervenciones priorizadas para responder a ellos. El presente Informe País, a la vez que documenta de manera sintética lo actuado en los cinco años transcurridos desde el primer Informe, actualiza la agenda de desafíos pendientes. Nos permite apreciar avances significativos, como por ejemplo haber logrado que la razón de médicos por 10,000 habitantes entre el estrato V y el estrato I haya pasado de 3.03 en el 2004 a 1.96 en el 2009, con lo cual uno de los problemas estructurales de nuestro sistema de salud se va revirtiendo. Nos muestra también situaciones para las cuales nuestras estrategias actuales están siendo rebasadas por la realidad, como el problema de la migración profesional, al hacer notar por ejemplo, que en el quinquenio 2004-2008 han abandonado el país más de 5,000 médicos y más de 15,000 profesionales, si sumamos solamente médicos, enfermeras, obstetras y odontólogos. Invitamos a la comunidad involucrada con los recursos humanos en salud, a revisar este Informe, así como los documentos y datos que los sustentan, muchos de los cuales están siendo también publicados por el Ministerio de Salud. Confiamos en que sea de utilidad a todos, tanto para tomar decisiones en los ámbitos institucionales

que a cada uno correspondan, como para tener una base compartida de evidencias en los espacios de diálogo y concertación multi-institucional. Así haremos realidad el concepto de Cochrane y de todos los profesionales que, al trabajar sobre él, nos dieron un soporte conceptual y metodológico cada vez mayor para que nuestras políticas y nuestra gestión sean de impacto y logren resolver los problemas de salud de nuestra población.

**Dr. Raúl Pedro Suárez Álvarez**  
**Director General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos**  
**Ministerio de Salud**

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1: EVOLUCION DE LOS DESAFIOS 2005-2011</b>	<b>17</b>
1.1. Las brechas entre la formación y el trabajo en salud	18
1.2. La flexibilización y precarización del trabajo en salud	19
1.3. Conflictividad dentro del sector salud	20
1.4. Debilidades en la regulación de la formación, capacitación y trabajo en salud	21
1.5. Los desafíos para el progreso en el empleo y capacitación.	23
1.6. El problema de la gobernabilidad en el campo de los recursos humanos	23
<b>CAPÍTULO 2: TRANSICION Y SUPERPOSICION DE AGENDAS</b>	<b>25</b>
2.1. Disponibilidad y distribución de los profesionales de salud	27
2.2. Aumento de las tasas de profesionales de salud en el quintil más pobre.	27
2.3. Reestructuración del SERUMS, dándole énfasis en el primer nivel de atención.	27
2.4. Inicial regulación de la formación universitaria y técnica	28
2.5. Vinculo laboral bajo el régimen especial de contrato administrativo de servicios (RECAS)	29
2.6. Desaceleración del crecimiento del número de universidades que tienen la carrera de medicina.	29
2.7. Reducción de la brecha en la distribución de profesionales de salud	29
2.8. Aumento del déficit de especialistas.	30
2.9. Insatisfacción laboral mayoritaria.	30
2.10. Pirámide etárea del MINSa con fuerte porcentaje de trabajadores mayores de 45 años.	31
2.11. Agravamiento en el tema de migraciones de los recursos humanos en salud.	32
2.12. Niveles de inequidad salarial de las remuneraciones en los dos prestadores de servicios más importantes (EsSalud y MINSa).	32
2.13. Conflictividad laboral en aumento.	33
<b>CAPITULO 3: DESAFÍOS PARA EL PRÓXIMO QUINQUENIO 2012-2017</b>	<b>35</b>
3.1. Disponibilidad y flujo de los recursos humanos dentro del sector salud.	35
3.2. Gestión de los recursos humanos en salud.	36
3.3. Problemas relacionados a las capacidades de gestión.	38
3.4. Formación de los recursos humanos en salud.	40
3.5. Problemas laborales de los recursos humanos en salud.	40
<b>CAPÍTULO 4: INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE RECURSOS HUMANOS EN SALUD</b>	<b>41</b>
4.1. La Fuerza de Trabajo en Salud	41

4.1.1.	Los Recursos Humanos del Perú en el contexto latinoamericano.	<b>42</b>
4.1.2.	Los Recursos Humanos en salud según institución: el Sector Público como principal empleador.	<b>44</b>
4.1.3.	La distribución de los recursos humanos por especialidades.	<b>45</b>
4.1.4.	La distribución de los recursos humanos según área geográfica	<b>52</b>
4.1.5.	Distribución de Recursos Humanos en Salud según estratos de pobreza	<b>59</b>
4.1.6.	El SERUMS reformado como herramienta para mejorar la distribución	<b>64</b>
4.1.7.	Distribución de recursos humanos según situación de salud	<b>68</b>
4.1.8.	Recursos humanos en salud según condición laboral	<b>69</b>
4.1.9.	Recursos humanos en salud según edad	<b>70</b>
4.1.10.	Migración de Profesionales de Salud.	<b>72</b>
4.2.	La Formación de Recursos Humanos en Salud.	<b>80</b>
4.2.1.	Formación de Pre-grado en salud: amplia oferta y desregulación	<b>83</b>
4.2.2.	La formación de Especialistas en Salud.	<b>85</b>
4.2.3.	La formación de Técnicos en Salud.	<b>87</b>
4.3.	Remuneraciones de los Recursos Humanos en Salud.	<b>90</b>
4.4.	Satisfacción de los Trabajadores.	<b>93</b>
4.5.	Rectoría: Políticas y Regulación de Recursos Humanos en Salud.	<b>94</b>
4.5.1.	El paso del IDREH a la Dirección General de Recursos Humanos.	<b>94</b>
4.5.2.	Las raíces de la problemática actual: auge y liquidación del modelo burocrático.	<b>97</b>
4.5.3.	El régimen laboral de la década: Ley Marco de Empleo Público, SERVIR y RECAS.	<b>99</b>
4.5.3.1.	La Ley Marco del Empleo Público.	<b>101</b>
4.5.3.2.	La Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR).	<b>101</b>
4.5.3.3.	El Régimen Especial de Contrato Administrativo de Servicios.	<b>103</b>
4.5.4.	Disponibilidad y Distribución de los REHUS: el SERUMS renovado.	<b>103</b>
4.5.5.	Certificación y Recertificación Profesional.	<b>105</b>
4.5.6.	Regulación de la formación: la acreditación trunca.	<b>106</b>
4.5.7.	Regulación de la Formación de Especialistas: PROSALUD.	<b>107</b>
4.6.	Conflictividad en el Sector Salud.	<b>108</b>
4.6.1.	Distribución de la conflictividad laboral.	<b>108</b>
4.6.2.	Causas de los conflictos laborales.	<b>111</b>
4.6.3.	Principales conflictos laborales en el sector salud 2001-2010.	<b>113</b>

## **BIBLIOGRAFÍA**

**115**

Si tuviéramos que esquematizar el gran proceso de los recursos humanos del sector público peruano, para entenderlo cabalmente, debiéramos “capturar” sus tres etapas históricas: la primera, entre las décadas de 1950 a 1980, en que primó la regulación desde el enfoque estatista intervencionista; la segunda, que abarcó los 90, en que se destruyó la regulación previa y se dio pase abierto a la flexibilización laboral con precarización y a la multiplicación de entidades formadoras en salud; y la tercera, que es la que vivimos en estos años 2000, en que se ha empezado a reconstruir la regulación, con un pronóstico reservado sobre el futuro, requiriéndose claridad programática sobre las características que podría tener en el Perú un modelo gerencial y democrático en recursos humanos y la estrategia y relación de fuerzas para darle viabilidad.

El primer informe al país de octubre del 2005 dio cuenta de la situación en la que se encontraban entonces los recursos humanos en salud. Luego de cinco años de su publicación ha sido necesario realizar un nuevo balance, con la finalidad de producir nuevos elementos para la toma de decisiones y contribuir con la formulación y gestión de las políticas públicas. En este sentido es un documento que busca sistematizar los avances y dificultades en relación a la línea de base del primer informe, así como identificar las nuevas tendencias o fenómenos.

Por el objetivo que persigue, sin embargo, que es dar cuenta del dinamismo de un campo complejo en permanente construcción y redefinición, este informe se ha visto obligado a mirar más allá del periodo 2005-2010 y a insertar más bien dicha visión de proceso en una línea de tiempo mayor, que arranca en 1990, que fue el punto de inicio del ciclo largo de recursos humanos de desestructuración del campo de recursos humanos peruano, que ha marcado profundamente la situación actual.<sup>1</sup>

Visto así panorámicamente el tema, en este ciclo largo se ha producido un punto de inflexión alrededor de los años 2003-2004, un viraje aún no global, con muchos rezagos inerciales, pero de todas maneras un cambio del curso general. Este cambio se ha dado más en cuanto a la política general de recursos humanos del sector público en el Perú, que en relación a la situación de los recursos humanos en salud en el Perú.

Esto quiere decir que si se analiza la situación general de los recursos humanos en salud veremos más continuidades y por tanto la persistencia de la vieja agenda, mientras que si analizamos las políticas públicas de recursos humanos, observaremos más innovaciones y por tanto la emergencia, aunque débil, de una nueva agenda. Deberán pasar unos años más para verificarse si el viraje hacia nuevas políticas públicas de recursos humanos ha sido completo y si la situación de los profesionales y trabajadores del Estado en salud se ha modificado sustancialmente. En el campo de

1 Arroyo, Juan. Los sistemas descentrados de recursos humanos en salud. El caso del Perú. Ciencia y Saude Colectiva, 2006, pp 1063-1072.

las políticas de recursos humanos se busca abandonar el régimen flexible precario de los 90 y orientarse hacia el desarrollo de la carrera pública en salud. Sin embargo, persiste aún la precarización salarial y la rigidez del modelo burocrático, en que las remuneraciones no tienen relación alguna con los desempeños y el Estado puede convertirse en un fin en si mismo, más que un medio para lograr salud y bienestar.

El debate actual gira entonces entre la reinención de un nuevo régimen y estatus para los recursos humanos en salud o el retorno al modelo burocrático de los 80. Lo burocrático ahora, a diferencia de los 60 y 70, no enarbola la existencia de un orden sistémico en el MINSA y el sector salud, sino sólo la restauración de los nombramientos, elemento imprescindible pero no suficiente. Hay así el riesgo de la postergación del debate sobre cuál debiera ser el mejor régimen de contratación para un Estado que agregue valor público a la economía y sociedad.

¿Cómo podríamos resumir lo sucedido en la presente década? Como vamos a ver, si generamos *un tesoro o palabras claves de todas las intervenciones relevantes en la década en el campo de recursos humanos en salud*, éstas han sido las siguientes: Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH), mayor dotación, mejor distribución, Transformación del Servicio Rural Urbano Marginal en Salud (SERUMS), Comisión de Acreditación de Facultades de Medicina (CAFME), precursora de la acreditación, CIRHUS o capacidades para la gestión, nombramiento de despedidos, SERVIR Autoridad Nacional del Servicio Civil y CAS o nuevo régimen de contratación.

Todas ellas son políticas o medidas de política que han marcado ya una huella en el devenir de los recursos humanos en salud y dejarán una herencia a la siguiente década. Son iniciativas que ya son realidades.

De toda la información que hemos revisado se concluye en que el gran logro de la década es la expansión importante de los recursos humanos en el MINSA y ESSALUD y su redistribución hacia las zonas más pobres a través del SERUMS transformado. Ello ha conllevado el aumento de la capacidad resolutive de puestos y centros de salud y posibilitado la atención de poblaciones ancestralmente excluidas. Ello se ha logrado bajo el impulso de la idea fuerza de la gestión ministerial actual, del aseguramiento universal en salud. Pero ya el tema del SERUMS y la redistribución de plazas se venían debatiendo, con iniciativas como la del Servicio Médico Comunitario y otras.

Junto a las políticas ya en pleno desarrollo, la Dirección General de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRRH) ha generado ideas, perfiles y proyectos como el programa de dotación, capacitación y retención de recursos humanos para el aseguramiento universal –PROSALUD–, la estructuración de la carrera pública en salud, la creciente coordinación entre la DGGDRRH, SERVIR y SINEACE, la operación desde

el MINEDU del SINEACE-CONEAU para acreditación y certificación, el plan nacional de capacitación, el programa nacional de dotación de especialistas para los ámbitos descentralizados y el Programa de Formación en Salud Familiar, entre muchas otras. Todo este paquete de proyectos deberá ofrecer sus frutos en el próximo quinquenio, dependiendo ello en mucho de que sean acogidos por el próximo gobierno 2011-2016.

Si se analiza de dónde partieron y cómo se procesaron estas iniciativas se apreciará que las fuerzas motrices provinieron de diferentes puntos del Estado y de la cooperación, y tuvieron diferentes motivaciones.

- El IDREH surgió en el gobierno de Transición, el 2001, por la gravedad de la crisis crónica de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), y fue un acierto porque dio relativa autonomía al campo y cerró un largo periodo de declinación de la anterior Unidad orgánica de recursos humanos en el MINSA, la ENSAP. La iniciativa de formación del IDREH surgió de la gestión ministerial del Dr. Eduardo Pretell, asumiendo las conclusiones de la Comisión ad hoc encargada de evaluar a la ENSAP, conformada por los doctores Eduardo Paredes, Juan Arroyo y Constantino Domínguez.
- La desaparición del IDREH el 2007 partió de una iniciativa del Gobierno Central para disminuir el número de Organismos Públicos Descentralizados. Fue por tanto una iniciativa exógena al sector salud, que tuvo dos años en el vacío a la Unidad de Conducción de Recursos Humanos. Gracias a la persistencia del equipo de directivos y la incidencia de la Organización Panamericana de la Salud pudo constituirse la Dirección General de Recursos Humanos en el Reglamento de Organización y Funciones del MINSA como un órgano de línea y, por ende, cerca del máximo nivel de decisión.
- La mayor dotación y mejor distribución de profesionales en provincias, con el SERUMS transformado, nació de la experiencia del equipo que ha venido conduciendo el programa desde años antes y que encontró su ventana de oportunidad con el desarrollo del Programa JUNTOS y luego, con el aseguramiento universal, que requieren de más profesionales en los espacios alejados del país.
- La Comisión de Acreditación de Facultades de Medicina (CAFME), precursora de la acreditación durante los años 1999-2005. Surgió como respuesta a la multiplicación de facultades de medicina. Fue fruto de un frente muy amplio, gestionado a través del Colegio Médico y las universidades que habían mantenido un nivel de calidad ante los riesgos del deterioro de los estándares de la formación médica.

- El desarrollo de capacidades de los funcionarios en gestión de políticas de recursos humanos a través del curso CIRHUS. Surge de una alianza estratégica de la OPS/OMS, la cooperación brasileña y las universidades de la subregión andina y Brasil. Ha generado equipos de funcionarios con un enfoque renovado para la gestión del campo de los recursos humanos en salud.
- El proceso de nombramiento de médicos fue promovida por la Federación Médica en el sector salud y gestionado desde el Ministerio de Trabajo y el Gabinete de Ministros para su ejecución a través del Ministerio de Salud. Se trató más bien de una iniciativa extra-sectorial.
- La creación de la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR) y del Contrato Administrativo de Servicios (CAS), como una nueva modalidad contractual que reemplaza los contratos por Servicios no Personales (SNP), surgieron por dispositivos del Ejecutivo que formó previamente comisiones en el Ministerio de Trabajo y la Presidencia de Consejo de Ministros (PCM) para resolver los temas de carrera pública y régimen salarial.

Se deduce del listado una lección importante para el futuro: cuando las iniciativas son convergentes entre el MINSAL y los otros organismos del Estado los efectos son consistentes, como el incremento de nuevas plazas para profesionales SERUMS y la aprobación del PROSALUD. Sin embargo, cuando el MINSAL no es debidamente consultado o tiene una limitada participación, se ocasionan daños colaterales como la abrupta eliminación del IDREH y la desaparición de la CAFME.

El repaso de este “tesauro de intervenciones”, que se detallarán más adelante, sirve sin embargo para mostrar que el futuro de los recursos humanos en salud se define en buena medida fuera del sector y que la visión intra-institucional con que se trabaja comúnmente el tema otorga ventaja para formulaciones de política no siempre bien definidas. La Dirección General de Recursos Humanos requiere una mayor coordinación sectorial con ESSALUD, las Sanidades Militares y sector privado, y con las DIRESAS e inter sectorial, con SERVIR y con el SINEACE, así como con el Ministerio de Trabajo y la Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros. En realidad los recursos humanos en salud son primero recursos humanos del sector público, y sobre esa base tienen su régimen específico.

De otro lado, *junto al “tesauro de las intervenciones” conviene tener también un “tesauro de la situación de los recursos humanos”*, esto es, igual, palabras claves que resuman la situación al final de la década en el campo de recursos humanos.

¿Cuáles podrían ser las palabras claves que resumen otros resultados de la década en recursos humanos? Listamos los siguientes: mayor dotación de profesionales, mejor equidad con una mayor distribución hacia las áreas pobres, incremento del déficit de especialistas, aumento de las migraciones al exterior, presencia de migraciones interinstitucionales en el sector, acreditación de facultades de medicina y de salud débil, malestar con el régimen CAS, desarrollo de capacidades en base a gasto de bolsillo, insatisfacción laboral y persistencia de la conflictividad. Estos son desafíos pendientes.

Con la mayor inversión en infraestructura, equipamiento y recursos humanos se ha quebrado la paradoja o contraste que venía dándose en esta década en el Perú, entre un sector salud paralizado en un contexto de auge económico.<sup>2</sup> No se ha resuelto aún la brecha abierta en décadas, pero sí aminorado distancias. Esto viene teniendo obvias repercusiones positivas sobre los indicadores de salud en las zonas más pobres del país.

Sin embargo, la otra lección aprendida es saber *diferenciar las necesidades de re potenciamiento y de reforma y aprender a calibrarlas*. No sólo se requieren más recursos humanos, sino otras políticas y prácticas de recursos humanos. No sólo se requiere extender el actual sistema de salud, para que alcance en cobertura a todos, sino reformarlo. El desfase del sistema de salud, respecto al crecimiento de la demanda y, la muy débil inversión en salud en décadas pasadas han puesto en el primer plano el re potenciamiento. Pero se requiere también innovar la política de recursos humanos y el sistema de salud.

Esto supone aceptar que *se necesita ampliar la agenda y perspectiva de trabajo en el campo de recursos humanos a aspectos sectoriales e inter-sectoriales*, como el régimen de personal, el régimen salarial, el programa nacional de desarrollo de capacidades en salud, la promoción de una readecuación o reforma universitaria en salud, la construcción de un sistema de monitoreo y evaluación del desempeño, los sistemas de incentivos, el sistema estratégico de información, la investigación programática, el mejoramiento del clima laboral, la gestión de recursos humanos, entre otros. Por tanto, es imperativo reforzar la Unidad de Conducción de Recursos Humanos, invertir en la plataforma institucional de rectoría en el campo temático.

En ese sentido las políticas para los recursos humanos tienen una especificidad también, respecto a las políticas de recursos humanos para los servicios, resumidos en el alineamiento. Se ha reflexionado siempre que las políticas de recursos humanos son políticas-medios que se definen en función de las políticas-fines, que son las de cada sistema de salud y sus servicios. Pero ello, llevado a extremos, podría sacrificar el desarrollo de los recursos humanos con tal que sean un eslabón eficiente en la

---

2 Arroyo, Juan. La salud inmóvil: Parálisis del sistema de salud en un ciclo expansivo de la economía. Asociación Pro Derechos Humanos, Informe de los DESC a un Año de Gobierno, nov. 2007, 14 pags.

cadena de producción de servicios. Por eso, *no sólo el sistema de salud tiene problema con sus recursos humanos, también los recursos humanos tienen problemas con el sistema de salud*. Pese a que uno de los lemas caros en salud en el Perú es que se trata de “personas que atienden personas”, se ha perdido o desdibujado esta distinción sutil en el caso de los recursos humanos en salud, pues en este caso los medios – las personas – no son medios sino fines y no laboran con entrega sin una motivación, que no necesariamente es material. La política de recursos humanos tiene también este encargo, que hace que se deba intervenir en el campo de la gestión de recursos humanos y no sólo en el de la dotación de recursos al sistema.

## EVOLUCION DE LOS DESAFIOS 2005-2011

Ha habido un fuerte trabajo en el campo de recursos humanos en salud en la década que está terminando. *Hoy existe en el Perú una comunidad epistémica<sup>3</sup> en recursos humanos, esto es, una comunidad integrada por gestores, cooperantes e investigadores, comunidad que, por contraste, no existe en el campo de los servicios de salud; igualmente se ha desarrollado una línea de investigación y producción editorial, que sustenta el accionar y la política en recursos humanos; y se han obtenido logros en la realidad de los recursos humanos fruto de la implementación de ideas-fuerza e iniciativas que han logrado respaldo político y financiamiento.*

Los integrantes de esta comunidad ocupan eventualmente cargos de dirección, lo que hace que los gestores de universidades, investigadores o cooperantes a veces se conviertan en funcionarios, y viceversa. Ello ha establecido una articulación entre teoría y praxis. Si bien falta aún mucho por hacer por salir del estilo empirista y coyuntural de conducción que prima en el sector salud peruano. Pero, esto diferencia a este campo temático, de otros en el MINSA, en que, o no existe una conexión entre la comunidad de reflexión y los funcionarios, o éstos hacen su noviciado en el tema recién a partir de su designación en los cargos.

Esta relación entre gestores, cooperantes e investigadores es crucial, porque se necesita un efecto de distancia para la evaluación permanente, lo más objetiva posible, de la praxis de la gestión, y a su vez se necesita un involucramiento prudente de los cooperantes e investigadores en la acción para su no desfase de la realidad. La revisión de todo lo actuado en la década en recursos humanos en salud *recomienda fortalecer este triángulo entre gestores, cooperantes e investigadores, que ha sido importante para los avances dados. Este entrelazamiento se daba antes con el IDREH y en la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Nacional de Salud.*

Hay que enfatizar que cada vez que algún integrante de la comunidad epistémica ha ocupado cargos claves en la conducción de la política de recursos humanos, se han obtenido mayores avances. Es el caso actual de la DGGDRRH y de CONEAU. Y viceversa, cuando se colocan directores o funcionarios que no conocen el tema, sólo por criterios de confianza, se vuelve errático el sentido direccional, o se pierde tiempo precioso, o incluso se bloquean iniciativas importantes. Fue el caso de CAFME, cuyo auge se dio con sus dos primeros directores, decayendo en su tercera gestión, cuando se puso un asesor de confianza a la cabeza, que no era entendido o interesado en el tema.

---

3 Peter Hass introdujo en 1989 el concepto de “comunidades epistémicas”, como redes de expertos en un campo temático. Ver: Haas, Peter. Do regimes matter? Epistemic communities and the Mediterranean pollution control. International Organization, 1989, 43(3), 377-403. También: Haas, Peter. Introduction: Epistemic communities and international policy coordination, International Organization, 1992, 46(1), 1-35.

Claro, el hecho de que en este último tramo de los 2000 esté un grupo de la comunidad temática de recursos humanos en la Dirección General de Recursos Humanos no garantiza que no existan puntos ciegos, omisiones o énfasis unilaterales.

*A continuación presentamos los principales problemas identificados en el Primer Informe pasado y los cambios que éstos han experimentado en los últimos cinco años. Trataremos de apreciar si la antigua configuración sigue vigente o se está dando paso a tendencias nuevas, algunas de las cuales puedan desarrollar un cambio en la situación general de los recursos humanos. Ello permitirá identificar además en qué aspectos se ha avanzado y en qué otros aún falta trabajar para llegar a cumplir los desafíos establecidos a raíz de los resultados del Primer Informe al País.*

## **1.1. Las brechas entre la formación y el trabajo en salud**

### **1.1.1. Políticas y/o acciones implementadas.**

Con el fin de poder regular la relación entre la educación y el trabajo, el Congreso aprobó en mayo del 2006, mediante la Ley N° 28740, la creación del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE). El SINEACE estableció como obligatorias la certificación y la acreditación para las carreras de salud. Se anuló la CAFME, que había avanzado la acreditación de facultades de medicina, y se integró al naciente sistema nacional de acreditación.

### **1.1.2. Resultados.**

La acreditación de universidades y la certificación de profesionales dio un salto cualitativo al convertirse en una normatividad para todas las universidades y profesionales. Pero, su reglamentación e implementación han sido muy lentas desde el MINEDU. De esta forma, las iniciativas en salud desde la base, coordinadas entre la Dirección General de Recursos Humanos y la ASPEFAM han vuelto a ocupar el espacio vacío. La acreditación de las universidades se ha estancado. Dos instrumentos vienen sirviendo sin embargo para remodelar la oferta universitaria conforme a las necesidades de los servicios: el Examen Nacional y el SERUMS. Se ha logrado avanzar en el tema del Examen Nacional tanto para medicina como para enfermería como un factor de competencia en las universidades y de mejora en la calidad de educación. De esta manera, los resultados de estos exámenes marcan la pauta para el puntaje de SERUMS. Sin embargo, se observa que de manera general son las mismas universidades las que ocupan los primeros lugares y otro grupo el que siempre ocupa los últimos lugares.

### 1.1.3. Recomendaciones.

Se requiere saber articular las iniciativas desde el MINSA con aquellas que son extra sectoriales. La desaparición de CAFME sin su reemplazo ha sido un error. Los procesos nacionales toman más tiempo y es posible y necesario avanzar la acreditación y certificación desde el sector salud, o plantear iniciativas extrasectoriales desde el propio sector salud. En este tema es conveniente estimular un diálogo intersectorial a nivel del Estado, pues, como explica O'Neil<sup>4</sup>, muchas veces los *stakeholders* de otras áreas que no son de salud no están involucrados en los cambios en el sector, así como, de otro lado, los gestores de la salud no tienen control sobre todas las variables necesarias para solucionar los problemas que se les aparecen.

## 1.2. La flexibilización y precarización del trabajo en salud

### 1.2.1. Políticas y/o acciones implementadas.

La creación del Régimen Especial de Contrato Administrativo de Servicios (RECAS o CAS) el año 2008 ha reemplazado los Servicios No Personales (SNP). Constituye un intento por abrir una alternativa nueva de régimen laboral. Actualmente existen casi 40 mil trabajadores bajo régimen CAS.

### 1.2.2. Resultados.

Este nuevo régimen de contratación (RECAS), si bien integra algunos beneficios antes no existentes con los SNP, no ha representado, al menos hasta el momento, un cambio sustantivo en la condición económica de los profesionales de salud y, por tanto, en el retroceso de la precarización. Las manifestaciones de la precarización siguen presentes.

La estadística existente muestra que para el caso del MINSA, aquellos profesionales que se encuentran bajo el régimen Decreto Legislativo 276, el promedio del monto anualizado de sus remuneraciones, bonificaciones e incentivos duplica a aquellos profesionales que tienen un vínculo laboral bajo el Régimen Especial de Contrato Administrativo de Servicios (RECAS).

Un último estudio auspiciado por la Dirección General de Recursos Humanos del MINSA ha elaborado un Índice de Trabajo Decente (ITD) para los trabajadores del sector salud, concluyendo que la percepción de insatisfacción laboral es muy profunda en el grupo de trabajadores que se encuentran vinculados laboralmente bajo el régimen del D. Leg. 1057 (RECAS).

4 O'Neil, Mary. Human resource leadership: the key to improved results in Health, Human Resources for Health, Cambridge, 2008.

Según el informe mencionado, el ITD del personal CAS es de cuatro puntos sobre un total de 15. Este puntaje es un motor de desincentivo para el ingreso de potenciales recursos humanos calificados, especialmente de médicos especialistas.

Por último, un estudio auspiciado por la OPS/OMS (2009) señala que en relación con las remuneraciones, la percepción generalizada es que estas son muy deprimidas y desmotivadoras y que no alcanzan a cubrir las necesidades básicas de los trabajadores de las instituciones del MINSA estudiadas.

### 1.2.3. Recomendaciones.

El cambio al nuevo régimen no ha sido suficiente y amerita una revisión. El sentido del cambio fue la incorporación parcial de beneficios antes inexistentes con los SNP. Pero los dos problemas percibidos por el personal prosiguieron: el nivel salarial global y la no pertenencia institucional. Quizás este último elemento deba ser también aliviado, por lo que las alternativas deben contemplar procesos que reconozcan e induzcan la permanencia del profesional en salud dentro de una perspectiva de evolución continua, compromiso con resultados y bonificación al desempeño.

## 1.3. Conflictividad dentro del sector salud

### 1.3.1. Políticas y/o acciones implementadas.

**A nivel del MINSA** en los últimos años se han formado mesas paritarias o de diálogo, con el objetivo de que las partes puedan tener un espacio de conversación y evitar conflictos que paralicen la prestación de los servicios.

La DGGDRH viene implementando un sistema de monitoreo de conflictos con informe periódicos acerca de la situación en distintos puntos del país. No obstante, los boletines que devienen del monitoreo aun no se convierten en herramientas de toma de decisión efectivas para disminuir el problema de la conflictividad sectorial.

### 1.3.2. Resultados.

Si bien en los 90 la conflictividad estuvo contenida, con la llegada de la democracia, y específicamente en el gobierno del Presidente Toledo, la situación se desembalsó. Al apreciar toda la década, de los 184 conflictos laborales en salud registrados, el 29.3 % fueron conflictos de carácter nacional.

Se puede constatar un aumento considerable de conflictos laborales en todo el país en los últimos años. Mientras que en el año 2005 se registraron cuatro conflictos laborales, entre paros y huelgas, en el 2010 han sido registrados 27 conflictos laborales

de los distintos grupos de interés que forman el campo de los recursos humanos en salud. En cinco años la conflictividad aumento en 675%.

Las causas que llevaron a los conflictos laborales en el sector obedecen a demandas por aspectos económicos: 30 % relacionada a mejoras en las remuneraciones (incremento de salarios y bonificaciones de productividad) y 23 % al incremento de presupuesto para el sector salud.

### 1.3.3. Recomendaciones.

Es necesario instalar un sistema de prevención y gestión de conflictos, que vaya más allá de las mesas por urgencias o las mesas sin capacidad de negociación y decisión. Las mesas deben mantenerse, pero convendría hacer un mapeo de las diferencias, para plantear salidas más de mediano plazo, construidas con los propios involucrados, como el sistema de carrera pública en salud. Hace falta, por encima de todo, un pacto sectorial por la salud, que ayude a incorporar las diferencias en su exacto lugar y dimensión.

## 1.4. Debilidades en la regulación de la formación, capacitación y trabajo en salud

### 1.4.1. Políticas y/o acciones implementadas.

La reestructuración del SERUMS ha sido una de las políticas más importantes, utilizada estos últimos tres años, para mejorar la distribución de los recursos humanos en el país. Los cambios que contienen su reforma han sido tres. El primero ha sido la modificación del mecanismo de asignación de las plazas para serumistas, que antes eran por sorteo y ahora son por méritos, conforme a una prueba. El segundo ha sido el establecimiento de bonificaciones para los exámenes de residencia, para los postulantes que opten trabajar en zonas alejadas. El tercero ha sido la utilización rigurosa del mapa de pobreza de FONCODES para la ubicación de los distritos prioritarios, en extrema pobreza.

