

# LOS LINEAMIENTOS DE POLÍTICA NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD

**Estrategia para el abordaje  
de los nuevos desafíos del campo  
de los recursos humanos en salud**

**Dirección General de Políticas, Regulación y Gestión del  
Desarrollo de los Recursos Humanos  
Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos**



COMISION EUROPEA



amares



MINISTERIO DE 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

LOS LINEAMIENTOS DE POLÍTICA NACIONAL PARA EL  
DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD.  
Estrategia para el abordaje de los nuevos desafíos del campo  
de los recursos humanos en salud.  
Perú - Ministerio de Salud - IDREH - Dirección General de  
Políticas, Regulación y Gestión del Desarrollo de los Recursos  
Humanos.

1ª edición-2005, Serie de Recursos Humanos en Salud - N° 2.  
68 pp.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2005 - 8961

© 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 del documento técnico**

Dr. Lizardo Alfonso Huamán Angulo.  
Dirección General de Políticas, Regulación y Gestión del Desarrollo de RHUS.

**Equipo de sistematización**

Mg. Lindaura Liendo Lucano.  
Mg. Ena Elizabeth Llamosas Félix.  
Dr. Manuel Núñez Vergara.  
Dirección Ejecutiva de Políticas y Regulación-IDREH.

**Equipo de apoyo técnico**

Dr. Pedro Díaz Urteaga.  
Subjefe Institucional del IDREH.

Dra. Mónica Padilla Díaz.  
Asesora Interpaís en Recursos Humanos OPS/OMS.

Lic. Gladys Zárate León.  
Consultora Nacional en Recursos Humanos. OPS/OMS.

**Coordinación técnica Proyecto AMARES**

Sr. Leo Nederveen.  
Lic. María Casas Sulca.

**Equipo de apoyo administrativo**

Srta. Julia Rosa Soto Asto.  
Srta. Irma Gloria Chévez Gutiérrez.  
Sr. Enrique Bernardo Valdez Betalliluz.



## PRESENTACIÓN

Abordar el tema de la planificación y el desarrollo de los recursos humanos es una responsabilidad fundamental a asumir en el Sector Salud. Las dificultades son múltiples, pero la necesidad de asumir este reto es ineludible. El Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) les presenta este documento como testimonio de la decisión de nuestra institución de asumir esta responsabilidad, pero además, y lo creemos aún más importante, para mostrar las posibilidades de generar el consenso nacional para abordar este tema. Así, los *Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud* fueron aprobados por unanimidad el pasado 22 de setiembre por el Consejo Nacional de Salud, culminando un proceso de análisis, discusión y construcción de consensos que contó la participación activa de todos los actores sociales involucrados.

El abordaje que subyace a este documento procura ser integral, reconociendo la amplia y compleja situación de quienes trabajamos en salud en el Perú. De esta manera, les proponemos superar la deuda pendiente de una década que se caracterizó por la ausencia de conducción estratégica en los recursos humanos y en el debilitamiento de las unidades existentes en los niveles descentralizados y desconcentrados, las cuales no tuvieron prioridad ni visibilidad. Bajo esta mirada, los Lineamientos de Política (LP) que les presentamos tienen como ejes centrales la educación (LP1 y LP4), el planeamiento estratégico (LP2), la gestión en el marco del proceso de descentralización (LP3) y el rol central que deben jugar los agentes comunitarios de salud (LP5), así como los aspectos de normatividad (LP6), condiciones laborales (LP7) y conflictividad laboral (LP8).

Este documento, como toda producción humana, es perfectible; sin embargo, el mismo representa, en primer lugar, una visión colectiva del conjunto de actores sociales convocados y, en segundo lugar, una herramienta estratégica que ha de guiar nuestras acciones en el esfuerzo por alcanzar el logro de los objetivos sanitarios. Requerimos entonces determinar los objetivos, establecer las prioridades, delegar los papeles y definir los medios de acción y las formas de organización institucionales para enfrentar esta situación.

El reto permanece en pie y convocamos a todos ustedes a enfrentarlo, convencidos de estar construyendo de esta manera un mejor país, más justo, solidario y saludable.

**Dr. Rómulo Carrión Arrunátegui**  
Jefe Institucional  
Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos



# ÍNDICE

Introducción	11
<b>Capítulo 1</b> <b>MARCO REFERENCIAL</b>	13
1.1 Misión del Ministerio de Salud	15
1.2 Principios básicos de la política de salud	15
1.3 Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS	16
1.4 La gestión y el desarrollo de los recursos humanos en salud, en el marco del MAIS	18
<b>Capítulo 2</b> <b>SITUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD</b>	21
2.1 La desestructuración del campo de los RHUS: cinco desplazamientos	23
2.2 El estado de situación: agenda de problemas	24
2.3 Principales efectos de la problemática del campo de RHUS en el sistema de salud	26
<b>Capítulo 3</b> <b>PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE POLÍTICA NACIONAL DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS</b>	31
3.1. Visión del campo de los recursos humanos en salud	33
3.2 Proceso de formulación de políticas de recursos humanos	34
3.3 Una nueva concepción de recursos humanos en salud	36
3.4 Los recursos humanos en los Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012	39
<b>Capítulo 4</b> <b>LINEAMIENTOS DE POLÍTICA NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD</b>	43
4.1 Principios del desarrollo de recursos humanos de salud	45
4.2 Lineamientos de política para el desarrollo de los RHUS	47
4.3 Proceso de implementación de los lineamientos de política nacional	50
<b>Anexos</b>	55



## INTRODUCCIÓN

En la última década, bajo el influjo de la «tercera generación» de reformas de salud, las acciones de salud se centraron en la eficiencia económica y pusieron en un segundo plano los temas de salud pública y recursos humanos de salud, los cuales estuvieron ausentes de la agenda política. En el caso particular de los recursos humanos, esta situación se tradujo en nuestro país en la ausencia de una unidad de conducción estratégica de recursos humanos en el Ministerio de Salud y en el debilitamiento de las unidades existentes en los niveles descentralizados y desconcentrados, las cuales no tuvieron prioridad ni visibilidad.

En los últimos años, en todos los países del mundo han emergido preocupaciones y demandas sobre los recursos humanos, en consonancia con la expectativa por una visión más comprensiva de las reformas en salud, configurando un momento de oportunidades para su abordaje integral.

En coherencia con este marco, se vienen tomando diferentes e importantes decisiones en el campo de los recursos humanos, entre las que podemos mencionar: la nueva ley del Ministerio de Salud, Ley N° 27657, que ratifica este ente como rector del sector salud y crea 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 su desarrollo y evaluación de su calidad en el ámbito nacional; la creación de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, como instancia estratégica del ámbito institucional del MINSA; la aprobación del reglamento de organización y funciones del IDREH; la constitución del Comité Nacional de Articulación Docencia - Servicio e Investigación (CONADASI), instancia asesora del Consejo Nacional de Salud del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS), constituido en un importante espacio de concertación y consenso entre los diferentes actores sociales en el campo de los recursos humanos; la creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia - Servicio e Investigación en Pregrado en Salud, con la finalidad de coordinar y regular las actividades de docencia en servicio e investigación en los servicios de salud, con respeto al derecho y dignidad de los usuarios; y por último, la aprobación por parte del Consejo Nacional de Salud de los ocho Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud y el encargo al CONADASI y al IDREH de formular un plan de difusión e implementación de estos lineamientos.

En este contexto, el IDREH asume la función de rectoría sectorial en el campo de los recursos humanos de salud, la misma que se plasma en la formulación de políticas, la

planificación, normalización, regulación e implementación de un sistema integrado de información de recursos humanos y de gestión, promoviendo el consenso y la concertación entre los actores sociales involucrados.

El IDREH, consciente de que la capacidad institucional en el sector para gestionar el desarrollo de los recursos humanos es hoy un factor crítico, ha asumido los desafíos que el cumplimiento de su misión institucional le impone y, en perspectiva del proceso de descentralización en curso, ha decidido impulsar el rol de rectoría sectorial, para cumplir competencias esenciales como el diseño, promoción, implementación y evaluación de políticas de recursos humanos en salud; la asunción de nuevos enfoques efectivos de planificación de recursos humanos, la regulación efectiva del campo a través del ejercicio de su función y promoviendo la concertación, el desarrollo de una nueva gestión de los recursos humanos en los niveles descentralizados y la educación permanente como función clave del sistema de salud para el desarrollo de las competencias de los recursos humanos, a fin de coadyuvar a la mejora sustantiva del desempeño del sistema de salud.

La formulación de la política nacional de recursos humanos en salud es, pues, una herramienta estratégica para el logro de los objetivos propuestos. Por lo tanto, la movilización que el IDREH desplegó para asumir plenamente su rol estuvo centrada en el logro de este esfuerzo mayor en un contexto de recursos escasos y debilidad institucional debida, entre otros factores, al hecho de ser una institución novel para la asunción de nuevos retos. Hitos importantes de este proceso lo constituyeron el seminario internacional "El Desafío de la Gestión Descentralizada de Recursos Humanos", desarrollado en el mes de abril de 2003 y que contó con la participación de 180 representantes de actores sociales involucrados en el campo de los recursos humanos; el desarrollo del taller sectorial "Políticas de Desarrollo de Recursos Humanos", realizado el 21 y 22 de agosto del mismo año, con el propósito de ampliar y consolidar el espacio de concertación sobre las políticas de desarrollo de recursos humanos de salud. Asimismo, los talleres regionales en 21 regiones del país enriquecieron sustantivamente este proceso constructivo en interacción directa con los nuevos actores de los niveles regionales y locales, lo que ha permitido una legitimación social importante.

