

## Informe al país:

# SITUACIÓN Y DESAFÍOS DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano

**Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud**



Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su  
Aplicación en una Región del Perú  
Convenio PER/B7-310/IB/97/209



**MINISTERIO DE SALUD**

Dra. Pilar Mazetti Soler

**Ministra**

Dr. José Carlos Del Carmen Sara

**Viceministro**

**INSTITUTO DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS**

Dr. Rómulo Carrión Arrunátegui

**Jefe Institucional**

Catalogación hecha por el  
Centro de Documentación del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos - IDREH

Ministerio de Salud

SITUACION Y DESAFIOS DE LOS RECURSOS HUMANOS EN  
SALUD - Gobernabilidad y desempeño con Desarrollo Humano.  
Perú - Ministerio de Salud - IDREH -Observatorio Nacional de  
Recursos Humanos en Salud.

1ª edición-2005, Serie de Recursos Humanos en Salud - N° 1.  
132 pp.

SITUACIÓN DE RHUS EN EL PERÚ - ANÁLISIS Y PROPUESTAS

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2005 - 8666

© Ministerio de Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2005  
Av. Jorge Basadre 990 - San Isidro, Lima - Perú.  
Central Telefónica: 442-2010 / Fax: 440-5871  
recursoshumanos@idreh.gob.pe

Producción gráfica: duArtes 2472788

**Dra. Pilar Mazetti Soler**  
Ministra de Salud

**Dr. José Del Carmen Sara**  
Viceministro de Salud

**Dr. Rómulo Carrión Arrunátegui**  
Jefe Institucional del IDREH

---

**Formulación:**

Dr. Juan Arroyo Laguna.

**Equipo de sistematización:**

Dra. Betsy Moscoso Rojas.

Directora General de la Oficina General de Información Estratégica de Recursos Humanos - Observatorio Nacional de Recursos Humanos-IDREH.

Dr. Lizardo Huamán Angulo.

Director General de la Dirección General de Políticas, Regulación y Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos

**Apoyo técnico:**

Dra. Mónica Padilla Díaz.

Asesora Interpaís en Recursos Humanos OPS/OMS.

Lic. Gladys Zárate León.

Consultora Nacional en Recursos Humanos OPS/OMS.

**Aporte de información:**

Instituciones miembros del Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud.

**Coordinación técnica - Proyecto AMARES**

Sr. Leo Nederveen.

Lic. María Casas Sulca.

**Procesamiento y análisis de la información estadística:**

Oficina General de Información Estratégica de Recursos Humanos IDREH.

Con el apoyo de:

Lic. Estadístico Francisco de la Cruz Aramburú - Proyecto AMARES.

Lic. Estadística Patricia Mallma Salazar - Proyecto AMARES.





## PRESENTACIÓN

Los recursos humanos de salud constituyen un elemento fundamental en la producción de servicios de salud, tanto en la dimensión subjetiva relativa a la intencionalidad humana como en la dimensión objetiva de la ejecución de competencias profesionales específicas. Su contribución a la ejecución efectiva de políticas de salud y a la estructuración de sistemas de salud y de servicios adecuados es ampliamente reconocida como esencial. Por lo tanto el monitoreo de los procesos que tienen que ver con la gestión de los recursos humanos es una actividad estratégica en las organizaciones de salud.

El análisis de la temática de los recursos humanos involucra necesariamente la interacción de la educación (formación de RRHH en salud) y el trabajo (el proceso de la atención de la salud), que están mediados por campos de fuerzas que ejercen los mercados laborales, los grupos de profesionales y los sindicatos que cuando se desequilibran rompen la interacción y la articulación entre la educación y el trabajo.

Este informe al país titulado "Situación y desafíos de los recursos humanos de salud" describe los desplazamientos que han habido en la relación educación-trabajo en salud y los desequilibrios de las fuerzas que modulan esta relación; arribando en una propuesta de intervenciones que intenta mejorar la capacidad de rectoría y regulación en el campo de los recursos humanos de salud.

Esta publicación ha sido posible gracias al esfuerzo de las instituciones que conforman el Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud, de investigaciones realizadas en el campo de la formación y regulación, así como la colaboración de otras instituciones que nos proporcionaron información, con la finalidad de brindar algunas evidencias y elementos de juicio para orientar las políticas e intervenciones en un campo tan desregulado como el de los recursos humanos en salud.

El contenido de este trabajo está distribuido en tres capítulos; el primero describe los cinco desplazamientos más importantes que han desestructurado el campo de los recursos humanos e impactado negativamente en el estatus de las profesiones de salud. El segundo capítulo caracteriza y describe con mayor detalle las causas de los desplazamientos y muestra los desequilibrios en la distribución de los recursos existentes lo cual ha profundizado las brechas de acceso a la salud para las poblaciones más vulnerables del país, comprometiendo los resultados sanitarios y la calidad de la atención. El tercer capítulo propone algunas intervenciones que intentan recuperar la capacidad de rectoría y regulación en el sector.

Tenemos la seguridad que el análisis y propuestas plasmados en este documento, serán de utilidad para orientar las acciones de las autoridades que toman las decisiones en el campo de la educación y el trabajo de los recursos humanos en salud en todo el país , así como para generar espacios de discusión entre los actores sociales preocupados por mejorar la capacidad de gobierno y la rectoría en este campo, que como consecuencia, influirá en mejorar el desarrollo de los recursos humanos, el desempeño de las organizaciones de salud y el logro de los resultados sanitarios en la población.

**Pilar Mazetti Soler**  
Ministra de Salud



# ÍNDICE

Introducción	11
<b>Capítulo 1</b> <b>AGENDA DE PROBLEMAS</b>	13
El actual ciclo largo de recursos humanos y su modo de regulación	15
1.1 Cinco desplazamientos tendientes a la desestructuración del campo de recursos humanos	17
1.2 El estado de situación: agenda de problemas	28
<b>Capítulo 2</b> <b>INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE RECURSOS HUMANOS EN SALUD</b>	39
2.1 La fuerza de trabajo en salud	43
2.2 La formación de recursos humanos en salud	73
2.3 Inversión en recursos humanos en salud	91
2.4 Rectoría: políticas y regulación de recursos humanos en salud	96
2.5 Organizaciones profesionales y conflictividad	110
<b>Capítulo 3</b> <b>INTERVENCIONES PRIORIZADAS. PROPUESTAS</b>	119
Estrategias de desarrollo de recursos humanos en salud en el Perú	121





## INTRODUCCIÓN

Todo el panorama que vamos a revisar en detalle, alimenta la conclusión de que se viene viviendo en el Perú un ciclo largo en el campo de recursos humanos en salud, que empezó en la década de los 90.

Este ciclo de larga duración, similar al de Kondratieff en la economía, se caracteriza por una serie de regularidades entrelazadas en cuanto a nivel de la demanda potencial a convertirse en demanda atendida, la productividad media del sistema, los niveles remunerativos, la modalidad principal de relación laboral, el tipo de vinculación entre el sistema de atención y el sistema de formación en salud, la modalidad central de educación de postgrado y la forma aceptable de gobernabilidad y gobernanza; regularidades que no importa que no hayan nacido a la vez y como parte de un política explícita, pues han terminado por constituir la política de recursos humanos efectiva.

Se ha estabilizado así una configuración en el tiempo, con cambios menores que no afectan el ciclo largo, que mantiene la reproducción de la dinámica de los recursos humanos en su nivel actual de regulación, gestión y desempeño. Podrían haber otras configuraciones mejores, pero se mantiene el esquema por aquello que los regulacionistas llamaron alguna vez el «modo de regulación», esto es, el conjunto de normas, hábitos, leyes, redes de regulación, de reglas y procesos sociales interiorizados, que permiten que las cosas sigan en el tiempo, incluso pese a la periódica sensación de incomodidad.<sup>1</sup>

En el primer capítulo del presente informe al país, trataremos de este ciclo largo de recursos humanos y su modo de regulación, con una visión de su esquema de reproducción. En el segundo capítulo daremos información detallada de sus efectos y por tanto del estado de situación. Y en el tercer capítulo abordaremos las intervenciones prioritarias propuestas.

<sup>1</sup> Lipietz, A. New tendencies in the international division of labour: regimes of accumulation and modes of regulation. En: A. Scott y M. Storper, eds., Production, work, territory: the geographical anatomy of industrial capitalism. Londres, 1986.



# Capítulo 1

---

## AGENDA DE PROBLEMAS



## El actual ciclo largo de recursos humanos y su modo de regulación

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

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

Sólo revisando la historia del sector salud peruano se advierten las diferencias con otras etapas de los recursos humanos en salud y sus «modos de regulación». Carlos Paz Soldán<sup>2</sup>, Jorge Lastres<sup>3</sup>, Nilo Vallejo<sup>4</sup>, Enrique Rubín<sup>5</sup>, Rogelio Bermejo<sup>6</sup>, Carlos Bustíos<sup>7</sup>, entre otros, cuentan las preocupaciones sobre los recursos humanos de otros ciclos largos, cuando no sobraban sino faltaban Facultades de Medicina, cuando las entidades educativas discutían largamente «el perfil de egresado que el país necesita» o cuando la planificación en recursos humanos intentaba el equilibrio entre la oferta y la demanda. Todo ello fue completamente desplazado en los 90.

Esta forma de apreciar lo sucedido por ciclos y sus «modos de regulación» evita la mirada dispersa que acumula información, superponiéndola sobre la disponibilidad de recursos humanos, la distribución, la matrícula, el número de facultades, las especialidades, los postgrados, las remuneraciones y todo lo demás, sin revelar su lógica general.

<sup>2</sup> Paz Soldán, Carlos. Las relaciones del Estado con el médico en el Perú. La Reforma Médica, N° 340, diciembre de 1940.

<sup>3</sup> Lastres, Juan. Historia de la Medicina Peruana. Tomo III, La República. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1951.

<sup>4</sup> Vallejo, Nilo. Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud en el Perú. En: OPS-Perú, Cien años de cooperación al Perú 1902-2002, Lima, OPS, 2002, pp. 317-344.

<sup>5</sup> Rubín de Celis Enrique, Rogelio Bermejo y Manuel Sotelo. Aportes para un Modelo de Atención. Lima: Ministerio de Salud-Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, 1994.

<sup>6</sup> Bermejo, Rogelio. La planificación de la salud en el Perú. En: OPS-Perú, Cien años de cooperación al Perú 1902-2002, Lima, OPS, 2002, pp. 215-231.

<sup>7</sup> Bustíos, Carlos. La Salud Pública durante la República Demoliberal. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Consejo Superior de Investigaciones. 2 t, 1998.

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

- 1. El desplazamiento entre el mundo del trabajo en salud y el mundo de la formación en salud, pues ambos marchan bajo lógicas diferentes, creciendo la oferta educativa en salud muy por encima de la demanda de los servicios y la demanda educativa muy por encima de la oferta de las universidades e institutos superiores.
- 2. La ampliación de la respuesta institucional a los problemas de salud y por tanto el establecimiento de un nuevo nivel histórico de demanda efectiva en el Perú desde 1995 en adelante, pero a partir no sólo de una ampliación de la infraestructura física y del financiamiento, sino del mayor rendimiento de la fuerza laboral en salud.
- 3. El cambio en simultáneo del régimen laboral del sistema de nombramientos al de contrataciones y la mantención del nivel de los salarios reales sólo en determinadas franjas, con la pauperización consiguiente de las otras franjas, además de las de la base de la pirámide, la afectación del status de las profesiones de salud y en algunos casos su paso a semi-profesiones, el retorno de la conflictividad laboral y la fuerte dualización entre los profesionales asistenciales y los administrativos.
- 4. La revolución de las capacidades<sup>8</sup> del personal de salud y su viraje entusiasta a la educación continua y al gerencialismo como efecto indirecto de la globalización, pero como demostración también, de la característica emprendedora de los peruanos, hoy variable clave del desempeño.
- 5. El serio debilitamiento de la rectoría, con la dispersión de ámbitos de rectoría formal y real, tanto dentro como fuera del sector salud, y el reemplazo de la gobernanza y gobernabilidad por la autorregulación, en un contexto de ausencia de un punto de equilibrio del sistema de recursos humanos que promueva rectificaciones.

Todos estos cambios y regularidades han desestructurado el anterior «sistema de recursos humanos» de los 80, que ya era difícil de catalogar como sistema. Por eso se ha venido señalando en diferentes estudios sobre los recursos humanos del Perú y América Latina que la desregulación de los 90 estaba generando una crisis de gobernabilidad del campo de recursos humanos.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> El concepto de «revolución de capacidades» es de Eduardo Viola, «Reflexões sobre as dimensões da globalização, as novas forças internacionais e a redefinição do horizonte da democracia», en: Gerschman, Sílvia & Werneck Vianna, Maria Lucia, A Miragem da Pos-Modernidade: Democracia e políticas sociais no contexto da globalização, Editora FIOCRUZ, 2a. Imprensa, 2004, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>9</sup> II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública. Reforma Sectorial y Funciones Esenciales de Salud Pública: Desafíos para el Desarrollo de Recursos Humanos. Organización Panamericana de la Salud, mayo de 1999. También: OPS, Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud Pública: Factor crítico de la Reforma del Sector Salud. Antigua, Guatemala, julio 2004.

En el caso peruano hay una crisis de gobernabilidad de la formación en salud y una mediana conflictividad laboral en el mundo del trabajo en salud. Esta conflictividad, sólo eventualmente, podría generar más adelante una ingobernabilidad sectorial. Pero en el mundo del trabajo no basta con que el personal esté presente en cuerpo sino también en alma, y los 90 han instalado ahí un *trade off* entre precarización y desempeño: el gerencialismo invocó en los 90 a un mejor desempeño, pero la flexibilización y empobrecimiento salarial, llevados a un nivel, bloquean el desarrollo de competencias. La pregunta es hasta qué punto se pueden desarrollar competencias sin desarrollo humano, paradoja que resume el esfuerzo de una década.

A renglón seguido vamos a resumir los desplazamientos en el tiempo en el campo de recursos humanos en el Perú, para luego hacer el corte transversal del estado de situación.

## 1.1 Cinco desplazamientos tendientes a la desestructuración del campo de recursos humanos

### a) El dislocamiento entre el mundo del trabajo y el mundo de la formación en salud.

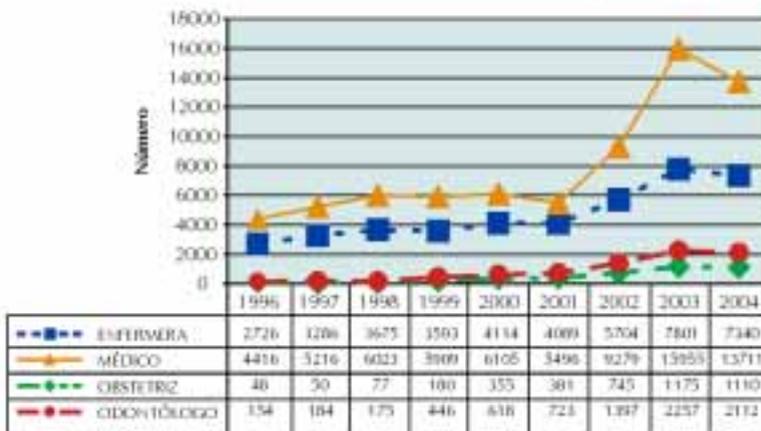
En los últimos 15 años ha habido una desorganización del campo de recursos humanos en salud en el Perú, cuyo resultado ha sido la escisión entre la necesidad, la demanda y la oferta.

Hoy la oferta educativa en salud produce egresados y titulados en número muy superior a la demanda de los servicios de salud, y sin embargo lo extraño es que esta oferta ya incrementada de las universidades e institutos superiores sigue siendo inferior a la demanda por educación en salud, de tal forma que éstas casi siempre reajustan hacia arriba las vacantes ofrecidas por el número de postulantes.

Se ha establecido por tanto un dislocamiento entre el mundo del trabajo y el mundo de la formación en salud, que marchan en sentidos diferentes. Al no haber plazas y trabajo, la educación en salud ya no adquiere su sentido real de las demandas de los servicios sino en parte, obedeciendo mayoritariamente a los impulsos de la enorme demanda de los egresados de secundaria. Termina así produciendo en forma importante egresados emigrantes y una franja de practicantes sin destino laboral.

Este desajuste oferta-demanda es cuantitativo, pues no existe entonces una correspondencia entre las vacantes ofrecidas y la disponibilidad requerida; 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.

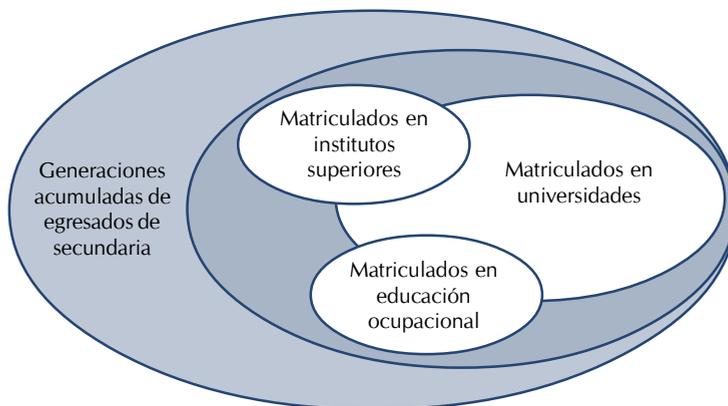
**PROFESIONALES DE SALUD MIGRANTES QUE NO HAN REPORTADO SU REGRESO A LOS DOS AÑOS DE SU PARTIDA, PERÚ, 1996-2004**



Fuente: Dirección Nacional de Migraciones, Ministerio del Interior. 2004  
Elaboración: OFINE-IDREH

Esta nueva situación contradice el propósito mismo de la educación superior y de las políticas de recursos humanos en salud en dos de sus temas más preciados: el equilibrio entre oferta y demanda y la articulación docencia-servicios. Durante décadas la «preocupación demográfica» ha sido central en el campo de recursos humanos y las discusiones sobre disponibilidad, distribución y ajuste entre el requerimiento proyectado y las tendencias de la provisión de titulados y egresados.<sup>10</sup>

**OFERTA Y DEMANDA EN EL MERCADO EDUCATIVO SUPERIOR**



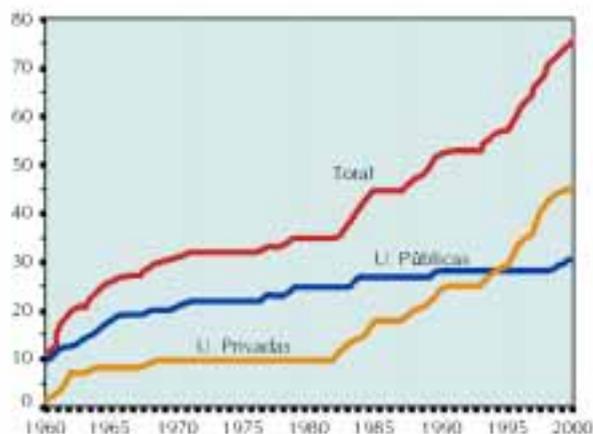
<sup>10</sup> Hall, Tom. Metodología de Planificación de Recursos Humanos en Salud. Cuernavaca, FUNSALUD-UPCH, 2001.

La situación estadística es la siguiente: el sistema educativo peruano atiende anualmente a cerca de 8'600,000 niños y jóvenes, de los cuales se matriculan en secundaria cerca de 2'300,000 millones de alumnos. De este total, egresan anualmente del quinto año 296,183 estudiantes<sup>11</sup>. Este es el universo juvenil que tiene que escoger entre el trabajo, la educación técnica y la educación universitaria.

Dada la crisis de empleo que se vive en el Perú, la juventud escoge seguir estudios, lo que incrementa el mercado de educación superior universitaria y no universitaria o técnica. El año 2003 los institutos superiores tuvieron a 389 mil matriculados. De los 942 institutos superiores tecnológicos, 372 (39%) ofrecen carreras técnicas en salud. Existe además la opción de los centros de educación ocupacional, que tienen a 252 mil matriculados<sup>12</sup>. Esto explica el actual boom de creación y expansión de los institutos superiores, sobre todo privados.

Sin embargo éstos sólo acogen una parte minoritaria del universo de egresados de secundaria, lo que aumenta la presión por el ingreso a las universidades. Dado que recientemente se ha incrementado en 15% la matrícula en secundaria y este aumento ha sido del 34% en las áreas rurales, el mercado de educación superior, sin regulación alguna, seguirá en ascenso. En 1980 había sólo 35 universidades, 25 públicas y 10 privadas, con un total de 257,220 alumnos, 183,317 en las públicas y 73,903 en las privadas. Actualmente hay 76 universidades en el Perú, 31 públicas y 45 privadas, con 35,455 docentes, 415,465 matriculados y 103,398 ingresantes<sup>13</sup>.

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE UNIVERSIDADES (1960 - 2000)



Fuente: ANR

<sup>11</sup> Ministerio de Educación del Perú, Unidad de Estadística Educativa. Cifras de la Educación 1998-2003. Lima: MINEDU, mayo de 2004.

<sup>12</sup> Ministerio de Educación del Perú, 2004, *ibidem*.

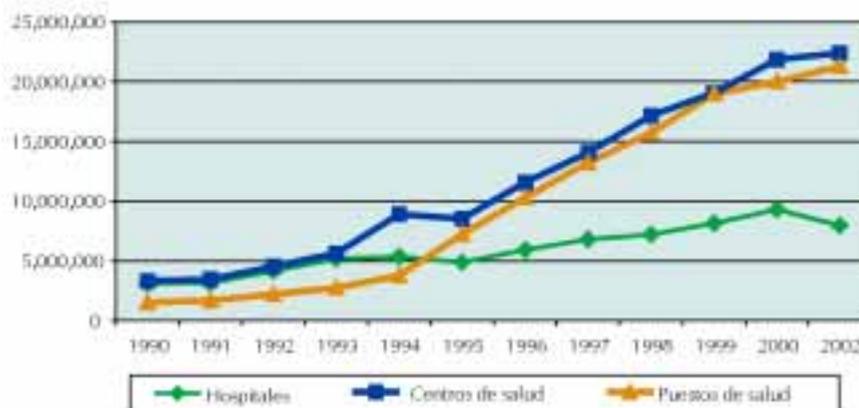
<sup>13</sup> Comisión Nacional por la Segunda Reforma Universitaria. El Sentido de la Segunda Reforma Universitaria. Lima, marzo de 2002.

### b) Un nuevo nivel de demanda efectiva en base a un mayor rendimiento.

Periódicamente la sociedad peruana ha venido instalando niveles superiores de cobertura de su sistema de salud, en una evolución que ha ido expandiendo la demanda efectiva conforme el país ha ido democratizando la salud. Lo nuevo en la última expansión 1993-2005 es que viene reposando en un mayor rendimiento de los recursos humanos.

Hacia 1950 el sistema de salud sólo atendía a una parte de la minoritaria sociedad urbana de entonces. De ahí en adelante el sistema de salud peruano ha tenido dos etapas de notoria expansión, la primera en los años 60 y 70, cuando se constituyeron los subsectores MINSA y Seguridad Social como sistemas fordistas de atención masiva, y la última desde 1993 hasta hoy, en que la producción se recuperó de la etapa de colapso operativo entre 1989 y 1992 y luego pasó a un incremento importante de atenciones, consultas, egresos y servicios intermedios.

ATENCIONES EN EL MINSA POR NIVELES 1990-2002



Fuente: MINSA, Oficina de Estadística e Informática, 2005; \* Informe HIS 2001

A partir de 1993 los servicios del Estado rebasaron por primera vez las cifras del periodo 1987-88, que marcó el mayor desempeño histórico del sistema de atención en la década de los 80. Tanto el Ministerio de Salud (MINSA) como el Instituto Peruano de Seguridad Social (ahora ESSALUD), siguieron una evolución similar desde 1985 hasta hoy: auge entre 1987 y 1988, caída hasta 1991, recuperación de los niveles perdidos en 1992 y desde 1993 en adelante una tendencia general ascendente hasta la actualidad. El MINSA había caído a su punto más bajo en 1990 con 7'113,444 de consultas y el IPSS en 1991 con 3,832,907. En 1998 el MINSA produjo 15'235,201 de consultas médicas y el Seguro 11'358,649. Las atenciones del MINSA, que habían sido 7'967,093 en 1990, se fueron elevando en los años 90s hasta ser 51'150,131 el año 2000. En el año 2002 fueron 51'660,268 y 17'496,409 los atendidos respectivamente.

El «factor de expansión» principal de la productividad y el rendimiento es el Seguro Integral de Salud (SIS). Pero desde antes de la creación de los seguros (1997) se fue dando este aumento en el rendimiento. Según Ricse<sup>14</sup>, en 1992, se produjeron en promedio 195 atenciones y 99 atendidos por recurso humano; en el año 1996 se registraron 270 atenciones y 133 atendidos por recurso humano. Los problemas en nuestro sistema de información hacen que no coincidan exactamente los cálculos del rendimiento de los recursos humanos, pero todos indican una tasa de atenciones/hora y atendidos/hora cada vez mayor. Esto ratifica que en la etapa 1993-1997 hubo una explotación extensiva e intensiva de los recursos, simbolizada por el despliegue del Programa Salud Básica para Todos (PSBT) a partir de 1994 y el aumento del financiamiento, recursos humanos y establecimientos. Pero a partir de 1998 se crearon los seguros escolar y materno-infantil, antecedentes del actual SIS, que incrementaron la productividad y el rendimiento al utilizar capacidad instalada disponible, pasándose a una explotación intensiva de los recursos humanos. Se observa en el gráfico anterior la pendiente arriba a partir de 1998. El SIS prosigue esta estrategia, habiendo financiado hasta julio de 2005, en 39 meses de funcionamiento, 50'200,000 prestaciones con 763 millones de soles.

Por tanto, lo nuevo en esta última expansión es que en medio de ella se ha reconfigurado la composición técnica de recursos del sistema de salud peruano. Al no existir un incremento del presupuesto en salud ni de recursos humanos en la misma medida que el de la producción, la expansión ha reposado en una mayor eficiencia técnica fruto de un incremento del rendimiento.

Es de esta forma cómo el MINSA y ESSALUD han podido afrontar el cambio en los patrones culturales sanitarios de la población, que ahora va a consulta más que en el pasado. Según las Encuestas de Niveles de Vida en 1994 las personas que efectuaban consulta del total de la franja con síntomas, malestar o enfermedad era sólo el 39,3%. En el año 2000 aumentaron a 55,2%. Según ENAHO 2003/2004 las personas con malestar o síntomas que no consultaron fueron el 54,7%.

### **c) El cambio del régimen laboral, la afectación del status de las profesiones de salud y el retorno de la conflictividad laboral.**

Con el nuevo ciclo de recursos humanos el panorama varió de la baja disponibilidad a la disponibilidad promedio, pero el aumento en cantidad se acompañó de un cambio en el régimen laboral, la precarización, el multiempleo y al final, la afectación del status de las profesiones de salud.

En los últimos 15 años crecieron los recursos humanos del sector salud. En el año 1992 el total de la fuerza laboral del MINSA y ESSALUD era aproximadamente de 66,000 trabajadores; para el año 1996 ésta se incrementó aproximadamente a 101,000 y ahora último comprende a 128,369 trabajadores, entre ambas instituciones.

<sup>14</sup> Ricse, Carlos. Análisis de Información de Recursos Humanos en Salud. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. IDREH-OPS, 2000.

En el sistema de salud peruano se calcula trabajan alrededor de 139 mil personas. La mayoría de esta fuerza laboral en salud trabaja en el Ministerio de Salud, exactamente 97,382; 35,399 trabajan en el Seguro Social de Salud (ESSALUD) y alrededor de 6,490 en las EPS (Empresas Prestadoras de Salud), 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.

En el último censo de recursos humanos en salud (1996) el MINSA tenía el 56% de los RRHH totales, ESSALUD el 15%, la Sanidad de las FFAA y PNP el 11.3% y el sector privado el 17%. Pero luego el predominio del MINSA y ESSALUD como empleadores ha aumentado hasta sumar más del 90%.

Las actuales tasas de disponibilidad son de 11,5 médicos por cada 10 mil habitantes, 7.56 para las enfermeras, 2.9 para las obstétricas y 1.1 para los odontólogos. Comparadas estas tasas con las de la región, el Perú tiene tasas bajas de médicos y de odontólogos, pero muy altas de enfermeras<sup>15</sup>. En cuanto a la tasa de técnicos y/o auxiliares, es de 17.48 por 10,000 habitantes, mientras en República Dominicana era de 15 por 10,000 (2001) y Nicaragua reportó en el 2003 una tasa de 4.3 técnicos diversos por cada 10,000 habitantes.

Esta fuerza laboral en salud cuenta con un financiamiento en salud al año equivalente al 4,7% del Producto Bruto Interno del Perú, por debajo del promedio de América Latina y el Caribe, que es del 7,3%. El gasto en salud per cápita prácticamente no se ha movido en los últimos 10 años y está en 97 dólares por persona, bordeando los 2,500 millones de dólares anuales, de los cuales los hogares financian el 38,%, las empresas el 34,1% y el gobierno el 24,8%<sup>16</sup>.

Esta fuerza laboral global, al mismo tiempo que crecía en capacidades asistenciales y gerenciales y aumentaba sus productos y actividades, ha vivido un profundo cambio en su vinculación laboral y en sus condiciones remunerativas.

Hasta los 70 el sector salud fue relativamente privilegiado en sueldos y régimen laboral y las principales profesiones de salud gozaron entonces de un prestigio social que las hizo carreras muy apreciadas por los postulantes a universidades. San Fernando tenía en esos años miles de postulantes para 120 vacantes. En los 80, sin embargo, cuando empezó la proliferación de facultades, la masificación y la contención de sueldos, las profesiones de salud advirtieron este intento de reposicionamiento e hicieron grandes huelgas anuales, todas ellas expresiones de que se estaba perdiendo el status anterior. En los 80 el sector salud llegó a una alta ingobernabilidad por conflictividad laboral. Esa etapa de huelgas terminó en 1990 con la Ley de Trabajo Médico, que homologó los sueldos del MINSA con los del Seguro Social.

Sin embargo, en los 90 se vencieron los puntos de equilibrio anteriores, tanto en el mundo del trabajo como en el mundo de la formación en salud. En el mundo del trabajo se rebasó el dique político-gremial, que actuaba de contrapeso en el mundo del trabajo, en defensa

<sup>15</sup> OPS. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos. WDC, 2004.

<sup>16</sup> Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud. Cuentas Nacionales de Salud. Perú 1995-2000. Lima: MINSA-OPS, 2004.

del régimen de nombramientos y de los niveles salariales, y en el mundo de la formación se autorizó rebasar el dique de la demanda de los servicios, que regulaba las vacantes universitarias y técnicas, cuando se apoyó la concepción de la educación superior como simple negocio.

En el mundo del trabajo durante la década del fujimorismo las huelgas perdieron efectividad para replantear las cosas. 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 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.

En el mundo de la formación la Ley 26439 (29/01/1995) de creación del Consejo Nacional para la Autorización y Funcionamiento de Universidades (CONAFU) y el Decreto Legislativo N° 882 (08/11/1996) de promoción de la inversión privada en la educación, alentaron la multiplicación de universidades y facultades más allá del límite de si había trabajo o no para sus egresados. El criterio rector era el lucro, no la educación. Ni bien se creó CONAFU aparecieron 21 nuevas universidades, 18 de ellas privadas y sólo 3 públicas, en el lapso de 5 años.