En relación con la distribución de especialistas, el problema sigue siendo grave. Se han tomado medidas aún iniciales. El principal esfuerzo ha sido la focalizar de más de 80 especialidades a las 25 más prioritarias de acuerdo a varios factores como los poblacionales, pobreza, epidemiología y demandas, entre otros, así, son 25 programas identificados para que los hospitales programen el 90% de sus plazas libres y el 100% de plazas de destaque. Por otro lado, en alianza con universidades regionales, se está incentivando la creación de programas de especialización en universidades al interior del país que comúnmente no los ofertan, con el objetivo de evitar una mayor migración de especialistas a capitales regionales o a instituciones ajenas al MINSA (por ejemplo EsSalud) o a otros países.

En esta misma línea es que se han organizado brigadas de especialistas para la atención temporal en las zonas de inicio del aseguramiento universal en salud, así como se ha contratado en forma flexible (labor de 15 días por mes) a especialistas para laborar en establecimientos que afrontan un grave déficit de especialistas.

#### **1.4.2. Resultados.**

La reorientación del SERUMS ha tenido impacto directo sobre la redistribución de profesionales de salud hacia las zonas más pobres y alejadas.

La estadística de la presencia de serumistas por quintiles de pobreza confirma que el propósito inicial de la reforma del SERUMS se ha venido dando. En relación con la cobertura a nivel de distritos en extrema pobreza, se ha pasado del 52% al 89% de presencia con el SERUM, cambiando la situación original de los 811 distritos más pobres del país.

Los resultados de las acciones tomadas con relación a la brecha de especialistas podrán constatare a partir del año 2012, pues son intervenciones con impactos al mediano plazo. Sin embargo, la situación es grave: en el MINSA faltan unos 6,000 especialistas; y esta brecha se ha ido agravando a través de los años.

Uno de los factores que viene incidiendo directamente en la brecha de los especialistas en el considerable aumento de la migración de ellos en la última década, la que obedece a un aumento de la demanda global por especialistas (todos los países necesitan especialistas) y a la creciente migración interna: los especialistas migran hacia instituciones que brindan mejores condiciones para su desarrollo humano y profesional. Los receptores actuales son ESSALUD y el sector privado. Se está, pues, en un contexto de lucha por el recurso escaso, en la que el MINSA viene quedándose por detrás de sus competidores.

#### **1.4.3. Recomendaciones.**

La redistribución de los profesionales de salud hacia todas las regiones y provincias necesitadas debe ahora ir más allá del SERUM, lo que supone establecer incentivos para ello y utilizar otros instrumentos, como la carrera pública en salud. En relación a los especialistas, lo que se ha hecho es muy inicial y debe generalizarse, combinando incentivos económicos con garantías para el desarrollo personal y profesional (acceso a servicios básicos, comunicación, capacitación y/o educación continua, infraestructura y equipamiento médico, etc.).

## 1.5. Los desafíos para el progreso en el empleo y capacitación.

### 1.5.1. Políticas y/o acciones implementadas.

De acuerdo a las entrevistas realizadas, no ha habido una tendencia marcada en los últimos años en relación a este tema: la inversión en capacitación en el presupuesto del MINSA ha disminuido. No hay mucha disponibilidad de fondos para capacitación.

### 1.5.2. Resultados.

Las evidencias disponibles muestran que este aspecto está rezagado. El estudio auspiciado por la OPS/OMS/OMS (2009)<sup>5</sup> encontró una percepción mayoritaria negativa sobre la calidad de infraestructura que el personal usa en sus labores diarias; reveló igualmente que un considerable porcentaje del personal sufre de malestares o molestias frecuentes asociadas a las condiciones de trabajo (26% de los encuestados declara tener fatiga física, mental y stress).

### 1.5.3. Recomendaciones.

Los encargados de la salud ocupacional en el país necesitan también un programa de salud ocupacional. Y en general, una política de calidad de vida del personal de salud, que involucre, además de mejoras remunerativas, fórmulas de compensación no salarial y programas de reconocimiento al mérito. Los programas de capacitación, por ejemplo, son bien vistos por el personal. Esta experiencia no sería nueva, pues se tiene, entre otros, el background que dejó el Proyecto AMARES, que terminó el 2005. Es necesario, además, involucrar mucho más a los gobiernos regionales y locales, los organismos no gubernamentales y las empresas para que apoyen en la mejora de las condiciones de vida, la capacitación y la ampliación de las oportunidades de desarrollo personal y profesional.

## 1.6. El problema de la gobernabilidad en el campo de los recursos humanos

### 1.6.1. Políticas y/o acciones implementadas.

El problema de gobernabilidad en el campo de los recursos humanos en salud, alertado en el primer Informe País, vivió su punto más crítico en el 2007 con la desaparición del IDREH. Ahí se abrió un periodo de organicidad provisional, que afectó la acumulación previa. Posteriormente se formó la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRRHH) reinstalándose un centro de dirección del campo

5 OPS/OMS. Condiciones de Trabajo y Salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Lima2009.

de recursos humanos. Pero, como sabemos, una cosa es el mandato legal y otra la realidad: la rectoría, en el actual escenario, es una conquista permanente.

### 1.6.2. Resultados.

La DGGDRRHH ha sido un avance respecto a épocas anteriores, pero no es tanto por su institucionalidad u organigrama, sino por su concentración de un núcleo de especialistas en recursos humanos en salud. Como se ha dicho antes, parte de la “comunidad epistémica” ha estado integrada en la DGGDRRHH y ello ha ahorrado aprendizajes. Queda aún pendiente que la DGGDRRHH ejerza a plenitud sus funciones de carácter sectorial así como fortalezca su capacidad de incidencia y abogacía en lo inter-sectorial y los espacios descentralizados.

De igual forma, mientras la DGGDRRHH logra convergencia interna en su equipo técnico, no se observa esta misma evolución en los otros equipos claves del MINSA por lo que aún no se observa una acción sistémica, con evidentes retrasos en la implementación de las políticas públicas.

En el nuevo Estado descentralizado, la rectoría significa gobierno multinivel, concertación intergubernamental e interinstitucional, conducción pública y privada. Las Direcciones Nacionales están en este viraje de la operación propia a la conducción de un frente amplio de gobiernos regionales y entidades públicas y privadas. La DGGDRRHH no es la excepción y está construyendo la forma de gobierno de los próximos años.

### 1.6.3. Recomendaciones.

No hay mejor estrategia que potenciar aquello que ya se tiene avanzado. Así, la legitimidad otorgada a la DGGDRRHH en el aspecto técnico debe formalizarse en un corto plazo. Luego, se debe ir ampliando la rectoría técnica con la política para que la DGGDRRHH vaya ganando el espacio dejado por el IDREH. El Comité de Coordinación Intergubernamental debe ser la herramienta para el nuevo gobierno multinivel.

## TRANSICION Y SUPERPOSICION DE AGENDAS

Desde los años 2003 y 2004 comenzaron a emerger elementos de otra política de recursos humanos del sector público peruano.

Estos nuevos elementos se han superpuesto sobre los elementos heredados de los años 90. La realidad hoy combina por eso elementos de ambos ciclos y todavía la nueva política no se ha desplegado en forma completa.

De esta manera, se ha avanzado en la disponibilidad y distribución de profesionales con énfasis en zonas alejadas y pobres, en la reestructuración del SERUMS, en eliminación casi total del vínculo laboral de servicios no personales (SNP), en la desaceleración del crecimiento del número de universidades que ofrecen carreras de salud, entre otras cosas.

No obstante, aún permanecen viejos lastres y deudas pendientes como la persistencia del centralismo en la distribución de los recursos humanos, el aumento del déficit de especialistas, el aumento de la conflictividad laboral, el retraso salarial, el relegamiento de la salud ocupacional, la alta insatisfacción laboral, el desplazamiento de la capacitación como preocupación pública, entre otros puntos.

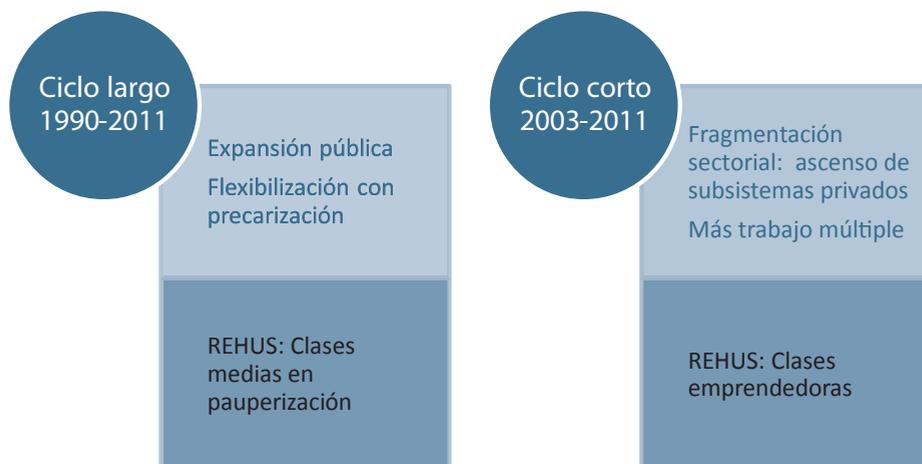
Esta superposición de lo nuevo y lo viejo hace que exista una “evolución deforme” del campo de recursos humanos, sin una simetría entre oferta y demanda ni entre todas sus componentes o aspectos. Así, la oferta educativa crece más allá de la demanda, la demanda educativa deviene internacional, se desregula la educación, el desarrollo de capacidades debe sustentarse en el gasto de bolsillo del personal de salud. Igualmente, el estancamiento de los salarios reales promueve el trabajo múltiple, la actualización permanente se ha vuelto una necesidad profesional y el sistema público pierde capacidad de atracción sobre los profesionales jóvenes.

En suma, en el campo de recursos humanos en salud se ha producido otro “esquema de reproducción”, diríamos de dos pies, un pie adentro y otro fuera, uno institucional público y otro en actividades complementarias múltiples, apareciendo, junto a la clase trabajadora mono-ocupacional, recluida en el Estado por falta de oportunidades, otros grupos emprendedores, que son los que han re-generado los sistemas de provisión, con clínicas en los conos de las ciudades, farmacias con médicos, seguros de clínicas, sistemas cooperativos, y el Sistema Municipal de los Hospitales de Solidaridad.

Ha aparecido así la figura del “ornitorrinco” de Francisco de Oliveira<sup>6</sup>, aquella figura deforme que representa ahora, según él, al Estado brasileño actual, sólo que en nuestro caso es un ornitorrinco sanitario, fruto del paso de la segmentación a la fragmentación.

6 Oliveira, Francisco de. Crítica á razáo dualista. O ornitorrinco. Boitempo Editorial, Sao Paulo, 2003.

Diagrama N°1  
TRANSICIÓN Y SUPERPOSICIÓN ENTRE DOS CICLOS



Muchos pueden ser los factores que determinaron y vienen dibujando este panorama actual.

D'Angelo (2002)<sup>7</sup> lo resume de una forma concisa al afirmar que “la construcción de políticas se hace en el contexto de realidades y demandas sociales distintas que se transforman a lo largo del tiempo. En esa perspectiva, se debe destacar los escenarios y tendencias actuales para las políticas de RRHH frente a la reforma sectorial en curso...”. De esta forma, es válido preguntarse en qué medida la construcción de políticas de recursos humanos en salud en el Perú en la última década se ha venido realizando con una visión holística, que permita mejorar las condiciones de salud de la población sin dejar de lado las mejoras del recurso clave del sector por excelencia, sus recursos humanos. O si lo que hemos denominado política de recursos humanos en la década pasada, en la práctica ha sido una política de insumos de la cadena de producción de los servicios.

En el presente informe se han identificado los siguientes cambios motrices que han venido incidiendo en forma importante en la configuración del campo de los recursos humanos en salud en estos años recientes.

7 D'Angelo, Paulo. Os pressupostos para a elaboração da política de recursos humanos nos sistemas nacionais de saúde. En: Ministério de Saúde. Política de recursos humanos em saúde. Brasília: Ministério de Saúde, 2002.

## 2.1. Disponibilidad y distribución de los profesionales de salud

En términos absolutos, existe un aumento progresivo de los recursos humanos del sector salud en el Perú.

Comparando los resultados del primer Informe País (2005) con los actuales, se encuentra una mayor dotación de recursos humanos en salud y el establecimiento de incentivos para su ubicación en las zonas alejadas y pobres. Es una forma de afrontar parcialmente los déficits originados por las migraciones de profesionales, sobre todo de especialistas, y su concentración en las grandes ciudades. Afirmamos que las tres regiones más pobres (Apurímac, Huancavelica y Ayacucho) tienen hoy una disponibilidad en el primer nivel superior al promedio del país.

Sin embargo, este viraje percibido a nivel interno no ha sido acompañado de un cambio de la posición del Perú en cuanto a disponibilidad de profesionales dentro de la región sudamericana por lo que se requiere incrementar este ritmo de crecimiento.

## 2.2. Aumento de las tasas de profesionales de salud en el quintil más pobre.

En 2004 había una combinación de centralismo e inequidad, con tasas de profesionales mayores en los departamentos de situación aceptable según el Mapa de Pobreza<sup>8</sup>. No obstante, actualmente la situación se ha revertido y el quintil más pobre tiene en general tasas más altas de profesionales de la salud que el quintil menos pobre.

Estos datos indican un cambio de un contexto: antes los estratos más pobres eran menos asistidos que los menos pobres; hoy estamos ante otro contexto, inverso y, con seguridad, más favorable.

## 2.3. Reestructuración del SERUMS, dándole énfasis en el primer nivel de atención.

Para cambiar la situación de inequidad en la cual el quintil más pobre tenía tasas más bajas de profesionales de la salud, se hizo un acuerdo político con los Gobiernos Regionales, en que se planteó la necesidad de poder reestructurar el SERUMS en el primer nivel de atención.

En función a este acuerdo se generó un incremento sustancial de las plazas y se puede confirmar que el propósito de la reforma del SERUMS se ha venido dando. Actualmente es obligatorio que todas las plazas de serumistas sean en primer nivel y son los gobiernos regionales quienes asignan las localidades o establecimientos.

8 Elaborado por el Fondo de Compensación Social y Desarrollo (FONCODES)

Los grandes cambios que contienen la reforma del SERUMS son tres. El primero ha sido la modificación del mecanismo de asignación de las plazas para serumistas, que antes eran por sorteo y ahora son por méritos, conforme a una prueba. El segundo ha sido el establecimiento de bonificaciones para los postulantes que opten trabajar en zonas alejadas. El tercero ha sido la utilización rigurosa del mapa de pobreza de FONCODES para la ubicación de los distritos prioritarios, en extrema pobreza.

En relación con la cobertura a nivel de distritos en extrema pobreza, se ha pasado del 52% al 89% de presencia con el SERUMS, que estaba desarticulado de la política de salud y ahora es el principal instrumento que permite dotar de profesionales a lugares donde no los había.

#### **2.4. Inicial regulación de la formación universitaria y técnica**

En respuesta a la situación de creación indiscriminada de Facultades de Medicina se creó en 1999 la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (CAFME). Luego, en mayo del 2006, con la creación del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE), CAFME desapareció y fue absorbido por el SINEACE.

Se puede decir que CAFME fue un motor a favor de una cultura de calidad en las Facultades de Medicina, uno de cuyos aspectos es la acreditación. Se exigió un número mínimo de docentes con maestrías y doctorados, la verificación de competencias en los syllabus de los cursos y una base de infraestructura y recursos.

Sin embargo, el SINEACE ha estado siendo implementado lentamente, lo que ha generado un vacío legal que ha alentado nuevas creaciones de facultades en salud. A pesar de que el proyecto del SINEACE es más amplio y ambicioso, este aún camina a pasos lentos.

En relación a la certificación, está en etapa preparatoria. En este lapso se ha avanzado en definir todo el instrumental para la certificación, los perfiles de competencias profesionales y laborales a cargo de los colegios profesionales y el Ministerio de Salud, los exámenes de conocimientos esenciales, desempeños esperados en una situación de trabajo simulada o real, y productos propios de cada profesión.

El Colegio de Enfermeros y el Colegio de Obstetras también han definido sus perfiles por competencias, tienen listos sus mecanismos de evaluación y se encuentran iniciando sus procesos.

Por su parte, el Colegio Médico del Perú, que inició el proceso de certificación profesional en los 90, ha aprobado un nuevo reglamento para la recertificación

médica, pero la aceptación mayoritaria del proceso de recertificación por parte de los médicos, coexiste con las dudas sobre su utilidad, el bajo interés y la exigencia por disminuir sus requisitos.

## 2.5. **Vinculo laboral bajo el régimen especial de contrato administrativo de servicios (RECAS)**

El 28 de Junio del 2008, el gobierno publicó el Decreto Legislativo N° 1057 por el cual creó un nuevo sistema de contrataciones, el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios (RECAS). Esta norma representa una mejora histórica en el sistema de contratación, pues suprime la modalidad de contratos bajo la forma de Servicios No Personales (SNP) y establece uno con duración, horario y actividades a realizar, con protección social a través de ESSALUD y aportes al sistema provisional.

En este lapso todos los trabajadores con el régimen de SNP, bastante numerosos en el sector salud, han pasado a ser RECAS. Pero como hemos visto, la precarización no se ha superado aún.

## 2.6. **Desaceleración del crecimiento del número de universidades que tienen la carrera de medicina.**

En los últimos cuatro años se puede percibir que hay una desaceleración del crecimiento del número de universidades que tienen la carrera de medicina: según el INEI, hay 30 universidades que ofrecen la carrera de medicina y 49 de enfermería, o sea, en los últimos 6 años fueron creadas dos facultades más de medicina y siete de enfermería. Sin embargo, al no contarse con la aplicación del proceso de acreditación a través del CONEAU, no es posible afirmar si habría mejorado la calidad de la formación. Algunas facultades de ciencias de la salud han buscado acreditarse a través de organismos privados especializados en evaluación de la calidad, aunque este aspecto no está totalmente regulado en el país.

## 2.7. **Reducción de la brecha en la distribución de profesionales de salud**

En el año 2004 Lima tenía una tasa de médicos por 10,000 habitantes, casi 13 veces más que la de Huancavelica (5.91 y 0.43, respectivamente) Para 2009, los datos muestran una situación que, si bien no es distinta, acorta las brechas del pasado: Lima presenta una tasa de médicos por 10,000 habitantes más de tres veces mayor a Huancavelica (15.4 y 4.3, respectivamente). Las brechas se han acortado aunque aún persiste la concentración en Lima.

La distribución por regiones de los obstetras ha venido siendo la más equitativa

en comparación con los médicos y enfermeras, siendo además la que viene desconcentrándose de la capital con mayor velocidad: en el 2004, 26.2% de Los obstetrasLos obstetras estaban en Lima y en 2009, esta tasa bajó para 21.7%.

Los odontólogos también están desconcentrándose de la capital con alguna rapidez: en el 2004 Lima tenía 37,8% de los especialistas en odontología del país y en el 2009 este número ya había caído para 30,5%. Vale resaltar que este resultado no es necesariamente bueno, pues la tasa de odontólogos por 10,000 de Lima, que ya era baja (así como el promedio del país), disminuyó aun más en este período. Sin embargo, el número de facultades de odontología y sus estudiantes ha crecido lo que indica que esta profesión opta por laborar en iniciativas privadas más que en el sector público.

## **2.8. Aumento del déficit de especialistas.**

El déficit de especialistas en el Perú viene de muy atrás, pero ha llegado actualmente a un punto crítico de bloqueo operativo de sistemas regionales y de la posibilidad misma de referencias, lo que lo hace ineludible. La ausencia de especialistas se ha hecho notoria con el aseguramiento universal, que ha aumentado la demanda por servicios de salud, sumándose a ello la expansión de la infraestructura y equipamiento en todo el sector, lo que ha puesto en evidencia una brecha de especialistas antes más oculta.

Este contexto no se va a poder revertir hasta el año 2012, porque la principal intervención del MINSA es de mediano plazo y consiste en fortalecer y expandir la formación en regiones del interior del país cambiando el modelo de formación por medio del aumento de las plazas y de oferta formativa de especialidades en las regiones del país donde aun no existen. La estrategia es formar a los médicos que ya radican en las regiones y estimularlos a trabajar ahí por al menos tres años. Esta estrategia se inició el 2009 y, por eso, los primeros resultados se verán a partir del 2012.

## **2.9. Insatisfacción laboral mayoritaria.**

La insatisfacción laboral es casi general en los trabajadores bajo todas las formas de vínculo laboral existentes en el sector, pero se ahonda aún más en el grupo de trabajadores que se encuentran vinculados laboralmente bajo el régimen del D.LEG. 1057 (RECA).

Según un estudio auspiciado por OPS/OMS, los trabajadores de la salud nombrados y comprendidos en el D. Legislativo 276, tienen un empleo decente y laboran en condiciones adecuadas, faltando incluirlos en un seguro para riesgos laborales de accidentes y contagio de enfermedades.

Al contrario, la percepción de precarización e insatisfacción es mayor en cuanto al grupo de trabajadores que se encuentran vinculados laboralmente bajo el régimen del D.LEG. 1057 (RECAS), lo que es reflejo de la pérdida o el recorte de varios derechos laborales fundamentales. Si bien el régimen RECAS ordenó en un nuevo tipo de vínculo laboral a los SNP, no se ha seguido avanzando en la reforma de las condiciones de los trabajadores del sector.

Hay quejas múltiples también referidas a las condiciones de trabajo. En una investigación auspiciada por la OPS/OMS<sup>9</sup>, se encontró que en los dos hospitales del MINSA que sirvieron como muestra, existía un escaso nivel de desarrollo de las condiciones de trabajo y salud del personal que labora en éstos, con la mayor percepción de riesgos asociada a la calidad y disponibilidad de los equipos y mobiliarios de los establecimientos de salud, el nivel de obsolescencia tecnológica de los equipos, su mal estado de operatividad, la falta de material descartable y insumos necesarios para las labores diarias. En estas condiciones, casi la tercera parte de los profesionales respondieron tener problemas de salud debido a problemas del ambiente laboral.

## 2.10. Pirámide etaria del MINSA con fuerte porcentaje de trabajadores mayores de 45 años.

Hay una lenta renovación de cuadros profesionales, técnicos y administrativos dentro de la institución. Según datos del MINSA y Direcciones Regionales de Salud, más de la mitad de los trabajadores de dicha institución son mayores de 45 años de edad. Así, el 61% de los recursos humanos del MINSA tienen entre 45 y 64 años y el 8% se encuentra en la faja etaria mayor a los 64 años. En vista de que todos ellos están en el régimen de la carrera administrativa y un porcentaje importante, cerca a la cesantía, habrá un déficit de personal y *una fuerte carga de pensiones en el futuro mediano, si es que no se instala un mecanismo contractual a través de un nuevo régimen de carrera pública en salud.*

Sin embargo, si se toman en cuenta solo a los profesionales en medicina, enfermería, obstetricia y odontología, los datos muestran que los cuadros profesionales más jóvenes casi duplican a los profesionales con mayor edad. En otras palabras, la pirámide etárea asistencial es más joven que la administrativa.

El hecho de que la población de los trabajadores en el sector no sea tan joven da base social para la resistencia a los cambios. Según Fischer<sup>10</sup>, el hecho de que la mayoría de

9 OPS/OMS. Condiciones de Trabajo y Salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Lima-Perú2009.

10 Fischer, Aniele; Tolfo, Suzana da Rosa; Pereira, Maurício Fernandes y Almeida, Martinho Isnard Ribeiro. Atuação estratégica na área de gestão de pessoas em organizações de saúde: um estudo à luz da percepção dos profissionais da área, Gestão e Regionalidade, vol. 24, nº 71, 2008.

los trabajadores no sea joven puede llevar a una estructura en que los trabajadores tienden a ser más resistentes a los cambios y, por eso, haya una gestión de personas más operacional y burócrata.

### **2.11. Agravamiento en el tema de migraciones de los recursos humanos en salud.**

El informe país del 2005 mostró un aumento de los médicos que habían migrado entre los años 1992 y 2004 del orden del 220%<sup>11</sup>. Los datos actuales señalan un agravamiento de la situación: entre los años 2004 y 2008 hubo un aumento en 281% de los médicos que salieron del país. En cifras absolutas, según el INEI han salido 4,910 médicos en los últimos cinco años.

En las demás carreras de salud la realidad en relación con la migración sigue siendo la misma. Del 2004 al 2008 se puede observar que la migración de enfermeras creció en 309% (en total, se han ido del Perú 7,838 enfermeras), la de obstetras en 380% (salieron del país 1,075) y la de odontólogos en 448% (salieron del país 1,265). Así, en promedio, el Perú ha tenido, en el período mencionado, un crecimiento de la salida de profesionales de la salud de 308.8%; esto significa en términos absolutos, la migración en cinco años de 15,088 profesionales.

La oferta educativa ha comenzado ya a ser más exportadora, no respondiendo sólo a la demanda interna. Este disloque oferta-demanda alimenta la débil gobernanza sobre la educación en ciencias de la salud. El agravamiento de las migraciones afecta la disponibilidad y distribución de profesionales, y tiene como una de sus motivaciones la precarización laboral. Alertamos la necesidad de incrementar nuevas plazas orgánicas en función a criterios demográficos, epidemiológicos y sociales para atender las crecientes necesidades de todo el sistema de salud. Además, estas plazas deberán estar enmarcadas en un nuevo régimen de carrera pública en salud que permita plena protección social pero la flexibilidad necesaria para dotar y retener al personal en los lugares con carencias, a través de incentivos, sistema de apoyo y plenas oportunidades para un desarrollo profesional continuo.

### **2.12. Niveles de inequidad salarial de las remuneraciones en los dos prestadores de servicios más importantes (EsSalud y MINSA).**

En una comparación de los montos anualizados de remuneraciones entre los profesionales de MINSA y EsSalud se observa que es la segunda quien está por encima a nivel general. El MINSA solo supera a EsSalud, por diferencias mínimas, en los dos primeros niveles de establecimientos para el caso de los médicos.

11 MINITER. Dirección de Migraciones. Reporte 2010.

Si se comparan las categorías profesionales que se han tomado en cuenta (médicos, enfermeras, obstetras y odontólogos) se observa que las diferencias de remuneraciones más considerables no están en el grupo de los médicos, sino en el resto de las categorías mencionadas. Estas diferencias llegan a superar los 19 mil soles anuales entre una y otra institución.

Estas asimetrías salariales para cargos y funciones similares genera una emigración interna del personal del MINSA hacia EsSalud lo que ha ocasionado crisis recurrentes en el funcionamiento de los servicios públicos en algunas Direcciones Regionales de Salud.

### 2.13. **Conflictividad laboral en aumento.**

En cinco años la conflictividad aumentó en 675%. Para el año 2005 se registraron cuatro conflictos laborales, entre paros y huelgas. En el 2010 han sido registrados 27 conflictos laborales de los distintos grupos de recursos humanos en salud.

Las demandas giraron en torno a lo económico: 30 % relacionadas a mejoras en las remuneraciones (incremento de salarios y AETAs) y 23 % al incremento de presupuesto para el sector salud. El resto de los conflictos fueron para demandar nombramientos (18%), cambios en aspectos de políticas (15%) y cambios en la gestión (13%).

En el balance de la década se puede apreciar que las demandas laborales en salud se han desarrollado en un escenario democrático, de post-dictadura, lo que dio paso a la movilidad con voz de los grupos poblacionales y sus demandas sociales y laborales contenidas por casi diez años. Esto produjo respuestas y resultados distintos, de acuerdo al nivel de negociación que se dio en cada caso y a los actores involucrados.



## DESAFÍOS PARA EL PRÓXIMO QUINQUENIO 2012-2017

### 3.1. Disponibilidad y flujo de los recursos humanos dentro del sector salud.

Los factores internos y externos al sector han removido el esquema de relaciones anterior entre educación y servicios, y entre las entradas y salidas el sistema de recursos humanos. Esto afecta el Esquema de Disponibilidad y Flujos de los Recursos Humanos, que conforme a lo reseñado por Dal Poz, Gupta, Quain y Soucat<sup>12</sup> se basa en un esquema de tres dimensiones:

- Formas de inicio laboral (formación en salud, formación no en salud y no formación);
- Tipos de actividad laboral (actividad relacionada a salud, no relacionada a salud y desempleo); y
- Formas de salida del sistema (migración, jubilación, discapacidad, muerte u otros motivos de alejamiento).

Es evidente, en el caso peruano, que ha habido cambios en el sector de formación y en el de trabajo, así como en sus vínculos.

Sobre las formas de inicio laboral, la formación en salud se ha desvinculado de la demanda de los servicios y atiende demanda nacional e internacional.

Sobre los tipos de actividad laboral, las cifras últimas muestran un peso creciente de lo administrativo y la gestión por encima de lo asistencial, así como el predominio de fórmulas de tiempo parcial bajo regímenes flexibles de tiempo completo.

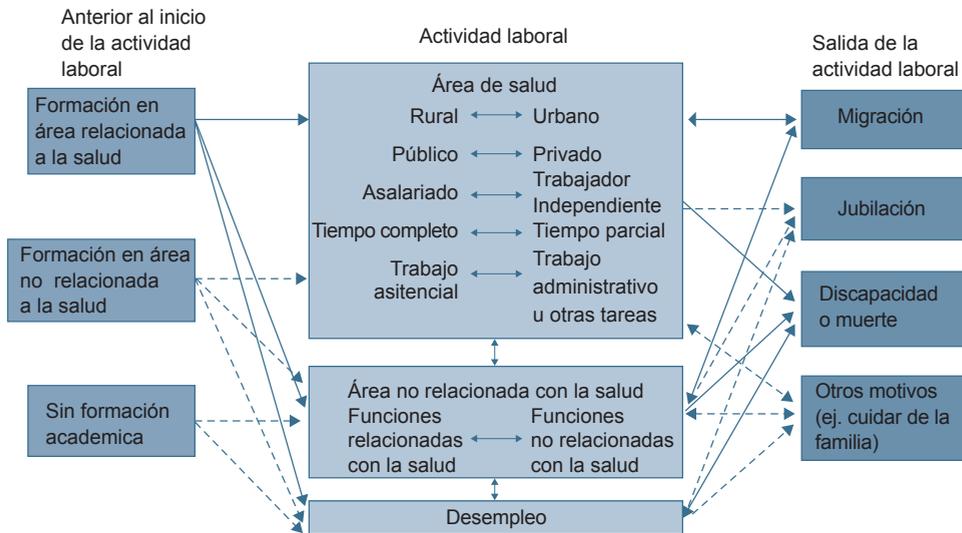
No existen aún estudios sobre desempeño ni sobre desempleo, si bien se observa la existencia de un fuerte subempleo sobre todo en la franja de técnicos y administrativos.

Sobre las formas de salida del sistema, no están compensados los ingresos con las salidas (cesantías y jubilaciones), esto es, hay envejecimiento de la pirámide etárea, sobre todo de los administrativos.

Pero la tendencia última, más grave, es la pérdida del atractivo del sector público en el mercado laboral y el crecimiento de la oferta no pública y la emigración o hacia otras entidades prestadoras o hacia el exterior del país.

12 Dal Poz, Mario; Gupta, Neeru; Quain, Estelle, y Soucat, Agnes. Manual para a Monitorização e Avaliação de Recursos Humanos de Saúde, USAID – OMS, 2009.

**Diagrama N°2**  
**Disponibilidad y flujos de los recursos humanos**



Elaboración propia en base a Dal Poz et al, 2009

### 3.2. Gestión de los recursos humanos en salud.

Planteamos tres preguntas claves:

¿Viene existiendo en el Perú una política real de gestión de recursos humanos?