Asumiendo que una política es desarrollar una visión del futuro, para definir las referencias de corto, mediano y largo plazo, determinar los objetivos, establecer las prioridades, delegar los papeles y definir los medios de acción y las formas de organización institucionales para enfrentarlas, y teniendo en cuenta que aquellas relacionadas a los recursos humanos en salud son políticas-medio del sistema de salud, es decir, que tienen como finalidad coadyuvar al cumplimiento de los objetivos estratégicos del sistema de salud -que además están presentes en todas las dimensiones del sistema y cuya aplicabilidad dependerá de la articulación sinérgica que encuentren con las políticas de salud vigentes-, el IDREH pone a disposición de la comunidad sanitaria del país estos ocho lineamientos de política nacional, que vienen a ser el desarrollo del cuarto lineamiento general de política sectorial de salud definido por el MINSA en el documento "Lineamientos de política sectorial para el período 2002-2012 y principios fundamentales para el quinquenio agosto 2001-julio 2006".

# Capítulo 1

---

## MARCO REFERENCIAL



## 1.1 Misión del Ministerio de Salud

*El Ministerio de Salud tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y actores sociales. La persona es el centro de nuestra misión, a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todos los peruanos, desde antes de su nacimiento y respetando el curso natural de su vida, contribuyendo a la gran tarea nacional de lograr el desarrollo y la vida plena de todos nuestros ciudadanos. Por ello, **los trabajadores del sector salud somos agentes de cambio en constante superación para lograr el máximo bienestar de las personas**<sup>1</sup>.*

## 1.2 Principios básicos de la política de salud<sup>2</sup>

El Ministerio de Salud ha definido los principios orientadores de la política de salud de la presente década, para enfrentar tanto la problemática de salud de la población como la del sector, como expresión de respeto a la persona. Estos son:

- La solidaridad del conjunto de la sociedad con los sectores más empobrecidos.
- La universalización del acceso a la salud.
- La familia como unidad básica de salud.
- La integridad de la persona y de la atención se corresponden.
- La eficacia y eficiencia son exigencias irrenunciables.
- La atención de calidad es un derecho ciudadano.
- La equidad es un principio elemental de la justicia social.

<sup>1</sup> MINSA. *Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012 y fundamentos para el plan estratégico sectorial del quinquenio 2001-2006. Noviembre de 2001.*

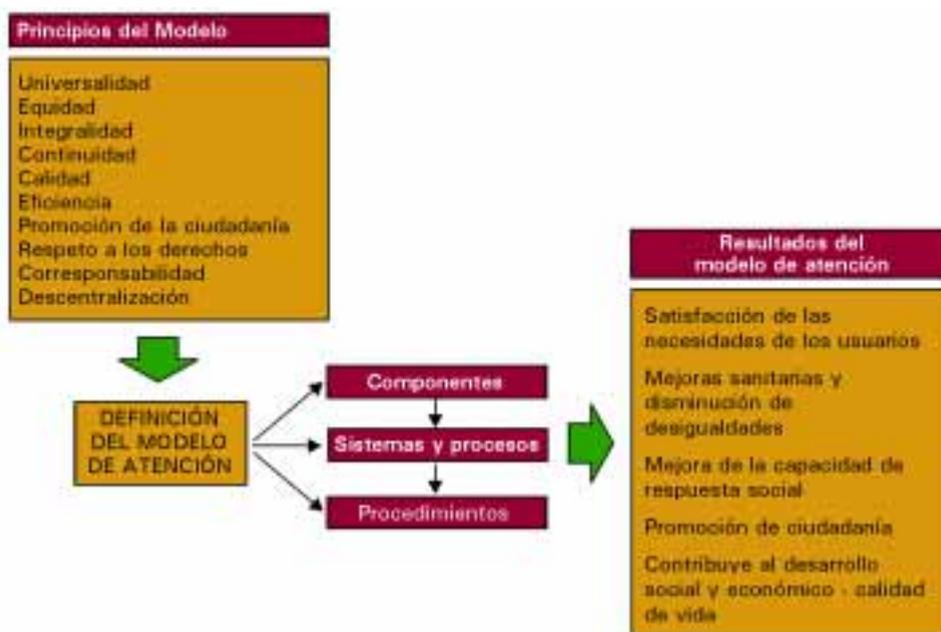
<sup>2</sup> *Op.cit. pp. 25-28.*

### 1.3 Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS<sup>3</sup>

El Modelo de Atención Integral de Salud surge de la idea de recuperar la integridad del ser humano al momento de estructurar la respuesta social en salud, colocando a la persona y su familia como el centro de nuestra misión. El nuevo Modelo de Atención Integral en Salud constituye el actual marco de referencia para la atención de salud en el país, basado en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, orientados a obtener una persona, familia y comunidad saludable. ***Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad.***

El modelo tiene cuatro componentes. El componente de prestación define el modo como deberá ser estructurada la oferta de servicios de una manera integral y tiene el objetivo de cubrir las necesidades de salud de la población (generando personas, familias y comunidades saludables) y los determinantes de riesgos y daños, controlando los principales problemas de salud. Adicionalmente, los principios y resultados del Modelo de Atención están íntimamente relacionados (fig. N° 1).

Fig. N° 1  
PRINCIPIOS Y RESULTADOS DEL MODELO DE ATENCIÓN



<sup>3</sup> MINSAL. LA SALUD INTEGRAL: COMPROMISO DE TODOS. El Modelo de Atención Integral de Salud. Julio de 2003.

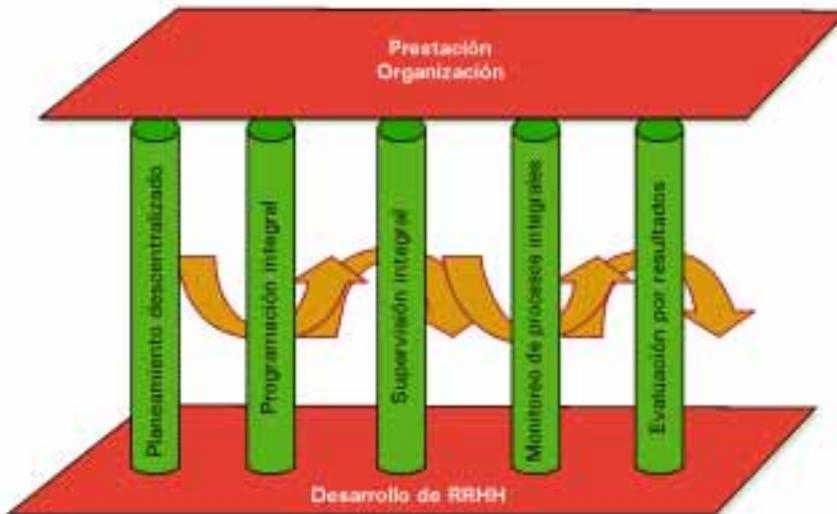
El soporte estratégico que sostiene el Modelo recae en el componente denominado Gestión Sanitaria, que comprende los procesos y acciones que permiten conducir la provisión y organización de los servicios de salud hacia el logro de objetivos sanitarios previamente establecidos. La gestión sanitaria integra de manera activa los distintos procesos de planeamiento, programación, supervisión, monitoreo y evaluación, **así como la gestión y desarrollo de los recursos humanos**, reforzando así la lógica de la atención integral. El componente de Financiamiento hace posible la obtención de los recursos necesarios para el logro de los resultados sanitarios.

### Desarrollo de Recursos Humanos

Proceso transversal y permanente para el desarrollo y mantenimiento de competencias para la atención integral del personal de salud y los agentes comunitarios de salud, en función del logro de los resultados previstos. **Está en la base de los otros procesos** (fig. N° 2).

Fig. N° 2

### RELACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN



## 1.1 La gestión y el desarrollo de los recursos humanos en salud, en el marco del MAIS

La gestión y el desarrollo de los recursos humanos en salud son procesos críticos y claves en toda organización y en un sistema de salud son los factores fundamentales para todo proceso de cambio, por ende, se convierten en componentes esenciales de la gestión de los servicios de salud, en la búsqueda de la resolución de los problemas de salud de la población.

De otro lado, si consideramos que todo sistema abierto tiene entradas (*input*), las que pueden estar constituidas de materia, insumos o usuarios sobre el cual actúa. En el caso del sistema de salud, a este ingreso lo denominaremos *usuario*, ya que se trata básicamente de personas que hacen uso del sistema para obtener algún servicio, beneficio o bien de salud (vida saludable, mejora de la salud, etc.). En el nuevo contexto del denominado Modelo de Atención Integral de Salud, este concepto se amplía a las familias, las comunidades y al medio ambiente, es decir, el input del sistema de salud son las personas interactuando con su familia, comunidad y entorno, quienes, a su vez, tienen necesidades y demandas de salud<sup>4</sup>.

Para que el sistema suministre las salidas correspondientes (*output*), debe estar equipado con mecanismo y procedimientos que buscan dar respuesta a las necesidades y demandas de salud, constituyendo los denominados Procesos, que tienen como propósito reducir la incertidumbre de las acciones y las variaciones no deseadas en la entrega de prestaciones de servicios de salud. La naturaleza de estos procesos va a depender del nivel de descripción o análisis que se desee, así por ejemplo<sup>5</sup>:

- **Nivel macro:** procesos de organización, gestión, provisión, financiamiento.
- **Nivel micro:** en un establecimiento de salud, los procesos corresponderán a los de:
  - *Apoyo (administración, admisión, triaje, etc.).*
  - *Generales (sistemas termoeléctricos, portería, etc.).*
  - *Intermedios (centro quirúrgico, laboratorio, radiodiagnóstico).*
  - *Finales (consulta externa, hospitalización, etc.).*

Los procesos anteriormente descritos no funcionarían si es que a su vez no existiera un soporte para la acción; es la denominada Estructura, constituida por los recursos con los que cuenta el sistema para actuar, es decir:

- **Recursos materiales:**
  - *Infraestructura.*
  - *Equipamiento.*
  - *Insumos (medicamentos).*

<sup>4</sup> MINSA. Documento Técnico: La gestión sanitaria en el marco del modelo de atención integral, Lizardo A. Huamán Angulo, DGSP, DEGS. 2003.