Las consecuencias de todo este panorama en el mundo laboral han sido el aumento de la conflictividad gremial y un clima de relativa insatisfacción laboral. Hoy el 59.4% del personal de salud opina que su sueldo o remuneración no es adecuado en relación al trabajo que realiza, el 49.9% opina que no existe preocupación por las necesidades primordiales del personal, el 37.1% opina que no tienen oportunidad de recibir capacitación en atención integral y 35.4% que no tiene oportunidad para recibir una capacitación que permita el desarrollo humano.

No es casual que hayan aumentado los paros y las huelgas en salud. En el año 2004 los países donde se realizaron más huelgas en salud fueron República Dominicana (13), Bolivia (12) y Perú (11). En los tres países, durante el 2004, se concentró el 56,80% de las huelgas ocurridas en la región.

El 81,25% de las demandas que motivaron las huelgas estaban referidas a temas relativos a la economía política del sector, en particular al incremento de salarios y otros beneficios y al reclamo de mayor presupuesto para el sector salud. La oposición a las reformas sectoriales fue el principal motivo de 10,94% de las huelgas. Curiosamente demandas referidas a la gestión de las instituciones (pedidos de renuncia, exigencias de restituciones de jerarcas o funcionarios, rechazo a sanciones, renunciaciones, y otros asuntos), fueron el principal motivo de sólo el 3,12% de las huelgas.

#### **d) La revolución de las capacidades del personal de salud y su viraje a la educación permanente y los postgrados.**

Pese a todo, en estos 15 años ha habido una mudanza importante en el perfil de capacidades de la fuerza laboral en salud, que en sus estratos profesionales y técnicos se ha involucrado en un importante esfuerzo de actualización y renovación, en lo asistencial y administrativo.

Esta percepción de profesionales y técnicos sobre la necesidad de «retomar los estudios» ha superado la visión anterior de una etapa de estudios y una posterior de práctica profesional. La formación es ahora permanente y ello ha motivado, también, la multiplicación de las especializaciones y los postgrados en el Perú y la adaptación de metodologías para una educación en el trabajo. Según la encuesta tomada en 1995<sup>17</sup>, más del 20% de los médicos estaba en posiciones de gestión, lo que unido a la fuerte rotación en los cargos, ha promovido la formación en gestión. De otro lado, los avances científico-tecnológicos de la medicina vienen impulsando la actualización para evitar los desfases.

Esto necesariamente ha cambiado el perfil de capacidades y optimizado el desempeño con todos los déficit que aún se arrastran. Hasta 1993 no había ingresado al sector salud el paradigma gerencial, existiendo capacidades asistenciales pero muy pocas de gestión. El empirismo en ese terreno era predominante. Hoy eso ha cambiado parcialmente y se puede decir que el sector salud, en general, posee capacidades asistenciales y de gestión, si bien ello es desigual por categorías ocupacionales y ha aumentado la brecha entre los profesionales y los técnicos administrativos. Prosigue sin embargo abierto el déficit de capacidades directivas de macro-gestión y gobierno.

Sin embargo, pese a estos avances, la especialización y los postgrados han sufrido también la dualización e informalización que se ha vivido en la formación de pregrado. Mientras algunos han preservado su calidad, otra franja universitaria ha multiplicado indiscriminadamente su oferta, sin sustento docente ni autoexigencia en cuanto a calidad, con lo cual se ha desvirtuado el legítimo interés en el sector por ponerse al día. Esta otra falta de regulación acompaña el desarrollo de muchas especializaciones, maestrías, e incluso doctorados, sin respaldo.

#### **e) Serio debilitamiento de la rectoría, en un contexto de ausencia de un punto de equilibrio del sistema de recursos humanos.**

Todo lo dicho hasta aquí muestra que el «modo de regulación» del campo de recursos humanos en el Perú es desregulado y autoregulado. En realidad en todos los países se dan a la vez la regulación y la autoregulación, pero la diferencia es que en el Perú se ha dislocado el sistema de recursos humanos y casi todo reposa en la autorregulación, sin formas de contención ni de mercado por la amplia franja de subempleo y desempleo.

El campo de los recursos humanos constituye normalmente un sistema. En los países con políticas intervencionistas estos sistemas de recursos humanos están regidos por una planificación normativa y normas de personal. En los países con enfoques de mercado estos sistemas de recursos humanos son desregulados desde el Estado pero regulados por la homeostasis o búsqueda constante de puntos de equilibrio de los sistemas de recursos humanos y sus subsistemas del trabajo y de formación. La demanda regula la oferta y ésta modifica la demanda, fluctuando ambas dentro de ciertos márgenes.

<sup>17</sup> Bustíos, Carlos. Situación de la fuerza de trabajo médica en el Perú. Lima: Escuela Nacional de Salud Pública, 1998.

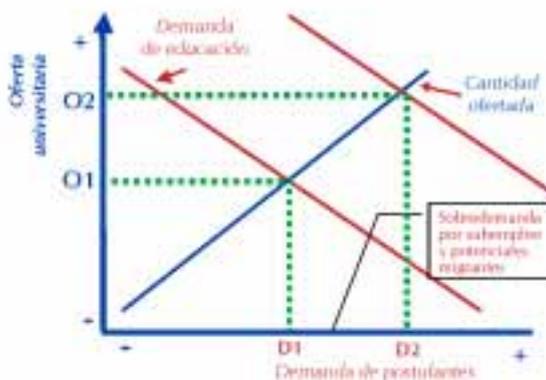
Esto quiere decir que, aplicando las enseñanzas de Hirschman sobre salida, voz y lealtad,<sup>18</sup> existe un «castigo» a la baja calidad y alto costo de los productos, que son en primera instancia las quejas y en segunda instancia la salida de los usuarios o traslado a otro proveedor. Todas las instituciones tienen lapsos de funcionamiento eficientes y lapsos de decaimiento y hay dos formas de poner en marcha el mecanismo de recuperación de ellas cuando están por debajo del óptimo: por un lado la salida de los clientes que dejan de comprar sus productos o de pertenecer a la organización, y de otro lado la voz de los quejosos o insatisfechos con la organización. En ambos casos las administraciones toman nota del deterioro de sus productos. Si el precio no cambia y la calidad de los productos desciende, empieza la merma de los clientes o su insatisfacción manifiesta, lo que hace que las organizaciones asuman rectificaciones.

El problema para el caso del actual sistema de recursos humanos en el Perú es que el dislocamiento entre necesidades, oferta y demanda, hace que no existan contrapesos que obliguen a rectificaciones y las posibilidades de voz y salida son limitadas.

En el mundo de la formación en salud, se ha roto la barrera que significaba regirse por la demanda generada desde los servicios, produciendo sin límite para la «exportación» y el desempleo/subempleo. Así, la calidad de la educación de una entidad puede ser mala pero el bolsón de subempleo incluye siempre segmentos para los cuales tal entidad educativa es un paso arriba en sus expectativas.

Por eso, los esquemas «normales» de planificación de recursos humanos, en que algunos toman como punto de partida las necesidades y otros las demandas, ya no aplican en el Perú, porque la liberalización ha informalizado y dislocado el sistema de recursos humanos.

OFERTA Y DEMANDA EN MERCADO DE EDUCACIÓN EN SALUD CON DEMANDA EN INCREMENTO



<sup>18</sup> Hirschman, Albert. Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States. Massachusetts, Cambridge, Harvard University Press, 1970.

Aquí la lógica del subsistema formativo no obedece sólo a las necesidades y las demandas en salud sino a las de un universo más amplio. El actor social creador de universidades y de carreras en salud se mueve en base a un punto de equilibrio institucional, que ya no es el punto de equilibrio del «sistema de recursos humanos», pues éste aporta sólo parte de su demanda, a la que se agrega la sobre-demanda surgida del bolsón de egresados de secundaria sin opciones. En estos términos, la demanda deviene inelástica a las variaciones de la calidad, con lo cual no se producen salidas y la institución no se da por enterada del problema.

Si la estadística muestra que los médicos emigrantes pasaron entre 1996 y el 2004 de 4,416 a 13,711 y las enfermeras emigrantes en el mismo lapso pasaron de 2,726 a 7,340, -los emigrantes se triplicaron-, quiere decir que se reconfiguró totalmente el anterior sistema de recursos humanos y las fórmulas de su planificación, tanto la basada en necesidades como la basada en la demanda; han sido rebasadas y estamos ante un nuevo problema, el de las migraciones, además del enorme bolsón de desempleo y subempleo generador de postulantes con expectativas muy bajas de calidad educativa. Tenemos instalados dos problemas que exigen creatividad: la sobre-demanda por el subempleo nacional y la sobre-demanda internacional. Ya somos un país exportador de profesionales de salud.

#### Planificación tradicional:

Fórmula de «relación directa» necesidades de salud (NS) /demanda de atención (SS) / demanda de recursos humanos de salud (RHS<sup>d</sup>)

$$RHS^d = f(SS, NS)$$

#### Planificación según nuevo concepto de demanda:<sup>19</sup>

Fórmula que incorpora otros factores (X, Y) que impactan sobre la demanda

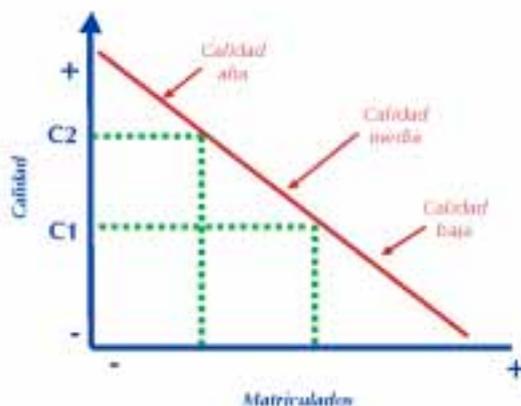
$$RHS^d = f(SS, NS, X, Y)$$

#### Fórmula para países con gran subempleo y migraciones:

La demanda proviene de los servicios, la demanda de la franja de egresados de secundaria sin empleo (DES) y la demanda exterior y sus potenciales migrantes (DPM)

$$RHS^d = f([(SS, NS, X, Y) + (DES) + (DPM)])$$

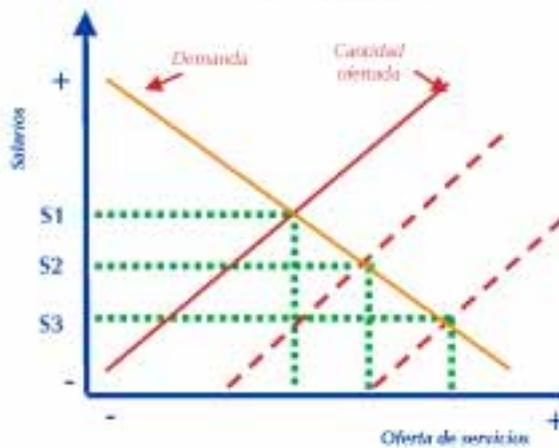
#### CALIDAD Y NÚMERO DE MATRICULADOS EN LA EDUCACIÓN EN SALUD



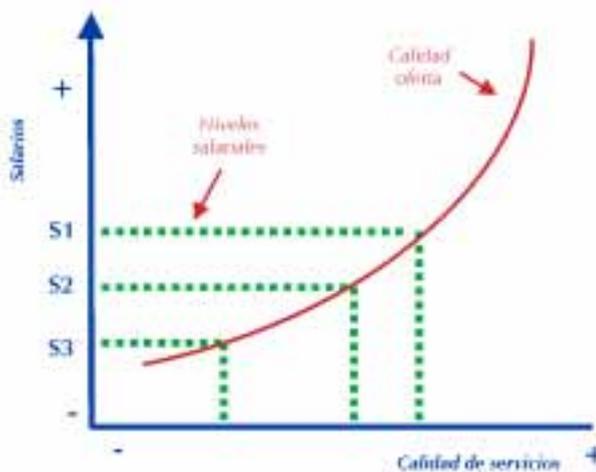
<sup>19</sup> Vujicic, Marko. Re-examining Market Clearing in Health Care Labour Markets: What Economists Can Teach, What Policy Makers Can Learn. Department of Human Resources for Health, World Health Organization, Geneva.

En el mundo del trabajo en salud también funciona normalmente un efecto de contrapeso a toda política de descuido de la reproducción social de la fuerza laboral en salud pues este descuido hipotéticamente podría llegar a un punto en que se afecte la calidad del servicio. Esto ya ha pasado en el sector educación peruano, al masificarse el magisterio, bajar los salarios por debajo de la línea de pobreza e inhabilitar a los docentes como gestores del conocimiento. En el caso de salud, para que exista un «efecto de rebote» de cualquier descenso se requeriría un usuario con voz, que advierta las caídas en la calidad, además de la voz del «cliente interno». Pero en el país todavía este sistema de modulación está en construcción.

OFERTA Y DEMANDA EN MERCADO DE TRABAJO CON SALARIOS MÓVILES



SALARIOS Y CALIDAD EN EL MUNDO DEL TRABAJO EN SALUD



Las profesiones de salud han ido advirtiendo las consecuencias de este proceso general de desregulación y precarización: el ingreso de grandes franjas profesionales a la condición de subempleo, la dificultad para la inserción laboral de las nuevas promociones de egresados, la ampliación del empleo múltiple, la inestabilidad laboral y la búsqueda permanente de nuevas oportunidades, las migraciones, en suma, la mudanza completa del ejercicio profesional y el riesgo de variar de status a semi-profesiones. Cuando una profesión pasa a semi-profesión pierde el control del territorio profesional y se devalúa, existiendo muchas externalidades sobre el acceso, la selección, la proyección y reglamentación de los participantes en la profesión. Es, por ejemplo, el riesgo de la profesión de enfermería, cuyo censo el año 2001 encontró que el 5,8% de las 21,000 enfermeras censadas estaban desempleadas y el 98% de las que trabajaban estaban subempleadas.

Pese a la gravedad de la transición peruana, los gremios y colegios profesionales todavía afrontan el problema por sus bordes. Así, se creó la acreditación como un filtro a la creación de Facultades de Medicina en 1998, pero no se cuestionaron las leyes de desregulación universitaria. Otra forma de respuesta ha sido el impulso en este quinquenio 2001-2005 de las leyes de profesiones. Los directivos de los colegios profesionales han ocupado buena parte de su tiempo en gestionar sus leyes profesionales, con las cuales han intentado preservar el status profesional delimitando sus territorios entre ellos, sin embargo esto es apenas una pequeña parte del problema, que es de todos. El nudo crítico en este terreno, como hemos visto, tenía y tiene que ver con el régimen laboral, el mecanismo de pago y la carrera pública. Ahora último se ha nombrado a una parte de los médicos contratados, lo que es un paso adelante, pero requiere dejar de ser una medida aislada. Al final el gran desafío aquí es cómo superar la fórmula utilitaria de más producción con menos desarrollo humano, por otra más comprensiva de buen desempeño con desarrollo humano.

## 1.2 El estado de situación: agenda de problemas

Bajo este particular modo de regulación desinstitucionalizado, los actores y los procesos vienen produciendo resultados que configuran la situación de los recursos humanos en salud. El estado de situación es así la resultante de los encuentros y desencuentros de los actores en el entramado de los procesos de gobierno, los procesos de trabajo, y los procesos relacionados a la formación profesional y técnica.

Los principales actores sociales del campo peruano de recursos humanos en la actualidad son:

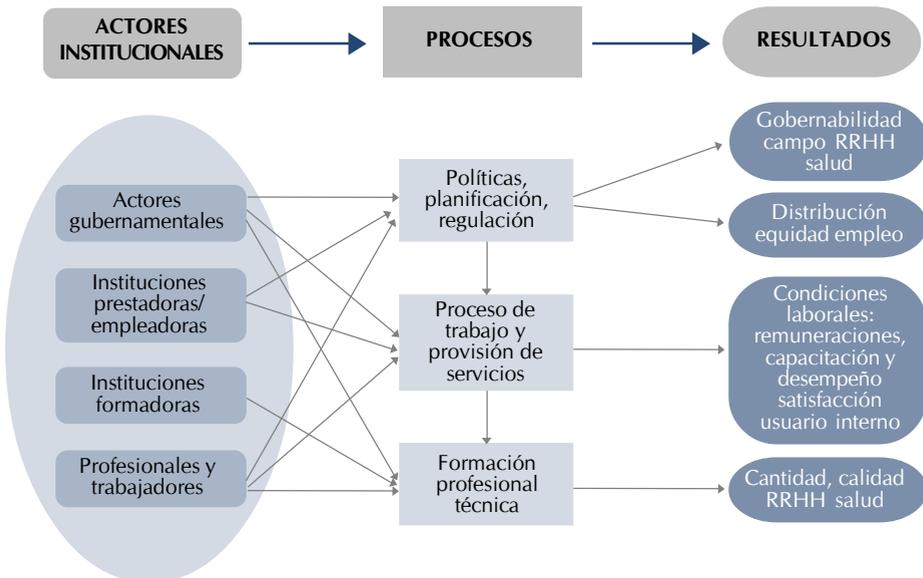
- a) Actores gubernamentales: MINSA- IDREH, Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo.
- b) Actores prestadores de servicios (y empleadores centrales): los servicios del Ministerio de Salud y de ESSALUD principalmente.

- c) Actores formadores: destacan las múltiples facultades y escuelas de ciencias de la salud y las tres entidades nacionales con mayor actividad, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), la Asociación Peruana de Facultades de Enfermería (ASPEFEEN) y la Asociación Peruana de Facultades de Obstetras (ASPEFOBTS). También los institutos superiores tecnológicos.
- d) Actores corporativos y gremiales: colegios profesionales y gremios, principalmente las organizaciones de médicos (Colegio Médico del Perú y Federación Médica Peruana), de enfermeras (Colegio de Enfermeros del Perú y Federación de Enfermeros del Perú) y de obstetras (Colegio de Obstetras del Perú).

Estos actores interactúan en un conjunto de procesos que principalmente son los siguientes: a) los procesos de la función gobierno del campo de recursos humanos (incluye la formación/formulación de políticas, planificación, regulación, macro gestión o gerencia directiva, y manejo de conflictos); b) los procesos de la gestión del trabajo; y c) los procesos relativos a la formación de recursos humanos en salud, tanto profesional como técnica.

La interacción de los actores a través de estos procesos se expresa en resultados en cuanto a los siguientes aspectos: a) la gobernabilidad del campo de recursos humanos; b) la disponibilidad y distribución de los recursos humanos; c) el empleo, las condiciones y relaciones laborales, la capacitación y satisfacción con el trabajo; d) la cantidad y calidad de los recursos humanos en salud que egresan de las instituciones formadoras; e) el nivel de conflictos laborales; y f) la regulación profesional.

**MATRIZ DE PROCESOS Y RESULTADOS DENTRO DEL CAMPO DE RECURSOS HUMANOS**



En base a esta matriz, reseñamos a renglón seguido los que aparecen como los principales problemas de recursos humanos en salud en el Perú.

### **1.2.1 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA GOBERNABILIDAD DEL CAMPO DE RECURSOS HUMANOS.**

#### **a) Débil rectoría del campo de recursos humanos.**

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

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

#### **b) Legislación fragmentada de las profesiones de salud.**

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

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

#### **c) Autorregulación profesional, a falta de regulación profesional.**

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

Este proceso de autorregulación se ha extendido a los Colegios Profesionales de Enfermería, Obstetricia y Odontología. Es importante señalar que estos procesos todavía están basados en la demostración documentaria de aprobación de cursos, no siempre relaciona-

dos con las labores reales que se realizan. En el caso del Colegio Médico del Perú, se ha aprobado un nuevo Reglamento de recertificación, para introducir progresivamente la recertificación por competencias profesionales.

## **1.2.2 PROBLEMAS RELACIONADOS CON DISPONIBILIDAD, DISTRIBUCIÓN INEQUITATIVA Y MIGRACIONES.**

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

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

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

### **b) Migración de profesionales en aumento.**

Reportes de La Dirección de Migraciones dan cuenta que los médicos emigrantes pasaron de 4,416 en 1992 a 14,130 en el 2004, esto es, un aumento en 3.19 veces. En el mismo período, las enfermeras emigrantes pasaron de 2,726 a 7,560 (aumento en 2.7 veces), las obstétricas de 48 a 1,240 (aumento en 25.8 veces) y los odontólogos de 184 a 2,112 (aumento en 11.4 veces). En el caso de las enfermeras, el país que recibe una gran mayoría de emigrantes es Italia, seguido por Estados Unidos y España. Sea cual fuere el destino, este salto en las cifras de emigrantes expresa el desequilibrio entre la sobreoferta educativa y la demanda de los servicios en el país. Una franja educativa prepara profesionales de salud para el extranjero.

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

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

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

En el caso de los médicos, Lima tiene una tasa de médicos por 10,000 habitantes 5.4 veces mayor que Huancavelica (17.7 versus 3.3) y casi el doble que el promedio nacional, que es 11.5. Además de Lima, sólo Arequipa, Tacna e Ica alcanzan o superan la tasa de 10 médicos por 10,000 habitantes. Del total de médicos que existe en el Perú, Lima concentra el 53.19 %.

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

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

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

#### **d) Distribución institucional inadecuada de recursos humanos.**

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

Sin embargo, las más altas tasas de profesionales médicos y de enfermería las tiene el Seguro Social de Salud (ESSALUD), lo cual no se repite con odontólogos y obstetras en el MINSA. Asimismo la distribución de recursos humanos es inequitativa en desmedro de la población de los departamentos más pobres y con mayores necesidades de salud en los cuales la disponibilidad de profesionales de salud, principalmente especialistas, es inadecuada.

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

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

### **1.2.3 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS CONDICIONES Y RELACIONES LABORALES, LA CAPACITACIÓN Y LA SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO.**

#### **a) Flexibilización y precarización crecientes.**

A todo lo largo de los 90 ha habido un aumento en el número de recursos humanos y en particular del grupo de contratados por servicios no personales. Los nombrados aumenta-

ron en el periodo 1992-1996 en 27%, los contratados a plazo fijo en 68% y los contratados por servicios no personales en más de 400%. Fue tal el aumento en este último grupo, que la preponderancia que había en 1992 del grupo de contratados a plazo fijo se invirtió en 1996 en favor de los servicios no personales.

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

El año pasado, producto de la huelga médica se logró que se realizaran nombramientos automáticos de 3,049 médicos en el MINSA. En el caso de otros profesionales de salud, la Ley que autorizaba sus nombramientos ha sido observada y en el caso de ESSALUD el tema de los nombramientos continúa pendiente.

#### **b) Remuneraciones bajas y diferenciadas institucionalmente.**

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

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

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

#### **c) Subempleo creciente de los profesionales de salud.**

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

Esta franja de ubicación laboral inestable en el sector privado acoge a una capa minoritaria de profesionales pudientes y a una mayoría que constituye la sobre-oferta de egresados de

las universidades. Todos los estudios de años anteriores han venido indicando la existencia del trabajo médico múltiple, esto es, la simultaneidad de varios trabajos, pero las plazas en el Estado y el Seguro crecen menos que las cohortes de nuevos profesionales. La información más reciente sobre médicos afiliados por las EPS que no laboran a la vez en el MINSA o ESSALUD indica que son 3,240. Dada la crisis de los consultorios privados y en general del subsector privado, salvo una delgada franja privada de élite, es de presumir que estos afiliados tienen casos eventuales. El subsector privado sólo atendía al 7,8% de la franja que manifestaba síntomas o enfermedad al año 2,000 y las EPS apenas cubrían al 0,4%.<sup>20</sup> De otro lado, la situación de las enfermeras y obstetrices sin plazas en los dos subsectores principales es aún peor, pues no suelen integrarse en establecimientos privados. De ahí su creciente emigración.

#### **d) Debilitamiento de la capacitación en servicio.**

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

El PFSS capacitó en gestión en salud a 15,036 funcionarios, 21% del nivel directivo y 79% del nivel operativo. El Proyecto 2000 capacitó en salud materno infantil al personal de 65 establecimientos de salud en Lima; favoreció con becas para estudios de postgrado en salud pública y afines a 140 profesionales; capacitó en tecnologías perinatales a 149 profesionales y a 3,900 agentes comunitarios de salud. El Proyecto Salud y Nutrición Básica capacitó a cerca de 2,000 prestadores en temas básicos de atención integral y nutrición y a 743 prestadores y 749 agentes comunitarios de 235 establecimientos en la preparación de alimentos, los mismos que han llevado a cabo más de 1,100 sesiones demostrativas a sectores de población priorizada. Se capacitaron además a 788 agentes comunitarios en vigilancia de la salud, y a 1,073 promotores y 204 parteras en salud materno infantil, atenciones de baja complejidad, seguimiento y consejería a familias y poblaciones en riesgo y organización de actividades educativo-comunicacionales.

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

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

<sup>20</sup> MINSA y OPS. Análisis y Tendencia en la Utilización de Servicios de Salud. Perú 1985-2002. Lima, setiembre de 2003.

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

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

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

#### **1.2.4 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CANTIDAD Y CALIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD QUE EGRESAN DE LAS INSTITUCIONES FORMADORAS.**

##### **a) Oferta masiva de formación de pregrado en salud inducida por amplia demanda.**

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

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

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

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

Ha aumentado la demanda por especialización en las profesiones en salud, otro de los mecanismos protectores a los cuales se acogen los egresados para garantizar su empleabilidad y buena remuneración. Las especialidades de postgrado existen en las carreras de Medicina, Enfermería, y Odontología y están reconocidas por sus respectivos colegios profesionales. La más numerosa, que cuenta con financiamiento de las entidades que prestan servicios de salud, es el Residentado Médico. Existe una gran demanda por la especialización médica en los últimos tres años. Del total de postulantes, sólo entre el 26 y 32% ha logrado ocupar algunas de las plazas ofertadas. En el año 2004 postularon 3,243 profesionales, de los cuales el 6.8% provenían del extranjero, probablemente recién egresados y profesionales retornantes, para cubrir 943 plazas a nivel nacional.

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

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

De otro lado, el 86.6% de los Institutos Superiores Tecnológicos (IST) con carreras técnicas en salud son de carácter privado, a excepción de los IST con carreras de Enfermería técnica, donde predominan los institutos públicos. Las carreras técnicas en salud que más se ofertan son Enfermería técnica (38.6%), Técnica en farmacia (8.4%), Técnica en laboratorio (7.9%) y Prótesis dental (7.7%).

**d) Desregulación de la formación profesional y acreditación parcial.**

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

La acreditación de instituciones formadoras de recursos humanos hasta ahora se ha restringido a la carrera médica. A través de la Ley Nro. 27154 se institucionalizó la Comisión de Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (CAFME). En las demás carreras existen

avances parciales pero impulsados de manera autónoma (autorregulada) por las Asociaciones de Facultades de Enfermería y Obstetricia. En la actualidad, sin embargo, la CAFME no está muy activa. Aún en el caso de Medicina, la acreditación es básicamente documentaria y no se ha avanzado en una verdadera acreditación de competencias profesionales de los egresados.

#### **e) Desregulación de la formación técnica en salud.**

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

### **1.2.5 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS CONFLICTOS LABORALES.**

#### **a) Alta conflictividad laboral en el sector salud peruano.**

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

El 81.25% de las demandas que motivaron las huelgas estaban referidas a temas relativos a la economía política del sector, en particular al incremento de salarios y otros beneficios y al reclamo de mayor presupuesto para el sector salud. La oposición a las reformas sectoriales fue el principal motivo de 10,94% de las huelgas. Demandas referidas a la gestión de las instituciones (pedidos de renuncia, exigencias de restituciones de jefes o funcionarios, rechazo a sanciones, renunciaciones, y otros asuntos), fueron el principal motivo del 3.12% de las huelgas. En el caso del Perú los dos pedidos centrales han venido siendo nombramientos y concursos idóneos.

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



## Capítulo 2

---

# INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE RECURSOS HUMANOS EN SALUD



El Perú es un hermoso país de América del Sur, situado en la costa del Océano Pacífico, con un área de 1'285,216 kilómetros cuadrados y una población de casi 28 millones de habitantes, exactamente 27'947,000 al año 2005.

En extensión el Perú, es el tercer país más grande de Sudamérica, detrás de Brasil y Argentina, y en población, el cuarto después de Brasil, Colombia y Argentina. Su población urbana es el 72.6 % del total y su población rural el 27.4 %.

El Perú está dividido en 24 departamentos, 194 provincias y 1,828 distritos. Actualmente en cada departamento hay un Gobierno Regional y en cada provincia y distrito un Municipio.

El 54% de la población del Perú es pobre y dentro de dicho porcentaje hay un 22% extremadamente pobre. La población más pobre y excluida del Perú está en la sierra y en la selva, si bien también hay bolsones de pobreza y exclusión en las zonas urbano-marginales de las ciudades costeñas. El Perú tiene un coeficiente de Gini de 0.498 al año 2000,<sup>21</sup> lo que expresa niveles de desigualdad importantes, por lo que sus promedios no expresan bien sus brechas internas.

La esperanza de vida para el año 2005 se estima en 70 años, pero a nivel urbano es de 72 y a nivel rural de 65. Hoy el Callao tiene una esperanza de vida de 78.8 años y Huancavelica de 59.1, esto es, una diferencia de 19.7 años.

La población peruana crece ahora a un ritmo anual de 1.44%, lo que significa la presencia de más de 400,000 nuevos peruanos cada año. Pero esta tasa era de 2.8% en el periodo intercensal 1961-72 y desde ahí fue bajando.<sup>22</sup>

Ello se debe a la disminución de la tasa global de fecundidad, que en 1970 era de 6.3 hijos por mujer y que para el 2005 ha descendido a 2.7 hijos por mujer. Evidentemente la tasa de fecundidad rural sigue siendo alta: 4.3 hijos por mujer en edad fértil, mientras a nivel urbano es de 2.3.

El Perú, país joven y rico en recursos, tiene un serio problema de empleo, lo que repercute en los ingresos de su gente y por tanto en su salud. Hay poco empleo adecuado, mucho subempleo y cifras superiores a las normales de desempleo. El empleo adecuado según las cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) es del 48.2%, el subempleo del 46.4% y el desempleo del 5.4%.

<sup>21</sup> PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2004. Lima, PNUD, 2005.

<sup>22</sup> INEI, Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050, Boletín de Análisis Demográfico Nro. 35.



En este contexto actúan el sistema de salud peruano y sus recursos humanos. Vamos a detallar la información básica sobre este tema, siguiendo el siguiente orden: la fuerza de trabajo en salud, la formación de recursos humanos, la inversión en recursos humanos, las políticas y regulación de recursos humanos y las organizaciones profesionales y conflictividad sectorial.

## 2.1 La fuerza de trabajo en salud<sup>23</sup>

El sector salud peruano está dividido en 4 subsectores prestadores: el Ministerio de Salud (MINSa), el Seguro Social (ESSALUD), la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional y el subsector privado. A su vez este último tiene diferentes formas: consultorios, clínicas, seguros y Empresas Prestadoras de Salud (EPS).

Los recursos humanos del sector incluyen a todos los profesionales y trabajadores del sector y también a los residentes, que son contratados por el periodo que dura su formación (3 años generalmente), así como los profesionales que están haciendo el Servicio Rural Urbano Marginal (SERUMS), que dura un año.

A nivel nacional la cifra total de recursos humanos del sector salud es de 139,231 trabajadores y profesionales, de los cuales (al año 2004), 97,382 trabajan actualmente (2005) en el Ministerio de Salud, 35,399 en el Seguro Social de Salud (ESSALUD, 2004) y 6,490 figuraban en los directorios de las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), si bien esta última cifra combina personal de las EPS con médicos y profesionales afiliados, a disposición. La cifra de recursos humanos del MINSa incluye a 29,119 trabajadores contratados por servicios no personales (SNP). Incluye además a los trabajadores del Programa Salud Básica para Todos y de los CLAS (establecimientos de administración compartida con la comunidad).