¿Lo que se hace en el Perú como gestión de recursos humanos involucra las dimensiones específicas de la gestión de recursos humanos?

¿Por qué la revisión de lo actuado no comprende dimensiones propias de la gestión pública en recursos humanos, como la renovación de los sistemas de recompensas, la construcción de climas laborales satisfactorios, las políticas de motivación del personal, el desarrollo de culturas de aprendizaje organizacional, entre otras?

La política de recursos humanos durante los últimos años se ha focalizado en el sub-sector MINSa, con alguna inter-locución con las universidades, SERVIR y las Regiones de Salud.

Ha habido un énfasis en la oferta, por lo que la agenda de los agentes comunitarios en salud, los técnicos y auxiliares, la incidencia en la regulación de los institutos tecnológicos superiores ha sido inexistente.

Igualmente se ha hecho muy poco para frenar la multiplicación indiscriminada de las universidades de dudosa calidad y en la capacitación y perfeccionamiento del personal a través de alianzas entre prestadores y formadores.

En realidad, la gestión de recursos humanos ha estado centrada en la selección del personal, o mejor, en la dotación de personal para los servicios, o también en las tasas de disponibilidad y distribución. Se ha tenido una “mirada demográfica” del tema de recursos humanos. El concepto clave ha sido el de “brechas”, lo que ha permitido, por lo visto, aminorarlas para las zonas más pobres. Este es indudablemente un logro de los últimos tres años.

Sin embargo, la gestión de recursos humanos, lo que se hace con ellos luego de que ingresan al sistema de servicios, lo que se ha denominado gestión del potencial o talento humano, no ha obtenido particular atención.

La política de recursos humanos se ha centrado en los incentivos para su permanencia en provincias, con lo cual ha sido la política de servicios de salud la que ha orientado la gestión de recursos humanos, pero sin atender al personal mismo.

Este es el talón de Aquiles de la política de recursos humanos seguida desde las instancias de rectoría en el campo de recursos humanos: su práctica subsunción o absorción por las políticas de producción de servicios, con lo cual al final ha primado la vieja concepción del personal como “insumos” de la función de producción antes que como “personas que sirven a personas”.

Por eso la insatisfacción laboral imperante, señal de alarma de lo pendiente en la gestión de recursos humanos. Se requieren alianzas y pactos sociales con los gobiernos regionales y locales, las empresas y sociedad civil para otorgar a la fuerza laboral mejores condiciones de vida para ellos y sus familias.

Por eso decíamos en otro escrito, que hay que *diferenciar las necesidades de repotenciamiento y de reorientación y aprender a calibrarlas*.

Se requiere no sólo más médicos y enfermeras, sino otras políticas de gestión de recursos humanos, no sólo más personal dentro del mismo sistema, no sólo más recursos humanos, sino otras políticas y prácticas de recursos humanos.

El desfase del sistema de salud respecto al crecimiento de la demanda y la muy débil inversión en salud en décadas pasadas, han puesto en el primer plano el repotenciamiento, pero se requiere también innovar la política de recursos humanos y el sistema de salud.

La palabra reforma ha sido desplazada, lo que omite las múltiples deudas pendientes en cuanto al mejoramiento y rediseño del sistema.

Esto implica aceptar que *se necesita ampliar la agenda de trabajo en el campo de recursos humanos a aspectos*, como el régimen de personal, el régimen salarial, el programa nacional de desarrollo de capacidades en salud, la promoción de una readecuación o reforma universitaria en salud, la construcción de un sistema de monitoreo y evaluación del desempeño, los sistemas de incentivos, el sistema de información sectorial, la investigación programática, entre algunos otros aspectos.

*Para ello es necesario reforzar la Unidad de Recursos Humanos en su noción de ente rector para todo el sistema de salud, invertir en la plataforma institucional de gobernanza en el campo temático.*

En ese sentido las políticas para los recursos humanos tienen una especificidad también, respecto a las políticas de recursos humanos para los servicios, resumidos en el alineamiento. *No sólo el sistema de salud tiene problema con sus recursos humanos, también los recursos humanos tienen problemas con el sistema de salud.* Pese a que uno de los lemas caros en salud en el Perú es que se trata de “personas que atienden personas”, se ha perdido o desdibujado esta distinción sutil en el caso de los recursos humanos en salud, pues en este caso los medios – las personas – no son medios sino fines y no laboran con entrega sin una motivación, que no necesariamente es material.

De esta forma, la gestión de recursos humanos debiera ser, como la llamarían Passos y Santana<sup>13</sup> una función de mediación política y técnica entre los objetivos del manejo de la fuerza de trabajo disponible y los objetivos políticos contenidos en la misión institucional, reconociendo así que los recursos humanos y los sistemas de salud van de la mano.

Como lo menciona Nunes et al. (2010),<sup>14</sup> el desafío está en gestionar los recursos en constante transición y no en administrar la estabilidad y la rutina. En el Perú los gestores de servicios no tienen aún directrices sobre cómo conducir y gestionar sus recursos humanos, lo que lo vuelve un terreno aún virgen y expuesto al estilo espontaneo de los gestores.

### 3.3. Problemas relacionados a las capacidades de gestión.

Un tema importante y relacionado con el problema anterior es la formación de los directivos y gestores del sector salud. Según Fischer et al.<sup>15</sup>, el hecho de que ellos sean

13 Santana, José Paranguá de. (Orgs.). *Negociação coletiva do trabalho em saúde*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; Natal: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/UFRN, 2000. p.91-125.

14 Nunes, Ana; Cardeira, Carmelita; Oliveira, Solange y Souza, Vera. *Gestão de pessoas em saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

15 Fischer, Aniele; Tolfo, Suzana da Rosa; Pereira, Maurício Fernandes y Almeida, Martinho Isnard

graduados en profesiones relacionadas a la medicina y no a la administración puede originar problemas en la gestión de personas que, sobre todo en el sector de salud, es estratégica y de suma importancia para su progreso.

Así, en su estudio él muestra quejas de trabajadores entrevistados que han tenido dificultades de implementar una nueva idea de gestión porque sus directivos, sin conocimiento de principios básicos de administración, no comprendían su real importancia y resistían al cambio. En este contexto es difícil desarrollar políticas adecuadas a las demandas del personal que trabaja en las instituciones de salud.

Consultando con estadística nacional, se puede apreciar la relación entre las profesiones y la cantidad de profesionales, por carrera, en cargos de dirección o gerencia en los establecimientos de salud del MINSA.

*Algo que llama la atención es que apenas el 2,2% de los directores/gerentes es administrador por formación, mientras que el 11,4% de los médicos ejerce cargos directivos.*

*Más específicamente, el 16,2% de los directivos es graduado en una de las cuatro principales profesiones de salud (son médicos, enfermeras, odontólogos u obstetras). De la categoría “no específica” podemos sacar que hay una cantidad enorme de directivos/gerentes sin una formación específica o que tuvo dudas al declarar su profesión (63,8%). De cualquier forma, la cuestión es que probablemente no son profesionales en administración.*

Esto muestra que la gestión de personas en las instituciones del sector de salud muchas veces no exige una formación específica en administración y la gestión de personas queda limitada, tendiendo apenas al control más burocrático o a prácticas esencialmente operacionales, sin el abordaje de otros aspectos importantes para el desempeño del sector, como programas de compensación, beneficios, entrenamiento o remuneración.

En el caso de los técnicos, sin formación administrativa profesional, la tendencia es que la gestión de personas se limite a un control más burocrático o a prácticas esencialmente operacionales, sin adentrar a otros aspectos necesarios para la integración de los colaboradores a la misión organizacional, como los programas de compensación, beneficios entrenamiento o remuneración.

En resumen, factores como la centralización del poder, la mala calificación de personas que ocupan cargos estratégicos y el desinterés de la dirección con relación a la importancia de la gestión de las personas son cuestiones importantes que deben ser solucionadas para mejorar el desempeño del sector de salud.

---

Ribeiro. Atuação estratégica na área de gestão de pessoas em organizações de saúde: um estudo à luz da percepção dos profissionais da área, *Gestão e Regionalidade*, vol. 24, nº 71, 2008.

### 3.4. **Formación de los recursos humanos en salud.**

En el sistema de formación de los recursos humanos en salud un problema clave es el distanciamiento entre los centros formadores y las necesidades de los servicios. Este distanciamiento se revela en dos dimensiones.

En primer lugar, la inadecuación de los profesionales formados en relación con las competencias requeridas, lo que se traduce en la dificultad para ejercer las competencias para el cuidado de la salud en las personas, así como para desarrollar labores de gestión del cuidado y la atención en salud.

En segundo lugar, el distanciamiento se da en el desarrollo de estrategias insuficientes para el real dimensionamiento de la formación en salud y cómo esta debería adaptarse a las necesidades del sector y no basarse en presupuestos establecidos por los centros de formación con respecto a una realidad del sector muchas veces equivocada.

### 3.5. **Problemas laborales de los recursos humanos en salud.**

Uno de los principales problemas que afronta la gestión del trabajo es la presencia de trabas laborales, relativas a remuneraciones, incentivos, escalafón y condiciones laborales. Este hecho es un factor que determina, sin lugar a dudas, trabas en la continuidad y calidad de la asistencia prestada a los pacientes, y no solo al grupo humano prestador de servicios.

De esta forma, la reinversión de un vínculo laboral se presenta como un factor clave para poner fin a la progresiva precarización de los recursos humanos en salud. Es necesario darse cuenta que la solución a este problema ya no pasa por una simple reivindicación por medio del incremento de recursos económicos.

Como se verá más adelante, el personal médico ya no “se mueve” a zonas alejadas solo por el dinero. Es hora de hablar del desarrollo humano de los recursos humanos. Y de la remuneración al mérito, que exige sistemas de evaluación del desempeño.

Se debe tomar en cuenta que la precarización es el resultado de formas de contrato desleales al propio trabajador y de acciones inadecuadas frente a las responsabilidades públicas del sector salud.

Por tanto, las alternativas deben contemplar procesos que reconozcan e induzcan la permanencia del profesional en salud dentro de una perspectiva de evolución continua, capaz de responder a las nuevas demandas, ya sea en lo más relacionado a su formación como en cuanto afrontar cargos de gestión.

## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

En este capítulo se presenta información básica, pero detallada, de los principales cambios acontecidos tanto dentro del mundo del trabajo como del mundo de la educación en salud, de la fuerza laboral en salud y de la formación en salud.

Ambas dimensiones estarán contextualizadas dentro de la política, normativa y regulación vigentes en cada época analizada, porque es en base a ella en que los actores se van moviendo para ir encontrando el punto medio de desempeño de cada etapa, sea o no beneficioso para el sistema de recursos humanos.

### 4.1. La Fuerza de Trabajo en Salud

En el Perú el sector salud está dividido en cuatro subsectores prestadores: el Ministerio de Salud (MINSa), el Seguro Social (ESSALUD), la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional y el subsector privado.

Los recursos humanos en salud incluyen a todos los profesionales y trabajadores del sector y también a los residentes, que son contratados por el periodo que dura su formación (tres años generalmente), así como los profesionales que están haciendo el Servicio Rural Urbano Marginal (SERUM), que dura un año.

En términos absolutos, a lo largo del tiempo en el Perú ha venido dándose un aumento progresivo de los recursos humanos del sector salud. En el año 1992 el total de la fuerza laboral del MINSa y ESSALUD eran aproximadamente de 66,000 trabajadores; para el año 1996 ésta se incrementó aproximadamente a 101,000 y hacia los años 2004-2005 comprendía a 132,781 trabajadores, entre ambas instituciones, de los cuales 97,382 trabajaban en el MINSa y 35,399 en el Seguro Social de Salud (EsSalud). Había además alrededor de 7,230 laborando en las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) del subsector privado, si bien esta última cifra incluye médicos y personal asistencial a disposición en los directorios de las EPS y sólo un personal más pequeño de planta. El directorio de médicos de las EPS que trabajan exclusivamente en las EPS y no laboran por tanto ni en el MINSa ni en ESSALUD totaliza 3,240.

Según los datos del Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud (2010), se estima que en el 2009 trabajan en el sistema de salud peruano un total de 187,023 trabajadores y profesionales, de los cuales 123,663 lo hacen en el Ministerio de Salud y 42,654 en el Seguro Social de Salud (EsSalud). Las EPS tienen un personal de 7,230 personas y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, 13,476 profesionales, técnicos y auxiliares. Este contingente de 187,023 trabajadores y profesionales de salud atiende la salud de los 29 millones 461 mil peruanos estimados para el 2010.

Comparando los resultados del primer Informe País (2005) con los actuales, se encuentra que lo nuevo en los últimos años ha sido el viraje hacia una mayor disponibilidad y una mejor distribución de los profesionales de salud, con la mayor dotación de recursos humanos en salud y el establecimiento de incentivos para su ubicación en las zonas alejadas y pobres, reviriéndose así parcialmente los déficits originados por las migraciones de profesionales, sobre todo de especialistas, y su concentración en las grandes ciudades.

Sin embargo, este viraje percibido a nivel interno no ha posicionado mejor al Perú en el ranking latinoamericano de disponibilidad de recursos humanos en salud. Esto sugiere que lo que Perú viene avanzando en cinco años, la mayoría de países lo viene haciendo a ritmos más acelerados.

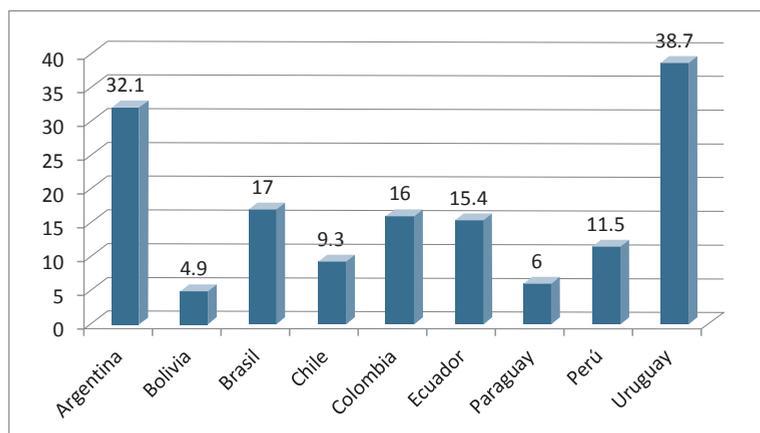
#### 4.1.1. Los Recursos Humanos del Perú en el contexto latinoamericano.

Al comparar la situación de la disponibilidad de profesionales en salud del Perú con la región, lo que los datos sugieren es que el Perú presenta tasas de disponibilidad de médicos y odontólogos bajas y de enfermeras bastante altas.

En primer lugar, en relación a los médicos, en el 2009 Perú presentó una tasa de médicos por habitante de 9.4 por 10,000 habitantes, según la información de la OPS/OMS. Esta tasa es casi cuatro veces menor que la de Uruguay y tres veces menor que la de Argentina, países que tienen las tasas más altas en América latina.

Además, a la desventaja comparativa mencionada se suma el hecho agravante que esta tasa no ha cambiado en comparación con el Informe al País anterior, que presentaba datos de 2004. En resumen, a lo largo de los cinco últimos años, la tasa de médicos por 10,000 habitantes no ha avanzado, a pesar de ser baja.

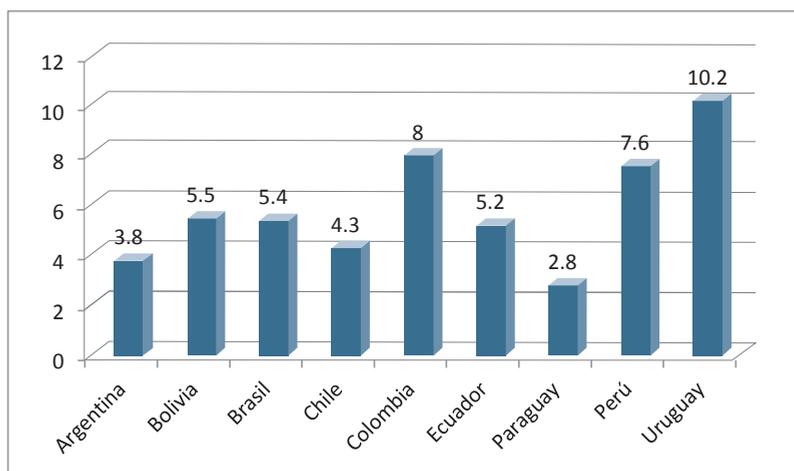
**Gráfico N°1**  
**América del Sur: Tasa de médicos por 10,000 habitantes, 2009**



Fuente: OPS/OMS, 2010.

En segundo lugar, en relación con la disponibilidad de enfermeras, se observa que el Perú tiene una de las más altas tasas de disponibilidad por habitante dentro de la región (9.7 enfermeras por 10,000 habitantes), tasa que es cuatro veces mayor que la de Paraguay y tres veces mayor que la de Argentina. Cabe mencionar que, en general, los países de América del Sur no experimentaron grandes cambios en la tasa de enfermeras en el período observado.

**Gráfico N°2**  
**América del Sur: Tasa de enfermeras por 10,000 habitantes, 2009**



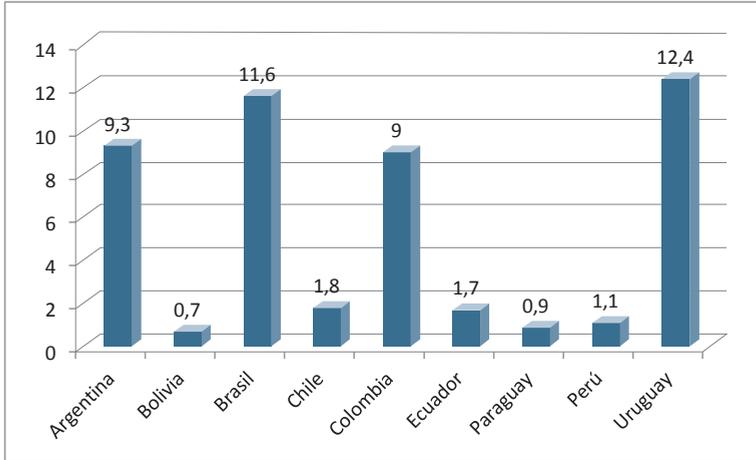
Fuente: OPS/OMS, 2010.

Finalmente, para el caso de los odontólogos, la tasa disponibilidad está entre las más bajas de la región (1.1 odontólogos por 10,000 habitantes), pues es 12 veces menor que la de Uruguay y 11 veces menor que la de Brasil, países con las más altas tasas.

Al igual que los resultados observados dentro de los médicos, la situación es grave porque la tasa permanece igual desde el 2004, mientras que la mayoría de los países latinoamericanos presentó alguna mejora.

Gráfico N°3

América del Sur: Tasa de odontólogos por 10,000 habitantes, 2009



Fuente: OPS/OMS, 2010.

#### 4.1.2. Los Recursos Humanos en salud según institución: el Sector Público como principal empleador.

Si se compara a los dos principales sistemas de salud en el Perú, se puede ver cuán grande es el problema que enfrenta el MINSa en relación con la disponibilidad de recursos humanos en salud.

Así, las mayores tasas de disponibilidad de profesionales médicos y de enfermería se presentan en el Seguro Social de Salud (EsSalud); mientras que el MINSa es superior en disponibilidad de obstetras y odontólogos.

Los datos que sustentan lo mencionado son los siguientes: la tasa de médicos en el MINSa es de 7.17 por 10,000 habitantes, mientras que en EsSalud es 10.44 médicos por 1,000 asegurados. Por otro lado, la tasa de enfermeras en el MINSa es 7.16 por 10,000 habitantes y en EsSalud es de 10.93 por 10,000 asegurados. Por su parte, la tasa de odontólogos en el MINSa es de 0.97 por 10,000 habitantes, mientras que en EsSalud es 0.85 por 10,000 asegurados. Finalmente, la tasa de obstetras en el MINSa es 3.46 por 10,000 habitantes y en EsSalud, 1.32 por 10,000 asegurados.

Tabla N°1

Perú: Tasas de disponibilidad de MINSA y EsSalud según categorías profesionales, 2009

Profesionales	MINSA 1/	EsSalud 2/
Medico	7.17	10.44
Enfermera	7.16	10.93
Obstetra	3.46	1.32
Odontólogo	0.97	0.85

Fuente: 1/ Base de Datos Nacional de Recursos Humanos 2009 - ONRHUS - DGGDRRH – MINSA

2/ Información Remitida por ESSALUD - 2009 (no incluye CAS Cajamarca, Sullana y Tumbes), 2010.

En comparación con los datos del 2004, que fueron presentados en el Informe País anterior, se observa una tendencia a la baja en la tasa de disponibilidad del MINSA y otra tendencia opuesta, de aumento, en la tasa de recursos humanos por asegurados en EsSalud: *todas las tasas del MINSA han bajado y todas de EsSalud han subido, de manera que ahora EsSalud pasó al MINSA en la tasa de odontólogos por asegurados.*

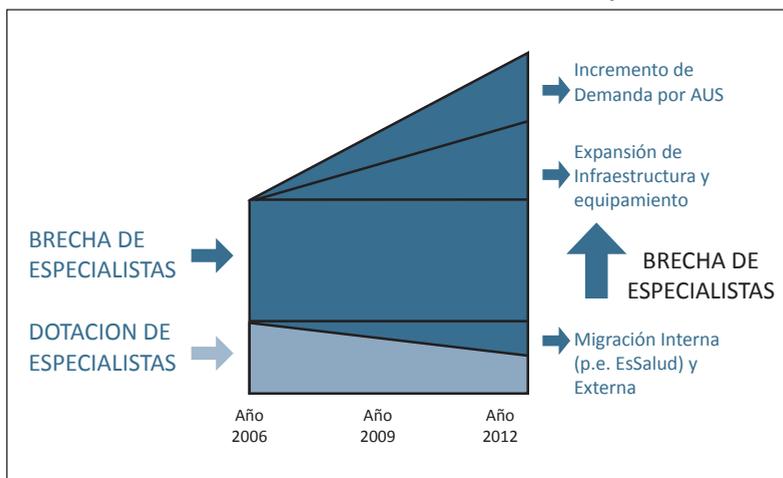
#### 4.1.3. La distribución de los recursos humanos por especialidades.

A pesar de que el anterior Informe País reportó un importante aumento de médicos especialistas entre la década de los noventas y el 2005, al presente año se puede afirmar que existe un déficit considerable de ellos.

Así, a los problemas de dotación y distribución de profesionales se le suma la falta de especialistas. En el MINSA faltan unos 6,000 especialistas. En muchas regiones no hay anestesistas, siquiátras, cardiólogos, gastroenterólogos, etc. La evaluación que tiene el MINSA es que esta brecha de especialistas se está ampliando. No hay especialistas suficientes en el Perú. Y esto en el contexto de un aumento de la demanda por la política de aseguramiento universal.

El déficit de especialistas está aumentando debido básicamente a tres motivos: el incremento de la demanda por el aseguramiento universal de salud, la expansión de infraestructura y equipamiento y la migración, sea interna o externa.

**Gráfico N°4**  
**Perú: Determinantes de la brecha de médicos especialistas**



Fuente: DGGDRH, 2010.

Así, en este contexto la brecha de especialistas está creciendo, y esta tendencia no se va a poder revertir hasta el año 2012, porque la principal intervención es de mediano plazo y consiste en fortalecer y expandir la formación en regiones del interior del país cambiando el modelo de formación por medio del aumento de las plazas y de la oferta formativa de especialidades en regiones del país donde aun no existen. La estrategia es formar a los médicos que ya están instalados en sus regiones y estimularlos a trabajar ahí por al menos tres años. Esta estrategia se inició el 2009 y, por eso, los primeros resultados se verán hacia el 2012.

En la actualidad se tiene un déficit severo de especialistas para cubrir las necesidades del sector. El estudio más reciente del MINSA, en el 2010, contabilizó un déficit de 5,686 especialistas solo en hospitales, o sea, sin considerar especialistas en el primer nivel y sin considerar especialistas de salud familiar. El Colegio Médico del Perú presenta una estimación aún más grave: un déficit de 6,398 especialistas.

Para este acápite se ha tomado en cuenta un informe elaborado por el MINSA en el 2010, el cual da cuenta de la necesidad de médicos especialistas para los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y las regiones del Perú. En este informe, por razones metodológicas se analizan separadamente la oferta y la demanda de especialistas en el país.

En primer lugar, se tiene que en el Perú, la oferta total de médicos especialistas es de 6,074. De ese número, el 61.5% pertenece a las especialidades clínicas, el 33.2% a las especialidades quirúrgicas y el 4.9% a las especialidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento. De ellas, las especialidades con mayor oferta de médicos son: pediatría,

gineco-obstetricia, cirugía, medicina interna y anestesiología. Vale mencionar que todas estas especialidades suman el 54% de la oferta de los médicos especialistas.

**Tabla N°2**  
**Perú: Oferta de médicos especialistas del MINSA, 2010**

ESPECIALIDAD	Frec
Pediatría	911
Gineco Obstetricia	770
Cirugía General	650
Medicina Interna	515
Anestesiología	442
Traumatología	254
Psiquiatría	202
Oftalmología	178
Radiología	146
Oncología	130
Cardiología	124
Neonatología	121
Neumología	121
Otorrinolaringología	112
Medicina Intensiva	109
Gastroenterología	107
Cirugía Pediátrica	102
Emergencias y Desastres	96
Neurocirugía	92
Urología	79
Medicina Física y Rehabilitación	77
Patología Clínica	77
Dermatología	74
Anatomía Patológica	72
Neurología	67
Endocrinología	59
Cirugía Plástica	54
Medicina Familiar	53
Infectología	52
Reumatología	47
Nefrología	46
Cirugía de Tórax y Cardiovascular	31
Cirugía de Cabeza y Cuello	25
Hematología	25
Gestión /Administración en salud	22
Geriatría	18
Medicina Legal	8
Inmunología	5
Genética	1
<b>TOTAL</b>	<b>6074</b>

Fuente: ONRHUS - MINSA, 2010.

Por otro lado, los datos confirman que el problema de centralización de los recursos humanos en la capital es un problema que se replica también dentro de la población de especialistas. Así, Lima Metropolitana concentra al 56% de los médicos especialistas de todo el país. Las regiones que se encuentran en la costa del Perú son también beneficiadas en esta distribución.

Tabla N°3

Perú: Oferta de médicos especialistas por regiones, 2010

Región	Nº
Amazonas	37
Ancash	100
Apurímac	52
Arequipa	286
Ayacucho	50
Cajamarca	82
Callao	405
Cusco	132
Huancavelica	35
Huánuco	65
Ica	200
Junín	79
La Libertad	235
Lambayeque	86
Lima Metropolitana	3402
Lima Provincias	444
Loreto	34
Madre de Dios	12
Moquegua	28
Pasco	25
Piura	49
Puno	38
San Martín	39
Tacna	86
Tumbes	30
Ucayali	43
<b>Total</b>	<b>6074</b>

Fuente: ONRHUS - MINSU, 2010.

En segundo lugar, para el análisis de la demanda de médicos especialistas, el estudio mencionado se basa en dos metodologías: la primera, según la norma de categorización de los establecimientos de salud y los recursos humanos que deberían tener para la categoría asignada; la segunda metodología se basa en la demanda de médicos especialistas según el perfil epidemiológico y demográfico.

Según la primera metodología, a nivel nacional existe una demanda total de 11,176 médicos especialistas. De ellos, el 64.2% corresponde a las especialidades clínicas, el 28% a las especialidades quirúrgicas, 6.6% a las especialidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento y 1.2% a las especialidades consideradas de gestión y salud pública.

Al comparar la oferta y la demanda por especialistas se puede ver que son las especialidades que cuentan con más especialistas las que, a su vez, demandan mayor número de médicos: gineco-obstetricia, pediatría cirugía general y medicina interna.

Tabla N°4

Perú: Demanda de médicos especialistas según norma de categorización y unidades productoras de servicios de salud del MINSA y regiones, 2010.

ESPECIALIDADES	DEMANDA DE ESPECIALISTAS SEGUN UPS
<b>ESPECIALIDADES CLÍNICAS</b>	
CARDIOLOGÍA	120
DERMATOLOGÍA	60
ENDOCRINOLOGÍA	90
GASTROENTEROLOGÍA	120
GENÉTICA	
GERIATRÍA	90
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	1660
HEMATOLOGÍA	285
INMUNOLOGÍA Y ALERGÍA	
MEDICINA DEL DEPORTE	
MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES	150
MEDICINA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES	90
MEDICINA DE REHABILITACIÓN	120
MEDICINA FAMILIAR/ FAMILIAR Y COMUNITARIA	671
MEDICINA LEGAL	
MEDICINA INTENSIVA	301
MEDICINA INTERNA	822
MEDICINA ONCOLÓGICA	87
NEFROLOGÍA	90
NEONATOLOGÍA	300
NEUMOLOGÍA	120
NEUROLOGÍA	120
PEDIATRÍA	1634
PSIQUIATRÍA	122
REUMATOLOGÍA	122
<b>TOTAL ESPECIALIDADES CLÍNICAS</b>	<b>7174</b>
<b>ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS</b>	
ANESTESIOLOGÍA	792
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	90
CIRUGÍA DE TÓRAX Y CARDIOVASCULAR	90
CIRUGÍA GENERAL	990
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	90
CIRUGÍA PLÁSTICA	90
NEUROCIRUGÍA	90
OFTALMOLOGÍA	122
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	533
OTORRINOLARINGOLOGÍA	122
UROLOGÍA	122
<b>TOTAL ESPECIALIDADES QUIRURGICAS</b>	<b>3131</b>
<b>ESPECIALIDADES DE APOYO</b>	
ANATOMÍA PATOLÓGICA	120
MEDICINA NUCLEAR	0
PATOLOGÍA CLÍNICA	307
RADIOLOGÍA	310
<b>TOTAL ESPECIALIDADES DE APOYO</b>	<b>737</b>
<b>ESPECIALIDADES DE SALUD PÚBLICA</b>	
ADMINISTRACIÓN EN SALUD / GESTIÓN EN SALUD	134
MEDICINA OCUPACIONAL Y DEL MEDIO AMBIENTE	0
<b>TOTAL ESPECIALIDADES DE SALUD PÚBLICA</b>	<b>134</b>
<b>TOTAL</b>	<b>11176</b>

Fuente: ONRHUS - MINSA, 2010.

Por otro lado, la demanda de médicos especialistas según el perfil epidemiológico y demográfico es muy parecida a la calculada según la primera metodología. Así, se tiene que la demanda es de 11,738 médicos especialistas, de los cuales el 68.6% de médicos corresponde a las especialidades clínicas, 27.7% a las especialidades quirúrgicas y 3.7% a las especialidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento.

Las especialidades con mayor demanda de médicos calculadas bajo esta metodología de perfil epidemiológico también coinciden con la primera metodología utilizada, estas son: Gineco-Obstetricia con 17%, Pediatría con 13%, Cirugía General con 12% y Medicina Interna con 10%.