<sup>5</sup> *Ibid.*

- **Los mal denominados recursos humanos**, es decir, los trabajadores o personal de un establecimiento o una organización.

La interrelación de estos componentes da como resultado un producto sistémico: el estado de salud de las personas, las familias, las comunidades y su medio ambiente (fig. N° 3).

Figura N°3  
ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE UN SISTEMA DE SALUD<sup>6</sup>



<sup>6</sup> *Ibid.*



## Capítulo 2

---

# SITUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Informe al País: “DESAFÍOS DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN PERÚ. GOVERNABILIDAD Y DESEMPEÑO CON DESARROLLO HUMANO. Juan Arroyo Laguna. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. MINSA, IDREH, OPS, AMARES. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N° 1. Lima, Perú-2005

## **2.1 La desestructuración del campo de los RHUS: cinco desplazamientos**

Afirmamos que en nuestro país estamos atravesando un ciclo largo en el campo de recursos humanos en salud, cuyo inicio lo ubicamos al principio de la década de los 90. Este ciclo de larga duración, similar al de **Kondratieff** en la economía, se caracteriza en este caso 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.

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

- 1) *El dislocamiento 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 semiprofesiones, el retorno de la

conflictividad laboral y la fuerte dualización entre los profesionales asistenciales y los administrativos.

- 4) ***La revolución de las capacidades del personal de salud y su viraje entusiasta a la educación continua y al “gerencialismo”***, como efecto indirecto de la globalización, pero como demostración, también, de la característica emprendedora de los peruanos, variable clave hoy 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.

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 solo 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 una especie de trueque 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 puede desarrollar competencias sin desarrollo humano, paradoja que resume el esfuerzo de una década.

## **2.2 El estado de situación: agenda de problemas**

Como país con persistentes y crecientes contradicciones, dificultades estructurales no enfrentadas y debilidades institucionales ostensibles, el tortuoso camino hacia el desarrollo de una política de Estado sobre RHUS ha sido y con toda seguridad seguirá siendo complicado. Es y será un aprendizaje permanente, por lo que, en un entorno caracterizado por las dificultades para posicionar el tema de RHUS en la agenda de los agentes de decisión estratégica, la definición de ocho lineamientos de política nacional ha sido un gran paso.

Estos lineamientos fueron formulados a través de un proceso cuyo signo distintivo fue la convocatoria de actores clave del campo y se plantearon en base a una situación

problemática que tal vez no tenía la caracterización que en el “Informe al país”<sup>8</sup> le da claridad estratégica, pero que si permitió, en base a la sistematización de la información existente y a las aproximaciones analíticas de dichos actores, formular un marco de acción general para intervenir de manera consensuada la problemática del campo de los RHUS e instaurar un proceso de implementación de políticas y hacer frente de manera más eficaz a los nuevos desafíos del campo de los RHUS en el país.

Si el estado de situación es 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, podemos decir que los principales actores sociales del campo de recursos humanos peruano 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), Asociación Peruana de Facultades de Enfermería (ASPEFEEN) y Asociación Peruana de Facultades de Obstetricas (ASPEFOBTS).
- 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 obstetricas (Colegio de Obsterices 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, macrogestión 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 (fig. N° 4)<sup>9</sup>.

En base a estos elementos se ha logrado identificar una serie de problemas cuyo desagregado permite un nivel de análisis exhaustivo de los mismos y su abordaje específico; sin embargo, su agregación en tres grandes grupos de problemas facilita

<sup>8</sup> Informe al País: “DESAFÍOS DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN PERÚ.

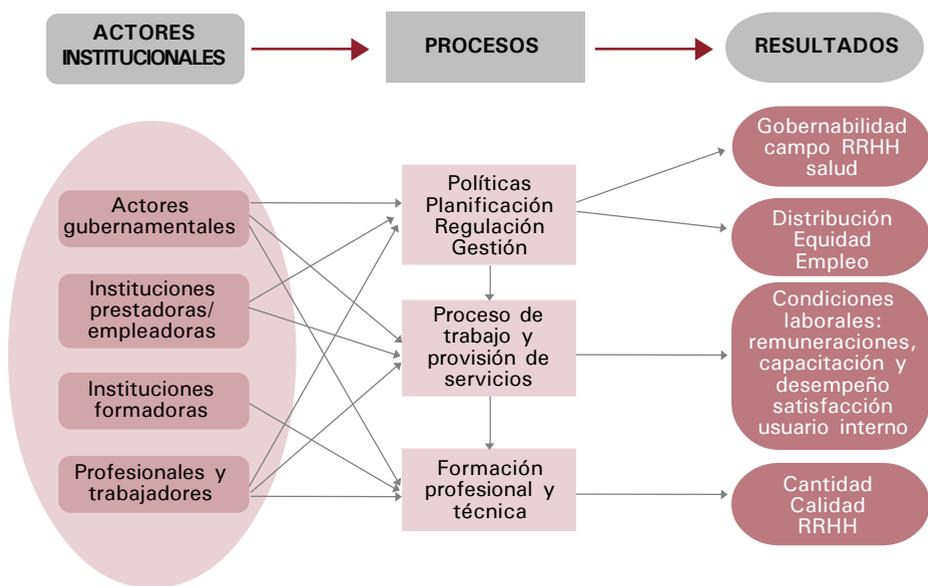
<sup>9</sup> Ibid.

en cambio el abordaje estratégico y una simbiosis positiva de esfuerzos y recursos que potencie el encuentro de lo político con lo técnico, en el marco de acuerdos y compromisos para la acción. Es así que para el análisis y las propuestas de acción de cada uno de estos aspectos, se formaron tres mesas de trabajo para la elaboración de un plan consensuado para una década del desarrollo de los RHUS en el país:

- Para el abordaje de los problemas relacionados con las competencias de los RHUS del Sistema de Salud (formación y capacitación): Mesa de trabajo N° 2.
- Para el abordaje de problemas relacionados con la rectoría (governabilidad del campo de RHUS y los relacionados con disponibilidad, distribución no equitativa y migraciones): Mesa de trabajo N° 1.
- Para el abordaje de los problemas relacionados con el ámbito de trabajo: Mesa de trabajo N° 3.

Figura N° 4

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



## 2.3 Principales efectos de la problemática del campo de RHUS en el sistema de salud

El complicado panorama del campo de los RHUS (tabla N° 1) nos permite afirmar que actualmente estamos pasando por una etapa de crisis de gobernabilidad en el campo de la formación de los RHUS y de una conflictividad media en el ámbito del trabajo.

Tabla N° 1  
**CARACTERIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DEL NUEVO CICLO  
 LARGO DEL CAMPO DE LOS RHUS**

Características del nuevo ciclo largo del campo de los RRHH	Problemas relacionados a los procesos y resultados del sistema de recursos humanos en salud	
<p>Dislocamiento entre el mundo del trabajo y el mundo de la formación en salud.</p> <p><i>La revolución de las capacidades del personal de salud y su viraje a la educación permanente y los postgrados.</i></p>	<p><b>Problemas relacionados con las competencias de los RHUS del sistema de salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación.</li> <li>- Capacitación.</li> </ul>	<p>Oferta masiva de formación de pregrado en salud inducida por amplia demanda.</p> <p>Aumento de la demanda por especialización como mecanismo de inserción en mejores condiciones en mercado laboral.</p> <p>Aumento excesivo de la oferta de formación técnica en salud como negocio privado.</p> <p>Desregulación de la formación profesional y acreditación parcial.</p> <p>Desregulación de la formación técnica en salud.</p> <p>Debilitamiento de la capacitación en servicio.</p>
<p>Serio debilitamiento de la rectoría, en un contexto de ausencia de un punto de equilibrio del sistema de recursos humanos.</p>	<p><b>Problemas relacionados con la rectoría.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gobernabilidad del campo de recursos humanos.</li> <li>- Problemas relacionados con disponibilidad, distribución no equitativa y migraciones.</li> </ul>	<p>Débil rectoría del campo de recursos humanos.</p> <p>Legislación fragmentada de las profesiones de salud.</p> <p>Autorregulación profesional, a falta de regulación profesional.</p> <p>Distribución inversa entre recursos humanos y situación de salud.</p> <p>Migración de profesionales en aumento.</p> <p>Aumento de recursos humanos y distribución centralista y no equitativa.</p> <p>Distribución institucional inadecuada de recursos humanos.</p> <p>Perfiles profesionales y especialidades se desarrollan sin responder integralmente a las necesidades sanitarias y nuevo modelo de atención.</p>
<p>Un nuevo nivel de demanda efectiva en base a un mayor rendimiento.</p> <p>Cambio del régimen laboral, la afectación del estatus de las profesiones de salud y el retorno de la conflictividad laboral.</p>	<p><b>Problemas relacionados con el ámbito del trabajo.</b></p>	<p>Flexibilización y precarización crecientes.</p> <p>Remuneraciones bajas y diferenciadas institucionalmente.</p> <p>Subempleo creciente de los profesionales de salud.</p> <p>Insatisfacción del personal de salud con aspectos importantes del trabajo.</p> <p>Alta conflictividad laboral.</p>

De las acciones que se tome en materia de acciones concretas que vayan acortando brechas, desmadejando nudos críticos, concertando compromisos de acción, recuperando roles y funciones que permitan al Estado peruano asumir su rectoría del campo, va a depender de que pasemos a una etapa de ingobernabilidad en el sector (fig. N° 5). La expresión más contundente de la situación actual de ingobernabilidad es la constatación de que al no haber plazas para el desarrollo del ejercicio profesional a nivel de los servicios de salud, 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.

