



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección General de Gestión del
Desarrollo de Recursos Humanos

Vivamos
el Cambio
Reforma de la Salud

Observatorio
Recursos Humanos en Salud del Perú



Segunda Medición de las Métricas Regionales de Recursos Humanos para la Salud Perú 2007 - 2015

Dirección General de Gestión del
Desarrollo de Recursos Humanos
Lima - Perú 2013

 **PERÚ** PROGRESO
PARA TODOS

SEGUNDA MEDICIÓN DE LAS METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD, PERÚ 2007-2015

PRESENTACION

El Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú, tiene el agrado de presentar el informe de la "Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud, Perú 2007-2015", que ha sido elaborado en el marco de los avances realizados por el país para el cumplimiento de las 20 Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud para el periodo 2007-2015, están clasificadas en 5 desafíos críticos mencionados en la Agenda de Salud para las Américas y el Llamado a la Acción de Toronto.

En el año 2009 se realizó la primera medición de las 20 Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud, estableciéndose una línea de base que se constituyó en el horizonte para posteriores planificaciones, para la construcción de estrategias, líneas de cooperación interinstitucional, establecer mecanismos para optimizar la obtención de información para la construcción de los indicadores, y el monitoreo del progreso de cada una de las metas.

Para la Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud, se realizó una metodología centrada en el trabajo coordinado con las instituciones prestadoras de salud, las universidades y los colegios profesionales, con la finalidad de obtener la información más precisa, además de procesarla, analizarla y consensuarla, que permita optimizar la medición de los indicadores de cada una de las 20 Metas Regionales.

A todas las instituciones que hicieron posible esta Segunda Medición de las Metas Regionales, nuestro más sincero agradecimiento por su valioso aporte, que nos permite optimizar la toma de decisiones en el campo de la gestión y desarrollo de los Recursos Humanos en el Sector Salud, con la finalidad de brindar una mejor calidad de atención a toda nuestra población.

Dr. Hernán García Cabrera
Director General
Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos
MINSA – Perú



SEGUNDA MEDICIÓN DE LAS METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD, PERÚ 2007-2015

CONTENIDO

I. ANTECEDENTES	4
II. ANÁLISIS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	5
2.1 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD INSUFICIENTE Y DISTRIBUCIÓN NO EQUITATIVA EN EL PAÍS	5
2.2 SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN: GRAVE DÉFICIT DE MÉDICOS ESPECIALISTAS	8
III. MEDICION DE LAS METAS REGIONALES	15
3.1 METODOLOGÍA	15
3.2 RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE LAS 20 METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD - DESAFÍO 1	15
3.3 RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE LAS 20 METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD - DESAFÍO 2	19
3.4 RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE LAS 20 METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD - DESAFÍO 3	21
3.5 RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE LAS 20 METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD - DESAFÍO 4	25
3.6 RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE LAS 20 METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD - DESAFÍO 5	27
IV. CONCLUSIONES	29



I. ANTECEDENTES

El Ministerio de Salud del Perú en el 2005 aprobó los Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, teniendo como ejes centrales el planeamiento estratégico, el desarrollo de capacidades y la gestión del trabajo en el marco de un proceso de descentralización.

En el contexto internacional el 2005 se realizó la VII Reunión de los Observatorios de Recursos Humanos de las Américas, realizada en Toronto Canadá, que contó con la participación de 118 representantes de 29 países y 11 agencias de cooperación internacional, surgiendo el "Llamado a la Acción de Toronto", que es un conjunto de orientaciones estratégicas que busca movilizar a los actores nacionales e internacionales del sector salud y de otros sectores relevantes de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud, que apoyen el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a las prioridades nacionales de salud y al acceso a servicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas.

En este marco, se realizó en octubre del 2005 una consulta para caracterizar los retos fundamentales a los que se enfrentan los países de la Región en el ámbito de los recursos humanos, donde se identificaron cinco retos fundamentales que se expresan en 20 metas regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015, convirtiéndose en la plataforma común del Llamado a la Acción para una Década de Recursos Humanos de la Salud.

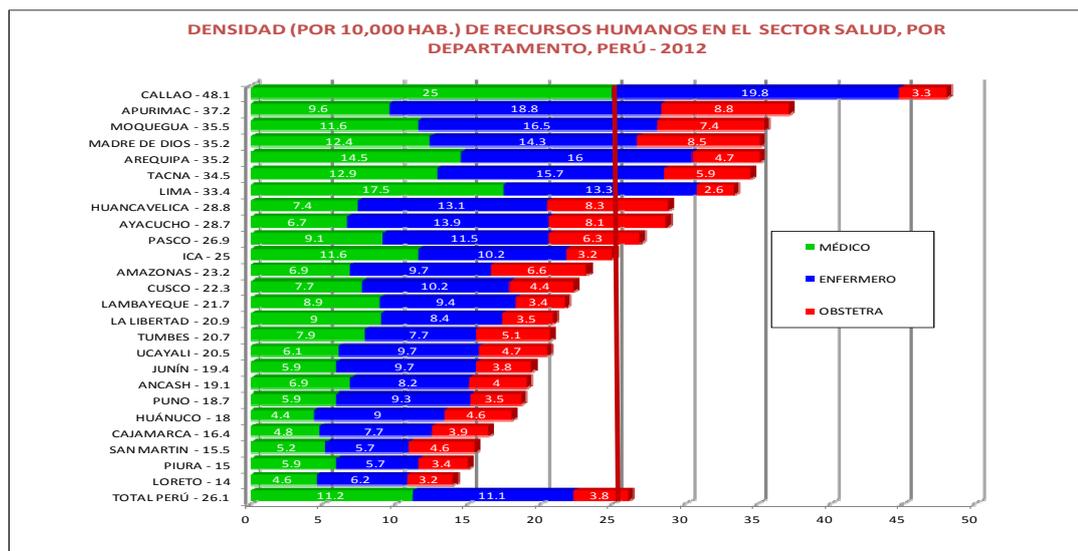
En el Perú, mediante un esfuerzo desplegado por el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, y las instituciones prestadoras de servicios de salud (Gobiernos Regionales, EsSalud, FFAA, Sanidades de la Policía, Municipios), instituciones formadoras (universidades) y colegios profesionales, con la colaboración de la Organización Panamericana de Salud, ha elaborado el Informe denominado Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud, Perú 2007 – 2015.

II. ANÁLISIS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

2.1 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD INSUFICIENTE Y DISTRIBUCIÓN NO EQUITATIVA EN EL PAÍS

En las últimas tres décadas el Ministerio de Salud ha empleado diversas estrategias para mejorar la atención en el primer nivel y extender la cobertura en zonas de escaso desarrollo socio-económico. Sin embargo, actualmente aún persiste el problema de inequidad para el acceso a los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, básicamente debido al déficit de recursos humanos en salud adecuadamente calificados para brindar una atención de salud con calidad y pertinencia. En el gráfico N° 1 se aprecia la Razón de Densidad de Recursos Humanos en el Sector Salud (Número de personal de la salud; médicos, enfermeras y parteras que, en un determinado año, laboran a tiempo completo en establecimientos de salud públicos o privados, expresado en una tasa cada 10.000 habitantes), para el año 2012, siendo el indicador de país 26.1 por 10 000 hab (indicador mínimo necesario para garantizar una mejora en los indicadores sanitarios es de 25 por 10 000 hab.) existiendo Gobiernos Regionales que están por encima del indicador de país como Callao (48.1 por 10 000 hab.), Apurímac (37.2 por 10 000 hab.), Moquegua (35.5 por 10 000 hab.), Madre de Dios (35.2 por 10 000 hab.), Arequipa (35.2 por 10 000 hab.), Tacna, (34.5 por 10 000 hab.), Lima (33.4 por 10 000 hab.), Huancavelica (28.8 por 10 000 hab.), Ayacucho (28.7 por 10 000 hab.), Pasco (26.9 por 10 000 hab.), e Ica (25 por 10 000 hab.), así también existen Gobiernos Regionales que están muy por debajo del indicador densidad de país como son Loreto (14 por 10 000 hab.), Piura (15 por 10 000 hab.), San Martín (15.5 por 10 000 hab.), y Cajamarca (16.4 por 10 000 hab.)

Gráfico N° 1. Razón de Densidad de Recursos Humanos en Salud, por Departamento, Perú 2012.

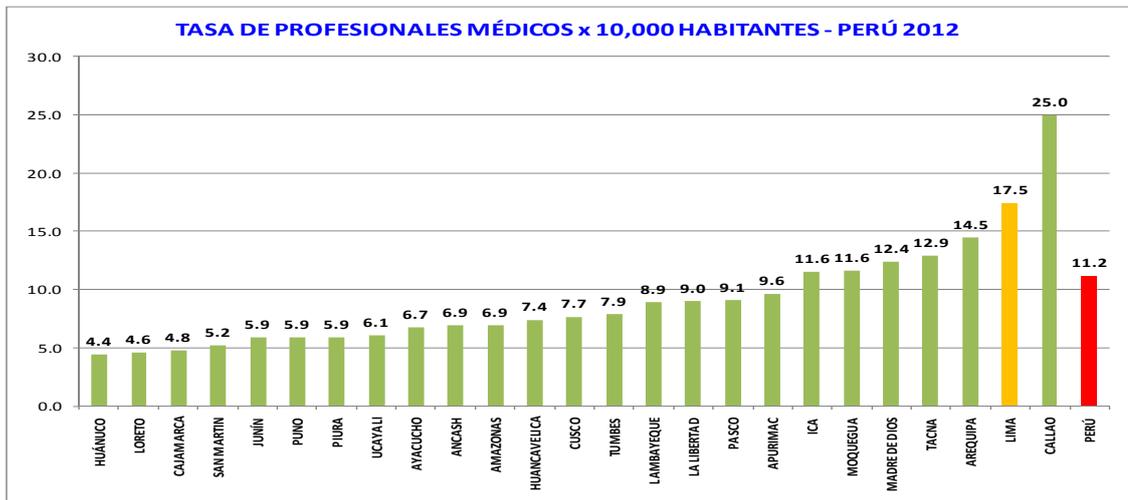


Fuente: Base de Datos de Recursos Humanos del MINSa y Gob. Regionales, 2012

Elaborado por: MINSa - DGGDRH - Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú

Esta situación de déficit de los RHUS se repite en cada una de las profesiones de la salud; ejemplo, la razón de densidad de médicos es mayor en los departamentos con alto nivel de desarrollo económico y social (Callao, Arequipa, Tacna, Moquegua e Ica), tal como se evidencia en el gráfico N° 2, contribuyendo a generar inequidad en el acceso a los servicios de salud.

Gráfico N° 2. Razón de Densidad de profesionales de Medicina Humana por departamento, Perú 2012.