**Tabla N°5**

**Perú: Demanda de médicos especialistas a nivel nacional según perfil epidemiológico, 2010**

ESPECIALIDADES	DEMANDA SEGÚN PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y DEMOGRÁFICO
<b>ESPECIALIDADES CLÍNICAS</b>	
CARDIOLOGÍA	501
DERMATOLOGÍA	270
ENDOCRINOLOGÍA	173
GASTROENTEROLOGÍA	449
GENÉTICA	0
GERIATRÍA	0
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	2012
HEMATOLOGÍA	89
INMUNOLOGÍA Y ALERGIAS	21
MEDICINA DEL DEPORTE	
MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES	25
MEDICINA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	115
MEDICINA DE REHABILITACIÓN	169
MEDICINA FAMILIAR/ FAMILIAR Y COMUNITARIA	0
MEDICINA LEGAL	15
MEDICINA INTENSIVA	187
MEDICINA INTERNA	1207
MEDICINA ONCOLÓGICA	79
NEFROLOGÍA	194
NEONATOLOGÍA	57
NEUMOLOGÍA	181
NEUROLOGÍA	254
PEDIATRÍA	1558
PSIQUIATRÍA	431
REUMATOLOGÍA	68
<b>ESPECIALIDADES CLÍNICAS</b>	<b>8055</b>
<b>ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS</b>	
ANESTESIOLOGÍA	0
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	35
CIRUGÍA DE TÓRAX Y CARDIOVASCULAR	28
CIRUGÍA GENERAL	1397
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	0
CIRUGÍA PLÁSTICA	28
NEUROCIRUGÍA	94
OFTALMOLOGÍA	562
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	627
OTORRINOLARINGOLOGÍA	373
UROLOGÍA	108
<b>ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS</b>	<b>3253</b>
<b>ESPECIALIDADES DE APOYO</b>	
ANATOMÍA PATOLÓGICA	0
MEDICINA NUCLEAR	0
PATOLOGÍA CLÍNICA	351
RADIOLOGÍA	80
<b>ESPECIALIDADES DE APOYO</b>	<b>430</b>
<b>ESPECIALIDADES DE SALUD PÚBLICA</b>	
ADMINISTRACIÓN EN SALUD / GESTIÓN EN SALUD	0
MEDICINA OCUPACIONAL Y DEL MEDIO AMBIENTE	0
<b>ESPECIALIDADES DE SALUD PÚBLICA</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>11738</b>

Fuente: ONRHUS - MINSA, 2010.

Al tomar en cuenta el cálculo de la brecha de médicos según la Metodología de Normas de Categorización de Servicios de Salud y UPS, la cifra de déficit de médicos especialistas es de 6,703, los cuales se distribuyen básicamente dos grupos de especialidades: 69.4% para las especialidades clínicas y 21.9% para las especialidades quirúrgicas.

Por su parte, bajo la metodología del Perfil Epidemiológico la brecha calculada es algo mayor que la obtenida bajo la primera metodología. Así, la brecha indica un déficit de 7,032 especialistas. La necesidad de ellos se distribuye principalmente en el grupo de especialidades clínicas (68.7%) y el 26.7% para cubrir las brechas de las especialidades quirúrgicas.

Analizando a un grado más de detalle, a nivel regional se percibe que las regiones con mayor necesidad de médicos especialistas para ambas metodologías son Cusco, La Libertad y Lima Metropolitana. Asimismo, las especialidades con mayor demanda en ambas metodologías son gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general.

**Tabla N°6**  
**Perú: Necesidad de médicos especialistas según regiones, 2010**

REGIÓN	BRECHA SEGÚN PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	BRECHA SEGÚN CATEGORIZACIÓN Y UPS
AMAZONAS	-124	-216
ANCASH	-299	-643
APURIMAC	-106	-297
AREQUIPA	-368	-307
AYACUCHO	-226	-297
CAJAMARCA	-332	-314
CALLAO	-222	-124
CUSCO	-391	-561
HUANCAVELICA	-43	-136
HUANUCO	-159	-118
ICA	-154	-97
JUNIN	-227	-473
LA LIBERTAD	-567	-631
LAMBAYEQUE	-172	-197
LIMA METROPOLITANA	-1367	-477
LIMA PROVINCIAS	-426	-163
LORETO	-361	-285
MADRE DE DIOS	-71	-175
MOQUEGUA	-71	-128
PASCO	-44	-138
PIURA	-413	-316
PUNO	-388	-396
SAN MARTIN	-213	-106
TACNA	-88	-33
TUMBES	-52	-33
UCAYALI	-148	-171

Fuente: ONRHUS - MINSA, 2010.

Finalmente, los datos vuelven a confirmar una realidad constatada en el informe país anterior: en Lima Metropolitana se concentra la mayor demanda de médicos especialistas.

#### 4.1.4. La distribución de los recursos humanos según área geográfica

Si se compara la situación actual con años anteriores, puede afirmarse, sin que quepa la menor duda, que persiste el centralismo en la distribución de profesionales de salud, concentrándose estos en Lima y en la costa urbana del país. Sin embargo, se observa también una disminución de las brechas entre la capital y las demás regiones.

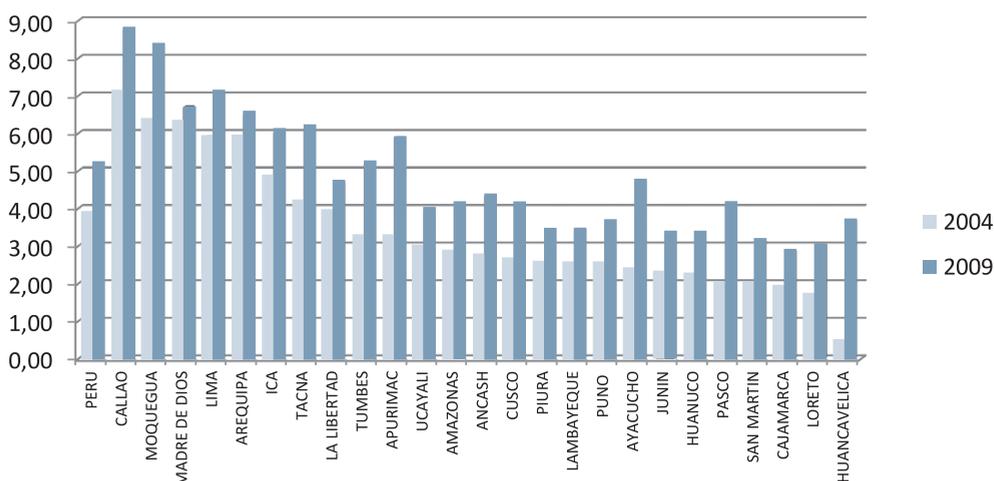
Así, si se comparan la región con mejor distribución con la de peor distribución, se tiene para el año 2004, el cuadro siguiente: Lima tenía una tasa de médicos por 10,000 habitantes casi 13 veces más que la de Huancavelica (5.91 y 0.43, respectivamente). Ya para el 2009, los datos muestran una situación que si bien no es distinta, acorta las brechas del pasado: Lima presenta una tasa de médicos por 10,000 habitantes más de tres veces mayor a Huancavelica (15.4 y 4.3, respectivamente).

Por su parte, vale mencionar que para el 2009 Huancavelica pasó a estar por encima de otras dos regiones con relación a la distribución de recursos humanos en salud: Cajamarca (2.83) y Loreto (3.00).

De esta forma, la distribución de médicos ya no es tan centralizada, pues tanto Lima como el promedio nacional presentan mejoras, el cual aumentó de 3.87 para 5.17 en el período observado.

Gráfico N°5

Perú: Tasa de disponibilidad de médicos del MINSA por 10,000 habitantes por regiones, 2004-2009



Fuente: ONRHUS - MINSAs, 2010.

**Tabla N°7**  
**Perú: Número de médicos del MINSA por regiones, 2004-2009**

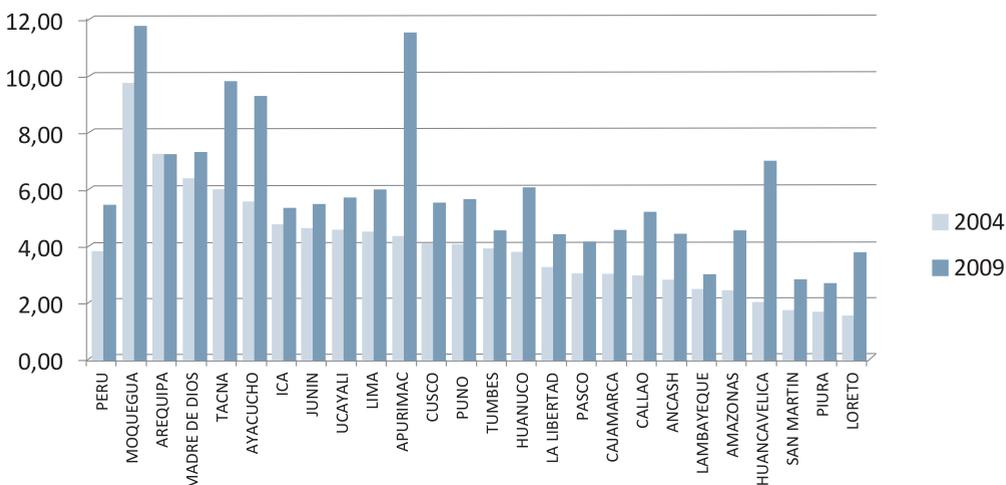
Departamentos	2004	2006	2009
<b>PERU</b>	<b>10,649</b>	<b>10,624</b>	<b>15,056</b>
AMAZONAS	124	124	168
ANCASH	310	310	482
APURIMAC	154	154	261
AREQUIPA	664	664	784
AYACUCHO	135	135	302
CAJAMARCA	289	289	423
CALLAO	575	554	812
CUSCO	325	325	520
HUANCAVELICA	20	20	172
HUANUCO	185	185	272
ICA	343	343	445
JUNIN	283	283	432
LA LIBERTAD	603	603	804
LAMBAYEQUE	287	287	408
LIMA	4,732	4,731	6,333
LORETO	156	156	291
MADRE DE DIOS	66	63	79
MOQUEGUA	104	104	141
PASCO	55	55	119
PIURA	427	427	594
PUNO	324	324	484
SAN MARTIN	154	154	242
TACNA	129	129	194
TUMBES	68	68	113
UCAYALI	137	137	181

Fuente: ONRHUS - MINSA, 2010.

Por otro lado, sobre la disponibilidad de enfermeras por 10,000 habitantes, se tiene que 11 departamentos han presentado un aumento mayor del 60% entre los años 2004 y 2009; entre ellos se encuentran departamentos históricamente desfavorecidos como Apurímac (quien pasó de una tasa de 4.22 a 11.4), Huancavelica (de 1.93 a 7.5) y Loreto (de 1.45 a 3.68). Los tres experimentaron aumentos de más de 150% en la tasa de disponibilidad. Sin embargo, la concentración de profesionales de enfermería en Lima sigue siendo alta: 34%.

**Gráfico N°6**

**Perú: Tasa de disponibilidad de enfermeras del MINSA por 10,000 habitantes por regiones, 2004-2009**



Fuente: ONRHUS - MINSA, 2010.

**Tabla N°8**  
**Perú: Número de enfermeras del MINSA por regiones, 2004-2009**

Departamentos	2004	2006	2009
<b>PERU</b>	<b>10,276</b>	<b>10,268</b>	<b>15,486</b>
AMAZONAS	104	104	181
ANCASH	307	307	480
APURIMAC	202	202	506
AREQUIPA	801	801	856
AYACUCHO	312	312	591
CAJAMARCA	442	441	660
CALLAO	232	227	468
CUSCO	493	493	683
HUANCAVELICA	89	89	325
HUANUCO	305	305	486
ICA	330	330	386
JUNIN	575	575	695
LA LIBERTAD	486	486	738
LAMBAYEQUE	272	272	346
LIMA	3,517	3,517	5,266
LORETO	135	134	357
MADRE DE DIOS	66	65	85
MOQUEGUA	158	158	197
PASCO	81	81	117
PIURA	263	263	456
PUNO	511	511	740
SAN MARTIN	126	126	210
TACNA	183	183	305
TUMBES	80	80	96
UCAYALI	206	206	256

Fuente: ONRHUS - MINSA, 2010.

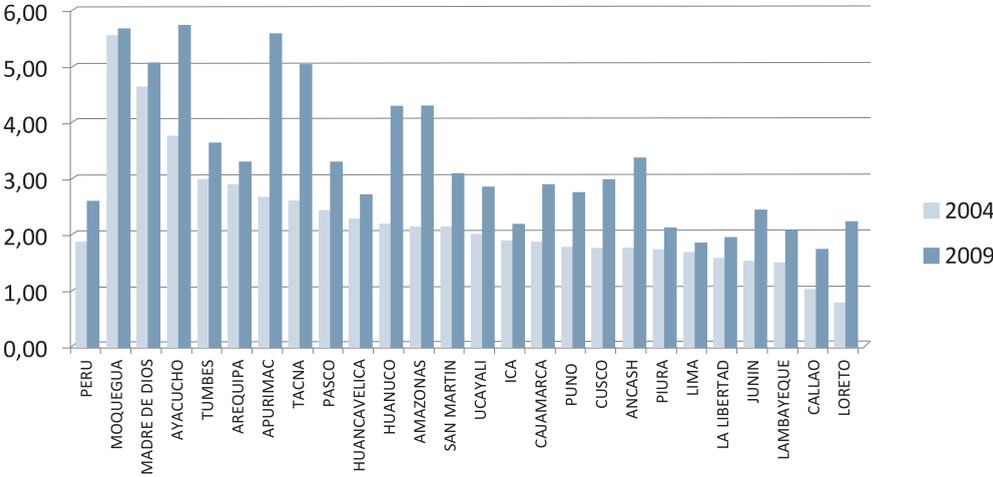
En relación a la disponibilidad de obstetras en el país, llama la atención que Lima tenga la segunda tasa de obstetras por 10,000 habitantes más baja del Perú, quedando detrás solamente del Callao. Ayacucho, el departamento con la tasa más alta de todas, tiene 5,68 obstetras por 10,000 habitantes, o sea, tiene 3.2 veces más obstetras por habitantes que la capital.

En general, todos los departamentos presentaron aumentos considerables de esta tasa entre los años 2004 y 2009: apenas 13 de los 25 departamentos tuvieron aumentos inferiores a 50% en la tasa de obstetras por 10,000 habitantes. Los departamentos que experimentaron grandes mejoras en este indicador fueron: Loreto (de 0.73 a 2.2), Apurímac (de 2.61 a 5.52), Amazonas (de 2.10 a 4.23) y Huánuco (de 2.14 a 4.23).

Así también, la distribución por regiones de los obstetras ha venido siendo la más equitativa en comparación con los médicos y enfermeras, siendo además la que viene desconcentrándose de la capital con mayor velocidad: en el 2004, 26.2% de los obstetras estaban en Lima y en 2009, esta tasa bajó a 21.7%.

**Gráfico N°7**

**Perú: Tasa de disponibilidad de obstetras por 10,000 habitantes por regiones, 2004-2009**



Fuente: ONRHUS - MINSA, 2010.

**Tabla N°9**  
**Perú: Número de obstetras del MINSA por regiones, 2004-2009**

Departamentos	2004	2006	2009
<b>PERU</b>	<b>4,996</b>	<b>4,980</b>	<b>7,390</b>
AMAZONAS	93	93	174
ANCASH	195	195	368
APURIMAC	125	125	245
AREQUIPA	319	319	389
AYACUCHO	211	211	365
CAJAMARCA	278	277	423
CALLAO	80	71	156
CUSCO	212	212	371
HUANCAVELICA	102	102	125
HUANUCO	178	178	347
ICA	130	130	158
JUNIN	186	186	308
LA LIBERTAD	238	238	326
LAMBAYEQUE	166	166	243
LIMA	1,309	1,306	1,607
LORETO	68	68	214
MADRE DE DIOS	48	45	59
MOQUEGUA	90	90	95
PASCO	66	66	95
PIURA	285	285	364
PUNO	224	224	360
SAN MARTIN	161	161	235
TACNA	79	79	157
TUMBES	62	62	78
UCAYALI	91	91	128

Fuente: ONRHUS - MINSA, 2010.

Los odontólogos, con tasas de disponibilidad por 10,000 habitantes mucho menores que los anteriores profesionales, también tienen una distribución sesgada, ubicándose básicamente en departamentos de la Costa.

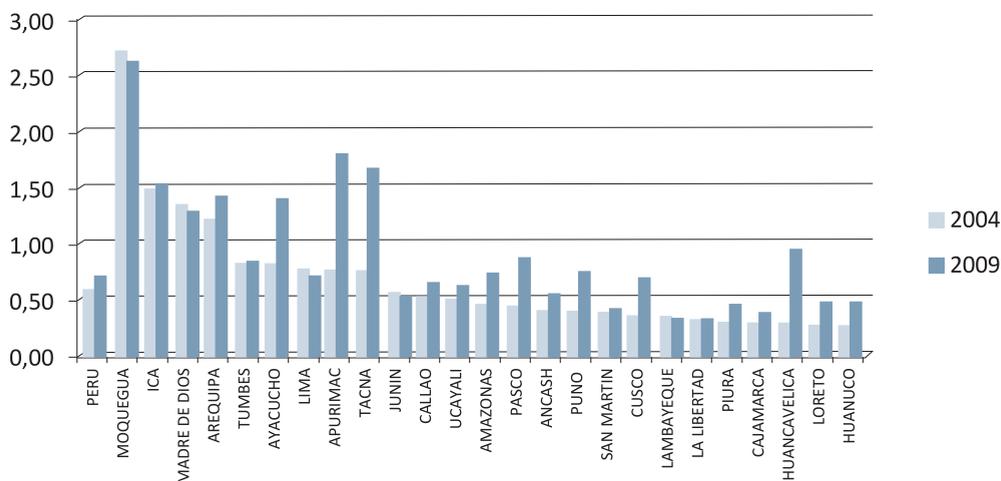
Sin embargo, no hay un patrón definido en el comportamiento de las tasas de odontólogos por 10,000 habitantes entre los departamentos, pues hay regiones con un

aumento grande de la tasa mientras otros presentan disminuciones. El departamento que presentó el mayor aumento fue Huancavelica, que pasó de 0.28 para 0.93, tasa que, a pesar de seguir baja, aumentó.

Finalmente, así como el número de obstetras, los odontólogos también están desconcentrándose de la capital con alguna rapidez: en el 2004 Lima tenía 37,8% de los especialistas en odontología del país y en el 2009 este número ya había caído para 30,5%. Vale resaltar que este resultado no es necesariamente bueno, pues la tasa de odontólogos por 10,000 de Lima, que ya era baja (así como el promedio del país), disminuyó aun más en este período.

**Gráfico N°8**

**Perú: Tasa de disponibilidad de odontólogos del MNSA por 10,000 habitantes, 2004-2009**



Fuente: ONRHUS - MINSAs, 2010.

Tabla N°10

Perú: Número de odontólogos del MINSA, 2004-2009

Departamentos	2004	2006	2009
<b>PERU</b>	<b>1,607</b>	<b>1,604</b>	<b>2,045</b>
AMAZONAS	20	20	30
ANCASH	45	45	60
APURIMAC	36	36	79
AREQUIPA	136	136	169
AYACUCHO	46	46	88
CAJAMARCA	44	44	57
CALLAO	43	42	59
CUSCO	44	44	86
HUANCAVELICA	13	13	44
HUANUCO	22	22	39
ICA	104	104	112
JUNIN	71	71	67
LA LIBERTAD	48	48	55
LAMBAYEQUE	39	39	39
LIMA	608	608	624
LORETO	25	25	46
MADRE DE DIOS	14	12	15
MOQUEGUA	44	44	44
PASCO	12	12	25
PIURA	49	49	79
PUNO	51	51	98
SAN MARTIN	30	30	32
TACNA	23	23	52
TUMBES	17	17	18
UCAYALI	23	23	28

Fuente: ONRHUS - MINSA, 2010.

#### 4.1.5. Distribución de Recursos Humanos en Salud según estratos de pobreza

En el Perú la distribución de profesionales ha venido siendo inversa a los niveles de pobreza. Esto quiere decir que, 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.

Sin embargo, si se comparan las cifras del primer Informe País con cifras del 2009, se puede observar una situación más equilibrada o menos inequitativa en la distribución de profesionales de la salud según la situación de pobreza de los departamentos.

En el año 2004 en el Perú había una combinación de centralismo e inequidad, con tasas de profesionales mayores en los departamentos de situación aceptable según el Mapa de Pobreza elaborado por el Fondo de Compensación Social y Desarrollo (FONCODES). Actualmente la situación se ha revertido y el quintil más pobre tiene en general tasas más altas de profesionales de la salud que el quintil menos pobre.

**Tabla N°11**

**Perú: Tasa de profesionales en salud por 10,000 habitantes por regiones según estrato de pobreza, 2004-2009**

		Médicos		Enfermeras		Odontólogos		Obstetras	
		2004	2009	2004	2009	2004	2009	2004	2009
Aceptable (Estratos IV y V)	CALLAO	7.1	8.8	2.9	5.0	0.5	0.6	1.0	1.7
	LIMA	5.9	7.1	4.4	5.9	0.8	0.7	1.6	1.8
	AREQUIPA	5.9	6.5	7.1	7.1	1.2	1.4	2.8	3.2
	MOQUEGUA	6.4	8.3	9.6	11.6	2.7	2.6	5.5	5.6
	TACNA	4.2	6.1	5.9	9.7	0.7	1.6	2.6	5.0
Regular (Estrato III)	ANCASH	2.7	4.3	2.7	4.3	0.4	0.5	1.7	3.3
	ICA	4.8	6.0	4.7	5.2	1.5	1.5	1.8	2.1
	JUNIN	2.2	3.3	4.5	5.4	0.6	0.5	1.5	2.4
	LA LIBERTAD	3.9	4.7	3.1	4.3	0.3	0.3	1.5	1.9
	LAMBAYEQUE	2.5	3.4	2.4	2.9	0.3	0.3	1.5	2.0
	MADRE DE DIOS	6.3	6.7	6.3	7.2	1.3	1.3	4.6	5.0
	TUMBES	3.2	5.2	3.8	4.4	0.8	0.8	2.9	3.6
Pobre (Estrato II)	CUSCO	2.6	4.1	4.0	5.4	0.4	0.7	1.7	2.9
	PIURA	2.5	3.4	1.6	2.6	0.3	0.5	1.7	2.1
	PUNO	2.5	3.6	3.9	5.5	0.4	0.7	1.7	2.7
	SAN MARTIN	2.0	3.1	1.6	2.7	0.4	0.4	2.1	3.0
	UCAYALI	3.0	4.0	4.4	5.6	0.5	0.6	2.0	2.8
Muy Pobre (Estrato I)	AMAZONAS	2.8	4.1	2.3	4.4	0.5	0.7	2.1	4.2
	APURIMAC	3.2	5.9	4.2	11.4	0.8	1.8	2.6	5.5
	AYACUCHO	2.4	4.7	5.5	9.2	0.8	1.4	3.7	5.7
	CAJAMARCA	1.9	2.8	2.9	4.4	0.3	0.4	1.8	2.8
	HUANCAVELICA	0.4	3.6	1.9	6.9	0.3	0.9	2.2	2.6
	HUANUCO	2.2	3.3	3.7	5.9	0.3	0.5	2.1	4.2
	LORETO	1.7	3.0	1.4	3.7	0.3	0.5	0.7	2.2
	PASCO	2.0	4.1	2.9	4.0	0.4	0.9	2.4	3.3

Fuente: MINSA, FONCODES, 2010.

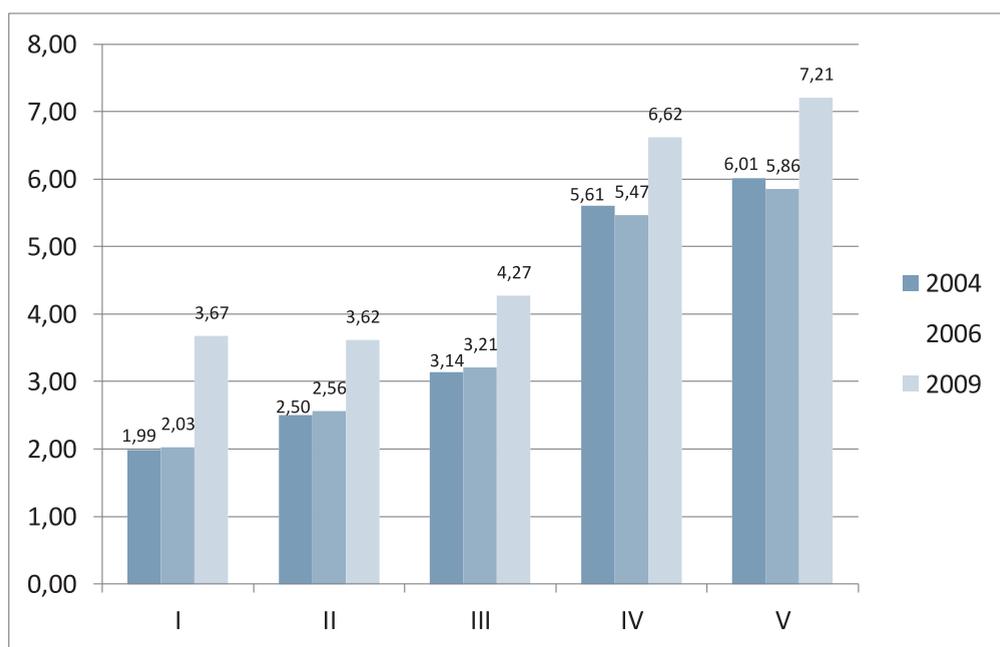
Por otro lado, de las cuatro principales profesiones de la salud (medicina, enfermería, odontología y obstetricia), medicina es la única que sigue concentrada en los departamentos menos pobres. Asimismo, la razón entre la tasa de médicos por 10,000

habitantes de los estratos menos pobres y los más pobres (estrato V/estrato I) es de 1.96, cifra que es significativamente menor que la reportada en el 2004, de 3.03.

Este dato refleja una tendencia general del país de mejor distribución de los recursos humanos de salud y de su transferencia a regiones donde son más requeridos.

**Gráfico N°9**

**Perú: tasa de disponibilidad de médicos por 10,000 habitantes según estratos de pobreza, 2004-2009**



Fuente: MINSA, FOCONDES, 2010.

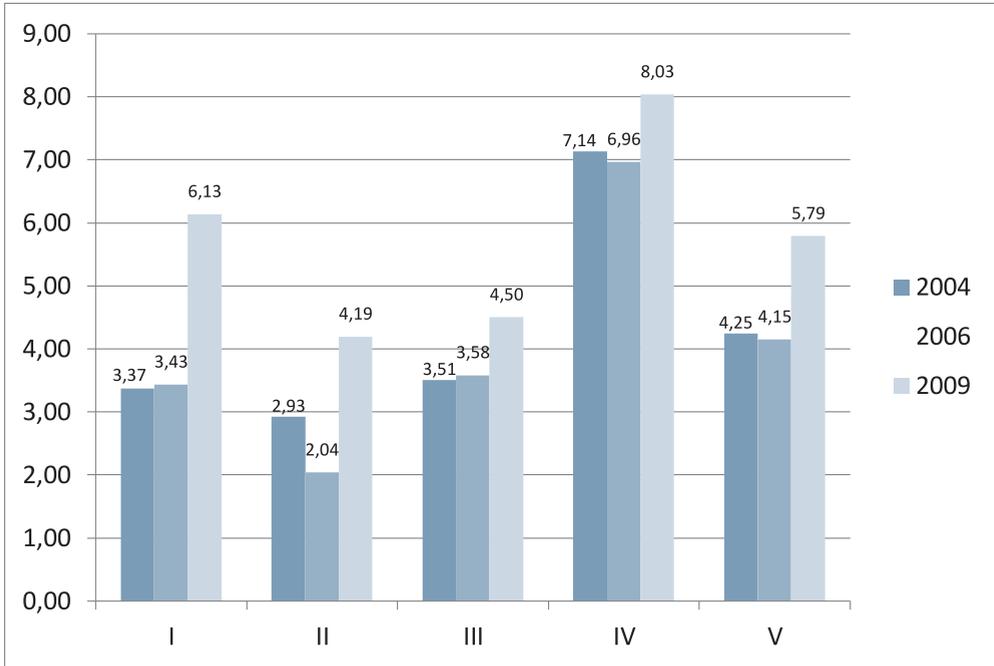
En relación con la distribución de enfermeras según la situación de pobreza de los departamentos, datos recientes del MINSA indican que en el país se ha experimentado una mejora.

Así, en primer lugar, al ver el estrato más pobre se puede apreciar que la tasa de disponibilidad de enfermeras por 10.000 habitantes aumentó de 3.37 (2004) a 6.13 (2009). En segundo lugar, se puede ver que para el año 2009 la tasa de disponibilidad de enfermeras por 10,000 habitantes del quintil más pobre sobrepasó a la tasa de distribución del quintil menos pobre (6.13 y 5.79, respectivamente).

Estos datos indican un cambio de un contexto en que los estratos más pobres eran menos asistidos que los menos pobres para otro contexto inverso y, con seguridad, más favorable.

Gráfico N°10

Perú: tasa de disponibilidad de enfermeras por 10,000 habitantes según estratos de pobreza, 2004-2009



Fuente: MINSA, FOCONDES, 2010.

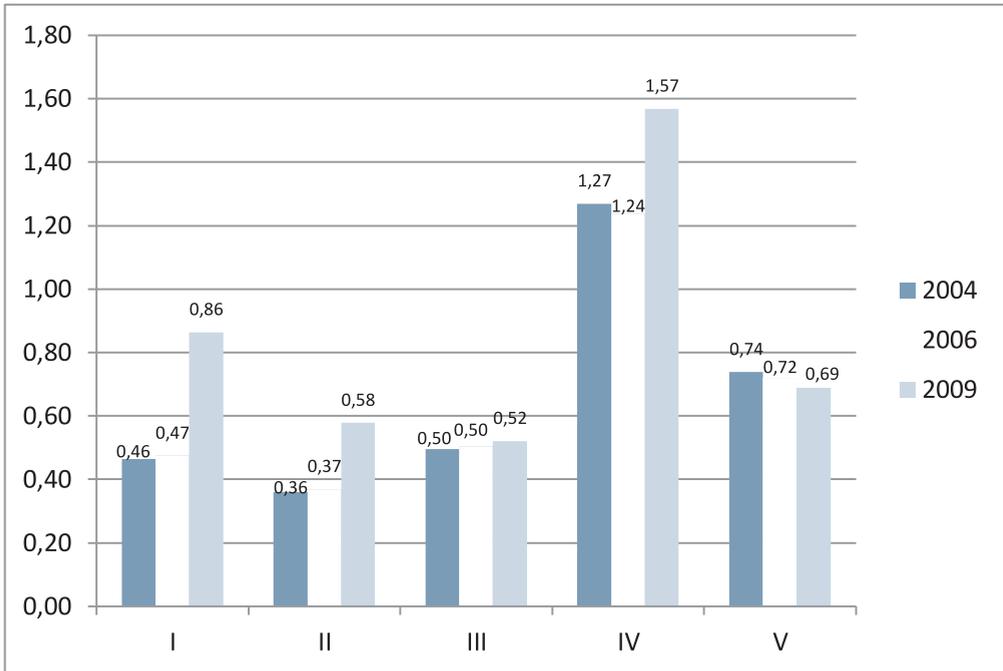
Por otro lado, en relación con la tasa de distribución de odontólogos por estratos de pobreza, se puede observar un hecho similar a lo hallado en las enfermeras: en el 2009 la tasa de odontólogos por 10,000 habitantes en el estrato más pobre es 0.86, mientras que en el estrato menos pobre es 0.69.