En el último censo de 1996 el MINSa tenía el 56% de los recursos humanos totales, ESSALUD el 15%, la Sanidad de las FFAA y PNP el 11.3% y el sector privado el 17%. Hoy los porcentajes del MINSa y ESSALUD son mayores.

Del total de recursos humanos en el 2004, 22,763 (16.9%) son médicos, 21,332 (15.8%) son enfermeras, 8,104 (6.0%) son obstetras, 3,614 (2.7%) son odontólogos, 8,871 (6.6%) son catalogados como otros profesionales de la salud, 48,285 (35.8%) son técnicos y/o auxiliares asistenciales, y 21,874 (16.2%) son administrativos y otros.

La especialización médica (Residentado Médico) cuenta a nivel nacional con 943 plazas, de las cuales el 61.8% son financiadas por el MINSa, 20.5% por ESSALUD, 16.5% por la Sanidad de las FFAA y PNP y el 1.2% por privados. No existe sistema de residentado para las otras carreras. Del total de plazas financiadas del internado médico, 965 corresponden al MINSa y 130 a ESSALUD.

Las plazas remuneradas del Servicio Rural Urbano Marginal (SERUMS) para el año 2004 fueron 2,308, de las cuales 997 fueron para médicos y 1,311 para las otras 11 profesiones. En ambos sorteos del año 2004 postularon 7,551 profesionales.

<sup>23</sup> La información procede de las bases de datos actualizados de los subsectores que cuentan con la mayor cantidad de trabajadores de salud, como el MINSa, ESSALUD y las Empresas Prestadoras de Salud. No se pudieron obtener datos de los recursos humanos de las Fuerzas Armadas y una parte del sector privado. Cuando no se contó con información más actualizada, se tomó la de los censos de recursos humanos de 1992 y 1996.

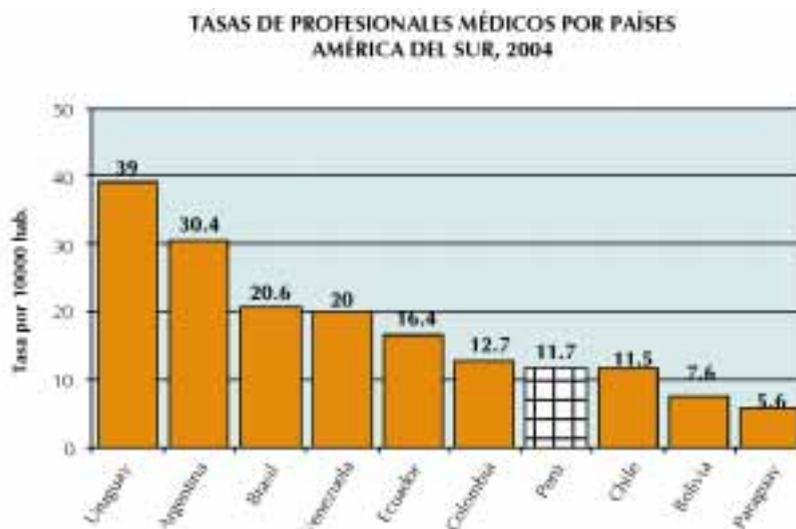
### 2.1.1 LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD DEL PERÚ EN EL CONTEXTO SUDAMERICANO.

En el contexto de América el Sur, el Perú tiene tasas de disponibilidad de médicos y odontólogos bajas y de enfermeras bastante altas.

El Perú tiene una tasa de médicos por habitante de 11.5 por 10,000 habitantes, según la información registrada para el año 2004. Esta tasa es casi cuatro veces menor que la de Uruguay y 3 veces menor que la de Argentina, que son las más altas.

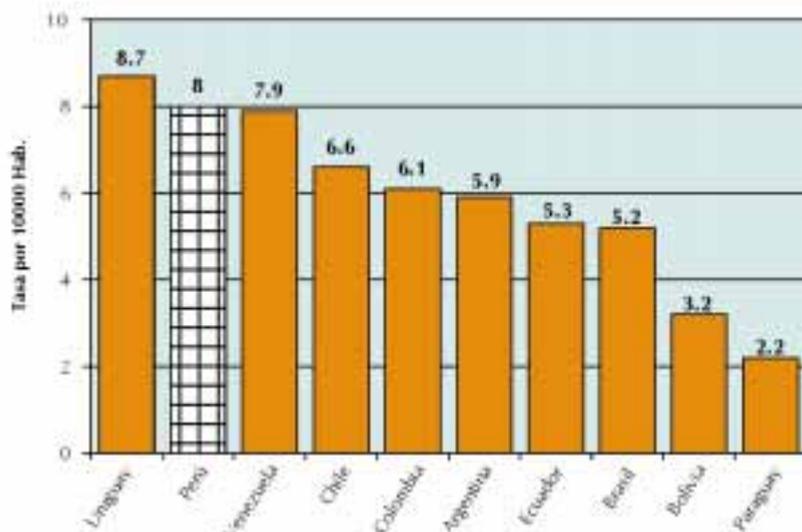
En el caso de las enfermeras, por el contrario, el Perú tiene una de las más altas tasas por habitante (8 por 1,000), cuatro veces mayor que la de Paraguay y 1.5 veces mayor que la de Brasil.

Para el caso de los odontólogos, la tasa está entre las más bajas (1.1 por 10,000), 12 veces menor que la de Uruguay y 9 veces menor que la de Brasil, países con las más altas tasas. Veamos los siguientes gráficos.



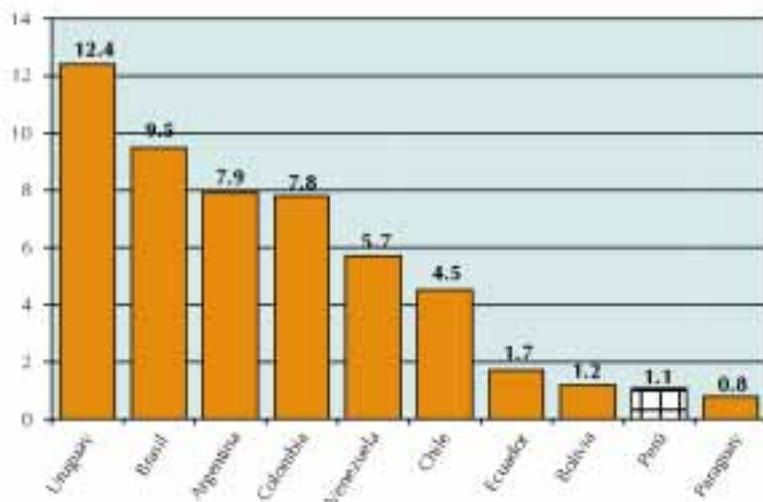
Fuente: OPS. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos. WDC, 2004. Elaboración: OFINE- IDREH

TASA DE PROFESIONALES ENFERMERAS POR PAÍSES AMÉRICA DEL SUR, 2004



Fuente: OPS. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos. WDC, 2004. Elaboración: OFINE- IDREH

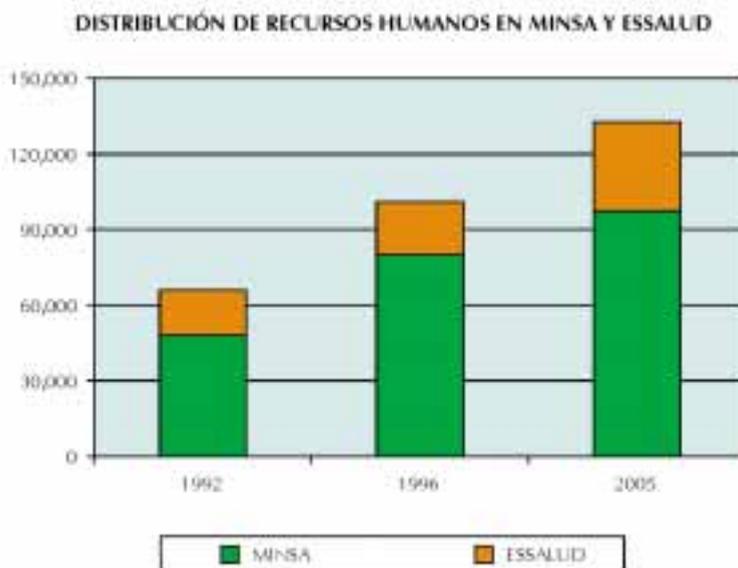
TASA DE PROFESIONALES ODONTÓLOGOS POR PAÍSES AMÉRICA DEL SUR, 2004



Fuente: OPS. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos. WDC, 2004. Elaboración: OFINE- IDREH

### 2.1.2 RECURSOS HUMANOS EN SALUD SEGÚN INSTITUCIÓN: EL SECTOR PÚBLICO COMO PRINCIPAL EMPLEADOR.

Del total de 139,231 trabajadores del sector salud, actualmente el MINSA, ESSALUD y las FFAAPP emplean a más del 90% de los trabajadores del sector, constituyendo el subsector público el principal empleador.



Elaboración: OFINE - IDREH

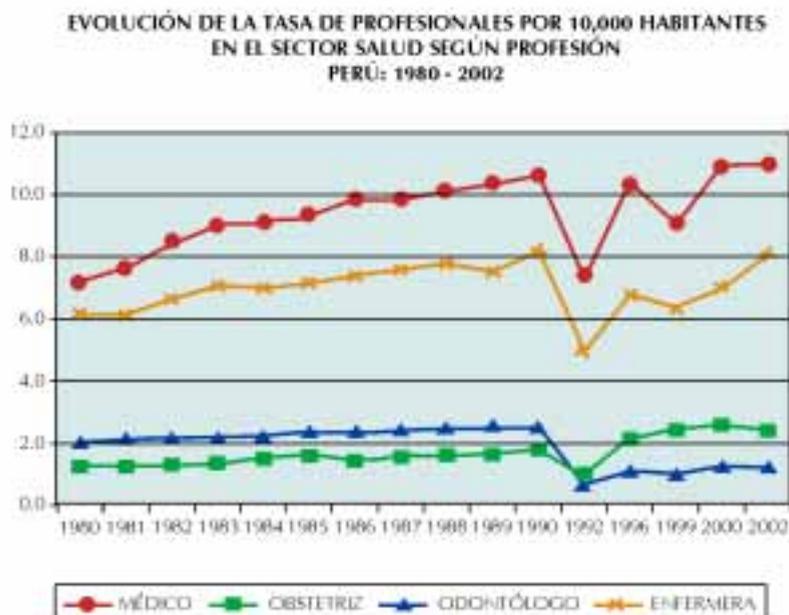
En todas las instituciones del sector se ha producido un aumento de recursos humanos en los últimos 15 años. En el MINSA y ESSALUD los aumentos, en relación a 1992, han sido aproximadamente de 46 % y 28% respectivamente.

### 2.1.3 RECURSOS HUMANOS EN SALUD SEGÚN CATEGORÍAS PROFESIONALES: INCREMENTO DIFERENCIADO.

Como lo vimos anteriormente, conforme a la información de la Oficina de Estadística e Informática del MINSA para el año 2004, del total de recursos humanos del MINSA 22,763 (16.9%) son médicos, 21,332 (15.8%) son enfermeras, 8,104 (6.0%) son obstetras, 3,614 (2.7%) son odontólogos, 8,871 (6.6%) son catalogados como otros profesionales de la salud, 48,285 (35.8%) son técnicos y/o auxiliares asistenciales, y 21,874 (16.2%) son administrativos y otros. El mayor grupo está compuesto por técnicos y auxiliares.

Desde el año 1980 se observa un crecimiento sostenido de las tasas de profesionales (médicos, enfermeras, obstetrices y odontólogos). En todas las profesiones se nota una baja del año 1990 hasta 1992, etapa del colapso operativo de los servicios de salud peruanos, y luego un ascenso.

El mayor aumento se produjo en la profesión de obstetricia (de 1.3 en 1980 a 2.4 el 2002), mientras que, en el otro extremo, se observa una disminución en la profesión de odontología (de 2.0 en 1980 a 1.2 el 2002).



Fuente: MINSA Oficina de Estadística e Informática 2004, EsSalud 2005, EPS 2004  
Elaboración : Observatorio de RRHH en Salud - IDREH

Las mayores tasas de profesionales médicos y de enfermería, en relación a la población, se presentan en el Seguro Social de Salud (ESSALUD) mientras que es superior para odontólogos y obstetrices en el MINSA. La tasa de médicos en el MINSA es de 6.54 por diez mil habitantes, mientras que en ESSALUD es de 9.65 médicos por diez mil asegurados; la tasa de enfermeras en el MINSA es de 6.31 por diez mil habitantes y en ESSALUD 9.83 por diez mil asegurados; la tasa de odontólogos en el MINSA es de 0.99 por diez mil habitantes, mientras que en EsSalud es 0.74 por diez mil asegurados; y la tasa de obstetrices en el MINSA es 3.07 por diez mil habitantes y en ESSalud, 1.32 por diez mil asegurados.

**TASAS RRHH SALUD POR 10,000 HABITANTES MINSA Y  
ESSALUD SEGÚN CATEGORÍAS PROFESIONALES 2004**

PROFESIONALES	MINSA	ESSALUD
Médico	6.54	9.65
Enfermera	6.31	9.83
Obstetriz	3.07	1.32
Odontólogo	0.99	0.74

Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú

### 2.1.4 LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS POR ESPECIALIDADES.

Los médicos especialistas presentaron un aumento en los últimos 15 años que supera los crecimientos vegetativos de la población y de los servicios de salud. En el lapso 1992-1996 hubo un incremento importante en la mayoría de las instituciones del sector, en particular en el sector privado (126%) y las sanidades (59%). En el MINSA el aumento fue del 40%.

Para el 2004 el Colegio Médico del Perú registró 19,479 especialistas. A pesar del subregistro de especialistas, con algunas excepciones, todas las especialidades han aumentado en relación al censo de 1992, continuando con la tendencia referida anteriormente.

### MÉDICOS DEL SECTOR SALUD SEGÚN ESPECIALIDADES 1992 - 2004

ESPECIALIDAD	1992 Censo	1996 Censo	2004 Registrados CMP
<b>Total</b>	<b>16433</b>	<b>24489</b>	<b>19479</b>
Medicina general	4389	6574	
Internista	-	1072	1349
Neumólogo	275	302	190
Cardiólogo	424	683	541
Neurólogo	317	395	253
Gastroenterólogo	261	480	378
Dermatólogo	168	315	264
Nefrólogo	125	222	202
Oncólogo	72	169	147
Psiquiatra	364	411	508
Geriatra	-	92	65
Endocrinólogo	-	231	186
Otros en medicina	1311	727	
Cirujano general	1972	1515	1429
Traumatólogo ortopedista	605	846	636
Otorrinolaringólogo	327	531	413
Oftalmólogo	430	709	666
Urólogo	273	457	288

ESPECIALIDAD	1992 Censo	1996 Censo	2004 Registrados CMP
Cirujano oncólogo	72	204	80
Patólogo	226	455	434
Otros en cirugía	1374	327	434
Pediatra	1526	1816	1841
Gineco-obstetra	1581	1707	2008
Epidemiólogo	78	35	26
Administración de salud	-	41	65
Otros en salud pública	-	1398	19
Radiólogo	263	509	431
Anestesiólogo	-	1110	874
Cirujano cardiólogo	-	163	161
Cirujano neurólogo	-	270	253
Ginecólogo	-	337	
Obstetra	-	272	
Otros materno infantil	-	114	
Otros especialistas			5338

Fuente: Ministerio de Salud (MINSa) - Oficina de Estadística e Informática, I Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos Humanos, 1992; II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud, 1996; Colegio Médico del Perú: especialistas con registro de especialidad.

La mayor cantidad de especialistas registrados corresponde a las denominadas especialidades básicas: Gineco-obstetricia (2008), Pediatría (1841), Cirugía general (1429) y Medicina interna (1349).

De acuerdo a la información de los censos (1992 - 1996) las dos especialidades que han aumentado más son la de Cirugía oncológica (64.7%) y Oncología (57.4%).

En el caso de las especialidades en Enfermería, la mayoría corresponde a la especialización en centro quirúrgico (22.7%) y destaca salud pública (12.8%) como segunda especialidad.

#### NÚMERO DE ENFERMERAS CON ESPECIALIZACIÓN 2002

ÁREA	N	%
Enfermería en centro quirúrgico	453	22.7
Enfermería en salud pública	255	12.8
Enfermería en adm. de los servicios en enfermería	222	11.1
Enfermería en cuidados intensivos	207	10.4
Enfermería en emergencias y desastres	126	6.3
Enfermería en Pediatría	102	5.1
Enfermería en Oncología	97	4.9
Enfermería en Nefrología	75	3.8
Enfermería en cuidados intensivos cardiológicos	49	2.5
Enfermería en salud mental y Psiquiatría	45	2.3

ÁREA	N	%
Enfermería en Neonatología	40	2.0
Enfermería en Cirugía reparadora y quemados	30	1.5
Enfermería en Neurocirugía	24	1.2
Enfermería en cuidados intensivos pediátricos	21	1.1
Enfermería en Neurología	12	0.6
Enfermería en Gastroenterología	8	0.4
Enfermería en Urología	7	0.4
Otras	221	11.1
<b>TOTAL</b>	<b>1994</b>	<b>100</b>

Fuente: Colegio de Enfermeras, Censo 2002

El registro de especialidades en Odontología es bajo. De la información disponible, la mayor especialización corresponde a Ortodoncia, seguida de Cirugía oral y máxilo-facial.

#### DISTRIBUCIÓN DE ESPECIALISTAS DE ODONTOLÓGÍA

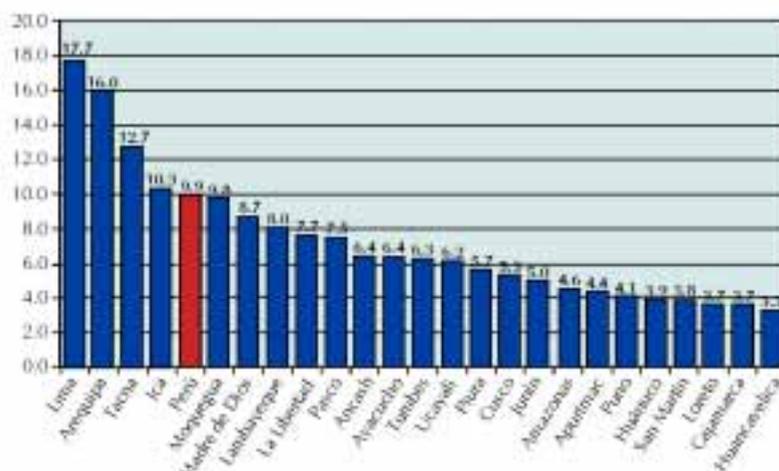
Especialidad	TOTAL
Ortodoncia	21
Cirugía oral y máxilo facial	20
Radiología oral y máxilo facial	9
Odontopediatría	8
Rehabilitación oral	7
Odontología pediátrica	6
Endodoncia y carielogía	4
Periodoncia	4
Endodoncia	2
Cirugía bucal y máxilofacial	1
Cirugía y traumatología bucomaxilofacial	1
Implantología oral	1
Medicina y patología oral	1
Odontología restauradora y estética	1
Ortodoncia y ortopedia dento máxilo facial	1
Ortodoncia y ortopedia maxilar	1
Patología bucal	1
Rehabilitación oral c/mención en prótesis	1
Salud pública en estomatología	1
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>

Fuente: Colegio Odontológico del Perú

### 2.1.5 DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA: CENTRALISMO.

En el caso de la distribución por departamentos, también se observan grandes diferencias a favor de la capital de la República (Lima), configurándose un marcado centralismo en la distribución de profesionales de salud. Lima tiene una tasa de médicos por 10,000 habitantes 5.4 veces mayor que Huancavelica (17.7 versus 3.3) y a distancia del promedio nacional, que es 11.5, como vimos anteriormente.

TASA DE PROFESIONALES MÉDICOS POR 10,000 HABITANTES  
AÑO 2004



Fuente: MINSA Oficina de Estadística e Informática 2004, EsSalud 2005, EPS 2004  
Elaboración: Observatorio de RRHH en Salud - IDREH

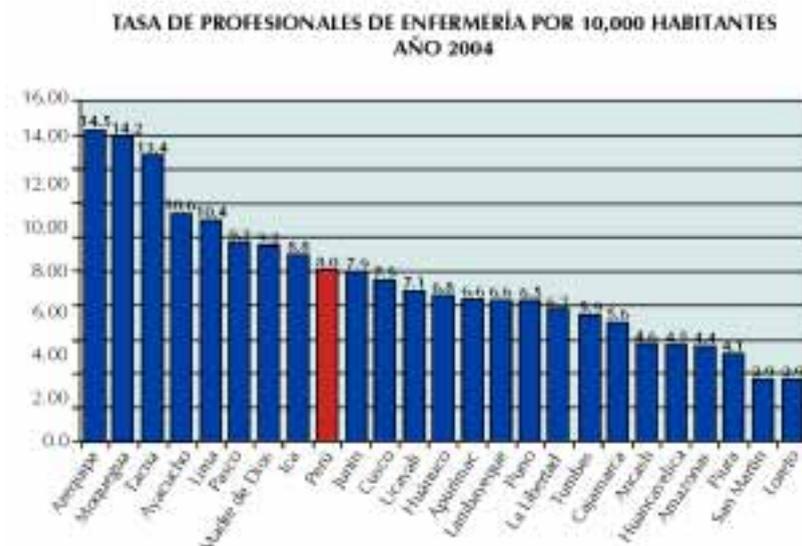
#### MÉDICOS DEL SECTOR SALUD SEGÚN DEPARTAMENTOS

Departamento	1992	1996	2004	Porcentaje 2004
Amazonas	44	124	203	0.74
Ancash	490	653	727	2.64
Apurimac	21	119	211	0.77
Arequipa	319	1451	1800	6.54
Ayacucho	61	222	363	1.32
Cajamarca	134	412	565	2.05
Callao	1249	1488	1006	3.65
Cusco	254	559	653	2.37
Huancavelica	29	115	151	0.55
Huánuco	122	266	324	1.18
Ica	626	738	730	2.65
Junín	351	660	638	2.32
La Libertad	1009	1128	1194	4.34
Lambayeque	935	791	916	3.33

Departamento	1992	1996	2004	Porcentaje 2004
Lima	9090	13141	14644	53.19
Loreto	149	331	348	1.26
Madre de Dios	54	73	91	0.33
Moquegua	154	160	160	0.58
Pasco	121	138	208	0.76
Piura	556	939	958	3.48
Puno	284	387	531	1.93
San Martín	119	272	298	1.08
Tacna	132	263	394	1.43
Tumbes	43	122	133	0.48
Ucayali	87	156	286	1.04
<b>Total</b>	<b>16433</b>	<b>24708</b>	<b>27532</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Censos 1992 y 1996 - MINSAL.  
 MINSAL 2002 - Oficina de Estadística e Informática - PAAG 2004  
 ESSALUD - Marzo 2004 (incluye Callao dentro de Lima), EPS 2004.

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



Fuente: MINSAL Oficina de Estadística e Informática 2004, EsSalud 2005, EPS 2004  
 Elaboración :Observatorio de RRHH en Salud - IDREH

ENFERMERAS DEL SECTOR SALUD SEGÚN DEPARTAMENTOS

Departamento	1992	1996	2004	Porcentaje 2004
Amazonas	39	90	197	0.90
Ancash	273	334	519	2.38
Apurímac	24	199	317	1.45
Arequipa	301	1381	1635	7.50
Ayacucho	99	293	607	2.78
Cajamarca	251	463	859	3.94
Callao	421	759	372	1.71
Cusco	398	679	929	4.26
Huancavelica	45	107	207	0.95
Huánuco	159	329	568	2.60
Ica	338	507	622	2.85
Junín	592	835	1011	4.64
La Libertad	536	766	963	4.42
Lambayeque	609	635	750	3.44
Lima	5437	6324	8774	40.23
Loreto	114	174	268	1.23
Madre de Dios	69	67	96	0.44
Moquegua	178	205	233	1.07
Pasco	106	205	258	1.18
Piura	314	478	683	3.13
Puno	380	555	848	3.89
San Martín	67	155	225	1.03
Tacna	253	340	414	1.90
Tumbes	40	99	125	0.57
Ucayali	58	160	328	1.50
<b>Total</b>	<b>11101</b>	<b>16139</b>	<b>21808</b>	<b>100.00</b>

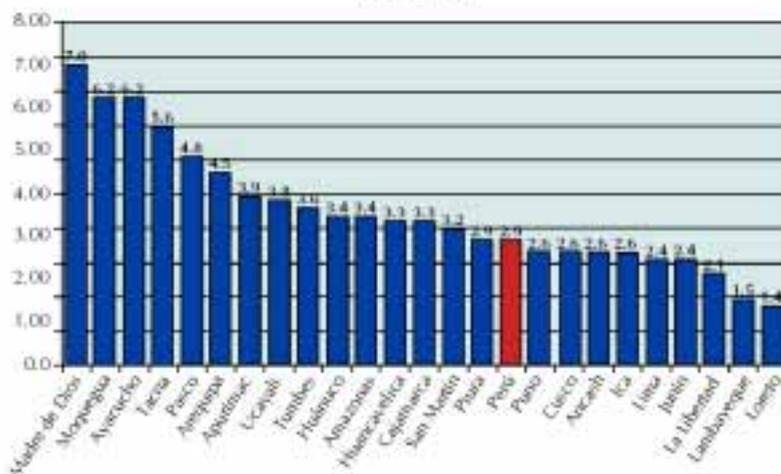
Fuente: Censos 1992 y 1996 - MINSAL

MINSAL 2002 - Oficina de Estadística e Informática - PAAG 2004

ESSALUD - Marzo 2004 (incluye Callao dentro de Lima). EPS 2004.

La distribución de obstetrices es más equitativa. Su tasa por 10,000 habitantes en 15 departamentos supera el promedio nacional y se evidencia una mayor presencia en departamentos de mayor pobreza y áreas rurales. Del total de obstetrices sólo el 25.32 % se encuentra en Lima.

TASA DE PROFESIONALES DE OBSTETRICIA POR 10,000 HABITANTES  
AÑO 2004



Fuente: MINSA Oficina de Estadística e Informática 2004, EsSalud 2005, EPS 2004  
Elaboración: Observatorio de RRHH en Salud - IDREH

### OBSTETRICES DEL SECTOR SALUD SEGÚN DEPARTAMENTOS

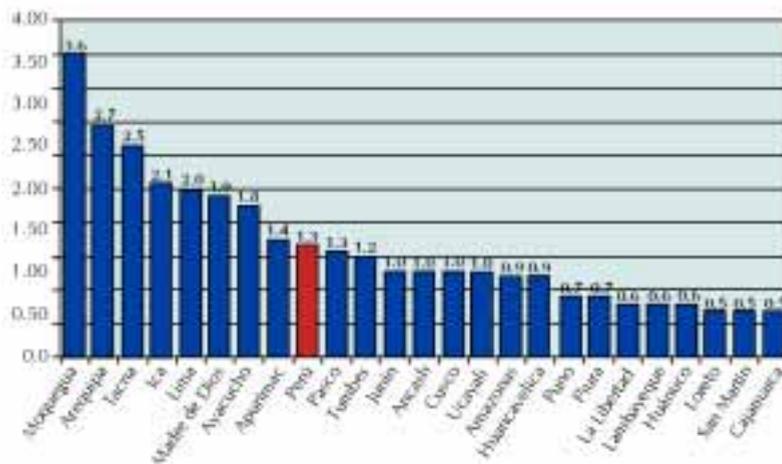
Departamento	1992	1996	2004	Porcentaje 2004
Amazonas	6	54	152	1.94
Ancash	96	187	295	3.76
Apurímac	9	95	187	2.38
Arequipa	85	437	504	6.42
Ayacucho	66	200	352	4.49
Cajamarca	22	155	507	6.46
Callao	78	140	166	2.12
Cusco	76	212	324	4.13
Huancavelica	18	65	154	1.96
Huánuco	32	163	287	3.66
Ica	110	185	182	2.32
Junín	125	205	305	3.89
La Libertad	54	215	326	4.15
Lambayeque	67	156	172	2.19
Lima	1129	1618	1987	25.32
Loreto	9	74	128	1.63
Madre de Dios	18	44	73	0.93
Moquegua	35	47	102	1.30

Departamento	1992	1996	2004	Porcentaje 2004
Pasco	19	53	134	1.71
Piura	66	218	495	6.31
Puno	110	253	343	4.37
San Martín	15	106	246	3.13
Tacna	38	113	172	2.19
Tumbes	8	38	77	0.98
Ucayali	15	72	178	2.27
<b>Total</b>	<b>2306</b>	<b>5105</b>	<b>7848</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Censos 1992 y 1996 - MINSA  
 MINSA 2002 - Oficina de Estadística e Informática - PAAG 2004  
 ESSALUD - Marzo 2004 (incluye Callao dentro de Lima). EPS 2004

Los odontólogos, con tasas por 10,000 habitantes mucho menores que las de los anteriores profesionales, también tienen una distribución centralista, ubicándose básicamente en departamentos de la costa. Moquegua, que es el departamento con mayor tasa tiene una relación de 7 a 1 con Cajamarca que es el de menor tasa. Del total de odontólogos, el 44.25 % se encuentra en Lima.

TASA DE PROFESIONALES DE ODONTOLOGÍA POR 10,000 HABITANTES  
 AÑO 2004



Fuente: MINSA Oficina de Estadística e Informática 2004, ESSALUD 2005, EPS 2004  
 Elaboración: Observatorio de RRHH en Salud - IDREH

## ODONTÓLOGOS DEL SECTOR SALUD SEGÚN DEPARTAMENTOS

Departamento	1992	1996	2004	Porcentaje 2004
Amazonas	14	23	42	1.15
Ancash	53	69	112	3.06
Apurímac	3	24	67	1.83
Arequipa	41	219	309	8.44
Ayacucho	16	57	102	2.78
Cajamarca	25	45	71	1.94
Callao	96	129	121	3.30
Cusco	37	75	120	3.28
Huancavelica	11	30	41	1.12
Huánuco	17	34	49	1.34
Ica	96	145	147	4.01
Junín	59	92	131	3.58
La Libertad	39	72	96	2.62
Lambayeque	44	52	69	1.88
Lima	569	1081	1621	44.25
Loreto	25	46	50	1.37
Madre de Dios	5	18	20	0.55
Moquegua	30	45	59	1.61
Pasco	14	22	35	0.96
Piura	52	102	120	3.28
Puno	53	83	94	2.57
San Martín	18	38	39	1.06
Tacna	40	63	78	2.13
Tumbes	13	29	25	0.68
Ucayali	15	29	45	1.23
<b>Total</b>	<b>1385</b>	<b>2622</b>	<b>3663</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Censos 1992 y 1996 - MINSA

MINSA 2002 - Oficina de Estadística e Informática - PAAG 2004

ESSALUD - Marzo 2004 (incluye Callao dentro de Lima), EPS 2004

En el caso del MINSA se encuentra una combinación de centralismo e inequidad, con tasas de profesionales mayores en los departamentos de situación aceptable según calificación de situación de pobreza por el Fondo de Compensación Social y Desarrollo (FONCODES). Igual que para todo el sector la inequidad es mayor cuando se trata de médicos y menor cuando se trata de obstetrices.