Figura N° 5.  
**EFFECTOS DEL PROCESO DE DESREGULACIÓN DEL CAMPO DE LOS RHUS**



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 de trabajo y formación. La demanda regula la oferta y ésta modifica la demanda, fluctuando ambas dentro de ciertos márgenes.

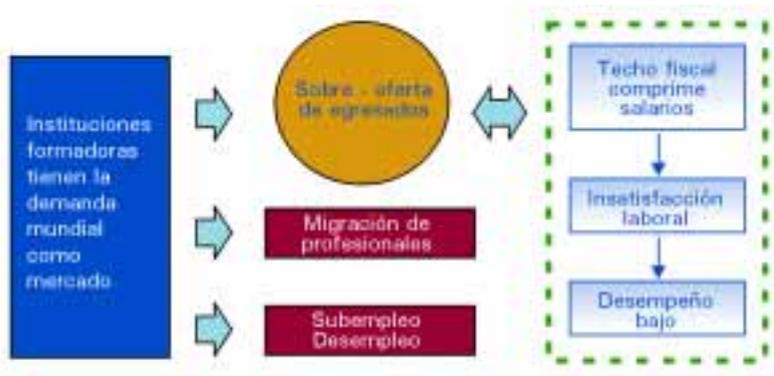
El problema para el caso del actual sistema de recursos humanos en el Perú es que la desarticulación entre necesidades, oferta y demanda, hace que no existan contrapesos que obliguen a rectificaciones y las posibilidades de voz y salida son limitadas.

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 está 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, en el Perú ya no aplican, porque la liberalización ha informalizado y dislocado el sistema de recursos humanos. 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. Roto el “punto de equilibrio” del sistema de recursos humanos, no hay salida ni voz para motivar rectificaciones, y si a eso unimos la rigidez fiscal que el Estado impone para la mejora de las condiciones salariales, se configura una situación laboral que tiene dos características que son dos caras de una misma medalla: insatisfacción laboral y bajo desempeño (fig. N° 6).

Figura N° 6

**DESARTICULACIÓN ENTRE EL CAMPO DE LA FORMACIÓN Y EL DEL TRABAJO:  
EFECTOS DELETÉREOS SOBRE EL CAMPO GENERAL DE LOS RHUS**





Capítulo **3**

---

**PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE  
LOS LINEAMIENTOS DE POLÍTICA  
NACIONAL DE DESARROLLO  
DE RECURSOS HUMANOS**





## **3.2** Proceso de Formulación de políticas de recursos humanos

### **¿Para qué una política de salud?**

Según la OMS, las políticas ayudan a desarrollar una visión del futuro, para definir las referencias de corto, mediano y largo plazo, determinar los objetivos, establecer las prioridades, delegar los papeles y definir los medios de acción y las formas de organización institucionales para enfrentarlas. Asimismo, una política de salud puede apoyar la toma de decisiones en un contexto de un mayor conocimiento público de los efectos dañinos de políticas incoherentes y de una mayor fiscalización de las autoridades decisorias con respecto a los costos y beneficios de las opciones propuestas; una política de salud mantiene un marco de referencia para evaluar el desempeño; y por último, una política de salud puede ayudar a reunir profesionales y a otros sectores alrededor de los problemas de salud y legitimar sus acciones<sup>10</sup>.

La responsabilidad de formular políticas públicas en salud, comprende básicamente tres aspectos<sup>11</sup>:

- Definir las prioridades, objetivos, metas y planes de acción.
- Construir la política pública a partir del diálogo con los representantes de los diferentes intereses.
- Unificar alrededor de unas políticas públicas, los planes, los programas y las funciones de vigilancia y control que son competencia de la instancia de dirección de salud.

El proceso de construcción de políticas seguido por el IDREH, ha respetado básicamente este conjunto de aspectos: ha desarrollado un proceso técnico (revisión conceptual, diagnóstico y desarrollo de la propuesta), este ha sido sometido a una consulta interna, y luego puesto a consideración de los principales actores (expresándose en su participación sus intereses y valores).

### **¿Qué es una política de recursos humanos en salud?**

Consideramos entonces a las políticas de recursos humanos en salud como un marco doctrinario de acción que se acompaña de estrategias de implementación, objetivos y metas; constituyen pactos sociales que intentan resolver la tensión existente entre las demandas de la población por ejercer el derecho a la salud, las demandas y derechos del personal de salud y los objetivos del sistema de salud.

<sup>10</sup> "Soporte técnico al proceso de construcción de las Políticas de Desarrollo de Recursos Humanos a nivel nacional y regional" Ricardo Zúñiga, IDREH, 2004, Lima-Perú (pag. 3).

<sup>11</sup> *Ibid.*

Las políticas de recursos humanos en salud son políticas medio de las Políticas de Salud, ya que están al servicio del modelo de atención y de los objetivos estratégicos del sector; por ende, están al servicio de los modelos de atención, financiamiento y gestión. Buscan que los trabajadores sean competentes, estén motivados, sean adecuadamente remunerados y protegidos, se desempeñen de manera eficiente en los servicios adecuados, en el lugar y en el momento en que se les necesita.

Adicionalmente, las líneas de acción prioritarias en recursos humanos tienen que ver con la intervención en la regulación de la oferta educativa y las áreas prioritarias de formación, el fomento y autosostenimiento de la educación permanente, la intervención en el campo de la gestión del trabajo, el fortalecimiento de la capacidad de planeamiento y articulación y la regulación de las profesiones.

**Elementos claves considerados en su formulación**

- Políticas de salud explícitas.
- Modelo de Atención Integral de Salud.
- Modelo de gestión y de financiamiento (por resultados).

**Premisas para la definición de políticas de recursos humanos**

Para la formulación de las políticas de recursos humanos en salud es necesario considerar (fig. N° 8):

- Información y evidencias de los problemas (racionalidad técnica).
- Que incorpore valores y principios (racionalidad ética).
- Que refleje los intereses de actores sociales y grupos involucrados (racionalidad política).

Fig. N° 8



## ¿Qué implica el desarrollo de políticas de recursos humanos en salud?

Definir un norte  
 Una trayectoria  
 Unos productos para la sociedad  
 Unos mecanismos de acción  
 Unos responsables sociales  
 Validar socialmente  
 Incorporar como práctica de la sociedad

### **3.3** Una nueva concepción de recursos humanos en salud

#### ¿Qué son los recursos humanos?

Para la formulación de las políticas de recursos humanos en salud, se ha considerado una nueva visión del concepto de “Recurso Humano”, por lo que el uso que se hace del término tanto en las políticas como en los textos referidos al tópico en mención, tiene un uso por convención, ya que en esencia cuando hablamos de “Recurso Humano en Salud (RHUS)”, en realidad nos estamos refiriendo, en el sentido más amplio, a la personas que en el sistema de salud realizan acciones para el logro de resultados en el campo de la salud, ya sea en bienes o servicios. Somos conscientes además de que las personas no son recursos, sino que tienen recursos, es decir, que cuentan con conocimientos, valores, habilidades y experiencia para desarrollar sus acciones; por lo tanto, quien maneja RHUS hoy en día, en realidad administra talentos, competencias y valores.

Este nuevo enfoque implica un cambio de paradigma en relación a los RHUS, es decir, pasar de considerarlo como un objeto o un recurso más, a pensarlo en su dimensión de sujeto; que además son sujetos históricos, inteligentes, inmersos en procesos sociales e institucionales complejos que sustentan el sistema de salud y, al ser parte fundamental de la dimensión humana de la atención de la salud, son los que en última instancia definen los servicios que serán producidos, cuándo y dónde y en qué cantidad serán consumidos, y en consecuencia cuál es el impacto que tendrán dichos servicios sobre la condición de salud de las personas.

Además, el talento humano es el recurso y potencial más importante para el funcionamiento de cualquier organización. No son las instituciones las que tienen personas, sino las personas las que hacen las instituciones, son su principal ventaja competitiva y, por lo tanto, son un factor crítico en el quehacer de salud, ya que en su doble papel

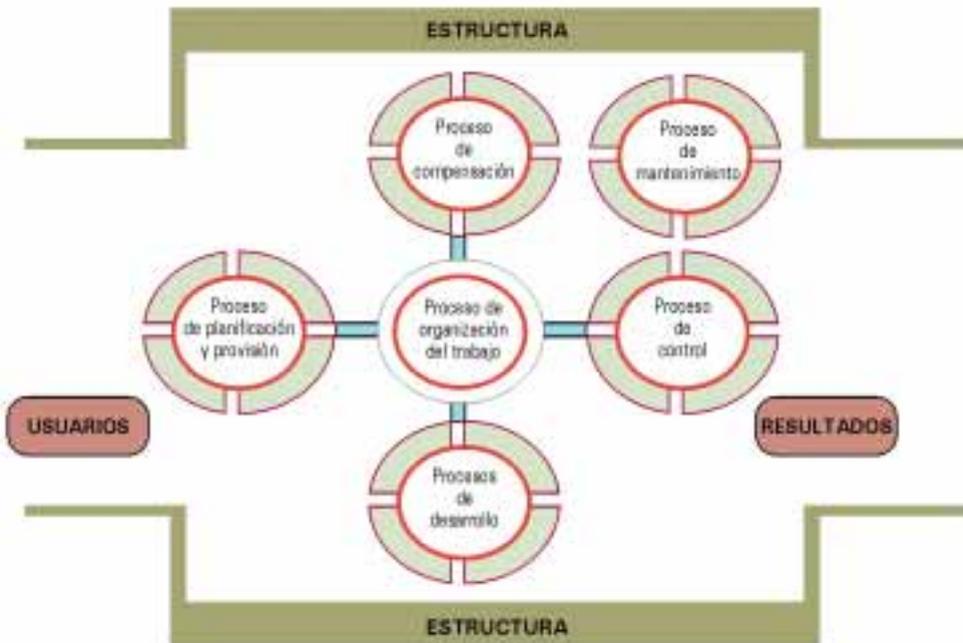
de ser un factor estructural y productivo de las organizaciones, conforman las prácticas, establecen las formas de relaciones, definen valores, organizan, y desarrollan el proceso de trabajo en salud, por un lado y, por el otro, se articulan con los otros factores de producción para generar servicios de salud, constituyéndose en el "recurso" de mayor concurrencia, más dinámico, creativo e innovador, que piensa, que decide, que apoya o deja de apoyar, que aprende, que cambia o puede cambiar.

