



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Dirección General de Gestión del  
Desarrollo de Recursos Humanos

# **CARRERA SANITARIA EN EL PERÚ**

## Avances en la generación de un Consenso

Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos

Serie Bibliográfica  
Recursos Humanos en Salud N° 13

Lima, Perú – 2011



---

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Carrera sanitaria: Avances en la generación de un consenso / Ministerio de Salud.  
Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos - Lima: Ministerio de Salud; 2011.  
148 p.; ilus., graf.  
(Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud, N° 13)  
RECURSOS HUMANOS EN SALUD / PERFIL LABORAL, normas / FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS  
/ CONDICIONES DE TRABAJO / LEGISLACIÓN LABORAL / ADMINISTRACIÓN DEL PERSONAL EN SALUD /  
EVALUACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD / SALARIOS Y BENEFICIOS.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2011-09348

Elaborado por:

Dr. Pedro Jesús Mendoza Arana  
Abog. Guillermo Julio Miranda Hurtado  
Abog. Cinthya Arguedas Gourzong

Apoyo Técnico:

Dr. Manuel L NUñez Vergara  
Eco. Ciro Eche garay Peña  
Obsta. Ena Llamosas Félix  
Obsta. Yesenia Navarrete Hilario  
Obsta. Aurelia Alegría Talaverano  
Lic. Martha Aguirre Paredes  
Dra. Rene Luisa Hidalgo Lara

USAID/PERÚ/Políticas en Salud

© Minsa, 2011

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 201, Lima 11 – Perú  
Telf.: (51-1) 315-5500  
<http://www.minsa.gob.pe>  
[webmaster@minsa.gob.pe](mailto:webmaster@minsa.gob.pe)

Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos

Av. Arequipa N° 810, Lima 11 - Perú  
Telf.: (51-1) 623-0001, 623-0002, 623-0003, 623-0004, 623-0005 (Anexos 292, 241)  
<http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/>  
Primera Edición, 2011  
Tiraje: 550 unidades

Impreso en:

KINKOS IMPRESORES S.A.C.  
Av. Venezuela 2344 Lima, Perú  
Telef. Central (511) 336-6699  
Correo electrónico: [ventaskinkos@gmail.com](mailto:ventaskinkos@gmail.com)

Versión digital disponible: <http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp>  
<http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/index.html>

Dr. Carlos Alberto Tejada Noriega  
**Ministro**

Dr. Enrique Roberto Jacoby Martínez  
**Viceministro**

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

Dirección General de Gestión de Desarrollo  
de Recursos Humanos



## PRESENTACIÓN

Afirmar que el trabajo en salud es singular por la vinculación inmediata de dicha labor con la salud y la vida de las personas, nos lleva inevitablemente a afirmar también que los propios trabajadores de salud son personas, con su problemática de salud, de seguridad laboral, sus responsabilidades familiares, sus expectativas de vida y de tranquilidad para sus familias.

Es por ello que brindar a nuestro personal condiciones de trabajo adecuadas, así como opciones de desarrollo personal y profesional, es uno de los pilares de la gestión sanitaria. La salud de la población, que es nuestro norte, debe hacerse incluyendo la salud y el desarrollo del trabajador de salud.

Una de las principales herramientas para ello, es la Carrera Sanitaria, es decir, el complejo conformado por el itinerario laboral de los trabajadores de la salud y sus condiciones de trabajo, definidos a su vez por normas legales y administrativas, y orientados a la satisfacción de las necesidades de salud de la población, de los requerimientos institucionales de la organización prestadora, y de los derechos humanos y laborales de los propios trabajadores. En Septiembre del año 2009, presentamos a la comunidad de decisores, gestores y académicos en el campo de los recursos humanos en salud, el documento “Carrera Sanitaria en el Perú: Fundamentos Técnicos para su Desarrollo”, en el cual se revisaban los fundamentos que se venían trabajando a nivel mundial en el tema de Carrera Sanitaria, y se hacía una revisión de la extensa normativa nacional que regula las líneas de carrera pública y en especial las que se refieren a los profesionales de la salud.

Durante el año 2010, se desarrolló un conjunto de iniciativas que permitieron profundizar en el tema, tanto a través del trabajo desarrollado por el equipo técnico de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, como por el Grupo de Trabajo Sectorial designado mediante RM 486-2010-MINSA, los mismos que trabajaron articuladamente, y cuyos productos integran el presente documento.

Esta perspectiva es central e indispensable en el esfuerzo en que nos encontramos: garantizar el derecho a la salud para todos los que residen en el Perú, construyendo el Aseguramiento Universal en Salud, fortaleciendo el primer nivel de atención con un enfoque de atención integral y reafirmando la descentralización como una base de la democracia a la que todos adscribimos.

Expreso nuestro agradecimiento a la Organización Panamericana de la Salud y a la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, a través del Proyecto Políticas de Salud, por el apoyo institucional brindado a este esfuerzo. Nuestro reconocimiento asimismo a los integrantes del Grupo de Trabajo Sectorial designado mediante RM 486-2010-MINSA, que



generosamente acudieron a sesiones semanales de trabajo durante el tiempo comprometido por su mandato, y a los profesionales de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, que respondieron con su habitual entrega y entusiasmo a este encargo. Confiamos en que esta segunda publicación, siendo fundamentalmente un instrumento para el debate, y no comprometiendo necesariamente la opinión del Ministerio de Salud, permita resumir los avances desarrollados, y se constituya en una segunda estación en el camino que aún queda por recorrer en la construcción de una carrera sanitaria para el Perú, que contribuya con solidez al derecho a la salud que tienen todos los peruanos.

**DR. RAÚL PEDRO SUÁREZ ÁLVAREZ**  
Director General de Gestión  
del Desarrollo de Recursos Humanos

## ÍNDICE GENERAL

I. Generación de un consenso

II. Experiencia Comparada



## GENERACIÓN DE UN CONSENSO

Lima - Perú  
Junio 2011



## ÍNDICE I

### “Generación de un consenso”

1.- Introducción.....	13
2.- Hoja de Ruta 2010.....	14
3.- Los Recursos Humanos del Sector Salud. ....	20
4.- Informe del Grupo de Trabajo Sectorial RM 486-2010-SA, Junio a diciembre de 2010.....	27
5.- Sistematización del Desayuno de Trabajo: Definición y Alcances de la Carrera Sanitaria. Lima, 30 de septiembre de 2010.....	82
6.- Resumen de lo actuado el tercer día de la Reunión Técnica Regional de la Organización Panamericana de la Salud, Avances para una Carrera Sanitaria en las Américas, Lima, 15 de octubre de 2010.....	99
7.- Informe de la Pasantía de Funcionarios del MINSA y Regiones al Ministerio de Salud de Chile, del 22 al 25 de Noviembre de 2010. ....	107

## INTRODUCCIÓN

El Decreto Supremo 011-2008-SA, que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del MINSA para crear la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, establece como una de sus funciones específicas, “proponer un plan de carrera sanitaria que incluya un sistema de incentivos articulado al desempeño laboral, en concertaciones con las instituciones y actores sociales involucrados”.

En cumplimiento de dicho mandato, el MINSA comisionó un estudio, apoyado por la Organización Panamericana de la Salud, ejecutado por el Dr. Juan Arroyo y el Lic. Ciro Echegaray, que fue publicado en el año 2009, bajo el título “Carrera Sanitaria en el Perú: Fundamentos Técnicos para su Desarrollo”. Dicho estudio revisaba la normativa existente en el Perú en torno a carrera pública para los servidores de salud, y de carrera sanitaria, entre 1950 y el año 2008, y sentaba las bases para que dicha información pudiera ser tomada por los diversos actores involucrados y se empezara a establecer los consensos necesarios para la propuesta de carrera sanitaria.

Posteriormente, la Resolución Ministerial 871-2009-Salud, constituye la Comisión Intergubernamental en Salud (CIGS) como instancia de articulación de la gestión sanitaria entre el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales. En marzo del 2009, esta Comisión acuerda encargar a uno de sus Grupos de Trabajo, la formulación de un anteproyecto de ley de carrera sanitaria en el país, con el objetivo de contribuir a mejorar la legislación laboral para que sea justa, única y equitativa. La Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH) forma parte de la CIGS y del Grupo de Trabajo.

En Junio de 2009, la Resolución Ministerial 486-2009-Salud, dispone la creación de un Grupo de Trabajo Sectorial encargado de elaborar un informe que incluya propuestas específicas para la reforma integral de la carrera sanitaria.

En cumplimiento del encargo de la CIGS, y enmarcado en su propio mandato orgánico, la DGGDRH prepara una hoja de ruta para operacionalizar el encargo, la misma que es a su vez aprobada por la CIGS, y que enmarca un intenso trabajo en todas las instancias mencionadas, el mismo que se registra en el presente documento.

Así, se presentan la Hoja de Ruta 2010 aprobada por la CIGS, seguida de un breve informe que busca situar el contexto presente de la Problemática de los Recursos Humanos del Sector Salud. A continuación, se incluye un Informe del Grupo de Trabajo Sectorial RM 486-2010-SA, de lo actuado de Junio a diciembre de 2010. Como parte del proceso de generación de consenso y de tomar en cuenta los puntos de vista de diversos actores, se organizó un desayuno de trabajo en septiembre de 2010, cuya relatoría se presenta también. Asimismo, se tuvo la grata coincidencia de orientaciones con la Organización Panamericana



---

de la Salud, que venía organizando un Foro Regional sobre el tema, el mismo que se realizó en Lima, y en cuyo tercer día se presentó a la comunidad de expertos internacionales lo que se venía avanzando en el Perú, a fin de recoger sus sugerencias. La relatoría de este tercer día se presenta también en este volumen.

De manera complementaria, se organizó una pasantía de funcionarios del MINSA y Regiones al Ministerio de Salud de Chile, del 22 al 25 de Noviembre de 2010, cuyo informe va también. En una siguiente sección de esta misma publicación, se incluye una versión condensada de un Informe de Consultoría auspiciado por el Proyecto Políticas de Salud / USAID, a solicitud del MINSA, que examina la experiencia comparada internacional en carrera sanitaria, a la luz de los avances que se vinieron dando durante el año 2010 en el Perú.

En síntesis, el presente es un texto que compila los avances en la construcción de un consenso, que desde luego no agota el tema, sino que deja registro de ellos, a manera de hito en el camino, por la que los actores sanitarios seguramente seguirán transitando y construyendo.

## **2.- HOJA DE RUTA**

### **2.1.- Antecedentes**

Tal como lo señala la revisión de Arroyo y Echegaray (2009), en el Perú hemos tenido un conjunto de normas relacionadas al trabajo en salud, que pueden ser periodizadas en:

1. Un periodo pre-burocrático: Antes de 1950.
  - a. Ley 8493, crea el Escalafón Sanitario
  - b. Ley 10267
2. Un periodo burocrático, con énfasis en la formación en salud: 1950-1981, que incluye
  - a. El Estatuto y Escalafón del Servicio Civil, Ley 11377
  - b. La creación del INAP, Decreto Ley 20316
  - c. Ley 22867, desconcentración de los procesos técnicos de personal (entre otros).
  - d. Ley 23330, creación del SERUMS
3. La desestructuración de la carrera pública con primacía de intereses corporativos: 1982-1990
  - a. El Decreto Legislativo 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público
  - b. Ley 23536, que define líneas de carrera sanitaria
  - c. Decreto Legislativo 559, Ley del Trabajo Médico
  - d. El Decreto Legislativo 728, Ley de Fomento del Empleo
4. El mix burocrático-corporativo: 1990-2000.
  - a. La expansión de los SNP
5. Búsqueda de nuevos caminos: 2000 y siguientes.
  - a. Acuerdo Nacional (En especial el Acuerdo Nro. 6)
  - b. DS 024-2001-SA, Reglamento de la Ley del Trabajo Médico
  - c. Ley 27669, Ley de Trabajo del Enfermero
  - d. Ley 27853, Ley de Trabajo de la Obstetriz

- e. Ley 27878, Ley de Trabajo del Cirujano Dentista
- f. Ley 28173, Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico
- g. Ley marco de modernización de la Gestión del estado, Ley 27658
- h. Ley Marco del empleo público, Ley 28175
- i. Creación del Servicio Civil: (Servir) DL 1023-1026 y 1057
- j. Ley 27557, desplazamientos del personal.
- k. Ley 28369, Ley de Trabajo del Psicólogo
- l. Ley 29052, Ley de Trabajo del Tecnólogo Médico
- m. RM 595-2008-MINSA, Manual de Clasificación de Cargos de Salud

El resultado de estas normas, muchas de ellas contradictorias entre si, parcelares y sin una visión de conjunto, es un entorno laboral que deja de lado los derechos laborales de amplios sectores de los trabajadores, y que no promueve un desempeño laboral centrado en los problemas de salud prioritarios de la población.

### 2.2.- Visión de conjunto del proceso, objetivos y productos previstos

Emplearemos como definición de trabajo, la siguiente:

“La Carrera Sanitaria es el complejo conformado por el itinerario laboral de los trabajadores de la salud y sus condiciones de trabajo, definidos por las normas legales y administrativas, y orientados a la satisfacción de las necesidades de salud de la población y de los derechos humanos y laborales de los propios trabajadores”.

En este concepto, buscamos con la presente hoja de ruta, establecer la organización, tiempos y estrategias para lograr:

1. Una legislación laboral justa, única y equitativa.
2. Un plan de desarrollo de la normatividad administrativa que implemente la legislación.
3. Los recursos económicos que hagan factible la propuesta.
4. Los recursos de poder que hagan viable la propuesta.

En su esquema general, la carrera sanitaria debe incluir (Castellanos, Rosales y Rozas, 2008):

- ✓ Deberes y Derechos del trabajador:
  - Desarrollo y retribución en su trabajo
  - Desarrollo de sus competencias y capacidades
- ✓ Necesidades y Deberes del usuario:
  - Calidad científica de la atención
  - Calidez humana de la atención
- ✓ Requerimientos y Obligaciones del servicio:
  - Función técnica
  - Función organizativa y de gestión

Los contenidos estructurales de la Carrera Sanitaria comprenden:

- 
- 
1. Escalafón salarial.
  2. Mapa de puestos.
  3. Definición de cargos y puestos.
  4. Política salarial, incentivos y beneficios.

Por lo tanto, la propuesta debe incluir:

1. El sistema de ingreso: Selección y reclutamiento.
2. Capacitación.
3. Ambiente de trabajo y salud de los trabajadores.
4. Permanencia:
  - Modalidades de vinculación y contratación
  - Sistema de incentivos
  - Evaluación del desempeño
5. Retiro.

Desde el punto de vista conceptual, buscamos una propuesta de Carrera Sanitaria pública que sea:

- Multiprofesional, es decir, que abarque a todos los profesionales de la salud. El elemento referencial es el concepto de “Servidores de Salud”. No se incluye a los profesionales administrativos, pues son parte de la normatividad general de la gestión pública.
- Integrativa, es decir, que incluya todos los subprocesos de gestión del recurso humano, desde el ingreso hasta el retiro.
- Si bien la función directiva no es patrimonio de una profesión, y justamente en el marco multiprofesional de la carrera sanitaria, sí es importante contemplar las particularidades del Cuerpo Directivo Sanitario. Sin embargo, en este tema habría que evaluar con sumo cuidado y no entrar en conflicto con la normatividad general que viene trabajando SERVIR.

### **2.3.- Inclusión de la Carrera Sanitaria en la estrategia nacional de desarrollo**

La propuesta de carrera sanitaria debe tomar en consideración tanto elementos del macroentorno como del contexto nacional:

- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio
- El Llamado a la acción de Toronto 2006-2015: Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas.
- El Proceso de Descentralización y la Transferencia de Funciones
- Lineamientos de Políticas del Sector 2002-2012
- Lineamientos de Política para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud 2006-2015
- Normatividad del Servicio Civil
- Documentos técnicos y normativos sobre carrera del personal en otros sectores (Ej.: Carrera Magisterial, Carrera Judicial, etc.)
- Documentos técnicos y normativos sobre carrera del personal de salud a nivel comparado

### 2.4.-Modo general de organización adoptado

El espacio estratégico para la viabilidad de la propuesta es el Comité Inter-Gubernamental en Salud (CIGS), que ya ha establecido en su agenda, la presentación por parte del MINSA de una propuesta de “legislación laboral justa, única y equitativa” para los trabajadores de salud. Para atender a tal encargo, la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH) ha conformado un equipo de trabajo, encargado de promover la discusión entre actores y entre equipos técnicos al interior del MINSA, a fin de desarrollar el documento que será presentado al CIGS.

Este equipo de trabajo, bajo la conducción de la Dirección de Gestión del Trabajo de la DGGDRH, tendrá por funciones:

- Recopilar información técnica sobre el tema
- Identificar brechas de regulación (Ej.: RECAS)
- Promover el diálogo con los actores sociales involucrados
- Desarrollar la base técnica para la normatividad propuesta

Se priorizará en una primera etapa los aspectos de Ingreso a la carrera (SERUMS), remuneraciones y desplazamientos, como los espacios viables para generar el consenso técnico y político en torno a la propuesta general.

### 2.5.-Identificación preliminar de actores, incluidos los socios exteriores

Ministerio de Salud

Ministerio de Trabajo

SERVIR

Regiones y Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud

Colegios Profesionales

Cooperación Técnica Internacional (USAID, OPS, OIT)

Representantes de los trabajadores

Representantes de la Sociedad Civil

### 2.6.- Actividades: Propuesta de Carrera Sanitaria (CS)

- ✓ Momento Técnico previo: Espacio de experiencias sobre CS (junio-agosto 2010)
- ✓ Momento Político Institucional: Consenso sobre CS (agosto-septiembre 2010)
- ✓ Taller Internacional co-organizado con OPS: 13 al 15 de Octubre de 2010.
- ✓ Producto 1: Establecer las Bases técnico-políticas de una Carrera Sanitaria, con énfasis en algunos aspectos iniciales (Ingreso a la carrera, salud ocupacional): Octubre de 2010.
- ✓ Producto 2: Bases para una propuesta normativa para el sector, que permita regular los procesos de ingreso y reclutamiento – selección; seguridad y salud del trabajador: Diciembre de 2010.

## 2.7.-.Calendario de actividades 2010

Equipo Técnico DGGDRH MINSA: Ciro Echegaray , Pedro Mendoza, Ena Llamosas, Yesenia Navarrete, Aurelia Alegría, Alejandro Iturrizaga, Martha Aguirre, Martha Ravello.