**TASAS DE PROFESIONALES DEL MINSA SEGÚN DEPARTAMENTOS Y ESTRATOS DE POBREZA 2004**

Estrato de pobreza	Departamento	Médico	Enfermera	Odontólogo	Obstetrix
Aceptable	Arequipa	9.93	11.98	2.03	4.77
	Callao	11.99	4.84	0.90	1.67
	Lima	10.01	7.44	1.29	2.77
	Moquegua	10.82	16.43	4.58	9.36
	Tacna	7.12	10.10	1.27	4.36
Regular	Madre de Dios	10.77	10.77	2.28	7.83
	Ica	8.18	7.87	2.48	3.10
	La Libertad	6.58	5.30	0.52	2.60
	Lambayeque	4.23	4.01	0.57	2.45
	Tumbes	5.49	6.45	1.37	5.00
Pobre	Ancash	4.60	4.55	0.67	2.89
	Cusco	4.43	6.72	0.60	2.89
	Junín	3.74	7.60	0.94	2.46
	Pasco	3.38	4.98	0.74	4.06
	Piura	4.28	2.64	0.49	2.86
	Puno	4.22	6.65	0.66	2.92
	San Martín	3.34	2.73	0.65	3.49
	Ucayali	4.96	7.45	0.83	3.29
Muy pobre	Amazonas	4.74	3.98	0.77	3.56
	Apurímac	5.45	7.15	1.27	4.43
	Ayacucho	4.01	9.27	1.37	6.27
	Cajamarca	3.18	4.86	0.48	3.06
	Huancavelica	0.74	3.29	0.48	3.77
	Huánuco	3.75	6.18	0.45	3.61
	Loreto	2.83	2.45	0.45	1.23

Fuente: MINSA Oficina de Estadística e Informática 2004, ESSALUD 2005, EPS 2004  
 Elaboración: Observatorio de RRHH en Salud - IDREH

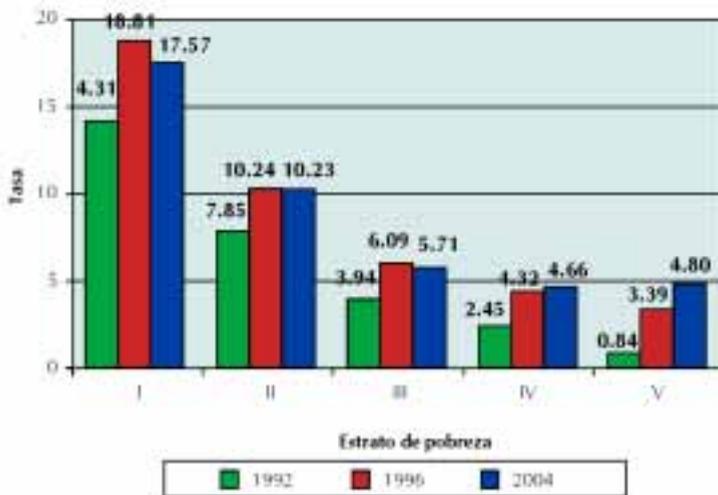
**2.1.6 DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD SEGÚN ESTRATOS DE POBREZA: INEQUIDAD.**

El aumento de los recursos humanos en salud no significa aún una distribución equitativa y por tanto un acceso equitativo a los mismos.

Las principales categorías profesionales muestran una distribución preferente en los distritos no pobres (estrato I) sobre los distritos más pobres (estrato V).

En el caso de los médicos, la tasa de distribución es de 3.7 a 1 entre los estratos no pobres y los más pobres (Est. I/Est. V). Esta situación se presenta a pesar de que existe una tendencia a una mejor distribución, pues la relación fue de 17 a 1 en 1992 y de 5.54 a 1 en 1996.

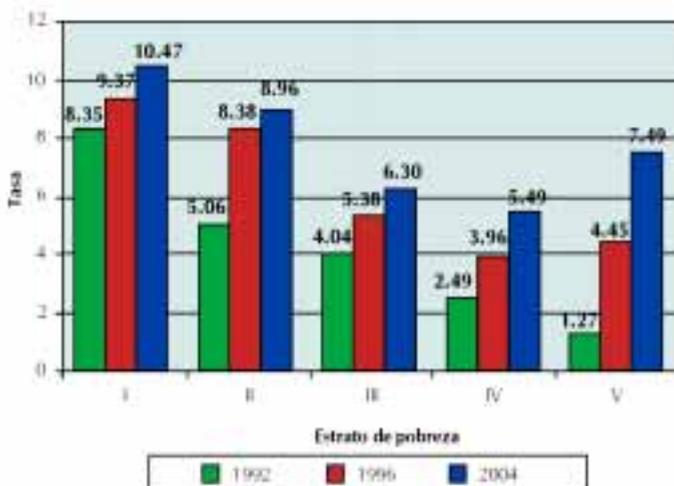
**TASAS DE PROFESIONALES MÉDICOS SEGÚN ESTRATOS DE POBREZA  
CENSO 92, CENSO 96, 2004**



Fuente: MINSA Oficina de Estadística e Informática 2004, ESSALUD 2005, EPS 2004  
Elaboración: Observatorio de RRHH en Salud - IDREH

Las enfermeras tienen una tasa de 1.4 entre los estratos no pobres y los más pobres.

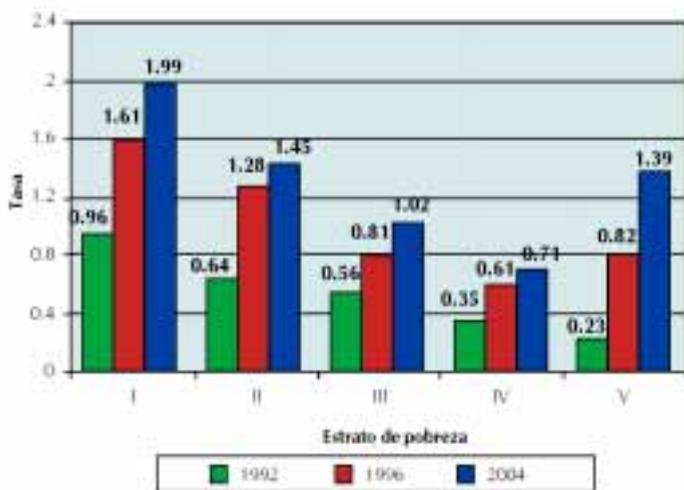
**TASAS DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SEGÚN ESTRATOS DE POBREZA  
CENSO 92, CENSO 96, 2004**



Fuente: MINSA Oficina de Estadística e Informática 2004, ESSALUD 2005, EPS 2004  
Elaboración: Observatorio de RRHH en Salud - IDREH

Igualmente la tasa de odontólogos, cuyo número en términos absolutos es bajo, es de 1.43 entre distritos no pobres y pobres.

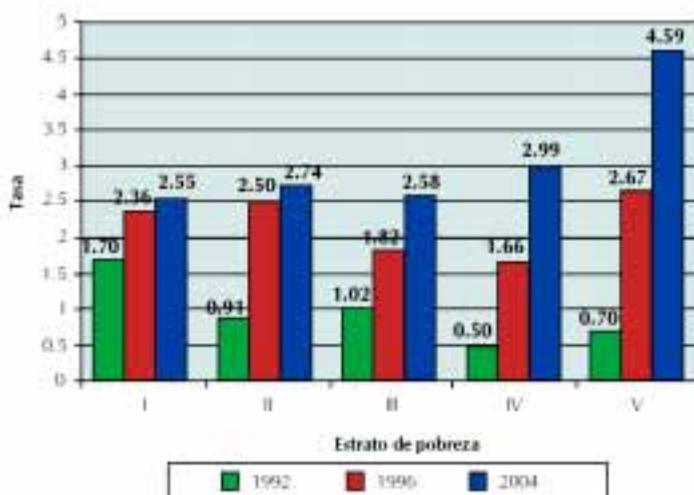
TASAS DE PROFESIONALES ODONTÓLOGOS SEGÚN ESTRATOS DE POBREZA  
CENSO 92, CENSO 96, 2004



Fuente: MINSA Oficina de Estadística e Informática 2004, ESSALUD 2005, EPS 2004  
Elaboración: Observatorio de RRHH en Salud - IDREH

En sentido contrario a esta tendencia inequitativa, en el caso de las profesionales obstétricas su disponibilidad es mayor en distritos pobres y por tanto su tasa es inversa, de 1.8 (Est V/ Est I). Sin embargo la distribución no llega a ser equitativa como veremos en el siguiente acápite.

**TASAS DE PROFESIONALES OBSTETRICES SEGÚN ESTRATOS DE POBREZA  
CENSO 92, CENSO 96, 2004**



Fuente: MINSA Oficina de Estadística e Informática 2004, ESSALUD 2005, EPS 2004  
Elaboración: Observatorio de RRHH en Salud - IDREH

En el caso de los trabajadores no profesionales, en 1992 su presencia era 14 veces mayor en establecimientos de salud ubicados en distritos no pobres que en pobres. Para 1996 esta relación se redujo a 6 veces y para 1999 estaba en 4 veces.

Utilizando la Curva de Lorenz y el Índice o Coeficiente de Gini podemos evaluar más claramente la distribución inequitativa de recursos humanos y por tanto el mayor o menor acceso a ellos.

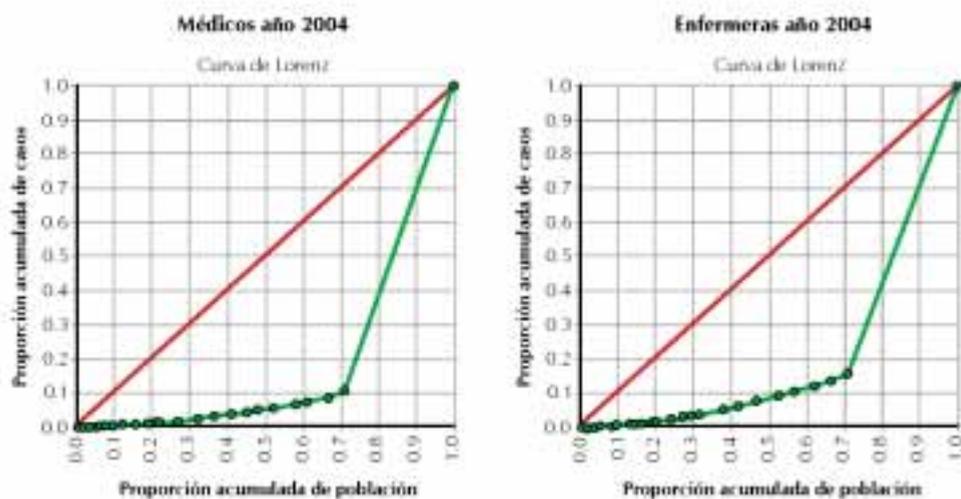
La inequidad se presenta más pronunciada en el caso de médicos y odontólogos, menor en el caso de enfermeras y sobre todo en obstetrices; esto último se explica por la mejora en la distribución según estrato de pobreza anteriormente referida.

**COEFICIENTE DE GINI DISTRIBUCIÓN PROFESIONALES  
DE SALUD 1992, 1996 Y 2004**

Profesionales	1992	1996	2004
Médico	0.647	0.633	0.629
Enfermera	0.618	0.581	0.579
Obstetriz	0.623	0.533	0.484
Odontólogo	0.596	0.597	0.604

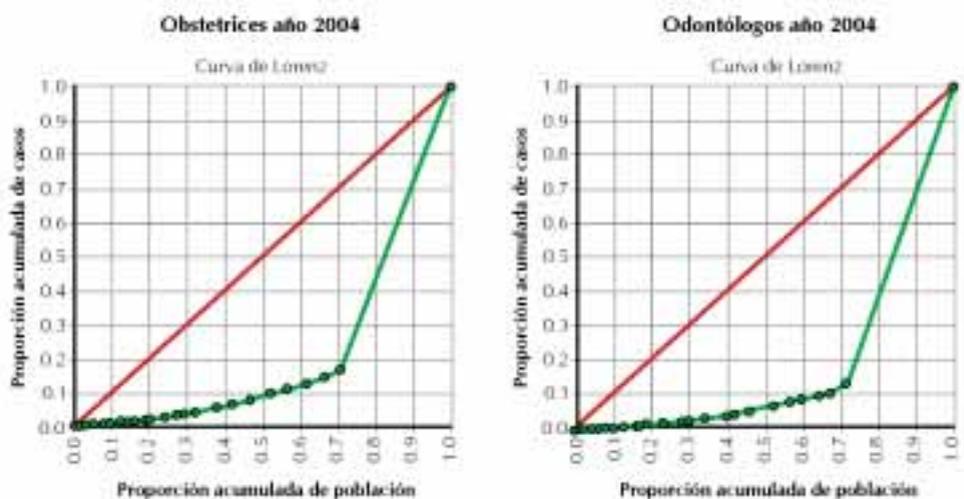
Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú

**CURVA DE LORENZ DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMERAS PERÚ**



Fuente: Observatorio de RRHH en Salud IDREH - Perú 2005

**CURVA DE LORENZ DISTRIBUCIÓN DE OBSTETRICES Y ODONTÓLOGOS PERÚ**



Fuente: Observatorio de RRHH en Salud IDREH - Perú 2005

El número de técnicos y auxiliares ha disminuido ligeramente, 5.6% de 1992 al 2003. Su distribución es igualmente centralista. Del total de técnicos y auxiliares el 41.47% se encuentra en Lima.

#### TÉCNICOS Y AUXILIARES SEGÚN DEPARTAMENTOS

Departamento	1992	1996	2003	Porcentaje 2003
Amazonas	521	622	516	1.22
Ancash	1973	1544	1493	3.52
Apurímac	171593	1115	2.63	
Arequipa	630	1896	1244	2.93
Ayacucho	614	984	2099	4.95
Cajamarca	919	1287	1235	2.91
Callao	1837	2350	1338	3.15
Cusco1539	1413	1092	2.57	
Huancavelica	360	635	585	1.38
Huánuco	839	884	641	1.51
Ica	2014	1082	996	2.35
Junín	2203	1716	1747	4.12
La Libertad	2144	1916	1503	3.54
Lambayeque	1487	1525	898	2.12
Lima	20344	17085	17590	41.46
Loreto	743	1257	1271	3.00
Madre de Dios	196	303	193	0.45
Moquegua	393	303	337	0.79
Pasco	487	618	506	1.19
Piura	1726	2307	1977	4.66
Puno	1280	1603	1529	3.60
San Martín	1149	1363	1145	2.70
Tacna	523	531	490	1.15
Tumbes	277	344	197	0.46
Ucayali	496	581	688	1.62
<b>TOTAL</b>	<b>44865</b>	<b>44742</b>	<b>42425</b>	<b>100.00</b>

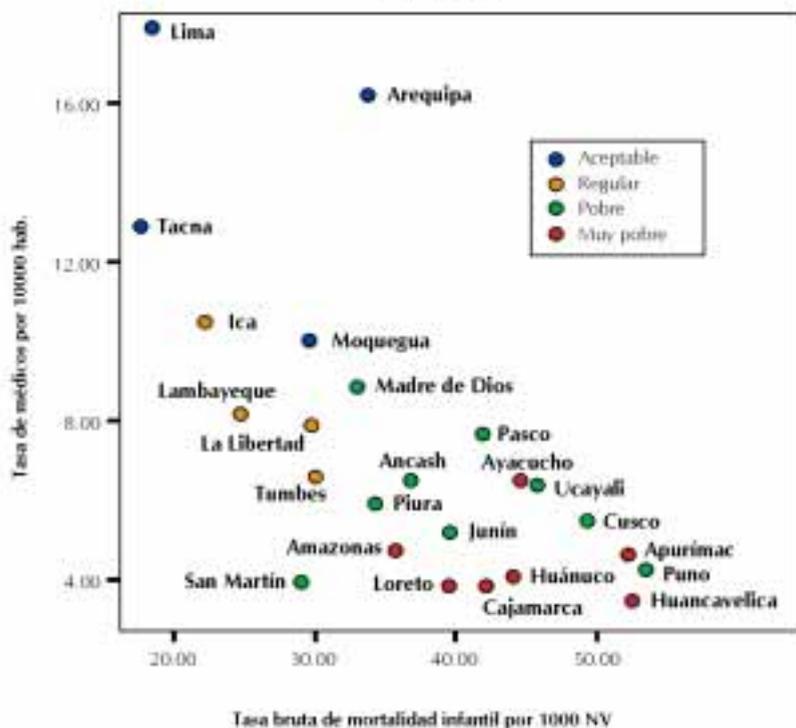
Fuente: MINSa - OGEI 2002. ESSALUD 2003

#### 2.1.7 DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS SEGÚN SITUACIÓN DE SALUD: UNA RELACIÓN INVERSA.

Relacionando la distribución de recursos humanos con algunos indicadores de situación de salud, suele presentarse una relación inversa.

Es el caso de la distribución de los médicos y la tasa bruta de mortalidad: la mayor tasa de médicos por habitante está en departamentos de la costa principalmente, con menor mortalidad general. La situación se repite, aunque más pronunciada, en la relación entre la tasa de médicos por habitante y la mortalidad infantil.

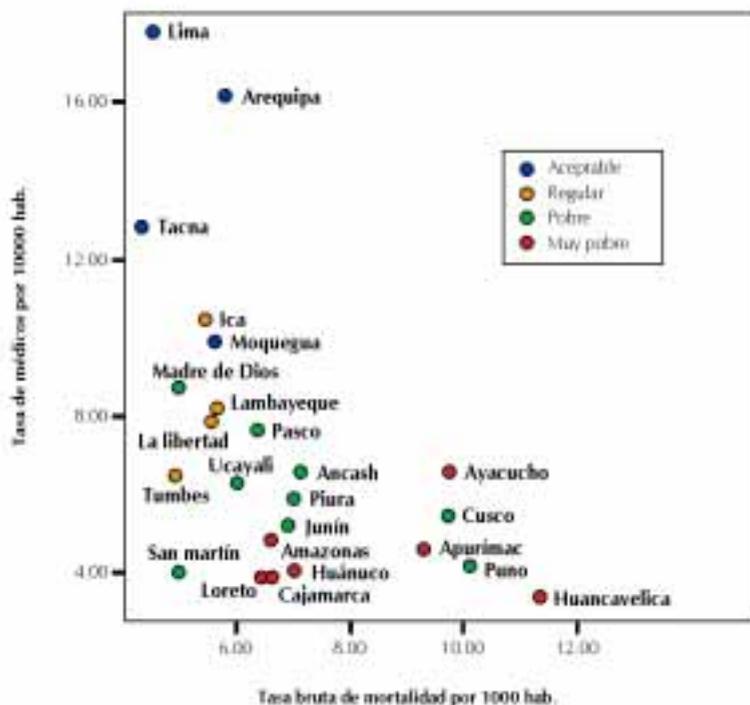
RELACIÓN ENTRE LA TASA DE MÉDICOS Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL PERÚ 2004



Fuente: Observatorio de RRHH en Salud IDREH - Perú 2005

Se observa una correlación inversa entre la tasa de médicos y la tasa de mortalidad infantil.

En el caso siguiente se observa una ligera asociación negativa entre la tasa de médicos y la tasa bruta de mortalidad: mientras la tasa de médicos aumenta, la tasa bruta de mortalidad disminuye (casos de Lima, Arequipa, Tacna), o a la inversa, si la tasa de médicos disminuye, la tasa bruta de mortalidad aumenta (casos de Huancavelica, Puno, Apurímac y Cusco).

ASOCIACIÓN ENTRE LA TASA DE MÉDICOS Y LA TASA BRUTA DE MORTALIDAD  
PERÚ - 2004

Fuente: Observatorio de RRHH en Salud IDREH - Perú 2005

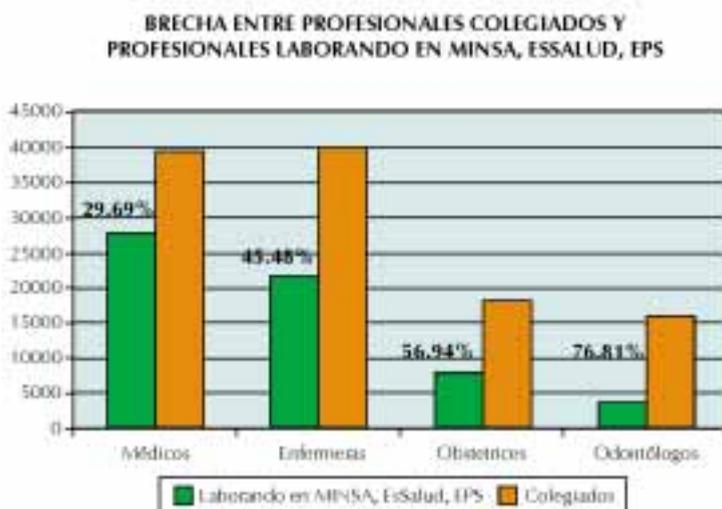
## 2.1.8 RECURSOS HUMANOS EN SALUD SEGÚN CONDICIÓN LABORAL: SUBEMPLEO Y CRECIENTE FLEXIBILIZACIÓN Y PRECARIZACIÓN.

No existiendo una estadística sobre niveles de empleo en salud, sólo cabe una aproximación al subempleo y desempleo a través de la brecha entre profesionales colegiados y los que se encuentran laborando en los dos principales empleadores del sector (MINSA y ESSALUD), pues es el subsector privado el más expuesto al riesgo de la precarización. Hay evidentemente más subempleo que desempleo en salud. De acuerdo a esta información, para el caso de las principales profesiones de salud, se observa una gran brecha en el caso de odontólogos y obstetrices.

**BRECHA ENTRE PROFESIONALES DE SALUD COLEGIADOS Y LABORANDO PERÚ 3000**

Profesionales	Laborando MINSA, ESSALUD, EPS	Colegiados	Brecha
Médico	27820	39567	29.69
Enfermera	21776	39942	45.48
Obstetriz	7831	18185	56.94
Odontólogo	3690	15913	76.81

Fuente: MINSA - OEI 2002, PAAG 2004, ESSALUD, agosto 2004, EPS 2004



MINSA 2002 - Oficina de Estadística e Informática - PAAG 2004  
ESSALUD, agosto 2004, EPS 2004

En relación al régimen laboral, lo nuevo ha venido siendo la expansión del régimen de servicios no personales, si bien este año ha sido nombrado un contingente de médicos antes contratados.

Hasta 1999 la condición que predominaba era la de personal nombrado por sobre la de personal contratado, sea a plazo fijo o por servicios no personales, pero este último régimen se había incrementado notoriamente. La relación nombrado/contratado en el MINSA era aproximadamente de 3 a 1.

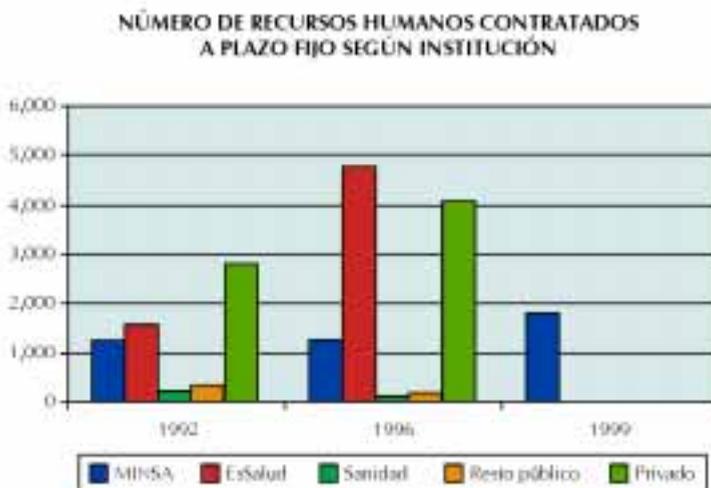
En el sector salud en la etapa 1992-1996 los nombrados aumentaron un 27% mientras que los contratados a plazo fijo un 68% y los contratados por servicios no personales en más de 400%. Fue tal el aumento en este último grupo que comenzaron a primar sobre el grupo de contratados a plazo fijo. Los contratos por servicios no personales se generalizaron con el Programa Salud Básica y los CLAS.

En el caso más específico del MINSA, el aumento de nombrados fue muy reducido en comparación con el aumento de contratados por servicios no personales. Mientras que los nombrados aumentaron alrededor del 20% en el periodo 1992-1999, los contratados por servicios no personales aumentaron 430%. En este período los nombramientos en el MINSA fueron fundamentalmente producto de la recategorización de profesionales que venían trabajando muchos años como contratados.

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

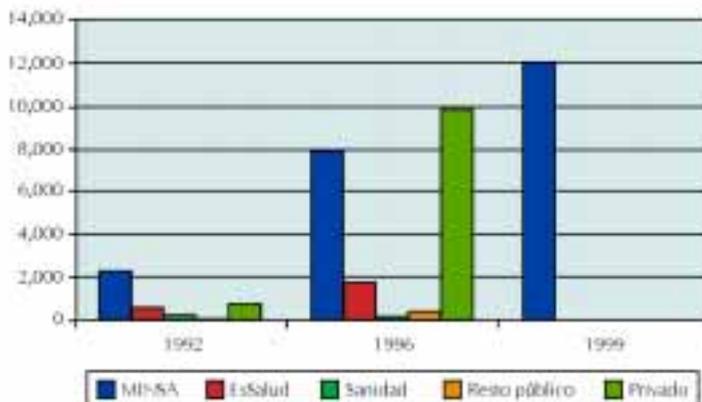
En el caso de ESSALUD el personal nombrado, por el contrario, ha disminuido. Quizás el único subsector que alcanzó a mostrar un aumento significativo de nombrados ha sido la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales.

El incremento de recursos humanos observado en todas las instituciones se debe al gran número de contratados que se han incorporado en este periodo. Para ESSALUD fue predominante la modalidad de contrato a plazo fijo (por empresa), en tanto que para el sector privado y el MINSA fue el contrato por servicios no personales. La Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales fue la única institución en que el aumento de recursos humanos fue debido al incremento de personal nombrado.



Fuente: Análisis de Información de Recursos Humanos en Salud. Carlos Ricse Cataño. Observatorio de RRHH en Salud, IDREH - OPS, Perú 2000

**NÚMERO DE RECURSOS HUMANOS CONTRATADOS POR SERVICIOS NO PERSONALES SEGÚN INSTITUCIÓN**



Fuente: Análisis de Información de Recursos Humanos en Salud. Carlos Ricse Cataño. Observatorio de RRHH en Salud, IDREH - OPS, Perú 2000

**2.1.9 RECURSOS HUMANOS SEGÚN EDAD Y SEXO.**

De acuerdo a información disponible sólo para el Ministerio de Salud, la edad promedio de los trabajadores es de 45 años, teniendo como edad mínima 21 años y edad máxima 79 años.

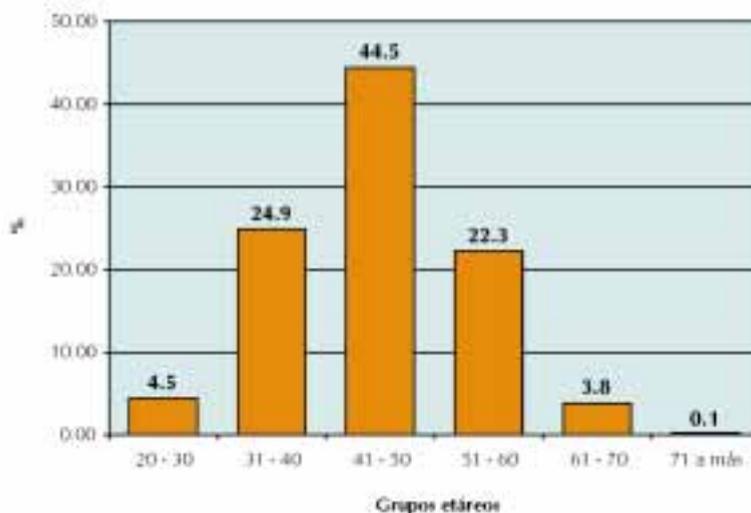
**EDAD DE LOS TRABAJADORES DEL MINSa, 2005**

	Años
Media	45.0
Desviación estándar	8.5
Mínimo	21.0
Máximo	79.0

Fuente: Sistema de Planillas PLH 2005. MINSa.

Según la distribución de los trabajadores por grupos de edad, el mayor porcentaje de trabajadores se encuentra entre los 41 a 50 años (44.45%), seguido de los trabajadores de 31 a 40 años (24.90%), y luego los trabajadores entre los 51 a 60 años (22.27%).

TRABAJADORES DEL MINSA SEGÚN GRUPOS ETÁREOS, 2005



Fuente: Sistema de Planillas PLH 2005. MINSA.

En relación a la distribución geográfica, los trabajadores de menor edad promedio se encuentran en el departamento de Madre de Dios, con un promedio de 40.95, y los de mayor edad, en Arequipa, con un promedio de 47.02.

PROMEDIO DE EDAD DE LOS TRABAJADORES DEL MINSA SEGÚN DEPARTAMENTOS

DEPARTAMENTO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR	MÍNIMO	MÁXIMO
Amazonas	41.6	7.76	23.2	67.7
Ancash	44.7	8.35	21.4	72.7
Apurímac	42.2	8.26	23.4	76.3
Arequipa	47.0	8.96	23.6	70.7
Ayacucho	44.3	8.19	22.9	78.7
Cajamarca	44.3	7.60	21.9	73.7
Callao	46.4	8.65	23.0	70.2
Cusco	44.6	7.69	22.3	73.8
Huancavelica	42.2	8.03	23.4	67.8
Huánuco	43.5	8.23	23.1	74.5
Ica	45.7	8.27	23.3	69.8
Junín	45.9	7.95	23.1	76.4
La Libertad	45.8	8.15	24.2	70.0
Lambayeque	46.5	8.11	24.5	72.3
Lima	46.0	8.76	22.5	75.0
Loreto	44.3	8.52	22.6	72.8

DEPARTAMENTO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR	MÍNIMO	MÁXIMO
Madre de Dios	41.0	7.62	22.8	70.0
Moquegua	41.2	7.89	23.3	69.9
Pasco	43.4	8.32	20.8	71.5
Piura	43.9	8.21	23.2	74.1
Puno	46.2	7.69	24.4	73.4
San Martín	41.7	7.21	22.6	67.8
Tacna	45.2	7.15	24.9	70.3
Tumbes	42.8	8.60	24.8	72.5
Ucayali	42.2	8.45	23.8	67.9

Fuente: Sistema de Planillas PLH 2005. MINSA.

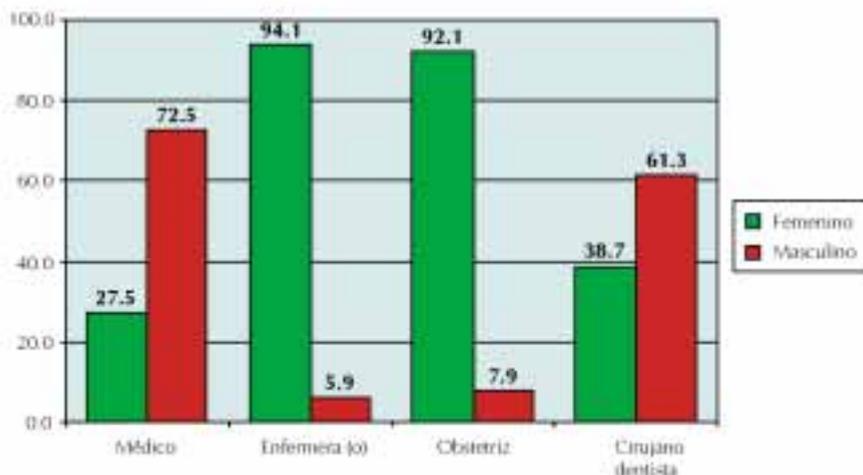
En relación al sexo, predomina el personal femenino con casi 60 % del total. Sin embargo existen diferencias marcadas entre profesiones: en el caso de los médicos y odontólogos predominan los varones con 72.5% y 62.3% respectivamente, mientras que en enfermería y obstetricia el predominio femenino es muy marcado, con 94.1% y 92.1% respectivamente.