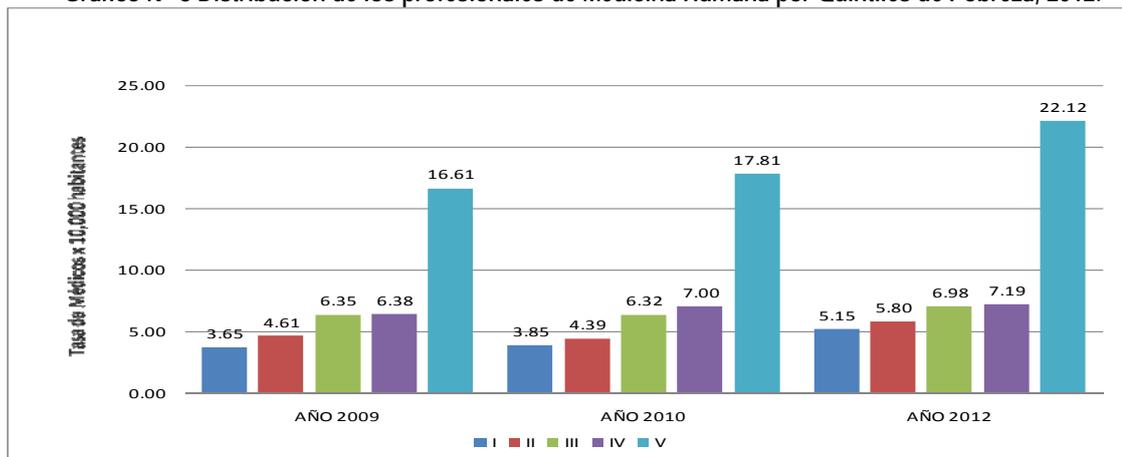


Fuente: Base de Datos de Recursos Humanos del MINSa y Gob. Regionales, 2012

Elaborado por: MINSa - DGGDRH - Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú

En el gráfico N° 3 se muestra un comparativo del 2009 hasta el 2012 de la distribución de médicos por quintiles de pobreza (Quintil I: extremadamente pobre, quintil II: muy pobre, quintil III pobre, quintil IV: regular, quintil V: aceptable) donde se aprecia que el mayor crecimiento en términos de densidad de médicos esta en el quintil V no pobre, por lo que se concluye que esta inadecuada distribución no sólo es geográfica sino que es también socio-económica.

Gráfico N° 3 Distribución de los profesionales de Medicina Humana por Quintiles de Pobreza, 2012.



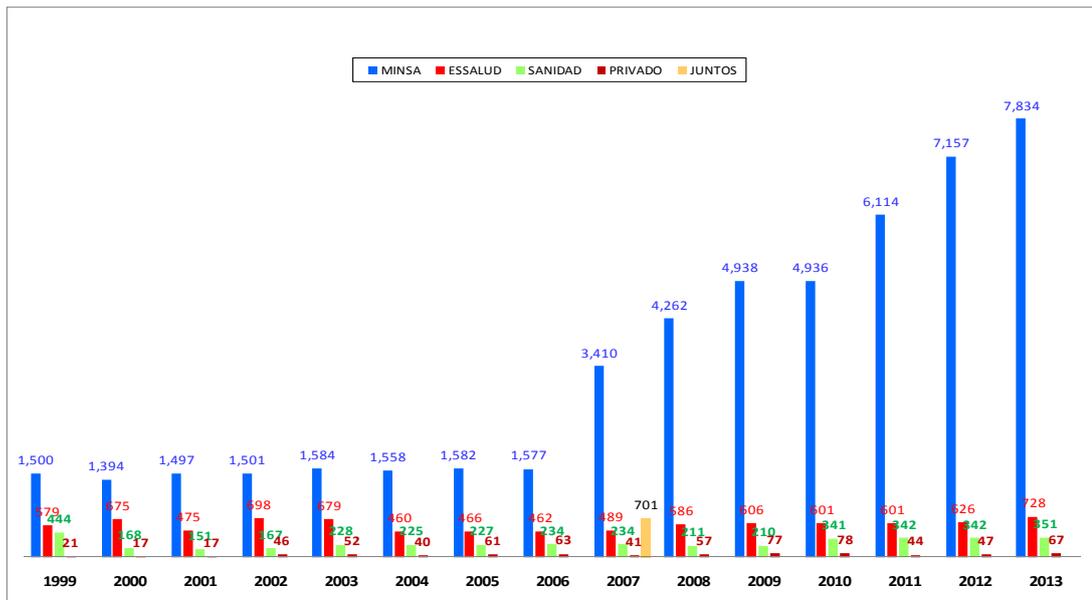
Fuente: Base de Datos de Recursos Humanos del MINSa y Gob. Regionales, 2012

Elaborado por: MINSa - DGGDRH - Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú

El Ministerio de Salud ante la situación descrita ha implementado diversas estrategias como el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS que fue creado en el año 1981 teniendo como base el Servicio de Civil de Graduandos – SECIGRA, que funcionó en la década de 1970, es desarrollado por profesionales de la salud en los establecimientos del primer y segundo nivel de atención, destinado principalmente a brindar atención integral de salud a las poblaciones más vulnerables del país.

Actualmente, en el 2013, con base a los criterios de selección establecidos en forma concertada con todas las regiones del país (necesidades básicas insatisfechas, mortalidad materna, desnutrición infantil crónica, brecha de recursos humanos en salud, y población) se planificó, la oferta y distribución de 8 980 plazas de profesionales SERUMS a nivel nacional, de las cuales el 87.2% (7 834 plazas) son financiadas por el MINSa y Gobiernos Regionales, reafirmando su condición de principal financiador del SERUMS, además EsSalud, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional financian el 12.8 % (1146 plazas) de la oferta nacional, tal como se detalla en gráfico N° 5.

Gráfico N° 4. Oferta de Plazas del SERUMS por Institución Prestadora de Salud 1999 – 2013

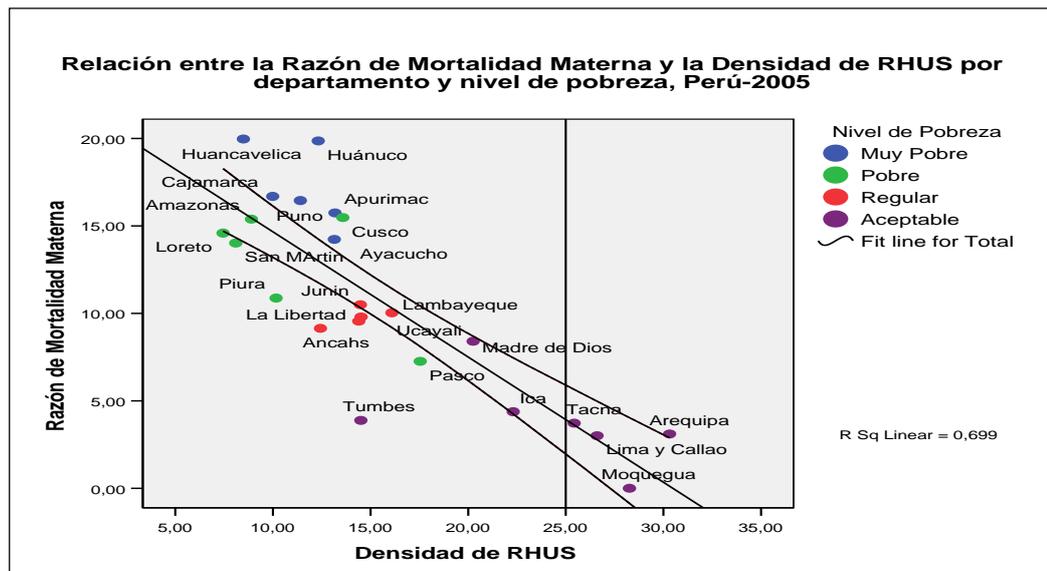


Fuente: Base de Datos de Recursos Humanos del MINSa y Gob. Regionales, 2012

Elaborado por: MINSa - DGGDRH - Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú

Según el libro elaborado por la Dirección General de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos, "El Perú Respondiendo a los Desafíos de la Década de los Recursos Humanos en Salud" se determinó que existe una correlación significativa entre dotación de recursos humanos e indicadores sanitarios (razón de mortalidad materna), indicador de densidad de recursos humanos y nivel de pobreza (ver gráfico N° 4), donde aprecia como en los departamentos donde hay menor densidad de recursos humanos y mayor nivel de pobreza hay una mayor razón de mortalidad materna.

Gráfico N° 5



Fuente: Libro "El Perú Respondiendo a los Desafíos de la Década de los Recursos humanos en salud"

Elaborado por: MINSa - DGGDRH - Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú

En conclusión, durante los últimos años se ha incrementado la dotación de recursos humanos a través de diversas estrategias (SERUMS, aumento de presupuesto para la contratación de profesionales de las ciencias de la salud), teniendo como consecuencia un incremento (15.5% respecto al año 2010) en el indicador de densidad de RHUS del país de 26.1 por 10 000 hab., a marzo del 2013. Sin embargo, actualmente aún persiste el problema de inequidad para el acceso a los servicios de salud, básicamente debido al déficit y a la inadecuada distribución de recursos humanos en salud adecuadamente calificados para brindar una atención de salud con calidad y pertinencia.

2.2 SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN: GRAVE DÉFICIT DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

En los últimos años, en el sector salud se han registrado diversas situaciones que han tenido repercusión en el incremento de la demanda de servicios de salud por parte de la población. En primer lugar, tenemos los cambios en la dinámica demográfica, lo cual ha generado que se modifiquen las necesidades y demandas de la población. En segundo lugar, el acceso de la población al aseguramiento universal en salud, que en sí es uno de los factores directos de incremento de la demanda de servicios de salud. En tercer lugar, tenemos la fuerte inversión que se ha venido desarrollando en infraestructura y equipos, reflejado esto en construcción de nuevos establecimientos de salud o ampliación y mejoramiento de la capacidad resolutoria de los ya existentes y en cuarto lugar al estar estructuralmente debilitado el modelo de atención en los diferentes niveles, este no se constituye en una barrera de contención para la demanda de atención de salud y transforma al sistema en su conjunto en ineficiente, de baja calidad y de alto costo.

En el Gráfico N° 6 se observa que el 42% (7 100) de los recursos humanos se encuentran en el primer nivel de atención, 22% (3 818) en el segundo nivel de atención y el 36 % en el tercer nivel de atención (6 166), pudiendo apreciar una inadecuada distribución de médicos entre el segundo y tercer nivel de atención.

Gráfico N° 6. Distribución de los profesionales de Medicina Humana, por niveles de atención, año 2012.