El resultado mencionado es un avance respecto al 2004, pues en dicho año la tasa de disponibilidad en el estrato más pobre fue de 0.46, mientras que en el menos pobre la tasa fue mucho mayor (0.74). Así, solo comparando los estratos ya mencionados, la tasa de 0.86 es la mayor en los últimos cinco años.

Sin embargo, a pesar de que la desigualdad entre regiones ha disminuido, las tasas absolutas siguen bajas en todo el país, pues sólo en un estrato (el quintil IV) la tasa de disponibilidad es mayor a un odontólogo por 10,000 habitantes.

Gráfico N°11

Perú: Tasa de disponibilidad de odontólogos por 10,000 habitantes según estratos de pobreza, 2004-2009



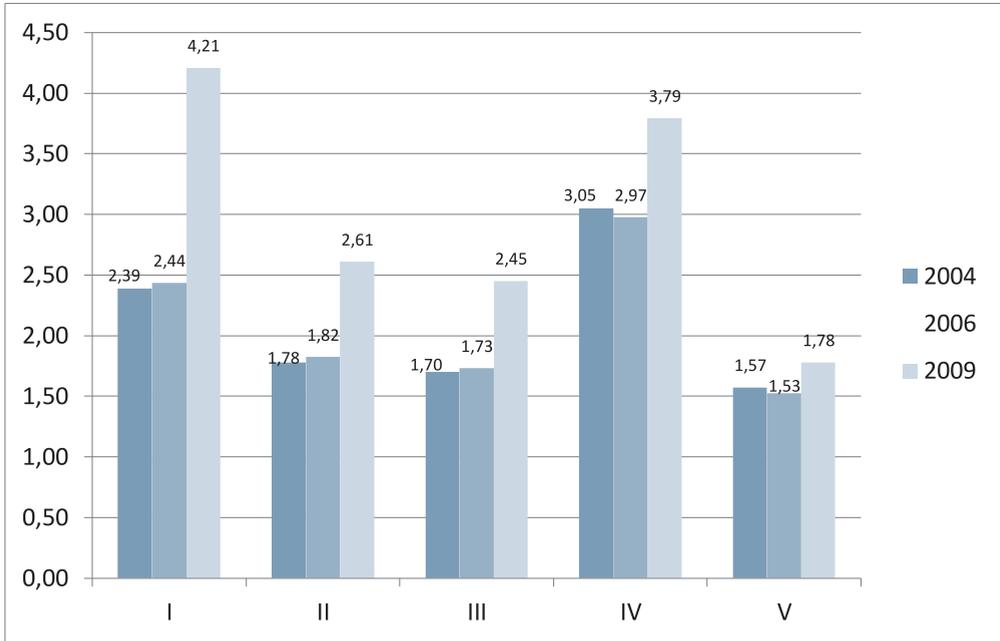
Fuente: MINSA, FOCONDES, 2010.

Por último, en sentido contrario a las otras tres profesiones de salud citadas anteriormente, la disponibilidad de Los obstetras es mayor en distritos pobres desde 2004.

Sin embargo, para el 2009 la tasa de disponibilidad por 10,000 habitantes en el estrato más pobre pasó al del estrato menos pobre (4.21 y 1.78, respectivamente). En este momento es válido indagar cuál es la tasa óptima y en qué medida se debe seguir incentivando la migración de estos profesionales de la costa urbana para otras localidades, sobre todo las más pobres.

Gráfico N°12

Perú: tasa de disponibilidad de obstetras por 10,000 habitantes según estratos de pobreza, 2004-2009



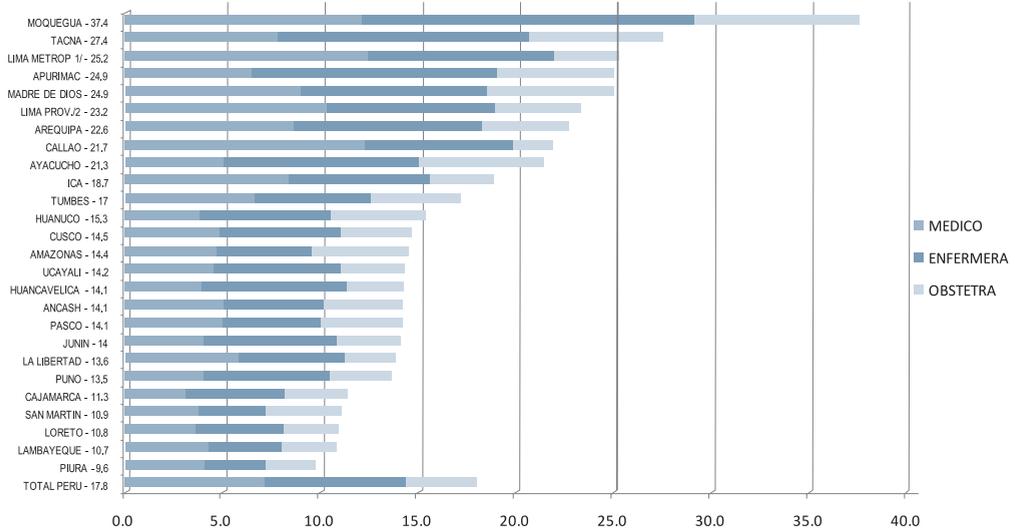
Fuente: MINSA, FOCONDES, 2010.

#### 4.1.6. El SERUMS reformado como herramienta para mejorar la distribución

A pesar de los avances que se han constatado a lo largo de la década en cuanto a la dotación de recursos humanos en el país, se puede constatar que la situación dista aún de ser la ideal. En el gráfico N° 13 se muestra la situación de déficit al 2009, pues la gran mayoría de los departamentos tiene menos de 25 recursos humanos por cada 10,000 habitantes.

Gráfico N°13

Perú: Dotación de recursos humanos en salud por profesiones, 2009



Fuente: ONRHUS - MINSAL, 2009.

En una iniciativa tendiente a cambiar esta situación, se hizo un acuerdo político con los Gobiernos Regionales, planteándose la necesidad de reestructurar, en primer lugar, el SERUMS en el primer nivel de atención.

En función a este acuerdo se generó un incremento sustancial de las plazas del SERUMS. Así, la oferta de plazas, de haber estado prácticamente congelada desde el año 1999, en el año 2007, en que se firma el acuerdo con las regiones, comienza a incrementarse sustancialmente.

Sin embargo, para el 2009 no hubo aumento alguno en el número de plazas. Esto se debió a la decisión del Ministerio de Economía y Finanzas, que en dicho año preveía una crisis y, por lo tanto, contuvo el gasto público. Pese a ello, para el año 2011 ya está previsto un mayor incremento adicional de plazas de SERUMS, con el objetivo de distribuir cerca de 7,000 profesionales en los lugares más pobres y apartados del país.

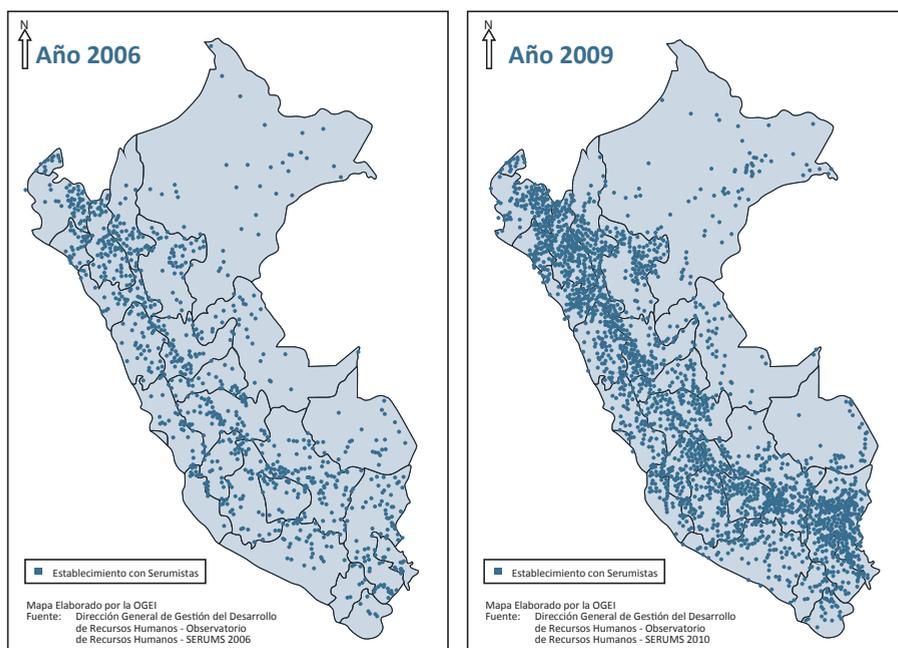
Los grandes cambios que contienen la reforma del SERUMS son tres. El primer cambio ha sido la modificación del mecanismo de asignación de las plazas para serumistas, que antes eran por sorteo y ahora son por méritos, conforme a una prueba.

El segundo cambio ha sido el establecimiento de bonificaciones para los postulantes que opten por trabajar en zonas alejadas. Este bono es de 10 puntos y eleva su puntaje en el orden de méritos para poder alcanzar el resido.

El tercero ha sido la utilización rigurosa del mapa de pobreza de FONCODES para la ubicación de las plazas en los distritos prioritarios, en extrema pobreza. Los serumistas están bajo el régimen privado del D.LEG. 276 y se les otorga ahora 10 puntos de bonificación, además de su sueldo (3,500 nuevos soles o 1,200 dólares), seguro social, seguro complementario de riesgo, pasajes y medio sueldo para gastos de instalación.

El resultado ha sido que la cobertura del SERUMS a nivel de distritos en extrema pobreza ha pasado del 52% al 89%. Vale mencionar que normalmente no va sólo un profesional sino un equipo de salud (médico, enfermera y obstetra). Este es un gran avance, sobre todo si se tiene en cuenta que hace unos ocho años había un número importante de plazas en los quintiles 4 y 5, los más pudientes, plazas que hoy han desaparecido.

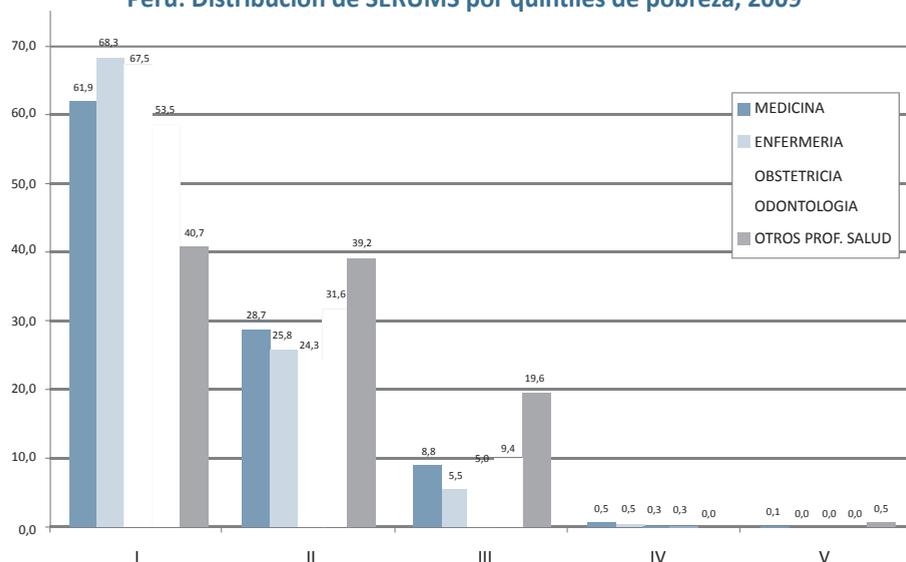
**Gráfico N°14**  
**Perú: establecimientos de salud con profesionales SERUMS, 2006-2009**



**Fuente: DGGDRH, 2009**

Al ver la distribución de los SERUMS por quintiles de pobreza, se puede confirmar que el propósito inicial de la reforma del SERUMS se ha venido dando.

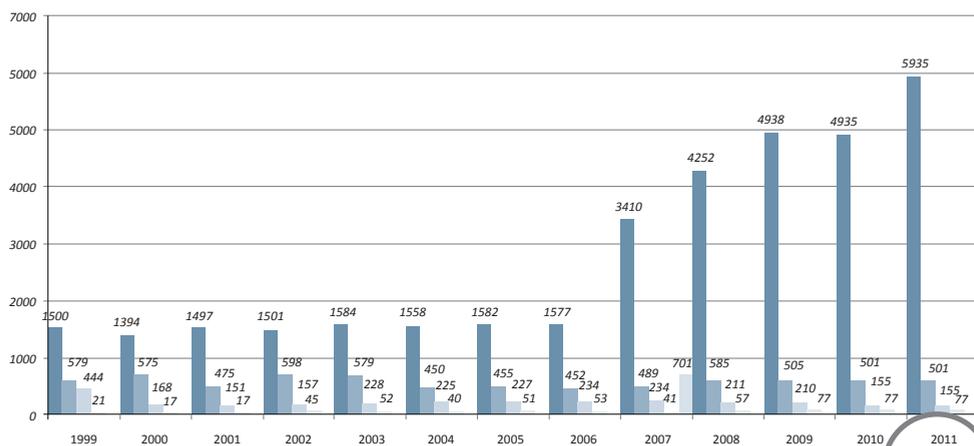
**Gráfico N°15**  
**Perú: Distribución de SERUMS por quintiles de pobreza, 2009**



Fuente: DGGDRH, 2010

De otro lado se ha conseguido un aumento importante en el número de plazas del SERUMS, que durante años se había mantenido estable en 2,000 plazas y ahora han pasado a 5,700. El primer incremento se hizo con el apoyo del Programa JUNTOS y luego con partidas presupuestales gestionadas ante el MEF.

**Gráfico N°16**  
**Evolución de la oferta de plazas remuneradas SERUMS por sub sector de salud, año 1999 - 2011**



Fuente: DGGDRH, 2010

■ MINSALUD ■ ESSALUD ■ SANIDAD ■ PRIVADO ■ JUNTOS

Previsto

Actualmente es obligatorio que todas las plazas de serumistas sean en primer nivel y son los gobiernos regionales los que asignan las localidades o establecimientos. Esto ha cambiado la situación original de los 811 distritos más pobres del país, en los que hace tres años el 53% tenían médicos serumistas y el 47% no. Ahora el 89% de estos distritos ya tienen profesionales de salud utilizando el SERUMS.

Así también, los porcentajes de presencia de médicos en los distritos de los tres departamentos más pobres del Perú son hoy elevados: 95% en Ayacucho, 97% en Apurímac y 95% en Huancavelica.

En otras palabras, el SERUMS estaba desarticulado de la política de salud y ahora es el principal instrumento que permite dotar de profesionales a lugares donde no los había. En las actuales adjudicaciones de las plazas del SERUMS el 85% de serumistas opta por distritos ubicados en los dos quintiles de mayor pobreza (el 54% en el quintil 1 y el 31% en el quintil 2). Se puede decir que las tres regiones más pobres tienen hoy una disponibilidad en el primer nivel superior al promedio del país.

En conclusión, el problema ya no es el número de profesionales y ello se ha comenzado a expresar en resultados, como en el caso de Apurímac, que salió del grupo con mayor mortalidad materna.

#### **4.1.7. Distribución de recursos humanos según situación de salud**

Al correlacionar la distribución de recursos humanos de salud con la tasa de mortalidad materna, se constata una relación inversa; esto quiere decir que mientras la tasa de recursos humanos aumenta, la tasa bruta de mortalidad disminuye o, a la inversa, si la tasa de recursos humanos disminuye, la tasa bruta de mortalidad aumenta. En otras palabras, hay una asociación negativa entre la tasa de recursos humanos y la tasa de mortalidad materna.



y al trabajo precario como dos caras de una misma moneda, el estudio concluye que “los trabajadores de la salud nombrados y comprendidos en el D.LEG. 276, tienen un empleo decente y laboran en condiciones bastante adecuadas, faltando solamente, incluir un seguro para riesgos laborales de accidentes y contagio de enfermedades”.

Sin embargo, el estudio también se constata cierta insatisfacción del grupo que conforma el *staff* contratado del sector, debido a la precarización de sus condiciones laborales, por el congelamiento de ciertos derechos estipulados en la misma norma por las Leyes anuales del Presupuesto General de la República, como la suspensión del concurso de promoción de la carrera pública. Ese número de trabajadores de la salud contratados en el régimen del D.LEG. 276 desde hace más de 15 años, no tiene los derechos ni beneficios que deberían tener los trabajadores nombrados como lo indica el artículo 2 de esta Ley y, por lo tanto, se encuentran en condiciones precarias.

La percepción de insatisfacción laboral se ahonda aún más en el grupo de trabajadores que se encuentran vinculados laboralmente bajo el régimen del D.LEG. 1057 (RECAS).

Según el informe mencionado, el ITD del D.LEG. 1057 es de cuatro puntos, puntaje muy bajo si se tiene en cuenta que es sobre un total de 15 puntos. Este puntaje es reflejo de la pérdida o el recorte de varios derechos laborales fundamentales, y un motor de desincentivo para el ingreso de potenciales recursos humanos cualificados, especialmente de médicos especialistas. Tal vez esta sea una razón de peso de la brecha existente de especialistas en el sector salud, ya que si bien el régimen RECAS ordenó los vínculos laborales entre los recursos humanos en salud y el sector, incluyendo beneficios parciales, no se ha seguido avanzando con nuevas inclusiones de derechos antes perdidos. La línea de base era muy baja y la intervención fue mediatizada.

A pesar de que en el estudio mencionado se afirma que como el 61.6% de trabajadores del MINSA están nombrados en el régimen laboral del D.LEG. 276 estos podrían ser considerados como trabajadores que califican como tenedores de un empleo decente o adecuado, la verdad es que los recursos humanos siguen migrando ya sea entre instituciones o para otros países. Y eso a pesar de que, de acuerdo al ITD calculado en el estudio, el 32.1% de trabajadores de EsSalud comprendidos en el D.LEG. 276, “laboran en condiciones que se aproximan y se pueden calificar como un empleo decente o adecuado”.

#### **4.1.9. Recursos humanos en salud según edad**

Según datos del MINSA, más de la mitad de los trabajadores de dicha institución son mayores de 45 años de edad. Así, el 61% de los recursos humanos del MINSA están en la franja etaria de 45 a 64 años y el 8% se encuentra en la franja etaria mayor a los 64 años.

**Tabla N°12**  
**Perú: Trabajadores del MINSA según grupos etarios, 2009**

GRUPO OCUPACIONAL	Menor a 30 años	De 30 a 44 años	De 45 a 64 años	Mayor a 64 años	TOTAL
MEDICO	1510	5156	6110	526	13302
ENFERMERO(A)	1138	2857	6695	430	11120
OBSTETRIZ(A)	519	1584	2046	78	4227
ODONTOLOGO	147	415	737	75	1374
BIOLOGO	41	179	246	11	477
NUTRICIONISTA	50	114	343	16	523
PSICOLOGO	90	154	335	18	597
QUIMICO FARMACEUTICO	40	190	336	32	598
TECNOLOGO MEDICO	9	274	631	20	934
MEDICO VETERINARIO	3	18	95	5	121
ASISTENTA SOCIAL	20	106	875	45	1046
QUIMICO	0	0	7	1	8
ASIST. SERV. SALUD (BACHILLERES)	15	477	2500	157	3149
TECNICO ASISTENCIAL	217	5361	13585	2130	21293
AUXILIAR ASISTENCIAL	34	794	1312	89	2229
FUNCIONARIO	35	305	1310	430	2080
PROFESIONAL ADMINISTRATIVO	40	530	1777	351	2698
TECNICO ADMINISTRATIVO	142	1868	9270	1686	12966
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	71	1247	3485	850	5653
** SIN CARGO **	21	186	412	226	845
<b>TOTAL</b>	<b>4142</b>	<b>21815</b>	<b>52107</b>	<b>7176</b>	<b>85240</b>

Fuente: Informacion BD PLH 2009 - OGEI - MINSa

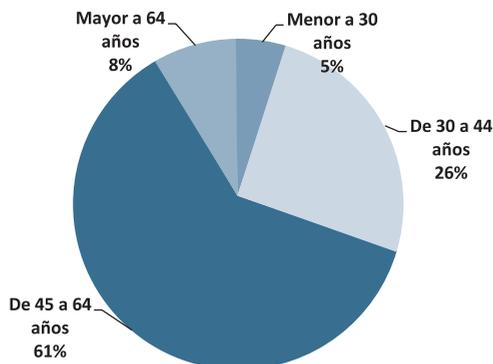
1/ No incluye Región Lambayeque

Elaborado por: Observatorio Nacional de Recursos Humanos - DGGDRH - MINSa

Fuente: MINSa, 2009.

Al comparar los datos del 2009 con los reportados en el 2005 se puede observar que, por ejemplo, hubo un ligero incremento de 0.5 puntos porcentuales en la población más joven de los recursos humanos (menores de 30 años). Sin embargo, este grupo sigue estando por debajo del grupo de los recursos humanos con más edad (mayores a 64 años), lo que indica una lenta renovación de cuadros profesionales, técnicos y administrativos dentro de la institución. Se puede prever una fuerte carga pensionaria en los próximos años.

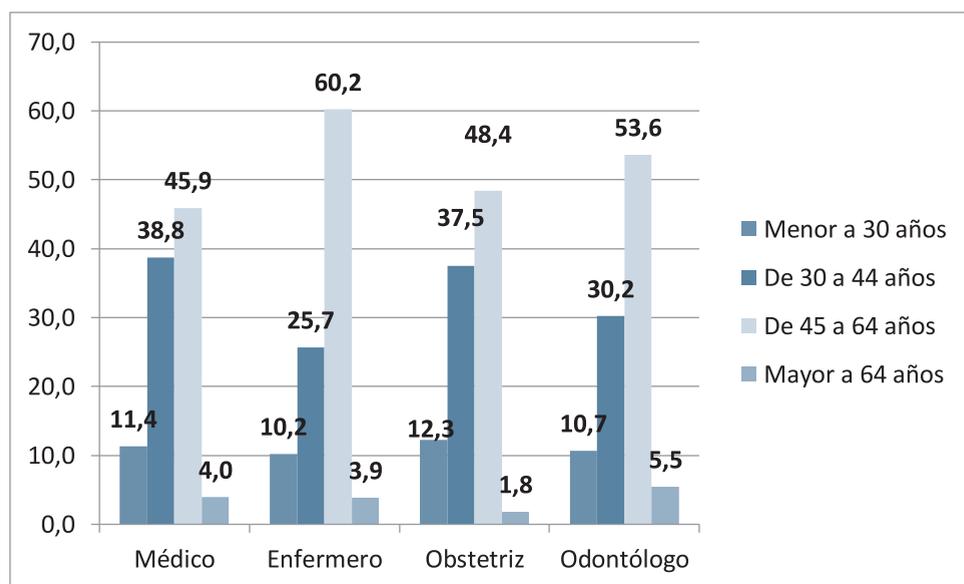
**Gráfico N°18**  
**Perú: Distribución porcentual de los trabajadores del MINSA según grupos etarios, 2009**



Fuente: MINSa, 2010.

Sin embargo, si se toman en cuenta solo a los profesionales en medicina, enfermería, obstetricia y odontología, lo que los datos muestran es que los cuadros de profesionales más jóvenes casi duplican a los profesionales con mayor edad. Así también, tal y como sucede a nivel institucional, dentro de las profesiones señaladas la proporción es mayor en el grupo etario que comprende los 45 a 64 años.

**Gráfico N°19**  
**Perú: Distribución porcentual de las principales profesiones de salud en el MINSA según grupos etarios, 2009**



Fuente: MINSA, 2010.

#### 4.1.10. Migración de Profesionales de Salud.

Otro rasgo característico de la situación de los recursos humanos en salud en las últimas dos décadas ha venido siendo la continua y creciente migración que se ha venido dando de los profesionales de la salud en el país.

Ya el informe país del 2005 dejó constatado un aumento de 220% de médicos que habían migrado entre los años 1992 y 2004, según reportes de la Dirección Nacional de Migraciones. Ahora lo que los datos muestran es un agravamiento en la situación: entre los años 2004 y 2008 ha habido un aumento de 281% de médicos que han salido del país. En cifras absolutas, según el INEI han salido 4,910 médicos en cinco años.

En las demás carreras de salud la realidad en relación con la migración sigue siendo una sola, pues del 2004 al 2008 se puede observar que la migración de enfermeras

creció en 309% (en total, se han ido del Perú 7,838 enfermeras), la de obstetras en 380% (salieron del país 1,075) y la de odontólogos en 448% (salieron del país 1,265).

Así, en promedio, el Perú ha tenido, entre el período mencionado, un crecimiento de la salida de profesionales de la salud de 308.8%; esto quiere decir que en cinco años han migrado 15,088 profesionales. No hay duda de la fuerte relación de esta salida de profesionales peruanos con la brecha existente de profesionales en el sector salud.

**Tabla N°13**

**Perú: Profesionales de salud que migraron a otros países según profesión, 2004-2008**

<b>AÑO</b>	<b>Enfermeras</b>	<b>Médicos</b>	<b>Obstétrices</b>	<b>Odontólogos</b>	<b>Total</b>
2,004	895	624	122	118	1,759
2,005	1,099	702	154	156	2,111
2,006	1,352	758	183	176	2,469
2,007	1,722	1,073	236	286	3,317
2,008	2,770	1,753	380	529	5,432
<b>Total</b>	<b>7,838</b>	<b>4,910</b>	<b>1,075</b>	<b>1,265</b>	<b>15,088</b>
<b>%</b>	<b>51.9</b>	<b>32.5</b>	<b>7.1</b>	<b>8.4</b>	<b>100.0</b>

Fuente: PERÚ Estadísticas de la Migración Internacional de Peruanos, 1990-2008

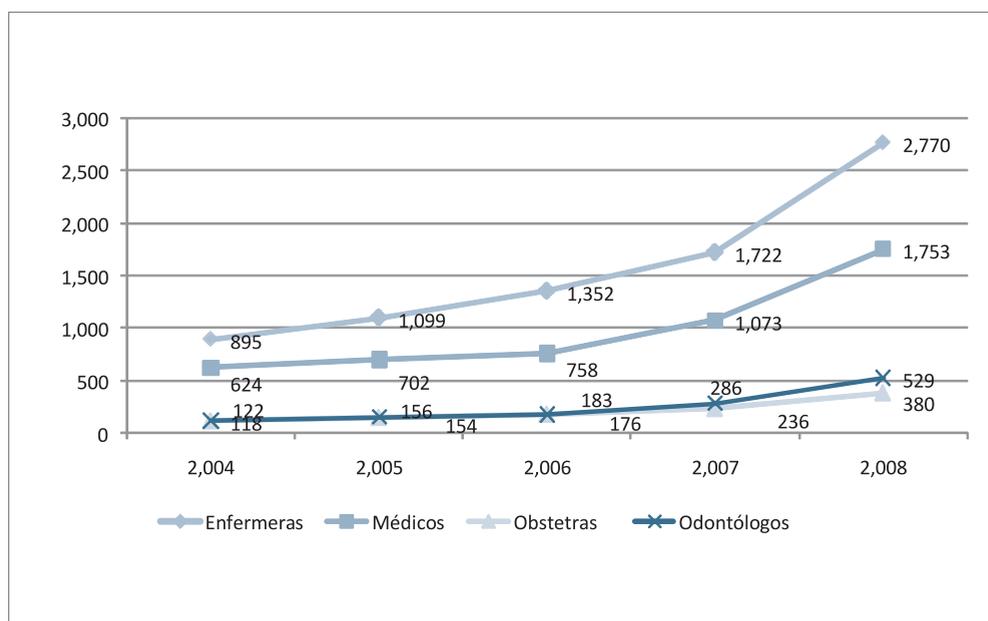
Instituto Nacional de Estadística e Informática

Elaboración: Observatorio de Recursos Humanos en Salud – MINSa

A pesar de que los profesionales en enfermería sean los que más migran en números absolutos, los odontólogos son el grupo profesional que debería ser objeto de mayor preocupación, pues su emigración en el 2008 representó cerca de 35% del número de odontólogos del país.

Sobre las otras profesiones, para el 2008 la migración de médicos representó cerca de 6% del número total de migrantes profesionales en salud. Esto podría no alarmar, pero es preciso relacionar la salida de médicos con la salida de especialistas. Con respecto a las enfermeras, en torno al 28% emigraron en el 2008, así como el 11% de obstetras.

**Gráfico N°20**  
**Migración de profesionales de la Salud 2004-2008**



Fuente: PERÚ Estadísticas de la Migración Internacional de Peruanos, 1990-2008  
 Instituto Nacional de Estadística e Informática  
 Elaboración: Observatorio de Recursos Humanos en Salud – MINSA

Hay factores externos e internos que contribuyen a la migración. Uno de los factores internos que estimulan las emigraciones es la precarización laboral y eso no está vinculado solamente al tema de las remuneración, pues los que más han migrado son los trabajadores que tenían débiles vínculos laborales, mayoritariamente los contratados por servicios no personales.

Los factores externos están asociados a las ventajas que ofrecen los países receptores de recursos humanos. Así, por ejemplo, España eliminó la cuota de inmigrantes en los últimos años y facilitó el proceso de homologación de títulos de las profesiones de salud, porque ya habían identificado que vendría una crisis de recursos humanos en su sistema sanitario. Como se pueden ver en las estadísticas, España es uno de los principales receptores de profesionales en salud de los últimos años.

Sin lugar a dudas la migración de los profesionales en salud afecta los niveles de disponibilidad y cobertura que se tienen dentro del país. Así, en comparación con los otros países de Latinoamérica, odontología es la profesión de salud que tiene la menor cobertura: 1,1 por 10.000 habitantes en comparación a 12,4 de Uruguay y 11,6 de Brasil.

En resumen, las cifras presentadas indican que el problema de la emigración de profesionales en salud se ha agravado en la década. El Perú es cada vez más claramente un exportador de recursos humanos.

En comparación con el informe país pasado, los países destino no han variado, pero lo que ha variado son el orden entre ellos. Así, por ejemplo, ya no es Italia quien recibe más enfermeras, sino España y Chile. Como se puede ver en las tablas abajo, la mayoría de los profesionales de salud que emigran tienen como destino España, EE.UU. y Chile.