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DE PLANTA SEGÚN SEXO MINISTERIO DE SALUD**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	40808	59.78
Masculino	27455	40.22
<b>TOTAL</b>	<b>68263</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Sistema de Planillas PLH 2005. MINSA.

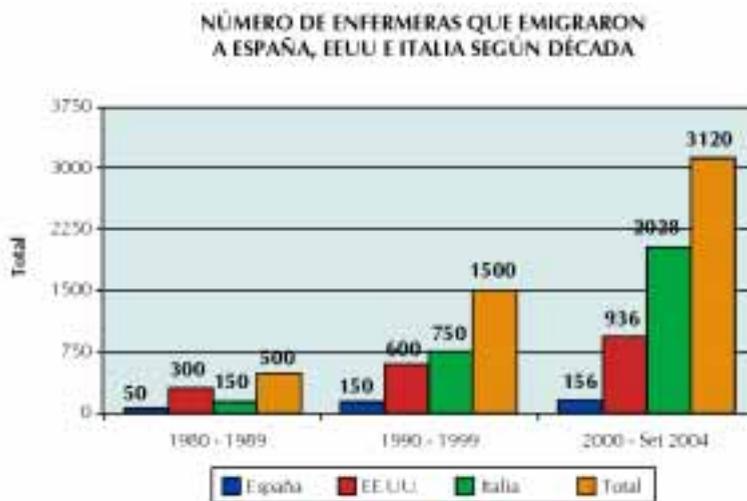
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RECURSOS HUMANOS SEGÚN SEXO Y PROFESIÓN MINSA 2005**



### 2.1.10 MIGRACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD.

La migración de profesionales de salud ha aumentado en forma importante en los últimos años, como mostramos más adelante. Reportes de la Dirección Nacional de Migraciones dan cuenta que los médicos emigrantes pasaron de 4,416 en 1992 a 14,130 en el 2004 (aumento de 220%); en el mismo período, las enfermeras emigrantes pasaron de 2,726 a 7,560 (aumento de 117.3%), las obstetrices de 48 a 1,240 (aumento de 2,483%) y los odontólogos de 184 a 2,112 (aumento de 1.047.8%).

Estas cifras indican que el problema normal de la emigración se ha agravado y que el aparato formador prepara en forma creciente profesionales para el exterior. En el caso de las enfermeras, los países de mayor migración son Italia (con gran predominio), seguido de Estados Unidos y España, en ese orden.



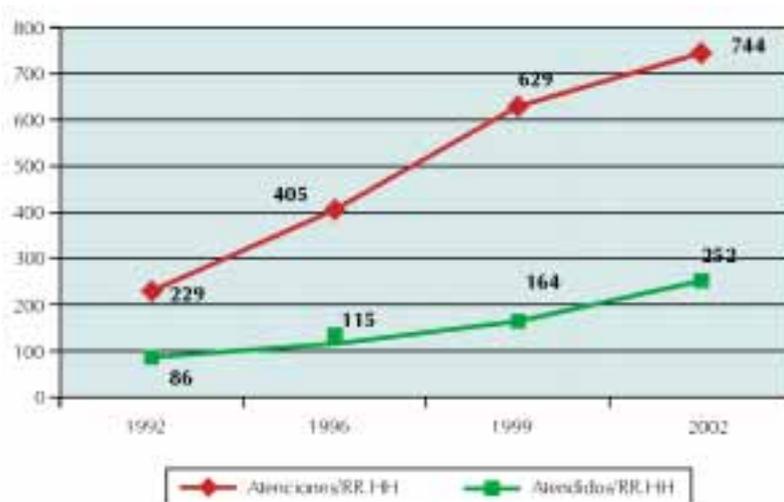
Fuente: Colegio de Enfermeras del Perú

### 2.1.11 DESEMPEÑO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD.

En general se ha vivido a todo lo largo del presente ciclo largo 1990-2005 una mayor productividad y rendimiento de los recursos humanos de todo el sector.

En el caso del Ministerio de Salud, el número de atenciones y atendidos por personal laborando se ha incrementado en la etapa 1992-2002, como puede observarse.

## RELACIÓN ATENCIONES POR RECURSO HUMANO 1992-2002



Tal como ha sido estudiado ya por diversos investigadores<sup>24</sup>, en los primeros años de los 90 se recuperó el nivel de producción y productividad anterior a la crisis operativa de 1989-1991 y de ahí en adelante vino una expansión, basada primero en la explotación extensiva e intensiva de recursos hasta 1997, y luego, con el Seguro Escolar Gratuito y Seguro Materno Infantil creados en 1997-988, en una explotación intensiva, basada en el mayor rendimiento de los recursos humanos. Hablamos de una explotación extensiva en referencia a un aumento tanto de la producción como de los recursos físicos, financieros y humanos, y de una explotación intensiva, a un aumento de la producción con el mismo o similar volumen de recursos en general.

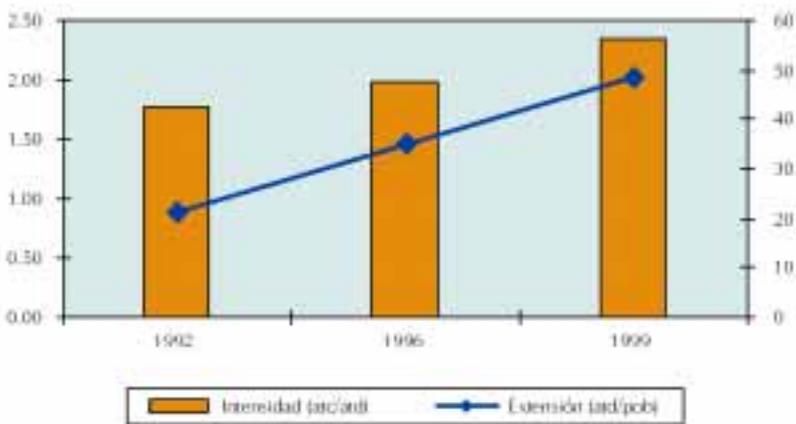
En el MINSA ha aumentado la cantidad de atenciones y atendidos producto del incremento del personal. Pero también ha habido un aumento de la productividad. En 1992 la cantidad promedio de atenciones por personal de salud del MINSA fue de 229 y de atendidos por personal de salud de 86. En 1996 la relación atención/recurso humano ascendió a 405 y la de atendido/recurso humano a 115; y en 1999 aumentó a 629 y 164 respectivamente. Para el año 2002 los indicadores están en 744 atenciones y 252 atendidos por personal. Esto significa que la productividad y rendimiento promedio del personal del MINSA ha aumentado.

De otro lado, el incremento de la producción del MINSA se explica tanto por la intensidad (atenciones/atendidos) como por la extensión de uso (atendidos/población), siendo más relevante este último. La intensidad en el MINSA aumentó en 1996 en 12% en tanto que el sector registraba un 4%; en el periodo 1996-1999, el aumento en el MINSA continuó hasta alcanzar 33% de lo registrado en 1992.

<sup>24</sup> Arroyo, Juan. El proceso del sector salud del Perú 1990-1995: colapso operativo y reforma sanitaria silenciosa. Anales, vol. 57, Not. 3, 1996, Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos, Lima.

En cuanto a la extensión de uso, en 1996 hubo un nivel similar entre MINSA y el resto del sector, con una tendencia lineal en el MINSA porque en 1999 se elevó hasta 126% de lo alcanzado en 1992. En cuanto a intensidad de uso, en 1992 el sector alcanzó 1.98 y 2.04 en 1996; en cambio en el MINSA la intensidad fue de 1.7 y 2.0, respectivamente. En 1999 el MINSA alcanzó 2.4.

**INTENSIDAD Y EXTENSIÓN DE USO DE ESTABLECIMIENTOS DEL MINSA**



Fuente: Análisis de información de Recursos Humanos en Salud. Carlos Ricse Cataño. Observatorio de RRHH en Salud, IDREH - OPS, Perú 2000.

**RELACIÓN ENTRE ATENCIONES Y DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS POR AÑO**

Atenciones / recursos humanos	1992	1996	1999	2002
Recursos humanos (sin agentes comunitarios ni personal administrativo)	47,515	68,638	73,401	69,457
Atenciones	10'862,847	27'770,987	46'191,701	51'660,268
Atenciones/recursos humanos	229	405	629	744
Atendidos	4'069,745	7'872,748	12'069,736	17'496,409
Atendidos/recursos humanos	86	115	164	252

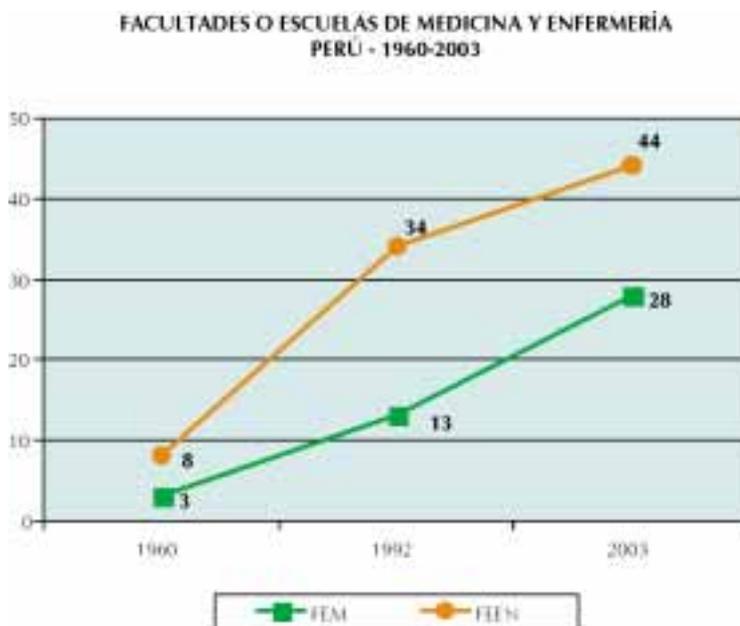
Fuente: Adaptado de Análisis de Información de Recursos Humanos en Salud. Carlos Ricse Cataño. Observatorio de RRHH en Salud, IDREH-OPS, Perú 2000.

## 2.2 La formación de recursos humanos en salud

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.

### 2.2.1 FORMACIÓN DE PREGRADO EN SALUD: AMPLIA OFERTA Y DESREGULACIÓN DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD.

En la formación de pre-grado de recursos humanos en salud, existe una amplia oferta. En el caso de las Facultades de Medicina, éstas pasaron de 03 en 1960 a 28 en el 2003. Para el caso de Enfermería, en el mismo período pasaron de 08 facultades a 44.



Fuente: Asamblea Nacional de Rectores

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.

## CARRERAS DE SALUD OFERTADAS POR UNIVERSIDADES - PERÚ 2003

Carreras Profesionales	Total	Universidades Públicas	Universidades Privadas
Enfermería	44	23	19
Medicina	28	16	12
Obstetricia	25	10	15
Odontología	21	10	11

Fuente: Asamblea Nacional de Rectores

Existen Facultades o Escuelas de Medicina en 15 de las 26 regiones del país. No existen Facultades de Medicina en Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, San Martín ni en Tumbes.

## FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA POR TIPO DE PROPIEDAD Y MACROREGIÓN

Macroregión	Nacionales	Privadas	Total
Norte	4	4	8
Lima	3	5	8
Centro	4	1	5
Sur	5	2	7
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>28</b>

Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005

Existen Facultades o Escuelas de Enfermería en 22 de las 26 regiones del país. No existen Facultades de Enfermería en Madre de Dios ni en Moquegua.

## FACULTADES Y ESCUELAS DE ENFERMERÍA POR TIPO DE PROPIEDAD Y MACROREGIÓN

Región	Nacionales	Privadas	Total
Norte	7	5	12
Lima	4	8	12
Centro	7	3	10
Sur	7	3	10
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>44</b>

Fuente: Observatorio RRHH IDREH- Perú 2005

Existen Facultades o Escuelas de Obstetricia en 18 de las 26 regiones del país. No existen Facultades de Obstetricia en Amazonas, Apurímac, Ica, Madre de Dios, Piura ni Ucayali.

### FACULTADES Y ESCUELAS DE OBSTETRICIA POR TIPO DE PROPIEDAD Y MACROREGIÓN

Región	Nacionales	Privadas	Total
Norte	3	5	8
Lima	2	3	5
Centro	3	3	6
Sur	3	3	6
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>25</b>

Fuente: Observatorio RRHH IDREH- Perú 2005

Existen Facultades o Escuelas de Odontología en 12 de las 26 regiones del país. No existen Facultades de Odontología en Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Lambayeque, Madre de Dios, Moquegua, Piura, Ucayali, San Martín ni Tumbes.

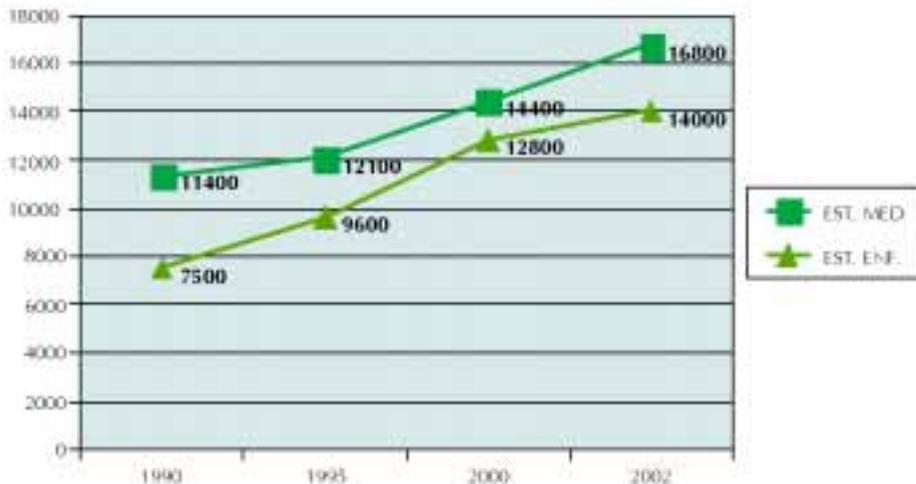
### FACULTADES Y ESCUELAS DE ODONTOLOGÍA POR TIPO DE PROPIEDAD Y MACROREGIÓN

Macroregión	Nacionales	Privadas	Total
Norte	1	3	4
Lima	2	4	6
Centro	3	2	5
Sur	3	3	6
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>21</b>

Fuente: Observatorio RRHH IDREH- Perú 2005

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

ESTUDIANTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA  
PERÚ 1990 - 2002



Fuente: Asamblea Nacional de Rectores

La oferta de estudios en Medicina, Enfermería, Obstetricia y Odontología ha evolucionado en términos de vacantes, ingresantes, matriculados, egresados y titulados.

Vamos a revisar esta evolución.

### 2.2.1.1 Estudios de Medicina.

En el periodo 1993 - 2003 el número de vacantes ofertadas para la carrera de Medicina aumentó de 1,224 en el año 1993, a 2,665 vacantes ofertadas en el 2003, alcanzando su valor más alto - 3,075 - en 1998. La oferta en Medicina ha tenido un crecimiento de 2.18 veces, equivalente a 1,441 vacantes más, ofertadas por año en este periodo<sup>25</sup>.

Las vacantes casi se han cuadruplicado en las universidades privadas, con un valor inicial de 627 vacantes en 1993, llegando a 1,887 en el 2003. En cuanto a las universidades públicas, después de un periodo de estabilización entre 1993 y 1997, se incrementó el número de vacantes ofertadas entre 1998 y 1999 y volvió a disminuir hasta casi su valor inicial en el año 2003, ofertándose aproximadamente 780 vacantes.

En 1993 ingresaron a estudiar Medicina 1,808 personas, número que creció hasta llegar a 2,811 en el año 2003. Al igual que en el caso de las vacantes, se aprecia que el punto máximo estuvo en el año 1998, en que se reportaron casi 2,900 ingresantes. Es decir, el número total de ingresantes a Medicina creció en 1.55 en este periodo.

<sup>25</sup> Lip, César y colaboradores. Análisis de Formación de Pregrado en Salud en el Perú. Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), Perú, 2005.

En el caso de las universidades públicas ha disminuido el número de ingresantes, de 998 en el año 1993 a 774 en el año 2003, teniendo como punto máximo el año 2000 con 1,249 ingresantes. Al revés, en el caso de las universidades privadas el número de ingresantes fue de 810 a 2,037 en el mismo periodo.

El número de matriculados en Medicina fue de 12,164 en 1993 y de 14,334 en el año 2003. Paulatinamente el número de matriculados en las universidades públicas ha venido siendo alcanzado por los matriculados en universidades privadas.

Los egresados de Medicina fueron 983 en el año 1993 y 1,165 en el año 2003, con un crecimiento variable de 1.18. El punto menor se reportó el año 2001 con sólo 552 egresados. Este menor número de egresados se reportó en las universidades privadas, que informaron ese año sólo 88 egresados, la cifra más baja del periodo estudiado. En el año 2003 egresaron de universidades privadas 631 estudiantes y de universidades públicas 534.

El número de titulados, en concordancia con lo anterior, también ha aumentado. En 1993 se reportaron 951 titulados como Médico-Cirujanos y 1,238 en el 2003. Esto significa un crecimiento de 1.30.

Si bien ha habido un aumento considerable de la oferta de vacantes para estudios de medicina, todos los años el número de ingresantes es superior al número de vacantes ofertadas, lo que quiere decir que la demanda sigue siendo superior a la oferta.

#### RELACIONES ENTRE VACANTES, INGRESANTES, EGRESADOS Y TITULADOS EN MEDICINA POR TIPO DE PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD

AÑOS	RELACIÓN NUMÉRICA	TIPO		TOTAL
		Pública	Privada	
1993	Vacantes/ingresantes	627 / 998	597 / 810	1224 / 1808
	Egresados/titulados	811 / 814	172 / 137	983 / 951
1994	Vacantes/ingresantes	553 / 697	866 / 858	1419 / 1555
	Egresados/titulados	550 / 734	228 / 200	778 / 934
1995	Vacantes/ingresantes	673 / 749	673 / 756	1346 / 1505
	Egresados/titulados	613 / 704	209 / 201	822 / 905
1996	Vacantes/ingresantes	681 / 792	1901 / 1811	2582 / 2603
	Egresados/titulados	420 / 396	216 / 224	636 / 620
1997	Vacantes/ingresantes	660 / 756	1617 / 1467	2277 / 2223
	Egresados/titulados	675 / 670	457 / 343	1132 / 1013
1998	Vacantes/ingresantes	902 / 849	2173 / 2069	3075 / 2918
	Egresados/titulados	831 / 775	280 / 283	1111 / 1058

AÑOS	RELACIÓN NUMÉRICA	TIPO		TOTAL
		Pública	Privada	
1999	Vacantes/ingresantes	777 / 866	1898 / 1863	2675 / 2729
	Egresados/titulados	639 / 760	286 / 218	925 / 978
2000	Vacantes/ingresantes	1170 / 1249	1520 / 1430	2690 / 2679
	Egresados/titulados	706 / 959	82 / 192	788 / 1143
2001	Vacantes/ingresantes	650 / 733	1334 / 1541	1984 / 2274
	Egresados/titulados	464 / 716	88 / 82	552 / 798
2002	Vacantes/ingresantes	814 / 857	1441 / 1456	2255 / 2313
	Egresados/titulados	831 / 1235	365 / 253	1196 / 1488
2003	Vacantes/ingresantes	781 / 774	1884 / 2037	2665 / 2811
	Egresados/titulados	534 / 570	631 / 668	1165 / 1238

Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005

### 2.2.1.2 Estudios de Enfermería.

El número de vacantes en la carrera de Enfermería fue de 2,545 en el año 1993, llegando a su valor más alto - 4,890 - en el año 2003. La oferta en Enfermería ha tenido un incremento de 2,345 vacantes en el periodo 1993-2003, mostrando una expansión 1.92 veces.

Las universidades privadas han incrementado fuertemente su oferta de vacantes para la formación en Enfermería, ofertando 1,406 en el año 1993 y 3,126 el 2003. Por el contrario, las universidades públicas han mantenido una oferta casi constante, alrededor de 1,400 vacantes anuales.

En 1993 ingresaron a estudiar Enfermería 2,844 nuevas estudiantes, cifra que fue de 4,787 en el año 2003. Esto muestra una tendencia creciente sostenida, un incremento absoluto de 1,943 ingresantes anuales y un crecimiento en 1,68 veces.

Esta tendencia creciente de ingresantes comprende a las universidades públicas y privadas. Hasta el año 2000 las universidades públicas tuvieron más ingresantes, pero de ahí en adelante primaron las privadas. El año 2003 los ingresantes a las universidades privadas fueron 3,010, casi el doble de los que ingresaron a las universidades públicas.

En cuanto a los alumnos matriculados existe una tendencia creciente variable, con picos negativos en los años 1995 y 2001, aunque recuperando su tendencia en el siguiente año. En el año 1993 hubo 11,899 matriculados y 14,781 en el 2003, esto es, un aumento en 2,882 matriculados, con un índice de crecimiento de 1.24 matriculados. El pico más alto fue en el año 1999 en las universidades públicas y en el 2003 en las universidades privadas.

Los egresados de Enfermería pasaron de 987 en 1993 a 1,617 en el 2003. Tuvieron el valor más alto (2,219) el año 1998, y el valor más bajo (787) en el año 2001.

En el período 1993 - 2003 los titulados han sido en promedio alrededor de 1,500 por año, con un valor mínimo de 774 en el año 2001 y un valor máximo de 2,048 en el año 1998. En las universidades públicas es donde se titula la mayoría de enfermeras, llegando incluso en algunos casos a duplicar a las tituladas de las universidades privadas.

A diferencia de Medicina, en el caso de Enfermería la oferta es superior a la demanda. Hay más oferta de vacantes para estudios de Enfermería que ingresantes. Pero esta situación difiere entre las universidades públicas y privadas: en las públicas las vacantes ofertadas suelen ser menores que los ingresantes, al revés de las privadas.

**RELACIONES ENTRE VACANTES, INGRESANTES, EGRESADOS Y TITULADOS EN ENFERMERÍA SEGÚN TIPO DE PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD**

AÑOS	RELACIÓN NUMÉRICA	TIPO		TOTAL
		Pública	Privada	
1993	Vacantes/ingresantes	1139 / 1465	1406 / 1379	2545 / 2844
	Egresados/titulados	667 / 743	320 / 659	987 / 1402
1994	Vacantes/ingresantes	1316 / 1402	1539 / 1097	2855 / 2499
	Egresados/titulados	916 / 894	510 / 592	1426 / 1486
1995	Vacantes/ingresantes	1497 / 1505	1118 / 1071	2615 / 2499
	Egresados/titulados	891 / 977	571 / 456	1462 / 1433
1996	Vacantes/ingresantes	1406 / 1410	1739 / 1365	3145 / 2775
	Egresados/titulados	1200 / 1008	745 / 678	1945 / 1686
1997	Vacantes/ingresantes	1471 / 1557	1596 / 1200	3067 / 2757
	Egresados/titulados	1320 / 1060	487 / 491	1807 / 1551
1998	Vacantes/ingresantes	1675 / 1531	2097 / 1172	3772 / 2703
	Egresados/titulados	1458 / 1339	761 / 709	2219 / 2048
1999	Vacantes/ingresantes	1456 / 1471	1671 / 936	3127 / 2407
	Egresados/titulados	998 / 1182	466 / 707	1464 / 1889
2000	Vacantes/ingresantes	1441 / 1464	1714 / 1137	3155 / 2601
	Egresados/titulados	1245 / 1108	381 / 418	1626 / 1526
2001	Vacantes/ingresantes	1008 / 950	1666 / 1229	2674 / 2179
	Egresados/titulados	592 / 616	195 / 158	787 / 774
2002	Vacantes/ingresantes	1776 / 1708	2435 / 1936	4201 / 3644
	Egresados/titulados	1181 / 1333	352 / 342	1533 / 1675
2003	Vacantes/ingresantes	1764 / 1777	3126 / 3010	4890 / 4787
	Egresados/titulados	1009 / 1091	608 / 669	1617 / 1760

Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005

### **2.2.1.3 Estudios de Obstetricia.**

El caso de Obstetricia es diferente a Medicina y Enfermería porque en ella prima claramente la formación privada.

El número de vacantes anuales en la carrera de Obstetricia casi siempre es superior a las 2,500: En el año 1993 fue de 2,374; llegó a su valor más alto en 1998 (2,966 vacantes) y disminuyó a 2,916 en el año 2003. La oferta en Obstetricia ha tenido un crecimiento de 542 vacantes en el lapso 1993-2003, con un índice de incremento de 1.23 en dicho periodo.

Las universidades privadas han venido ofertando más de 2,000 vacantes anuales para estudiar esta carrera, tendencia que se ha mantenido. Las universidades públicas han mantenido una oferta promedio de 600 vacantes a lo largo de este periodo.

En cuanto a los ingresantes, existe una tendencia ligeramente decreciente: de 2,508 ingresantes en 1993 pasaron a 2,176 en el 2003, lo que nos da un índice de decrecimiento de 0.8. Es a partir del año 2000 donde se reporta esta disminución en la demanda de la carrera de Obstetricia.

En relación a los matriculados en la carrera de Obstetricia, el valor más alto fue en el año 1997, con 11,100 matriculados, la cifra más alta hasta el momento. En 1993 fueron 9,838 matriculados mientras que en el 2003 disminuyeron a 7,414, lo que da una diferencia de 2,424 y un índice de 0.75. El punto más bajo se encuentra en el año 2001 donde las universidades sólo reportaron 6,150 matriculados.

Las universidades privadas han ido disminuyendo el número de matriculados en estos años, hasta alcanzar en el año 2003 su valor mínimo (3,832 frente a 3,582 de las públicas).

El número de egresados tuvo un pico de 1,183 egresados en el año 1998, llegando luego a 487 egresados en el 2001 permaneciendo actualmente en 720, casi el mismo número que se reportaba en el año 1993, con un índice de crecimiento de 0.98 egresados. Son las universidades privadas las que luego de algunos años de auge en la formación en Obstetricia, han disminuido su oferta.

En el caso de los titulados, si bien cada vez hay menor cantidad de ingresantes, matriculados y egresados, se aprecia un aumento en el periodo 1998-2002, mientras que en el 2003 se vuelve a una cantidad promedio similar a la del periodo 1993-1997.

Las universidades privadas son las que reportan un mayor número de titulados a lo largo de los años, con un periodo de primacía entre 1996 y 2000. Además entre el año 1993 y 2003 ha aumentado el número de titulados en universidades privadas y ha disminuido el número del mismo rubro de universidades públicas.

En Obstetricia, se observa que las vacantes ofertadas suelen superar a los ingresantes, lo que podría indicar una relativa sobreoferta, sobre todo en el caso de las universidades privadas.

**RELACIONES ENTRE VACANTES, INGRESANTES, EGRESADOS Y TITULADOS EN OBSTETRICIA SEGÚN TIPO DE PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD**

AÑOS	RELACIÓN NUMÉRICA	TIPO		TOTAL
		Pública	Privada	
1993	Vacantes/ingresantes	316 / 403	2058 / 2103	2374 / 2506
	Egresados/titulados	291 / 353	438 / 283	729 / 636
1994	Vacantes/ingresantes	398 / 323	2481 / 2135	2879 / 2458
	Egresados/titulados	254 / 263	691 / 431	945 / 694
1995	Vacantes/ingresantes	405 / 404	2329 / 1983	2734 / 2387
	Egresados/titulados	308 / 391	641 / 451	949 / 842
1996	Vacantes/ingresantes	487 / 416	2382 / 1603	2869 / 2019
	Egresados/titulados	255 / 251	756 / 695	1011 / 946
1997	Vacantes/ingresantes	447 / 414	2494 / 1719	2941 / 2133
	Egresados/titulados	316 / 303	755 / 628	1071 / 931
1998	Vacantes/ingresantes	509 / 476	2457 / 1702	2966 / 2178
	Egresados/titulados	316 / 439	867 / 856	1183 / 1295
1999	Vacantes/ingresantes	632 / 594	2169 / 1621	2801 / 2215
	Egresados/titulados	374 / 318	769 / 950	1143 / 1268
2000	Vacantes/ingresantes	696 / 670	1693 / 1182	2389 / 1852
	Egresados/titulados	370 / 425	660 / 608	1030 / 1033
2001	Vacantes/ingresantes	418 / 409	1858 / 1335	2276 / 1744
	Egresados/titulados	155 / 181	332 / 223	487 / 404
2002	Vacantes/ingresantes	649 / 623	1790 / 1058	2439 / 1681
	Egresados/titulados	527 / 576	491 / 660	1018 / 1236
2003	Vacantes/ingresantes	577 / 554	2339 / 1622	2916 / 2176
	Egresados/titulados	281 / 309	439 / 524	720 / 833

Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005

**2.2.1.4 Estudios de Odontología.**

El número de vacantes en la carrera de Odontología fue de 1,219 en el año 1993 y 2,616 en el año 2003. La oferta en Odontología ha tenido un crecimiento de 1,397 vacantes en este periodo, con un índice de crecimiento de 2.14.

Las universidades privadas son las que ofertan la mayor cantidad de vacantes en la carrera de Odontología, concentrando a la mayoría de la oferta, mientras que las universidades públicas mantienen un promedio mínimo de vacantes en esta carrera.

Existe un promedio en aumento de ingresantes. En 1993 se reportaron 1570 y en 2003 se reportaron 2,464, dando un incremento de 894 ingresantes en este periodo, con un índice de crecimiento de 1.58 en 10 años. Igualmente se nota la gran preponderancia de ingresantes a universidades privadas.

Los alumnos matriculados en el año 1993 fueron 7,428 y 9,061 en el 2003, con un índice creciente de 1.21 matriculados y una diferencia de 1,633 alumnos. El mayor número de matriculados fue en el año 1997, con 11,400 matriculados y en el 2001 con 10,551.

El número de egresados en el periodo 1993 - 2003 tiene un inicio y final con pocos egresados, solo 556 en el año 1993 y 634 en el año 2003. Entre los años 1995 y 1999 se aprecia una tendencia creciente, que luego disminuye en el 2000 y subsiguientes años. Existe un predominio de las universidades privadas, sólo en el año 1993 y en los años 2000 y 2001 se han reportado más egresados en universidades públicas.

Los titulados en Odontología han tenido una evolución irregular, con momentos de crecimiento y otros de disminución. De 1993 a 1999 hubo un crecimiento y de 1999 a 2003 una disminución, quedando la cantidad reportada en el 2003 casi igual a la cantidad reportada en 1993. En 1993 se reportaron 584 titulados y en el 2003 se reportaron 559 titulados. Son reportados más titulados de universidades públicas que de universidades privadas en este periodo. Sólo en los años 1998, 1999 y 2003 se han reportado más titulados de universidades privadas.

En general la demanda es mayor que la oferta de vacantes para estudios de Odontología, reflejada en que generalmente ingresan más alumnos que las vacantes establecidas.