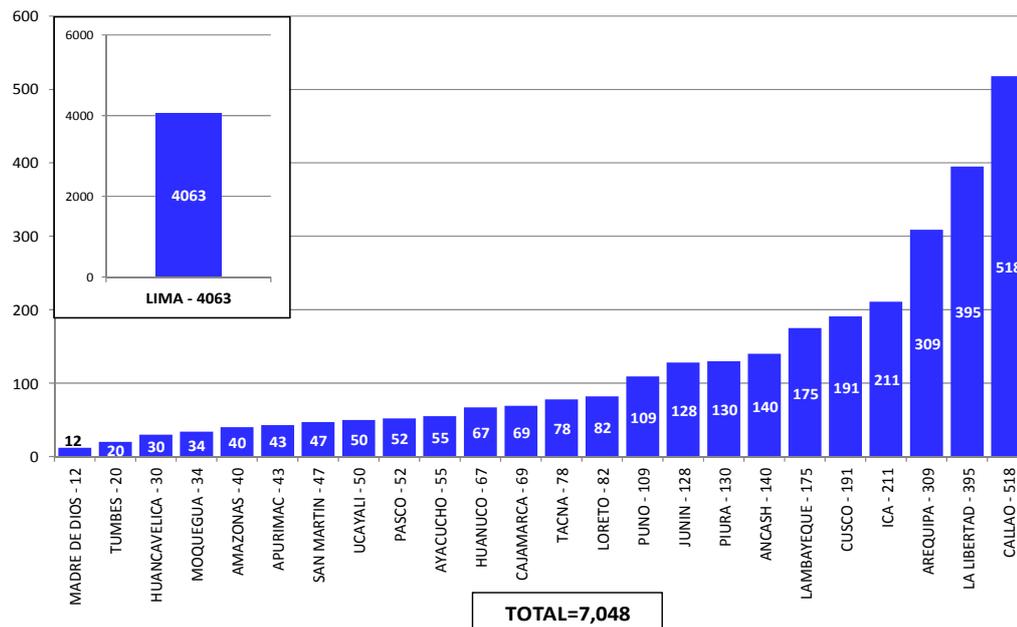
Niveles de atención	N° de Médicos	%
Primer nivel de atención	7,100	42%
Segundo nivel de atención	3,818	22%
Tercer nivel de atención	6,166	36%
TOTAL	17,084	100%

Fuente: Base de Datos de Recursos Humanos del MINSA y Gob. Regionales, 2012

Elaborado por: MINSA - DGGDRH - Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú

En el gráfico N° 7 se evidencia que el mayor número de médicos especialistas se encuentran en las ciudades de Lima (4,063) y Callao (518), siendo aproximadamente el 65 % de total de especialistas del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales.

Gráfico N° 7. Dotación de Médicos Especialistas en MINSA y Gobiernos Regionales por Departamento, 2012



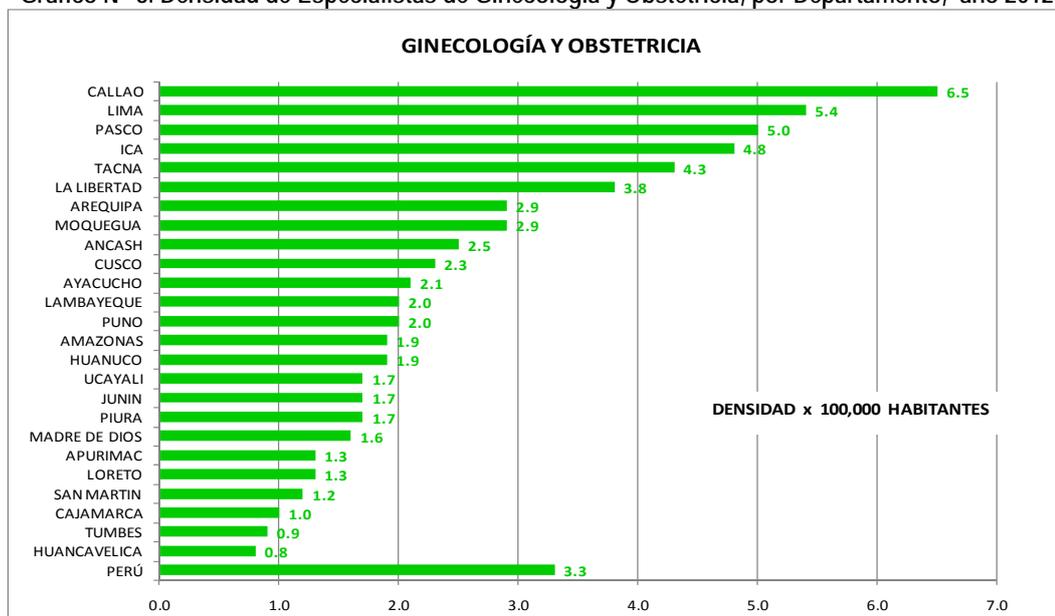
Fuente: Base de Datos de Recursos Humanos del MINSA y Gob. Regionales, 2012

Elaborado por: MINSA - DGGDRH - Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú

El déficit de médicos especialistas se ven reflejado en la problemática de la provisión de los servicios especializados a nivel nacional; trayendo como consecuencia el incremento de la demanda insatisfecha por estos servicios en la población más vulnerable y excluida del país. (ver gráfico N° 8, 9,10,11,12).

En el gráfico N° 8, se muestra la densidad de especialistas de Ginecología y Obstetricia, por departamento habiendo Gobiernos Regionales como Callao con una densidad de 6.5 por 100 000 Hab. y otros como Huancavelica con una densidad de 0.3 por 100 000 Hab. pudiendo inferir una necesidad de médico especialistas gineco obstetras en los Gobiernos Regionales con menor densidad.

Gráfico N° 8. Densidad de Especialistas de Ginecología y Obstetricia, por Departamento, año 2012.

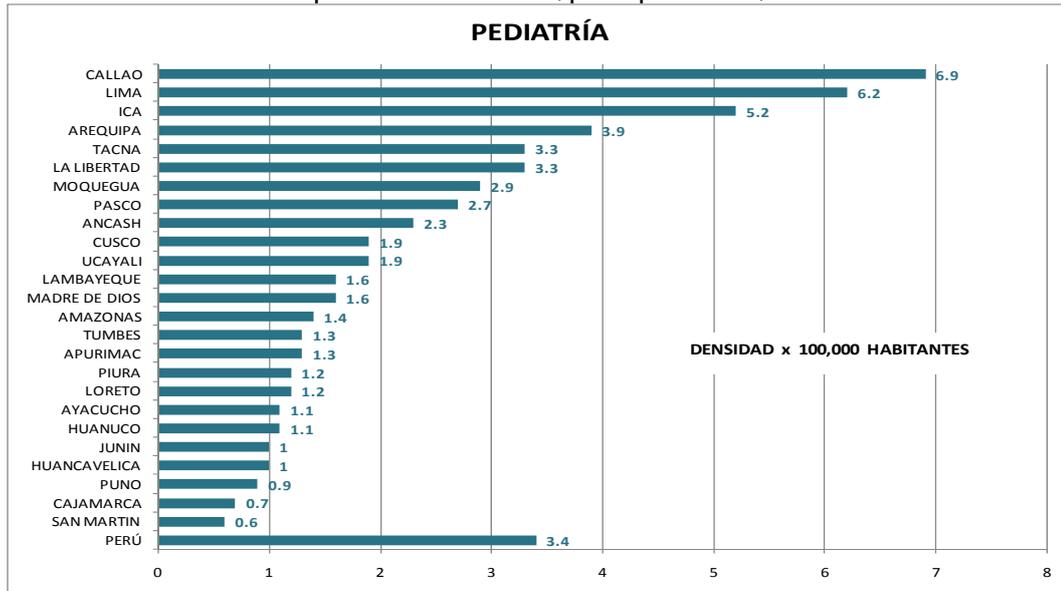


Fuente: Base de Datos de Recursos Humanos del MINSA y Gob. Regionales, 2012

Elaborado por: MINSA - DGGDRH - Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú

En el gráfico N° 9, se muestra la densidad de especialistas de Pediatría, por departamento habiendo Gobiernos Regionales como Callao con una densidad de 6.9 por 100 000 Hab. y otros como San Martín con una densidad de 0.6 por 100 000 Hab.

Gráfico N° 9. Densidad de Especialistas de Pediatría, por Departamento, año 2012.

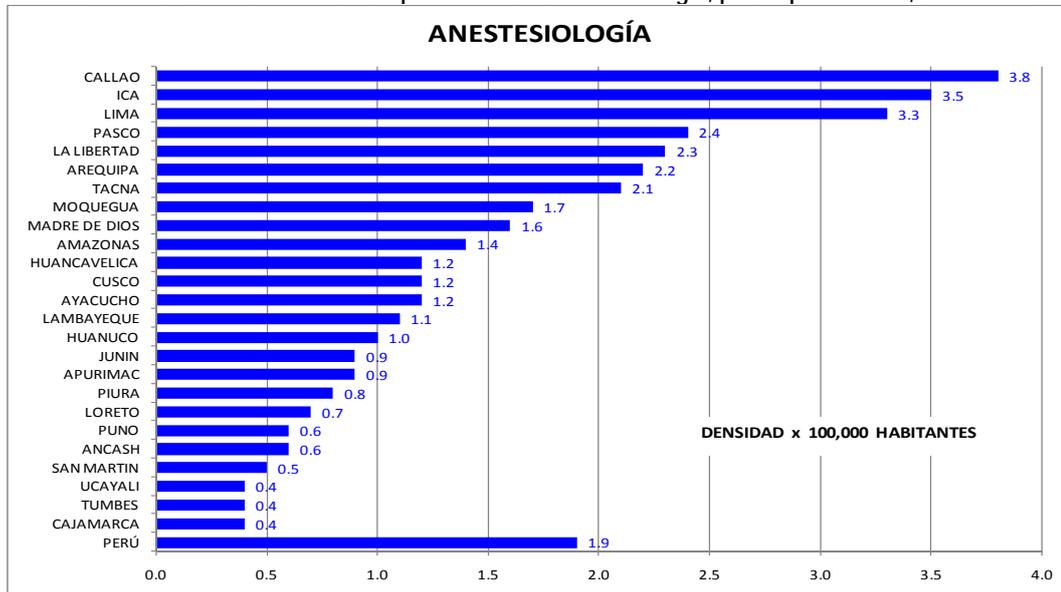


Fuente: Base de Datos de Recursos Humanos del MINSA y Gob. Regionales, 2012

Elaborado por: MINSA - DGGDRH - Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú

En el gráfico N° 10, se muestra la densidad de especialistas de Anestesiología, por departamento habiendo Gobiernos Regionales como Callao con una densidad de 3.8 por 100 000 Hab. y otros como Cajamarca con una densidad de 0.4 por 100 000 Hab.

Gráfico N° 10. Densidad de Especialistas de Anestesiología, por Departamento, año 2012.