Tabla N°14

Número de médicos que migraron a otros países, según país de destino, 2004-2008

Año de salida del país	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Total</b>	624	702	758	1073	1753
<b>País de destino</b>					
AGUAS INTERNACIONALES	1	0	0	0	0
ALEMANIA	3	0	1	0	4
ANGOLA	0	0	1	0	1
ARGENTINA	29	20	35	76	83
AUSTRALIA	0	0	1	0	2
BELGICA	0	0	0	0	1
BOLIVIA	128	133	219	198	180
BRASIL	29	46	38	66	140
CANADA	1	8	6	13	19
CHILE	85	99	57	113	191
CHINA (R.P.)	0	0	0	1	0
COLOMBIA	16	18	10	37	74
COSTA RICA	5	1	3	3	16
CUBA	0	1	2	0	6
ECUADOR	97	152	80	87	86
EE.UU	151	131	149	242	409
EL SALVADOR	0	0	3	14	18
ESPAÑA	19	51	77	118	353
FILIPINAS	1	0	0	0	0
FRANCIA	0	0	2	1	4
GRAN BRETAÑA	0	0	1	0	2
GUATEMALA	0	0	1	0	2
HOLANDA	9	5	20	26	34
HONDURAS	0	0	0	1	0
INGLATERRA	0	0	1	0	1
ISRAEL	0	0	1	0	0
ITALIA	5	2	3	3	5
JAPON	0	0	3	1	2
MALDIVAS	0	0	0	0	1
MEXICO	12	18	18	29	35
NICARAGUA	0	0	0	0	1
PAKISTAN	0	0	0	0	1
PANAMA	20	11	15	24	49
PARAGUAY	1	0	0	0	0
PORTUGAL	0	0	0	0	1
PTO. RICO	0	1	0	0	0
REP. DOMINI	0	0	0	2	1
RUSIA	0	0	0	1	0
SUECIA	0	0	0	1	0
SUIZA	0	0	1	1	0
URUGUAY	0	0	0	0	3
VENEZUELA	12	5	11	15	28

Fuente: PERÚ Estadísticas de la Migración Internacional de peruanos 1990 - 2008 INEI

Elaborado por: Observatorio Nacional de Recursos Humanos - DGGDRH - MINSA

Tabla N°15

Número de enfermeras que migraron a otros países según país de destino, 2004-2008

Año de salida del país	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Total</b>	895	1099	1352	1722	2770
<b>País de destino</b>					
ALEMANIA	2	3	2	3	1
ARGENTINA	53	50	45	110	183
AUSTRALIA	1	0	1	0	0
BELARUS	2	0	0	0	0
BELGICA	0	0	0	0	1
BOLIVIA	190	200	352	299	280
BRASIL	17	29	33	36	111
CANADA	3	6	8	8	16
CHILE	154	183	187	221	467
COLOMBIA	15	15	29	35	63
COREA DEL SUR	1	0	1	0	0
COSTA RICA	9	3	7	12	7
CUBA	0	0	0	0	1
ECUADOR	103	132	105	106	104
EE.UU	131	157	153	169	260
EGIPTO	0	0	0	0	1
EL SALVADOR	0	0	3	19	27
ESPAÑA	86	180	247	375	676
ESTONIA	0	0	0	0	1
FRANCIA	0	2	1	1	6
HOLANDA	30	40	57	119	202
INGLATERRA	0	0	1	1	1
ISRAEL	0	1	1	0	0
ITALIA	31	24	37	56	141
JAPON	5	2	1	3	5
JORDANIA	0	0	0	0	1
MARRUECOS	1	0	0	0	0
MEXICO	12	19	15	11	24
PANAMA	15	11	14	27	51
PORTUGAL	0	0	0	1	0
REP. DOMINICANA	0	0	1	0	0
RUSIA	0	1	0	0	0
SUDAFRICA	0	0	0	0	1
SUECIA	1	1	0	2	1
SUIZA	1	0	1	2	1
URUGUAY	0	0	0	1	3
VENEZUELA	32	40	50	105	134

Fuente: PERÚ Estadísticas de la Migración Internacional de peruanos 1990 - 2008 INEI

Elaborado por: Observatorio Nacional de Recursos Humanos - DGGDRH - MINSA

Tabla N°16

Número de obstetras que migraron a otros países según país de destino, 2004-2008

Año de salida del país	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Total</b>	122	154	183	236	380
<b>País de destino</b>					
ALEMANIA	0	0	0	1	0
ARGENTINA	2	1	1	9	13
AUSTRALIA	0	0	1	1	0
BOLIVIA	42	53	73	59	60
BRASIL	2	3	5	1	17
CANADA	0	3	2	3	3
CHILE	18	19	8	30	44
COLOMBIA	2	2	0	9	13
COSTA RICA	1	1	1	0	3
ECUADOR	20	26	18	20	19
EE.UU	18	16	23	21	44
ESPAÑA	8	19	36	44	100
GRAN BRETAÑA	0	0	0	0	1
GRACIA	1	0	0	0	0
GUATEMALA	0	0	0	0	1
HOLANDA	2	3	6	12	19
ITALIA	3	0	1	2	2
JAPON	0	0	2	1	3
MEXICO	1	1	1	5	8
MOZAMBIQUE	0	0	0	0	1
NORUEGA	0	0	0	0	1
PANAMA	2	1	3	2	6
PORTUGAL	0	0	0	0	1
REP. DOMINICANA	0	1	0	0	0
SUECIA	0	1	0	0	1
SUIZA	0	0	0	0	2
URUGUAY	0	0	0	2	2
VENEZUELA	0	4	1	9	12

Fuente: PERÚ Estadísticas de la Migración Internacional de peruanos 1990 - 2008 INEI

Elaborado por: Observatorio Nacional de Recursos Humanos - DGGDRH - MINSA

Tabla N°17

Número de odontólogos que migraron a otros países según país de destino, 2004-2008

Año de salida del país	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Total</b>	118	156	176	286	529
<b>País de destino</b>					
ALEMANIA	0	0	0	0	1
ARGENTINA	3	3	1	13	19
AUSTRALIA	0	0	1	1	4
BOLIVIA	36	32	63	50	66
BRASIL	3	5	2	19	37
CANADA	0	1	2	9	14
CHILE	20	12	8	34	49
COLOMBIA	3	6	1	6	14
COSTA RICA	1	0	0	0	1
CUBA	0	0	0	1	1
ECUADOR	15	20	16	18	12
EE.UU	25	36	39	52	128
EL SALVADOR	0	0	0	4	8
ESPAÑA	5	24	27	57	110
FRANCIA	0	0	0	1	2
HOLANDA	1	3	2	6	17
INGLATERRA	0	0	0	0	1
ITALIA	0	0	2	1	5
JAPON	0	0	0	2	2
LUXEMBURGO	0	0	0	0	1
MEXICO	2	5	2	2	6
NICARAGUA	0	0	0	0	1
PANAMA	1	3	7	2	10
PTO. RICO	0	0	0	0	1
REP. DOMINICANA	1	0	0	1	1
SUECIA	0	1	0	0	0
SUIZA	0	0	0	0	1
VENEZUELA	2	5	3	7	17

Fuente: PERÚ Estadísticas de la Migración Internacional de peruanos 1990 - 2008 INEI

Elaborado por: Observatorio Nacional de Recursos Humanos - DGGDRH - MINSA

## 4.2. La Formación de Recursos Humanos en Salud.

En los años 90 se profundizó la tendencia, que venía de atrás, a la multiplicación de universidades con facultades de carreras de salud, lo que ha producido hasta ahora un dislocamiento entre la oferta de egresados y la demanda de profesionales de salud por los servicios públicos y privados. A fines de los 90 se comenzó a implementar políticas tendientes a retomar la regulación de la formación universitaria y técnica, con la acreditación universitaria y certificación profesional, y ahora último, con la definición de perfiles para las plazas del SERUMS y de especialistas, lo que debe impactar en la formación universitaria.

Si se repasan las estadísticas desde la educación escolar, se ve que la matrícula en la educación secundaria de menores en el 2009 es de 2,6 millones de alumnos, lo que representa un aumento en promedio de 15% a nivel nacional del número de matriculas con relación al 2001.

Ya a nivel desagregado, hay departamentos muy por encima de este promedio, como Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica y Madre de Dios, todos con crecimiento superior a 30%. Entre ellos, Huancavelica es el que más se destacó, con un aumento de 45% en el número de matrículas desde el 2001. Este resultado es muy positivo si se tiene en cuenta que todos ellos están ubicados en el primer y segundo quintiles de pobreza (apenas Madre de Dios pertenece al tercer quintil).

Tabla N°18

Perú: Matrícula escolarizada a nivel nacional en educación secundaria de menores, según departamentos, 2001-2009 (Miles de personas)

Departamentos	2001	2009	Variación
<b>Total</b>	<b>2257.4</b>	<b>2601.1</b>	<b>15.2%</b>
Amazonas	28.5	37.1	30.3%
Áncash	92.8	107.4	15.7%
Apurímac	40.0	52.9	32.2%
Arequipa	102.2	108.8	6.5%
Ayacucho	51.3	67.6	31.7%
Cajamarca	97.5	131.9	35.3%
Prov. Const. del Callao	68.7	73.9	7.6%
Cusco	95.8	125.6	31.0%
Huancavelica	35.0	50.8	45.4%
Huánuco	53.8	69.6	29.4%
Ica	66.5	67.9	2.2%
Junín	124.4	122.0	-1.9%
La Libertad	116.5	142.7	22.5%
Lambayeque	95.2	120.9	27.1%
Lima 1/	686.2	744.2	8.5%
Loreto	68.7	85.0	23.7%
Madre de Dios	8.5	11.4	33.0%
Moquegua	13.3	14.3	7.4%
Pasco	28.3	28.6	1.4%
Piura	135.9	149.0	9.7%
Puno	117.1	132.2	12.9%
San Martín	51.3	67.0	30.7%
Tacna	23.7	26.5	11.7%
Tumbes	17.6	18.7	6.2%
Ucayali	38.9	45.1	16.0%

Nota: Incluye el Sistema Educativo Estatal y el Sistema Educativo No Estatal (Privado). Asimismo, incluye la información de educación a distancia.

1/ Incluye Lima Metropolitana.

Fuente: Ministerio de Educación (MINEDU) - Censo Escolar - Unidad de Estadística Educativa. (INEI 2009)

Sin embargo, es de esperar que este aumento genere cada vez más egresados de la educación secundaria que en un futuro cercano estarán postulando para vacantes en la educación superior. Así, la tendencia es que la demanda por educación superior en las regiones más pobres del país aumente así como la migración de los postulantes de departamentos más pobres para la costa del país, pues las principales universidades del país se concentran justamente en la costa urbana.

Por otro lado, a pesar de que la oferta de vacantes en la educación universitaria ha crecido mucho en los años recientes, tal vez ella no haya aumentado en las regiones que menos recursos y capacidad tienen para satisfacer a la demanda potencial por medio de una expansión de vacantes sin desmedro de la calidad.

Los datos no pueden ser más categóricos: en 1980 habían solo 35 universidades, de las cuales 25 eran públicas y 10 privadas, con un total de 257,220 alumnos, 183,317 en las públicas y 73,903 en las privadas. A inicios de los años 2000 ya habían 76 universidades en el Perú, 31 públicas y 45 privadas, con 35,455 docentes, 415,465 matriculados y 103,398 ingresantes.<sup>16</sup>

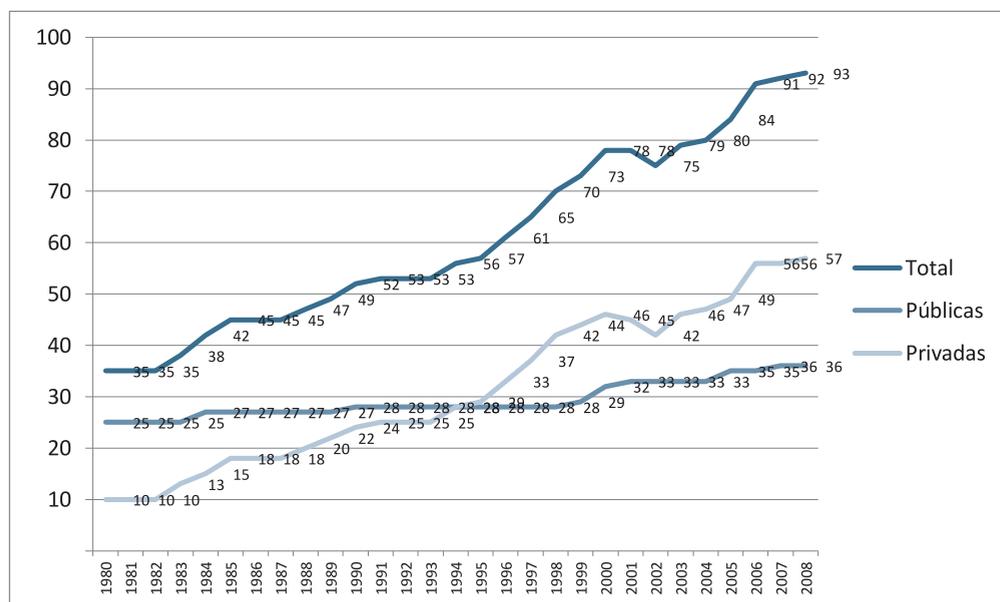
Actualmente, la Asamblea Nacional de Rectores informa que hay 102 universidades, de las cuales 35 son públicas y 67 privadas.<sup>17</sup> De ellas, 76 universidades tienen reconocimiento pleno, mientras 27 están en proceso de organización. Se resalta el hecho que una considerable cantidad de ellas tiene carreras de salud: 31 tienen Facultades de Medicina, estando en organización seis más.

---

16 Comisión Nacional por la Segunda Reforma Universitaria. El Sentido de la Segunda Reforma Universitaria. Lima, marzo de 2002.

17 Asamblea Nacional de Rectores. Directorio Universitario 2010. Lima: ANR, 2010.

**Gráfico N°21**  
**Perú: Número de universidades, 1980-2009**



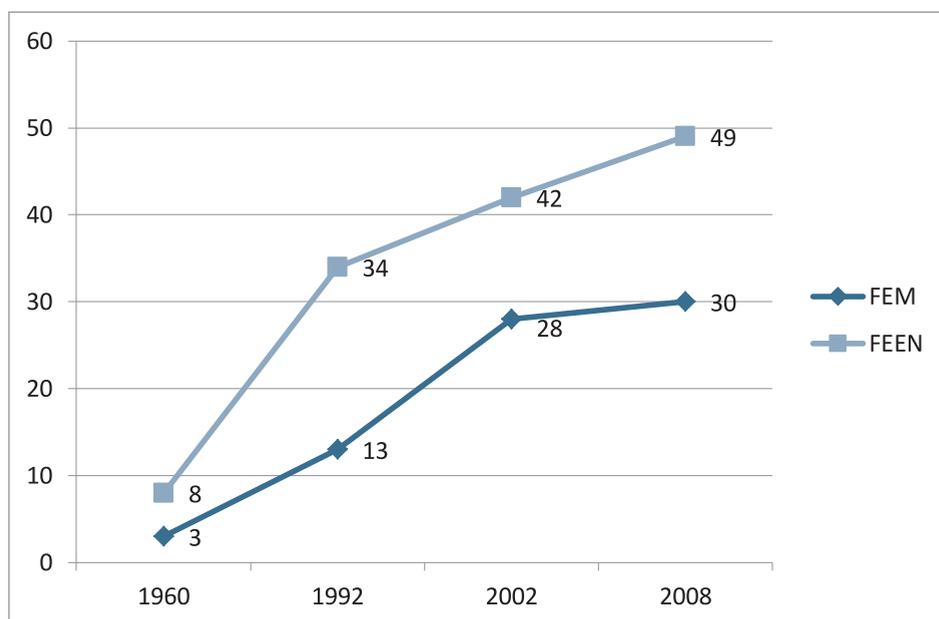
Fuente: INEI, 2009

Es sobre la realidad de las facultades e instituciones que ofrecen carreras de salud en las que se hará énfasis en las siguientes líneas. Específicamente, la formación de Recursos Humanos en Salud se revisará en tres niveles: nivel de pre-grado, nivel de especialización (postgrado) y capacitación del personal en servicio.

#### 4.2.1. Formación de Pre-grado en salud: amplia oferta y desregulación

En la formación de pre-grado de recursos humanos en salud existe una amplia oferta. En el caso de las Facultades de Medicina, estas pasaron de 3 en 1960 a 28 en el 2002. Para el caso de Enfermería, en el mismo período pasaron de 8 facultades a 42. Entretanto, comparándose con datos del 2008, se puede percibir que hay una desaceleración del crecimiento del número de universidades que tienen la carrera de medicina. Según el INEI, hay 30 universidades que ofrecen la carrera de medicina y 49 de enfermería, o sea, en 6 años fueron creadas apenas dos facultades más de medicina y siete de enfermería. Además, aproximadamente la mitad de las universidades de estas dos profesiones son públicas: 16 de medicina y 25 de enfermería.

Gráfico N°22  
Perú: Número de facultades de medicina y enfermería, 1960-2008



Fuente: INEI, 2009

De la información existente se puede inferir que, a pesar de que la creación de nuevas universidades se ha desacelerado un poco (tal vez debido a legislación nueva que reglamentan su creación, acreditación y funcionamiento), hubo un aumento mayor en el número de universidades privadas que públicas para las cuatro principales carreras de la salud: medicina, enfermería, obstetricia y odontología.

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 es mayor.

Tabla N°19

Perú: Número de carreras profesionales en salud por especialidad, 2003-2008

Carreras Profesionales	Total		Universidades Públicas		Universidades Privadas	
	2003	2008	2003	2008	2003	2008
Enfermería	42	49	23	25	19	24
Medicina Humana	28	30	16	16	12	14
Obstetricia	25	29	10	12	15	17
Odontología	21	25	10	10	11	15

Fuente: INEI, 2009

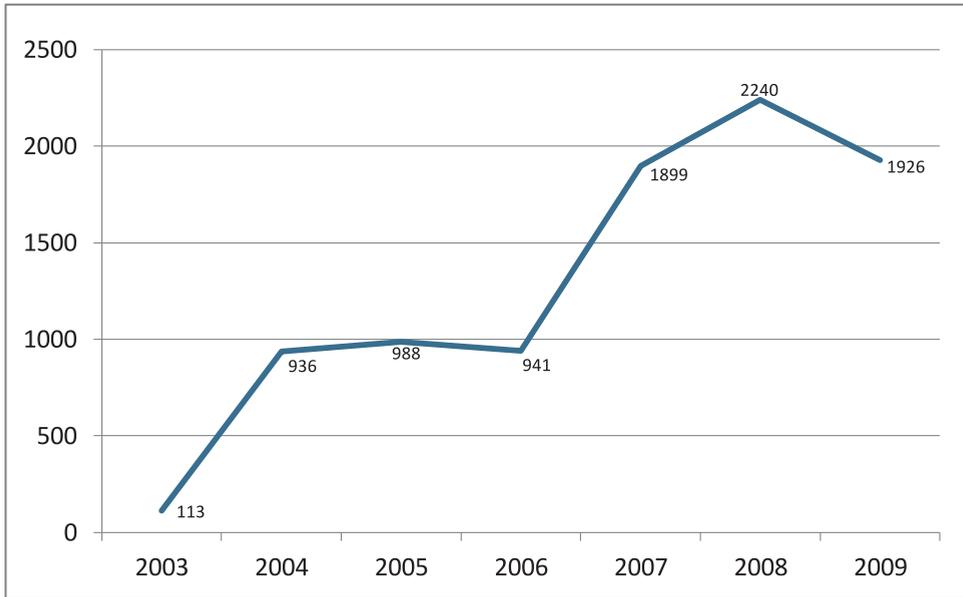
#### 4.2.2. La formación de Especialistas en Salud.

Las plazas del residentado médico son financiadas por el Ministerio de Salud (55,4% del total), ESSALUD (23,7%) la Sanidad de la Sanidades (20,1%) y otros (0,9%). En comparación con el último Informe al país, el MINSA financia actualmente un porcentaje menor de plazas mientras ESSALUD financia más. Las mismas instituciones otorgan los campos clínicos. Las universidades (10) se encargan del proceso de admisión y del proceso formativo.

El total de plazas de residentado médico para el 2009 fue de 1,926, prácticamente 1000 vacantes más que en 2004, cuando hubo 936 vacantes. Del 2000 al 2003 la tendencia fue creciente, aumentando en ese periodo en 34%. Hubo el año 2004 un descenso de 14.8% respecto al 2003, con crecimiento en 2 años subsecuentes y otro descenso en 2006. De este año hasta el 2009, el 2008 fue el año en que hubieron mas vacantes para el residentado médico, con 2,240 vacantes.

Gráfico N°23

Perú: Número de plazas ofertadas para el residentado médico, 2009



Fuente: MINSA, 2010.

La mayor cantidad de plazas de residentado médico están en las universidades de Lima, superando el 80% de las mismas. Son seis universidades en provincias y cuatro en Lima las que ofrecen el residentado médico. Por ello, Lima concentra la mayor cantidad de sedes docentes para la realización de la actividad clínica indispensable en la especialización médica.

Por otro lado, las tres especialidades con mayor número de ingresantes son ginecología y obstetricia, pediatría y anestesiología, con respectivamente 9,2%, 8,2% y 6,6% del total de ingresantes.

Es preocupante que el número total de ingresantes el 2008 sea significativamente menor que en 2004, fecha del último informe país. El ingreso cayó de 844 para 730, en un contexto en que se destaca la importancia de la formación de nuevos especialistas.

**Tabla N°20**  
**Perú: Especialidades ofertadas para el residentado médico, 2008**

<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>Plazas</b>	<b>%</b>
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	67	9,2%
PEDIATRIA	67	9,2%
ANESTESIOLOGIA	48	6,6%
CIRUGIA GENERAL	45	6,2%
MEDICINA INTERNA	44	6,0%
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	39	5,3%
RADIOLOGIA	31	4,2%
OFTALMOLOGIA	24	3,3%
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	24	3,3%
CARDIOLOGIA	23	3,2%
GASTROENTEROLOGIA	23	3,2%
MEDICINA INTENSIVA	18	2,5%
PATOLOGIA CLINICA	16	2,2%
MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES	14	1,9%
ADMINISTRACION Y GESTION EN SALUD	13	1,8%
MEDICINA ONCOLOGICA	13	1,8%
NEFROLOGIA	13	1,8%
NEUROLOGIA	13	1,8%
PSIQUIATRIA	13	1,8%
GERIATRIA	12	1,6%
UROLOGIA	12	1,6%
NEONATOLOGIA	11	1,5%
ANATOMIA PATOLOGICA	10	1,4%
CIRUGIA TORACICA Y CARDIOVASCULAR	10	1,4%
DERMATOLOGIA	10	1,4%
OTROS	117	16,0%
<b>TOTAL</b>	<b>730</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: MINSA, 2010.

#### 4.2.3. La formación de Técnicos en Salud.

En los últimos años los Institutos Superiores Tecnológicos (ISTs) no han sufrido cambios significativos. Hay actualmente 1076 ISTs registrados a nivel nacional, o sea, 134 más que en 2004, de los cuales 67.8% son privados (apenas 0.4% más que en el 2004).

De todos los ISTs, 549 se encuentran funcionando regularmente (58.2%). El Ministerio de Educación (MINEDU), a través de la Dirección de Educación Secundaria y Superior Tecnológica (DINESST), hace desde noviembre de 2003 la revalidación de los ISTs mediante una revisión de la documentación presentada y visitas de verificación a las instalaciones de cada IST. Hay actualmente 604 ISTs revalidados, 56% del total, lo que a pesar de ser poco, ya es mucho más que los 7.4% que se clasificaron como revalidados en la fecha del último Informe al País.

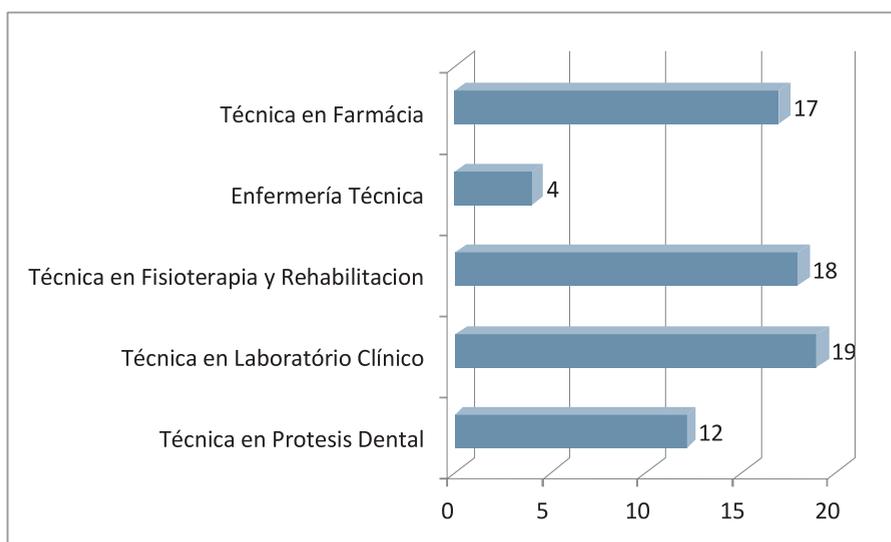
Los ISTs ofrecen 175 carreras técnicas, de las cuales diez están vinculadas a las ciencias de la salud (5.7%).

Por otro lado, 372 (39%) de los 942 Institutos Superiores Tecnológicos ofrecen carreras técnicas en salud.

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%). Enfermería técnica es la carrera más frecuente a nivel nacional y posee una fuerte demanda social por los egresados de los estudios secundarios.

En cuanto a la distribución departamental de la oferta de formación de técnicos de enfermería, Lima concentra la mayor oferta (17%), que sumada a la de Piura, La Libertad, Ancash, Lambayeque y Puno concentran al 53.6% de toda la oferta de carreras en enfermería técnica. En el caso de Laboratorio Clínico, Lima (41.9%) también concentra la mayor oferta.

**Gráfico N°24**  
**Perú: Número de Carreras Técnicas en Salud**



**Tabla N°21**  
**Perú: ISTs que ofertan carreras de salud según Departamentos, 2010**

Departamento	ENFERMERIA TECNICA		LABORATORIO CLINICO	
	N	%	N	%
AMAZONAS	8	4.55%	1	8.33%
ANCASH	16	9.09%	1	8.33%
APURIMAC	5	2.84%		
AREQUIPA	6	3.41%		
AYACUCHO	10	5.68%		
CAJAMARCA	14	7.95%	1	8.33%
CALLAO	1	0.57%		
CUSCO	5	2.84%	1	8.33%
HUANCAVELICA	3	1.70%		
HUANUCO	9	5.11%	2	16.67%
ICA	7	3.98%		
JUNIN	11	6.25%	1	8.33%
LA LIBERTAD	13	7.39%	3	25.00%
LAMBAYEQUE	7	3.98%		
LIMA	15	8.52%	2	16.67%
LORETO	5	2.84%		
MADRE DE DIOS	2	1.14%		
MOQUEGUA	2	1.14%		
PASCO	9	5.11%		
PIURA	18	10.23%	1	8.33%
PUNO	13	7.39%	2	16.67%
SAN MARTIN	5	2.84%	2	16.67%
TACNA	1	0.57%		
TUMBES	3	1.70%	1	8.33%
UCAYALI	4	2.27%		
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>100.00%</b>	<b>12</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: MINEDU, 2010.

### 4.3. Remuneraciones de los Recursos Humanos en Salud.

Al observar los datos de remuneraciones en los dos prestadores de servicios más importantes (EsSalud y MINSA) se pueden percibir dos tipos de inequidades: intrainstitucionales (diferencias remunerativas entre las distintas categorías) e interinstitucionales. A su vez, las inequidades intrainstitucionales son de varios tipos, pues dentro de las mismas categorías hay diferencias, que dependen de los niveles de los establecimientos donde laboran los recursos humanos.

En primer lugar, si se comparan los montos anualizados de remuneraciones entre los profesionales de MINSA y EsSalud se observa que es la segunda quien está por encima a nivel general. El MINSA solo supera a EsSalud, por diferencias mínimas, en los dos primeros niveles de establecimientos para el caso de los médicos. Por tanto, las diferencias entre instituciones, a favor de EsSalud, se mantienen desde lo reportado en el informe pasado en el año 2005.

Si se comparan las categorías profesionales que se han tomado en cuenta (médicos, enfermeras, obstetras y odontólogos) se observa que las diferencias de remuneraciones más considerables no están en el grupo de los médicos, sino en el resto de las categorías mencionadas. Estas diferencias llegan a superar los 19 mil soles anuales entre una y otra institución.

Tabla N° 22

Perú: Comparativo anualizado de remuneraciones entre personal EsSalud y MINSA central según cargos y niveles, 2009

CATEGORIA	CLASIFICADOR DE CARGO	NIVEL EsSalud	NIVEL MINSA	TOTAL EsSalud	TOTAL MINSA	DIFERENCIAS
Médico	PROF 1	5	N5	62,500.00	60,490.08	2,009.92
		4	N4	59,764.00	58,438.32	1,325.68
		3	N3	57,044.00	56,400.48	643.52
		2	N2	54,324.00	54,343.56	-19.56
		1	N1	51,588.00	52,308.36	-720.36
Enfermera	PROF 2	5	V	50,500.00	30,986.52	19,513.48
		4	IV	46,900.00	30,772.32	16,127.68
		3	III	43,300.00	30,655.80	12,644.20
		2	II	39,700.00	30,501.36	9,198.64
		1	I	36,100.00	30,363.96	5,736.04
Obstetra	PROF 2	5	V	50,500.00	30,986.52	19,513.48
		4	IV	46,900.00	30,772.32	16,127.68
		3	III	43,300.00	30,656.16	12,643.84
		2	II	39,700.00	30,501.36	9,198.64
		1	I	36,100.00	30,363.96	5,736.04
Odontólogos	PROF 2	5	V	50,500.00	30,986.40	19,513.60
		4	IV	48,580.00	30,772.32	17,807.68
		3	III	46,980.00	30,655.80	16,324.20
		2	II	45,380.00	30,501.36	14,878.64
		1	I	43,300.00	30,363.96	12,936.04

Fuente: MINSA. Recopilación, procesamiento y análisis de las remuneraciones, honorarios, bonificaciones e incentivos por carreras u ocupación, por departamento, MINSA- EsSalud (2009)

Por otro lado, las diferencias entre instituciones se evidencian como considerables, no solo entre las distintas profesiones, sino dentro de ellas mismas, pues estas se condicionan a los regímenes por los que se han establecido los vínculos laborales y a los beneficios que cada uno de estos regímenes contemplan.

Así, para el caso del MINSA se evidencia que para aquellos profesionales que se encuentran bajo el régimen D.LEG. 276 el promedio del monto anualizado de sus remuneraciones, bonificaciones e incentivos más que duplican a aquellos profesionales que tienen un vínculo laboral bajo el Régimen Especial de Contrato Administrativo de Servicios (RECAS) o que laboran en los CLAS. Es más, también hay diferencias, aunque no tan alarmantes como la ya mencionada, entre aquellos profesionales con RECAS y los que laboran en los CLAS.

Vale mencionar que, al contrario de lo que se encontró al comparar las remuneraciones entre EsSalud y MINSA, las grandes diferencias remunerativas están en la población de médicos, mientras que en las otras categorías profesionales las diferencias existen aunque no tan acentuadas.