#### RELACIONES ENTRE VACANTES, INGRESANTES, EGRESADOS Y TITULADOS EN ODONTOLOGÍA SEGÚN TIPO DE PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD

AÑOS	RELACIÓN NUMÉRICA	TIPO		TOTAL
		Pública	Privada	
1993	Vacantes/ingresantes	153 / 462	1066 / 1108	1219 / 1570
	Egresados/titulados	353 / 386	203 / 198	556 / 584
1994	Vacantes/ingresantes	181 / 331	1307 / 1317	1488 / 1648
	Egresados/titulados	173 / 316	254 / 219	427 / 535
1995	Vacantes/ingresantes	270 / 407	1832 / 1763	2102 / 2160
	Egresados/titulados	246 / 209	299 / 216	545 / 425
1996	Vacantes/ingresantes	289 / 473	1402 / 1394	1691 / 1867
	Egresados/titulados	257 / 220	588 / 215	845 / 435
1997	Vacantes/ingresantes	304 / 484	1728 / 1403	2032 / 1887
	Egresados/titulados	419 / 351	561 / 269	980 / 620

AÑOS	RELACIÓN NUMÉRICA	TIPO		TOTAL
		Pública	Privada	
1998	Vacantes/ingresantes	492 / 468	1912 / 1568	2404 / 2036
	Egresados/titulados	432 / 383	682 / 403	1114 / 786
1999	Vacantes/ingresantes	473 / 561	1522 / 1497	1995 / 2058
	Egresados/titulados	415 / 305	693 / 901	1108 / 1206
2000	Vacantes/ingresantes	438 / 503	1233 / 1163	1671 / 1666
	Egresados/titulados	365 / 331	182 / 230	547 / 561
2001	Vacantes/ingresantes	410 / 346	1912 / 1725	2322 / 2071
	Egresados/titulados	410 / 234	285 / 190	695 / 424
2002	Vacantes/ingresantes	434 / 437	1705 / 1568	2139 / 2005
	Egresados/titulados	335 / 430	392 / 371	727 / 801
2003	Vacantes/ingresantes	391 / 416	2225 / 2048	2616 / 2464
	Egresados/titulados	167 / 78	467 / 481	634 / 559

Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005

## 2.2.2 LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN SALUD.

Las especialidades de postgrado se realizan en las carreras de Medicina, Enfermería y Odontología, las que a su vez están reconocidas por sus respectivos colegios profesionales.

### 2.2.2.1 La especialización en Medicina.

El residentado médico es la especialización más numerosa y cuenta con financiamiento de las entidades que prestan servicios de salud.

Las plazas del residentado médico son financiadas por el Ministerio de Salud (62% del total), ESSALUD (20%) la Sanidad de la FFAA y PNP (17%) y los servicios privados (1%). Las mismas instituciones otorgan el campo clínico. Las universidades (10) se encargan del proceso de admisión y del proceso formativo.

El total de plazas de residentado médico para el 2004 fue de 943. 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.

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.

NÚMERO DE PLAZAS DE RESIDENTADO MÉDICO  
2000-2004



Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005

DISTRIBUCIÓN DE LAS PLAZAS OFERTADAS DE RESIDENTADO MÉDICO  
POR REGIÓN Y AÑO PERÚ 2000-2004

Región	2000		2001		2002		2003		2004	
	N°	%								
Lima	601	82.2	769	81.4	891	82.6	911	83.2	785	83.2
Provincias	130	17.8	176	18.6	188	17.4	196	16.8	158	16.8
Total	731	100	945	100	1079	100	1107	100	943	100

Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005

En el periodo 2000-2004 se han ofertado en total 2,671 plazas en el MINSA, 1,570 en ESSALUD, 508 en las Sanidades de las Fuerzas Armadas y 56 en los otros campos clínicos, haciendo un total de 4,805 plazas. El proceso de admisión 2004 se realizó con una seria disminución de plazas, debido a que ESSALUD, por motivos presupuestarios, entre otros, redujo el 50% de su oferta.

El MINSA y ESSALUD son los principales ofertantes de plazas. El MINSA ha aumentado su oferta, pasando del 52% al 60% de las plazas; ESSALUD ha disminuido considerablemente su oferta, pasando de ofertar del 48% al 20% de las plazas.

**PERÚ 2000-2004: DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS OFERTADAS DE RESIDENTADO MÉDICO SEGÚN SUB SECTORES**

Sub sector	2000		2001		2002		2003		2004	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MINSA	381	52.1	584	61.8	531	49.2	592	53.5	583	61.8
ESSALUD	350	47.9	350	37	337	31.2	340	30.7	193	20.5
FFAA y PNP	0		0		189	17.5	163	14.7	156	16.5
PRIVADO	0		11	1.2	22	2	12	1.1	11	1.2
<b>TOTAL</b>	<b>731</b>	<b>100</b>	<b>945</b>	<b>100</b>	<b>1079</b>	<b>100</b>	<b>1107</b>	<b>100</b>	<b>943</b>	<b>100</b>

Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005

Las especialidades, denominadas de tipo específicas, se ofertaron en mayor número con respecto a las básicas, seguidas por las de ayuda al diagnóstico, salud pública y las subespecialidades. Las especialidades específicas representan alrededor del 50% de las plazas por año, en tanto las especialidades básicas (Medicina interna, Cirugía general, Pediatría y Gineco-obstetricia) concentran alrededor del 32%.

**PLAZAS OFERTADAS DE RESIDENTADO MÉDICO POR ESPECIALIDADES PERÚ 2000-2004**

Especialidades	2000		2001		2002		2003		2004	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Básicas	271	37.1	329	34.9	358	33.2	342	30.9	302	31.8
Específicas	363	49.7	484	51.2	576	53.3	594	53.6	493	52.5
Ayuda al diagnóstico	67	9.2	94	10	100	9.3	102	9.2	97	10.3
Salud pública	24	3.3	25	2.7	31	2.9	57	5.2	33	3.5
Subespecialidades	6	0.8	13	1.4	14	1.3	12	1.1	18	1.9
<b>TOTAL</b>	<b>731</b>	<b>100</b>	<b>945</b>	<b>100</b>	<b>1079</b>	<b>100</b>	<b>1107</b>	<b>100</b>	<b>943</b>	<b>100</b>

Fuente: Observatorio RRHH IDREH - Perú 2005

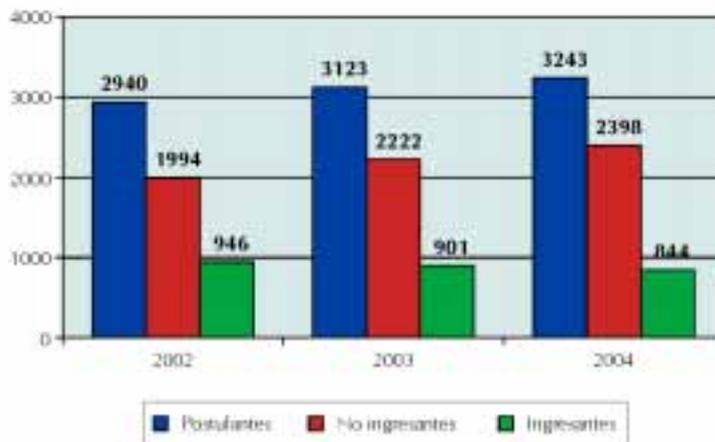
De los ingresantes al residentado en el año 2004, el 10.9% lo hizo a Pediatría, seguido de Medicina interna con el 9.8% y Cirugía general con el 7.1%.

**DISTRIBUCIÓN DE INGRESANTES AL RESIDENTADO MÉDICO  
SEGÚN ESPECIALIDADES, 2004**

ESPECIALIDAD	Nro	%
Pediatría	92	10.9
Medicina interna	83	9.8
Cirugía general	60	7.1
Gineco-Obstetricia	56	6.6
Ginecología y Obstetricia	40	4.7
Oftalmología	36	4.3
Cirug.Ort. y Traumatología	35	4.1
Anestesiología	32	3.8
Radiología	30	3.6
Cardiología	23	2.7
Medicina intensiva	23	2.7
Gastroenterología	22	2.6
Dermatología	19	2.3
Otorrinolaringología	17	2.0
Patología clínica	16	1.9
Urología	16	1.9
Anestesia, analg. y reanim.	15	1.8
Neurología	15	1.8
Psiquiatría	15	1.8
Cirugía plástica	14	1.7
Nefrología	14	1.7
Neumología	13	1.5
Endocrinología	10	1.2
Med. de emerg. y desastres	10	1.2
Neurocirugía	10	1.2
Otros	128	15.2
<b>TOTAL</b>	<b>844</b>	<b>100</b>

Existe una gran demanda por la especialización médica. En los últimos tres años, del total de postulantes, sólo entre el 26 y 32% han logrado ocupar algunas de las plazas ofertadas.

## EVOLUCIÓN DE POSTULANTES E INGRESANTES AL RESIDENTADO MÉDICO POR AÑO

**2.2.2.2 La especialización en Enfermería.**

El Programa de Segunda Especialización en Enfermería es relativamente reciente y se inició en la modalidad escolarizada en la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en 1998.

En el siguiente año la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos inició la planificación de la modalidad no escolarizada a través de la Escuela Profesional de Enfermería. Se tuvo en cuenta el antecedente de Medicina y por ello tuvo las mismas características, hubo demanda nacional y se titularon en ese primer momento alrededor de 2,000 enfermeras, en las siguientes especialidades: Enfermería en Centro Quirúrgico, Emergencias y Desastres, Intensivista, Pediátrica, Oncológica, Nefrológica, Salud Pública, Administración de los Servicios de Enfermería, Cardiológica, Neonatología, Cuidados Intensivos Pediátricos, Salud Mental y Psiquiatría, Nefrológica, Cirugía Cardiovascular, Gastroenterología, Neurocirugía, Cirugía Reparadora y Quemados, Perfusión Extracorpórea y Asistencia Circulatoria, entre otras. Esta modalidad duró dos años y fue luego cerrada para abrir la modalidad escolarizada.

Posteriormente se abrieron modalidades no escolarizadas en la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa y en la Unidad de Post Grado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

Hasta comienzos del año 2005 existían 10 universidades que ofertaban programas de segunda especialización (modalidad escolarizada) en Enfermería a nivel nacional. De ellas, cuatro son universidades privadas y siete nacionales.

El registro nacional de especialistas en Enfermería del Colegio de Enfermeros del Perú inició la inscripción de los títulos de segunda especialidad el 13 de junio de 2000.

Según el Censo Nacional de Enfermeras(os) del año 2001, acápite Títulos de Especialistas, entre los años 2000-2004 un total de 811 enfermeras se registraron en el Registro Nacional de Especialistas en Enfermería. Este total inscrito incluye a las enfermeras especialistas que han cursado la modalidad no escolarizada (90.8%) y la modalidad escolarizada (9.2%).

Ha aumentado de manera importante el número de enfermeras especialistas registradas por año desde el 2000 ( una) hasta el 2004 en que se registraron 29.

#### NÚMERO DE ENFERMERAS ESPECIALISTAS (MODALIDAD ESCOLARIZADA) POR AÑO DE REGISTRO

Años	Modalidad escolarizada	
	Nº	%
Jun - dic 2000	01	1.33
2001	05	6.67
2002	21	28.00
2003	19	25.33
2004	29	38.67
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Reportes del Colegio de Enfermeros del Perú (2000-2004).

#### 2.2.2.3 Especialización en Odontología.

Existen sólo dos universidades que ofrecen programas de formación en segunda especialización en Odontología a nivel nacional: la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la Universidad Peruana Cayetano Heredia; ambas tienen la especialización con una antigüedad de más de 15 años.

La principal característica de este programa es que todas sus plazas son pagadas por los respectivos profesionales que acceden a las especialidades odontológicas.

#### 2.2.3 LA FORMACIÓN DE TÉCNICOS EN SALUD.

Existen 942 Institutos Superiores Tecnológicos (ISTs) registrados a nivel nacional, de los cuales 67.4% son privados.<sup>26</sup>

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

<sup>26</sup> Escalante Giovanni y Nuñez Vergara M. Situación de la Oferta de Formación de Técnicos Asistenciales en Salud en el Perú. Consultoría para el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (IDREH). Lima, 2005.

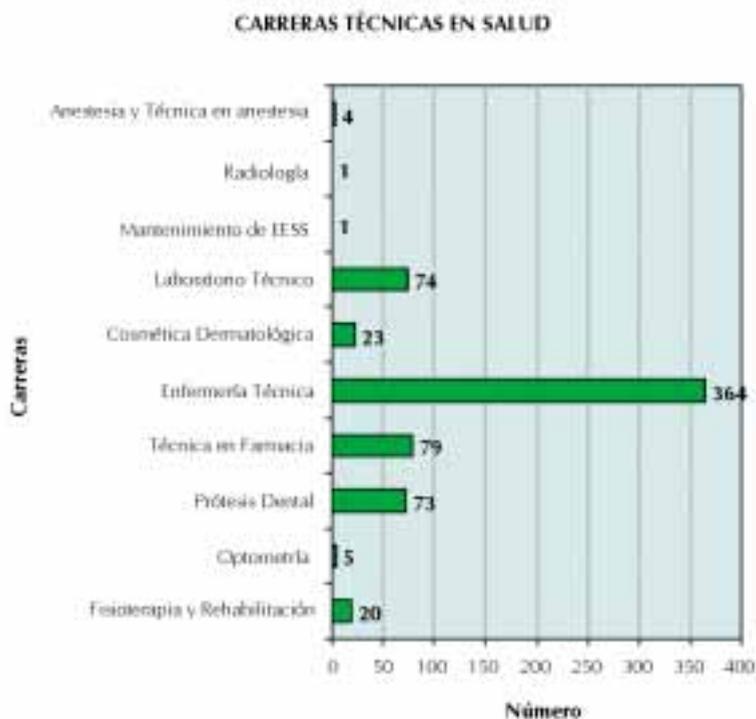
Tecnológica (DINESST), está revalidándolos desde noviembre de 2003 mediante una revisión de la documentación presentada y visitas de verificación a las instalaciones de cada IST. Sin embargo, solamente 70 (7.4%) calificaron como revalidados del universo de ISTs, habiéndose ampliado el plazo por un año más.

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 con 17% concentra la mayor oferta, que sumada a la de Piura, La Libertad, Piura, Ancash, Lambayeque y Puno concentran al 53.6% de toda la oferta de carreras en Enfermería Técnica. En el caso de Laboratorio Clínico, Lima con 41.9% concentra la mayor oferta.



Fuente: DINESST - MINEDU 2004

## ISTS QUE OFERTAN CARRERA DE SALUD SEGÚN DEPARTAMENTOS, 2004

Departamento	Enfermería Técnica		Laboratorio Clínico	
	Nº	%	Nº	%
Amazonas	9	2.5%	1	1.4%
Ancash	26	7.1%	3	4.1%
Apurímac	6	1.6%		
Arequipa	14	3.8%	3	4.1%
Ayacucho	15	4.1%		
Cajamarca	14	3.8%	3	4.1%
Callao	3	0.8%	1	1.4%
Cusco	12	3.3%	2	2.7%
Huancavelica	6	1.6%		
Huánuco	12	3.3%	3	4.1%
Ica	13	3.6%	2	2.7%
Junín	19	5.2%	2	2.7%
La libertad	28	7.7%	6	8.1%
Lambayeque	21	5.8%	2	2.7%
Lima	71	19.5%	31	41.9%
Loreto	8	2.2%	1	1.4%
Madre de Dios	2	0.5%		
Moquegua	3	0.8%		
Pasco	8	2.2%	1	1.4%
Piura	29	8.0%	4	5.4%
Puno	20	5.5%	4	5.4%
San Martín	14	3.8%	4	5.4%
Tacna	3	0.8%		
Tumbes	2	0.5%		
Ucayali	6	1.6%	1	1.4%
<b>Total</b>	<b>364</b>	<b>100.0%</b>	<b>74</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: DINESST - MINEDU 2004

Para el año 97, los matriculados en las carreras técnicas en salud representaron 30% y 28% del total de carreras técnicas de los ISTs en los semestres I y II respectivamente. La demanda de los estudiantes por carreras técnicas en salud corresponde aproximadamente a un tercio de toda la población postulante a carreras técnicas en los ISTs.

El nivel de exigencia en el proceso de postulación es baja dado que, en promedio, 84% de los postulantes ingresan a las plazas disponibles para formarse a través de una carrera técnica en salud. De otro lado, 36% de los egresados y 52% de los titulados de todas las carreras técnicas en salud estuvieron disponibles a partir de 1996.

Es importante señalar que, en promedio, solamente 48% de los egresados de las carreras técnicas en salud se titulan, lo cual es un factor limitante para una adecuada inserción en el mercado laboral.

**POSTULANTES, INGRESANTES, EGRESADOS Y TITULADOS EN LOS ISTS  
CON CARRERAS TÉCNICAS EN SALUD**

Características	Matriculados		Demanda de formación		Ofertas laborales	
	97-I	97-II	Postulantes 97	Ingresantes 97	Egresados 96	Titulados 96
ISTs con carreras técnicas en salud	58017	46442	33242	27848	12709	6923
Enfermería Técnica	38340	31826	21934	17860	7757	4561
Técnica en Farmacia	4655	3529	2617	2337	718	421
Otras carreras técnicas en salud	15022	11087	8691	7651	4234	1941

Fuente: Resultados del I Censo Nacional de Educación Técnica y Pedagógica 1997 - MINEDU

El 86.6% de los Institutos Tecnológicos con carreras técnicas en salud tiene una gestión privada, a excepción de los ISTs con carreras de Enfermería Técnica donde predomina la gestión pública.

**INSTITUTOS SUPERIORES TECNOLÓGICOS CON CARRERAS TÉCNICAS EN SALUD**

Carreras técnicas en salud	Público	Privado	Total	% Privado
Fisioterapia y Rehabilitación	2	18	20	90.0
Optometría	-	5	5	100.0
Prótesis Dental	9	64	73	87.7
Técnica en Farmacia	18	61	79	77.2
Enfermería Técnica	201	163	364	44.8
Cosmética Dermatológica	3	20	23	87.0
Laboratorio Técnico	15	59	74	79.7
Mantenimiento establecimientos salud	-	1	1	100.0
Radiología	-	1	1	100.0
Anestesia y Técnica en anestesia	-	4	4	100.0

Fuente: DINESST - MINEDU 2005

## 2.3 Inversión en recursos humanos en salud

### 2.3.1 REMUNERACIONES.

En relación a las remuneraciones del personal del MINSA según cargo, los médicos tienen una remuneración promedio mensual de S/.2328.5 (USD\$ 705.6), las enfermeras tienen una remuneración promedio mensual de S/.971.3 (USD\$ 294.34), las obstetrices tienen S/.958.51 (USD\$ 290.52) remuneración promedio mensual, seguido de los odontólogos con

S/.955.29 (USD\$ 289.57). Las remuneraciones de los médicos son, en promedio, casi 2.5 veces más que las de los otros profesionales de salud y 4 veces más que las de los técnicos y auxiliares.

#### REMUNERACIONES DE LOS TRABAJADORES DEL MINSA SEGÚN PROFESIÓN

Profesión	N° Recursos Humanos	Media		Desv. estándar	Mínimo (S/.)	Máximo (S/.)
		(S/.)	(\$)			
Cir. dentista	991	955.59	289.57	70.02	621.12	1332.11
Enfermera (o)	6970	971.31	294.34	67.96	587.72	2155.22
Médico	11108	2328.50	705.61	218.16	780.33	4295.61
Nutricionista	379	929.07	281.54	63.92	793.09	1156.74
Obstetriz	2187	958.71	290.52	67.87	608.25	1233.65
Psicólogo	351	935.40	283.45	52.94	889.16	1159.30
Quim. farmacéutico	395	949.46	287.72	70.55	696.49	1341.63
Aux. Enfermería	2982	666.10	201.85	40.63	518.34	840.95
Tec. Enfermería	12273	711.39	215.57	46.05	400.77	1542.80

Fuente: Sistema de Planillas PLH 2005 - MINSA

La remuneración por hora en el caso de los médicos (nivel 5), que es la mayor remuneración de profesionales del MINSA, es S/. 17.49 equivalente a U\$ 5.4.

Los pagos de compensaciones automáticas se dan por antigüedad, llamados también «quinquenios» y se paga el 5% respecto a la remuneración básica. El otorgamiento de quinquenios fluctúa entre 0,01 a 0,02 nuevos soles a los servidores y funcionarios que cuentan con 5, 10, 15, 20, 25 y 30 años de servicio en la administración pública.

Los incentivos laborales según la Resolución Ministerial No223-2003-SA/DM comprenden:

- Asistencia alimentaria: se otorga mediante la asistencia nutricional a través de la entrega de bienes y/o dinero.
- Asistencia económica: se incluye por responsabilidad directiva, especialización (asesores), coordinadores de equipos de trabajo, productividad y la asignación extraordinaria por trabajo asistencial-AETA.

Estos incentivos varían entre las diferentes dependencias en función de la disponibilidad presupuestal. Usualmente en los establecimientos más alejados, donde las condiciones de trabajo son más duras, los incentivos son pequeños y a veces no existen. Asimismo los incentivos son mayores en las administraciones centralizadas y grandes hospitales que en los establecimientos del primer nivel.

REMUNERACIÓN PROFESIONALES DE SALUD MINSA POR DÍA Y POR HORA<sup>27</sup>

	Nivel	Remuneración básica	Por hora	Por día
Médico cirujano	5	2623.84	17.49	104.95
	4	2508.86	16.73	100.35
	3	2409.04	16.06	96.36
	2	2302.64	15.35	92.11
	1	2148.03	14.32	85.92
Enfermera	14	941.21	6.27	37.65
	13	923.36	6.16	36.93
	12	913.65	6.09	36.55
	11	900.78	6.01	36.03
	10	889.33	5.93	35.57
Obstetriz	V	941.21	6.27	37.65
	IV	923.36	6.16	36.93
	III	913.65	6.09	36.55
	II	900.78	6.01	36.03
	I	889.33	5.93	35.57
Cirujano Dentista, Químico Farmacéutico, Biólogo, Nutricionista, Asist. Social, Químico, Tecnolog. Médico	VIII	941.21	6.27	37.65
	VII	923.36	6.16	36.93
	VI	913.65	6.09	36.55
	V	900.78	6.01	36.03
	IV	889.33	5.93	35.57
Nutricionista, Laboratorista Clínico, Fisioterapista,	VII	836.76	5.58	33.47
	VII	831.46	5.54	33.26
	VII	824.61	5.50	32.98
	IV	816.2	5.44	32.65
	III	809.35	5.40	32.37
Técnicos especializados en Rayos x, Laboratorios y Fisioterapistas	V	815.24	5.43	32.61
	IV	806.83	5.38	32.27
	III	751.36	5.01	30.05
	II	793.12	5.29	31.72
	I	781.25	5.21	31.25

Fuente: Sistema de Planillas PLH 2005 - MINSA

<sup>27</sup> Nota: se ha contemplado en los niveles remunerativos las siguientes bases legales: D.S. 051-91-PCM(D.S. 028-89 Rem. Bas., Bonifi. Esp(54.84), mov. y ref. , ds 153-91-ef del 1/08/91, nivelacion IPSS D.L. 559 del 1/05/94, Asig. Excepcional 276-91, Bonif. Especial 25671 del 01/08/92, D. Supremo 081-93, D.S. 019-94 del 01-04-94, D.U. 080-94 del 01/10/94, D.U. 098-96 del 01/11/96, D.U. 073-97 del 01/08/97, D.U. 011-99 del 01/04/99, D.U. 105-2001 Rem. Bas. Del 01/09/01.

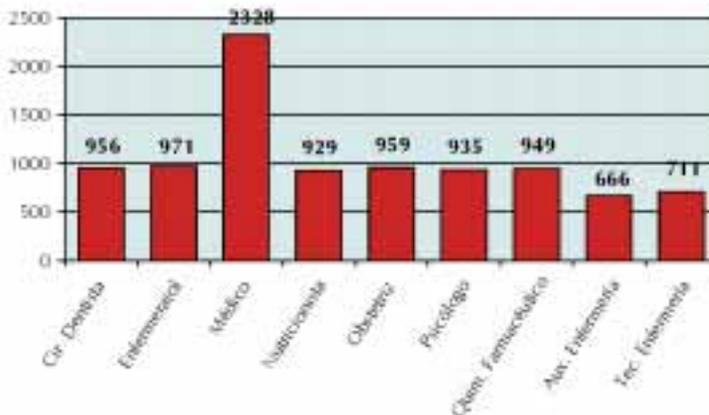
En el caso de ESSALUD, las remuneraciones son mayores en relación al MINSA. En el caso de los médicos (profesional P1), son casi 1.5 veces mayores y en el caso de los otros profesionales (P2), son 2.2 veces mayores.

**INGRESO REMUNERATIVO PROMEDIO POR GRUPO OCUPACIONAL  
ESSALUD - ABRIL 2005**

Grupo ocupacional	Niveles	Monto S/. (1)
Ejecutivo	E2	11,000
	E3	8,500
	E4	6,500
	E5	4,580
	E6	3,325
Profesional	P1	3,375
	P2	2,154
	P3	1,726
	P4	1,252
Técnico	T1	2,108
	T2	1,520
Auxiliar	A1	1,200
	A2	1,032

(1) Remuneración D.S. 018 + Bonificación D.S. 019

**REMUNERACIONES PROMEDIO DE LOS  
TRABAJADORES DEL MINISTERIO DE SALUD 2005**



### 2.3.2 INVERSIÓN EN CAPACITACIÓN.

En el Perú en la década pasada, principalmente a través de proyectos de cooperación externa como el Proyecto de Fortalecimiento de los Servicios de Salud (PFSS), el Proyecto 2000 (Py. 2000) y el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB), se desarrollaron importantes acciones de capacitación al personal de salud en actividad. Básicamente estos tres proyectos promovieron una oleada de capacitación muy fuerte en los 90 en el sector salud peruano.

Todo ese esfuerzo de capacitación lamentablemente no ha sido evaluado y no se ha comprobado su relación con mejoras en los procesos de trabajo de los establecimientos de procedencia de los capacitados, pero es evidente que ha heredado mayores capacidades al sector actual.

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

#### PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DE INVERSIÓN EN CAPACITACIÓN PROVENIENTE DE PROYECTOS DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA INTERNACIONAL

Proyecto	Duración	Programado (dolares)	Capacitación (soles)	Capacitación (dolares)
Fortalecimiento Institucional del MINSALUD-PERU	2002 - 2005	656,000.00	237,600.00	72,000.00
PARSALUD - Programa de Apoyo a la Reforma de Salud	2001-2005	14,408,526.91	4,420,500.00	1,339,545.45
AMARES ( Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su Aplicación en una Región del Perú)	2002-2007	5,241,825.90	906,334.00	274,646.67
Escuela de Consejería en Adicciones (ECAD).	2002-2005	97,484.63	42,913.00	13,003.94
Maternidad Segura	5 años 2001-2005	400,000.00	495,000.00	150,000.00
Supervivencia Crecimiento y Desarrollo Temprano	5 años 2001-2005	314,323.79	330,000.00	100,000.00
Proyecto Colaborativo para el Fortalecimiento de la Estrategia DOTS- PLUS	05 años 2001 - 2005	427,268.18	150,000.00	15,151.52

Proyecto	Duración	Programado (dolares)	Capacitación (soles)	Capacitación (dolares)
Atención de Calidad en Salud Sexual y Salud Reproductiva	04 años 2001-2004	68,513.33	0.00	0.00
Cobertura con Calidad	07 años 1996-2003 (1 año ampliación 2004)	1,029,714.07	354,778.00	107,508.48
VIGIA - Enfrentando a las Amenazas de Enfermedades Infecciosas Emergentes y Reemergentes	07 años 1998-2006	2,056,068.18	899,977.00	272,720.30
Programa de Apoyo a la Seguridad Alimentaria - PASA	2003-2004	1,988,126.06	65,000.00	19,696.97
<b>TOTAL</b>		<b>26,687,851.06</b>	<b>7,902,102.00</b>	<b>2,364,273.33</b>

Fuente: Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos - 2005

## 2.4 Rectoría: políticas y regulación de recursos humanos en salud

En este acápite revisaremos la rectoría y políticas nacionales de recursos humanos en salud, la gestión de recursos humanos, la regulación del ejercicio profesional y la regulación de la formación.

### 2.4.1 RECTORÍA Y POLÍTICAS NACIONALES DE RECURSOS HUMANOS: EL IDREH Y EL SISTEMA NACIONAL COORDINADO DESCENTRALIZADO EN SALUD.

En los Lineamientos de Política de Salud 2002 - 2012 del Ministerio de Salud se incluye la «Política de gestión y desarrollo de los recursos humanos con respeto y dignidad», donde se plantea:

- La política de salud promueve el desarrollo de los recursos humanos y la profesionalización de la gestión de los mismos con respeto a la persona humana y la dignidad de los trabajadores, y con una clara conciencia de que ellos son los principales agentes del cambio. La promoción de los recursos humanos profesionales y técnicos se fundamenta en la aplicación de un sistema de méritos, el respeto a la línea de carrera, remuneraciones idóneas y fomento de la solidaridad en el desempeño y en la organización para brindar un servicio de calidad y respeto al usuario. Para ello impulsa:

- El crecimiento planificado de la formación de personal de salud. Mediante la formación de una unidad especializada en el planeamiento y el desarrollo de los recursos humanos y de un sistema integrado de información sobre los recursos humanos.
- La priorización de la formación de médicos generales integrales con capacidad para desenvolverse con eficiencia en cualquier lugar del país y principalmente en los primeros niveles de atención.
- La protección de la línea de carrera del funcionario público del sector y la generación de una política de incentivos familiares, personales y profesionales.
- Un servicio rural y urbano marginal de salud con recursos suficientes que cumpla la función de vincular la práctica de los profesionales jóvenes con las necesidades de salud de la población.
- La formación y capacitación de los equipos de salud a distancia.
- Una política de capacitación permanente abierta a todos los profesionales y no profesionales que integran el sector.

Según la nueva Ley orgánica del Ministerio de salud (Ley N° 27657 de enero de 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.

En lo referido a recursos humanos, dentro de las competencias de rectoría, el artículo tercero establece que el MINSA se encarga «del análisis y regulación técnica de la prestación de servicios de salud, acreditación de establecimientos, certificación y recertificación del ejercicio de las profesiones de la salud.»

En el inciso 11 de este artículo se establece que «el MINSA diseña y norma los procesos organizacionales correspondientes en el ámbito de la gestión institucional y sectorial para lograr: la formación, asignación y supervisión de la calidad de los recursos humanos en salud».

Esta misma Ley del Ministerio de Salud, creó el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) con 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 de la Docencia, Atención de Salud e Investigación -CONADASI- del Consejo Nacional de Salud, del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud -SNCDS-, el cual deberá constituirse en un importante espacio de concertación y consenso entre los diferentes actores sociales en el campo de los recursos humanos.

El IDREH tiene la función de rectoría sectorial en el campo de los recursos humanos de salud, la misma que implica la formulación de políticas, 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.