Actividades/Productos	J	J	A	S	O	N	D	Comentarios
Diseño del proceso								
Discusión de propuesta base a equipo de DGGDRH								Cumplido
Reuniones de Coordinación con Políticas de Salud/USAID	7, 10							Cumplido
Taller de consulta a regiones	11							Cumplido
Reuniones de Coordinación con SERVIR	15 22							Cumplido
Reuniones de Coordinación con Alta Dirección	17							Cumplido
Identificación de expertos que conformarían el equipo técnico.								Cumplido Equipo Técnico
Presentación de la hoja de ruta al CIGS	25							Cumplido
Definición de TDR, mecanismos y fuentes de financiamiento para los expertos externos								Cumplido
Convocatoria a expertos y negociación de TDR								Cumplido
Conformación y oficialización del <b>equipo técnico</b> conformado por los expertos y cuya Secretaría Técnica es la DGGDRH.	J	J	A	S	O	N	D	Cumplido
<b>Fase 1: Diagnóstico concertado</b>								
Revisión de los diagnósticos de RHUS existentes y diseño de un documento diagnóstico conteniendo información relevante para la CS.								Cumplido

## CARRERA SANITARIA EN EL PERÚ

Actividades/Productos	J	J	A	S	O	N	D	Comentarios
Identificación de actores claves para revisar el documento balance del diagnóstico de RRHH para la CS.								Cumplido
Ajustes al documento de diagnóstico.								Cumplido
<b>Fase 2: Priorización de problemas</b>								
Diseño de propuesta de definición de "Carrera Sanitaria" e identificación de áreas críticas en la gestión de RRHH donde se puede intervenir a través de la misma								Cumplido
Taller/desayuno de trabajo con <b>actores claves</b> para concertar el marco conceptual de la "Carrera Sanitaria" e identificar los problemas que se pueden resolver con una Ley de CS								Se llevó a cabo el 30 de septiembre.
<b>Fase 3: Preparación de la propuesta</b>								
Elaboración de un documento preliminar que contenga los consensos básicos alcanzados								Cumplido
Taller Internacional co-organizado con OPS y MINSA								Se realizó exitosamente.
Diseño de una propuesta intermedia que tome en cuenta las experiencias internacionales								Cumplido
Costeo de la propuesta								Se ha diferido.
Mapeo de <b>actores claves</b> para la discusión política, técnica y estratégica de la propuesta (medios de comunicación)								Cumplido
Presentación de avances al CIGS								Se llevó a cabo mediante un foro virtual en noviembre
Diseño de una estrategia de validación y difusión de la propuesta								Cumplido

**Equipo técnico: DGGDRH MINSA:** Ciro Echegaray, Pedro Mendoza, Ena Llanos, Yesenia Navarrete, Aurelia Alegría, Guillermo Iturrizaga, Martha Aguirre, Martha Ravello.

### 2.8.- REFERENCIAS

Arroyo y Echegaray (2009), Carrera Sanitaria en el Perú. Fundamentos Técnicos para su Desarrollo. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Gestión del Desarrollo de



---

Recursos Humanos. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud Nro. 8.

Castellanos J, Rosales C, Rozas C (2008) El Proceso de Construcción de las Carreras Sanitarias en la Región de las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

### 3.- LOS RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR SALUD

La gestión de recursos humanos en salud, es un proceso complejo, en el que se confluyen elementos de naturaleza variada como los científicos, tecnológicos, sociológicos, psicológicos y organizacionales; elementos que confluyen de forma sincrónica y asincrónica. El nuevo perfil epidemiológico y demográfico, los problemas sociales y económicos de nuestro país, la dinámica de cambios constantes que caracterizan la realidad actual, requiere responder eficientemente a los desafíos de la gestión de recursos humanos en salud.

Existe un consenso mundial en torno al reconocimiento de la crisis actual de los recursos humanos en salud y en la urgencia de realizar un esfuerzo colectivo que aborde integralmente su problemática, reconociendo las graves implicancias de esta crisis por sus perjudiciales

Los problemas de los recursos humanos en salud:

- Inadecuada dotación y distribución de recursos humanos en general, centralizados en las grandes ciudades, sin responder a las necesidades de salud de la población, ni a su cultura, ni a su dispersión geográfica.
- Creciente migración interna (de la provincia a la capital) y externa (hacia el extranjero) de profesionales calificados.
- Insipientes mecanismos de regulación que garanticen una formación de calidad para profesionales y técnicos de salud (acreditación), y que aseguren que el ejercicio profesional está en permanente actualización (certificación periódica).
- Falta de una adecuada carrera sanitaria en base al mérito, que incorpore aspectos de selección transparente; remuneraciones justas y ligadas al desempeño; incentivos no dinerarios en base a la evaluación de desempeño, etc.
- La capacitación del personal de salud no está orientada a cubrir las brechas en el desempeño de los trabajadores de salud. Hay deficiencias tanto en el campo asistencial como en el campo de la gestión sanitaria.

efectos en la calidad y equidad del cuidado de la salud, el desempeño de los sistemas de salud y, finalmente en el logro de resultados sanitarios como los señalados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que es un compromiso de país.

Así, de acuerdo con el informe mundial de la salud (OMS, 2006), uno de los desafíos más importantes respecto al personal de salud, es la necesidad de formar adecuadamente a los trabajadores según las necesidades de los sistemas, mejorar el desempeño y la gestión de los recursos humanos.

En ese contexto, el llamado a la Acción de Toronto se tradujo posteriormente en las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015, que se constituye en uno de los mayores hitos en los esfuerzos en el ámbito de la gestión de los Recursos Humanos, estableciéndose los 05 objetivos del decenio de los recursos humanos 2006-2015:

1. Políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud y a los cambios en los sistemas de salud.
2. Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y acorde a las necesidades de salud de la población.
3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud para garantizar atención a la salud para toda la población.
4. Asegurar condiciones de empleo y de trabajo adecuadas, relaciones laborales justas y asegurar ambientes de trabajo saludables.
5. Mecanismos de interacción entre instituciones de formación y servicios de salud para adecuar la formación de los trabajadores de la salud a un modelo de atención universal, equitativa y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

El aseguramiento universal y el proceso de descentralización, ya en curso, y el fortalecimiento del primer nivel de atención requieren compromisos claros para el logro de las metas y objetivos a corto, mediano y largo plazo como:

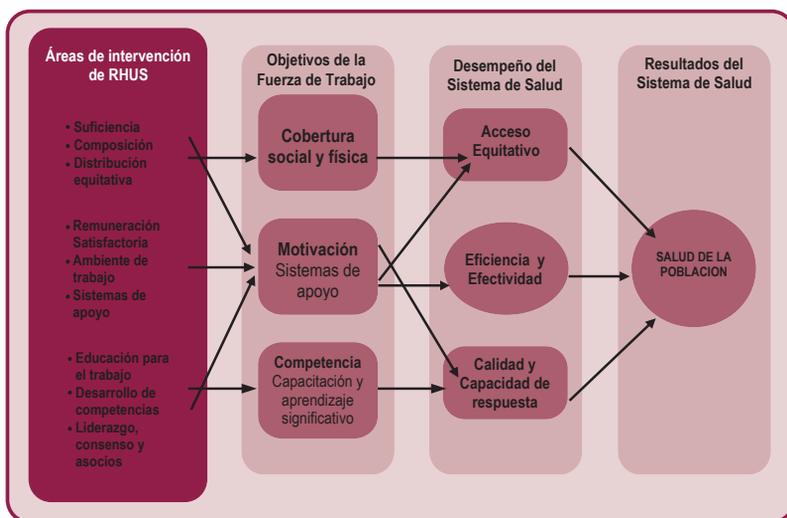
En el Perú como corolario a los desafíos planteados en Toronto, se establecen mediante RM 1007-2005/MINSA ocho (08) "Lineamiento de Políticas para el Desarrollo de Recursos Humanos"

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

Un compromiso conjunto para definir una clara política de recursos humanos no se podrá dar una transformación sanitaria profunda si no se produce un cambio en las políticas de desarrollo de recursos humanos. No es posible, solo para señalar- que sigamos desde principios de los 90', con normas que prohíban incrementos o aumentos salariales y que por austeridad, se prohíba la creación de plazas.

En el diagrama siguiente, producido por la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto, se observan las múltiples relaciones e implicancias de las áreas de intervención de recursos humanos con los objetivos de la fuerza de trabajo, desempeño del sistema de salud y los resultados del Sistema de Salud deseados.



*Fuente: Elaborado por Iniciativa de Aprendizaje Conjunto. Expuesto en la 27.a conferencia sanitaria panamericana. 59ª sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, 1-5 de octubre del 2007.*

A nivel de respuesta a la situación sanitaria, el Sector Salud cuenta con una gran variedad de establecimientos por Sub-Sectores, siendo el Ministerio de Salud el principal prestador de

## CARRERA SANITARIA EN EL PERÚ

servicios de salud <sup>1</sup>, teniendo en sus manos cerca del 78 % de los establecimientos de salud del sistema (Gráfico 1) y en población asignada mayoritariamente en los distritos de mayor pobreza concentrando el 69 % de personal de salud (Gráfico 2).

Gráfico 1. Establecimientos de Salud del Sector por Institución Perú -2009

INSTITUCIÓN	PSC	.S	HOS	S/CATT	OTAL DE E.S.	%
MINSA*	5949	1255	139	111	7454	77.7
ESSALUD	32	27	34	89	182	1.9
FFAA	5	7	3	14	29	0.3
PRIVADO	659	107	100	1061	1927	20.1
<b>SUBTOTAL</b>	<b>6645</b>	<b>1396</b>	<b>276</b>	<b>276</b>	<b>9592</b>	<b>100.0</b>

Fuente: RENAES-2010

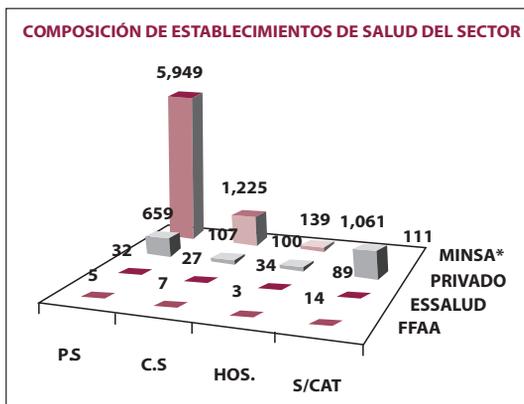
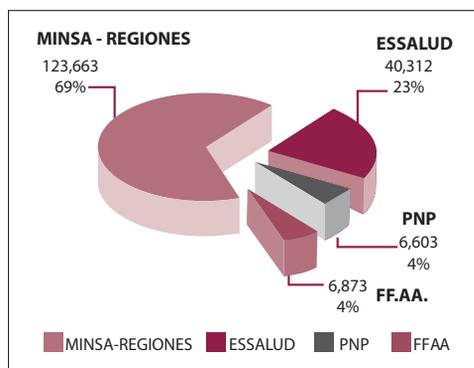


Gráfico 2. Administrando para el desempeño

PROFESIONALES	MINSA REGIONES	ESSALUD	PNP	FFAA	TOTAL	%%
MÉDICO	17,130	8,094	552	1,085	26,861	15
ENFERMERA	17,126	8,468	780	1,307	27,681	16
OBSTETRA	8,259	1,008	157	65	9,489	5
O. PROFESALUD	9,181	3,734	685	1,051	14,651	8
TÉCNICO ASISTENCIAL	43,722	10,394	3,134	2,971	60,221	34
PROF ADMINISTRATIVOS	4,051	3,871	197	320	8,439	5
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	24,194	4,748	1,098	74	30,109	17
TOTAL	123,663	40,312	6,603	6,873	177,451	100
%	69	23	4	4	100	

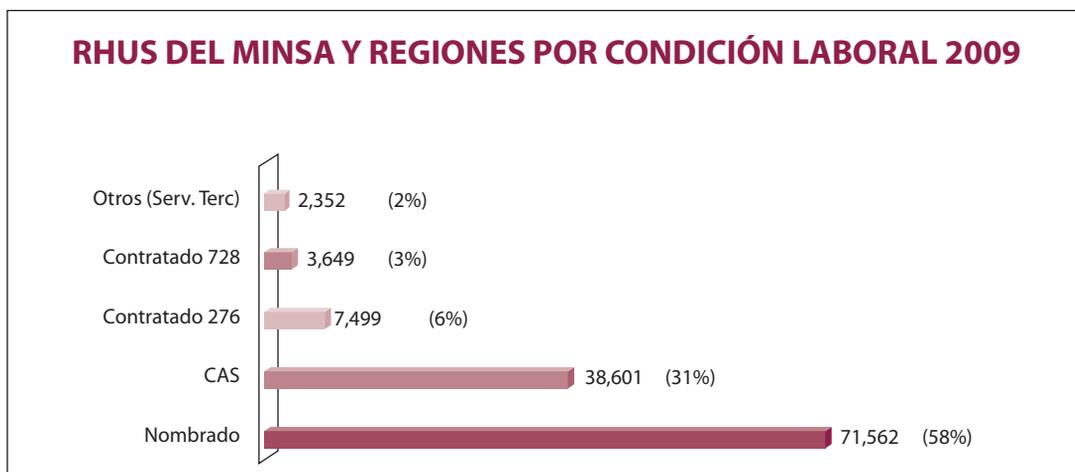


Fuente: 1/. Base de Datos Nacional de Recursos Humanos 2009 - ONRHUS - DGGDRH – MINSA  
 2/.Gerencia Central de Recursos Humanos ESSALUD - 2009 (no incluye CAS)  
 3/.División de Desarrollo Humanos DIREJASS.DIRESAL.PNP 2009  
 4/ Información remitida por la FFAA 2009

1 Con la dación de la Ley de Bases de la Descentralización, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y la Ley Orgánica de Municipalidades se modifica sustantivamente la distribución de competencias entre los gobiernos central, regional y municipal. En el sector salud a nivel nacional, con excepción de Lima Metropolitana, los órganos desconcentrados del Ministerio de Salud son transferidos a los gobiernos regionales con sus correspondientes recursos humanos.

Es importante mencionar que en la composición de recursos humanos por vínculo laboral, en el Ministerio de Salud-Regiones, se cuenta con un 58% de personal nombrado bajo el régimen de Decreto Legislativo 276, 6% están bajo modalidad de Contrato del Decreto Legislativo 276 y 3% bajo la modalidad reglamentada por el Decreto Legislativo 728 en los CLASS, que son contratos del régimen privado aplicado al régimen público, 31% están bajo el Régimen de Contratación CAS y 2% otras modalidades temporales como los servicios de terceros (gráfico 3).

Gráfico 3. Composición MINSA y Regiones según Régimen de Contratación 2009



Nota: Incluye SERUMS remunerado, y no incluye a las sedes administrativas de DIRESA, DISA y RED.

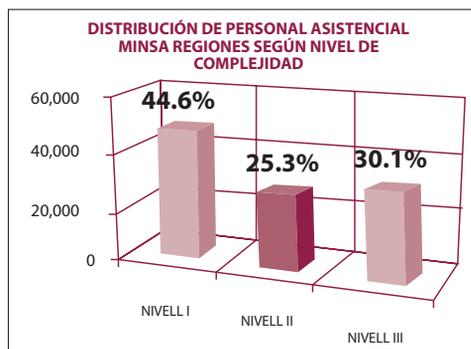
Fuente: Base de Datos Nacional de Recursos Humanos 2009 MINSA

Así también, en el Subsector MINSA, la distribución de personal de salud por niveles de atención nos muestra que el primer nivel de atención, concentra casi el 45% de personal de salud con 47, 738 trabajadores que brindan servicios en **7,204** establecimiento de salud entre Puesto y Centros de Salud mientras el segundo y tercer nivel concentra más del 55% de la población laboral con 59,412 trabajadores distribuidos en solo **139** establecimientos de salud, evidenciando una mayor concentración de personal en los niveles de complejidad II y III (Gráfico 4).

Según la última información de recursos humanos, se tiene la siguiente distribución de los recursos humanos en el MINSA y regiones que sigue permaneciendo inequitativa, concentrándose la mayor cantidad en Lima y las grandes ciudades.

Gráfico 4. Distribución de personal por nivel de complejidad

CONDICIÓN LABORAL	NIVEL DE COMPLEJIDAD								TOTAL	TOTAL SEGÚN ESTABILIDAD
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	III-2		
NOMBRADO	2,447	3,556	8,945	6,393	9,383	9,092	16,779	5,433	62,028	72,763
CONTRATADO 275	2,414	1,212	1,141	574	453	295	880	170	7,139	
CONTRATADO 728	98,9	839	1,235	515	12	2	4	0	3,596	
CAS	3,883	3,605	5,197	2,917	3,712	4,090	5,887	2,897	32,188	
OTROS	282	554	659	381	61	35	226	1	2,199	
TOTAL	10,015	9,766	17,177	10,780	13,621	13,514	23,776	8,501	107,150	
TOTAL POR NIVELES	47,738			27,135			32,277			



Fuente: Base de Datos Nacional de Recursos Humanos 2009 MINSA

En las últimas décadas, se vienen llevando a cabo desde el Ministerio de Salud, diversas estrategias para mejorar la atención en el primer nivel y extender la cobertura en zonas de escaso desarrollo socio-económico sobre todo en las zonas rurales de la sierra y de la selva, sin haber logrado solucionar el problema de fondo debido fundamentalmente a la escasez de recursos humanos profesionales que cuenten con competencias adecuadas en estos ámbitos.

Dos décadas de “Reforma Económica” y sectorial han limitado los gastos, congelado los nombramientos y salario, precarizando el trabajo, restringiendo los presupuestos del sector público y permitiendo una serie de logros productivos sin desarrollo de los recursos humanos.

Todos estos cambios han terminado por modificar el status de los profesionales de la salud y de la formación en salud; asimismo; esta nueva situación está caracterizada principalmente por:

- **La desarticulación** entre el mundo del trabajo en salud y el mundo de la formación en salud, pues ambos marchan bajo lógicas diferentes, creciendo la oferta educativa en salud muy por encima de la demanda de los servicios y la demanda educativa muy por encima de la oferta de las universidades e institutos superiores.
- **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.
- **El cambio en simultáneo del régimen laboral**, del sistema de nombramientos al de contrataciones y el mantenimiento del nivel de los salarios reales sólo en determinadas franjas, con la pauperización consiguiente de las otras franjas, además

de las de la base de la pirámide, la afectación del status de las profesiones de salud y en algunos casos su paso a semi-profesiones, el retorno de la conflictividad laboral y la fuerte dualización entre los profesionales asistenciales y los administrativos.

- **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.
- **El serio debilitamiento de la rectoría**, en un contexto de ausencia de un punto de equilibrio del sistema de recursos humanos que promueva rectificaciones.

Este panorama evidencia la 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. Asimismo, 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. Las mismas que se pueden corroborar con una simple visita de supervisión a alguno de los establecimientos de salud.<sup>2</sup>

Las reformas del Estado y de salud han privilegiado la contención de costos, los mecanismos de mercado y la ampliación de opciones de los consumidores, pero se ha prestado poca atención a cuestiones trascendentales como la gestión laboral en salud.<sup>3</sup>

De acuerdo a Webb y Valencia (2005), la degradación de la carrera de servicio civil ha sido consecuencia de la debilidad institucional desde el gobierno para monitorear el desempeño y exigir el cumplimiento de normas y, desde los usuarios, para percibir o reaccionar contra las deficiencias del servicio. Los bajos salarios y la ausencia de incentivos han tendido a degradar y desmoralizar a los profesionales de la salud, sin embargo, basarse en incentivos monetarios por sí solo no será efectivo sino se trabaja en el fortalecimiento institucional y la reformulación de la carrera de servicio civil que dé el marco para retomar los procesos de evaluación, selección y promoción basados en el mérito.