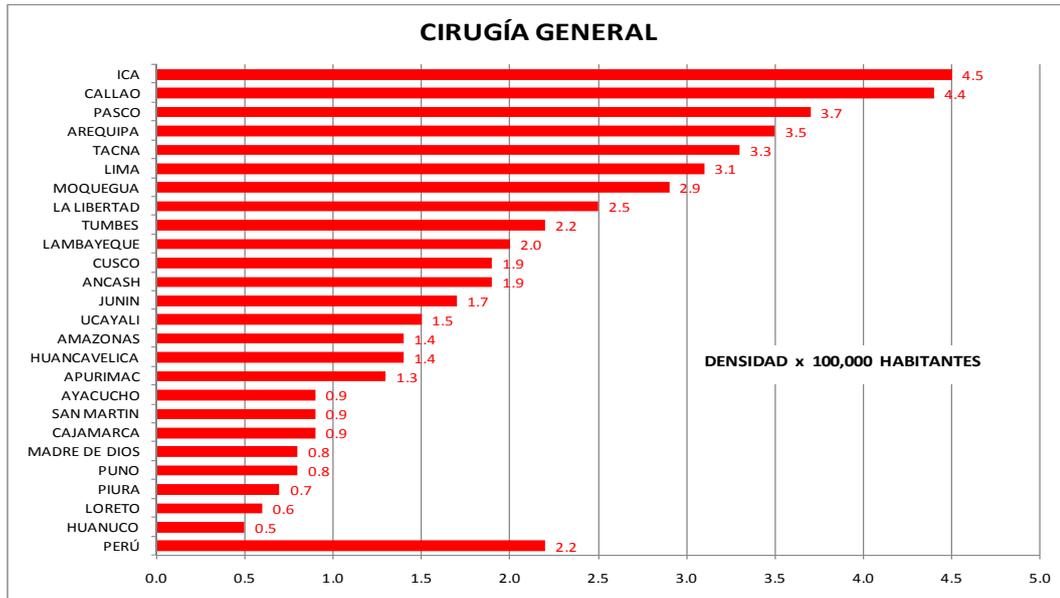


Fuente: Base de Datos de Recursos Humanos del MINSA y Gob. Regionales, 2012

Elaborado por: MINSA - DGGDRH - Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú

En el gráfico N° 11, se muestra la densidad de especialistas de Cirugía General, por departamento habiendo Gobiernos Regionales como Callao con una densidad de 4.5 por 100 000 Hab. y otros como Huánuco con una densidad de 2.2 por 100 000 Hab.

Gráfico N° 11. Densidad de Especialistas de Cirugía General, por Departamento, año 2012.

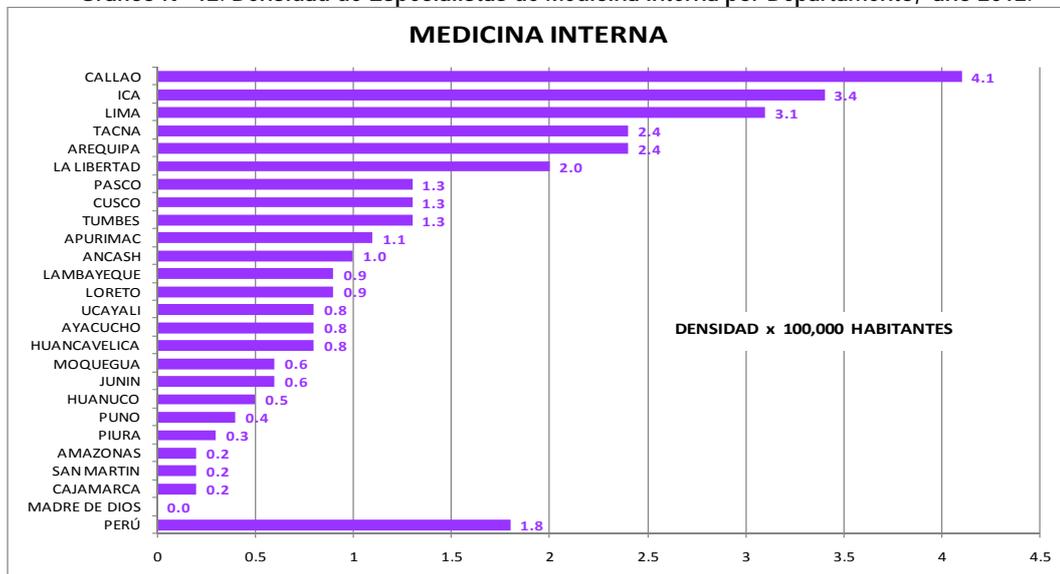


Fuente: Base de Datos de Recursos Humanos del MINSA y Gob. Regionales, 2012

Elaborado por: MINSA - DGGDRH - Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú

En el gráfico N° 8, se muestra la densidad de especialistas de Medicina Interna, por departamento habiendo Gobiernos Regionales como Callao con una densidad de 6.5 por 100 000 Hab. y otros como Madre de Dios con una densidad de 0.0 por 100 000 Hab.

Gráfico N° 12. Densidad de Especialistas de Medicina Interna por Departamento, año 2012.



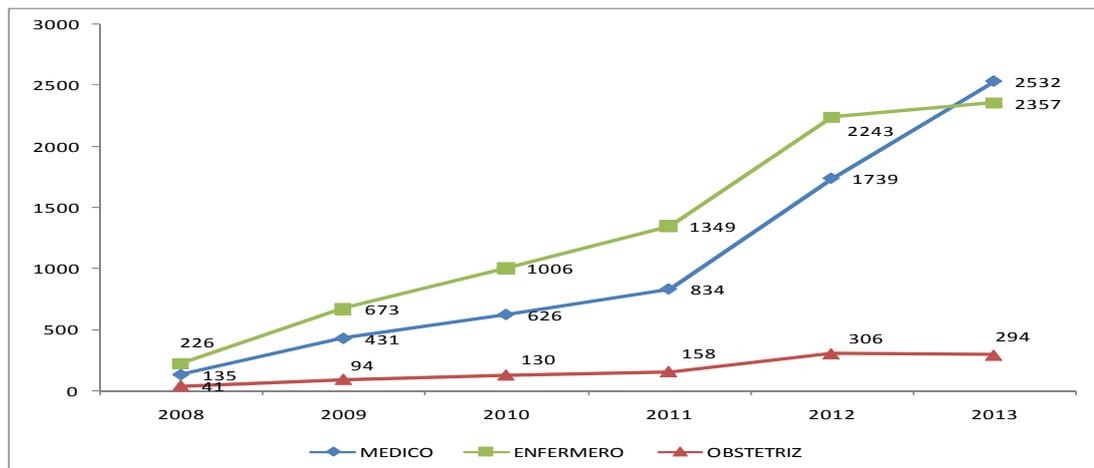
Fuente: Base de Datos de Recursos Humanos del MINSA y Gob. Regionales, 2012

Elaborado por: MINSA - DGGDRH - Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú

Otro de los factores que acentúa esta problemática, es el intenso proceso migratorio que en América Latina afecta fuertemente, siendo que de los 191 millones de personas migrantes, 25 millones son de América Latina y el Caribe y como zonas de destino se tienen los países como Estados Unidos, Canadá, España y Australia.

En el Gráfico 13 se evidencia el incremento sostenido del número de profesionales médicos y enfermeros migrantes sin retorno, ejemplo de 135 médicos migrantes sin retorno en el 2008 a 2532 médicos migrantes sin retorno en el 2013.

Gráfico N° 13. Profesionales Médicos, Enfermeros y Obstetras Migrantes sin Retorno 2008 – 2013



Fuente: Superintendencia de Migraciones Perú.

El Ministerio de Salud ante esta situación viene implementando las siguientes estrategias:

- **Reforma de la Política remunerativa**, incentivos monetarios para médicos especialistas por atención especializada con énfasis en los establecimientos de salud de los ámbitos de Gobiernos Regionales. Significando una inversión de 47.9 millones de nuevos soles
- **Contratación de médicos especialistas**, El Ministerio de salud ha contratado 119 médicos especialistas, para los hospitales de 18 Gobiernos Regionales.

Tabla N° 1 Número de Especialistas contratados por el MINSA

Departamento	Total
Total	119
Amazonas	8
Apurímac	12
Ayacucho	14
Cajamarca	2
Cusco	4
Huancavelica	6
Ica	7
Junín	7
La Libertad	7
Lambayeque	12
Lima	1
Loreto	6
Madre De Dios	2
Moquegua	2
Pasco	9
Piura	6
Puno	9
San Martín	5

Fuente: Base de Datos de Recursos Humanos del MINSA y Gob. Regionales, 2012

Elaborado por: MINSA - DGGDRH - Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú

- **Prestaciones Complementarias**, aprobado en el artículo 22° de la Ley 29951, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2013, permite al médico cirujano prestar servicios complementarios en el mismo establecimiento y/o en otro que su unidad ejecutora tenga suscrito un contrato de intercambio de servicios prestacional para la prestación de servicios complementarios.
- **Incremento de la formación de médicos especialistas** de 1371 en el 2010 a 2592 en el 2013 lo cual significa un aumento del 90% de la plazas ofertadas se detalla en el en los siguientes cuadros:

Tabla N° 2 Oferta de Plazas de Residentado Medico por toda Modalidad de Ingreso

SINAREME FINANCIADORES	2009	2010	2011	2012	2013
MINSA Y GOB. REGIONALES	584	813	842	1087	1442
ESSALUD	250	315	416	352	850
SANIDAD PNP	95	120	121	122	115
SANIDADES FFAA	117	109	104	108	126
OTRAS INSTITUCIONES	9	14	14	30	59
TOTAL	1055	1371	1497	1699	2592

Fuente: CONAREME

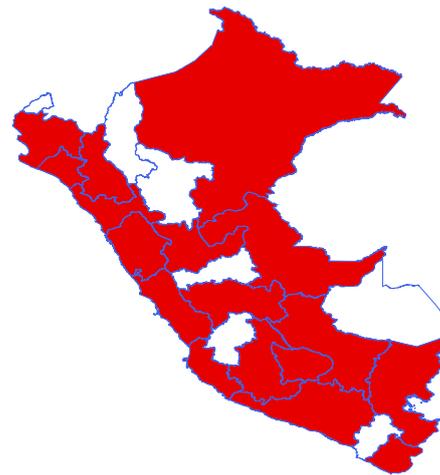
- **Ampliación de la Formación de Médicos Especialistas en Gobiernos Regionales,** mediante el incremento de sedes de formación, en el 2008 se tenía 5 sedes de formación en la actualidad se tiene 14 y se espera tener 16 sedes formación para el 2014, previo acuerdo con las Universidades y los Gobiernos Regionales, de acuerdo a los estándares exigidos por el Comité Nacional de Residentado Médico – CONAREME.