A través del Comité correspondiente del Consejo Nacional de Salud del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS, creado por Ley N° 27813 del 12 de agosto de 2002), se han propuesto las siguientes políticas para el desarrollo de recursos humanos en salud <sup>28</sup>:

- Formación de RRHH de salud, con base en el modelo de atención integral de salud, el perfil epidemiológico y en concordancia con las necesidades del SNCDS, para contribuir a mejorar el nivel de salud de la población, particularmente la más excluida. Priorización de la formación de especialistas en Medicina general integral o de la familia, con capacidad para desenvolverse profesionalmente con eficiencia en cualquier lugar del país y principalmente en los primeros niveles de atención.
- Planificación estratégica de RRHH, con equidad, considerando el Modelo de Atención Integral de Salud, el perfil epidemiológico, las necesidades de la población y las condiciones de trabajo del personal de salud, contribuyendo al mejor funcionamiento de los servicios de salud.
- Gestión descentralizada de RRHH, como función de dirección de la gestión de servicios de salud, que reconoce la centralidad e integralidad de los recursos humanos en el desarrollo organizacional.
- Procesos eficientes y equitativos de capacitación para el desarrollo de las competencias requeridas del personal de salud, con el enfoque de educación permanente, contribuyendo al desarrollo organizacional, a la atención de la salud y al mejoramiento de la salud de las personas.
- Valoración de los agentes comunitarios de salud como actores sociales relevantes, del SNCDS, así como de su contribución a la salud y desarrollo, en el ámbito local, regional y nacional, en el marco de una visión compartida de la salud.
- Impulso a un nuevo marco normativo laboral integral en salud que considere el ingreso en base a perfiles ocupacionales por competencias, la promoción en base al mérito, las remuneraciones, beneficios e incentivos, con criterios de justicia y equidad.
- Mejorar las condiciones de trabajo, motivación y compromiso del trabajador, que contribuya a una nueva cultura organizacional y que viabilice la entrega de servicios de calidad.
- Impulsar una cultura institucional de concertación y negociación en las relaciones laborales, basada en el respeto y dignidad del trabajador y en el logro de la misión institucional.

<sup>28</sup> MINSÁ-CNS. Taller Sectorial de Políticas de Desarrollo de Recursos Humanos, MINSÁ, 2003.

## 2.4.2 GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

Tres aspectos importantes se abordan en este acápite: la gestión propiamente dicha (racionalización de personal, administración de personal, bienestar), la capacitación y la satisfacción de los trabajadores o usuarios internos.

### 2.4.2.1 Gestión de recursos humanos.

Adicionalmente a la creación del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), con funciones técnico normativas en el tema, el Ministerio de Salud tiene un conjunto de dependencias a nivel central y de las Direcciones Regionales de Salud que ven diversos componentes de los recursos humanos, sin coordinación entre ellas. Así, existen las oficinas de Personal, las de Desarrollo de Recursos Humanos, y las de Capacitación, principalmente.

#### DEPENDENCIAS MINSA RELACIONADAS CON GESTIÓN DE RRHH

Ámbito	Dependencia	Función
Planificación	Oficina Ejecutiva de Racionalización.	Racionalizar los recursos y el potencial humano.
Recursos humanos	Oficina Ejecutiva de Personal. Oficina de Desarrollo de Recursos Humanos. Oficina de Capacitación.	Planear, organizar, ejecutar, controlar y evaluar los procesos técnicos de administración de personal. Promocionar o ejecutar acciones de formación y capacitación.
Bienestar	Oficina Ejecutiva de Bienestar Social.	Programar, organizar y coordinar los servicios de bienestar que se brinden al personal del Ministerio.

### 2.4.2.2 Capacitación del personal de salud en actividad.

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

- El PFSS capacitó en gestión en salud a 15,036 funcionarios en el nivel directivo (21%) y operativo (79%).
- El Proyecto 2000 capacitó en salud materno infantil al personal de 65 establecimientos de salud en Lima, favoreció con becas para estudios de postgrado en salud pública y afines; se capacitó a 140 profesionales, 149 profesionales en tecnologías perinatales y a 3,900 agentes comunitarios de salud.

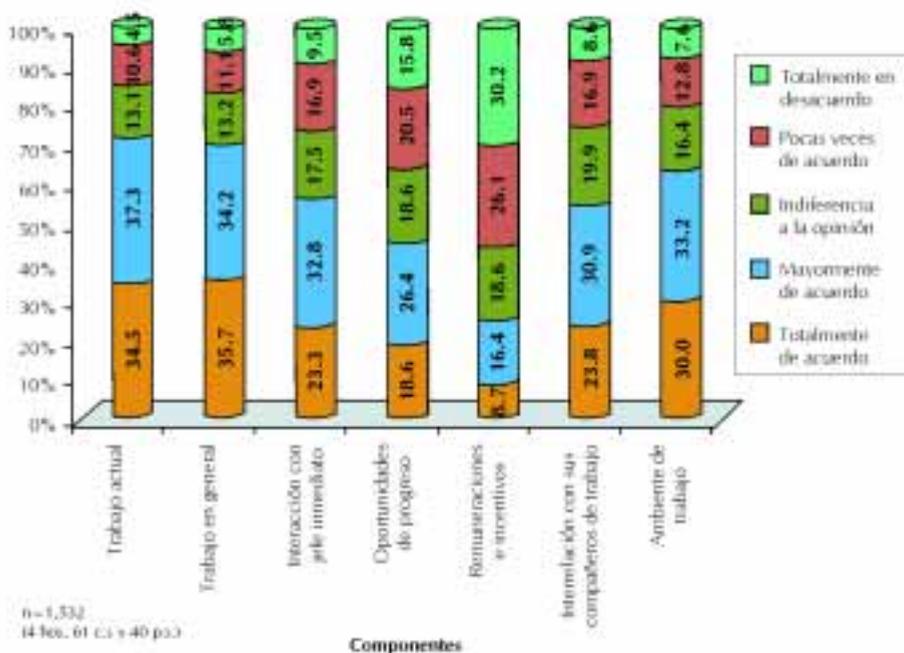
- El Proyecto Salud y Nutrición Básica capacitó acerca de 2,000 prestadores en temas básicos de atención integral y nutrición, capacitó a 743 prestadores y 749 agentes comunitarios de 235 establecimientos en la preparación de alimentos, los mismos que han llevado a cabo más de 1,100 sesiones demostrativas con población priorizada. Se capacitaron 788 agentes comunitarios en vigilancia de la salud y 1,073 promotores y 204 parteras en salud materno infantil, para las atenciones de baja complejidad, realizar seguimiento y consejería a familias y poblaciones en riesgo y organizar actividades educativo comunicacionales.

**2.4.2.3 Satisfacción de trabajadores.**

Un estudio del MINSA<sup>29</sup> sobre satisfacción de usuarios internos da cuenta de una satisfacción mayoritaria en aspectos como: trabajo actual, trabajo en general, interacción con el jefe inmediato, oportunidades de progreso, remuneraciones e incentivos, interrelación con compañeros de trabajo y ambiente de trabajo.

**SATISFACCIÓN DE USUARIOS INTERNOS MINSA, 2003**

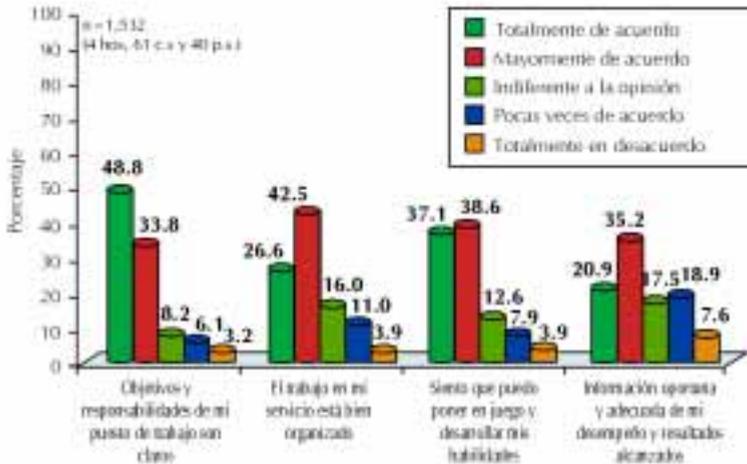
**RESULTADOS POR COMPONENTES, TOTAL GENERAL, OCT-DIC, 2002**



<sup>29</sup> Ministerio de Salud. Línea Basal de la Calidad en establecimientos del primer nivel de atención. Informe preliminar. Autoevaluación: 20 DISAs, Encuesta de Satisfacción Usuario Externo y Encuesta de Satisfacción Personal de Salud 25 DISAs. Lima, Enero de 2003.

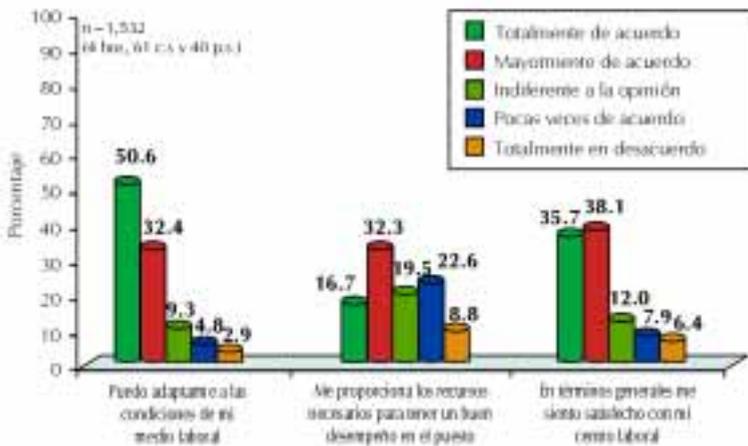
Si bien existe mayoritariamente satisfacción con el trabajo actual (71.8%), existen algunos aspectos con importante insatisfacción: el 26.5% opina que no existe información oportuna y adecuada del desempeño y resultados alcanzados, mientras que el 14.9% opina que el trabajo en su servicio no está bien organizado.

**PERCEPCIONES SOBRE EL TRABAJO ACTUAL, TOTAL GENERAL  
OCT-DIC, 2002**

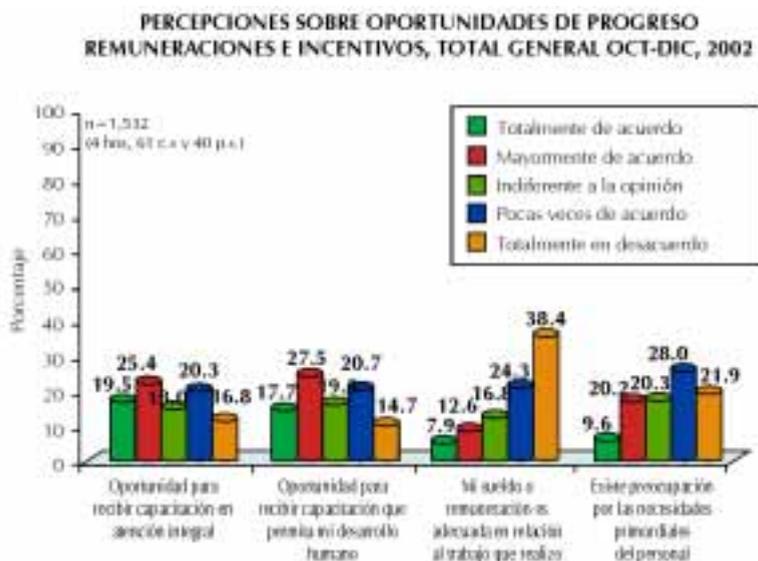


El 69.9% muestra satisfacción con el trabajo en general, pero existe un aspecto con importante insatisfacción: el 31.4% opina que no se le proporciona los recursos necesarios para tener un buen desempeño en el puesto.

**PERCEPCIONES SOBRE EL TRABAJO EN GENERAL  
OCT-DIC, 2002**



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



### 2.4.3 REGULACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD.

Tres aspectos importantes de la regulación del ejercicio profesional se tratan en este punto: el marco general y la legislación específica de profesiones de salud, la colegiación profesional y la recertificación profesional.

#### 2.4.3.1 El marco general y la legislación específica de profesiones en salud.

La Ley General de Salud (Ley N° 26842) promulgada el 09 de julio de 1997, actualmente vigente, establece en el capítulo I, denominado «Del ejercicio de las profesiones médicas y afines y de las actividades técnicas y auxiliares en el campo de la salud», lo siguiente:

- Para desempeñar actividades profesionales propias de la Medicina, Odontología, Farmacia o cualquier otra relacionada con la atención de la salud, se re-

quiere tener título profesional en los casos que la ley así lo establece y cumplir con los requisitos de colegiación, especialización, licenciamiento y demás que dispone la ley (Artículo N° 22).

- Las incompatibilidades, limitaciones y prohibiciones así como el régimen de sanciones aplicables a los profesionales a que se refiere el presente capítulo, se rigen por los Códigos de Ética y normas estatutarias de los Colegios Profesionales correspondientes (Artículo N° 23).

Adicionalmente, en el último período se produjo una legislación específica para las principales profesiones de salud, ampliando lo que sólo existía para los médicos a través de la Ley General de Trabajo Médico (Decreto Legislativo N° 559) promulgada en marzo de 1990 y reglamentada recién 11 años después, en julio de 2001, mediante el Decreto Supremo N° 024-2001-SA.

La legislación específica de las principales profesiones de salud incluye lo siguiente:

- Ley del Trabajo Médico, que en sus disposiciones generales establece como objetivo normar y regular el trabajo del Médico Cirujano, con matrícula vigente en el Colegio Médico del Perú, en todas las dependencias del sector público nacional y el sector privado en lo aplicable. Además aborda en su articulado la modalidad del trabajo asistencial en el sector público y la carrera médica y las remuneraciones.
- Ley de Trabajo de la Enfermera(o), que norma el ejercicio profesional de la Enfermera(o) colegiada(o) en todas las dependencias del sector público nacional, así como en el sector privado, en lo que no sea contrario o incompatible con el régimen laboral de la actividad privada. Además norma los aspectos relacionados con la responsabilidad y funciones de la enfermera, sus derechos y obligaciones, la estructura y niveles de carrera, la capacitación, perfeccionamiento y especialización, y la modalidad de trabajo.
- Ley de Trabajo de la Obstetriz que norma el ejercicio profesional de la Obstetriz colegiada y habilitada en todas las dependencias del sector público, así como en el sector privado, cualquiera sea la modalidad de la relación laboral, en lo que no sea contrario o incompatible con el régimen laboral de la actividad privada y, así mismo en el ejercicio libre de la profesión en cuanto le resulte aplicable a éste. Además norma los aspectos relacionados con funciones, derechos y obligaciones, jornada de trabajo, capacitación, perfeccionamiento y especialización, y niveles de la carrera.
- Ley del Trabajo del Cirujano Dentista, que norma el ejercicio profesional del Cirujano Dentista, colegiado y habilitado en todas las dependencias del sector público, en el sector privado y en el ejercicio liberal de la profesión en cuanto le resulte aplicable. Además norma los aspectos relacionados con la profesión y las funciones del Cirujano Dentista, de la carrera odontológica y de sus modalidades de trabajo.

## LEGISLACIÓN DE PROFESIONES DE SALUD

Denominación	Dispositivo Legal	Fecha
Ley de Trabajo Médico (LTM)	Decreto Legislativo N° 559	Marzo 1990
Reglamento de LTM	Decreto Supremo N° 024-2001-SA	Julio 2001
Ley de Trabajo de la Enfermera(o)	Ley N° 27669	Enero 2002
Ley de Trabajo de la Obstetrix	Ley N° 27853	Octubre 2002
Ley del Trabajo del Cirujano Dentista	Ley N° 27878	Diciembre 2002

**2.4.3.2 Colegiación profesional.**

La Constitución Política del Estado (1993) en su artículo N° 20° establece que «Los Colegios Profesionales son instituciones autónomas con personalidad de derecho público. La ley señala los casos en que la colegiación es obligatoria».

Para el ejercicio de las profesiones de salud la colegiación es un requisito indispensable para el ejercicio profesional, establecido por sus respectivas leyes. Se constituye en la licencia para ejercer la carrera.

De las cuatro principales profesiones de salud, están registrados en sus respectivos colegios 113,607 profesionales.

**NÚMERO DE PROFESIONALES COLEGIADOS 2003**

Profesionales	Nro
Médico	39567
Enfermera	39942
Obstetrix	18185
Odontólogo	15913

Fuente: IDREH - Colegio de Profesionales

De estas cuatro profesiones, los profesionales de Enfermería representan el 35.16% de colegiados, mientras que 34.83% corresponde a Médicos, 16.01% a Obstetrices y 14.01% a Odontólogos.



Fuente: Colegios Profesionales Médicos, Enfermeras, Obstetrices y Odontólogos

### **2.4.3.3 Recertificación profesional.**

La recertificación profesional sólo ha sido implementada por la profesión médica, como un proceso de autorregulación. Actualmente existen también esfuerzos de este tipo de autorregulación de parte los Colegios Profesionales de Enfermería, Obstetricia y Odontología, aún no documentados.

En 1997 el Colegio Médico del Perú inició la discusión de los principios generales de la recertificación y participó en una actividad convocada por el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) en el que se mostraron experiencias de Brasil, Argentina, Chile y Uruguay.

Posteriormente, en 1998, el Colegio Médico realizó dos Seminarios Nacionales y un Seminario Internacional sobre recertificación que sentaron las bases operativas del proceso: se nombró una Comisión Nacional de Recertificación y se aprobó el Reglamento de Recertificación Médica.

El Colegio Médico del Perú viene desarrollando desde el año 2000, un proceso de recertificación profesional orientado a conseguir que el país cuente con profesionales competentes, permanentemente actualizados, conscientes de su responsabilidad y sus deberes profesionales.

La recertificación, por otro lado, trata de minimizar los riesgos de una mala práctica, dando posibilidad al público de identificar al médico competente, constituyéndose en un instrumento que promete mayor eficiencia, efectividad y equidad en la atención de la salud.

Por definición, la recertificación es un procedimiento periódico de evaluación del conocimiento, destrezas y valores del médico, que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de condiciones previamente aceptadas y estandarizadas.

Se estructuró un sistema para que el médico pueda ser recertificado periódicamente. En el año 2003 de los aproximadamente 33 mil médicos hábiles, 11 mil a nivel nacional solicitaron su recertificación y cerca de 20,000 participaron en alguna actividad de educación permanente vinculada a la recertificación.

Es importante señalar que el proceso estuvo basado en la demostración documentaria de aprobación de cursos, no siempre relacionados con la labor real que realiza el médico. El CMP ha aprobado un nuevo Reglamento de Recertificación<sup>30</sup>, para introducir progresivamente la recertificación por competencias profesionales.

El artículo primero del nuevo reglamento señala: «El Colegio Médico del Perú, basado en las atribuciones que le otorga la ley, el estatuto y demás normas vigentes, administran un sistema de certificación y recertificación que permita - dentro de límites razonables- un nivel de competencia del profesional médico».

<sup>30</sup> Colegio Médico del Perú. Reglamento SISTCERE, 2004.

Los lineamientos estratégicos planteados son:

- La autorregulación como factor clave del proceso.
- La concertación multiinstitucional para viabilizar los procesos.
- Trabajar sistemáticamente.
- Recertificación médica voluntaria ligada a incentivos.
- Control social.
- Separar la provisión de la acreditación de cursos.
- Capacitar y especializar recursos humanos en gerencia de sistemas de regulación profesional.
- Establecer relaciones interinstitucionales e internacionales para homologar procesos.

#### **2.4.4 REGULACIÓN DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD.**

El cuarto lineamiento de Política Sectorial para el periodo 2002 - 2012 del Ministerio de Salud señala que:

«El desarrollo de los recursos humanos debe ser enfocado como una necesidad de todo el sector salud, para lo cual es indispensable determinar las necesidades nacionales y, en concordancia con ello, realizar una planificación concertada de formación y uso de recursos humanos».<sup>31</sup>

##### ***2.4.4.1 Regulación de la formación de pregrado.***

La regulación en la formación de pregrado sólo ha alcanzado de manera obligatoria a las Facultades o Escuelas de Medicina, existiendo actualmente esfuerzos de autorregulación de las Asociaciones de Facultades de Enfermería y de Obstetricia. La regulación de las Facultades de Medicina en el Perú se concretiza en la acreditación de las mismas.

La Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), fundada en 1964, fue la pionera en el país en el tema de la acreditación. El Primer Seminario de Acreditación de Facultades de Medicina, se desarrolló en Arequipa en 1992 bajo la organización de ASPEFAM y con la participación de todos los organismos involucrados en el sistema educativo, asesorados por la OPS. Luego de este esfuerzo inicial el tema mantuvo permanente vigencia en las principales Universidades con Facultades o Escuelas de Medicina. Fue en 1998

<sup>31</sup> Ministerio de Salud de Perú. Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002-2012 y Principios fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006.

que el Ministerio de Salud, acogiendo la preocupación expresada por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la Academia Nacional de Medicina, ASPEFAM y el Colegio Médico, convocó a un grupo de trabajo para que presente una propuesta de Ley de Acreditación de Facultades de Medicina.

El 12 de mayo de 1999 en la Comisión de Salud, Población y Familia del Congreso de la República, se sustentó el Proyecto de Ley 4391-98-CR, señalando la necesidad de racionalizar el número de Facultades de Medicina y el número de vacantes a ofertar anualmente, basado en el marco de la calidad de la educación médica y de todo lo avanzado en el tema de acreditación a nivel internacional. Incluida la propuesta en el debate parlamentario, se discutió luego la conformación del Comité de Acreditación (CAFME).

La institucionalización de la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina y creación de CAFME se hizo mediante la Ley N° 27154 del 11 de julio de 1999, cuyo objetivo es garantizar la calidad e idoneidad de la formación académico - profesional de los médicos y de la atención de salud a la comunidad.

La Comisión está 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. Es la encargada de la administración del proceso, su supervisión y evaluación permanente. Tiene como instituciones asesoras a la Asociación Peruana de Facultades de Medicina y a la Academia Nacional de Medicina.

La base legal del proceso está dado por la Ley Nro. 27154, que institucionaliza la acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (07/07/1999); el D.S. Nro. 005-2000-SA, Reglamento de Ley que institucionaliza la acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (27/12/2000); la R.S. Nro. 013-2001-SA, que establece los Estándares Mínimos para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (08/01/2001); y la R.M. 196-2002-SA/DM, Manual de Procedimientos de CAFME (16/01/02).

La Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina Humana quedó adscrita al Ministerio de Salud, con autonomía técnica y administrativa, y su presupuesto se cubre con las partidas presupuestales consignadas en los pliegos de las entidades del Estado involucradas en el proceso de acreditación, el aporte de las entidades acreditables y la colaboración de los organismos internacionales de cooperación.

El proceso, según CAFME,<sup>32</sup> se caracteriza por ser autónomo, impulsado por el nivel gubernamental, representativo, único, sin afán de lucro, obligatorio y autosuficiente.

Las áreas de acreditación son la organización académica, la curricula o currículo académico, los procedimientos de admisión, la plana docente, la prevención de riesgos de salud, la evaluación de las competencias adquiridas, las metodologías de evaluación y medición

<sup>32</sup> Víctor Carrasco Cortez. El proceso de acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina en México. Apreciación desde la experiencia peruana. Boletín CAFME Año II N° 4, Julio - Diciembre 2003.

del aprendizaje, la organización administrativa, los servicios académicos complementarios y la infraestructura física y equipamiento.

Los procedimientos y plazos para la acreditación establecen que las universidades con autorización de funcionamiento definitivo y Facultades o Escuelas de Medicina con una o más promociones de egresados (17 en total), deben solicitar su acreditación a CAFME. El período de acreditación es de cinco años.

Las universidades con autorización de funcionamiento definitivo con Facultades o Escuelas de Medicina sin egresados (09 a cargo de CAFME) y las universidades con autorización de funcionamiento provisional (02 a cargo del CONAFU), deben informar anualmente a CAFME o CONAFU, según corresponda, sobre el cumplimiento de estándares mínimos de acreditación de acuerdo al grado de desarrollo o implementación de la carrera.

#### RESULTADO PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LAS FACULTADES DE MEDICINA, ABRIL 2003

Resultado	FEM de Universidades públicas	FEM de Universidades privadas	Total de Facultades o Escuelas de Medicina
Acreditan	5	3	8
No Acreditan	8	1	9
Cumplen Ema (*)	0	7	7
No Cumplen Ema	3	1	4
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>28</b>

(\*) Cumplen estándares mínimos de acreditación para el grado de desarrollo de la carrera.

Fuente: Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina.

En abril de 2003 se emitieron los resultados del proceso de acreditación, en el cual participaron las 28 Facultades o Escuelas de Medicina (FEM) reconocidas.

En abril de 2003, sólo acreditaron 8 Facultades o Escuelas de Medicina. Luego de los plazos establecidos, en diciembre de 2003, las 17 Facultades de Medicina con una o más promociones de egresados lograron acreditar.

Actualmente se encuentra en pleno desarrollo la verificación del mantenimiento de estándares a medio período de la vigencia del certificado de acreditación.

#### 2.4.4.2 Regulación de la formación de especialistas.

El residente médico tiene un organismo coordinador, el Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME), que está compuesto por un representante de cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud, que actualmente son seis: MINSA, ESSALUD, Sanidad Naval, Sanidad Militar, Sanidad FAP, Sanidad PNP (llamadas sedes docentes) y

por los Directores de las Escuelas, Secciones o Unidades de Post Grado de las Facultades de Medicina de las diez universidades que ofertan estos programas, un representante del Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú, un representante de la Asociación Nacional de Médicos Residentes del Perú, el Jefe del IDREH, y el Presidente de la Asociación de Facultades de Medicina (ASPEFAM).

CONAREME tiene 4 comisiones: acreditación, admisión, estándares mínimos de formación y normas legales. Son dos grandes procesos que lleva adelante el Comité Nacional: uno es el proceso de admisión y otro es el proceso de acreditación. Ambos procesos se orientan bajo un plan estratégico que fue aprobado en el año 1999.

CONAREME es el responsable de programar las plazas en el Sistema Nacional de Residentado Médico, para lo cual recibe de las instituciones prestadoras el número de plazas en términos de presupuestos asignados para cada año, y la distribución por universidades, por especialidades, por hospitales, por modalidades, buscando generar propuestas de consenso.

CONAREME se financia con una cuota que aportan los postulantes de 170 soles por única vez en el proceso de admisión y tiene un órgano que fiscaliza la ejecución del fondo, que informa regularmente.

Hasta el año 2000 CONAREME sólo era un administrador de vacantes, se reunía sólo dos veces al año para programar las vacantes; a partir de este año, en concordancia con el plan estratégico aprobado, se planteó asumir plenamente las funciones que la norma establece para generar y garantizar el proceso de formación de especialistas de calidad conforme a las necesidades del país.

El 30 de noviembre de 2004 se aprobó el nuevo reglamento del Sistema Nacional de Residentado, que produjo algunas modificaciones como la eliminación el puntaje por asistencia a cursos, congresos y trabajos de investigación que contemplaba el reglamento anterior. Asimismo, ha fijado el examen de conocimientos en 80% del puntaje total, y ha establecido como requisito indispensable la certificación en programas informáticos y el idioma inglés. Sin embargo, no se han especificado los derechos laborales de los residentes.

#### **2.4.4.3 Regulación de la formación técnica en salud.<sup>33</sup>**

El Ministerio de Educación define las políticas y orienta las estrategias de la Educación Profesional Técnica. Para definir los perfiles profesionales, así como para elaborar y ofrecer información sobre la oferta y demanda laboral y educativa debe coordinar con el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, otros ministerios y organismos representativos del sector empresarial. No siempre sucede así.

El Ministerio de Educación aprueba los perfiles profesionales y los elementos básicos del currículo de Educación Profesional Técnica. Cada centro de Educación Profesional Técnica

<sup>33</sup> Meloni, Augusto. Regulación en grupos profesionales y técnicos a nivel del sector salud. Lima, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), marzo del 2005.

elabora los currículos de las especialidades que imparte considerando los requerimientos laborales en su ámbito de acción, el desarrollo del conocimiento, las características del estudiante y su proyecto institucional.

La Dirección Nacional de Educación Secundaria y Superior Tecnológica es el órgano de línea del Ministerio de Educación, encargado de normar, supervisar y evaluar las actividades de carácter técnico pedagógico desarrolladas en los Institutos Superiores Tecnológicos públicos y privados.

En el marco de la Ley de Bases de la Descentralización N° 27783, sobre competencias compartidas con los Gobiernos Regionales, las Direcciones Regionales de Educación son las encargadas de la gestión de los servicios educativos.

## 2.5 Organizaciones profesionales y conflictividad

### 2.5.1 ORGANIZACIONES PROFESIONALES DE SALUD.

La información nacional y el reporte anual que viene haciendo Julio Scavino con auspicio de la OPS<sup>34</sup> permiten reseñar un cuadro de las principales organizaciones profesionales de salud del Perú.

#### 2. 5.1.1 Organizaciones de profesionales de Enfermería y Obstetricia.

##### ■ Colegio de Enfermeros del Perú (CEP).

Fundado el 17 de octubre de 1978 por DL 22315, como entidad autónoma de derecho público interno representativo de la profesión de Enfermería en el país, cuyo fin principal es mantener la permanente vigilancia de la ética y deontología profesional.

El Colegio debe velar y regular el ejercicio profesional de Enfermería, que en Perú es una profesión de colegiación obligatoria.

A junio de 2001, existían 35,119 enfermeras colegiadas, de ellas 4,111 sumaban las fallecidas y aquellas que habían solicitado certificado para ejercer fuera de Perú. Aquel año el Colegio realizó un censo nacional, siendo efectivamente censadas 21,820 profesionales (70,36% de las 31,008 que se esperaba).

Según resultados del censo, el 94,7% de los profesionales de Enfermería son mujeres y 5,3% son hombres. El censo mostró que en ese momento había 17,073 profesionales

<sup>34</sup> Scavino, Julio. Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas. Documento técnico de diagnóstico y análisis del panorama de las organizaciones profesionales y sindicales en la Región de las Américas. Actualización 2004. Montevideo, OPS, febrero de 2005.

trabajando en el sector público, 1,992 en el privado y 315 en ambos sectores. Mostró así mismo que 1,257 de las enfermeras censadas (5.8%) estaban desempleadas y el 98% de las que trabajaban estaban subempleadas, (aplicando el concepto de «subempleo por ingresos»: ocupados que laborando un número de horas igual o mayor al normal, obtiene ingresos menores al considerado como adecuado).

En los últimos tiempos el Colegio apoyó las demandas de la Federación de Enfermeros del Perú en relación al nombramiento de las enfermeras contratadas en el MINSA, formando parte de la Coordinadora Nacional de los gremios de profesionales no médicos, conformada por Colegios y Federaciones para abordar conjuntamente este tema.

#### ■ **Federación de Enfermeros del Perú (FEP).**

Esta organización se crea el 28 de marzo de 1963. Está integrada por el Sindicato de Enfermeras de ESSALUD, el Sindicato de Enfermeras del Ministerio de Salud, de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, así como por los recientemente creados Sindicatos Nacionales de Enfermeras de la Sanidad del Ejército y de las Enfermeras de la Marina de Guerra del Perú; así mismo por Asociaciones de Enfermeras de clínicas particulares.

Las enfermeras peruanas se afilian a la Federación a través de sus diferentes sindicatos o asociaciones; actualmente son alrededor de 15,000 afiliadas.

Entre sus fines figuran la defensa de sus derechos laborales, sociales y económicos, lo que generalmente hace apoyando a las organizaciones miembros de la Federación en sus respectivas demandas institucionales.

La Federación es miembro del Consejo Internacional de Enfermería (CIE).

#### ■ **Sindicato Nacional de Enfermeras del Seguro Social de Salud (SINESSS).**

Fue fundada el 18 de octubre de 1977. Es la organización sindical de las enfermeras del Seguro Social (ESSALUD) y cuenta en sus padrones con unas 6,500 afiliadas (90% de las enfermeras que se desempeñan en el ente).