2 Plan Decenal para la Década del Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, Dirección General de Políticas, Regulación y Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, Serie Bibliográfica, Recursos Humanos en Salud N° 6, Lima, Perú 2006.

3 OPS/OMS. La Gestión del Trabajo en América Latina y El Caribe: Tensiones y Conciliación entre “La vieja y la Nueva Agenda”. Unidad de Desarrollo de recursos Humanos. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. N° 36. Brasilia – Brasil. 2004

## 4.- INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO SECTORIAL RM 486-2010-SALUD.

### Avances de Propuestas Específicas para la Reforma Integral de la Carrera Pública en el Perú

#### 4.1. Ideas Marco y Ámbitos de la Carrera Sanitaria

##### 4.1.1.- El empleo público en el Sector Salud y su organización basada en la carrera sanitaria

La diferencia entre un trabajador público y uno privado radica en que, al otro lado de la relación laboral, se encuentra el Estado en posición de empleador, mientras que, en el otro ámbito, está una organización privada, regularmente una empresa. El empleo público se define como al conjunto de trabajadores que prestan servicios subordinados al Estado.

Sobre esta base laboral (trabajadores públicos y privados) existen a nivel internacional diversas tendencias y modelos de organización del trabajo que se clasifican en sistemas de empleo público abierto - SEPA y sistemas de empleo público cerrado - SEPC.

El SEPA es un modelo basado en la carrera burocrática que tiene las siguientes características:

- . Ingreso por concurso público de mérito o capacidad.
- . Estructura jerarquizada y acceso del trabajador a un grupo ocupacional.
- . Derecho de ascenso.
- . Estabilidad laboral Absoluta o derecho de no remoción.

El SEPC es un modelo próximo a la organización del sector privado, y tiene las siguientes características:

- . Libre contratación.
- . Acceso del trabajador a un puesto de trabajo específico y no a un grupo ocupacional.
- . No está garantizado el derecho de ascenso.
- . Estabilidad laboral Relativa.

Conviene efectuar algunas precisiones para entender los modelos nacionales concretos; y es que éstos suelen tener contenidos de uno y otro, de tal forma que, se puede determinar si un modelo específico está más próximo a un SEPA o a un SEPC.

Otro aspecto central a comprender es que, a la luz de desarrollo constitucional del derecho laboral; los SEPA o SEPC son formas de organización que se ensamblan sobre la base del respeto de los derechos laborales fundamentales. Esta base es un mínimo común denominador para toda forma de organización. De esta manera, respetados los derechos laborales fundamentales, la opción por un modelo SEPA o SEPC será, desde una perspectiva del derecho laboral, necesariamente constitucional; en otros términos, los fundamentos jurídicos para la elección de uno y otro modelo tendrán que ser determinados por otros valores constitucionales, como es el contenido de la propia carrera pública como institucional



---

constitucional, el deber de garantía del Estado respecto de los derechos fundamentales de los ciudadanos, y el mayor o menor grado de autonomía de los trabajadores de salud (como grupo) en relación con el gobierno (nacional, regional y local)

Puestas así las cosas, un primer elemento de evaluación consiste en fundamentar si la organización del empleo público en el Sector Salud debe basarse en un modelo SEPA o SEPC, en un modelo de carrera o en modelo de régimen laboral privado.

Ante esta dicotomía, como se ha señalado en párrafos anteriores, no estamos ante una decisión sobre precarizar o no el empleo, dado que ambos modelos suponen el respeto de los derechos laborales fundamentales; sino más bien, ante una decisión enfocada en determinar qué garantizar mejor la eficiencia del servicio de salud, la compatibilidad con la organización política, el alineamiento con la política de salud, y la viabilidad política de las reformas que busquen introducirse.

Un modelo de carrera establece, desde cierta perspectiva, un conjunto de garantías para el desarrollo profesional del trabajador público (mediante el reconocimiento, la seguridad y la realización profesional), y para la Administración debe plasmar un conjunto de valores, que actualmente se centran en torno a la eficiencia, la transparencia, la rendición de cuentas, el profesionalismo, el no clientelaje política, la promoción y respeto de los derechos de los usuarios, y los derechos laborales de los trabajadores.

Un SEPA probablemente pueda responder a algunos de los valores expuestos, pero ciertamente su grado de garantía o efectividad es mucho menor, por dos razones: primero, porque en un SEPA es la ley la que garantiza el conjunto de derechos de carrera, y segundo, porque estos derechos están ensamblados en clave del mérito, con perspectivas de mejora progresiva y por largo plazo.

En un SEPA las garantías de un desarrollo profesional están contenidas en el mejor de los casos en un contrato de trabajo, sin perjuicio que, debido a las restricciones presupuestarias de lógica anual, sea poco probable que mediante contrato la administración otorgue derechos de carrera. Las medidas de reconocimiento o realización profesional en un SEPA suelen ajustarse al ejercicio presupuestal y son dadas en el marco del poder de gestión de la administración.

En este marco de ideas es que un modelo de carrera (SEPC) se presenta como un instrumento estatal idóneo para lograr el profesionalismo y la eficiencia, mientras que un SEPA tiene una efectividad de menor nivel. Sin embargo, con esta afirmación queremos dejar precisado que estas mejores garantías de eficiencia son analizadas en un plano estrictamente estático, sin considerar variables vinculadas con el poder de gestión (aspecto dinámico), que suele desplegarse con mayor eficiencia en un modelo de SEPA. En otros términos, la sola existencia de un modelo de carrera no resulta suficiente para producir prestaciones eficientes de servicios públicos, sino que se requiere de un ámbito de gestión consolidado, además de políticas sectoriales adecuadas, entre otros factores.

### 4.1.2.-Un modelo de carrera, pero ¿qué modelo de carrera?

Si la carrera, o cualquier forma de organización del Estado, tienen un componente instrumental al logro de las finalidades estatales, dado que como hemos referido los derechos laborales de los trabajadores públicos son una dimensión distinta que debe estar vigente cualquiera sea el sistema de organización, entonces debemos identificar la finalidad perseguida para determinar su contenido esencial que será objeto de una propuesta de carrera.

En el Estado Liberal, en el que surge la carrera pública, la finalidad primigenia fue la de delimitar el ámbito de actuación del gobierno (la democracia política) de quienes debían actuar con garantías de imparcialidad y objetividad, protegidos de la influencia o el clientelaje político. La carrera burocrática tenía una finalidad política (dado que el Estado es una entidad política), darle a la burocracia autonomía relativa frente al gobierno, para garantizar la aplicación objetiva de la Ley, y por ello sus tres elementos esenciales son los siguientes:

- . Acceso por concurso público.
- . Estructura jerarquizada con derecho a ascenso.
- . Derecho de no remoción o estabilidad laboral absoluta (reposición frente a un despido injustificado).

Estos tres elementos se desplegaban en base al principio de mérito y capacidad.

En la carrera burocrática la Ley determinaba el íntegro del contenido de la relación laboral (de los derechos y deberes); la Ley cerraba espacios para cualquier otra fuente de regulación, incluido el poder de organización y dirección de la administración pública. En otros términos, la administración pública antes que un empleador, era el poder político a controlar y limitar desde la carrera; por ello, la gestión del trabajador público (el poder de subordinación y de organización) realizada mediante la dotación de poderes a la administración era un escenario a restringir en vez de fomentar o promover.

La ausencia de gestión, y la ausencia del principio de eficiencia respondían a la racionalidad política anotada, y en ello la carrera burocrática debía cumplir cabalmente su rol instrumental. Así, la carrera burocrática, desde una perspectiva sociológica, tiene por objeto la creación de la burocracia, de un poder burócrata opuesto al poder político. Esta contraposición de poderes no es aquella que proviene de la organización colectiva de los trabajadores (libertad sindical) sino una que proviene de la Ley para limitar el poder del político. La típica carrera burocrática, era una de base estatutaria, que proscibía la libertad sindical, y a cambio de ello, otorgaba dentro de los derechos de carrera un conjunto de beneficios económicos suficientes para “compensar” esta limitación jurídica de libertades.

En resumen la carrera burocrática aludida tiene las siguientes características:

- . La Ley determina el íntegro de los derechos y deberes; no hay espacios para la libertad sindical.
- . La ley limita o reduce el poder de dirección y organización de la administración.
- . La Ley otorga crea beneficios y derechos para “compensar” los límites a la libertad sindical.



---

El tránsito del Estado Liberal al Estado de Bienestar supuso una transformación de la finalidad Estatal, de un Estado enfocado en sancionar los actos lesivos de las libertades individuales, a uno que agrega la prestación de servicios públicos como parte de su finalidad. Así, mientras que el Estado Liberal concentraba su actividad en el ejercicio de poderes jurídicos de control o represión de actos lesivos, el Estado de Bienestar se convierte en un proveedor de servicios, en un dador prestaciones sociales (como lo es la salud). Este tránsito supuso un disloque en el modelo de organización del empleo público, dado que, como vimos, la carrera burocrática estuvo diseñada para limitar el poder política, lo que tenía incluido su poder de gestión, su finalidad no estaba en satisfacer el principio de eficiencia, ni la regularidad o continuidad de un servicio, sino en controlar al gobierno; y entonces ante un nuevo objeto, “dar servicios públicos” la carrera burocrática no otorga los espacios para la gestión y la organización, sino más bien normas legales rígidas y omnicomprensivas de la mayoría de materias; por ello, podríamos decir que la carrera burocrática tradicional está diseñada en clave de no privilegiar la eficiencia.

Este disloque es frecuentemente mal comprendido y se ha basado en no distinguir entre trabajadores que ejercen funciones de *ius imperium*, en donde se requiere principalmente preservar el principio de no injerencia política, de aquellos que prestan servicios públicos, en donde el principio de eficiencia es el valor a preservar. En efecto, una primera posición en esta indiferenciación consiste en asumir que toda forma de carrera es incompatible con la eficiencia, pasándose a plantear SEPA, aplicándose régimen laboral de la actividad privada o técnicas de organización privada; posición que desconoce las posibilidades de potenciación de la eficiencia que puede brindar un modelo de carrera; y de otro lado, una segunda posición que no concibe otra forma de carrera que la burocrática, desconociendo que su contenido responde a una finalidad distinta a la exigida en la prestación de servicios públicos y los efectos que ella tiene en el poder de gestión de la administración sobre sus trabajadores.

La superación del disloque institucional supone que, especialmente para la prestación de servicios públicos, se debe producir una carrera distinta en la que el principio de eficiencia es el valor relevante, y los derechos producidos tienen tal finalidad. En esta línea, las reglas de carrera debe reencuadrar la relación Ley-poder de gestión de la administración, pasando de un modelo normativo que extrae el poder de gestión, a un modelo que consolida el poder de gestión de la administración, el poder de subordinación (propio de la relación laboral) y el poder de organización o planificación.

Un segundo tránsito de las bases de configuración es el del Estado Legislativo al Estado Constitucional. En el primero, la Ley es la fuente de la regulación, y en este contexto nace dentro del empleo público la denominada teoría estatutaria. Para esta teoría, no hay espacios para el derecho laboral ni sus fuentes de regulación, como son el convenio colectivo y el contrato de trabajo. En el Estado Constitucional, la Ley está limitada por los derechos fundamentales, en el empleo público el convenio colectivo debe ser una fuente determinante, y hay espacio para el contrato de trabajo.

En este nuevo contexto constitucional toda regulación del empleo público, incluido un SEPC debe considerar un reencuadramiento entre la Ley-el convenio colectivo y el contrato de trabajo;

especialmente los dos primeros deben tener materias delimitadas. Esta nueva situación, distinta a aquella en que la norma estatal define el íntegro de los contenidos, le agrega complejidad y pluralidad a la organización. En este punto, desde la perspectiva de la carrera uno de los elementos centrales radica en garantizar que las materias que estructuran la carrera no sean vulnerados por la negociación colectiva, sino más bien potenciados.

Intersecando todos los insumos expuestos, parece claro que las estructuras que originaron la típica carrera burocrática y las relaciones Ley-convenio colectivo han sido transformadas, y ello obliga a que los nuevos planteamientos de organización sean compatibles con ellos. Por ello, un modelo de carrera sanitaria (de servicios públicos) debe considerar reglas orientadas a dotar de mayor ámbito de gestión a la administración, espacios para la negociación colectiva, y respeto de los derechos laborales fundamentales, sin perjuicio de lo que es intrínseco a toda carrera: el conjunto de derechos que garantizan un proyecto de vida laboral, que tiene que ensamblarse en clave de los tres aspectos antes referidos. Estos tres ejes vertebrales comprenden aspectos como la gerencia de servicios de salud, el contenido del poder de subordinación de la administración, los ámbitos, materias y niveles de negociación, etc.

Finalmente, no debe escapar a cualquier propuesta actual, el escenario de descentralización política, que crea nuestros centros políticos y de administración, que deben tener atribuciones de organizaciones de determinadas materias, así como el aseguramiento universal en salud.

### **4.1.3.- Gobierno, función directiva, carrera y gestión**

En un SEPA clásico el gobierno (sistema de confianza política) abarca el íntegro del empleo público, contratando y despidiendo libremente a trabajadores (por ejemplo, el régimen CAS es una expresión de este modelo). En un SEPC clásico el gobierno tiene un espacio limitado o reducido, mientras que la organización de carrera regula el resto del empleo público, la gestión del gobierno a los trabajadores de la carrera es limitada y la función directiva no es profesionalizada, su actuación es de representación política y no de gerencia de los servicios públicos.

Parece claro anotar que la capacidad directiva o gerencial de los servicios de salud es uno de los elementos de ineficacia en la situación actual. La debilidad para dirigir, planificar y fiscalizar el trabajo origina un problema de ineficiencia, que podría agravarse si, previamente a la construcción de una carrera sanitaria, ésta no descansa en un grupo gerencial altamente profesionalizado.

Hoy este grupo no existe. El cargo de director de hospital es el único concursado (el puesto de director ejecutivo no lo es, como tampoco las jefaturas de servicios), está limitado sólo a la postulación de quienes tienen profesión médica, es temporal, no hay capacitación y está parcialmente corporativizado por la participación de colegio médico y el gremio médico en la elección de directores, sin perjuicio de la inexistencia de una estructura de supervisión regular de la gestión.

Esta situación crea un escenario de precariedad directiva extendida en todo el servicio de salud que debiera cambiar de forma inmediata.

## **4.2.- El ámbito de la carrera sanitaria**

### **4.2.1.-El ámbito horizontal de la carrera sanitaria**

Con el ámbito horizontal entendemos al abarcamiento de todo profesional vinculado con el servicio de salud que labora para el Estado, con prescindencia de la institución público o ámbito de gobierno en que se desarrolle el servicio.

Actualmente, se puede identificar hasta cuatro grupos de profesionales de la salud en distintos ámbitos: 1) Minsa-regiones, 2) ESSALUD, 3) Sanidades FFAA y policía y 4) gobiernos locales-hospitales de solidaridad. En estos ámbitos, en el 1) rige el régimen de carrera administrativa y residualmente el régimen CAS, en el 2) rige el régimen laboral privado y residualmente el régimen CAS, y el de carrera administrativa, en el 3) rige una carrera especial vinculada con la carrera militar o policial, y en el 4) exclusivamente el régimen CAS.

Los distintos niveles o ámbitos de organización de la administración pública y los servicios de salud que brinda, son determinantes para establecer las responsabilidades de gestión (acceso, remuneraciones, salida, traslados, etc.); sin embargo, no son sustento objetivo para distinguir entre regímenes laborales.

Desde esta perspectiva, el grupo de trabajo concluye que el ámbito horizontal de una carrera sanitaria debe abarcar a todos los niveles de gobierno y entidades públicas que cuenten con profesionales; sin perjuicio de distribuir las competencias de gestión y la determinación de remuneraciones y condiciones de trabajo en los distintos niveles o entidades.

Esta evaluación no desconoce que la uniformización de regímenes puede tener un impacto presupuestario, una posible afectación de derechos de los trabajadores, e incluso modificar competencias de gestión; por ello, debe preverse normas que regulen un proceso de uniformización que reduzca los impactos, pero que también asegure el cumplimiento de etapas en la reforma.

Finalmente, se requiere hacer una cuantificación de cuantos profesionales de la salud existen.

### **4.2.2.- El ámbito funcional de la carrera sanitaria**

El grupo de trabajo identificó los siguientes criterios de delimitación funcional de la carrera sanitaria:

#### **La vinculación funcional asistencial-profesional de la salud**

Un primer elemento de debate se centró en la función asistencial en salud como factor para determinar el ámbito de la carrera. Se entendió que la función asistencial refiere a un servicio de salud en sentido amplio y dinámico. La noción de determinantes sociales y la promoción de la salud han ampliado el espectro del servicio de salud.

En el seno del grupo de trabajo se debatió sobre el efecto de esta nueva realidad en el contenido de la función asistencial o del servicio de salud, y si ello, debía impactar en el ámbito de la

carrera sanitaria abarcando a profesionales distintos a lo que tradicionalmente se entiende por profesionales de la salud.

Se acordó que la Dirección General de Promoción de la Salud -DGPROM realizaría un informe sobre el impacto en las necesidades de personal (competencias laborales requeridas) que origina el nuevo enfoque en salud, basado en determinantes sociales. Igualmente, esto sería objeto de consulta a la OPS/OMS.

### **La vinculación entre carrera sanitaria y profesional de salud, excluyéndose a técnicos y auxiliares**

En segundo elemento de delimitación está en la formación profesional de los integrantes de la carrera. ¿debe la carrera sanitaria comprender a profesionales, técnicos y auxiliares que desempeñan principalmente función asistencial, o más bien debe limitarse a los profesionales de salud?

Al respecto, un primer elemento para el abordaje de esta cuestión radica en la Ley Marco del Empleo Público. Esta norma establece una clasificación de empleados públicos que debe ser la base para distinguir las distintas funciones (4) que desempeñan los trabajadores públicos y las regulaciones especiales que resultan necesarias o compatibles con estas funciones. De esta manera, el artículo 4 de la Ley Marco del Empleo Público, establece entre otras, las siguientes categorías:

- c) Especialista.- El que desempeña labores de ejecución de servicios públicos. No ejerce función administrativa. Conforman un grupo ocupacional.
- d) De apoyo.- El que desarrolla labores auxiliares de apoyo y/o complemento. Conforman un grupo ocupacional.”