Tabla N°23

**MINSA: Promedio y mediana de las remuneraciones, bonificaciones e incentivos totalizados anuales y por profesiones de salud, carrera u ocupación régimen, 2009**

Categoría	MINSA 276			RECAS MINSA		CLAS MINSA	
	PRIMER NIVEL	PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA
Médico	52,308.36	56,396.16	56,400.48	24,000.00	24,000.00	20,400.00	18,000.00
Enfermera	30,363.96	30,655.992	30,655.80	9,000.00	8,640.00	7,500.00	7,200.00
Obstetriz	30,363.96	30,656.064	30,656.16	9,573.36	9,576.00	7,500.00	6,960.00
Cirujano dentista	30,363.96	30,655.968	30,655.80	11,840.04	11,400.00	10,800.00	9,600.00
Asistente social	30,363.96	30,655.968	30,655.80	10,200.00	9,000.00		
Químico farmacéutico	30,363.96	30,655.968	30,655.80	10,750.08	10,200.00	8,400.00	7,800.00
Psicólogo	30,363.96	30,655.968	30,655.80	9,493.32	9,480.00	8,400.00	7,800.00
Biólogo	30,363.96	30,655.968	30,655.80	17,295.00	14,400.00	10,800.00	9,600.00
Nutricionistas	30,363.96	30,655.968	30,655.80	8,640.00	8,400.00		
Técnico enfermería I	26,816.28	27,369.12	27,249.96	7,793.40	7,800.00	6,900.00	6,000.00
Técnico administrativo apoyo	26,816.28	27,369.12	27,249.96	9,780.00	8,400.00	7,200.00	6,240.00
Técnico PAD				8,300.04	8,340.00		
Auxiliar administrativo I	26,692.80	26,821.32	26,759.16	7,833.36	7,680.00	7,020.00	6,000.00
Auxiliar servicios asistenciales	26,692.80	26,821.32	26,759.16	7,440.00	7,440.00	6,420.00	5,760.00

Fuente: MINSA. Recopilación, procesamiento y análisis de las remuneraciones, honorarios, bonificaciones e incentivos por carreras u ocupación, por departamento, MINSA- EsSalud (2009)

En el caso de EsSalud no hay un patrón que indique que a nivel general los montos promedios de las remuneraciones, bonificaciones e incentivos de sus recursos humanos se inclinen contundentemente según el tipo de régimen de contratación laboral.

Se afirma esto porque, la estadística lo muestra así. Por ejemplo, para el caso de los médicos el promedio del lo recibido anualmente bajo el régimen 276 o 728 es de 57,044.00 nuevos soles, mientras que aquellos que están bajo RECAS reciben, en promedio, 61,700.04 nuevos soles anualmente; para el caso de las enfermeras, es el grupo que está bajo los regímenes D.LEG. 276 y D.LEG. 728 quien recibe mayor dinero por año.

**Tabla N°24**

**EsSalud: Promedio y mediana de las remuneraciones, bonificaciones e incentivos totalizados anuales y por profesiones de salud, carrera u ocupación régimen, 2009**

Categoría	ESSALUD 276 - 728			RECAS ESSALUD	
	PRIMER NIVEL	PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA
Médico	51,588.00	57,044.00	57,044.00	61,700.04	60,000.00
Enfermera	36,100.00	43,300.00	43,300.00	34,559.76	30,000.00
Obstetriz	36,100.00	43,300.00	43,300.00	36,000.00	30,000.00
Cirujano dentista	43,300.00	46,948.00	46,980.00	43,800.00	38,400.00
Asistente social	27,140.00	32,093.40	32,090.00	43,599.96	38,400.00
Químico farmacéutico	43,300.00	46,948.00	46,980.00	48,600.00	43,200.00
Psicólogo	36,100.00	43,300.00	43,300.00	39,000.00	31,200.00
Biólogo	36,100.00	43,300.00	43,300.00	42,000.00	31,200.00
Nutricionistas	27,140.00	32,423.20	32,420.00	37,260.00	30,000.00
Técnico enfermería I	20,420.00	24,020.00	24,020.00	23,520.00	23,520.00
Técnico administrativo apoyo	20,420.00	24,020.00	24,020.00	27,099.96	24,000.00
Técnico PAD				18,000.00	16,800.00
Auxiliar administrativo I	17,860.00	19,660.00	19,660.00	14,700.00	14,400.00
Auxiliar servicios asistenciales	17,860.00	19,660.00	19,660.00	14,400.00	14,400.00

Fuente: MINSA. Recopilación, procesamiento y análisis de las remuneraciones, honorarios, bonificaciones e incentivos por carreras u ocupación, por departamento, MINSA- EsSalud (2009)

#### 4.4. Satisfacción de los Trabajadores.

En una investigación auspiciada por OPS/OMS<sup>18</sup> se encontró que en los dos hospitales del MINSA que sirvieron como muestra, existía un escaso nivel de desarrollo de las condiciones de trabajo y salud del personal que labora en estos.

Se halló, por ejemplo, que la mayor percepción de riesgos en su área de trabajo se asocia a la calidad y disponibilidad de los equipos y mobiliarios de los establecimientos de salud; así se identificó como un factor de riesgo el nivel de obsolescencia tecnológica de los equipos, el mal estado de operatividad de los equipos e instrumental y la falta de material descartable y insumos necesarios para las labores diarias.

Por otro lado, el estudio también constata que la incidencia de malestares o molestias frecuentes que padece el personal de los establecimientos están asociadas a las condiciones de trabajo. De esta manera, las lumbalgias (35%) y la fatiga física, mental y stress (26.3%) son las dolencias más recurrentes. Vale mencionar que casi la

18 Casas, María. Condiciones de Trabajo y Salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Lima: OPS, 2009.

tercera parte de los profesionales respondieron tener problemas de salud debido a sus condiciones laborales.

Otro factor que se identificó fue el relacionado con las condiciones de higiene y seguridad en los establecimientos de salud. La percepción predominante entre los encuestados es que dichas condiciones son regulares (60%).

Finalmente, sobre las remuneraciones, la percepción generalizada es que estas son muy deprimidas y desmotivadoras, que no alcanzan a cubrir sus necesidades básicas.

Sin embargo, a pesar de haber identificado una serie de factores que resultan relevantes para el desarrollo humano y profesional de los trabajadores, y que han sido de niveles por debajo de lo aceptable, cabe destacar que en los dos establecimientos se evidencia una identidad institucional en el trabajo, y lazos y relaciones humanas como equipos de salud.

Ante esto, la alta migración de recursos humanos que viene aconteciendo tanto entre prestadores como fuera del país, puede indicar que, a nivel del sector, la situación viene llegando a un límite de la tolerancia a las carencias, por encima del cual se producen desplazamientos, sobre todo de aquellos recursos humanos que se sienten con menos vínculo -sea contractual, profesional o afectivo- con la institución donde vienen laborando.

#### **4.5. Rectoría: Políticas y Regulación de Recursos Humanos en Salud.**

##### **4.5.1. El paso del IDREH a la Dirección General de Recursos Humanos.**

En relación a la rectoría en el tema de los recursos humanos en salud, el Perú viene de vivir un auge del tema entre los años 2000 y 2006 y ha estado el año 2007 y parte del 2008 en una nueva etapa, de post transición y reformulación organizacional debido al cierre del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) y la instauración de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud (DGGDRRH). Por ello, vale la pena hacer un breve repaso de lo sucedido en cuanto al órgano rector del campo de recursos humanos.

El Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) se fundó en el 2002 bajo la denominación de Instituto y la característica organizacional de ser un Organismo Público Descentralizado (OPD), autónomo en su manejo. De esta manera, el Ministerio de Salud, intentaba dotarse de una unidad orgánica que asumiese la responsabilidad de estructurar integralmente las políticas de recursos humanos, y entrar a abordar el difícil tema de la articulación de la docencia y los servicios en los establecimientos de salud.

Según la Ley orgánica del Ministerio de salud (Ley N° 27657 de enero del 2002), el IDREH es un órgano del Poder Ejecutivo, ente rector del sector salud, que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

Asimismo, esta misma Ley del Ministerio de Salud estableció que el IDREH tenía la misión de conducir las actividades de investigación académica, formación, capacitación y especialización del personal de salud, así como el desarrollo y evaluación de su calidad en el ámbito nacional; la aprobación del reglamento de organización y funciones del IDREH; la constitución del Comité Nacional de Articulación Docencia, Atención de Salud e Investigación –CONADASI- del Consejo Nacional de Salud, del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud –SNCD- , el cual debía constituirse en un importante espacio de concertación y consenso entre los diferentes actores sociales en el campo de los recursos humanos.

De esta manera, el IDREH tenía la función de rectoría sectorial en el campo de los recursos humanos de salud, la misma que implica la formulación de políticas, la planificación, normalización, regulación e implementación de un sistema integrado de información de recursos humanos y de gestión, promoviendo el consenso y la concertación entre los actores sociales involucrados.

Si bien el IDREH fue creado el 2002, empezó prácticamente a funcionar en el año 2003 y de manera plena el 2004. Su organigrama dividió sus funciones en dos grandes áreas: la Dirección de Políticas y la Dirección de Formación y Perfeccionamiento. En la práctica todas las nuevas funciones, referidas a la formulación de políticas, el planeamiento estratégico de REHUS y la regulación de la educación y gestión del trabajo, fueron agrupadas en la Dirección de Políticas, mientras las viejas funciones de formación directa y capacitación de la Escuela Nacional de Salud Pública, se agruparon en la Dirección de Formación y Perfeccionamiento.

Durante su período de funcionamiento el IDREH fue un gran articulador de las iniciativas que se generaron desde diferentes entidades del sector salud. Con la participación de actores nacionales y regionales, se oficializaron los ocho Lineamientos de Políticas en REHUS y se definió un Plan de Implementación para las Políticas similar al Plan Decenal planteado en Toronto en el 2006.

Asimismo, emprendió un Estudio de las Prioridades de Especialización en Medicina, para orientar el Sistema Nacional de Residentado Médico; propuso la creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES) como un espacio de regulación del acceso y la gestión de los campos clínicos; y planteó que el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUM) asumiese criterios para la asignación de plazas en espacios de escaso desarrollo y gran pobreza y fuese parte de un nuevo Servicio de Salud Comunitaria, consiguiendo

que el Programa Juntos del Estado financie plazas para tres profesiones (medicina, enfermería y obstetricia) bajo la estrategia de formación de equipos de trabajo destinados a las provincias más lejanas del país.

Otro logro fue la formación del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME), para integrar todas las profesiones de salud y para instituir un sistema tripartito, con reguladores (Colegio Médico, ASPEFAM y MINSa), prestadores (MINSa, ESSALUD) y formadores (universidades), conformándose un Comité Nacional y Comités Regionales.

Finalmente, el IDREH realizó el 1er. Encuentro Nacional de REHUS para el debate de las políticas de recursos humanos, realizado en noviembre del 2005, evento que contó con una serie de reuniones preparatorias a nivel regional y macrorregional. Parte de este proceso ascendente fue también la realización en Lima, en octubre del 2006, de la reunión regional de Observatorios de Recursos Humanos en Salud.

No obstante los logros conseguidos por el IDREH, éste fue puesto en cuestión como modelo organizacional de la autoridad sanitaria en el campo de recursos humanos a partir de disposiciones generales referidas a la Reforma del Estado, emanadas desde el nuevo gobierno 2006-2011, entre noviembre del 2006 y febrero del 2007.

Fue precisamente en febrero del 2007 que la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) dispuso la fusión en modalidad de absorción del IDREH por el MINSa y dejó de existir el IDREH como Organismo Público Descentralizado, integrándose a los órganos de línea del Ministerio en una fórmula transitoria mientras se emitía el nuevo Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del MINSa. Sin lugar a dudas, esto hizo que todo el proceso previo se viera seriamente afectado.

Durante poco más de un año se estuvo en esta situación provisional hasta que finalmente se generó una nueva Dirección General como órgano de línea, con las funciones del ex IDREH además de la función de gestión del trabajo, que estaba en la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), tomando la denominación de Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, conservándose aparte la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, que se encarga de la política de personal.

En la actualidad, el nuevo ROF contempla a esta Dirección General con dos subunidades, la de gestión del trabajo y la de gestión de la educación, siguiendo el modelo brasileño (SEGETES). Hace dos años y medio viene funcionando la nueva Dirección General. La transición organizacional interrumpió el ciclo de ascenso del tema de recursos humanos que se vivió en el primer lustro, cosa que se retomó luego al final de la década, con iniciativas relacionadas sobre todo al SERUM. Una mala decisión tuvo su costo.

#### 4.5.2. Las raíces de la problemática actual: auge y liquidación del modelo burocrático.

Al situar el tema en un espacio temporal, se puede afirmar que en el Perú ha habido tres etapas en la historia de los recursos humanos, en donde las reglas de juego fueron condicionando tanto el modo de organización de ellos como sus respectivos resultados producto de lo que se podía, o no, hacer dentro del marco normativo.

Las etapas son, a saber: 1) la que abarcó las décadas de 1950 a 1980, en que primó la regulación desde el enfoque intervencionista; 2) la que abarcó los 90, en que se destruyó la regulación previa y se dio pase abierto a la flexibilización laboral con precarización y a la multiplicación de entidades formadoras en salud; y 3) la etapa 2003-2010, en que se ha empezado a reconstruir la regulación, pero en una reinención necesaria de los temas que han sido heredados de atrás.

La primera etapa fue de construcción del régimen público, bajo el modelo burocrático que primaba en toda la administración pública. El punto de partida fue la promulgación del Decreto Ley N° 11377 de 1950, que fue la primera norma del sector público que reguló de manera integral el empleo público, generando el primer escalafón del servicio civil.

Luego se daría los Decretos Leyes N° 17876 y N° 19847 el 31 de octubre de 1969 y 1º de abril de 1973, que ordenaron el panorama remunerativo. Finalmente, el 24 de marzo de 1984 se emitió el Decreto Legislativo N° 276 con la Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público.

Llama la atención que los dos grandes pilares de la carrera pública burocrática, los decretos N° 11377 y N° 276, se hayan emitido con más de 30 años de diferencia, más aún cuando es la norma el espíritu del modelo burocrático. Vale mencionar que toda la dinámica de esta primera etapa fue de disputa entre quienes buscaban mantener los regímenes particulares preestablecidos para los distintos grupos de servidores públicos y los que tendían a suprimirlos para implementar un sistema de clasificación de cargos general.

Por otro lado, en la segunda etapa se dio un viraje explícito hacia el modelo de flexibilización con precarización y el pase libre a la creación de decenas de nuevas universidades y facultades de ciencias de la salud. Esta conjunción de quiebra entre la oferta de formación y demanda de profesionales, sumado a un contexto sectorial de aumento de productividad sin incremento de salarios generó una situación de desgobierno de la formación en salud y gran conflictividad laboral.

En realidad el régimen de carrera pública ideado por el Decreto Ley N° 11377 llegó

bastante disminuido a fines de los 80. Los estudios muestran que hubo una gran reducción del gasto público entre 1975 y 1990, que en ese interín disminuyó de US\$ 1,059 dólares per cápita a tan sólo US \$ 178 dólares.<sup>19</sup> Ello afectó fuertemente la planilla del sector público, que se contrajo en 75%, sin que hubiera reducciones de personal, lo que implicó una reducción de los salarios reales.<sup>20</sup> No puede extrañar entonces que los trabajadores del Estado desbordaran la normativa de carrera pública, que no garantizaba una recuperación de ingresos reales a través de los mecanismos estatuidos de ascensos mediante el escalafón. La crisis económica de los años 1988-92 fue el contexto en el cual se agotó el modelo burocrático y se abrieron las compuertas para una reestructuración de la carrera desde dos frentes, entonces, el frente corporativo gremial, que venía desde antes, y el nuevo del enfoque ortodoxo.

Ante un panorama incierto a finales de los 80 en relación al nuevo modelo de gestión que sea capaz de revertir la inminente caída del status del trabajador público, el inicio de los 90 significó la formalización de lo que ya estaba aconteciendo: se reemplazó el régimen laboral de los nombramientos o contratos por tiempo indefinido y se pasó a un régimen flexible en el vínculo laboral, con remuneraciones precarias. Fue la formalización de lo informal.

En el año 1991, mediante el Decreto Supremo N° 098-91-PCM, se ofrecieron incentivos para la renuncia voluntaria de trabajadores auxiliares y técnicos, y posteriormente se hizo lo propio con el personal directivo y técnico de todo el sector público. Esta disposición no alcanzó a los profesionales asistenciales de salud. Según datos del Instituto Nacional de Administración Pública, todavía existente hasta 1995, a diciembre de 1994 se habían ido 134,700 trabajadores públicos, en comparación con los existentes en 1989.

A nivel sectorial, en el Ministerio de Salud a nivel nacional este proceso representó la renuncia de 12,000 trabajadores no profesionales de la salud (técnicos administrativos, técnicos de enfermería, auxiliares administrativos y auxiliares de enfermería, entre otros), puestos de trabajo que no fueron repuestos.

El 12 de noviembre de 1991 se emitió el Decreto Legislativo N° 728 o Ley de Fomento del Empleo. Esta norma no contemplaba nombramientos, sólo contrataciones de tiempo fijo, terminando con la estabilidad laboral. Dejó de aplicarse el Decreto Legislativo N° 276 para nombramientos y contratos, y se comenzó a usar el Código Civil, que generó el régimen, antes en desuso, de servicios no personales. Esta modalidad de contrato se empezó a utilizar sobre todo en el MEF, SUNAT, ADUANAS, Contraloría de la República y en el sector salud, en la Superintendencia de Entidades

19 Webb, Richard. Prologue. En: Carlos Paredes y Jeffrey Sachs (eds.), *Peru's Path to Recovery: A Plan for Economic Stabilization and Growth*. Washington D.C., Brookings Institution.

20 Wise, Carol. *Reinventando el Estado: Estrategia económica y cambio institucional en el Perú*. 1ª. Edición, Lima, Universidad del Pacífico, 2003.

Prestadoras de Salud, un sector de los CLAS y EsSALUD, entre otros. Sus repercusiones no sólo en el empleo público, sino en el empleo en general, fueron importantes: las contrataciones estables o nombramientos se redujeron del 41% en 1991 al 24.8% en 1999, los trabajadores sin contrato pasaron de 33.2 a 45.4% en ese periodo, los trabajadores eventuales aumentaron casi en 5% y la duración media del empleo se redujo aproximadamente de 70 meses en 1991 a 47 en 1999.<sup>21</sup> Con la admisión de dos regímenes laborales en el Estado, uno de derecho público (D.LEG. N° 276) y otro de derecho privado (D.LEG. N° 728), empezaron a generarse las deformidades actuales. De los 80,000 contratados por Servicios No Personales entonces en el Estado, 41,000 fueron del MINSA, en particular en el Programa Salud Básica para Todos. Con esta modalidad se eludió los alcances de la carrera administrativa, que quedó ahora sí seriamente afectada. Antes había un desorden remunerativo del escalafón pero ahora había emergido un régimen de reemplazo, flexible y precario.

Ya en 1994, cuando la crisis económica pasó y comenzó una etapa de expansión de la producción de servicios, la administración pública solicitó el ingreso de nuevo personal, pero bajo la modalidad de servicios no personales. De esa manera, los profesionales y trabajadores de salud pasaron de ser nombrados a ser contratados y las remuneraciones se fraccionaron en ingresos múltiples, en un básico y, para una parte, los adicionales de los recursos directamente recaudados, los ingresos por proyectos y las bonificaciones, además de otros ingresos por multiempleo. Nació así un régimen que dispersaba la fuerza laboral, en la búsqueda de adicionales, en lugar de concentrarla en su tarea.

De otro lado, en el mundo de la formación, en enero de 1995 se emitió la Ley 26439 de creación del Consejo Nacional para la Autorización y Funcionamiento de Universidades (CONAFU) y luego, en noviembre de 1996, el Decreto Legislativo N° 882 de promoción de la inversión privada en la educación, que alentaron la multiplicación de universidades y facultades más allá del límite de si había trabajo o no para sus egresados. Los datos muestran que ni bien se creó CONAFU aparecieron 21 nuevas universidades, 18 de ellas privadas y sólo 3 públicas, en el lapso de 5 años.<sup>22</sup>

#### 4.5.3. El régimen laboral de la década: Ley Marco de Empleo Público, SERVIR y RECAS.

Comparando la presente década con la pasada, los 2000 ha sido una década de reconstrucción, desde las bases, de la carrera pública, que ha buscado revitalizar el servicio civil a partir de una reingeniería tanto económica como administrativa.

21 Chacaltana, Juan y Norberto García. Reforma laboral, capacitación y productividad. En: CIES, Políticas de empleo en Perú, Lima, T. II, 2003.

22 Webb, Richard y Graciela Fernandez Baca. Anuario Estadístico Perú en Números. Lima: Instituto Cuánto. Varios números.

Así, en el sector salud se vienen sentando las bases actualmente para el diseño de la carrera pública. Para ello, la Dirección General de Recursos plantea que el primer paso será construir un sistema integrado de reclutamiento y selección, pues en la actualidad cada unidad ejecutora maneja su propio proceso de reclutamiento y selección conforme a sus criterios, por medio de concursos regionales e ingresos por orden de mérito. Sin embargo, este tema del régimen de carrera trasciende el sector salud y viene siendo moldeado desde la Presidencia del Consejo de Ministros y el Poder Ejecutivo.

En el Estado trabajan, según el Banco de Datos de Servidores Públicos del Estado, del Ministerio de Economía y Finanzas,<sup>23</sup> 1'372,742 personas, con un personal activo de 623,019 empleados y un total de 688,366 pensionistas. Estas cifras no incluyen a las empresas del FONAFE ni a los Gobiernos Locales. El Censo del MEF indicaba además que la mayor parte del personal activo estaba en los Gobiernos Regionales (314,836), pues en ellos se incluye al personal de educación y salud, y también estaba en otros sectores como el Sector Interior (94,645) que incluye al personal policial, el Sector Educación (92,176), el Sector Defensa (55,654) que incluye al personal de las Fuerzas Armadas y el Sector Salud de Lima (25,909).

Tanto el personal total del sector salud como los empleados públicos existentes, tienen múltiples regímenes laborales y salariales. La mayoría de ellos debería estar inserto en alguna estructura de carrera pública, por flexible que fuese. Pero el desorden administrativo de décadas ha heredado a la actualidad una situación compleja. La Dra. Nuria Esparch, Presidenta de la Autoridad Nacional del Servicio Civil (Servir), informaba en agosto del 2009 que había más de 30 formas de contratación en el Estado y 157 escalas de remuneración aprobadas por decreto supremo, sin contar las informales, notificando que no se tenía una cifra exacta sobre cuántos empleados públicos existían.

A pesar del desorden que se refleja en el 2009, durante la década han surgido dos estrategias que se pusieron en marcha para poder retomar la carrera pública: la primera, una reforma que intentó redefinir globalmente la política de Estado al respecto con una ley marco de carácter comprensivo y que se concretó en la Ley Marco de Empleo Público del 19 de febrero de 2004; y la segunda estrategia, aún vigente, que avanza en sentar las bases para una transformación general por etapas y medidas concretas y que se inició con la conformación de la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR) el año 2008.

---

23 Ministerio de Economía y Finanzas. Banco de Datos de Servidores públicos del Estado, Resumen ejecutivo, 2008.

#### 4.5.3.1 **La Ley Marco del Empleo Público.**

En el primer quinquenio de los años 2000 se dieron dos grandes marcos normativos: el de Modernización del Estado y el del Empleo Público. El 30 de enero del 2002 se emitió la Ley 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, que plantea la problemática del empleo público como clave para la consecución de los objetivos de modernización del Estado. Posteriormente, el 19 de Febrero del 2004, se dio la Ley 28175, Ley Marco del Empleo Público, que comprende la carrera administrativa del sector público y sus remuneraciones, plantea la unificación de los distintos regímenes laborales actualmente existentes en uno solo y define una estructura de clasificación del personal del Estado en grupos.

Vale resaltar que esta Ley Marco es una norma general, que dispuso el inicio de un cambio en el empleo público mediante nuevas leyes y reglamentaciones, tal como señala en su Segunda Disposición Transitoria, en que dio un plazo de 120 días a partir de la publicación de la Ley para que el Poder Ejecutivo remita al Congreso de la República propuestas legislativas sobre la Carrera del Servidor Público; el Régimen de los Funcionarios Públicos y Empleados de Confianza; la Ley del Sistema de Remuneraciones del Empleo Público; la Ley de Gestión del Empleo Público; y la Ley de Incompatibilidades y Responsabilidades.

Por otro lado, la Ley Marco del Empleo Público entró en vigencia el 1º de enero del 2005 y, sin embargo, aun no tiene aplicación. Requiere la aprobación de las normas complementarias antes citadas que se encuentran todavía en procesamiento en el Congreso.

#### 4.5.3.2 **La Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR).**

Ante la situación en que las leyes marco no se pudieron operacionalizar luego de cuatro años de haber establecido la Ley Marco, el Estado optó otra ruta complementaria para proseguir la modernización y renovación del empleo público. De esta forma, el 21 de junio de 2008 se emitió el Decreto Legislativo N° 1023, que creó la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR).

El Decreto Legislativo N° 1023 establece el Sistema Administrativo de Recursos Humanos, compuesto por la Autoridad que formula la política recursos humanos en el sector público y las Oficinas de Recursos Humanos de las entidades del sector público. Por otro lado, encargó al nuevo sistema de recursos humanos funciones más allá de las tradicionales de personal, como las funciones de planificación, organización y distribución del trabajo, además de las de evaluación y seguimiento del rendimiento, compensación, desarrollo, relaciones humanas y resolución de controversias.

El ámbito de competencia de SERVIR comprende a todo el Estado, incluidos los organismos autónomos del sector público y empresas del Estado, con excepción del personal de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional del Perú, de la Carrera Judicial del Poder Judicial y del Ministerio Público.

De otro lado, el 14 de enero del 2010, se creó el Tribunal del Servicio Civil (TSC), órgano que forma parte del SERVIR, como instancia final administrativa de controversias individuales, siendo sus resoluciones solo impugnadas por la Corte Superior mediante proceso contencioso-administrativo. Antes, la vía administrativa llegaba hasta la apelación en segunda instancia en la institución, ahora hay una instancia final externa a la institución. Las segundas instancias regionales solían sentar jurisprudencia en sus ámbitos, muchas veces interpretando la norma nacional a discreción y con repercusión nacional. Esto hacía incoherente el marco normativo efectivo.

Además, conjuntamente con la creación de SERVIR, el Poder Ejecutivo emitió el Decreto Legislativo N° 1024 que crea el Cuerpo de Gerentes Públicos. Con esto desentrampó el obstáculo que existía en el sector público para incorporar cuadros técnicos de buen nivel por las escalas remunerativas en el Estado. De esta manera SERVIR tiene como otro encargo el seleccionar personal calificado para la gestión pública, que deben ingresar por la modalidad de concurso para cubrir puesto claves y a los cuales se les otorgará remuneraciones especiales mayores a las que se aplican en cargos similares no declarados claves.

Adicionalmente se emitió el Decreto Legislativo N° 1025, que aprueba las Normas de Capacitación y Rendimiento en el Sector Público, también función de SERVIR. El dispositivo clasifica la capacitación en tres niveles: a) de post grado; b) formación laboral; y c) por actualización. Hasta aquí los postgrados no eran considerados capacitación sino formación. Se propone que la capacitación será desarrollada mediante programas a través de universidades e institutos, acreditados de acuerdo a lo que regule la autoridad de Servicio Civil. Menciona la necesidad de un fondo de financiamiento para la capacitación, sin mayor detalle. SERVIR estima en más de 200 millones de soles (75 millones de dólares) la inversión anual en capacitación por el Estado.

En cuanto a la Evaluación del Desempeño Laboral, la norma plantea que ésta sea lo más objetiva posible y que su periodicidad sea no mayor de dos años. Dispone la evaluación como un proceso obligatorio, integral, sistemático y continuo de apreciación objetiva, que debe ser aplicado en función a factores mensurables, cuantificables y verificables; que debe abarcar a todo el personal al servicio del Estado, y debe realizarse con una periodicidad y con resultados que deben ser públicos y registrados ante la Autoridad. Se establece además, que como consecuencia de la evaluación, se debe orientar la concesión de estímulos y premios al personal al servicio del Estado, preferentemente

a quienes hubieren sido calificados como personal de rendimiento distinguido, así como para el desarrollo de la línea de carrera y la determinación de la permanencia en la institución; por otro lado indica que la evaluación de deficiencia comprobada puede llevar a la pérdida de la estabilidad laboral. El Reglamento del Decreto Legislativo 1025 relacionado a capacitación y evaluación se aprobó el 17 de enero del 2010 mediante Decreto Supremo 009-2010-PCM. SERVIR realizó el noviembre del 2009 el primer piloto de evaluación tomando un diagnóstico de conocimientos a más de diez mil servidores públicos relacionados con el Sistema Nacional de Inversión Pública.

#### 4.5.3.3. **El Régimen Especial de Contrato Administrativo de Servicios.**

El 28 de Junio del 2008 el gobierno publicó el Decreto Legislativo N° 1057 por el cual crea un nuevo sistema de contrataciones, el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios (RECAS). Esta norma representa un viraje histórico en cuanto al sistema de contratación, pues suprime la modalidad de contratos bajo la forma de Servicios No Personales (SNP) y establece un tipo de contratos con duración, horario y actividades a realizar, con la estipulación de la necesidad del registro ante ESSALUD y aportes al sistema provisional.

El RECAS es novedoso por ser un régimen intermedio entre el régimen laboral público y la locación de servicios; en síntesis, un régimen flexible que incluye algunos beneficios parcialmente, aunque sin quebrar por completo la fórmula de flexibilización con precarización de los 90. En este lapso todos los trabajadores con el régimen de SNP, bastante numerosos en el sector salud, han pasado a ser RECAS.

#### 4.5.4. **Disponibilidad y Distribución de los REHUS: el SERUMS renovado.**

En los últimos dos años ha habido una ampliación importante del número de profesionales en los servicios públicos y se ha iniciado su redistribución con incentivos para sus estancias en las zonas más pobres. Las dos grandes políticas de recursos humanos de estos años vienen siendo la transformación del SERUMS en instrumento para expandir la frontera de los servicios y la generación de un régimen especial para cubrir el déficit de especialistas en provincias.

Con ambas iniciativas, la cantidad de médicos del MINSAL ha aumentado en todo el país en los últimos tres años. Esto ha aumentado la disponibilidad en todas las regiones, pero se desea también que no estén concentrados en las capitales de departamentos. Esto ha implicado transformar el SERUMS radicalmente.

El primer cambio en el SERUMS ha sido la modificación del mecanismo de asignación

de las plazas para serumistas, que antes eran por sorteo y ahora son por méritos, conforme a una prueba. El segundo ha sido el establecimiento de bonificaciones para los postulantes que opten por zonas alejadas, bono de 10 puntos que eleva su puntaje en el orden de méritos para el residentado médico. El tercero ha sido la utilización rigurosa del mapa de pobreza de FONCODES para la ubicación de los distritos prioritarios, en extrema pobreza.

**Tabla N°25**  
**Perú: Cambio en el Marco Normativo**

<b>CRITERIOS</b>	<b>ANTES</b>	<b>AHORA</b>
Asignación	Por sorteo	Por mérito (medicina)
Bonificación	Hasta 09 puntos sobre 100 en Residentado Médico Bonificación para concurso hasta 15%	Hasta 10 puntos sobre 100 en Residentado Bonificación para concurso hasta 15%
Criterio de Asignación	Categorización 1997 (A,B,C,D) Altura distancia, camino	Según niveles de pobreza (FONCODES) I y II prioritarios

**Fuente: DGGDRH, 2010.**

Por otro lado, los serumistas están bajo el régimen privado del D.LEG. N° 276. De esta manera, además de la bonificación en el examen de residencia por ubicación alejada, los serumistas reciben un sueldo de 3,500 soles (1,200 dólares), seguro social, seguro complementario de riesgo, pasajes y medio sueldo para gastos de instalación.

Además, se ha conseguido un aumento importante en el número de plazas del SERUM, que durante años se había mantenido estable en 2,000 plazas y ahora han pasado a 5,700. El primer incremento se hizo con el apoyo del Programa JUNTOS y luego con partidas presupuestales gestionadas ante el MEF.