Integra la Confederación General de Trabajadores del Perú (CGTP), que es miembro de la FSM, y está afiliado al secretariado profesional Union Network Internacional (UNI) de CIOSL.

El 10 de abril de 2003 y luego de 10 días de huelga, medida que había sido declarada «indefinida» por el SINESSS, el Seguro Social y el sindicato acordaron aumentos salariales, lo cual permitió zanjar el conflicto.

Las demandas durante el año 2004 y parte del 2005 estuvieron dirigidas a conseguir un cambio de nivel dentro del escalafón de la Seguridad Social, pasando de Profesional 3 a Profesional 2, lo que implica diferencia en competencias, responsabilidad y remuneraciones, lo cual fue logrado.

### ■ **Sindicato Nacional de Enfermeras del Ministerio de Salud (SNEMS).**

Se crea en el año 1988 y agrupa a enfermeras nombradas que laboran en las diferentes instancias o establecimientos del MINSA.

Durante el año 2004 exigieron mejoras salariales y el presente año 2005 acaban de finalizar una huelga nacional de 36 días demandando entre otros puntos la homologación de sus haberes con los de las enfermeras de ESSALUD.

### ■ **Colegio de Obstetricas del Perú (COP).**

Creado por DL 21210 el 15 de julio de 1975, es una entidad autónoma y representativa de las profesionales obstétricas en todo el territorio de la República. Encargado de velar porque el ejercicio profesional se realice con sujeción al Código de Ética Profesional.

La colegiación es requisito indispensable para el ejercicio de la profesión de Obstetrix en todo el territorio nacional.

En los últimos años ha tenido activa intervención en la consecución de la Ley de Trabajo del Profesional Obstetrix / Obstetra. Durante el año el año 2004 realizaron un paro de 24 horas en demanda de mejoras salariales y el nombramiento de quienes trabajan en calidad de contratados.

#### **2.5.1.2 Organizaciones de profesionales médicos.**

### ■ **Colegio Médico del Perú (CMP).**

El Colegio Médico del Perú (CMP), fue creado por la Ley 15.173 del 11 de agosto de 1964 como entidad autónoma de derecho público interno.

La institución tiene entre sus cometidos reparar en que el ejercicio de la profesión se desarrolle dentro de las normas del Código de Ética y Deontología, propender que la medicina y los médicos peruanos desempeñen la función social que les corresponde contribuyendo al desarrollo de la colectividad, «contribuir al adelanto de la medicina, y a la defensa y desarrollo de la vida, la salud y seguridad social, individual y colectiva», asegurar la protección social del médico peruano y su familia y fomentar la excelencia en el ejercicio de la profesión.

En 1996 esta organización aseguraba contar con 27,692 médicos registrados. El Colegio suele respaldar las demandas de la Federación Médica Peruana (FMP), entidad que viabiliza las reivindicaciones del gremio.

En abril de 2003 apoyó un paro médico organizado por la FMP. En un comunicado en el que fijó su posición sobre la movilización, el Colegio solicitó al gobierno «la inmediata nivelación de sueldos de los médicos, al nivel de los médicos latinoamericanos, teniendo en cuenta que vienen percibiendo la misma remuneración desde hace más de una década.»

### ■ **Federación Médica Peruana (FMP).**

Fundada en 1949, la Federación Médica Peruana (FMP) se la considera como la «máxima institución gremial» del cuerpo médico y cuenta en sus filas entre 5,000 y 6,000 afiliados.

Las bases de la Federación son la Asociación Nacional de Médicos del Ministerio de Salud (ANMMS) presidida por Rafael Deustua Zegarra, la Asociación Médica del Seguro Social del Perú (AMSSOP) que preside Melchor Gutarra Álvarez, la Asociación Nacional de Médicos Residentes del Perú (ANMRP), la Asociación Nacional de Médicos Contratados y las Asociaciones de Médicos Retirados del Ministerio de Salud y del Seguro Social.

En abril de 2003, la FMP realizó un paro de 24 horas y anunció más medidas, en demanda de incrementos salariales al nivel de los registrados en la región y otras demandas (14 en total) emanadas de su asamblea nacional ampliada.

Las demandas estaban referidas a «bajos sueldos, postergación del nombramiento de los médicos contratados y negación de derechos sociales elementales de los médicos contratados por servicios no personales, entre otros graves problemas que reclaman urgente solución».

#### **2.5.1.3 Organizaciones de trabajadores.**

Los sindicatos de trabajadores más representativos del sector salud integran la CGTP y la CTP. La CGTP es la más grande central sindical peruana, afiliada a la Federación Sindical Mundial (FSM), si bien el volumen de sindicalizados se ha empequeñecido bastante en los últimos 15 años.

### ■ **Federación Unitaria de Trabajadores del Sector Salud (FENUTSSA).**

Es la agrupación nacional que representa a los trabajadores del Ministerio de Salud. Cuenta con 60,000 afiliados en sindicatos organizados en todo el país, no tiene convenio colectivo por lo que negocia en forma directa.

Sus miembros son básicamente personal no médico, aunque en los sindicatos de provincias, integran profesionales médicos en sus filas.

Es uno de los mayores gremios de la Confederación General de Trabajadores del Perú (CGTP) y desde el XI Congreso que se realizó entre el 23 y 26 de agosto de 2001, ocupa una de las vicepresidencias de esa organización.

### ■ **Federación Centro Unión de Trabajadores de ESSALUD (FEDCUTESSALUD).**

Es la organización sindical de trabajadores del Seguro Social (ESSALUD) y representa a funcionarios no profesionales y profesionales, incluidos los médicos. Creada el 8 de agosto de 1945, la Federación cuenta con 11,000 afiliados, agremiados en 130 sindicatos de base en todo el país y no tiene convenio colectivo.

A nivel nacional, está afiliada a la Confederación de Trabajadores del Perú (CTP), central sindical afín al socialdemócrata Partido Aprista Peruano (PAP). A nivel internacional esta Federación está afiliada al secretariado profesional Union Network Internacional (UNI) de CIOSL.

Tiene una secretaría de cultura que se encarga de la formación sindical de sus cuadros y no imparte capacitación profesional.

A fines de setiembre, este gremio anunció que iría a la huelga a partir del 15 de octubre en demanda de una extensa plataforma.

### 2.5.2 CONFLICTIVIDAD EN EL SECTOR SALUD.

Según Scavino en la Región de las Américas se desarrollaron 64 huelgas de alcance nacional en el sector salud el año 2004. Al igual que en 2003 pero en distinto orden, los países donde se realizaron más huelgas en 2004 fueron República Dominicana (13), Bolivia (12) y Perú (11). En estos tres países se concentró el 56,80% de las huelgas ocurridas en la región en 2004.

El 81,25% de las demandas que motivaron las huelgas estaban referidas a temas relativos a la economía política del sector, en particular al incremento de salarios y otros beneficios y al reclamo de mayor presupuesto para el sector salud de los países. La oposición a las reformas sectoriales fue el principal motivo de 10,94% de las huelgas. Demandas referidas a la gestión de las instituciones (pedidos de renuncia, exigencias de restituciones de jerarcas o funcionarios, rechazo a sanciones, renunciaciones, y otros asuntos), fueron el principal motivo del 3,12% de las huelgas. Como ya se ha visto anteriormente, en el caso peruano las reivindicaciones más fuertes fueron demandas salariales, nombramientos de contratados y concursos idóneos.

#### HUELGAS POR PAÍS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS, 2004

**Conflicto de alcance nacional en salud en las Américas, 2004.**  
Cantidad de huelgas por país. % sobre el total

País	cantidad de huelgas	%
R. Dominicana	13	20.30
Bolivia	12	18.73
Perú	11	17.17
Ecuador	6	9.40
Honduras	6	9.40
Nicaragua	5	7.80
Uruguay	5	7.80
Chile	3	4.70
Brasil	2	3.10
México	1	1.60
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100.00</b>

La conflictividad protagonizada por las organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud (OPTS) de Perú, fue un componente destacado en la movilización social y en particular entre las organizaciones gremiales del Estado, pues se pasó de 6 a 11 conflictos de alcance nacional del 2003 al 2004.

Nueve huelgas de alcance nacional afectaron parcial o totalmente los servicios de salud (excepto la atención de emergencias) y fueron convocadas en demanda de mejoras salariales, incremento del presupuesto del sector, contratación permanente de personal que se desempeña por acuerdos a término. También hubo paros regionales y a nivel de centros asistenciales. Los resultados alcanzados por las organizaciones fueron aceptables para ellas, aún cuando el Parlamento del Perú votó una ley que impedía dar aumentos de salario a los funcionarios públicos.

La Federación Médica Peruana (FMP), la Asociación Nacional de Médicos del Seguro Social Peruano (ANMSSOP), el Sindicato Nacional de Enfermeras del Seguro Social de Salud (SINESSS) y el Sindicato de Trabajadores de EsSalud (CUTESSALUD) protagonizaron las mayores huelgas registradas en 2004.

La equiparación de los niveles salariales entre categorías que se desempeñan en ámbitos diferentes del sistema parece actuar como un disparador de la conflictividad en el sector y no se observa que los «empleadores» tengan una estrategia común para encauzar ordenadamente la demanda.

La conflictividad en salud se da casi exclusivamente en el sector estatal. Las organizaciones sindicales de funcionarios públicos se vieron beneficiadas este año por la aprobación de un decreto que reguló su registro, lo que ordenó su situación legal.

**CANTIDAD DE HUELGAS POR PAÍS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS, 2003-2004**

**Conflictividad de alcance nacional en salud en la América, 2004.  
Cantidad de huelgas por país 2003-2004**

País	2003	2004
Bolivia	12	12
Brasil	0	2
Chile	2	3
Colombia	3	0
Ecuador	2	6
El Salvador	3	0
Guatemala	3	0
Honduras	3	6
Nicaragua	2	5
México	0	1
Panamá	1	0
Perú	6	11
Uruguay	2	5
República Dominicana	4	13
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>64</b>

El detalle de los conflictos de alcance nacional en salud en el Perú es el siguiente:

- Organización involucrada: Federación Médica Peruana (FMP).  
Plataforma: en demanda de mejoras salariales, incremento del presupuesto para el sector.  
Acción: huelga 22 días.  
Inicio: 12.04.2004 / Final: 02.05.2004.
- Organización involucrada: CUTESSALUD.  
Plataforma: en demanda de mejoras salariales.  
Acción: huelga 31 días.  
Inicio: 20.04.2004 / Final: 20.05.2004.
- Organización involucrada: Sindicato Nacional de Enfermeras del Seguro Social de Salud (SINESSS).  
Plataforma: en demanda de incrementos salariales, homologaciones de sueldos, ascensos en el escalafón y mejoramiento de las condiciones materiales de trabajo.  
Acción: huelga 13 días.  
Inicio: 03.05.2004 / Final: 16.05.2004
- Organización involucrada: Sindicato Nacional de Enfermeras/os del MINSA (SINEMINSA).  
Plataforma: equiparación de salarios a los de colegas de Essalud y nombramiento de 3500 enfermeras, reunión con ministra de Salud.  
Acción: paro 72 horas.  
Inicio: 04.05.2004 / Final: 06.05.2004.
- Organización involucrada: Sindicato de tecnólogos de ESSALUD.  
Plataforma: incrementos salariales, homologación, pago de guardias.  
Acción: huelga 24 días.  
Inicio: 04.05.2004 / Final: 28.05.2004
- Organización involucrada: Coordinadora Nacional de Gremios de los Colegios Profesionales de Salud.  
Plataforma: mejoras salariales y condiciones de trabajo.  
Acción: paro 24 horas.  
Inicio: 24.05.2004 / Final: 24.05.2004.
- Organización involucrada: Asociación Médica del Seguro Social del Perú (AMSSOP).  
Plataforma: en demanda de incrementos salariales pactados en junio de 2004 y derogación de ley que prohíbe incremento de sueldos públicos en 2004.  
Acción: huelga 4 días.  
Inicio: 06.07.2004 / Final: 09.07.2004.
- Organización involucrada: AMSSOP  
Plataforma: en rechazo a sanciones impuestas a un colega.

- Acción: paro 48 horas.  
Inicio: 29.09.2004 / Final: 30.09.2004.
- Organización involucrada: Sindicato Nacional de Enfermeras/os del MINSA (SINEMINSA).  
Plataforma: equiparación salarial con ESSALUD y 3.500 nombramientos.  
Acción: paro 72 horas.  
Inicio: 08.11.2004 / Final: 10.11.2004.
  - Organización involucrada: Colegio de Obstetras del Perú (COP).  
Plataforma: en demanda de mejoras salariales y reconocimientos laborales.  
Acción: paro 48 horas.  
Inicio: 24.11.2004 / Final: 25.11.2004.
  - Organización involucrada: FMP.  
Plataforma: exigen pago de aumentos salariales acordados y homologación salarial con ESSALUD.  
Acción: paro 48 horas.  
Inicio: 25.11.2004 / Final: 26.11.2004.



## Capítulo 3

---

# INTERVENCIONES PRIORIZADAS PROPUESTAS



## Estrategias de desarrollo de recursos humanos en salud en el Perú

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

La evolución de los cinco desplazamientos ha generado un campo desestructurado de recursos humanos, que pone en el orden del día el tema de su gobernabilidad, y ha llegado al límite en el cual la precarización laboral pone en conflicto directo el desempeño con el desarrollo humano. De ahí la opción general de política propuesta de gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano.

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

El sector salud puede recuperar la gobernabilidad del campo de recursos humanos y formular e implementar una nueva política de mejor desempeño con desarrollo humano, pese a la escasez fiscal. La nueva política se propone paulatinamente reequilibrar el campo de recursos humanos, en la relación entre el mundo del trabajo y el de la formación; a su vez dentro de estos dos mundos, entre la cantidad y la calidad en la formación, y entre los sueldos y condiciones laborales - el régimen laboral - y el desempeño. Todavía no estamos en la situación de países con tales niveles de descontrol de sus campos de recursos humanos, que se proponen regular la importación y exportación de profesionales.

Esto supone evidentemente, una conducta proactiva. Por eso proponemos, como estrategias adicionales, las de gobernar la educación desde las plazas ofertadas y sus perfiles; relanzar con nuevas características la acreditación y generalizarla para todos los pregrados,

especializaciones y postgrados en salud; formular concertadamente la segunda reforma universitaria en salud; asumir los nombramientos de contratados como parte de un nuevo régimen de premiación del mejor desempeño; abrir el diálogo y la concertación nacional y sectorial sobre los graves problemas existentes sobre recursos humanos y sus enormes potencialidades para el desarrollo; concertar sectorialmente el requerimiento, siempre permanente, de un mayor espacio fiscal para salud.

Para resumir las propuestas hemos intentado ordenar primero la relación entre los 5 desplazamientos, los grupos de problemas y las intervenciones priorizadas.

En base a este ordenamiento pasaremos a resumir las estrategias en cinco subcampos, recogiendo y ampliando lo desarrollado por el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH)<sup>35</sup>.

1. Estrategias para la gobernabilidad del campo de recursos humanos
2. Redistribución y promoción de la equidad.
3. Estrategias de mejora de las condiciones y relaciones laborales, la capacitación y la satisfacción con el trabajo.
4. Estrategias para la formación pertinente y de calidad de los recursos humanos en salud.
5. Estrategias para el manejo de conflictos laborales.

<sup>35</sup> Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (IDREH). Lineamientos de Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Perú - setiembre 2004.

Características del nuevo ciclo largo del campo de los RRHH	Problemas relacionados a los procesos y resultados del Sistema de Recursos Humanos en Salud	Intervenciones propuestas
Dislocamiento entre el mundo del trabajo y el mundo de la formación en salud.	Problemas relacionados con el ámbito de formación y capacitación.	Oferta masiva de formación de pregrado en salud inducida por amplia demanda.
		Aumento de la demanda por especialización como mecanismo de inserción en mejores condiciones en el mercado laboral.
La revolución de las capacidades del personal de salud y su viraje a la educación permanente y los postgrados.		Aumento excesivo de la oferta de formación técnica en salud como negocio privado.
		Desregulación de la formación profesional y acreditación parcial.
	Desregulación de la formación técnica en salud.	
	Debilitamiento de la capacitación en servicio.	
Serio debilitamiento de la rectoría, en un contexto de ausencia de un punto de equilibrio del sistema de recursos humanos.	Problemas relacionados con el ámbito de la rectoría.	Débil rectoría del campo de recursos humanos.  Abrir el diálogo y la concertación nacional y sectorial sobre los graves problemas existentes sobre recursos humanos y sus enormes potencialidades para el desarrollo. Formulación participativa de políticas de gestión y desarrollo de RHS.





Características del nuevo ciclo largo del campo de los RRHH	Problemas relacionados a los procesos y resultados del Sistema de Recursos Humanos en Salud	Intervenciones propuestas	
	Gobernabilidad del campo de recursos humanos. Problemas relacionados con disponibilidad, distribución no equitativa y migraciones.		Gestión integrada y descentralizada de RHS. Investigación - acción en gestión y desarrollo de RHS. Fortalecimiento institucional IDREH.
		Legislación fragmentada de las prof. de salud.	Impulso a un nuevo marco normativo laboral integral en salud.
		Autorregulación profesional, a falta de regulación profesional.	Generalización de la acreditación y certificación como herramientas de regulación y respaldo estatal a los mecanismos de autorregulación.
		Distribución inversa entre recursos humanos y situación de salud.	Planificación estratégica de recursos humanos en salud.
		Migración de profesionales en aumento.	Regulación de las vacantes universitarias conforme a la demanda de los servicios.
		Aumento de recursos humanos y distribución centralista y no equitativa.	Establecer incentivos para el trabajo en salud en zonas con mayores necesidades de salud. Valoración de agentes comunitarios de salud.
		Distribución institucional inadecuada de recursos humanos.	Planificación estratégica de recursos humanos en salud.
		Perfiles prof. y especialidades se desarrollan sin responder integralmente a las necesidades sanitarias y nuevo modelo de atención.	Elaboración de instrumentos de formulación de perfiles profesionales con el enfoque de competencias.

Características del nuevo ciclo largo del campo de los RRHH	Problemas relacionados a los procesos y resultados del Sistema de Recursos Humanos en Salud		Intervenciones propuestas
Un nuevo nivel de demanda efectiva en base a un mayor rendimiento.	Problemas relacionados con el ámbito del trabajo.	Flexibilización y precarización crecientes.	Mecanismos de relación laboral para un trabajo decente y productivo, aumentando la satisfacción de usuarios internos.
Cambio del régimen laboral, la afectación del status de las profesiones de salud y el retorno de la conflictividad laboral.		Remuneraciones bajas y diferenciadas institucionalmente.	Impulso a un nuevo marco normativo laboral integral en salud.
		Subempleo creciente de los profesionales de salud.	Concertación sectorial para requerimiento de mayor espacio fiscal para salud.
		Insatisfacción del personal de salud con aspectos importantes del trabajo.	Concertación sectorial para requerimiento de mayor espacio fiscal para salud.
		Alta conflictivi. laboral.	Procesos de concertación y negociación.

## 1. Estrategias para la gobernabilidad del campo de recursos humanos

### **1.1 Diálogo y concertación nacional y sectorial sobre los graves problemas existentes sobre recursos humanos.**

- Abrir el diálogo nacional sobre el tema desde el sector, vía un programa de comunicación especial y una conferencia sectorial.
- Convocar a la conformación de un Consejo Consultivo Nacional sobre recursos humanos en salud.
- Promover la formulación del proyecto de segunda reforma universitaria en salud, en el marco de la nueva política nacional y plan maestro de recursos humanos en salud.

### **1.2 Formulación participativa de políticas de gestión y desarrollo de RHS.**

- Incorporar a principales actores sociales en la formulación e implementación de políticas de RHS.
- Consolidar la función rectora del IDREH en las políticas, gestión y desarrollo de RHS.
- Promover la aprobación de la política nacional y plan maestro de RRHH en salud.
- Desarrollar competencias del personal del IDREH en formación de políticas de RHS.

### **1.3 Planificación estratégica de recursos humanos en salud.**

Planificación estratégica de recursos humanos, con equidad, acorde al Modelo de Atención Integral de Salud, el perfil socio-demográfico y epidemiológico, considerando las necesidades de la población y las condiciones de trabajo del personal de salud, contribuyendo al mejor funcionamiento de los servicios de salud. Esto implica:

- Promover e implementar el sistema de información de los recursos humanos de salud, necesario para impulsar el sistema nacional coordinado y descentralizado de salud.
- Fortalecer espacios de concertación, desarrollando procesos consensuados de formulación de políticas y planificación de recursos humanos, coherentes con el MAIS, y el SNCDS.
- Establecer un sistema de selección de personal y provisión de plazas que responda a las necesidades del MAIS y el SNCDS.

- Promover mecanismos que garanticen la permanencia del trabajador de salud en puestos y centros en poblaciones de mayor pobreza.
- Promover la participación de instituciones prestadoras de servicios de salud, universidades, colegios profesionales y el subsector privado en la evaluación y reorientación del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud -SERUMS- hacia un nuevo servicio de salud comunitaria, cuya finalidad esté encaminada al desarrollo y fortalecimiento del primer nivel de atención, con la estrategia de atención primaria de salud y con recursos humanos de salud competentes.
- Optimizar y orientar la captación y la gestión de los recursos financieros públicos y privados para la implementación del servicio civil comunitario, en función a las prioridades sanitarias.

#### **1.4 Gestión integrada y descentralizada de RHS.**

Gestión descentralizada de recursos humanos, como función de dirección de la gestión de servicios de salud, que reconoce la centralidad e integralidad de los recursos humanos en el desarrollo organizacional. Esto implica:

- Desarrollar el proceso de construcción colectiva de un nuevo marco conceptual del desarrollo de recursos humanos, con entidades formadoras, prestadoras, ONGs y sociedad civil organizada.
- Implementar y desarrollar el subsistema de gestión descentralizada de recursos humanos en el marco de un Sistema Nacional de Salud unitario y descentralizado.
- Implementar mecanismos que movilicen recursos financieros y hagan factible la gestión descentralizada de los recursos humanos.
- Profesionalizar la gestión del desarrollo de los recursos humanos en salud.
- Promover el enfoque multidisciplinario en la conducción del desarrollo de los recursos humanos del SNCDS.

#### **1.5 Investigación- acción en gestión y desarrollo de RHS.**

- Establecer y realizar conjuntamente con instituciones académicas, las líneas de investigación en el campo de RHS.
- Promocionar la investigación - acción en el campo de recursos humanos en las DISAs.
- Conformar un fondo de investigaciones en RHS para la asignación eficiente de los recursos.

- Conformar contrapartes calificadas en el IDREH para el seguimiento de las investigaciones o su realización.

### **1.6 Fortalecimiento institucional del IDREH.**

- Desarrollar competencias de conducción, planificación y gerencia de RRHH en el equipo IDREH.
- Articular el trabajo de las diferentes unidades del IDREH.
- Mejorar la ejecución presupuestal y establecer nuevos mecanismos de generación de ingresos.
- Canalizar y ordenar la cooperación técnica internacional en el área de RHS.
- Procesar una evaluación de la mejor solución a la multiplicidad de dependencias relacionadas con la gestión de recursos humanos.

## **2. Estrategias de redistribución y promoción de la equidad.**

### **2.1 Establecer incentivos para el trabajo en salud en zonas con mayores necesidades de salud.**

- Cumplimiento de los dispositivos legales que establecen bonificaciones al personal de salud que labora en zonas de menor desarrollo.
- Reorientar procesos de captación de personal, dirigido a priorizar las zonas con mayores necesidades.
- Fortalecer y extender el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS).

### **2.2 Valoración de agentes comunitarios de salud.**

Valoración de los agentes comunitarios de salud como actores sociales relevantes del Sistema Nacional Coordinado Descentralizado de Salud SNCDS, así como su contribución a la salud y desarrollo, en el ámbito local, regional y nacional, en el marco de una visión compartida de la salud. Esto implica:

- Concertar y normar el reconocimiento del agente comunitario (perfil y mecanismos de selección y renovación) como actor social del SNCDS.
- Concertar con las organizaciones comunales, mecanismos que faciliten la participación y el trabajo de los agentes comunitarios de salud.
- Impulsar la integración de las organizaciones de agentes comunitarios de salud en el Sistema Nacional Coordinado Descentralizado de Salud SNCDS.

### 3. Estrategias de mejora de las condiciones y relaciones laborales, la capacitación y la satisfacción con el trabajo.

#### **3.1 Mecanismos de relación laboral para un trabajo decente y productivo, aumentando la satisfacción de usuarios internos.**

Como señala la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el trabajo decente implica el acceso al empleo, trato justo y equitativo, remuneración laboral decente, condiciones laborales justas, ámbito de trabajo seguro, protección en el empleo y en desempleo, oportunidades de empleo y formación, participación y motivación, así como voz en la participación colectiva.

Se busca la mejora de las condiciones de trabajo, motivación y compromiso del trabajador, que contribuya a una renovada cultura organizacional y viabilice la entrega de servicios de calidad. Esto implica:

- Promover el desarrollo de mecanismos de incentivos y estímulos basados en el desempeño, extensivo a todo el personal de salud de los diferentes subsectores.
- Incorporar y fortalecer el servicio de bienestar de personal, como parte de la gestión integral de desarrollo de recursos humanos.
- Incrementar progresivamente el nombramiento o la contratación a plazo fijo del personal de salud. Eliminar el contrato por servicios no personales para labores permanentes.

#### **3.2 Impulso a un nuevo marco normativo laboral integral en salud.**

Impulso a un nuevo marco normativo laboral integral en salud que considere el ingreso en base a perfiles ocupacionales por competencias, la promoción en base al mérito, las remuneraciones, beneficios e incentivos, con criterios de justicia y equidad. Esto implica:

- Formulación participativa de una línea de carrera sectorial, del personal de salud.
- Promover mecanismos orientados a garantizar la protección laboral a todos los trabajadores, considerando los objetivos institucionales.
- Impulsar un sistema de evaluación de la calidad del desempeño del personal de salud, justo, real y objetivo en base a estándares de competencia.

#### **3.3 Desarrollo profesional continuo por competencias.**

Favorecer el desarrollo de competencias laborales (técnicas y profesionales) en el personal de salud directivo, asistencial y administrativo, combinando la educación permanente en salud y la educación continua; articulado al desempeño.

Procesos eficaces, eficientes y equitativos de desarrollo de capacidades del personal de salud, con la estrategia de educación permanente en salud contribuyendo al desarrollo organizacional, a la atención de la salud y al mejoramiento de la salud de la población. Esto implica:

- Promover normas de capacitación que viabilicen procesos de generación de capacidades eficaces, eficientes y equitativas.
- Promover procesos de desarrollo de capacidades en gestión pública, que faciliten el cumplimiento de las nuevas funciones que derivan del proceso de descentralización, utilizando metodologías innovadoras.
- Modular la oferta de procesos educativos que brindan las instituciones formadoras al personal de salud de acuerdo a las necesidades del SNCDS, desarrollando mecanismos de concertación y convenios interinstitucionales.
- Promover el desarrollo de programas de generación de capacidades del personal de salud, con el enfoque de competencias en el marco del MAIS y del SNCDS.
- Promover la aplicación del enfoque de educación permanente en los procesos de desarrollo de capacidades del personal de salud.
- Promover mecanismos de selección que aseguren la contribución del personal capacitado a los procesos de desarrollo organizacional y a la atención de la salud.
- Impulsar mecanismos e instrumentos que garanticen el financiamiento de los procesos priorizados de generación de capacidades.
- Optimizar la asignación y la ejecución del presupuesto destinado a capacitación.
- Conformar equipos técnicos capacitados en monitoreo de acciones educativas y evaluación del desempeño.

#### **4. Estrategias para la formación pertinente y de calidad de los recursos humanos en salud.**

##### ***4.1 Regulación de las vacantes y perfil de egresados de las entidades formadoras.***

- Definición del número y perfil de plazas requeridas anualmente desde MINSA y ESSALUD.
- Reevaluación de los estándares de la acreditación existente en Medicina, de las condiciones de las Facultades y Escuelas nuevas y de las condiciones futuras para ingreso al sistema formativo.

#### **4.2 Formación de recursos humanos en salud en base a necesidades de salud de la población y al nuevo modelo de atención.**

Formación de recursos humanos en salud, con base en el Modelo de Atención Integral de Salud MAIS, el perfil demográfico, sociocultural y epidemiológico, en concordancia con las necesidades del sistema de salud, para contribuir a mejorar el nivel de salud de la población, particularmente la más excluida. Así mismo, priorización de la especialidad de medicina general integral / familiar, en los médicos y otros profesionales de salud, para desenvolverse profesionalmente con solvencia en cualquier lugar del país y principalmente en el primer y segundo nivel de atención. Esto implica:

- Construir y fortalecer espacios de concertación con entidades formadoras, prestadoras de servicios de salud, colegios profesionales, gremios, sociedad civil y otros actores involucrados, para orientar la formación de recursos humanos, con base a los perfiles ocupacionales que requiere el SNCDS y el MAIS, generando las capacidades correspondientes en todos los niveles.
- Promover procesos de regulación de la calidad del desempeño y certificación de profesionales y técnicos de salud así como la acreditación de instituciones formadoras.
- Promover la especialidad de Medicina general integral/familiar, en los profesionales y personal técnico de salud, en las universidades y en los servicios, de acuerdo con las necesidades del MAIS y del SNCDS.
- Impulsar mecanismos que movilicen recursos financieros a nivel sectorial, para priorizar plazas de Medicina general integral/ familiar para los profesionales de la salud, en el marco del MAIS y el SNCDS.
- Promover y regular los procesos de articulación docente asistencial a nivel nacional y regional, a través de espacios de concertación y de convenios interinstitucionales.

#### **4.3 Acreditación de instituciones formadoras y certificación de la competencia profesional.**

- Relanzar, mejorada y conforme al propósito de reequilibrar el sistema de recursos humanos, la acreditación de Facultades y Escuelas de Medicina.
- Generalizar la experiencia de acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina a todos los pregrados, especializaciones y postgrados en salud.
- Implementar mecanismos de certificación de competencias de profesionales y técnicos en salud.

- Alianza estratégica con el Ministerio de Educación para la regulación efectiva de la formación técnica en salud, coordinando los perfiles y planes de estudio, así como las condiciones de creación de IST y los estándares, indicadores y mecanismos de acreditación de Institutos Superiores Tecnológicos que forman técnicos en salud.

#### ***4.4 Promoción de un horizonte más amplio para la formación en salud: un nuevo proyecto de reforma de la formación en salud.***

- Conformación de un Consejo Consultivo de Recursos Humanos en Salud.
- Apoyo a la formulación de una propuesta de segunda reforma universitaria en salud.

### **5. Estrategias para el manejo de conflictos laborales**

#### ***5.1 Concertación sectorial para un mayor presupuesto para salud.***

- Promover que el nuevo Consejo Consultivo de Recursos Humanos asuma el liderazgo de este requerimiento, de mayor espacio fiscal para salud.

#### ***5.2 Procesos de concertación y negociación.***

Impulso de los procesos de concertación y negociación en las relaciones laborales, basado en el respeto y dignidad del trabajador y en el logro de la misión institucional. Esto implica:

- Promover el ejercicio de ciudadanía en los trabajadores de salud.
- Fortalecer y desarrollar mecanismos de negociación y concertación con los gremios, basados en el respeto mutuo y el ejercicio de ciudadanía.
- Impulsar mecanismos sistemáticos y permanentes de cambio en la cultura organizacional basada en el ejercicio de valores, la productividad y la competencia técnica, centrados en la satisfacción del usuario y del trabajador de salud.