La Ley Marco, en el criterio de clasificación funcional que utiliza, establece que es especialista todo trabajador que presta servicios públicos, es decir todo aquel que presta directamente el servicio público de salud a la persona usuaria. De otro lado, el personal de apoyo realiza labores de complemento o auxilio, que pueden implicar un servicio para el usuario pero auxiliar al que principalmente le está prestando el especialista.

Se debatió si la carrera sanitaria debe incluir a los trabajadores con títulos profesional que realizan función en salud, o si la carrera debe abarcar a técnicos y auxiliares que desempeñen función asistencial. La presidencia expuso que un elemento a considerar para decidir sobre la disyuntiva radicaba en el criterio de relevancia de la labor en el servicio público de salud. ¿la labor de los trabajadores de la salud no profesionales es de especial relevancia en el servicio de salud o es complementaria o auxiliar?.

El criterio de la relevancia resulta importante si se asume que la carrera sanitaria tiene, desde la perspectiva del presupuesto público, una incidencia especial de inversión en el recurso humano, en aspectos como la formación profesional, la investigación científica, la docencia, la remuneración, el traslado a zonas de riesgo o de difícil acceso.



---

Sobre este punto, el grupo de trabajo expresó la importancia de acotar el ámbito funcional de la carrera sanitaria a aquellos que tienen formación profesional. Sin embargo, se convino también en que, desde otro punto de vista, era importante contemplar un marco común que permitiera incluir tanto al personal profesional como no profesional, en tanto su desempeño tiene repercusiones en la calidad de la atención que recibe el usuario, y que este tema debería debatirse con una mayor amplitud, en especial, dialogando con las Direcciones Regionales de Salud.

### **La vinculación entre carrera sanitaria y profesional de salud, excluyéndose a los puestos directivos**

Un tercer factor de delimitación es la distinción entre carrera sanitaria “profesionales de la salud, y personal directivo o gerentes de los servicios de salud” grupo directivo. Algunos modelos de carrera (los verticales) abarcan en una gran carrera al personal de planta y al personal directivo, conformando un solo cuerpo de trabajadores públicos de forma cerrada; de tal forma que, la función directiva es parte de la línea de carrera. Otros modelos mantienen al personal directivo dentro del ámbito de la designación política, otros mediante designaciones temporales previo concurso a un puesto específicos, y otros mediante la creación de una carrera directiva, consolidando un grupo gerencial autónomo, con identidad dentro de la organización pública.

¿Qué modelo elegir?. La Presidencia planteó al grupo los siguientes criterios.

Un primer criterio debe apuntar a la dinámica de la relación laboral. Frente al trabajador que pone sus servicios a disposición, está un empleador que organiza la labor del trabajador, que dirige, fiscaliza y eventualmente sanciona. En esta lógica, el rol directivo del empleador es determinante para organizar el trabajo y lograr los objetivos institucionales.

Desde esta perspectiva, trabajador y empleador son dos sujetos opuestos, y todos los que representan al empleador frente a sus trabajadores (el personal directivo) deben tener un conjunto de derechos y deberes compatibles con su representación en posición de empleador; por ello, se descarta la idea de una carrera vertical que mezcle en un solo cuerpo normativo profesionales de la salud con directivos, para fortalecer el poder directivo. De esta manera, la reforma de la carrera sanitaria debe apuntar a distinguir dos grupos de carrera distintos: el del personal directivo, con profesionalismo en dirigir los servicios de salud y a los trabajadores de la salud; y de los profesionales de salud con idoneidad en prestar servicios de salud de calidad; con ello, la carrera sanitaria no incluiría al personal directivo.

El grupo de trabajo deliberó sobre las posibilidades planteadas concluyendo que la carrera sanitaria no debe abarcar al personal directivo.

### 4.3.- Estructura de la carrera y sistema de ascensos.

#### 4.3.1.- empleo público:

La Ley 28175, Ley del Empleo Público, norma la actividad de las personas que prestan servicios remunerados para el Estado. En tal sentido, de conformidad con el artículo 4 de la referida ley, los empleados públicos se clasifican en:

- **Funcionario Público:** Aquel que tiene a su cargo funciones políticas y representa al estado o a un sector de la población. Desarrollan políticas y/o dirigen instituciones públicas. El Funcionario Público puede ser: i) de elección popular directa y universal o confianza política originaria, ii) de nombramiento y remoción regulados; y, iii) de libre nombramiento y remoción.
- **Empleado de confianza:** Desempeña cargo técnico o político distinto al del funcionario público. No forma parte de la Carrera Administrativa.
- **Servidor Público:** Aquel que pertenece a la Carrera Administrativa y puede ser:
  - **Directivo Superior,** desarrolla funciones administrativas relativas a la dirección de un órgano programa o proyecto, la supervisión de empleados públicos, la elaboración de políticas de actuación administrativa y la colaboración en la formulación de políticas de gobierno.
  - **Ejecutivo,** que desarrolla funciones administrativas (ejercicio de autoridad, atribuciones resolutorias, asesoría legal, fe pública, supervisión, fiscalización, autoría) y aquellas que requieren la garantía de actuación administrativa objetiva, imparcial e independiente a las personas. Se supone que este tipo de servidores cuenta con atribuciones para dirigir órganos y ejercer el poder de subordinación sobre los trabajadores públicos a su cargo, actuando en representación del Estado-Empleador.
  - Especialista, desempeña labores de ejecución de servicios públicos, no ejerce función administrativa.
  - De apoyo, desarrolla labores auxiliares de apoyo y/o complemento.

El Ingreso al Empleo Público se realiza mediante concurso público y abierto, por grupo ocupacional, en base a los méritos y capacidad de las personas, en un régimen de igualdad de oportunidades. En este concurso, de conformidad a la ley, se deberá cumplir con los siguientes requisitos: i) Existencia de un puesto de trabajo presupuestado en el Cuadro de Asignación de Personal - CAP y en el Presupuesto Analítico de Personal – PAP, ii) identificación del puesto de trabajo, iii) descripción de las competencias y méritos, iv) establecimiento de criterios de puntuación y puntaje mínimo; y, v) determinación de la remuneración.

Como complemento a lo dispuesto en la Ley 28175 se debe de tomar en consideración el Decreto Legislativo 276 (régimen laboral público) y el Decreto Legislativo 728 (régimen laboral privado, aplicable a funcionarios públicos y a empleados de confianza).

#### **4.3.1.1.- Decreto Legislativo 276:**

La Carrera Administrativa se define como: El conjunto de principios, normas y procesos que regulan el ingreso, los derechos y los deberes que corresponden a los servidores públicos que, con carácter estable prestan servicios de naturaleza permanente en la Administración Pública<sup>4</sup>. En este sentido, la carrera administrativa tiene como contenido especial los siguientes elementos:

- i) Reglas de acceso basadas en los principios de mérito y capacidad,
- ii) Estructura estratificada que genera el derecho a ascenso; y,
- iii) Estabilidad laboral absoluta.

Esta norma establece que los servidores públicos contratados, los funcionarios públicos y los empleados de confianza no están comprendidos en la carrera administrativa. Es decir, este decreto regula sólo a los servidores públicos no nombrados que, si bien no acceden a la carrera administrativa, son empleados públicos, tal como los funcionarios públicos y el personal de confianza y por ende, están incluidos en las disposiciones normativas de ésta.

Todos los servidores públicos pueden clasificarse en: profesionales (título profesional o grado académico), técnicos (formación superior o universitaria incompleta o capacitación tecnológica o experiencia técnica reconocida) y auxiliares (servidores con instrucción secundaria y experiencia o calificación para realizar labores de apoyo).

El ingreso a la Carrera Administrativa, de conformidad al D. Leg. 276, reafirmando lo que indica la Ley 28175, es mediante concurso. Aquellos funcionarios públicos o empleados de confianza que previamente hayan formado parte de la carrera pueden retornar a sus puestos originales terminado el mandato. (A. 14)

Por otro lado, aquellos servidores que son contratados para llevar a cabo una labor administrativa o técnica que dure más de tres años consecutivos podrá ingresar a la carrera administrativa, previa evaluación y de existir una plaza vacante. En dicho caso se le reconocerán los años que trabajó como contratado. (A. 15)<sup>5</sup>.

#### **Ascensos**

De conformidad al D. Leg. 276, el ascenso se produce mediante promoción al nivel inmediato superior de su respectivo grupo ocupacional, previo concurso de méritos. Las entidades públicas planificarán sus necesidades de personal en función del servicio y sus posibilidades presupuestales.

A fin de que el personal pueda lograr los referidos ascensos, es obligación de la entidad proveer de programas de capacitación de acuerdo a cada nivel de la carrera y la especialización.

4. Artículo 1 del Decreto Legislativo 276. *Promulgan la Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público*. Sistema Peruano de información Jurídica. Publicada el 24 de marzo de 1984.

5. Ver también. arts. 39 y 40 del Reglamento de la Carrera Administrativa.

Asimismo, debe tomarse en consideración que se puede pasar de una especialización a otra, de contarse con las capacidades para ello, pero la persona no puede ser transferida a un nivel menor al que ya había pertenecido.

### **Remuneraciones**

Está conformada por:

1. Haber básico: se fija para los servidores de conformidad al nivel de carrera y para los demás de acuerdo a cada cargo. En ambos casos el haber básico fijado es el mismo.
2. Bonificaciones: que pueden ser de tres clases:
  - Personal (5% del haber básico por cada quinquenio, sin exceder 8 quinquenios).
  - Familiar (Fijada anualmente por Decreto Supremo).
  - Diferencial (para compensar el desempeño de un cargo que no implique responsabilidad directa y condiciones de trabajo excepcionales para servicio común).
3. Beneficios (Asignación por cumplir 25 o 30 años de servicios, aguinaldos, CTS al momento de cese, por cada año completo o fracción de servicios).

### **4.3.1.2.- Decreto Legislativo 728:**

El Decreto Legislativo 728 regula el régimen laboral de la actividad privada, la que fue posteriormente dividida en dos normas la Ley de Formación y Promoción Laboral<sup>6</sup> y la Ley de Productividad y Competitividad<sup>7</sup>. Es aplicable para los trabajadores denominados funciones públicos y personal de confianza.

De conformidad a la referida norma el denominado “personal de Dirección”, que por su descripción se refiere a los funcionarios públicos, es aquel que ejerce la representación general del empleador frente a otros trabajadores o a terceros, o que lo sustituye, o que comparte con aquéllas funciones de administración y control o de cuya actividad y grado de responsabilidad depende el resultado de la actividad empresarial.

Por otro lado, define a los trabajadores de confianza como los que laboran en contacto personal y directo con el empleador o con el personal de dirección, teniendo acceso a secretos industriales, comerciales o profesionales y, en general, a información de carácter reservado. Asimismo, aquellos cuyas opiniones o informes son presentados directamente al personal de dirección, contribuyendo a la formación de las decisiones empresariales.

Las modalidades de contratación pueden ser:

- De naturaleza temporal (por inicio o lanzamiento de nueva actividad, por necesidades del mercado y por reconversión empresarial).

6 DS. 002-97-TR, publicado el 27 de marzo de 1997.

7 DS. 003-97-TR, publicado el 27 de marzo de 1997.

- De naturaleza accidental (ocasional, de suplencia y de emergencia)
- De obra o servicio (específico, intermitente y por temporada).

Por otro lado, los ascensos y la remuneración varían dependiendo de las reglas de cada institución y de acuerdo a la función que cumplen.

#### **4.3.2.- Carrera.Pública De Los Profesionales De Salud:**

##### **Normas Generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud, Ley 23536 (1982) y su Reglamento:**

Según el Art. 4º de la referida norma, la carrera pública de los profesionales de la salud es “el proceso mediante el cual se propicia la incorporación de personal profesional idóneo, garantizando su estabilidad laboral y brindándole oportunidades de desarrollo y progresión en el ejercicio de su profesión. Se expresa en una estructura que permite la ubicación de estos profesionales, según méritos y calificaciones”<sup>8</sup>.

Para la presente ley, son profesionales de la salud y cada uno forma una línea de carrera:

- Médico-Cirujano.
- Cirujano-Dentista.
- Químico-Farmacéutico.
- Obstetra.
- Enfermero/a.
- Médico-Veterinario (solo los que laboren en el campo asistencial de la Salud Pública).
- Biólogo.
- Psicólogo.
- Nutricionista.
- Ingeniero Sanitario.
- Asistente Social.

El escalafón de cada línea de carrera está conformado por nueve niveles. De conformidad al artículo 18, la ubicación en el nivel inicial de cada línea de carrera se efectúa en función de los semestres académicos de formación profesional vigentes a la fecha de promulgación de esta norma y en concordancia con el artículo 11 y el reglamento de la presente ley.

Cada línea de carrera tiene una norma específica que regula los requisitos para el ingreso a cada una, así como los detalles para el ascenso, incentivos, niveles, entre otros.

El ingreso a la carrera de los profesionales de la salud será por concurso de méritos en la línea y nivel que corresponde e inscrito en el escalafón respectivo. La carrera termina por las siguientes causas:

8. Ley 23536. Normas Generales que regulan el trabajo y la carrera.de los profesionales de la salud. SPIJ. Legislación de Carácter General. Publicado en 1982.

- a) Límite de edad,
- b) Renuncia,
- c) Destitución,
- d) Pérdida de nacionalidad,
- e) Fallecimiento.

Los ascensos se producen de un nivel a otro inmediato superior en función de la calificación profesional, evaluación personal, experiencia en el trabajo y tiempo mínimo de permanencia en el nivel de carrera. El tiempo de servicios efectivo necesario para llegar al máximo nivel de carrera será de veinte (20) años. Los requisitos generales para el ascenso estarán determinados por los siguientes factores: a) Tiempo de Servicios, b) Calificación Profesional, c) Evaluación.

### **4.3.3. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES:**

Se debería considerar que el proyecto de Ley de la Carrera Sanitaria incluya tanto a los profesionales de la salud, como auxiliares y técnicos. Ello debido a que, los servidores públicos en el sector salud corresponden a estos tres cargos ocupacionales y que realizan actividades prestacionales, de acuerdo a su capacidad o experiencia. Así se contaría con una ley marco adecuada para todos los servidores públicos asociados a la labor prestacional, dejando atrás las múltiples divisiones que no hacen posible que esta ley sea una herramienta adecuada de gestión.

Se considera que se excluyan de la carrera sanitaria a los trabajadores administrativos, toda vez que estos no realizan propiamente actividades relacionadas con una labor prestacional y/o asistencial en salud. Los trabajadores administrativos se desempeñan como personal apoyo en las diferentes áreas administrativas de un establecimiento de salud y son normados por la Ley 28175 y el Decreto Legislativo 276, mas las normas que desarrolle SERVIR.

Finalmente, en relación con los directivos, que están determinados como cargos de confianza, habría que considerar cuáles deben formar parte de la carrera sanitaria. Es de suma importancia que el porcentaje de cargos de confianza sea pequeño y que dentro de la carrera sea posible acceder a cargos directivos, que les permita escalar más niveles de acuerdo a criterios como: profesión, tiempo de servicios y otras variables.

## **4.4.- El acceso a la Carrera Sanitaria**

### **4.4.1.-Idea Preliminar**

El acceso a la carrera sanitaria alude al ingreso de un profesional de la salud dentro de la organización de carrera. Este es uno de los momentos neurálgicos de toda carrera debido a que se concentran usualmente intereses políticos, expectativas ciudadanas y derechos de los ciudadanos que postulan.

En el acceso concurren diversos aspectos técnicos: la determinación de las necesidades de personal, el presupuesto existente, la decisión de contratar personal directamente, mediante intermediación, o proveerse de servicios mediante escenarios de tercerización, la formalización de los instrumentos de gestión - CAP Y PAP, el proceso de concurso, la suscripción del contrato y la incorporación al servicio.

El acceso tiene dos espacios a diferenciar: la etapa previa a la configuración de la relación laboral, y el status jurídico al que ingresa el trabajador (carrera o contrato).

En la primera etapa distinguimos cuatro principios: igualdad, no injerencia política, eficiencia y, mérito y capacidad. Los diversos aspectos de esta etapa, como son la publicidad de la oferta de plaza, las reglas o requisitos de acceso, el órgano de selección, las pruebas y el proceso de selección deben estar ensambladas para preservar los principios enunciados.

En la segunda etapa, cobra relevancia la forma como se ingresa al empleo público: mediante carrera, contrato, (permanente o temporal), mecanismos de contratación directa o través de las figuras de tercerización e intermediación laboral. En esta etapa, los principios de no injerencia política y de eficiencia son los valores a preservar.

Veamos en qué consiste el contenido de los principios referidos:

#### **. Principio de igualdad ante la Ley**

Este principio, regulado en el artículo 2 de la Constitución, establece que toda persona tiene derecho, en el acceso al empleo público, a postular a un puesto público en igualdad. Todo puesto de trabajo en el Estado debe ser ofrecido a todos los ciudadanos que consideren cumplir con los requisitos del puesto, y debe ser elegido quien acredite tener las mejores competencias para desempeñarlo. El principio de igualdad en el empleo público impone entonces un concurso público, etapas transparentes, criterios determinados, en la que el único elemento para obtener un puesto público sea el mérito o la capacidad; cualquier otra consideración supondrá un acto de discriminación.

El principio referido es jurídico, se prohíbe todo acto de discriminación, y especialmente, en la actuación del propio Estado. Sin embargo, el cumplimiento de este principio tiene sin duda efectos sociales y económicos importantes. Una administración pública basada en el principio de igualdad en el acceso adquiere legitimidad frente a los ciudadanos, éstos creen

en sus autoridades y asumen que los trabajadores públicos, que laboran y les dan servicios, están allí por sus capacidades y no por favores personales o políticos.

Desde una perspectiva económica, se asume que el ingreso basado en el mérito aumenta la eficiencia de la administración. Sin embargo, probablemente en este punto habría que ser más cauto. La igualdad en el acceso no implica necesariamente que la persona elegida desarrolle el servicio de forma más eficiente de la hubiera desempeñado un postulante no elegido; el concurso aumenta las probabilidades de elegir al más eficiente pero ciertamente no es una garantía absoluta. La eficiencia debe garantizarse de forma integral, asegurándose que el mérito esté presente durante toda la carrera, acompañado de un sistema de gestión consolidado.

### **. Principio de no injerencia política**

Este principio busca proscribir la injerencia política en el ejercicio de las funciones públicas de un trabajador público, se trata de que, aquellos trabajadores públicos que deben resolver en situaciones de imparcialidad, no estén libradas a la influencia política indebida. La aplicación de este principio se traduce en el acceso por concurso, en la inamovilidad en el puesto, en procedimientos administrativos de sanción rigurosos, con participación de representantes del grupo de trabajadores, y en la estabilidad laboral absoluta.

El principio de no injerencia política no rige en los servicios públicos, como lo es la prestación de servicios de salud, no hay materia para la injerencia política. Por ello, las expresiones o concreciones de este principio no debieran ser parte del contenido de la carrera sanitaria.