Gráfico N° 14. Gobiernos Regionales que son Sede de Formación para el Residentado Médico 2008 – 2013



Año 2008

La Libertad
Lima
Ica
Arequipa
Cusco



Año 2013-2014

Junín	Loreto
Ayacucho	Ancash
Piura	Lambayeque
Cajamarca	Tacna
Apurímac	Puno
2014:	
Huánuco	Ucayali

En conclusión el Ministerio de Salud ha elaborado diversas estrategias para disminuir el déficit y la inequidad en la distribución de médicos especialistas para el corto y mediano plazo; entre otras: reforma de la política remunerativa, contratación de médicos especialistas, prestaciones complementarias, incremento de la formación de médicos especialistas y ampliación de la formación de médicos especialistas en Gobiernos Regionales.

III. MEDICIÓN DE LAS METAS REGIONALES

3.1 METODOLOGÍA

La metodología de la medición de las metas regionales de recursos humanos para la salud se ha elaborado con base en los indicadores descritos en el Manual de Medición de las Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud, Segunda Medición 2013 para los países de las Américas elaborado por la OPS/OMS, el mismo que ha sido validado por países del sur y centro américa (Bolivia, Venezuela, Argentina, Paraguay, Uruguay, El Salvador, Guatemala, República Dominicana, Costa Rica, Nicaragua, Panamá, Honduras y Ecuador tercera medición).

La información obtenida es generada por los datos recogidos por el Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú, y mediante la técnica de grupos focales en la que participaron representantes del Ministerio de Salud, EsSalud, de las sanidades Fuerzas Armadas, sanidades de la Policía, Sistema Metropolitano de la Solidaridad, Gobiernos Regionales, Universidades, Colegios Profesionales.

3.2 RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE LAS 20 METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD – DESAFÍO 1

Definir políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a las necesidades de Salud y a los cambios previstos en los sistemas de salud. Asimismo, desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y realizar una revisión periódica.

Grafico N° 15. Porcentaje de Avance de las Metas del Desafío 1 – Perú 2012

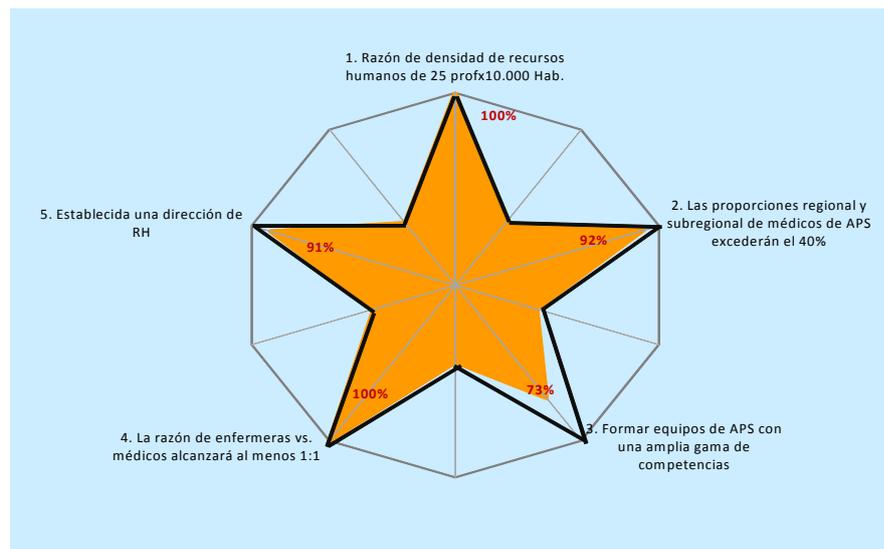
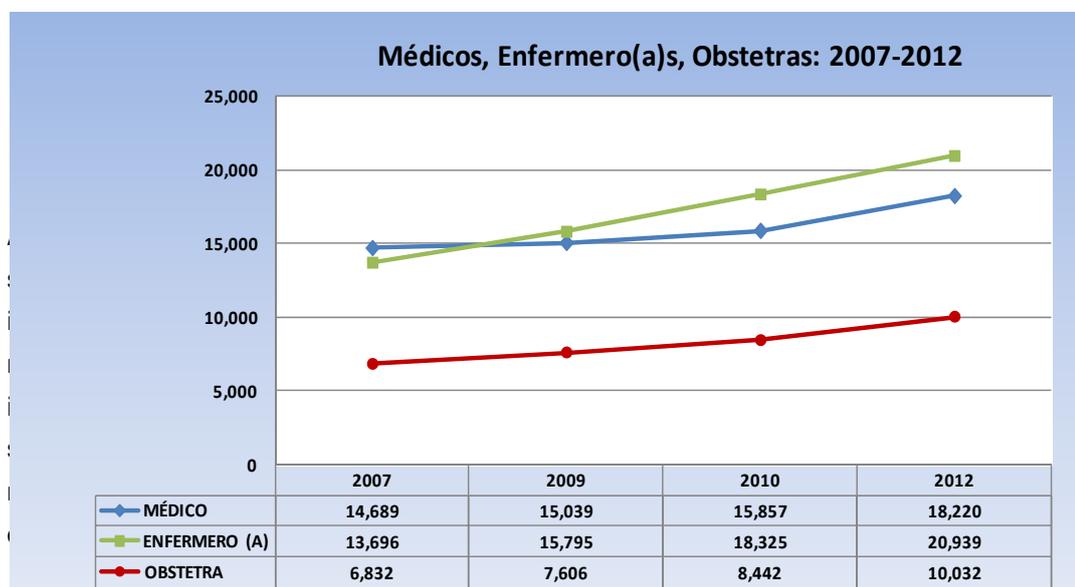


Tabla N° 3 Comparativo 2009-2012 Cumplimiento de las Metas del Desafío 1

METAS REGIONALES	% DE CUMPLIMIENTO		VALOR
	2009	2012	
1. Razón de densidad de recursos humanos de 25 profx10.000 Hab.	78%	100.00%	26.1
2. Las proporciones regional y subregional de médicos de APS excederán el 40%	74%	92.30%	36.9
3. Formar equipos de APS con una amplia gama de competencias	60%	72.50%	50.8 / 70
4. La razón de enfermeras vs. médicos alcanzará al menos 1:1	100%	100.00%	1.1
5. Todos los países tendrán establecida una dirección de RRHH	69%	90.60%	14.5 /16

Con respecto a las metas 1, 2 y 4 durante los últimos años el sector salud ha incrementado la disponibilidad de médicos, enfermeras y obstetras principalmente en el primer nivel de atención, a través de diferentes estrategias como el aumento de plazas por el Servicio Urbano Marginal en Salud – SERUMS (ver grafico N° 4), los programas estratégicos financiados por el presupuesto por resultados. Asimismo; la dotación de enfermeras se ha incrementado desde el 2007 al 2012, siendo la razón de 1.1 de enfermeras por cada médico, contribuyendo a mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud.

Gráfico N° 16. Disponibilidad Profesionales Médicos, Enfermeros y Obstetras 2007 – 2012


Fuente: Base de Datos de Recursos Humanos del MINSA y Gob. Regionales, 2012

Elaborado por: MINSA - DGGDRH - Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú



En la meta 3 y en el marco de la reforma del sector salud se está implementado el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria - PROFAM; que se desarrolla a través de las universidades y está dirigido a los Equipos Básicos de Salud (EBS) del primer nivel de atención. Consta de tres fases:

1. Fase 1: Diplomatura de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria dirigida al EBS (médico, enfermero, obstetra y técnico de enfermería).
2. Fase 2: Especialidad de Salud Familiar y Comunitaria, dirigida a los profesionales universitarios del EBS (médico, enfermera y obstetra).
3. Fase 3: Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, dirigida a los profesionales médicos del EBS.

Las características principales de PROFAM son:

- Dirigida a equipos básicos de salud del primer nivel de atención.
- Certificación Progresiva hasta la Especialización
- Modelo Pedagógico de la Problematicación
- Titulación por competencias
- Capacitación en servicio
- Formación de tutores

PROFAM se implementa con la finalidad de conducir el proceso de desarrollo de capacidades en los trabajadores del sector salud para llevar adelante la implementación de las reformas sanitarias en descentralización, acceso universal a los servicios de salud y el fortalecimiento del primer nivel de atención, aplicando el modelo de atención integral basado en familia y comunidad.

El desarrollo de la diplomatura permitió a los Equipos Básicos de Salud el desarrollo de competencias en la atención integral de la persona, familia y comunidad, promovió la participación comunitaria y el trabajo interinstitucional e intersectorial en el control y recuperación de los riesgos y daños a la salud de las personas; así como, el mejoramiento de la salud y la prevención de las enfermedades en los ámbitos de su ejecución.

Durante los años 2009-2010, se inició con la I Fase de PROFAM en los siguientes ámbitos: DIRESA Lima, DIRESA Callao, DISA Lima ciudad, DISA Lima Este, DISA Lima Sur, DIRESA Ayacucho, con un total de 150 participantes, los que forman parte de equipos básicos de salud (médico, enfermero, obstetra y técnico de enfermería).



Durante los años 2011-2012, las agencias cooperantes: Programa Conjunto y Medicus Mundi - Salud sin Límites, ejecutaron la I Fase de PROFAM en las regiones de Ayacucho, Huancavelica, Apurímac (Andahuaylas) y Loreto.

En total 346 profesionales de la salud han culminado la I Fase de PROFAM, según la siguiente tabla:

Tabla N° 4: Número de egresados de la I Fase de PROFAM durante el período 2009-2012

REGIONES	I COHORTE (2009)	II COHORTE (2011-2012)	III COHORTE (2012)	TOTAL
	MINSA	PROGRAMA CONJUNTO	MEDICUS MUNDI SALUD SIN LIMITES	
AYACUCHO	50	47		97
CALLAO	20			20
HUARAL	24			24
LIMA CIUDAD	15			15
LIMA SUR	20			20
LIMA ESTE	15			15
HUANCVELICA		40	22	62
ANDAHUAYLAS		44		44
LORETO		49		49
APROBARON	144	180	22	346

Respecto a la meta 5, desde el año 2008 se ha conformado la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, que es responsable de elaborar, proponer y evaluar políticas nacionales, normas y estrategias; así como la conducción de la planificación estratégica de la formación, especialización, capacitación y dotación de los recursos humanos para el sistema nacional en salud.

En este sentido el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos en Salud viene fortaleciendo su rol rector en el campo de los recursos humanos en salud en los espacios de articulación con las diferentes instituciones que conforman el sector salud y el sector educación tales como:

- Comité de Articulación, Docencia, Atención en Salud e Investigación (CONADASI)
- Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME)
- Comité Central y Regionales del SERUMS
- Observatorio de Recursos Humanos en Salud (ORHUS)

3.3 RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE LAS 20 METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD - DESAFÍO 2

Ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados, de manera de lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la población.