Actualmente es obligatorio que todas las plazas de serumistas sean en el primer nivel de atención y son los gobiernos regionales quienes asignan las localidades o establecimientos, con asesoría de la DGGDRRH. En otras palabras, el SERUM, que estaba desarticulado de la política de salud, ahora es el principal instrumento que permite dotar de profesionales a lugares donde no había profesionales.

#### 4.5.5. Certificación y Recertificación Profesional.

*Sobre el proceso de la certificación profesional en salud, éste empezó con la profesión médica en 1998, a iniciativa del Colegio Médico del Perú (CMP), siendo la experiencia peruana, por tanto, inicialmente, de auto-regulación profesional y no de regulación por el Estado.*

En los dos primeros años del programa se presentaron 9,000 expedientes y en los siguientes dos años alrededor de 2,500. Los profesionales debían probar haber llevado cursos por más de 15 créditos en los últimos tres años para ser recertificados. En el 2006 se recertificaron aproximadamente 1,000 médicos. Este descenso y desaceleración del proceso se explica principalmente por la falta de difusión y promoción del proceso, la relativa falta de interés en la recertificación y su carácter voluntario.

Actualmente, el CMP ha aprobado un nuevo reglamento para la recertificación médica que incluye la evaluación de la práctica profesional como un primer paso hacia la introducción progresiva de la evaluación de la competencia profesional. Sin embargo, la aceptación mayoritaria del proceso de recertificación por parte de los médicos, coexiste con las dudas sobre su utilidad, el bajo interés y la exigencia por disminuir los requisitos.

En un contexto de situación estacionaria de la certificación médica nació el SINEACE en el 2006, el cual incluía la certificación de todas las profesiones. En este caso, a diferencia de la acreditación, son los Colegios Profesionales los que certifican y el CONEAU tiene por encargo apoyarlos y asesorarlos a través de su Dirección de Evaluación y Certificación.

En este lapso se ha avanzado en definir todo el instrumental para la certificación, con mayor énfasis en las profesiones de salud que en las de educación. Se ha formado asimismo a más de 200 evaluadores de competencias de diferentes Colegios Profesionales. En el nuevo sistema de evaluación de competencias se examinan conocimientos esenciales, desempeños esperados en una situación de trabajo simulada o real, y productos propios de cada profesión. Vale mencionar que no todas las profesiones deben certificar a sus miembros, pues hay Colegios Profesionales de certificación obligatoria (las 13 profesiones de salud más los profesores) y voluntaria (el resto). La norma establece que los Colegios tienen tres años para certificar a los profesionales que tengan más de cinco años de habilitados. En el caso de medicina, por su número, se ha dispuesto empezar por los médicos generales. El plazo para que los Colegios Profesionales pidan a CONEAU ser autorizados como entidades certificadoras venció en octubre del 2010.

#### 4.5.6. Regulación de la formación: la acreditación trunca.

En los años 90, como ya se mencionó, se profundizó la tendencia, que venía de atrás, a la multiplicación de universidades con facultades de carreras de salud. Esto ha producido un dislocamiento entre la oferta de egresados y la demanda de profesionales de salud por los servicios públicos y privados.

Este desajuste oferta-demanda ha venido siendo cuantitativo, pero es también cualitativo, pues la masificación 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.

En respuesta a la situación de creación indiscriminada de Facultades de Medicina se creó el 11 de julio de 1999, mediante la Ley N° 27154, la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (CAFME), presidida por un representante del Ministerio de Salud e integrada por representantes del Ministerio de Educación, la Asamblea Nacional de Rectores, el Consejo para la Autorización del Funcionamiento de Universidades y el Colegio Médico del Perú, comisión a la cual se le encargó de la conducción y gestión del proceso.

Esta comisión acordó que sólo se colegiarían y autorizarían al ejercicio profesional a los médicos egresados de Facultades de Medicina acreditadas. Para ello, en el año 2000 se aprobó el Reglamento de la Ley N° 27154 y en el año 2001 se emitieron los Estándares Mínimos para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina, mediante la Resolución Suprema N° 013-2001-SA, al igual que los Estándares Mínimos para la creación de Facultades o Escuelas de Medicina, con la Resolución Suprema N° 252-2001-SA.

Asimismo, en el 2001 se iniciaron las visitas de verificación. Más adelante, en el año 2003 se aprobó el Código de Ética de verificadores e integrantes de CAFME (Resolución Ministerial 652-2003-SA) y se hizo la actualización de los Estándares Mínimos de Acreditación (Resolución Suprema N° 004-2003-SA). Una última actualización de los Estándares Mínimos de Acreditación se hizo nuevamente el año 2006.

Al final, este proceso de acreditación en medicina sirvió de referencia para la creación en mayo del 2006, mediante la Ley N° 28740, del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE) y el inicio del proceso de acreditación de las carreras universitarias. Vale acotar que en el 2003 se había aprobado la Ley General de Educación, que creó el Organismo del SINEACE y dispuso para el caso de la Educación Superior, la creación de un organismo a ser generado y normado por ley específica. Finalmente, el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa absorbió a la CAFME.

A manera de reflexión se puede decir que CAFME fue un motor a favor de una cultura de calidad en las Facultades de Medicina, uno de cuyos aspectos es la acreditación. Se exigió un número mínimo de docentes con maestrías y doctorados, la verificación de competencias en los syllabus de los cursos y una base de infraestructura y recursos. Sin embargo, reconociendo avances, al final el 100% de las facultades documentó cumplir con los estándares mínimos para la acreditación, lo que implicaba probablemente reajustarlos hacia arriba. En la práctica, las facultades, una vez acreditadas por cinco años, aumentaban indiscriminadamente sus vacantes. De otro lado, la Asamblea Nacional de Rectores opinó que no podía prohibir a las facultades no acreditadas que aceptaran postulantes, con lo cual el proceso de acreditación perdió legitimidad. Pese a todo, CAFME siempre fue vista con expectativa por la amplia mayoría sectorial por ser uno de los contrafuertes de la desregulación en la formación en salud.

Por otro lado, aún cuando no se había puesto a funcionar el SINEACE, se anuló lo que ya había en salud, lo que generó un vacío legal que ha alentado nuevas creaciones de facultades en salud. A pesar de que el proyecto del SINEACE es más amplio y ambicioso, este aún camina a pasos lentos.

Dentro del SINEACE es el CONEAU el órgano encargado de la acreditación y certificación universitaria y tiene como fecha límite diciembre del 2010 para la implementación del sistema. En estos años se ha avanzado en definir el modelo de acreditación universitaria, con criterios y estándares para todas las carreras de educación y salud, estando el proceso en la inscripción y autorización de agencias acreditadoras, pues son estas agencias las que acreditarán las carreras. Para ello se requiere que previamente el CONEAU certifique a los evaluadores para las carreras, pues este es uno de los prerrequisitos para dar la autorización a las agencias acreditadoras.

#### **4.5.7. Regulación de la Formación de Especialistas: PROSALUD.**

Como se ha indicado en el presente informe, el segundo gran problema en la dotación y distribución de profesionales es la falta de especialistas. Para ello, se ha estructurado una estrategia, que es el nuevo programa PROSALUD, ya diseñado, que está por ser lanzado para dotar de especialistas a las regiones más vulnerables por medio de un sistema de concurso.

PROSALUD tendrá la misma lógica que el SERUMS en cuanto a priorización de los distritos con mayores necesidades, pero la dotación será de equipos básicos de salud (médicos, enfermeras, obstetras y técnicos sanitarios).

Así también, dado que por ley tienen que ser contratados en el régimen público, se ha negociado con el Ministerio de Economía y Finanzas para que tengan remuneraciones superiores – 4,700 soles como máximo para los médicos y 2,700 soles

para enfermeras -, además de una serie de incentivos para la residencia y concursos de nombramientos.

El contrato de estos especialistas será por tres años, renovables por otros tres años. Al final estos profesionales tendrán 20 puntos de bonificación para la residencia médica. De otro lado estos profesionales tendrán un programa de capacitación, primero en los hospitales y luego, ya en sus zonas, como alumnos de un Diplomado en Atención Integral, terminando en tres años como especialistas en medicina familiar o salud familiar. Hay convenios con algunas universidades para ello: San Marcos, Cayetano Heredia y San Luis Gonzaga de Ica.

En cuanto a su financiamiento, ya está incluido en el Presupuesto de la República del 2010, que ha destinado 128 millones de soles en reserva para contingencias, de los cuales 50 millones de soles irán para nuevos recursos humanos en salud para fortalecer el aseguramiento universal. De esta partida, 40 millones de soles pasarán a este programa, para 1,584 nuevos profesionales en el MINSa, que se añadirán a los 6,000 serumistas.

#### 4.6. **Conflictividad en el Sector Salud.**

Esta sección tiene por base un estudio hecho por el MINSa en el 2010, en donde se recopilan, procesan y analizan los principales conflictos laborales en el sector salud en el Perú durante el periodo 2001 a 2010, lo que ha posibilitado la organización de un mapa de conflictos laborales en salud, identificando y dando cuenta de los principales hitos y factores que han influido en la aparición y desarrollo de conflictos a nivel nacional, regional y local, a partir del desarrollo de sus causas, tipos o modalidades y las principales demandas formuladas.

En el balance de la década se puede apreciar que las demandas laborales en salud se han desarrollado en un escenario democrático, de post-dictadura, lo que dio paso a la movilidad con voz de los grupos poblacionales y sus demandas sociales y laborales contenidas por casi diez años. Como se verá más adelante, esto produjo respuestas y resultados distintos, de acuerdo al nivel de negociación que se dio en cada caso y a los actores involucrados.

##### 4.6.1. **Distribución de la conflictividad laboral.**

Si se comparan las cifras entre el año del primer informe país y de este estudio se puede constatar un aumento considerable de conflictos laborales en todo el país. Así, mientras que para el año 2005 se registraron cuatro conflictos laborales, entre paros y huelgas, en el 2010 han sido registrados 27 conflictos laborales de los distintos grupos de recursos humanos en salud. En cinco años la conflictividad aumento en 675%.

Vale resaltar que para el 2010 se realizaron dos paros de alcance nacional, los que fueron organizados tanto por los trabajadores del MINSA como por los de EsSalud, y ninguna huelga indefinida. Cinco años atrás ocurrió algo contrario: se registraron cinco huelgas indefinidas y ningún paro a nivel nacional.

**Tabla N°26**  
**Perú: Conflictos laborales de salud por regiones, 2001-2010**

Ubicación	Grupo Ocupacional	HI	P	AP	Total	Año
Junin	Trabajadores Salud GR			1	1	<b>2010</b>
Tumbes	Trabajadores Salud GR		1		1	
Ica	Trabajadores Salud H.R	1			1	
	Trabajadores Salud H, de Nazca		1		1	
	Trabajadores Salud GR			1	1	
Ayacucho	Trabajadores Salud H. de Huanta	1	1		2	
	Médicos GR		1		1	
	Trabajadores Salud H. Regional	1	1	1	3	
	Trabajadores Salud RED VRAE		1		1	
	Trabajadores Salud GR	1		1	2	
Tacna	Trabajadores Salud GR		1	1	2	
Callao	Trabajadores Salud GR		1		1	
Piura	Trabajadores y Profesionales GR		1		1	
	Trabajadores de Salud GR			1	1	
	Trabajadores y Profesionales no médicos GR		2	1	3	
	Trabajadores de salud Posta Catacaos			1	1	
	Trabajadores Hospitales GR		1		1	
La Libertad	Trabajadores de salud H.Otuzco		1		1	
	Trabajadores de salud H.Santiago de Chuco			1	1	
Cusco	Trabajadores Salud H.Lorena		1		1	
	Trabajadores Salud GR		1	2	3	
	Profesionales de Salud GR		1		1	
Loreto	Trabajadores Salud H, Regional		1		1	
	Trabajadores de Salud Red Datem del Marañón	1			1	
	Médicos GR.		1		1	
Lima	Profesionales de Salud Minsa			1	1	
	Trabajadores de EsSalud H.G.Almenara			1	1	
	Médicos Minsa H. Angamos			1	1	
	Trabajadores de salud Minsa. H. Chosica			1	1	
Lambayeque	Médicos GR.		1		1	
	Trabajadores Salud GR			1	1	
	Enfermeras GR			1	1	
Puno	Enfermeras GR			1	1	
San Martín	Trabajadores Salud GR		1		1	
Nacional	Trabajadores Salud MINSA (FENUTSA)		1		1	
	Trabajadores Salud Essalud (FCUT)		1		1	
Junin	Trabajadores Salud Red Chanchamayo		1		1	<b>2009</b>
Ancah	Trabajadores Asist, y Ad. "La Caleta"Chimbote	1	2		3	
Arequipa	Obstetricas del H, Goyeneche			1	1	
Tumbes	Trabajadores Salud GR		1		1	
Ica	Trabajadores Salud GR		1		1	
	Trabajadores Salud H, Chinchá		1		1	
Callao	Trabajadores Instituto de Rehabilitación.			1	1	
La Libertad	Trabajadores Salud GR		1		1	
	Médicos GR.		1		1	
Loreto	Trabajadores Salud GR		1		1	
Lima	trabajadores y Profesionales de Salud INEN			2	2	
	Trabajadores de salud H.Dos de mayo		1		1	
	Profesionales QF Essalud			1	1	
	Profesionales EsSalud H. Días Ufano			1	1	
	Trabajadores de salud Minsa-Lima			1	1	
Pasco	Trabajadores Salud GR		1		1	
Puno	Trabajadores Salud GR	1			1	
Nacional	Trabajadores Salud Essalud (FETCUT)		2	2	4	
	Enfermeras Essalud (SINESS)		1		1	

Tabla N°26

## Perú: Conflictos laborales de salud por regiones, 2001-2010 (continuación)

Ubicación	Grupo Ocupacional	HI	P	AP	Total	Año
Tumbes	Trabajadores Salud GR	1			1	2008
Ica	Profesionales y Trabajadores Salud HR			2	2	
Ayacucho	Trabajadores Salud H, Regional	1		1	2	
Piura	Médicos GR.			1	1	
	Trabajadores de Salud H. Sullana			1	1	
Loreto	Médicos GR.	1			1	
Ancash	Trabajadores Salud GR	1	1		2	
	Trabajadores Salud H. B. Ramos Guardia		1		1	
Lambayeque	Enfermeras EsSalud			1	1	
	Trabajadores Salud GR			1	1	
Lima	Médicos H. Santa Rosa.			1	1	
	Trabajadores Salud Lima Minsa	1			1	
	Médicos EsSalud H. G. Almenara		1		1	
Puno	Trabajadores Salud h. H. Nuñez		1		1	
	Trabajadores Salud GR		1		1	
Huánuco	Médicos H. Valdizán		1		1	
Cajamarca	Trabajadores Salud H. Jaén		1		1	
Nacional	Medicos Essalud ( AMSSOP)	1		1	2	
	Trabajadores Salud Essalud (FETCUT)		1		1	
	Medicos Minsa (FMP)			1	2	
Ayacucho	Médicos trabajadores Salud H. Regional	1			1	2007
Tacna	Trabajadores Salud GR		1		1	
	Trabajadores y Profesionales del H. H Unanue		2		2	
Tumbes	Trabajadores Salud GR			1	1	
Piura	Médicos Hospital Santa Rosa.		1		1	
	Médicos H. Chulucanas		1		1	
Cajamarca	Medicos y trabajadores H. Sta María Cutervo		1		1	
Cusco	Enfermeras GR		1		1	
Huánuco	Trabajadores Salud GR			1	1	
Ancash	MédicosGR	1			1	
	Trabajadores Salud GR	1		3	4	
Loreto	Trabajadores Salud H, Regional	1		1	2	
Lima	Médicos H. EsSalud		1		1	
	Trabajadores de Salud MINSAs			2	2	
	Profesionales de Salud Minsa			1	1	
	Trabajadores Minsa H. S. Bernales			1	1	
	Médicos Minsa			1	1	
	Médicos Minsa H. 2 de mayo		1		1	
Lambayeque	Trabajadores Salud GR			1	1	
Moquegua	Trabajadores y Profesionales de salud GR		1		1	
	Trabajadores y medicos salud GR		1		1	
Nacional	Enfermeras MINSAs		1		1	
	Trabajadores Salud MINSAs FENUTSA	1		4	5	
	Federacion MINSAs (Fed Nacional Enfermeras)		1		1	
	MédicosMINSAs (FMP)		2		2	
Ancash	Trabajadores de Salud.	1		1	2	2006
Tumbes	Profesionales de la salud,			1	1	
Lima	Personal del hospital María Auxiliadora.	1			1	
	Enfermeras del MINSAs			2	2	
Nacional	Federación Médica del Perú		1	1	2	
	Trabajadores Salud MINSAs FENUTSA	1	1	4	6	
	Trabajadores y medicos salud		1	1	2	
Lima	Enfermeras MINSAs			1	1	2005
Nacional	Enfermeras MINSAs	1		1	2	
	Trabajadores Salud MINSAs FENUTSA	1			1	
	Medicos Essalud.(AMSSOP)	1		1	2	
	MédicosMINSAs (FMP)	1		1	2	
Lima	Profesinales de Salud MINSAs			1	1	2004
Nacional	Trabajadores Salud EsSalud	1			1	
	MédicosMINSAs (FMP)	1			1	
Lima	Trabajadores de Salud MINSAs y EsSalud			1	1	2003
Nacional	Enfermeras EsSalud	1		1	2	
	MédicosMINSAs (FMP)	1	3	3	7	
	Obstetricas			1	1	
	Trabajadores de Salud MINSAs		1		1	
	Trabajadores de Salud EsSalud	1	1	1	3	
Lima	MédicosMINSAs (FMP)			1	1	2002
	Trabajadores despedidos EsSalud			1	1	
	Trabajadores de Salud EsSalud			1	1	
Nacional	Enfermeras		1		1	
	MedicosMINSAs (FMP)		1		1	
	Medicos EsSalud (ANMSSOP)		2		2	
Lima	MédicosMINSAs (FMP)					2001
	Trabajadores MINSAs (FENUTSA)			3	3	
Nacional	MédicosMINSAs (FMP)		1		1	
	Trabajadores de Salud MINSAs		1		1	
	<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>73</b>	<b>81</b>	<b>185</b>	

Fuente: MINSAs, 2010.

Al ver toda la década, de los 184 conflictos laborales en salud registrados el 29.3 % han sido conflictos de carácter nacional. Ahora, separando por quinquenios, se tiene que mientras en el primero el 60.6 % de conflictos laborales en salud fueron de alcance nacional, para el segundo esta proporción bajó hasta 21.2% y el resto pasó a ser de carácter regional. Este cambio en la proporción del alcance de los conflictos puede deberse al proceso de descentralización que se dio inició en el segundo quinquenio.

**Tabla N° 27**  
**Perú: Distribución de los conflictos laborales en salud, 2001-2010**

Periodo	Nacional				Regional				TOTAL
	HI	P	AP	Total	HI	P	AP	Total	
2001 - 2005	9	5	9	23		6	9	15	38
2006 - 2010	4	13	14	31	18	49	48	115	146
Total	13	18	23	54	18	55	57	130	184

Fuente: MINSA, 2010.

La distribución de los conflictos laborales en el sector salud por regiones indica que en el periodo 2006-2010, de los 115 conflictos en las regiones, casi la mitad (51.3 %) de conflictos se concentra en cuatro regiones: Ancash (11.3 %), Ayacucho (10.4 %), Lima (20 %) y Piura (9.6 %). El lado opuesto lo conforman las regiones que presentaron no presentaron conflicto alguno en los últimos años; estas regiones son: Apurímac, Amazonas, Huancavelica, Lima Provincias, Madre de Dios y Ucayali.

#### 4.6.2. Causas de los conflictos laborales.

Las causas que llevaron a los conflictos laborales en el sector obedecen a distintas demandas por parte de los recursos humanos y varían de acuerdo al alcance de estas.

Así, en primer lugar se tiene que en los conflictos con alcance nacional, las demandas giraron en torno a lo económico: el 30 % relacionadas a mejoras en las remuneraciones (incremento de salarios y AETAs) y el 23 % al incremento de presupuesto para el sector salud. El resto de los conflictos fueron para demandar nombramientos (18%), cambios en aspectos de políticas (15%) y cambios en la gestión (13%).

Particularmente, las demandas provenientes de los trabajadores de salud del MINSA (FENUTSA) se distribuyeron de la siguiente manera: el 36.4% de los conflictos reclamaron mejoras en las remuneraciones (salario y AETAs), el 27.3% fueron para demandar nombramientos y el 27.3% de los conflictos reclamaron mejoras en aspectos de políticas sectoriales.

Por otro lado, en el caso de EsSalud las demandas de los médicos (ANMSSOP), enfermeras (SINESS) y trabajadores (FETCUT) giraron alrededor del incremento de salarios (40 %), y lo restante en torno a demandas por mejoras en las políticas sectoriales (20 %), por el nombramiento (16%) y por mejoras en la gestión (16 %).

**Tabla N° 28**  
**Perú: Demandas en conflictos laborales del sector salud, 2001-2010**

	Demandas									
	Salario	AETA	Nombr.	Gestión	Políticas	Contrato	Increm. Personal	Equip-Infra.	Pres.	Total
Hospitales MINSA y Regiones	7	5	1	20	4	2		8	2	49
Trabajadores de salud GR	11	10	12	6	6			3	1	49
Profesionales de salud GR	3	1	4	2	3	1	1	2	3	20
Trabajadores y profesionales MINSA Lima	1		6		1	1				9
Trabajadores y profesionales EsSalud Lima	5		1	4	4			1		15
Médicos MINSA (FMP)	9	3	7	5	6			1	9	40
Trabajadores MINSA (FENUTSA)	3	1	3	1	3					11
Profesionales y trabajadores de EsSalud	10		4	4	5	1		1		25

Fuente: MINSA, 2010.

Al revisar las causas que originaron conflictividad sectorial en las regiones del país se observa que la mayoría de las demandas de los trabajadores de salud de los Gobiernos Regionales fue por mejoras en las remuneraciones (aumento de salarios y AETAs), con el 43% del total de demandas. El 25 % fue por demandar el ansiado nombramiento, 12.3% por aspectos de gestión y lo restante (12.3 %) por mejoras en las políticas del sector. Para el caso específico de los profesionales de salud, el 60% de las demandas estaba relacionado a las remuneraciones (aumento de salarios y AETAs), a los nombramientos y al aumento del presupuesto para el sector, con 20% en cada uno de los casos.

Ya en la capital, tanto los profesionales como los trabajadores del MINSA demandaron principalmente el nombramiento (67% del total de conflictos laborales), mientras que las demandas de los trabajadores y profesionales de EsSalud demandaron un incremento de salarios (33.3 %) y, en igual proporción, mejoras en aspectos de gestión y de políticas (27 % en cada uno de ellos).

Finalmente, cuando se observan las demandas que llevaron a las protestas a nivel de hospitales, aparece un ordenamiento y un factor hasta ahora oculto en las demandas de mejoras a nivel nacional y de las regiones. Así, el 80 % de las demandas de los conflictos laborales en salud que fueron planteadas en los hospitales MINSA y en hospitales de las regiones gira en torno a mejoras en la gestión (41%), en las remuneraciones (25%) y en el equipamiento e infraestructura de los servicios (16.2%) de las demandas.

#### 4.6.3. Principales conflictos laborales en el sector salud 2001-2010.

A manera de repaso de la década, en este apartado se presentan cuatro conflictos laborales en salud 2001-2010 que tuvieron fuerte impacto mediático, sea por su duración, por la cantidad de recursos humanos movilizados o por las demandas que estas protestas acarrearán.

##### 4.6.3.1. Huelga de la Federación Médica Del Perú (2008).

**Duración:** 43 días (del 15 septiembre del 2008 al 23 de octubre del 2008).

**Principales actores involucrados:** Ministerio de Salud, Federación Médica Peruana (FMP), Ministerio de Economía y Finanzas y la Presidencia del Consejo de Ministros.

**Principales demandas:** cumplimiento del acta de compromiso del 28 de enero, firmado entre la FMP y el Ministro de Salud.

- El pago de las de las Asignaciones Extraordinarias por Trabajo Asistencial (AETAS) a los médicos de provincias.
- Mayor presupuesto para el sector salud.
- El nombramiento de los médicos que laboran varios años como contratados.
- La homologación de haberes con EsSalud.
- La nivelación de las pensiones de los cesantes y jubilados
- Un sistema de salud único
- Se cuestiona la Resolución Ministerial N°578-2008/MINSA que precisa el trabajo asistencial del personal profesional médico cirujano.

#### 4.6.3.2 Huelga en el Hospital de Salud en Loreto (2008).

**Duración:** La primera huelga duró 48 días (del 14 de mayo del 2008 al 4 de julio del 2008). La segunda huelga duró 60 días (del 4 de agosto al 04 octubre del 2008).

**Principales actores involucrados:** Federación Regional Unificada de Trabajadores del Sector Salud Loreto (FERUTSSA), la Coordinadora de Lucha del sector Salud, la DIRESA Loreto, el Gobierno Regional de Loreto y la Federación Médica de Loreto.

Principales demandas:

- Pago de las AETAs tal y como es en Lima y Callao.
- Implementación del Hospital Regional de Loreto.
- Nombramiento de 300 trabajadores contratados.

#### 4.6.3.3 Huelga en el Hospital “La Caleta” de Chimbote, Ancash (2009).

**Duración:** 130 días (del 14 de mayo al 7 de agosto del 2009).

**Principales demandas:** dejar sin validez a la designación, por parte del Gobierno Regional de Ancash, como Directora del Hospital “La Caleta” a una enfermera sin haber convocado a un concurso público de méritos.

**Principales actores involucrados:** trabajadores asistenciales y administrativos del Hospital “La Caleta” de Chimbote, Gobierno Regional de Ancash, Ministerio de Salud, la Federación Médica Peruana y el Poder Judicial.

#### 4.6.3.4 Huelga de Trabajadores Asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho (2010).

**Duración:** 104 días (del 4 de febrero al 14 de Junio del 2010).

**Principales actores involucrados:** Gobierno Regional de Ayacucho, Sindicato de Trabajadores del Hospital Regional de Ayacucho, Federación Médica Peruana de la región Ayacucho, Comité Regional de Lucha del Sector Salud de la Región Ayacucho.

**Principales demandas:** el cumplimiento por parte del Gobierno Regional de la sentencia judicial que dispone el pago a los trabajadores del hospital de los incentivos laborales en tres rubros: alimentación, prima nutricional y AETAS. Este reconocimiento monetario ascendía a 1,118 nuevos soles.

**Alarcón**, Manuel. Recopilación, procesamiento y análisis de la deserción estudiantil y condicionantes en carreras de ciencias de la salud en el Perú, MINSA, Lima, 2010

**Arca Gonzales del Valle**, José Miguel. Estado de la implementación de las políticas de salud y seguridad en la fuerza laboral del sector salud, MINSA, Lima, 2010.

**Arroyo**, Juan y **Echegaray**, Ciro. Carrera Sanitaria en el Perú. Fundamentos técnicos para su desarrollo. Lima: Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud, 2009.

**Arroyo**, Juan. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. Desafíos de los Recursos Humanos de Salud en Perú. Informe de País. Lima: Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud, 2005.

**Arroyo**, Juan. Los sistemas descentrados de recursos humanos en salud. El caso del Perú. Ciencia y Saude Colectiva, 2006, pp 1063-1072.

**Arroyo**, Juan. La salud inmóvil: Parálisis del sistema de salud en un ciclo expansivo de la economía. Asociación Pro Derechos Humanos, Informe de los DESC a un Año de Gobierno, nov. 2007, 14 pags.

**Buchan**, James. What difference does (“good”) HRM make?, Human Resources for Health, Edinburgh UK, 2004.

**Campos**, Francisco Eduardo y **Albuquerque**, Eduardo da Motta. Contemporary specificities of labour in the health care sector: introductory notes for discussion, UFMG, Minas Gerais, 2005.

**Casas**, María. Condiciones de Trabajo y Salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Lima: OPS/OMS, 2009.

**Castro**, Janete Lima de, **Santana**, José Paranaguá de. (Orgs.). Negociação coletiva do trabalho em saúde. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; Natal: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/UFRN, 1998. p.91-125.

**Chiavenato**, Idalberto. Gestión Del talento humano. El nuevo papel de los recursos humanos en las organizaciones. Bogotá: McGraw-Hill, 2002.

**Cristobal**, Percy. Recopilación, procesamiento y análisis de las necesidades de especialistas para ESSALUD y Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, MINSA, Lima, 2010

**D’Angelo**, Paulo. Os pressupostos para a elaboração da política de recursos humanos nos sistemas nacionais de saúde. En: **Ministério de Saúde**. Política de recursos humanos em saúde. Brasília: Ministério de Saúde, 2002.

**Dal Poz**, Mario; **Gupta**, Neeru; **Quain**, Estelle, y **Soucat**, Agnes. Manual para a Monitorização e Avaliação de Recursos Humanos de Saúde, USAID – OMS, 2009

**Fischer**, Aniele; **Tolfo**, Suzana da Rosa; **Pereira**, Maurício Fernandes y **Almeida**, Martinho Isnard Ribeiro. Atuação estratégica na área de gestão de pessoas em organizações de saúde: um estudo à luz da percepção dos profissionais da área, Gestão e Regionalidade, vol. 24, nº 71, 2008.

**Guardia**, Flormarina. Recopilación de información, procesamiento y análisis de los principales conflictos laborales en el sector salud en los últimos 10 años, MINSA, Lima, 2010.

**Joint Learning Initiative**. Human Resources for Health. Overcoming the crisis. Washington DC: Communications Development Incorporated, 2004.

**Melo**, Márcio Luiz Braga Corrêa, y **Filho**, Antenor Amâncio. A gestão de recursos humanos em uma instituição pública brasileira de ciência e tecnologia em saúde: o caso Fiocruz, Revista de Adm. Pública vol. 44 nº3, Rio de Janeiro, 2010.

**Nunes**, Ana; **Cardeira**, Carmelita; **Oliverira**, Solange y **Souza**, Vera. Gestão de pessoas em saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

**O’Neil**, Mary. Human resource leadership: the key to improved results in Health, Human Resources for Health, Cambridge, 2008.

**Reategui**, Rubén. Recopilación, procesamiento y análisis para caracterizar la precarización del empleo en los trabajadores de salud y diseñar propuestas de política y estrategias de implementación en el campo laboral en salud, MINSA, DGGDRRH (2010).

**Ruiz**, Karim. Recopilación, procesamiento y análisis de las remuneraciones, honorarios, bonificaciones e incentivos por carreras u ocupación, por departamento, MINSA – ESSALUD, Lima, 2008

**Sánchez**, Rubén. Recopilación, procesamiento y análisis para caracterizar la precarización del empleo en los trabajadores de salud y diseñar propuestas de política y estrategias de implementación en el campo laboral en salud, MINSA, Lima, 2010

**Schiffbauer**, Judith; **O’Brien**, Julie; **Timmons**, Barbara K y **Kiarie**, William. The role of leadership in HRH development in challenging public health settings, Management Sciences for Health, Cambridge, 2008.

**Zevallos Quinteros**, Leslie. Recopilación, Procesamiento y Análisis de Información sobre la Necesidad de Médicos Especialistas para los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud y las Regiones del Perú, MINSA, Lima, 2010.