### **. Principio de mérito y capacidad**

Este principio supone que las decisiones sobre el acceso, ascenso, incentivos o extinción del vínculo deben estar fundamentadas en el mérito o capacidad del trabajador. El mérito alude a la trayectoria profesional o académica del postulante, mientras que la capacidad al conocimiento y aptitudes para la función.

Este principio le da contenido al principio de igualdad. Dentro del empleo público, el elemento primordial para organizar y gestionar debe ser el mérito o la capacidad (a cada cual según sus capacidades).

### **. Principio de eficiencia**

Este principio rige principalmente en la gestión del capital humano, por el que, la decisión de gestión debe perseguir como finalidad la prestación con calidad del servicio de salud. La aplicación de este principio, como resulta evidente, está limitada o no debe afectar los derechos fundamentales de los trabajadores, ni los principios de mérito y capacidad, e igualdad ante la ley. Con este comentario queremos relevar, por un lado, que la eficiencia debe estar presentada en la organización y gestión de la carrera, pero de otro lado, debe estar subordinado a los otros principios que tienen que ver con derechos de primer orden y la gobernabilidad del Estado.



A manera de corolario, se puede apreciar que las reglas de acceso están íntimamente vinculadas con principios jurídicos básicos, que tienen que ver con una función de igualdad, de institucionalidad y restricción del clientelaje político, y otra de eficiencia. Las reglas de determinación de las plazas y del concurso deben obedecer a estos principios. Las funciones referidas tienen como fin ulterior lograr una situación de legitimidad del Estado frente a la sociedad. Las reglas objetivas y públicas de acceso no sólo persiguen la eficiencia del servicio de salud, sino otros valores relevantes para la existencia del Estado (igualdad y no clientelaje político en la contratación de trabajadores).

#### **4.4.2.- El acceso entre el grupo y el puesto de trabajo. Entre requisitos genéricos del grupo y competencias laborales**

El esquema clásico de acceso en una organización de carrera (sistema cerrado) ha sido el cumplimiento genérico de los requisitos del grupo ocupacional al que se postula, bajo la lógica de un ingreso que no está limitado a un puesto de trabajo, sino a un grupo con características o necesidades genéricas, dentro del cual el trabajador puede ocupar cualesquiera de los puestos correspondientes a tal grupo. En este esquema, para resolver el margen de no competencias que el trabajador pudiera tener sobre un puesto de trabajo en concreto se establecen procesos de inducción y en general un sistema formativo activo.

En esta lógica, el trabajador se inserta en un proyecto organizacional con vocación de largo plazo, sin propiedad de un cargo específico, sino más bien librado a las necesidades de la función y a los traslados que disponga el empleador-Estado.

En un sistema de empleo público abierto, la organización se individualiza en el puesto de trabajo; para ingresar a la administración se requiere cumplir con los requisitos específicos del puesto. En esta noción, no existe pertenencia a un grupo, ni un proyecto profesional de largo plazo, la administración no espera invertir en la formación para adquirir las competencias del puesto, sino que adquiere directamente del mercado de trabajo un trabajador con las competencias específicas.

Entre estos dos modelos “teóricos” encontramos que, en la realidad, no se presentan en un estado puro sino que tienen acentos de uno y otro esquema. Así, tenemos que en 276 los requisitos de acceso no sólo exigen los requisitos genéricos del grupo sino los establecidos en el manual de cargos. Mientras que en 728 la exigencia ha estado siempre sobre los requisitos del puesto.

Pero esta afirmación también puede ser relativa. El cargo es un concepto funcional construido sobre la generalización de un conjunto de puestos de trabajo. Así por ejemplo, el cargo de médico I, plantea un conjunto de requisitos atribuibles a un número determinado de puestos de trabajo. Sobre los requisitos específicos de un puesto de trabajo, la organización de personal ha ahondado en especificidad para arribar a la noción de competencias laborales, por las que incluso se puede evidenciar, no sólo los conocimientos o formación requerida, sino también las aptitudes y actitudes necesitadas para el puesto.

La aparente insuficiencia del modelo cerrado es que la complejidad de las necesidades que requiere hoy afrontar la administración pública no puede ser resueltas con un mecanismo de acceso o reclutamiento tan genérico que produzca notorias brechas de competencias. La formación o inducción brindada por la administración para el personal que accede al empleo público no puede sustituir la adquisición de competencias esenciales que deben ser provistas por el sistema educativo. De otro lado, exigir competencias laborales muy específicas puede tornar rígida la gestión cuando se requiere de un trabajador polifuncional.

Un punto a parte, relacionado con la realidad actual y el cambio que se propone introducir, tiene que ver con las competencias o funciones laborales que diversos grupos de profesionales de la salud han obtenido mediante Ley.

Las competencias laborales son el resultado de las necesidades (en calificación y habilidades) que requiere el empleador para brindar el servicio de salud. Las diversas leyes de los profesionales de la salud han definido competencias atribuyéndoselas a cada grupo (evidentemente con una noción restringida de competencia laboral); es decir la Ley ha asumido un rol “certificador” vinculando competencias con grupo profesional, cuando esta relación le corresponde al sistema educativo y al mercado de trabajo.

El problema con esta intromisión legal es múltiple. Primero, se produce un desfase entre la titulación del sistema educativo, que produce profesionales de la salud con competencias cognitivas acreditadas, y la ley, que le atribuye funciones determinadas, por tanto, que asume competencias, para un grupo de trabajadores. Segundo, las delimitaciones legales originan espacios de intersección y de conflicto laboral, y tercero, se limita la construcción de perfiles de competencias laborales que respondan a las cambiantes necesidades de la población.

Desde esta perspectiva, la construcción de un sistema de acceso basado en competencias laborales (en la integración del mercado de trabajo con el sistema educativo) tendrá por efecto la derogación de las normas que han circunscrito determinadas funciones a grupos específicos de profesionales de la salud.

El acceso a la carrera sanitaria y los grupos de profesionales de la salud. El problema del corporativismo profesional.

El planteamiento de una carrera sanitaria comprensiva de todos los profesionales de la salud implica la aplicación de iguales reglas de acceso e incorporación en una misma carrera. Sin embargo, la realidad actual expresa un archipiélago de diversas carreras y regímenes que han instalado el corporativismo dentro de los servicios de salud, llegando al extremo de definir competencias profesionales. (como se anota en el punto anterior) y de imponer estructuras orgánicas mediante Ley.

## **El acceso y la descentralización**

El decreto legislativo 276 y las carreras especiales de los profesionales de la salud no fueron organizados en clave de descentralización. El acceso se produce en los servicios de salud a nivel de establecimiento.

Sin embargo, se requiere que el acceso a los servicios de salud se realice mediante procedimientos que adquieran legitimidad social en las regiones, con períodos establecidos, con garantías de imparcialidad. La atomización por establecimiento disminuye las posibilidades de fiscalización y control social.

Desde esta perspectiva, parece necesario apuntar hacia una concentración de los procesos de selección en el ámbito regional. Un proceso que provea de forma planificada de profesionales de la salud al ámbito regional.

## **El acceso y los niveles de atención en salud**

La armonización de la carrera sanitaria con el modelo de gestión en salud supone que la regla general en el acceso al servicio de salud debe efectuarse por el primer nivel de atención. Resulta claro que toda la carrera y sus subsistemas deben estar ensamblados de esta forma (regulaciones que se propondrán en cada subsistema).

Desde esta perspectiva, los puestos que sean objeto de concurso público serán principalmente los de primer nivel de atención; mientras que los puestos vacantes en los niveles restantes debieran cubrirse con mecanismos de traslado; o si la necesidad fuera temporal, mediante contratos temporales.

El acceso supondrá el ingreso al primer nivel de carrera pero también al primer nivel de atención. ¿Significa ello que la progresión en los niveles de carrera implica un necesario cambio en los niveles de atención?. Parece no tener sentido, ni para la entidad ni para el trabajador la creación de un derecho de ascenso en los niveles de atención en salud aparejado al ascenso en los niveles de carrera, y probablemente crearlo originaría un presión de creación de plazas en el segundo nivel no sustentando en las necesidades del servicio. Este es un punto que deberá analizarse en el tema relativo a la estructura de carrera.

### **4.4.3.- Situación fáctica actual**

#### **4.4.3.1.- Tres regímenes de personal con diferentes formas de acceso**

En el sector salud (sector público), existen tres regímenes de personal que vinculan a los trabajadores del sector:

a) El régimen laboral público (decreto legislativo 276)

Este es el régimen laboral público general, que contiene las normas de la carrera

administrativa; y que en el sector salud presenta la particularidad de haberse producido carreras especiales (médicos cirujanos y profesionales de la salud en general). De tal forma que hay relaciones de supletoriedad y complementariedad entre la carrera general y las carreras especiales.

### **b) El régimen laboral privado (728) aplicado al Estado.**

Desde 1992 ESSALUD se rige por el régimen laboral privado, de tal forma que, la mayoría de sus profesionales de la salud están sujetos a este régimen, y un porcentaje menor mantiene el régimen laboral público. Aunque se puede apreciar que en materia de derechos económicos se ha venido produciendo una homologación por fuente proveniente de la negociación colectiva.

### **c) El régimen de Contratación Administrativa de Servicios (CAS)**

Este régimen laboral, con contenidos de afectación de derechos laborales y de vulneración de la carrera administrativa, debido a su aplicación transversal dentro de la organización pública; viene siendo utilizado como el régimen laboral público, regulado por su norma general, el decreto legislativo 276, y sus normas especiales que se han venido emitiendo para cada uno de los profesionales de la salud; y el régimen CAS.

Estos dos regímenes originan la existencia de reglas distintas, entre ellas las del acceso al empleo público, situación y efectos que se explican en los puntos siguientes.

De acuerdo con la información del Observatorio de Recursos Humanos del MINSA, al 2009 se contaba con 7,499 (6% del total del personal del MINSA y Regiones de Salud) contratados como personal asistencial en el régimen 276 y 38,601 contratados en el régimen CAS (31% del total de personal del MINSA y Regiones de Salud).

#### **4.4.3.2.- La gestión atomizada del acceso (por unidad ejecutora)**

La gestión (la organización dinámica del trabajo) de los trabajadores que realizan servicios de salud, cualesquiera sea el régimen laboral en que se encuentren, está ensamblada por unidad ejecutora – establecimiento de salud. La conformación de redes y micro redes no ha originado una gestión en estos nuevos ámbitos; de esta forma, se puede concluir sobre la existencia de una gestión atomizada, sin planificación y gestión que prevea los retos futuros y resuelva las necesidades del servicio, cuya expresión más clara se produce en los establecimiento de salud de nivel II e institutos especializados.

Esta autonomía le permite a cada unidad ejecutora, desde el tema del acceso al empleo público: formular el concurso o proceso, efectuar la convocatoria, conformar el comité de evaluación y finalmente, decidir quién accede a la administración pública.

Esta gestión atomizada del acceso parece tener las siguientes ventajas o cumplir, en el escenario actual de organización, las siguientes funciones:

- . Permite adecuar las necesidades específicas del puesto de la unidad ejecutora.
- . Permite responder rápidamente a las necesidades de personal.

No obstante ello, las desventajas y disfuncionalidades son las siguientes:

- . La dispersión de los procesos de concurso o de selección no permite una fiscalización efectiva y es ante el proceso.
- . Con el régimen CAS, los amplios espacios de arbitrariedad le atribuyen a cada establecimiento de salud un espacio de gestión ilimitado.
- . La atomización, que lleva la gestión del acceso a espacios de menor poder, permite la injerencia política sobre las decisiones del gestor; o incluso la presión laboral de los propios trabajadores del establecimiento para obtener plazas.
- . Los parámetros o requisitos para el acceso son tan diversos como unidades de gestión existen. No están estandarizados los criterios de evaluación, ni las competencias requeridas para los puestos ofrecidos.

#### **4.4.3.3.- Las reglas de acceso vigentes fomentan la contratación mediante el régimen CAS**

Luego, las sucesivas normas presupuestarias prohibieron, primero los nombramientos, y luego, los concursos para los contratos de servicios personales. Con ello los concursos para acceder al régimen laboral público quedaron, por las normas de presupuesto, limitados a la excepción de la suplencia; motivo por el que el régimen contratación usado actualmente para incorporar nuevo personal es el régimen CAS.

#### **4.4.3.4.- El resquebrajamiento de las funciones de igualdad, eficiencia y no injerencia política en el acceso al empleo público en los servicios de salud**

Las reglas de acceso en el régimen CAS no cumplen las funciones anotadas por las siguientes razones:

- . No existe concurso público, sino un proceso de selección cuyo grado máximo de publicidad es el portal electrónico de la entidad; de esta manera, existe un serio déficit de información para los ciudadanos que pudiesen desear postular.
- . No se produce sobre la base de un puesto público vinculado con funciones o competencias aprobadas en procedimientos institucionalizados; la determinación de las competencias es absolutamente discrecional y se plasma en la propia convocatoria, lo que quebranta la función de eficiencia en doble nivel:

En el régimen CAS, además de la gestión atomizada de la unidad ejecutora, la ausencia de exigencias sobre la existencia de puestos públicos formalmente creados (instrumentos de gestión) con sus correspondientes perfiles de competencia, no garantiza la exigencia de perfiles o requisitos objetivos para el puesto o para el ingreso a un grupo determinado; en algunos casos hasta puede facilitar “crear el puesto en la propia convocatoria” adecuándolo en base a razones subjetivas.

### 4.4.3.5.- Órganos de selección, concursos o procesos de selección y requisitos de acceso

En la gestión atomizada actual, y para los dos regímenes de contratación de personal (276 y CAS) el órgano de selección, el proceso o concurso y los requisitos de acceso (más allá de los mínimos legales establecidos) son establecidos de forma atomizada, por unidad ejecutora. Para el primer nivel, la unidad de decisión es la red de salud, para los establecimientos de nivel II, ello varía dependiendo de si son unidades ejecutoras o son unidades dependientes administrativamente de una dirección de salud o dirección de salud.

Debido a la función política y legitimadora que cumplen los mecanismos de acceso a la administración pública, parece necesario llevar el proceso de toma de decisiones a un espacio menos diverso en el que se presenten los controles suficientes para garantizar la no injerencia política y la igualdad de los ciudadanos, para recibir la información, postular y ser evaluados.

### 4.4.3.6.- Formas o tipos de contratación

Dentro del régimen de carrera administrativa se estableció el concurso público que deriva en el nombramiento como la regla general de acceso; adicionalmente, se establecieron contratos de trabajo temporales para cubrir necesidades contingentes, las que no requerían de la realización del concurso público. Ello sirvió para que el poder político utilizara fraudulentamente estos contratos, situación que finalmente llevó a una inflexibilidad de la contratación temporal y la pérdida de su funcionalidad: cubrir rápidamente necesidad de personal ante situaciones objetivas y temporales.

La reflexión sobre la duración de la contratación debe girar en torno al principio laboral de causalidad, por el cual, a necesidad permanente le corresponde una relación indefinida, y a necesidad temporal una duración temporal. Desde este principio, la lista de contratos temporales debe estar como regla general limitada a situaciones temporales.

Sin embargo, en materia de carrera, puede ocurrir que los tiempos del procedimiento de concurso, requisito indispensable para el acceso, no concilien con las necesidades permanentes de profesionales de la salud. Las modalidades de contratos temporales resuelven las necesidades temporales, pero no las permanentes que no puedan ser cubiertas en los procesos de concurso, por ejemplo porque se presentaron inmediatamente después.

Ante ello, la opción del decreto legislativo 276 fue permitir la contratación temporal, sin concurso, para necesidades permanentes. Esta alternativa rápidamente fue utilizada de forma fraudulenta, sin perjuicio de la aplicación del principio de causalidad por parte de los jueces, en virtud de la cual les reconocían derecho a estabilidad laboral, que luego fue legalizada por la Ley 24041. En el acceso son extremadamente importantes las modalidades de contratación y su relación con la carrera a fin de evitar el fraude y la pérdida del mérito. Por un lado, se trata de preservar que el ingreso a la carrera se realice por concurso público y de otro lado, que los trabajadores no sean contratados para labores permanentes mediante contratos temporales.



---

En este punto, quizá la clave para resolver estas contradicciones esté en dos instrumentos: la lista de elegibles y la posibilidad de realizar concursos de contingencia, aún sin plazas suficientes.

#### **4.4.3.7.- Procesos y órganos de selección**

Un primer tema con el proceso de selección es su carácter público; es decir la existencia de una posibilidad real de que todo ciudadano conozca la oferta de puestos de trabajo públicos. En este principio de publicidad se requiere del cumplimiento de un conjunto de formalidades que garanticen esta publicidad; como es la aprobación mediante acto administrativo del concurso, la publicación de las bases en medios escritos y digitales.

Un segundo aspecto tiene que ver el contenido de lo que se evalúa en el proceso. Si la evaluación está íntegramente vinculada con la noción de competencias laborales, entonces no bastará una prueba escrita, sino incluso una fase de análisis o certificación del cumplimiento de las habilidades requeridas. Sin embargo, esto podría complejizar el proceso de acceso, hacerlo engorroso y de difícil implementación cuando se debe evaluar a todos los postulantes sobre habilidades concretas que requieren un tiempo de determinación.

En este sentido, una alternativa es la de separar del proceso de acceso aquellas competencias que pueden ser evaluadas mediante una pruebas de conocimientos, para vincularla con un período de prueba (hoy inexistente) en la que se evaluarían las competencias restantes. Esto significaría implementar durante el período de prueba post proceso un sistema de evaluación de inicio acotado a la verificación de las competencias laborales requeridas.

Un tercer aspecto está relacionado con quién realiza la prueba de evaluación, quién la formula, en qué ámbito se lleva el proceso, quién la evalúa. Al respecto, en tanto las competencias laborales son aplicables a todo el servicio de salud, sin importar la región, las pruebas a evaluar deben ser las mismas o tener preguntas similares, y ello obliga a que haya una única fuente de producción y valoración de pruebas.

Un tercer aspecto está relacionado con el ámbito de organización del concurso. Debido a la descentralización ésta debiera realizar por ámbito regional, sin perjuicio de lo referido anteriormente. Este contrapeso entre ámbito nacional, que formula y evalúa pruebas, y el regional que organiza y administra el proceso, puede ser un buen mecanismo para reducir la posibilidad de que exista injerencia política.

Tanto en la fase de formulación y evaluación de pruebas, como de administración del proceso, es importante crear espacios de participación de colegios profesionales y universidades para reducir la injerencia política, y legitimar el proceso de evaluación.

## 4.5.- EL TIEMPO DE TRABAJO

### 4.5.1.- Idea preliminar

La regulación del tiempo de trabajo tiene especial importancia para el servicio público de salud y los trabajadores.