Grafico N° 17 Porcentaje de Avance de las Metas del Desafío 2 – Perú 2012

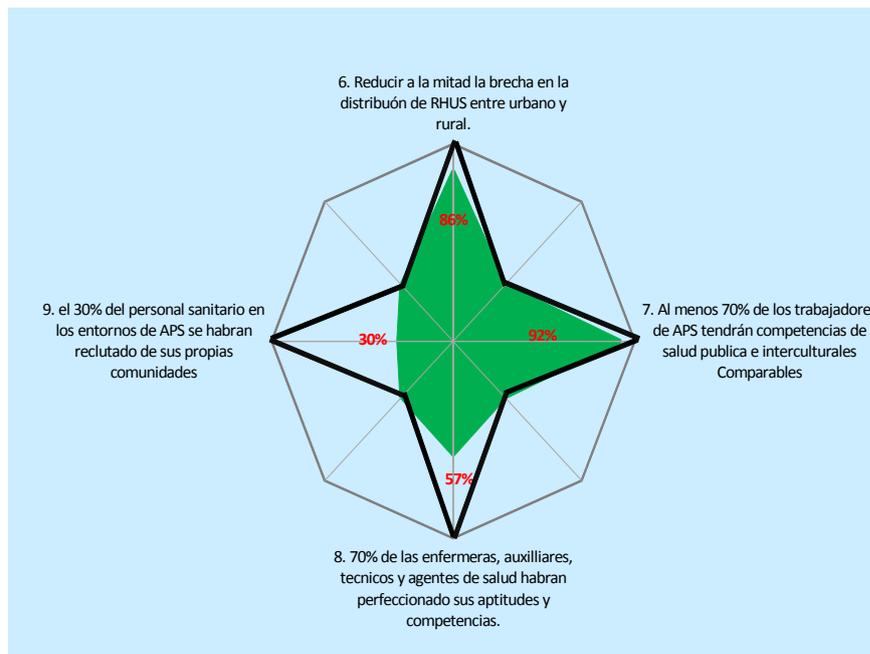


Tabla N° 5 Comparativo 2009-2012 Cumplimiento de las Metas del Desafío 2

METAS REGIONALES	% DE CUMPLIMIENTO		VALOR
	2009	2012	
6. Reducir a la mitad la brecha en la distribución de RHUS entre urbano y rural.	50.10%	85.60%	0.64 / 0.75
7. Al menos 70% de los trabajadores de APS tendrán competencias de salud pública e interculturales Comparables	39%	91.60%	64.10%
8. 70% de las enfermeras, auxiliares, técnicos y agentes de salud habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias.	28%	57.00%	40
9. el 30% del personal sanitario en los entornos de APS se habrán reclutado de sus propias comunidades	Sin Dato	30%	9%

Con respecto a la meta 6, el Ministerio de Salud está impulsando una política remunerativa integral para todos los trabajadores de salud que laboran en los establecimientos del MINSA y Gobiernos Regionales. En este sentido con la finalidad de mejorar los mecanismos de reclutamiento, retención y permanencia de los RHUS en los establecimientos de salud ubicados en zonas alejadas y de frontera, en zonas de emergencia, por atención primaria de la salud y por cargo jefatural de red y micro red, se otorgará una bonificación monetaria mensual al personal que labora en dichos establecimientos, contribuyendo a contar con RHUS motivados y comprometidos, logrando un mejor desempeño, mayor acceso de atención de salud con calidad y alcanzar resultados sanitarios.

En las metas 7 y 8, al no existir datos cuantitativos, se discutieron las metas mediante grupos focales; donde los principales resultados fueron, que en la meta 7 los trabajadores de salud cuentan con las competencias de manera parcial siendo las de mayor debilidad corresponden a las de vigilancia de factores de riesgo y condiciones epidemiológicas e investigaciones. En tanto que en la meta 8 se señaló que quienes más han perfeccionado sus competencias son los profesionales de enfermería, y los que menos han perfeccionado su competencia son los agentes comunitarios.

En la meta 9, se ha contrastado el distrito de nacimiento con el lugar de trabajo, encontrándose que sólo el 9% del total del personal sanitario están reclutados en sus distritos de nacimiento.

3.4 RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE LAS 20 METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD - DESAFÍO 3

Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.

Grafico N° 18. Porcentaje de Avance de las Metas del Desafío 3 – Perú 2012

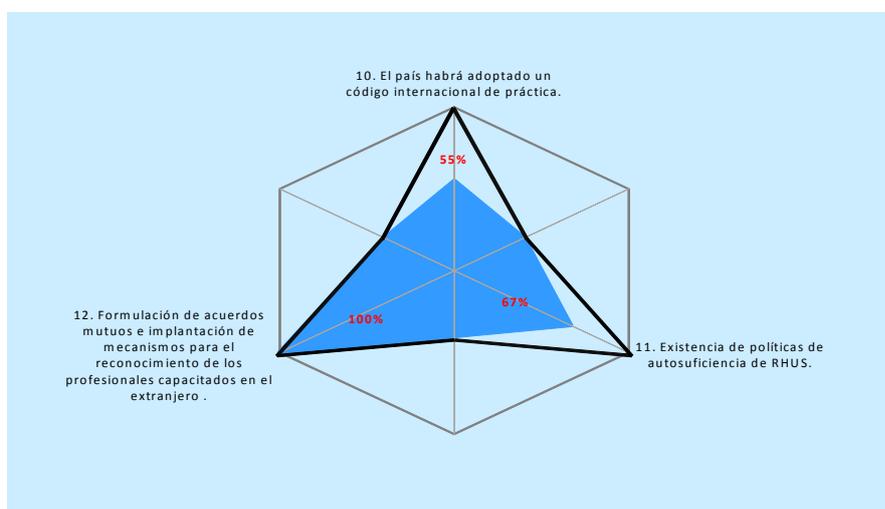


Tabla N° 6 Comparativo 2009-2012 Cumplimiento de las Metas del Desafío 3

METAS REGIONALES	% DE CUMPLIMIENTO		VALOR
	2009	2012	
10. Los países habrán adoptado un código internacional de práctica.	0%	55%	20
11. Existencia de políticas de autosuficiencia de RHUS.	0%	67%	15
12. Formulación de acuerdos mutuos e implantación de mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.	0%	100%	

En la meta 10, en el grupo focal llegó al consenso de cumplimiento de un 50%, basado en la Ley 30001 Ley de Reinserción Económica y Social para el Migrante Retornado, el cual brinda incentivos tributarios, acceso a programas sociales y/o régimen subsidiado de aseguramiento de salud, monitoreo de reinserción laboral, capacitaciones y certificaciones de grados y títulos.

En este sentido el Ministerio de Salud a través de convenios está impulsando el retorno de peruanos profesionales de la salud que se han formado en universidades del extranjero. Ejemplo: en el 2012 han retornado 259 médicos formados en el país de Cuba.

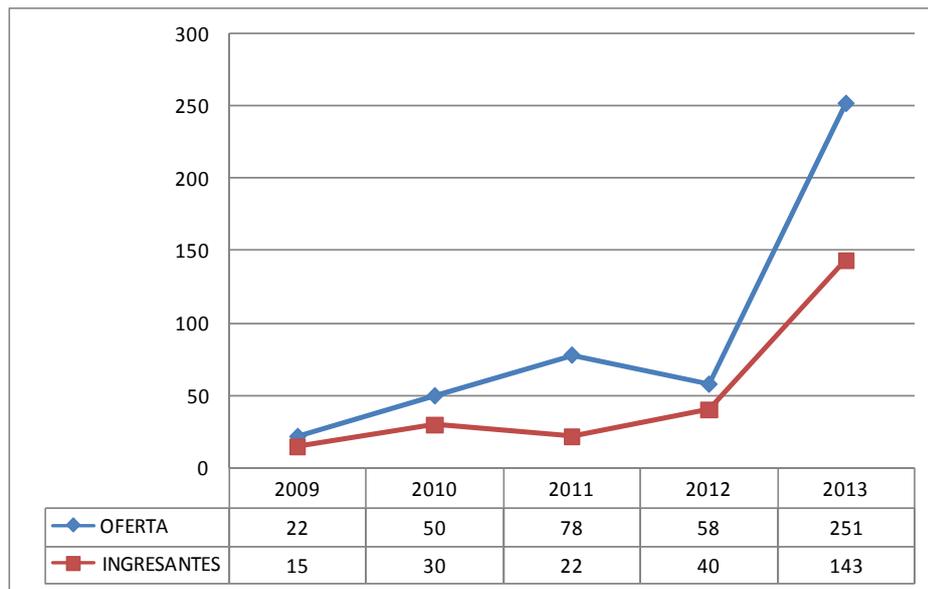
En la meta 11, sobre la existencia de políticas de autosuficiencia de RHUS, la misma se encuentra directamente relacionada con la capacidad de planificación estratégica de los RHUS y la existencia de un sistema eficiente de información que dé cuenta de la dotación de RHUS del país y las necesidades del mismo a mediano y largo plazo, que permita garantizar el acceso universal a los servicios de salud.

La Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, está fortaleciendo los procesos de planificación de los recursos humanos en salud se han elaborándose las siguientes estrategias:

Primer nivel de atención:

- Mediante el programa SERUMS se ha incrementado la dotación de recursos humanos con especial atención en las zonas más pobres y alejadas del país (revisar gráfico N° 6)
- Elaboración de la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los servicios asistenciales del Primer Nivel de Atención, el cual estima las necesidades de RHUS en función de la demanda efectiva de los servicios de salud (procedimientos clínicos), perfil epidemiológico, dispersión de la población demandante.
- Reforma de la Política remunerativa, incentivos monetarios para los trabajadores de salud que laboren en los establecimientos de salud de las zonas más pobres y alejadas del país que implemente el modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad.
- Incremento de la formación de médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria, mediante la modalidad de residentado médico.

Gráfico N° 19. Oferta de plazas e Ingresantes de Medicina Familiar financiadas por MINSA Y GOB. REGIONALES, Residentado Médico 2009-2013



Fuente: Base de Datos de Recursos Humanos del MINSA y Gob. Regionales, 2012

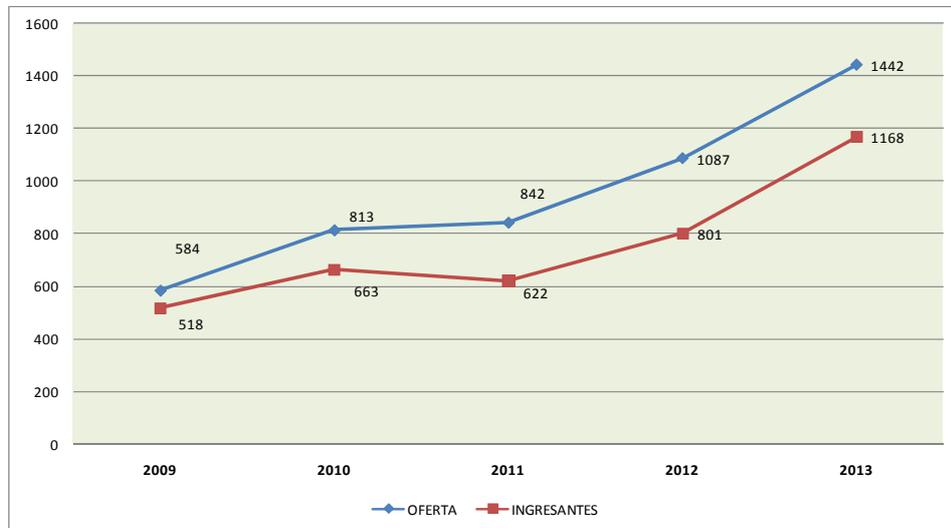
Elaborado por: MINSA - DGGDRH - Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú

- Fortalecimiento de Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria- PROFAM (ver meta 3).