**¿Cuáles son los procesos de gestión para el desarrollo de los RHUS?**

Considerando el campo de los RHUS como un sistema, podríamos considerar dos subsistemas: el de la formación y el del trabajo. En el área del trabajo, a su vez, se deben desarrollar una serie de procesos básicos si es que se quiere garantizar un adecuada provisión de RHUS, una organización del trabajo en función de objetivos y resultados claramente establecidos, con trabajadores competentes, motivados y comprometidos, que coadyuvan a la mejora del desempeño de las organizaciones.

Los principales procesos y subprocesos de gestión de RHUS son (ver fig. N° 9):

**Fig. N° 9**  
**SUBSISTEMA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD<sup>12</sup>**



<sup>12</sup> MINSA. Documento Técnico: La gestión sanitaria en el marco del modelo de atención integral, Lizardo A. Huamán Angulo, DGSP, DEGS. 2003.

- **Proceso de planificación y provisión de RHUS.** Es el proceso que debe garantizar a las personas adecuadas en los lugares adecuados, con una distribución equitativa de los trabajadores de salud. Se ponen en práctica a través de los subprocesos:
  - Planeación estratégica de RHUS.
  - Reclutamiento de RHUS.
  - Selección de RHUS.
  
- **Proceso de organización del trabajo.** Es el proceso a través del cual se organiza y coordina las actividades de los trabajadores, sus actividades y la tecnología con la que la desarrollarán. Se ponen en práctica a través de los subprocesos:
  - Orientación de los RHUS (inducción).
  - Diseño de las ocupaciones/cargos.
  - Evaluación del desempeño de los RHUS.
  
- **Proceso de desarrollo de los RHUS.** Es el proceso mediante el que los trabajadores de las organizaciones desarrollan el potencial que tienen como individuos en beneficio de las mismas, haciendo uso adecuado de sus competencias (valores, conocimientos y habilidades). Se ponen en práctica a través de los subprocesos:
  - Entrenamiento de los RHUS.
  - Desarrollo de los RHUS.
  - Desarrollo de las organizaciones de salud.
  
- **Proceso de compensación de los RHUS.** Es el proceso cuyo objetivo es incentivar continuamente a las personas para que logren metas y resultados desafiantes, de tal manera que dichos incentivos constituyan un mensaje poderoso hacia los trabajadores respecto del tipo de organización que se intenta crear, la dirección de su marcha y el tipo de comportamiento esperado. Se ponen en práctica a través de los subprocesos:
  - Remuneración.
  - Programas de incentivos.
  - Beneficios y servicios.
  
- **Proceso de mantenimiento de los RHUS.** Es el proceso por el que las personas que trabajan en una organización lo hacen en las mejores condiciones, tanto de tipo material como de entorno (clima organizacional) a fin de garantizar que el desempeño del trabajador dependa lo menos posible de estos factores. Se ponen en práctica a través de los subprocesos:
  - Relaciones laborales.
  - Higiene, seguridad y calidad de vida.
  
- **Proceso de control de los RHUS.** Proceso que sirve para controlar hasta qué punto se están consiguiendo los objetivos previstos, introducir mejoras y prever contingencias. Se ponen en práctica a través de los subprocesos:

- Banco de datos.
- Sistemas de información gerencial de RHUS.

Si bien es cierto que para la ejecución adecuada de estos procesos siempre es y será bienvenida la coordinación interinstitucional, para el proceso clave de provisión y planificación de RHUS, esta interacción es consustancial a su desarrollo. La concertación entre los actores sociales e institucionales del campo de los RHUS debe reposar sobre una visión compartida de la situación problemática del campo, en toda su dimensión y complejidad, así como un necesario acuerdo para la acción conjunta que permita una redefinición de roles en función de las necesidades de los usuarios del sistema de salud. De este modo se garantizará que los RHUS del sistema tengan las competencias para abordar los problemas de salud del país; estén en número, composición y distribución adecuadas; desarrollen sus acciones en condiciones dignas, en un marco de colaboración y compromiso para el logro de los objetivos de las organizaciones y del sistema, convirtiéndose en un factor de mejora del desempeño general del mismo.

### **3.1 Los recursos humanos en los Lineamientos de política sectorial para el período 2002-2012**

Entre los nueve lineamientos de política sectorial formulados por el Ministerio de Salud, el cuarto lineamiento aborda de manera explícita a los recursos humanos y, en base a un diagnóstico de la situación de los mismos en el sector, se define el lineamiento de la siguiente manera:

***Política de gestión y desarrollo de recursos humanos con respeto y dignidad<sup>13</sup>***

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, con clara conciencia de que son los principales agentes del cambio. La promoción de los recursos humanos profesionales, técnicos y auxiliares 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.

<sup>13</sup> Op. cit. MINSA. "Lineamientos de Política Sectorial..."

Para ello, el MINSA impulsa:

- *El crecimiento planificado de la formación de personal de salud.*
- *Formación de una unidad especializada en el planeamiento y el desarrollo de los recursos humanos y de un sistema integrado de información de los recursos humanos.*
- *La priorización de la formación de médicos generales integrales, del médico de familia, con capacidad para desenvolverse profesionalmente 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 y cumpliendo 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.*

Si tomamos en cuenta que existe una relación importante entre RHUS y el desempeño de los sistemas de salud (fig. N° 9), las intervenciones en el campo de RHUS entonces cobran una dimensión estratégica para el sistema. Es así que si se interviene a través de políticas que permitan un planeamiento estratégico de RHUS destinado a que nuestro sistema de salud cuente con un número y distribución de los mismos de manera adecuada, que además se tenga en cuenta el enfoque intercultural para garantizar una compatibilidad social de las intervenciones de salud; si además a esos RHUS se les remunera de manera competitiva, se hace uso intensivo de todo tipo de incentivos no pecuniarios y se les hace saber y sentir que son parte del soporte estratégico del sistema; y por último, si es que desarrollamos estrategias permanentes, eficientes y eficaces para el desarrollo de sus habilidades, a través del entrenamiento y el aprendizaje centrado en el trabajo, el liderazgo efectivo y el trabajo en equipo, podemos incidir de manera sustantiva en la ampliación de la cobertura social y física. Así se podrá canalizar el enorme espíritu emprendedor de nuestra gente para el logro de los objetivos del sistema, dotar a nuestros RHUS de las competencias adecuadas para enfrentar con mejor pie los viejos y nuevos desafíos del campo y, de ese modo, coadyuvar con un mejor desempeño del sistema de salud y concomitantemente el de la obtención de resultados de mejora en la salud de población, centro neurálgico del sistema (fig. N° 10).

Figura N° 10  
**RELACIÓN EXISTENTE ENTRE RHUS Y RESULTADOS EN EL SISTEMA DE SALUD**



Fuente: OPS



Capítulo **4**

---

**LINEAMIENTOS DE POLÍTICA  
NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE  
RECURSOS HUMANOS DE SALUD**



## 4.1 Principios del desarrollo de recursos humanos de salud<sup>14</sup>

Se ha definido un soporte filosófico que comprende los principios y valores que habrán de inspirar y fundamentar todas las acciones, en la búsqueda del desarrollo de los recursos humanos de salud, para ponerlos a la práctica.

- **Solidaridad:** en el desempeño y en la organización para brindar un servicio de calidad y respeto al usuario, asumimos que todos dependemos de otros para lograr el bien común, por lo que *todos los trabajos realizados entran en la cadena de la solidaridad y la interdependencia humana y todos son importantes.*

La seguridad del individuo y la lealtad ante el grupo son los dos aspectos del mismo vínculo social. En este sentido elemental, la solidaridad es un requisito social fundamental y no hay sociedad sin solidaridad, por ello la asumimos con *una nueva concepción que expresa definitivamente un valor: la necesidad del compromiso.*

La asumimos también como *principio fundamental y condición sine qua non para la vigencia de los demás principios de la atención sanitaria.* Sin solidaridad no habrá universalidad, equidad ni integridad de la atención.

- **Humanismo:** todo ser humano, sin importar su condición social, edad, nivel educativo o visión del mundo, es valioso en sí mismo y puede aportar, tanto para la edificación propia como para la sociedad, su originalidad, su creatividad, su responsabilidad, su libertad y su capacidad de servir.

*La persona humana es el origen, centro y destino de todas nuestras acciones.* Aspiramos a guiarnos por el humanismo y dignidad de hombres y mujeres tanto en los actos personales como en las acciones de gestión y gobierno. Propiciaremos las circunstancias que posibiliten la elevación de la calidad de vida del personal de salud, teniendo presente, ante todo, que cada uno de nosotros es proyecto, posibilidad, semillero lleno de potencialidad y presente de un mejor futuro.

<sup>14</sup> IDREH. "Bases para la Orientación de la Gestión Descentralizada de Recursos Humanos. Pp 34 –35 . Diciembre 2002.