Para el servicio de salud el tiempo de trabajo representa la cantidad de horas hombre que la administración tiene a su disposición para dar servicios a la comunidad. Así, el tiempo de trabajo tiene dos dimensiones, una cuantitativa, que tiene que ver con el número de horas hombre con que cuenta el servicio de salud, y una dimensión cualitativa, que está relacionada con la productividad (cuánto servicio y de qué calidad) en cada hora de labor, es decir, con la cantidad y calidad de los servicios dados en un tiempo determinado.

Para los trabajadores el tiempo de trabajo tiene que ver con diversas situaciones personales, como el desgaste físico o mental, la seguridad y salud en el trabajo, las relaciones y responsabilidades familiares, la realización de actividades culturales, deportivas u otras actividades económicas; y en suma con el tiempo de su vida. Estas diversas dimensiones son, sin duda, individuales, pero presentan patrones específicos en determinados colectivos; por ejemplo, las madres trabajadoras, y en general, las personas con responsabilidades familiares, los trabajadores cercanos a la jubilación, etc.

### 4.5.2.- Un nuevo paradigma sobre el tiempo de trabajo

Un primer aspecto a referir sobre nuestro sistema de salud es la determinación del tiempo de trabajo que requieren los servicios de salud en un período determinado. En la clásica administración pública las necesidades de personal no son determinadas por horas de trabajo requeridas sino por puestos de trabajo vinculadas con la jornada máxima de trabajo. El Cuadro de Asignación de Personal - CAP es un instrumento de gestión que establece el número de puestos de trabajo requeridos en la organización; pero no establece el número de horas hombre requeridas; factor determinante para la organización de las relaciones laborales, del presupuesto, y finalmente el servicio público.

La forma actual de organización del tiempo de trabajo origina los siguientes problemas:

- . No se cuantifica cuánto tiempo de trabajo (horas de trabajo) se requiere.
- . No se determina regularmente el aumento o disminución de las necesidades de horas de trabajo.
- . La determinación de las horas requeridas obliga a medir la productividad de los profesionales de la salud. Como esta determinación no se realiza entonces no hay mediciones ni controles de productividad.
- . La determinación de las horas requeridas permite medir los déficits o excedencias de personal para adoptar decisiones de personal, como la contratación de personal, la redistribución del tiempo de trabajo, el traslado de personal, entre otras medidas. Por tanto, nada de esto se realiza.

- La organización en base a las horas de trabajo permite cuantificar el costo de personal, y organizar el sistema remunerativo sobre el valor hora, lo que alienta igualmente la medición de la productividad.

En suma, en este primer punto, un primer gran cambio organizacional debe apuntar a la valorización del tiempo de trabajo como eje de la gestión del personal. Cada minuto cuenta, y bajo este nuevo parámetro el rendimiento, la eliminación de tiempos muertos, la reglas de jornada y horarios de trabajo debe cambiar a un escenario de adaptabilidad. La jornada y el horario de trabajo deben dejar de ser espacios rígidos desvinculados del tiempo requerido para satisfacer al servicio de salud.

Esto sin duda debe implicar también la aparición de un nuevo instrumento de gestión: el Cuadro de Necesidades de Horas Hombre CNHH; instrumento clave para determinar la cantidad de horas hombre que se requiere por cargo en un establecimiento de salud. Este instrumento permitirá sustentar los CAPs, será un elemento primordial para contener o racionalizar el gasto público en contratación de personal, hoy desbocado y sujeto a la arbitrariedad. Sin duda este instrumento resolvería la dimensión cuantitativa del tiempo de trabajo, pero abriría también el terreno para la gestión cualitativa del tiempo de trabajo (la productividad), dado que la determinación del número de horas hombres necesitadas obliga a la determinación de la productividad promedio por hora hombre.

#### **4.5.3.- Instituciones del tiempo de trabajo**

Las decisiones sobre la regulación del tiempo de trabajo deben basarse en el conocimiento sobre las instituciones laborales que tiene que ver con este elemento. Por ello, pasamos a definir las principales:

- a) La jornada de trabajo La jornada máxima de trabajo es un límite legal a la cantidad de horas ordinarias que ha de laborar un trabajador de forma diaria o semanal. Las horas sobre jornada son horas extraordinarias, que además tiene una compensación económica mayor. Para comprender los planteamientos siguientes, es necesario distinguir los siguientes conceptos:
- b) Jornada máxima de trabajo: Es el tiempo máximo de trabajo legalmente permitido, que puede estar limitado el día, a la semana, o a un clico determinado; y que regularmente se expresa en horas máximas.
- c) Jornada ordinaria de trabajo: Es el número de horas asumidas por el trabajador como su obligación laboral.
- d) Jornada típica de trabajo: Es el tipo de jornada cuya horas y unidades de tiempo son usuales, predecibles o comunes.
- e) Jornada atípica: Es la jornada que presenta variaciones en las horas laboradas por días (jornadas diarias irregulares), en los días laborados (jornadas de intervalo) o en el ciclo de tiempo (jornada acumulativas).
- f) Jornada parcial: es aquella jornada que tiene la particularidad de tener un número de horas menor a la jornada de trabajo ordinaria vigente en el centro de trabajo.

#### 4.5.4.- La Jornada de trabajo en el Sector Salud

La jornada máxima de trabajo

En el sector salud, la Ley 23835 y el Decreto Legislativo 559 regulan la jornada máxima de trabajo en 36 horas semanales o 150 horas mensuales. Esta jornada es aplicable a todos los profesionales de la salud.

Esta jornada máxima de trabajo es especial en relación a la jornada máxima vigente para el resto de trabajadores, cuyo tiempo es de 48 horas semanales. Esta jornada máxima reducida está vigente desde la década del 80 y está, entre los trabajadores, consolidada como un derecho a mantener y proteger.

No obstante esta anotación, resulta imperativo analizar si desde el servicio de salud la jornada máxima de 6 horas supone una afectación y límite, en un escenario regional en el que se advierte que países como Ecuador y Paraguay buscan aumentarlas, y en otros, como Argentina y Chile la jornada semanal es de 44 horas.

Veamos el siguiente cuadro:

	Jornada máxima de trabajo	Anotaciones
Argentina	44 horas semanales.	
Chile	44 horas semanales.	Se pueden establecer contractualmente jornadas menores con la reducción proporcional de la remuneración.
Colombia	48 horas semanales.	
Ecuador	36 horas semanales.	Una disposición del Poder ejecutivo propone ampliar a 48 horas.
Paraguay	36 horas semanales.	Un proyecto de ley propone ampliar la jornada a 44 horas.

El problema central con una jornada legal máxima es que los requerimientos permanentes de horas hombre que excedan la jornada máxima sólo pueden ser resueltos con la contratación de más personal de salud. Así, por ejemplo, si tenemos tres profesionales de salud, éstos sólo pueden laborar 108 horas a la semana ( $36 \times 3$ ), entonces un requerimiento de, por ejemplo, 120 horas permanente sólo podrá realizarse contratando a un trabajador adicional o tercerizando servicios para la provisión por parte de una organización privada. Las horas extraordinarias (el trabajo sobre la jornada máxima) sólo podrán resolver las necesidades coyunturales del tiempo de trabajo que exceda las 108 horas.



Del análisis del ejemplo puesto, la imposición de una jornada legal máxima puede originar un problema en el servicio de salud cuando el universo total de profesionales de la salud disponibles para contratar no cubra (considerando que laboran su jornada máxima) el número de horas de servicio demandadas por la población.

Al respecto, aunque los análisis sobre brechas de profesionales de la salud no analizan la productividad laboral, lo que permitiría determinar qué tanto servicio se podría aumentar con el personal actualmente contratado, se ha observado que determinadas especialidades son deficitarias; es decir que, traducido en tiempo de trabajo, existen horas de servicio que con el personal contratado, con jornada máxima legal de 6 horas, no cubre estructuralmente las necesidades y la contratación de personal adicional no es posible porque no existen en el mercado de trabajo personal disponible. Desde esta perspectiva, mantener reducida la jornada máxima a 6 horas diarias y no a 8 horas diarias en determinadas especialidades pareciera no tener sustento. Sin embargo, quizá nuevas formas de contratación, con reglas de jornada y horario más flexibles, permitan coadyuvar en la solución de esta problemática; es decir que, manteniendo la jornada máxima de 6 horas diarias en la carrera sanitaria, mediante métodos de contratación excepcionales, durante el período del déficit, se puede flexibilizar la organización del tiempo de trabajo, además de retribuir de forma especial a estos profesionales.

En suma, para la generalidad de los profesionales de la salud, y desde las necesidades del servicio, no se presentan elementos para el aumento de la jornada máxima de trabajo. Para el grupo menor de ciertas especialidades médicas habría que distinguir a quienes están en reglas de carrera, para quienes sería legalmente imposible por igualdad de trato con el resto de profesionales en carrera establecer una jornada máxima de trabajo diferenciada. Sin embargo, mediante fórmulas contractuales, debidamente justificadas y acotadas en el tiempo, con nuevos esquemas de organización de la jornada de trabajo, y con una remuneración especial, ello pareciera ser necesario. Con esto planteamos que deben introducirse dimensiones atípicas de organización del tiempo de trabajo que puedan compatibilizarse con las particularidades de estos especialistas; jornadas atípicas como son las jornadas diarias de horas variables, las jornadas intermitentes e incluso las jornadas acumulativas temporales para intervenciones en zonas alejadas podrán imprimirle un dinamismo a la gestión de personal que hoy parece estar anclada en el viejo paradigma del puesto de trabajo inmóvil, del establecimiento de salud dotado de grupos de profesionales permanentes y fijados al centro de trabajo, desvinculados de la demanda de servicio por parte de la población, produciéndose en muchos casos tiempos muertos, tiempos de espera de la demanda, que bien podría ser organizada o programada para maximizar cada hora de trabajo.

### **Las guardias**

Las guardias son una alteración de la jornada típica de trabajo, que consiste en la acumulación de horas en una sola jornada (acumulativa), que es compensada por un valor de hora superior, más un descanso al día siguiente.

Las guardias (o jornadas acumulativas) son un instrumento de gestión importante para el servicio de salud siempre que se produzcan por reales necesidades y no como un mecanismo de mejora remunerativa de los profesionales de la salud. En efecto, aunque no hay un estudio sobre la pertinencia de las guardias que se producen en el Sector, hay una idea generalizada que, en muchos casos, estas guardias son aprobados por los directores para beneficiar económicamente a los trabajadores, y es más, hay la percepción errónea de los profesionales de la salud de que la programación de guardias es un derecho.

Sin embargo, el problema anotado no puede implicar la limitación normativa de las guardias, sino más bien, un fortalecimiento y supervisión de los directores.

### Las horas extras

Las horas extras están prohibidas recurrentemente en las leyes de presupuesto. La falta de un poder directivo y control habían originado la realización de horas extras fraudulentas, lo que originó su prohibición normativa. Nuevamente, apreciamos que un espacio de originaria flexibilidad fue vuelto rígido normativamente ante la inexistencia de un poder de gestión profesional.

#### 4.5.5. Bases para la reforma del tiempo de trabajo en la carrera sanitaria La hora como unidad de medida para la planificación del servicio de salud

- Se crea el instrumento de gestión: Cuadro de Horas Hombre que contiene el número de horas disponibles y el déficit de horas del servicio de salud relacionadas con cada cargo o competencia laboral.

Para ello, el sistema de gestión de personal establece, dirige y fiscaliza el proceso de determinación de las horas hombre para asegurar la preservación del carácter técnico del documento.

- Se agrega al software del aplicativo informático del MEF una sección que identifica el número de horas contratadas con cada trabajador, lo que permite identificar el número de horas hombre contratadas, la productividad y las posibilidades reales de cobertura del servicio de salud.
- La contención del gasto público en la contratación ya no se produce en base a limitaciones presupuestarias “ciegas” sino en función del número de horas financiadas o presupuestadas para el ejercicio fiscal.
- Se introduce la contratación por bolsas horarias mensuales para personal especializado o para el traslado de personal a zonas rurales alejadas.
- Se habilita legalmente la contratación para la realización de horas extras siempre que estén sustentadas en el Cuadro de Horas Hombre.
- Se establece a nivel del sistema de gestión de los recursos humanos en salud una línea de trabajo denominada: El tiempo cuenta, en la que se determina y fiscaliza la determinación del cuadro de horas hombre, se determinan los déficits de horas hombres requeridas, y el nivel de productividad horaria.

## 4.6.- TRASLADOS FUNCIONALES Y TRASLADOS GEOGRÁFICOS

### 4.6.1.- Objeto

El traslado es el desplazamiento de un profesional de la salud de un lugar a otro, y/o de una función a otra función.

El traslado es la expresión del poder de organización del empleador, pero de otro lado, puede tener como efecto la afectación de la vida y expectativas profesionales del trabajador, de allí que requiera ser regulado, y sea un elemento importante en toda organización de carrera.

El traslado en un escenario de centralización administrativo, en el que surgió el Decreto Legislativo 276 y las normas especiales en salud, se plantea como un desplazamiento que se despliega, en principio, en el ámbito nacional. La descentralización plantea un primer eje de análisis, dado que la aparición de gobiernos regionales y locales con capacidad de gestión de personal, supone la necesidad de definir si habrán o no traslados inter regionales, temporales o permanentes, y la opción elegida supondrá también el reconocimiento, de ser el caso, de un ente central con determinadas atribuciones.

### 4.6.2.- Tipos de traslado

- **Traslados geográficos.-** Son aquellos traslados que implican el desplazamiento de un trabajador de un centro de trabajo a otro, con o sin cambio de jurisdicción.

El traslado físico dentro del centro de trabajo es admitido tanto en 276 como en otras legislaciones sin objeciones, siempre que éste se produzca a un puesto de trabajo compatible con el nivel o grupo de carrera al que pertenece el trabajador.

Un primer aspecto a debatir tiene que ver con el traslado geográfico inter regional (entre regiones). En la medida que existe un proceso de descentralización, parecer ser una idea compatible que los traslados geográficos, como regla general, sólo puedan ocurrir intra regionalmente, prohibiéndose por tanto los traslados (destaques o reasignaciones) que desplacen personal de una región a otra. De hecho se puede notar que, luego de la descentralización, los gobiernos regionales son más reacios a admitir destaques. Antes de la descentralización, la mayoría de destaques entre regiones, y principalmente a Lima, no se realizaban bajo criterios técnicos subjetivos, perjudicando el servicio.

En esta línea una primera propuesta habrá de ser la imposibilidad del traslado de una región a otra salvo dos supuestos excepcionales: las situaciones de emergencia (cuando exista una emergencia sanitaria en una región que requiera del traslado de profesionales de otra u otras regiones) y para casos de formación profesional (como es la especialidad). En ambos casos el traslado es excepcional y temporal.

Un segundo punto, son los traslados intra regionales. En este caso, consideramos que debe facilitarse el traslado dentro de cualquier centro de salud de la región, y cuando un traslado suponga un cambio radical de domicilio debería preverse una compensación económica que cubra los gastos de traslado e instalación. Esto sin perjuicio de una bonificación por trabajo en zona de riesgo, que debe preverse en el sistema remunerativo.

### **. Traslados funcionales**

El traslado funcional es el cambio o modificación de las prestaciones o actividades que desarrolla un profesional de salud, que puede suponer un cambio de puesto de trabajo o, manteniendo el puesto, una adición de funciones o servicios a realizar.

La regla debe ser la polifuncionalidad enmarcada dentro los niveles de atención en salud. De esta manera, el acceso a la carrera sanitaria debe realizarse dentro del primer nivel de atención, y dentro de este nivel deben permitirse los libres traslados funcionales.

Los traslados funcionales a otros niveles de salud, cuando el profesional de carrera sanitario no ha cumplido con los requisitos de prestar servicios en niveles de salud superior, sólo puede ser excepcional y temporal.

## **4.7.- EL SISTEMA REMUNERATIVO DE LA CARRERA SANITARIA**

### **4.7.1.- Las claves para la construcción de un sistema remunerativo**

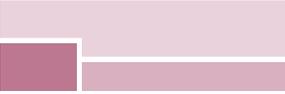
La remuneración es un elemento de la relación laboral; se define como la contraprestación que recibe el trabajador por su puesta a disposición frente al empleador. Desde esta perspectiva, la remuneración es una contraprestación.

Sin embargo, para el empleador la remuneración puede ser un elemento de gestión o de organización extremadamente poderosa para conseguir los resultados que espera en el servicio público. Desde esta perspectiva, el sistema cumple una función estratégica en relación con el servicio público.

#### **4.7.1.1.- Las dimensiones funcionales de la remuneración**

##### **a) La función de contraprestación**

Un sistema remunerativo debe ser, desde la perspectiva del trabajador, retributivo, es decir, compensatorio del esfuerzo y las expectativas económicas de éste. En el caso de los trabajadores del Estado que laboran prestando servicios públicos y no desarrollan funciones públicas, un patrón de referencia para determinar el valor de la remuneración es el mercado de trabajo. En otros términos, en la medida que los servicios públicos pueden ser prestados por el sector público como privado, como sucede con los servicios de salud, tenemos la existencia de un mercado de trabajo en el que se presenta un criterio objetivo de referencia.



---

Otro elemento a considerar sobre el ingreso del trabajador, además del valor del mercado de trabajo, es el conjunto de derechos que componen la carrera, por tanto garantizados normativamente, y que no son típicos o usuales en el sector privado, tales como la estabilidad, licencias normadas, garantías de formación y capacitación, promoción y ascenso, entre otros. En otros términos, la estabilidad institucional del Estado empleador, la garantía que pueda ofrecer normativamente y el conjunto de derechos que pueden ser armados desde una lógica de carrera, producen una oferta económica compleja de largo plazo para el trabajador, distinta a las ofertas de sector privado, regularmente efímeras y precarias; o librada solamente a la garantía de un contrato.

Un tercer elemento tiene que ver con la vocación por el servicio público. Para muchos trabajadores públicos el trabajo en el Estado está vinculado con valores de solidaridad y servicio a la comunidad, éste es también un elemento de valor intangible. Sin embargo, ello no puede implicar un desvalor del trabajo público, ni la consideración de que se trata de casi una labor filantrópica o voluntaria.

Un cuarto elemento está relacionado con ciertas especialidades o subespecialidades, específicamente en el área médica, que por ser muy escasas, tienen una alta demanda y valor en el mercado de trabajo. Frente a esta particularidad, el sistema remunerativo de la carrera tiene pocas herramientas que ofrecer para la contratación y retención de médicos, aunque ello no niega que puedan establecerse ciertas estrategias de retención. Sin embargo, otras estrategias como la contratación de servicios independientes, la tercerización o la contratación laboral temporal desvinculada del sistema remunerativo, parecen ser herramientas que deben estar al alcance de la gestión de los servicios.

En suma, la función compensatoria deber ser vista desde la carrera sanitaria de forma integral, primero desde el sistema remunerativo y el valor compensatorio de éste, pero a su vez, éste visto integralmente en el conjunto de derechos y beneficios que otorga la carrera sanitaria, y que los trabajadores del sector privado carecen.