Nivel de atención Especializada:

- Incremento de la formación de médicos especialistas, que se detalla en el gráfico siguiente.

Gráfico N° 20. Oferta de plazas e Ingresantes para la Residencia Médica financiadas por MINSA Y GOB. REGIONALES, 2009-2013



Fuente: Base de Datos de Recursos Humanos del MINSA y Gob. Regionales, 2012

Elaborado por: MINSA - DGGDRH - Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú

- Ampliación de la Formación de Residentado Médico, mediante el incremento de sedes de formación; en el 2008 se tenía 5 sedes de formación en la actualidad se tiene 14 y se espera tener 16 sedes de formación para el 2014, previo acuerdo con las Universidades y los Gobiernos Regionales, de acuerdo a los estándares exigidos por el Comité Nacional de Residentado Médico – CONAREME.
 - Reforma de la Política remunerativa, incentivos monetarios para médicos especialistas por atención especializada con énfasis en los establecimientos de salud de los ámbitos de Gobiernos Regionales.
1. Finalmente; la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos a través del Observatorio de Recursos Humanos, está mejorando los procesos de recolección de datos de RHUS a partir del desarrollo de un Sistema Nacional de Información de Recursos Humanos en Salud – INFORHUS, que permita cumplir los siguientes objetivos:
 - Analizar la situación actual de la información de los recursos humanos en salud (en tiempo real), desde la perspectiva Nacional, Regional y Local.
 - Generar evidencia científica en recursos humanos en salud, promoviendo su uso en la toma de decisiones y en la formulación de políticas nacionales, regionales y locales.
 - Delimitar y articular responsabilidades de la información de los recursos humanos en salud.

Asimismo; el ORHUS desarrolló portal web bajo un sistema de código abierto, el cual permite la inter operatividad (Capacidad de los programas de ordenador para intercambiar información y utilizar mutuamente la información intercambiada) con otros actores, de los cuales podemos destacar los nodos a nivel regional, nacional, internacional, OPS/OMS, entre otros.

Una característica a resaltar, del renovado diseño del home page, fue el de preparar la plataforma, a fin de albergar e integrar los websites de actores involucrados en la reforma del sector, en un solo espacio virtual. Todo esto, con el objeto de unificar y proteger la información especializada, respetando los protocolos, estándares de confidencialidad, privacidad y acceso a la información.

En la meta 12, se cuenta con convenios de reconocimiento de grados y/o títulos obtenidos en el extranjero en 24 países tal como se detalla en la siguiente tabla:

Tabla N° 7. Países con Convenios de Reconocimiento de Grado y/o Títulos

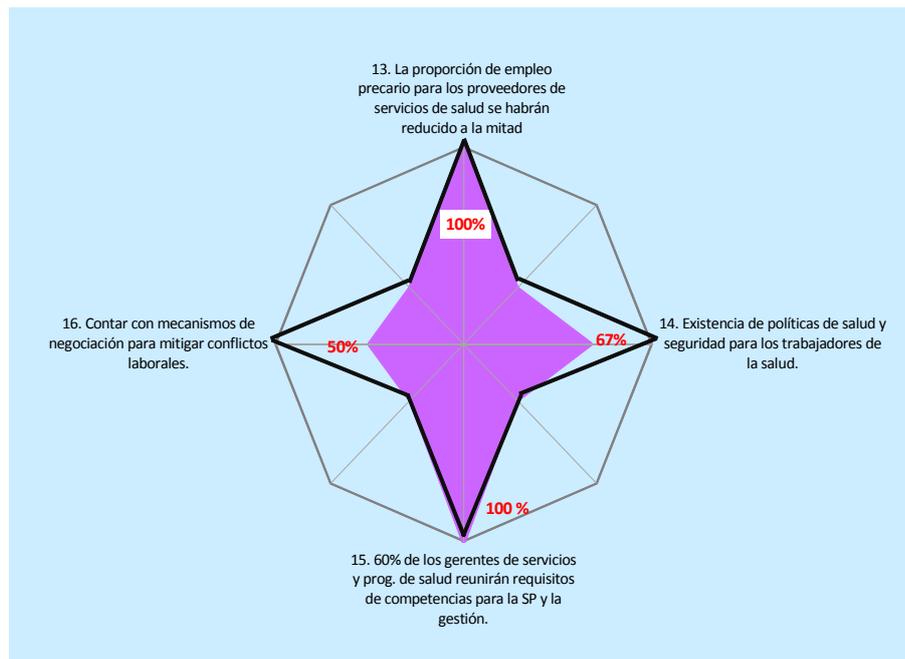
1	Argentina	9	Ecuador	17	Panamá
2	Bulgaria	10	El Salvador	18	Paraguay
3	Bolivia	11	España	19	Rumania
4	Colombia	12	Guatemala	20	Uruguay
5	Costa Rica	13	Honduras	21	Venezuela
6	Cuba	14	Hungría	22	Santa Sede
7	Chile	15	México	23	Ucrania
8	China	16	Nicaragua	24	Rusia

Fuente: Asociación Nacional de Rectores

En el caso de no tener convenio la universidad previa evaluación podrá otorgar el título.

3.5 RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE LAS 20 METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD - DESAFÍO 4

Generar ambientes de trabajo saludables que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.

Grafico N° 21. Porcentaje de Avance de las Metas del Desafío 4 – Perú 2012

Tabla N° 8 Comparativo 2009-2012 Cumplimiento de las Metas del Desafío 4

METAS REGIONALES	% DE CUMPLIMIENTO		VALOR
	2009	2012	
13. La proporción de empleo precario para los proveedores de servicios de salud se habrán reducido a la mitad.	50%	100.00%	4%
14. Existencia de políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud.	0%	67.30%	40.4
15. 60% de los gerentes de servicios y prog. de salud reunirán requisitos de competencias para la SP y la gestión.	0%	100.00%	75%
16. Contar con mecanismos de negociación para mitigar conflictos laborales.	100%	50.00%	

Con relación a la meta 13, el año 2012 se ha logrado la reducción del empleo precario que ha permitido llegar a la meta del 100%, destacándose mejores condiciones laborales para todos los trabajadores de la salud como: vacaciones remuneradas anuales y derecho a seguridad social, descanso por maternidad, permiso por lactancia, licencia por paternidad, descansos subsidiados por ESSALUD, penalidad por despido arbitrario, derecho de sindicalización y huelga, licencia por capacitación, descanso compensatorio por trabajo en sobre tiempo, y licencia por fallecimiento de familiar directo, aguinaldos de fiestas patrias y navidad.

En la meta 14, se ha realizado un trabajo de grupo focal con las Direcciones Regionales de Salud, las instituciones de salud de las Fuerzas Armadas y Policiales, la Organización Panamericana de la Salud y el SISOL, que han analizado preguntas sobre políticas actualizadas de salud y seguridad, equipos actualizados, ambientes sanos, áreas de trabajo estructuralmente seguras, entrenamiento de seguridad, provisión de servicios de salud y seguros de vida. Producto de la sistematización cualitativa de la información, se ha consolidado un avance del 67,3% de la meta.

Asimismo, es importante tener en cuenta que en el Perú se encuentra vigente el Decreto Supremo N° 009-2005-TR, que aprueba el reglamento de salud y seguridad en el trabajo, que está en pleno proceso de implementación.

En la meta 15, al no existir datos cuantitativos se valoró el indicador de la meta mediante la técnica del grupo focal, conformado por representantes del Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, y se respondieron preguntas relacionadas con el requerimiento de certificaciones en gerencia para quienes dirigen servicios y programas de salud y programas permanentes de capacitación en gerencia para el personal directivo. Producto del análisis cualitativo se obtuvo el equivalente al 100% de meta planificada.

El Ministerio de Salud en convenio con la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR), ha diseñado los perfiles de competencia para los gerentes de servicios de salud y capacita profesionales para ocupar cargos de directores de hospitales y redes de asistencia en todo el país, de esta manera se está profesionalizando la conducción de los servicios de salud en miras a lograr mayor eficiencia en la gestión.

En la meta 16, se ha realizado un trabajo especializado de grupo focal con representantes del Ministerio de Salud, las Direcciones Regionales de Salud, las instituciones de salud de las Fuerzas Armadas y Policiales, la Organización Panamericana de la Salud y el SISOL, que han analizado preguntas sobre legislación que penalice la suspensión de actividades del personal de salud en los servicios esenciales de salud y mecanismos formales de negociación para prevenir, mitigar o resolver los conflictos laborales.

Producto de la sistematización cualitativa de la información, se ha concluido que existe legislación y que a partir de la misma se han implementado mecanismos formales para establecer negociaciones. Sin embargo estos mecanismos aún son insuficiente para evitar la suspensión del servicio Por lo tanto, para el año 2012 se ha considerado una meta equivalente al 50%.

3.6 RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE LAS 20 METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD - DESAFÍO 5

Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para producir profesionales sanitarios sensibles a las necesidades de la comunidad y calificados.