- **Integridad:** la concepción del trabajador de salud es integral, concibiéndolo desde *dos dimensiones, integradas e indivisibles: la dimensión humana y la dimensión técnica o laboral*. Un todo integrado de espíritu, conocimientos, sentimientos y prácticas.
- **Universalidad:** el campo de recursos humanos abarca a todo el personal del sector salud, *sin exclusión alguna* de género, jerarquía, profesión, ocupación, ubicación geográfica, u otra consideración.
- **Equidad:** *el fin social* que habrá de caracterizar el desempeño de los recursos humanos será el de la equidad social, priorizando aquellos grupos de población que no han tenido la oportunidad de superar su marginación. La tarea en este sentido es prácticamente ilimitada, pero de la misma magnitud es nuestra conciencia del problema y nuestra disposición de enfrentarnos a ella. En tal sentido, la dotación de los recursos humanos en los servicios de salud tomará como base las necesidades poblacionales expresadas en términos demográficos, epidemiológicos y socio-económicos. *La equidad es un imperativo en las organizaciones de salud como en toda sociedad civilizada y democrática.*
- **Calidad:** el desarrollo de los recursos humanos incluye la *idoneidad en la competencia técnica del personal* (conocimientos, actitudes, aptitudes y habilidades), que sustenta su desempeño diario, *así como las condiciones laborales para un trabajo "decente"*<sup>15</sup> (un verdadero concepto de trabajo digno), que se concibe no sólo con las características de acceso a las garantías y derechos tradicionales, sino que incluye el acceso a la formación, al desarrollo y al reconocimiento de las competencias adquiridas durante los procesos de educación y trabajo. Ambos aspectos *redundan en una óptima calidad humana* expresada en el trato y el respeto al usuario y su familia.
- **Eficiencia:** *la pertinencia de las intervenciones, la racionalización de tiempos, recursos materiales y humanos, la calidad de procesos, productos y la práctica de un auténtico servicio a la comunidad*, son pilares indispensables para edificar no sólo un gobierno sano, sino una sociedad sana. La eficiencia es *uno de los valores fundamentales para optimizar la productividad de los recursos humanos*. Una de las formas más frecuentes y solapadas que toma la corrupción es la ineficiencia.
- **Ética:** el desarrollo de los recursos humanos de salud se sustenta en *valores éticos que tutelen un irrestricto respeto a la vida, a la dignidad del ser humano y los derechos humanos*, sin distinción de edad, raza, sexo, estado socioeconómico, diversidad cultural, o de otra índole.
- **Transparencia:** el desarrollo de los recursos humanos implica un *compromiso con la construcción y consolidación de una cultura institucional de rendición de cuentas a la sociedad civil*.

<sup>15</sup> OIT. "Observatorio de Competencia Laboral". Enero de 2002.

- **Ciudadanía:** la gestión de recursos humanos necesita de la participación abierta y decidida del personal de salud como condición básica para andar el camino de la democracia. En el ejercicio de la ciudadanía se encuentra la esencia misma de la sociedad, en tanto *implica el deber de contribuir a fortalecer la institucionalidad del sector, así como de participar en los procesos de cambio. Asimismo, el derecho de ejercer su función en condiciones laborales adecuadas.*
- **Descentralización:** como *transferencia del ejercicio de poder de decisión y de los recursos necesarios para el desarrollo y fortalecimiento de una gestión de recursos humanos en los servicios de salud, que responda de manera efectiva al modelo de atención integral de salud, a la gestión y financiamiento por resultados sanitarios y a los nuevos desafíos.*

## 4.2 Lineamientos de política para el desarrollo de los RHUS<sup>16</sup>

Basados en el diagnóstico situacional de los recursos humanos en el sector salud-, el marco de política sectorial-, el cuarto lineamiento de política general del sector salud, los principios y valores que sustentan las acciones para el desarrollo de los recursos humanos, se han formulado ocho lineamientos de política nacional para el desarrollo de los RHUS, como punto de culminación de un proceso iniciado a finales del año 2002, aprobados por unanimidad en CONADASI en primera instancia y, el 22 de septiembre de 2005, en el Consejo Nacional de Salud.

Los enunciados de los ocho lineamientos son:

**Lineamiento 1** Formación de recursos humanos en salud basado en el modelo de atención integral de salud, el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico de la población, tomando en cuenta las particularidades regionales y locales.

**Lineamiento 2** Planificación estratégica de recursos humanos en salud con equidad, considerando el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico, así como las necesidades de salud de la población, particularmente de la más excluida.

<sup>16</sup> *Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, aprobados por el Consejo Nacional de Salud, el 22 de Setiembre de 2005.*

**Lineamiento 3** Gestión descentralizada de recursos humanos en salud como parte de la gestión de los servicios de salud, reconociendo la centralidad e integralidad de los recursos humanos en el desarrollo organizacional.

**Lineamiento 4** Gestión de procesos eficaces, eficientes y equitativos para el desarrollo de capacidades del personal de salud, a fin de contribuir a la mejora de su desempeño y de la atención de salud de la población.

**Lineamiento 5** Valoración de los agentes comunitarios de salud como recursos humanos relevantes del sistema de salud, así como la apreciación de su contribución a la salud y desarrollo, tanto en el ámbito local, regional y nacional.

**Lineamiento 6** Impulso de un nuevo marco normativo laboral integral que considere el ingreso en base a perfiles ocupacionales por competencias y que aplique la promoción en la carrera pública, los beneficios e incentivos laborales teniendo en cuenta el mérito y criterios de justicia y equidad.

**Lineamiento 7** Mejoramiento de las condiciones de trabajo y promoción de la motivación y compromiso del trabajador, que contribuyan a una renovada cultura organizacional y aseguren la entrega de servicios de salud de calidad.

**Lineamiento 8** Impulso de procesos de concertación y negociación en las relaciones laborales, basados en el respeto y dignidad del trabajador para el logro de la misión institucional.

Estos lineamientos pretenden abordar de manera integral la amplia y compleja situación de la problemática de los recursos humanos en el campo de los recursos humanos del sistema de salud en el Perú, teniendo en cuenta que de no ser esa la manera de hacerlo, esta situación problemática puede convertirse en una situación de crisis generalizada e ingobernabilidad del campo; en ese sentido, cada uno de estos lineamientos intentan dar una respuesta específica, correlacionándose con la situación problemática y con los cinco grandes desplazamientos producidos a lo largo de los últimos 10 años de políticas implícitas o explícitas en el campo de recursos humanos (ver tabla N° 2).

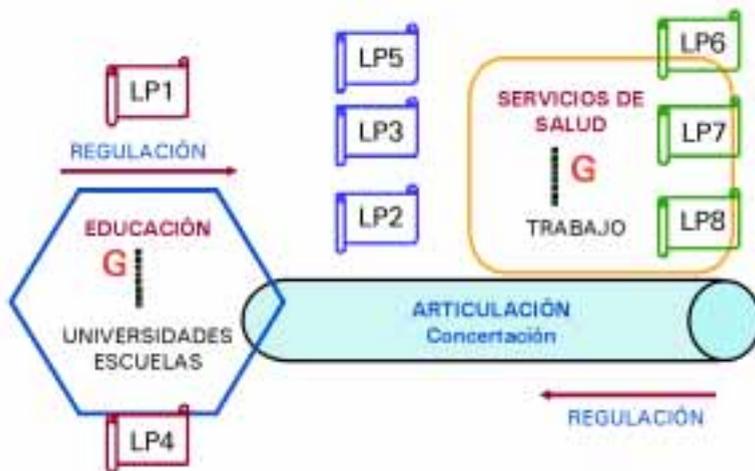
Tabla N° 2  
**LINEAMIENTOS DE POLÍTICA NACIONAL PARA EL  
 DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD, EN RELACIÓN A LA  
 PROBLEMÁTICA DEL CAMPO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD**

Problemas relacionados a los procesos y resultados del sistema de recursos humanos en salud	Lineamientos de política para el desarrollo de los recursos humanos en salud
<p><b>Problemas relacionados con las competencias de los RHUS del sistema de salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Formación.</li> <li>· Capacitación.</li> </ul>	<p><b>Lineamiento 1.-</b> Formación de recursos humanos en salud basado en el modelo de atención integral de salud, el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico de la población, tomando en cuenta las particularidades regionales y locales.</p> <p><b>Lineamiento 4.-</b> Gestión de procesos eficaces, eficientes y equitativos para el desarrollo de capacidades del personal de salud, a fin de contribuir a la mejora de su desempeño y de la atención de salud de la población.</p>
<p><b>Problemas relacionados con la rectoría.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Gobernabilidad del campo de recursos humanos.</li> <li>· Problemas relacionados con disponibilidad, distribución no equitativa y migraciones.</li> </ul>	<p><b>Lineamiento 2.-</b> Planificación estratégica de recursos humanos en salud con equidad, considerando el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico, así como las necesidades de salud de la población, particularmente de la más excluida.</p> <p><b>Lineamiento 3.-</b> Gestión descentralizada de recursos humanos en salud como parte de la gestión de los servicios de salud, reconociendo la centralidad e integralidad de los recursos humanos en el desarrollo organizacional.</p> <p><b>Lineamiento 5.-</b> Valoración de los agentes comunitarios de salud como recursos humanos relevantes del sistema de salud, así como la apreciación de su contribución a la salud y desarrollo, tanto en el ámbito local, regional y nacional.</p>
<p><b>Problemas relacionados con el ámbito de trabajo.</b></p>	<p><b>Lineamiento 6.-</b> Impulso de un nuevo marco normativo laboral integral que considere el ingreso en base a perfiles ocupacionales por competencias y que aplique la promoción en la carrera pública, los beneficios e incentivos laborales teniendo en cuenta el mérito y criterios de justicia y equidad.</p> <p><b>Lineamiento 7.-</b> Mejoramiento de las condiciones de trabajo y promoción de la motivación y compromiso del trabajador que contribuyan a una renovada cultura organizacional y aseguren la entrega de servicios de salud de calidad.</p> <p><b>Lineamiento 8.-</b> Impulso de procesos de concertación y negociación en las relaciones laborales, basados en el respeto y dignidad del trabajador para el logro de la misión institucional.</p>