De otro lado, debe haber un conjunto de posibilidades retributivas, distintas a las del sistema remunerativo de la carrera sanitaria, para la provisión de servicios especializados; sin perjuicio de la activación del sistema de formación y capacitación (estrategia de mediano plazo).

#### **b) La función de protección social - el salario social**

La remuneración no sólo contraprestativa del trabajo sino que es la base de financiamiento de un conjunto de derechos laborales y de seguridad social, como es el descanso vacacional, los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, y finalmente, las pensiones.

La remuneración tiene una función de protección social, a ello se denomina salario social. Sobre esto, se puede apreciar que en el Sector Público se ha ido erosionando el salario social, ha disminuido su incidencia en el total de ingresos percibidos por el trabajador, con la consecuente afectación de su protección social. El sistema remunerativo debe establecer garantías para la preservación de salario social.

### c) La función estratégica (la remuneración como factor de gestión de la remuneración)

La función estratégica alude a que el sistema remunerativo debe estar vinculado con los objetivos del servicio público que debe garantizar la entidad, y articulado, por tanto, con el resto de sistemas de la organización pública, es decir: el ingreso, la capacitación, la promoción/ ascenso, la evaluación por desempeño y la extinción del vínculo o desvinculación.

La función estratégica supone que el sistema remunerativo sea visto desde la perspectiva del empleador (la entidad pública), como un elemento de gestión, como un factor para incentivar o lograr el cumplimiento de sus objetivos.

Como se podrá apreciar en los puntos siguientes, el sistema remunerativo actual es principalmente compensatorio, no existe una preponderancia en los elementos de gestión. Ahora bien, debemos señalar que la función estratégica en el sistema remunerativo sólo puede ser posible si existe un sistema de gestión, un poder de gestión real, con capacidad de dirigir, fiscalizar y sancionar. De lo contrario, el diseño estratégico ser trastocaría, terminaría siendo sólo un diseño formal, deslegitimado de los trabajadores.

En la línea de la función estratégica, un sistema remunerativo debe tener las siguientes características:

- **Factor estratégico con la política de salud:**

#### **Debe responder a la organización política del Estado**

Esto supone dos situaciones: El reconocimiento de atribuciones de gestión remunerativa, para determinar la verificación de las condiciones de otorgamiento, y eventualmente, la determinación de cuantías salariales; y segundo, la eventual diferenciación de ingresos.

#### **Debe estar alineado con la política de salud**

La política de salud respecto de los recursos humanos requiere garantizar la cobertura, el acceso, la continuidad y la calidad de los servicios de salud. Ello supone que el sistema remunerativo debe coadyuvar a resolver la provisión de personal (cantidad y oportunidad de profesionales) y debe responder a la organización del servicio en relación con los niveles de atención en salud. Si por ejemplo, se quiere fortalecer el primer nivel de atención; debe haber un incentivo económico para este personal, o si, se organiza el servicio en redes y micro redes, el personal de dirección debe percibir una remuneración por dirigir estos espacios del servicio.

Igualmente, si la política de salud plantea objetivos sanitarios, puede reforzar el logro de éstos si el sistema remunerativo establece incentivos económicos por el logro de resultados individuales o colectivos.

- Factor estratégico con los subsistemas de carrera (o incluso cuando no exista carrera):

Sub sistema de ingreso

Sub sistema de promoción y ascenso

Sub sistema de desempeño y mérito

Sub sistema de formación y capacitación

Sub sistema de extinción o desvinculación

#### **d) La relación entre la función de contraprestación y la función estratégica**

Existe una relación entre la función de contraprestación que cumple la remuneración y la función estratégica que cumple para el servicio público. Ambas tienen una significación económica para el trabajador, sin embargo, la primera se percibe por la sola puesta a disposición de su fuerza de trabajo, mientras que la segunda, está en relación causal con el cumplimiento de resultados o la verificación de determinadas conductas. Sin embargo, esta función estratégica que causa la remuneración, lo es para el empleador, pues para el trabajador seguirá siendo una contraprestación.

Lo expuesto, tiene por objeto resaltar que la finalidad estratégica o de gestión que es buscada por el empleador sólo podría lograrla si el incentivo remunerativo es para el trabajador económicamente significativo. Mientras menos significativa sea la remuneración menos función estratégica podrá incorporarse en el sistema remunerativo.

Esto supone que, cuando los niveles remunerativos estén significativamente lejanos al valor de mercado de las remuneraciones, la posibilidad de establecer remuneraciones variables o remuneraciones condicionadas, por ejemplo, al cumplimiento de metas, por traslado en zona de riesgo, por labor en el primer nivel, etc., resulta prácticamente nula o de escaso impacto. En la medida que el ingreso aumenta se origina la posibilidad de agregar función estratégica al sistema remunerativo.

Estas reflexiones resultan muy importantes en el diseño de un sistema remunerativo, debido a que los planteamientos que se puedan hacer sobre los tipos de remuneraciones, incentivos, factores, indicadores, etc., sólo pueden ser realizados a partir de un ingreso económicamente aceptable para el trabajador.

#### **4.7.1.2.- Las fuentes de regulación y determinación del sistema remunerativo**

Es usual que quienes diseñan en carrera los sistemas remunerativos obvian que frente a la norma estatal que regula el sistema, también concurre la autonomía privada, individual, pero principalmente colectiva (negociaciones colectivas) en la determinación de las remuneraciones. Desde la perspectiva del “orden del sistema remunerativo” establecido por la norma estatal, la autonomía privada pasa a “desordenar” lo configurado tergiversando los objetivos planificados y generando gasto público, muchas veces no financiado. Ante esta situación, ha sido sistemática, en nuestro ordenamiento, la proscripción legal de negociar remuneraciones;

sin embargo, estas negociaciones se han producido efectivamente originando una dinámica de incrementos salariales estrictamente compensatorios y no estratégicos desde la perspectiva de la entidad.

Estas negociaciones colectivas no estructuradas, producidas de forma central (sede central) como por cada unidad ejecutora, a perfilado un sistema remunerativo paralelo al originariamente diseñado en las normas. Sin embargo, conviene aclarar que no es la "propia naturaleza de la negociación colectiva" la que origina la situación descrita sino la ausencia por parte del Estado de una política remunerativa coherente y sistemática aunada a una falta de capacidad de gestión.

Debido a que la negociación colectiva es un derecho constitucional no resulta jurídicamente posible establecer un sistema remunerativo que obvie esta fuente, sino por el contrario, debe reconocérsela articulándola con el sistema. En otros términos, la función estratégica del sistema remunerativo debe ser armonizada con el derecho a la negociación colectiva, para mantener los objetivos de la organización y de otro lado, respetar este derecho.

### **4.7.1.3.-El sistema remunerativo vigente**

#### **a) Estructura remunerativa legal de los profesionales de la salud**

Distinguimos entre el sistema remunerativa legal del real porque se podrá apreciar que existe un divorcio radical entre lo que regula la Ley 23536 y el sistema de pagos que efectivamente perciben los profesionales.

La Ley 23536 y su reglamento establecen las siguientes características:

- . Es un sistema de remuneraciones fija ,no vinculadas con el desempeño.
- . Las remuneraciones fijas se distinguen entre la remuneración básica y remuneraciones complementarias.
- . La remuneración básica corresponde a cada uno de los 9 niveles de carrera establecidos en la Ley; y está indexada al entonces sueldo mínimo vital. Esto supone que la base del sistema remunerativa de la carrera está indexada.
- . Se protege la remuneración básica-fija, estableciéndose que las remuneraciones complementarias no pueden exceder del 10% del valor de la primera. En otros términos, en todo supuesto, la remuneración básica-fija debe ser siempre no menor al 90% del salario.
- . Las remuneraciones complementarias son: remuneración por cargo, remuneraciones especiales y remuneración por guardia.
- . La remuneración por guardia distingue: Guardia 10%, Guardia diurna en domingos y feriados 12%, Guardia nocturna 12%, y Guardia nocturna en domingo y feriados 15%.

- Finalmente, se aplican las remuneraciones complementarias del Decreto Legislativo 276; como la Compensación por tiempo de servicios y las gratificaciones.

**b) Estructura remunerativa prevista en el Decreto Legislativo 559 y su reglamento. Profesionales médicos**

El Decreto Legislativo 559 y su reglamento establecen las siguientes características de este sistema remunerativo:

- No es un sistema remunerativo indexado y no se establecen las fuentes para la determinación de la remuneración principal.
- No se contemplan remuneraciones por desempeño.
- A la remuneración principal se agregan las siguientes remuneraciones fijas de complemento:
  - La “Remuneración por Formación Académica Prolongada” (REFAP), es la bonificación diferencial que se reajustará automáticamente para dar cumplimiento al artículo anterior.
  - La Remuneración Especial por Guardia Extraordinaria y Ordinaria (1.5 y 2 diurna y nocturna respectivamente, y en domingo y feriados 2.5). La jefatura de guardia tiene un plus adicional.
  - bonificación personal por quinquenio; que se paga de forma automática
  - Se percibe el resto de bonificaciones del D.L. 276.

**c) El sistema remunerativo fáctico**

La estructura salarial de los profesionales de salud, debido a la escisión regulatoria de los trabajadores médicos del resto de profesionales, a través de la expedición del Decreto Legislativo 559, distingue claramente dos grupos: los médicos y el resto de profesionales de la salud.

**Las remuneraciones de los trabajadores médicos**

**Ingresos actuales**

Los trabajadores médicos en orden a su nivel de carrera (5 niveles) perciben, sumando remuneraciones y AETAS, los siguientes montos:

Pliego 11	Regiones
4,567.84	3,989.84
4,396.86	3,818.86
4,227.04	3,649.04
4,055.63	3,477.63
3,886.03	3,308.03

*Nota. En regiones se considera un promedio de 8 AETAS percibidas*

**Características principales de estos ingresos**

Durante el quinquenio 2000-2005 se produce un incremento de ingresos equivalente al 42% para los médicos de Lima y 34% para los médicos en regiones.

Estos incrementos se produjeron por la vía de crear un concepto no remunerativo, no afecto a contribuciones sociales, no base de cálculo de remuneraciones, no base de de cálculo de pensiones de 20530, y sujeto parcialmente al trabajo de horas adicionales a la jornada; así como a determinados indicadores que al poco tiempo fueron eliminados.

- **Las remuneraciones de profesionales de la salud no médicos**

**Situación remunerativa actual**

	INGRESOS	AETA	TOTAL
ENFERMERAS D.L. 27669 16-02-2002	921.21	1,118.00	2109.21
	973.36	1,118.00	2091.36
	963.65	1,118.00	2081.65
	950.78	1,118.00	2068.78
	939.33	1,118.00	2057.33
OBSTETRICES D.L. 27853 23-10-2002	921.21	1,118.00	2109.21
	973.36	1,118.00	2091.36
	963.65	1,118.00	2081.65
	950.78	1,118.00	2068.78
	939.33	1,118.00	2057.33
CIRUJANO DENTISTA (Con Título Universitario) D.L. 27878 14-12-2002	921.21	1,118.00	2109.21
	973.36	1,118.00	2091.36
	963.65	1,118.00	2081.65
	950.78	1,118.00	2068.78
	939.33	1,118.00	2057.33
QUÍMICO FARMACÉUTICO. ING. SANITARIO. MÉDICO VETERINARIO. BIÓLOGO PSICÓLOGO. NUTRICIONISTAS. ASISTENTE SOCIAL. QUÍMICO. TECNÓLOGO MÉDICO	921.21	1,118.00	2109.21
	973.36	1,118.00	2091.36
	963.65	1,118.00	2081.65
	950.78	1,118.00	2068.78
	939.33	1,118.00	2057.33

*Nota: se consideran sólo algunos profesionales de la salud a manera de ejemplos, en la medida que la estructura remunerativa es similar. Nota bajo el rubro de AETA está incluido apoyo nutricional y alimentación (458).*

- **Características principales de estos ingresos**

- . En el caso de los profesionales de la salud no médicos del pliego 11 el último incremento se produjo en el quinquenio 2001-2005.
- . En el período 2000 - 2010 han percibido un incremento de S/. 760.00 que equivale a una 36% de sus ingresos.

- **Conclusiones**

El sistema remunerativo regulado, prescindió del desempeño como un elemento determinante en la generación de remuneraciones. Su modelo respondió a una administración pública centralizada, con un servicio no organizado en redes y niveles de atención.

Pero quizá lo que deba analizarse es que aquel modelo normativo terminó siendo inaplicado casi en su totalidad. Al respecto, consideramos que la norma no fue acompañado de un sistema de gestión, sumó la crisis fiscal y la política de austeridad en el gasto que terminó por modificar de facto las normas sobre remuneración.

Ahora bien, como conclusiones específicas tenemos:

- . Le estructura remunerativa prevista en los modelos de carrera no se cumplió.
- . Los incrementos remunerativos sustanciales han seguido la dinámica de la negociación colectiva no estructurada que ha producido aumento de ingresos.
- . Los niveles salariales son deprimidos, y la diferencia entre los médicos y los profesionales no médicos es especialmente significativa.
- . No existe ningún componente vinculado con el desempeño o la verificación de indicadores de salud.
- . Todos los incrementos han sido dispuestos por el nivel central. Las regiones no tienen atribuciones para determinar salarios.
- . Una forma de incrementar el ingreso ha sido la reducción de la jornada de trabajo para lograr situaciones de pluriempleo.
- . Se requiere establecer parámetros de comparación con otros países o con el sector privado basados en el valor hora.
- . El sistema remunerativo no cumple con ninguna de las características que debiera tener un sistema remunerativo en una carrera.

#### **4.7.1.4.- BASES PARA EL SISTEMA REMUNERATIVO DE LA CARRERA SANITARIA**

##### **a) Remuneraciones fijas.**

- **Remuneración básica suficiente, determinada por valor hora.**

##### **Un porcentaje mínimo del ingreso total garantizado**

Si bien es cierto que las remuneraciones variables son deseables para vincularlas con indicadores de desempeño; la remuneración fija debe ser la principal garantía de ingreso

del trabajador dentro de la carrera. Esto supone que cuando menos el 50% del ingreso total debiera corresponder a esta remuneración fija. Ello para garantizar la función contraprestativa del trabajador.

### **Dos sistemas de remuneración básicas distintas**

Se debe distinguir entre la remuneración básica de los profesionales de la salud médicos y los no médicos. Esta diferenciación resulta objetiva debido a la mayor complejidad profesional de los profesionales médicos que origina, entre otras cosas, que sus ingresos en el mercado de trabajo sean sustancialmente superiores al del resto de profesionales de la salud; mantenerlos en un sistema de remuneraciones básicas homogéneo con el resto de profesionales de la salud sería un acto de discriminación con ellos, además de originar problemas en la capacidad de oferta remunerativa del Estado.

Dentro del sistema de remuneración básica de los profesionales médicos y también de los profesionales de la salud no médicos se integraría la asignación básica por labor en el primer nivel de atención, diferenciada para cada grupo; con el objeto de garantizar una mayor remuneración básica para los profesionales médicos que laboran en el primer nivel de atención. Esta propuesta considera que existe una suerte de cultura profesional, alentada claramente por incentivos económicos del mercado, que alienta a los médicos a prestar servicios en el segundo y tercer nivel de atención en busca de especialidades o sub especialidades demandadas en el sector privado. La jornada reducida de 6 horas, les permite a estos profesionales, tener una situación de pluriempleo, en el Estado, clínicas y consultorios particulares.

Esta situación de pluriempleo se viene consolidando por la aparición de grandes inversiones privadas en el sector salud, lo que está presionando en la contratación de médicos especialistas y el aumento de sus remuneraciones. Esta tendencia origina que la imposición del trabajo exclusivo para el Estado no sea posible, y quizá tampoco deseable. Debe asumirse esta situación de pluriempleo, debido a que la especialidad de estas personas encuentra demanda también dentro del sector privado.

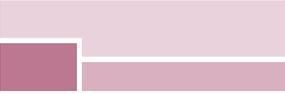
Sin embargo, estas posibilidades de pluriempleo no se encuentran en los médicos del primer nivel, y en muchos casos sus especialidades no son demandadas por el sector privado. En este caso, complementos remunerativos para su labor pueden resultar incentivos necesarios para que orienten su vida profesional en desarrollarse en este primer nivel de atención.

- **Remuneraciones complementarias vinculadas con la función estratégica**

#### **RCF permanente:**

#### ***Remuneración por experiencia profesional acreditada***

Durante la vida laboral la mayoría de los profesionales de la salud van adquiriendo un conjunto de experiencias concretas y conocimientos que aumentan el valor social de



---

su servicio. Este conjunto de competencias requieren ser conocidas y acreditadas, pero también remuneradas en la línea de promover el profesionalismo de estos trabajadores.

Esta remuneración es distinta de la remuneración básica incrementada cuando se produce la promoción dentro de los niveles de carrera.

#### **RCF temporal:**

#### ***Remuneración por labor en zona de riesgo o de difícil acceso (para garantizar la cobertura del servicio).***

El sistema requiere tener incentivos económicos, sin perjuicio de los puntajes de promoción, para lograr que los profesionales de la salud puedan ser trasladados voluntariamente a zonas de riesgo (como lo es el VRAE) o de difícil acceso.

Esta remuneración es temporal porque su entrega está condicionada a que el trabajador se mantenga en tal zona, o que dicha área se desclasifique como zona de riesgo o difícil acceso.

#### ***Remuneración por función directiva***

Aunque la función directiva debe ser residual en las carreras de planta y central en una carrera de gerencia pública, existen diversos puestos con función directiva que habrán de ser desempeñados por los profesionales de la salud, lo que requiere ser compensado. Hoy tal compensación no se produce, y en algunos casos resulta difícil contar con personas que decidan desempeñar tales funciones, especialmente en el primer nivel de atención.

Esta remuneración debe compensar a aquellos profesionales de la salud que desempeñan cargo de dirección de establecimientos de salud y micro redes; puestos que a la fecha no cuentan con una remuneración por el desempeño de estos puestos.

#### ***Remuneración por especialidad crítica***

Existe un conjunto de especialidades, principalmente médicas, que se caracterizan por ser escasas, por lo que, no se puede contar en muchas regiones con la cantidad suficientes de estos profesionales, o, en muchos casos, éstos terminan yéndose del servicio al sector privado.

El sistema de salud requiere contar con un incentivo económico que le permita remunerar mejor a estas especialidades calificadas como críticas o escasas con un doble objeto: mantener al personal en el servicio de salud y promover el interés de los profesionales por formarse en estas especialidades.

### ***Remuneración por desempeño individual***

El mérito individual tiene que ser parte del nuevo sistema de remuneraciones; sin embargo, debe anotarse que muchas experiencias sobre remuneración por desempeño individual presentan un triple problema: la complejidad de establecer parámetros de evaluación, la evaluación a cada profesional y la proclividad del evaluador a no ser riguroso en el examen a fin de no asumir la responsabilidad de “privar” a alguien de la remuneración.