Grafico N° 4 Porcentaje de Avance de las Metas del Desafío 5 – Perú 2012

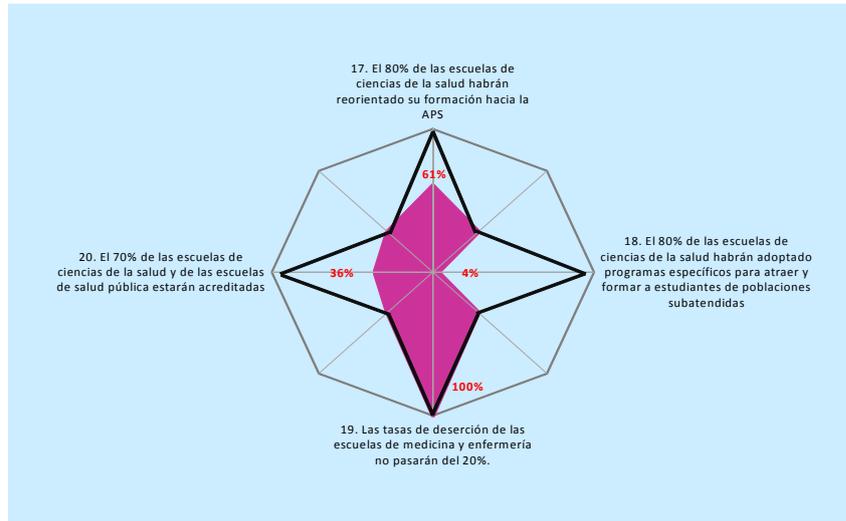


Tabla N° 7 Comparativo 2009-2012 Cumplimiento de las Metas del Desafío 5

METAS REGIONALES	% DE CUMPLIMIENTO		VALOR
	2009	2012	
17. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la APS	75%	60.60%	6 / 13
18. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas	0%	3.60%	1 / 35
19. Las tasas de deserción de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.	0%	100.00%	11.9
20. El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas	0%	36.10%	25.30%

En la meta 17, para la obtención de datos se ha realizado una muestra de universidades con escuelas de ciencias de la salud, por considerarlas importantes y con mayor demanda de formación de recursos humanos en salud; la muestra estuvo conformada por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la Universidad Privada Cayetano Heredia y la Universidad



San Martín de Porres, quienes han respondido un cuestionario con preguntas sobre la formación de profesionales en el modelo biomédico, inclusión de contenidos de APS en el currículo, cambio del modelo curricular reorientado hacia la APS, estrategias de formación interprofesional con su respectivo soporte financiero.

Al cuantificar las respuestas obtenidas por la muestra de las tres universidades, se obtuvo un valor equivalente al 60,6% del cumplimiento de la meta.

En la meta 18 se pretende indagar si las Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud han extendido su oferta educativa a otras áreas donde exista población que tradicionalmente no ha accedido a servicios sociales, entre ellos la posibilidad de estudiar alguna carrera de ciencias de la salud. Para la medición del indicador se ha realizado una muestra, seleccionando a la Universidad de la Amazonía, el Colegio Médico del Perú, el Colegio de Enfermeros, ASPEFAM Y ASPEFOB. Se han analizado preguntas relacionadas con la existencia de programas de extensión universitaria que integren estudiantes de poblaciones subatendidas para formarse en las carreras de las ciencias de la salud o en escuelas de salud pública y porcentaje de programas dirigidos a captar estudiantes que provienen de poblaciones indígenas o afro.

Al cuantificar las respuestas obtenidas por la muestra de la Universidad, los colegios profesionales y las asociaciones de facultades de medicina y obstetricia, se obtuvo un valor equivalente al 3,6% del cumplimiento de la meta.

En la meta 19 se pretende demostrar cuál es la magnitud de la eficiencia del sistema educativo en cuanto al número de estudiantes de medicina y enfermería que ingresan y egresan de las carreras, de conformidad con el número de años estipulados para ser un estudiante regular de estas carreras. Como fuente de datos se determinó el comportamiento del indicador en 02 importantes universidades del país, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la Universidad Peruana Cayetano Heredia, obteniéndose una tasa de deserción equivalente al 11,9% que al ser menor que el 20% que establece el manual de medición de metas, estamos al 100% del cumplimiento.

En la meta 20, según el informe de la entonces Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina CAFME se encuentran acreditadas 25 Facultades de Medicina al 2012, asimismo varias universidades cuentan con acreditación internacional como la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Universidad San Martín de Porres, Universidad San Agustín, Universidad Católica de Santa María, Universidad Ricardo Palma entre las más importantes facultades de medicina de nuestro país.

IV. CONCLUSIONES

DESAFÍO 1

Definir políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a las necesidades de Salud y a los cambios previstos en los sistemas de salud. Asimismo, desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y realizar una revisión periódica.

1. En los últimos años el sector salud ha incrementado la disponibilidad de médicos, enfermeras y obstetras principalmente en el primer nivel de atención, a través de diferentes estrategias como el aumento de plazas por el Servicio Urbano Marginal en Salud – SERUMS y contratación de profesionales de la salud por presupuesto por Resultados. Persistiendo aún inequidad en la distribución de recursos humanos en los ámbitos de los Gobiernos Regionales.
2. La dotación de enfermeras desde el 2007 al 2012, se ha incrementado, teniendo en la actualidad una razón de 1.1 enfermeras por cada médico, contribuyendo así a mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud.
3. El Ministerio de Salud está implementado El Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria – PROFAM, dirigida a los equipos básicos de salud, con la finalidad de fortalecer el primer nivel de atención orientado el desarrollo de capacidades a la atención primaria de salud y llevar adelante la implementación de las reformas sanitarias. En el 2013 en el marco de la reforma del sector salud se aplicara este programa masivamente a los equipos básicos de salud de primer nivel de atención.
4. El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, está fortaleciendo su rol rector en el campo de los recursos humanos en salud en los espacios de articulación con las diferentes instituciones que conforman el sector salud y el sector educación.

DESAFÍO 2

Ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados, de manera de lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la población.

1. El Ministerio de Salud está impulsando una reforma de la política remunerativa integral para todos los trabajadores, con la finalidad de mejorar los mecanismos de reclutamiento, retención y permanencia de los RHUS en los establecimientos de salud.

2. Los trabajadores de salud cuentan con las competencias en salud pública e interculturalidad de manera parcial, siendo las de mayor debilidad las correspondientes a la vigilancia de factores de riesgo, condiciones epidemiológicas e investigaciones.
3. Los profesionales de enfermería son los que más han perfeccionado sus competencias laborales, y los agentes comunitarios son el grupo con menor desarrollo de sus competencias.
4. El 9% del personal sanitario en los entornos de APS se han reclutado de sus propias comunidades (distrito).

DESAFÍO 3

Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.

2. El país está implementando Ley de Reinserción Económica y Social para el Migrante Retornado, el cual brinda incentivos tributarios, acceso a programas sociales y/o régimen subsidiado de aseguramiento de salud, monitoreo de reinserción laboral, capacitaciones y certificaciones de grados y títulos.
3. La Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos a través del Observatorio de Recursos Humanos, está mejorando los procesos de recolección de datos de RHUS a partir del desarrollo de un Sistema Nacional de Información de Recursos Humanos en Salud – INFORHUS, que permita cumplir los siguientes objetivos
 - Analizar la situación actual de la información de los recursos humanos en salud (en tiempo real), desde la perspectiva Nacional, Regional y Local.
 - Generar evidencia científica en recursos humanos en salud, promoviendo su uso en la toma de decisiones y en la formulación de políticas nacionales, regionales y locales.
 - Delimitar y articular responsabilidades de la información de los recursos humanos en salud.
4. La Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, está fortaleciendo los procesos de planificación de los recursos humanos en salud se han elaborándose las siguientes estrategias:

Primer nivel de atención:

- Reforma de la Política remunerativa, incentivos monetarios para los trabajadores de salud que laboren en los establecimientos de salud de las zonas más pobres y alejadas del país que implemente el modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad



- Mediante el programa SERUMS se ha incrementado la dotación de recursos humanos con especial atención en las zonas más pobres y alejadas del país.
- Incremento de la formación de médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria, mediante la modalidad de residentado médico.
- Fortalecimiento de Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria- PROFAM.
- Elaboración de la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los servicios asistenciales del Primer Nivel de Atención, el cual estima las necesidades de RHUS en función de la demanda efectiva de los servicios de salud (procedimientos clínicos), perfil epidemiológico, dispersión de la población demandante.

Nivel de atención Especializada:

- Incremento de la formación de médicos especialistas, que se detalla en el gráfico siguiente.
- Ampliación de la Formación de Residentado Médico, mediante el incremento de sedes de formación; en el 2008 se tenía 5 sedes de formación en la actualidad se tiene 14 y se espera tener 16 sedes de formación para el 2014, previo acuerdo con las Universidades y los Gobiernos Regionales, de acuerdo a los estándares exigidos por el Comité Nacional de Residentado Médico – CONAREME.
- Reforma de la Política remunerativa, incentivos monetarios para médicos especialistas por atención especializada con énfasis en los establecimientos de salud de los ámbitos de Gobiernos Regionales

DESAFÍO 4

Generar ambientes de trabajo saludables que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.

1. Se ha logrado la reducción del empleo precario de la fuerza de trabajo en salud, destacándose las condiciones más seguras para todos los proveedores de la salud como: vacaciones remuneradas anuales y derecho a seguridad social, descanso por maternidad, permiso por lactancia, licencia por paternidad, descansos subsidiados por ESSALUD, penalidad por despido arbitrario, derecho de sindicalización y huelga, licencia por capacitación, descanso compensatorio por trabajo en sobre tiempo, y licencia por fallecimiento de familiar directo, aguinaldos de fiestas patrias y navidad.
2. En el Perú se encuentra en implementación el Decreto Supremo N° 009-2005-TR, que aprueba el reglamento de salud y seguridad en el trabajo.



3. El Ministerio de Salud en convenio con la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR), ha diseñado los perfiles de competencia para los gerentes de servicios de salud y capacita profesionales para ocupar cargos de directores de hospitales y redes de asistencia en todo el país, de esta manera se está profesionalizando la conducción de los servicios de salud en miras a lograr mayor eficiencia en la gestión.
4. Con respecto a los conflictos laborales, existe un marco normativo y a partir de la misma se han implementado mecanismos formales de negociación. Sin embargo estos mecanismos aún son insuficiente para evitar la suspensión del servicio.

DESAFÍO 5

Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para producir profesionales sanitarios sensibles a las necesidades de la comunidad y calificados.

1. Existe una inclusión parcial de contenidos de APS en el currículo de las universidades que cuentan con escuelas o facultades que forman profesionales de la salud, siendo las escuelas o facultades de enfermería y obstetricia donde mejor han reorientado su formación hacia la APS.
2. Tenemos insuficientes programas de extensión universitaria que integran estudiantes de poblaciones subatendidas para formarse en las carreras de las ciencias de la salud.
3. Existe una baja tasa de deserción de los estudiantes de medicina y enfermería.
4. Existen universidades que cuentan con acreditación internacional como la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Universidad San Martín de Porres, Universidad San Agustín, Universidad Católica de Santa María, Universidad Ricardo Palma entre las más importantes facultades de medicina de nuestro país.

Finalmente, en las siguientes tablas se presenta el porcentaje de cumplimiento de las metas regionales:



Porcentaje de cumplimiento de las Metas	N° de cada una de las Metas	Total de Metas
0% – 25%	Meta N° 18	1
26% – 50%	Meta N° 9, 16, 20	3
51% – 75%	Meta N° 3, 8, 11, 14, 17, 18	6
76% – 100%	Meta N° 1, 2, 4, 5, 6, 7, 12, 13, 15, 19	10

Metas al 100% (6)	Metas al 90% (3)	Metas al 80% (1)
Meta N° 1, 4, 12, 13, 15, 19	Meta N° 2, 5, 7	Metas N° 6