De manera esquemática, podemos decir que dos de estos lineamientos, referidos a la formación (LP1) y a la capacitación (LP4), inciden de manera central en la problemática referida al campo de la educación. Los lineamientos referidos al planeamiento estratégico de los RHUS (LP2), a la gestión con un enfoque de nuevos paradigmas en el contexto de la descentralización (LP3) y la que aborda el problema de los agentes comunitarios de salud (LP5), nexos críticos entre amplios sectores de población excluida con el sistema de salud "oficial", abordan el tema crucial de la rectoría del campo de los RHUS. Por último, los lineamientos versados sobre la normatividad laboral (LP6), las condiciones en las que el trabajador desempeña su trabajo (LP7) y el abordaje de la alta conflictividad de la esfera de los servicios de salud (LP8), tratan de afrontar los desafíos del mundo del trabajo, en el intento de recomponer los vasos comunicantes indispensables entre el mundo de la formación y del trabajo, que permita una planificación de los RHUS de largo aliento en el contexto de la globalización como factor crítico externo y de la descentralización de naturaleza interna, ambas según la perspectiva desde la que se le mire, amenazas latentes u oportunidades crecientes para acometer los desafíos en el campo de los RHUS (fig N° 11).

Figura N° 11

**INTERVENCIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO DE LOS RHUS**



### **1.3 Proceso de implementación de los lineamientos de política nacional**

El IDREH, en uso de su función rectora del campo de RHUS, ha iniciado un proceso de implementación de los lineamientos de política nacional planteados, cuya piedra angular de desarrollo es la consolidación, y construcción si fuese el caso, de espacios de

concertación entre los diversos actores sociales de dicho campo, tanto a nivel nacional como a nivel regional.

A nivel nacional se han conformado tres mesas de trabajo, con la finalidad de que cada una de ellas se “especialice” en el abordaje del conjunto de problemas relacionados, a fin de que, bajo el marco de los lineamientos de política, avance en definir estrategias y acciones críticas por cada una de ellas, enmarcadas en un gran plan nacional para la década del desarrollo de los RHUS 2006-2015.

También a nivel nacional el IDREH, con el apoyo sustancial de la Oficina General de Cooperación Internacional, ha iniciado un proceso de acercamiento con los agentes de cooperación internacional para desarrollar las bases de un acuerdo que sustente la armonización y el alineamiento entre dicha cooperación y el Ministerio de Salud, que plantee la canalización de los recursos en función de las prioridades del país en el campo de los RHUS, las cuales serán definidas en el contexto de las mesas de trabajo y refrendadas luego por los representantes del Estado peruano y de los países u organizaciones de cooperación internacional.

A nivel regional, producto de la estructural debilidad de nuestras instituciones, cuyos signos más evidentes se sintetizan en la alta rotación del personal que labora en espacios regionales de decisión y gestión general y en aquellos vinculados al campo de los RHUS, y al inadecuado nivel de competencias en gestión y desarrollo de RHUS de nuestros gestores en el país, se ha venido construyendo con mucha dificultad espacios de concertación regionales que en una primera etapa han servido para el desarrollo de la acción de abogacía de la importancia estratégica de los RHUS, del nuevo enfoque de la gestión de los mismos y de su entroncamiento con los resultados sanitarios buscados. En una segunda etapa han significado un importante análisis de los lineamientos nacionales y su adecuación con la realidad regional y local, además de los contactos iniciales interinstitucionales para la firma de acuerdos futuros que sirvan de marco para la implementación sostenida de los lineamientos.

Como producto de este esfuerzo terco y sostenido que el IDREH a desplegado, pese a sus múltiples dificultades, se han logrado algunos avances importantes en varios frentes:

• **A nivel Nacional:**

- Consolidación del Observatorio de Recursos Humanos en Salud, como espacio de articulación de los actores del campo de RHUS para la generación de información, análisis y evidencias en el campo.
- Instalación de tres mesas de trabajo para la implementación de los Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los RHUS.
- Convocatoria de la mayor parte de los actores sociales del campo de los RHUS.
- Definición consensuada de una primera versión de estrategias y de sus respectivas acciones críticas de intervención por cada uno de los lineamientos de política nacional.

- Definición inicial de un cuadro de prioridades de las acciones críticas de intervención.
- Definición inicial de un plan de mediano y largo plazo para la gestión y el desarrollo de los RHUS.
- Primera pasantía nacional para el desarrollo de las competencias de gestores de RHUS de regiones seleccionadas (Arequipa, Ayacucho, Huancavelica, Apurímac, Ica).
- Creación del Sistema de Articulación Docente, Asistencial e Investigación para la formación de pregrado en salud.
- Impulso de la reformulación del reglamento del Comité de Residentado Médico.
- Formulación de un instrumento metodológico crítico para la implementación de los lineamientos de política nacional: "Metodología para la formulación de perfiles ocupacionales en salud, con el enfoque de competencias".
- Adaptación inicial de un instrumento metodológico para la implementación de los lineamientos de política nacional: "Metodología para la dotación de RHUS en el primer nivel de atención".
- Plan Nacional de Capacitación del Ministerio de Salud.
- Elaboración de una propuesta técnica inicial para la formulación de un nuevo servicio de salud comunitaria.

• **A nivel regional:**

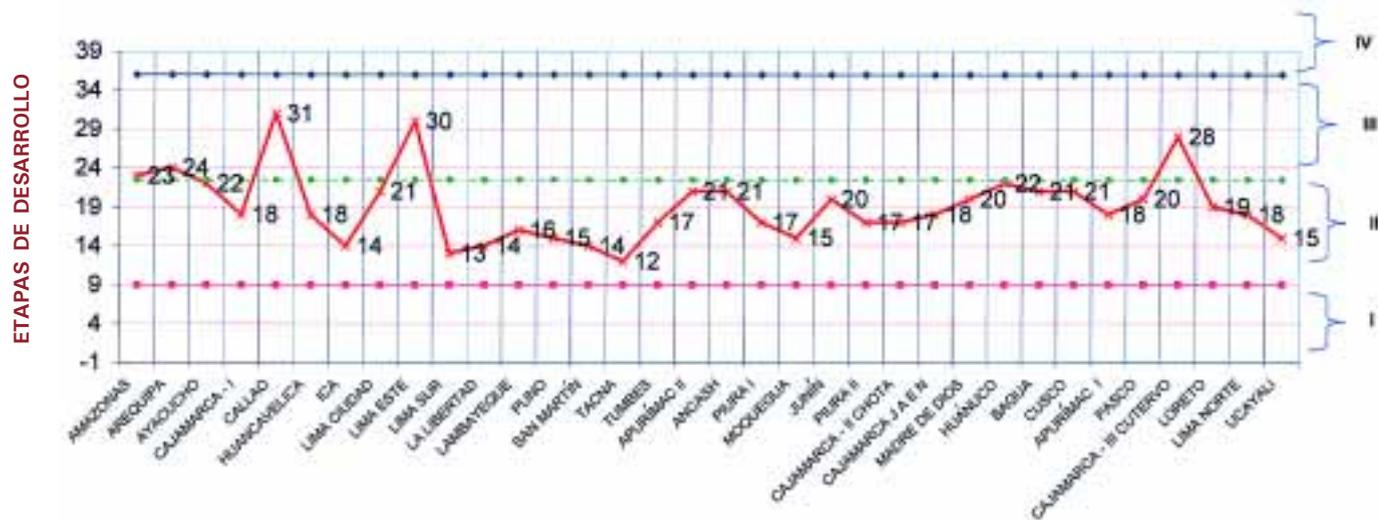
- Desarrollo de 21 talleres regionales (de un total de 23 talleres programados) para la adecuación concertada de los lineamientos de política nacional (fig. N° 12).
- Desarrollo de 2 talleres de implementación de políticas regionales de DRRHH, en coordinación con la Gerencia de Desarrollo Social de los Gobiernos Regionales (Ayacucho y Huancavelica).
- Levantamiento de la línea de base del estado situacional de la gestión de RHUS a nivel de las 24 direcciones de salud del país (fig. N° 13).
- Instalación de una mesa regional para la implementación de los lineamientos de política nacional (Arequipa).
- Desarrollo de 3 talleres macrorregionales (Nor-Oriente, Lima-Centro y Sur-oriente) para la socialización de la metodología de formulación de perfiles ocupacionales con el enfoque de competencias.
- Desarrollo de una experiencia piloto para la aplicación de la Educación Permanente en Salud (Ayacucho).
- Fortalecimiento de espacios de coordinación regional interinstitucional para la planificación de la distribución de la plazas del Servicio de Salud Comunitaria, así como su evaluación y monitoreo.
- Asistencia técnica a las Direcciones de Salud en gestión y desarrollo de los RHUS.

Figura N° 12





Figura N° 13  
 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN SEGÚN ETAPAS DE DESARROLLO DE LA GESTIÓN DESCENTRALIZADA DE RRHH



- I. Etapa: sin desarrollo.
- II. Etapa: desarrollo incipiente.
- III. Etapa: buen desarrollo.
- IV. Etapa: muy buen desarrollo.





## ANEXO N° 1

### ESTRATEGIAS POR CADA UNA DE LOS LINEAMIENTOS DE POLÍTICA NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS RHUS<sup>17</sup>

#### MESA N° 1 – RECTORÍA

Lineamiento de política 2	Estrategias
	Promover e implementar el sistema de información de los RHUS.
	Fortalecer la interacción de los actores del campo RHUS para la planificación concertada.
	Formular de manera consensuada de un nuevo servicio de salud comunitaria.
	Establecer consensos para contar con la cantidad adecuada de RHUS en los lugares adecuados.
Lineamientos de política 3	Estrategias
	Formular de manera consensuada un nuevo marco conceptual para la gestión de RHUS.
	Implementar el subsistema de RHUS, como componente estratégico del sistema de salud, en el marco de la descentralización.
	Fomentar la profesionalización de la gestión de RHUS.
	Fomentar el flujo financiero indispensable para garantizar una gestión adecuada de los RHUS.
Lineamiento de política 5	Estrategias
	Promover alianzas estratégicas para formular intervenciones comunes en relación de los ACS.
	Definir mecanismos institucionales que permitan hacer efectivo el reconocimiento del valor de los ACS.

<sup>17</sup> En revisión por parte de las mesas de trabajo.



## MESA N° 2 - COMPETENCIAS DE LOS RHUS

Lineamiento de política 1	Estrategias
	Fortalecer la interacción entre los actores del campo para la reorientación del perfil de formación en base a perfiles ocupacionales con el enfoque de competencias.
	Promover procesos de regulación de la calidad del desempeño de las instituciones formadoras y de los profesionales y técnicos de salud.
	Promover la especialidad de medicina general integral/familiar o su equivalente en las otras ciencias de la salud, con un enfoque interdisciplinario.
	Promover la regulación del espacio de articulación docencia, servicio, investigación y comunidad.
Lineamientos de política 4	Estrategias
	Promover la regulación de la capacitación a través de normas, estándares, metodologías, instrumentos pedagógicos.
	Promover el desarrollo de capacidades en gestión pública, que faciliten el cumplimiento de las nuevas funciones.
	Promover consensos para la modulación de los procesos de capacitación brindados por instituciones educativas a los RHUS.
	Promover el desarrollo de programas de generación de capacidades de los RHUS.
	Promover la aplicación del enfoque de educación permanente en los procesos de desarrollo de capacidades de los RHUS.
	Fomentar el flujo financiero indispensable para garantizar una gestión adecuadas de la gestión de la capacitación.

### MESA N° 3 – GESTIÓN DEL TRABAJO

Lineamiento de política 6	Estrategias
	<p>Formulación participativa de una línea de carrera sectorial de los RHUS.</p> <p>Promover mecanismos orientados a garantizar la protección laboral a todos los RHU, considerando los objetivos institucionales.</p> <p>Impulsar un sistema de evaluación de la calidad del desempeño basado en estándares.</p>
Lineamientos de política 7	Estrategias
	<p>Promover el desarrollo de mecanismos de incentivos y estímulos basados en el desempeño de todos los RHUS.</p> <p>Promover la incorporación de un servicio de bienestar de personal, como parte de la gestión integral de RHUS.</p>
Lineamiento de política 8	Estrategias
	<p>Fomentar el ejercicio de ciudadanía y la responsabilidad social en el ejercicio de la función de todos RHUS.</p> <p>Fortalecer y desarrollar mecanismos de negociación y concertación con los gremios, basado en el respeto mutuo y el ejercicio de ciudadanía.</p> <p>Impulsar mecanismos sistemáticos y permanentes de gestión de la cultura organizacional basados en el ejercicio de valores, la productividad y la competencia técnica, centrados en la satisfacción del usuario y del trabajador de salud.</p>

## ANEXO N° 2

EJEMPLO DE MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE LAS ACCIONES POR CADA UNO DE LOS LINEAMIENTOS DE POLÍTICA NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS RHUS<sup>18</sup>

## MESA N° 2

**Política recursos humanos en salud 1:** Formación de recursos humanos en salud, basada en el modelo de atención integral de salud, el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico de la población, tomando en cuenta las particularidades regionales y locales.

N°	Lineas de acción	Impacto positivo en el desempeño	Complejidad técnica de implementación	Costo negociación política	Cambios normativos y legales	TOTAL
5	Promover y fortalecer los mecanismos para la certificación y recertificación de profesionales y técnicos de salud.	45	33	33	37	148
10	Promover la socialización del MAIS y la valoración de los RRHH especializados en salud integral/familiar, comunitaria/colectiva, entre autoridades de entidades formadoras y prestadoras públicas y privadas, personal de salud y estudiantes.	40	35	34	37	146
14	Revisión, adecuación y actualización de convenios marco entre MINSA, universidades y Ministerio de Educación.	40	35	33	37	145
4	Promover y fortalecer los mecanismos para la acreditación de las instituciones formadoras.	43	32	32	34	141
9	Promover la valoración social y profesional de la especialidad de salud integral/familiar, comunitaria/colectiva.	37	34	34	35	140

<sup>18</sup> En revisión por parte de las mesas de trabajo.

N°	Líneas de acción	Impacto positivo en el desempeño	Complejidad técnica de implementación	Costo negociación política	Cambios normativos y legales	TOTAL
11	Desarrollo de un estudio socioeconómico para establecer los beneficios de la implementación de la especialidad de salud familiar.	37	34	32	32	135
15	Revisión y propuestas de criterios para la definición de las plazas de internado, especialización profesional y práctica pre-profesional para todas las carreras de salud.	38	36	29	32	135
1	Reformulación y adecuación de perfiles ocupacionales.	37	28	31	38	134
12	Impulsar la creación de plazas rentadas permanentes e incentivos por ubicación geográfica, para los RRHH especializados en salud familiar.	42	29	29	27	127
3	Promover la construcción o adecuación de currículos básicos y diversidades en función de la pertinencia regional.	36	30	29	31	126
13	Promover entre las entidades prestadoras de servicio la oferta de plazas para la formación especializada de RRHH en salud integral.	38	30	27	31	126
6	Desarrollar acciones e implementar espacios de esclarecimiento conceptual sobre la especialidad de salud integral/familiar y comunitaria/colectiva.	35	30	30	27	122

N°	Lineas de acción	Impacto positivo en el desempeño	Complejidad técnica de implementación	Costo negociación política	Cambios normativos y legales	TOTAL
7	Incidencia política a nivel de tomadores de decisión financiera en salud.	34	30	27	28	119
8	Incorporar en el ROF y CAP la creación de plazas permanentes.	33	30	26	27	119
2	Fortalecer el CONADASI y sus instancias regionales.	30	27	28	26	111

## MESA N° 2

Mesa N°: 2

**Política recursos humanos en salud 4:** Gestion de procesos eficaces, eficientes y equitativos para el desarrollo de capacidades del personal de salud, a finde contribuir a la mejora de su desempeño y de la atencion de salud de la poblacion.

N°	Lineas de acción	Impacto positivo en el desempeño	Complejidad técnica de implementación	Costo negociación política	Cambios normativos y legales	TOTAL
12	Promover el desarrollo de capacidades en los facilitadores que apliquen el enfoque de la educacion permanente.	5	4	4	4	17
4	Considerar en los planes operativos de las instituciones prestadoras, el desarrollo de capacidades en gestión pública.	5	4	3	5	17

N°	Lineas de acción	Impacto positivo en el desempeño	Complejidad técnica de implementación	Costo negociación política	Cambios normativos y legales	TOTAL
7	Comprometer a los tomadores de decisión en el cumplimiento de los programas de capacitación propuestos.	5	5	3	3	16
16	Elaborar, concensuar y armonizar propuestas de financiamiento para capacitación, pertinentes a la realidad sanitaria regional.	5	4	3	3	15
10	Elaboracion de mecanismos normativos que permitan la participacion efectiva en los programas de capacitación.	5	4	3	3	15
14	Elaborar normas que permitan la continuidad del personal capacitado.	5	3	3	4	15
8	Sensibilizar y mejorar capacidades de los equipos de gestión de recursos humanos en el desarrollo de programas de capacitación del personal de salud, con el enfoque de competencias y educación permanente.	5	2	4	4	15
13	Vincular y desarrollar las competencias de los RRHH regionales en el proceso de descentralización.	5	2	4	4	15
1	Promover la elaboracion y actualizacion de normas de capacitación que viabilicen procesos de generación de capacidades, eficaces, eficientes y equitativos.	5	5	2	2	14
9	Generar mecanismos normativos que viabilicen la participación de las instituciones de salud en los procesos de certificación y acreditación.	5	4	2	2	13

N°	Lineas de acción	Impacto positivo en el desempeño	Complejidad técnica de implementación	Costo negociación política	Cambios normativos y legales	TOTAL
5	Elaboración de mecanismos normativos que permitan la participación efectiva en los programas de capacitación en gestión pública.	5	4	2	2	13
15	Proponer mecanismos de evaluación de impacto.	5	3	2	2	12
11	Promover en los tomadores de decisiones e instituciones formadoras la sistematización de los procesos de desarrollo de capacidades con enfoque de educación permanente.	5	2	2	3	12
2	Diseñar y preparar la implementación de procesos de normalización, formación y certificación de competencias laborales.	5	2	1	2	10
6	Desarrollar mecanismos de concertación interinstitucionales para adecuar el desarrollo de programas educativos acorde con las necesidades identificadas.	5	1	2	2	10
3	Impulsar metodologías innovadoras de capacitación pertinentes a cada realidad regional.	5	1	1	2	9





## MATRIZ B

	PROBLEMA SANITARIO PRIORIZADO 1	PROBLEMA SANITARIO PRIORIZADO 2	PROBLEMA SANITARIO PRIORIZADO 3	PROBLEMA SANITARIO PRIORIZADO 4	PROBLEMA SANITARIO PRIORIZADO 5	ORDENAMIENTO DE LA CAUSA DEL PROBLEMA SANITARIO RELACIONADO AL CAMPO DE LOS RRHH, SEGÚN EL NIVEL DE IMPORTANCIA (empezar por el de más alta importancia)
<b>CAUSAS</b>						