Al respecto, consideramos que la implementación de este tipo de remuneración pasa por una planificación rigurosa y no necesariamente extendida a todos los profesionales de la salud, sino sólo a aquellos en los que la medición de los resultados individuales que realiza su actividad sean notoriamente sensible para el servicio y el usuario. Esta afirmación no niega la importancia que tiene la labor de todos los profesionales de la salud, sino que anota una condición de viabilidad para la gestión o puesta en práctica de este tipo de remuneración; por ello, quizá será viable y necesario establece esta remuneración para aquellos cuyos actos en el servicio o resultados son más visibles que la labor de quienes realizan labores de apoyo o complemento; medir estas actividades de apoyo resulta una labor extremadamente compleja que puede terminar desvirtuando la aplicación de esta remuneración.

Otro aspecto a considerar es la proclividad de los jefes a evaluar positivamente a todos o casi todos los trabajadores. Si el mérito debe permitir resaltar a los que laboren adecuadamente de los que no, entonces debiera remunerarse a los mejores y no a todos. En esta línea, una cláusula de seguridad consiste en establecer que, por ejemplo, el tercio superior de los evaluados sea el que perciba esta remuneración, es decir que, no basta con que la evaluación resulte positiva sino que además el beneficiario esté entre los mejores. Este tipo de medidas no sólo asegura frente a la laxa evaluación sino que fomenta la productividad de los trabajadores.

### ***Remuneración por desempeño colectivo***

Entre los incentivos al mérito, probablemente el premio al trabajo colectivo sea un instrumento importante para generar una cultura de profesionalismo y la eficiencia entre todos los trabajadores, además de relaciones de colaboración.

Ciertamente una remuneración de este tipo, obliga a definir el ámbito de lo colectivo; es la entidad, un departamento, un servicio, o un área incluso menor; además suponen la determinación de resultados vinculados con la mejora del servicio. En ello, cualesquiera que sean los indicadores, uno de los elementos a utilizar debe ser necesariamente la satisfacción de los usuarios. Esta puede ser una gran herramienta de gestión para mejorar la calidad del servicio, el respeto a los derechos de los usuarios.



---

### ***Remuneración regional o municipal***

La descentralización de la administración de los servicios de salud hacia las regiones, y probablemente, hacia los municipios en lo que refiere al primer nivel de atención, lleva a plantear un espacio para la gestión remunerativa en estos niveles.

¿Debe poder el espacio local, según su disponibilidad presupuestaria, determinar una parte de las remuneraciones de sus trabajadores?. El planteamiento tradicional, surgido de un contexto de descentralización respondía a un noción de uniformidad absoluta para todo el ámbito, aunque como sabemos, ello fue desbordado por beneficios “invisibles” pagados por cada región o incluso establecimiento de salud.

La descentralización ha desnudado que existen verdaderas negociaciones regionales en materia remunerativa que incluso, por ejemplo, mediante las AETAS se ha reconocido un espacio mínimo para que a nivel regional se puedan determinar parte de su pago. Muchas regiones perciben ingresos propios, especialmente los del canon, y no parece razonable limitar su capacidad de gestionar remuneraciones y establecer un componente remunerativo a favor de los profesionales de la salud si es que proponen fortalece la política de salud.

No obstante lo expuesto, resulta importante conectar la remuneración de base regional o municipal con la percepción del ciudadano sobre el servicio prestado. Una de las racionalidades detrás de la descentralización es que la administración debe estar cerca de la gente, en esta línea, una remuneración sujeta a la verificación de determinados niveles de satisfacción de los usuarios permite relevar que el financiamiento de la remuneración proviene precisamente de las personas usuaria, lo que puede contribuir de forma importante a la sensibilidad del profesional de la salud con la dimensión del servicio que desarrolla.

Esto nos permite señalar que, la remuneración regional o local, más que un concepto autónomo sería una fuente regional de complemento de las remuneraciones por desempeño, individual y colectivo.

Finalmente, conviene señalar que la remuneración regional o local plasma en la norma, lo que de alguna forma se da en la realidad: la diversidad salarial por regiones. Sin embargo, la propuesta busca racionalizar esta diversidad, limitándola y ordenándola, pero también legalizándola.

### ***Remuneración por innovación científica u organizacional o por un acto notoriamente meritorio en el servicio de salud***

En estricto este sería un premio, un pago por única vez a aquel profesional de la salud o colectivo de profesionales de la salud que realiza una innovación científica,

innova en la organización del servicio o realiza un acto advertido por la colectividad como notable, como un ejemplo de vocación por el servicio.

- **Pesos de las remuneraciones complementarias fijas - RCF**

Determinar el peso de las RCF sobre el ingreso total del trabajador tiene sin duda algo de discrecional, pero encontramos los siguientes parámetros que objetivan las decisiones:

- . Cuando menos el 50% del ingreso debe representar la remuneración básica. Esto supone que el 50% restante debe estar compuesto por las remuneraciones complementarias de naturaleza permanente y de aplicación general. El reto de remuneraciones complementarias, que abonan circunstancias particulares, como lo es por ejemplo el desempeño de función directiva, deben permitir lógicamente superar el 100% del ingreso teórico general.
- . De otro lado, el peso ponderado de cada remuneración estará en función de los elementos más centrales para la política de salud.
- . Finalmente, es importante para la flexibilidad presupuestaria del sistema que se establezcan toques máximos porcentuales para cada remuneración y no montos o porcentajes fijos que hagan rígido el sistema y le impongan a la gestión presupuestaria un corsé normativo. Una de las experiencias sobre la imposición normativa de montos remunerativos absolutos, distintos a la remuneración básica, es que terminan siendo incumplidos o vulnerados, usualmente, mediante actos informales.

- **Bandas bianuales de las remuneraciones complementarias**

La mayoría de las remuneraciones complementarias no debiera ser porcentajes fijos e invariables aplicados a la remuneración. La permanente variación de las necesidades de la población, las mejores o peores posibilidades de la caja fiscal, obliga a establecer revisiones por los menos bianuales de los porcentajes de estas remuneraciones. No obstante ello, la Ley debe establecer un los porcentajes mínimos y máximos entre los cuales se establecerán los porcentajes vigentes por el período de dos años.

- **Remuneración complementaria variable - RCV**

- . Remuneración por horas extras
- . Remuneración por guardia

- **Los bonos de incentivo al retiro total o parcial**

La renovación generacional es una estrategia para introducir nuevo personal en el empleo público, sobre todo cuando, desde una lógica de carrera, se produce una acumulación de personal en los últimos niveles, el personal es menos propenso a laborar en zonas alejadas,



en el primer nivel de atención, además, del desgaste físico y mental que puede mermar la calidad del trabajo durante la jornada.

Sin embargo, es también cierto que, no se pueden establecer reglas absolutas y que, en muchos casos, el personal en edad de jubilación tiene experiencia y conocimiento que transmitir y aplicar en el servicio.

Para estas circunstancias, es importante que la entidad pueda contar con bonos de incentivo para adelantar la edad de retiro del trabajador total o parcial (con jornada de trabajo reducida).

### **b) Capacidad de gestión del sistema remunerativo**

El establecimiento de un sistema remunerativo complejo, con materia estratégica, requiere necesariamente de una capacidad de gestión que asegure el cumplimiento de los objetivos, que evidencie una actuación objetiva en la determinación de las causas que generan el derecho a percibir o no percibir una remuneración.

Esta capacidad de gestión se requiere en el ámbito de la planificación para ajustar periódicamente los pesos de cada remuneración en función de las prioridades establecidas en el servicio, para determinar la necesidad de contar con indicadores distintos o ajustar los existentes y los procesos de evaluación.

### **c) La negociación colectiva y el sistema de remuneraciones**

En puntos anteriores referimos sobre las preocupaciones que pueden existir entorno al mantenimiento de un sistema remunerativo con elementos estratégicos y la presión de los trabajadores, en el marco de la negociación colectiva, para garantizarse ingresos sin cumplir resultados o indicadores exigidos. Referimos que si bien ello puede ser parte de un planteamiento laboral, en el sector había sucedido más bien una incapacidad de gestión para implementar indicadores y una vulneración del sistema remunerativo por las normas presupuestarias que eliminaron toda posibilidad de gestión de sueldos y congelaron los ingresos de los profesionales de la salud.

Igualmente, siendo la negociación colectiva un derecho fundamental, ésta no puede ser limitada o negada, y más bien, debe verse en ella un instrumento poderoso para afianzar los fines estratégicos perseguidos.

Sin embargo, el procedimiento de negociación colectiva en materia remunerativa debe ser estructura teniendo en cuenta lo siguiente:

- Que sus resultados están condicionados a la aprobación de la Ley de Presupuesto vigente para el año siguiente. De esta forma, los convenios colectivos no podrían tener eficacia legal sino sólo y siempre que la Ley de Presupuesto aprueba los incrementos propuestos en ellos.

- Que no puede negociarse incrementos salariales no estructurados o pagos “debajo de la mesa” mediante modalidades como incentivos, alertas, y etc. Estas prácticas pueden tener una explicación en un contexto de negociación de la negociación colectiva, pero no en uno en el que es reconocida. Las negociaciones deben realizar en los espacios establecidos.
- En las negociaciones colectivas el pedido de los trabajadores debe ser público. Los trabajadores deben entregar formalmente su pliego, y estos debe ser conocidos por toda la población. Luego, en las mesas de negociación debe ser integrados representantes de los usuarios de los servicios de salud.

### 4.8.- LA SALIDA O EXTINCIÓN DE LA RELACIÓN EN LA CARRERA SANITARIA

#### 4.8.1.- Ideas centrales

La terminación de la relación laboral es uno de los eventos especialmente importantes para un trabajador porque tiene que ver con la conservación de su puesto de trabajo y el mantenimiento de su fuente de ingreso. Lo es también para el modelo de carrera burocrática porque determina las garantías para la no injerencia política.

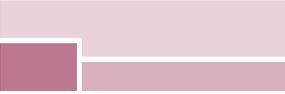
En términos de derechos, por el lado del trabajador (como titular) se trata de la protección del derecho del trabajo, y por el lado de la carrera pública burocrática, se trata de preservar el principio de no injerencia política.

Una de los actos de extinción del vínculo laboral en el que se concentra intensamente los intereses del empleador y sus trabajadores, es el despido, en tanto acto del empleador por el que éste decide unilateralmente concluir el contrato de trabajo.

Para el derecho laboral, la protección del derecho al trabajo tiene como contenido que el despido deba ser causado (procede cuando existe una causa justa que habilita el despido) en torno a una lista de supuestos vinculados con la conducta o el rendimiento del trabajador. Es decir que el despido tiene una función punitiva o sancionadora, pero también una función de protección del interés del empleador; así, el trabajador que incurre en una situación de rendimiento deficiente permanente no satisface la finalidad buscada por el empleador en el contrato de trabajo.

Para la carrera pública burocrática, el despido puede ser un acto de injerencia política, un acto del poder político para sacar a un trabajador público no apto; y es por ello que, en las reglas típicas de la carrera tal despido es sancionado con la nulidad. (estabilidad absoluta). No se admite que el despido injustificado extinga el vínculo laboral porque se presume una finalidad política.

Este punto plantea la necesidad de distinguir si en la carrera sanitaria (como expresión específica y particular de la genérica carrera administrativa), cuyo objeto es el servicio de



---

salud y no las funciones públicas (propias del ejercicio de los poderes estatales), se requiere una protección con la intensidad de la carrera pública burocrática, en función a la importancia de los bienes jurídicos que se pretende proteger<sup>9</sup>.

En ello, apreciamos que la prestación del servicio de salud realizada por un profesional de la salud no puede ser materialmente objeto de actos de injerencia política, por lo que la protección contra el despido tiene por único objeto la garantía del derecho del trabajo (entendido en su doble contenido: derecho a acceder a un puesto de trabajo como del derecho a permanecer en un puesto de trabajo y no ser despedido salvo por causa justa); en este sentido, la fórmula legal de protección debe ser aquella regulada desde el derecho del trabajo y desarrollada por el Tribunal Constitucional en materia de protección contra el despido.

Desde otra perspectiva, el trabajador de los servicios públicos de salud no desarrolla una actividad política o jurídica objeto de injerencia política, que justifique, para la carrera burocrática, la estabilidad laboral absoluta, sino un servicio de salud equiparable en naturaleza al que desempeña un trabajador de salud de la actividad privada; y entonces ante servicios iguales resulta extensible la fórmula de protección dada por el Tribunal Constitucional en materia de protección al derecho del trabajo. Lo expresado, no agota las otras causales de extinción como son la renuncia, la jubilación, la condena por delito doloso, entre otros. Cada una de ellas debe valorarse desde una perspectiva de la carrera del trabajador y del servicio de salud; valoración que puede presentar colisiones de intereses (generalmente algunos de naturaleza individual versus otros de naturaleza colectiva) que deben ser debidamente ponderados.

#### **4.8.2.- Causales de extinción del vínculo laboral**

Son plantea como causas de extinción del vínculo laboral las siguientes:

- El fallecimiento del trabajador o del empleador si es persona natural;
- La renuncia o retiro voluntario del trabajador;
- La terminación de la obra o servicio , el cumplimiento de la condición resolutoria y el
- vencimiento del plazo en los contratos legalmente celebrados bajo modalidad;
- El mutuo disenso;
- La invalidez absoluta permanente;
- La jubilación;

---

9. Al respecto, el Tribunal Constitucional ha señalado en la sentencia recaída en el expediente N° 008-2005-AI, que la carrera administrativa es reconocida como un bien jurídico garantizado por la Constitución cuyo desarrollo se delega al legislador. Pero como todos los bienes jurídicos, es posible dotar de un contenido esencial a la carrera administrativa, para ello recurrimos a la doctrina laboral y administrativa. La carrera administrativa tiene como propósito garantizar la neutralidad política en las decisiones técnicas de la administración, eliminando cualquier tipo de interferencia política que afecte la neutralidad del cuerpo de burócratas. La carrera administrativa goza de un contenido esencial en el cual ubicamos a los siguientes elementos: a) reglas de acceso basadas en principios de mérito y capacidad, b) estructura estratificada que genera un derecho al ascenso, y c) estabilidad laboral absoluta de tal forma que si se verifica un despido arbitrario, el trabajador tiene derecho a la reposición.

- El despido;
- La terminación de la relación laboral por causa objetiva.

A continuación reseñamos algunas de ellas.

### a) La renuncia

La renuncia es el acto unilateral del trabajador por la que éste concluye el vínculo laboral. La renuncia es una manifestación de la libertad de trabajo, por la que el trabajador tiene el derecho de decidir si trabaja o no, entre otros contenidos.

Para el empleador el acto de renuncia puede afectar la organización de los servicios, en tanto él no determina la oportunidad de extinción; mientras que para el trabajador es el ejercicio de una libertad fundamental.

Para ponderar la potestad de organización con la libertad de trabajo, el derecho laboral le suele poner al acto de renuncia un plazo para que la renuncia surta plenos efectos.

En el ámbito de la carrera pública, de los cargos de representación o de alto nivel, la renuncia suele estar limitada, sea negándose el derecho de renuncia, o supeditándolo a la aprobación de la administración. Aunque estas limitaciones no debieran ser absolutas, la relevancia política de los cargos de representación parece sostener mayores limitaciones para el derecho de renuncia, que para el resto de trabajadores públicos como son aquellos vinculados con el servicio sanitario; en este caso, la protección del derecho laboral se presenta como compatible. Resulta razonable regular un plazo de pre aviso para que el empleador tome conocimiento oportuno de la extinción futura del vínculo y disponer los actos de gestión interna necesarios para la cobertura de la plaza vacante, también es razonable regular algunos deberes particulares como, por ejemplo, cumplir con la entrega de cargo correspondiente.

### La renuncia y el derecho de retorno

El Decreto Legislativo 276 se regula el derecho del personal de carrera, que hubiere renunciado, a retornar a la carrera dentro de los 2 años de ocurrida la renuncia, siempre que hubiera plaza vacante. Este es un derecho importante a reconocer en una carrera sanitaria debido a que permite recobrar al personal profesional renunciante.

### b).El despido

#### Causales

El despido es el acto unilateral del empleador por el que extingue la relación laboral. En derecho laboral el despido tiene como causas la conducta o capacidad del trabajador, o causa objetivas vinculadas con factores objetivos ajenos a la voluntad de las partes que hacen necesario evaluar la continuidad del vínculo (pueden estar relacionados a la organización del



---

empleador o factores que afectan de forma permanente el centro de trabajo) y el despido basado en la conducta del trabajador.

El despido relacionado con causas originadas por el trabajador. La primera causa está referida a la conducta del trabajador y la comisión de faltas graves. La conducta del trabajador que lesiona las reglas básicas de organización fundamenta el acto de despido. Otra causa relacionada con la conducta es la condena por delito doloso, y finalmente la relativa a la inhabilitación administrativa.

### **Las faltas graves**

La conducta del trabajador puede infringir diversas obligaciones, algunas genéricas y otras específicas, que se desprenden de diversas fuentes, como son la Ley, el reglamento, el convenio colectivo, o el propio contrato de trabajo. Las faltas laborales pueden ser de diversa intensidad, de allí que se exija una tipificación estricta para aquellas faltas graves que motivan el despido por parte del empleador.

En el caso de la carrera sanitaria, resulta importante realizar una tipificación de faltas graves que giren entorno a los siguientes ejes centrales del servicio de salud. En este sentido, las posibles faltas graves serían las siguientes:

- El incumplimiento de las obligaciones de trabajo que supone el quebrantamiento de la buena fe, la reiterada resistencia a las órdenes relacionadas con las labores, la reiterada paralización intempestiva de labores así como la inobservancia de las normas internas que rigen en los establecimientos de salud públicos, las normas que regulan la actuación de los profesionales de la salud, las normas que regulan los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de las normas sobre seguridad y salud en el trabajo; siempre que revistan gravedad.
- La disminución deliberada y reiterada en el rendimiento de las labores así como el incumplimiento de los servicios mínimos durante la huelga.
- La vulneración de los derechos de la persona usuaria de los servicios de salud.
- La apropiación consumada o frustrada de bienes o servicios o que se encuentran bajo su custodia, así como la retención o utilización indebidas de los mismos, en beneficio propio o de terceros, con prescindencia de su valor.
- El uso o entrega a terceros de información reservada o calificada como confidencial por norma expresa del empleador.
- La no dedicación exclusiva durante jornada al servicio de salud, o labores encomendadas así como la interrupción del servicio.

- La concurrencia reiterada en estado de embriaguez o bajo influencia de drogas o sustancias estupefacientes, y aunque no sea reiterada cuando por la naturaleza de la función o del trabajo revista excepcional gravedad. La negativa del trabajador a someterse a la prueba correspondiente se considerará como reconocimiento de dicho estado.
- Los actos de violencia, grave indisciplina, injuria y faltamiento de palabra verbal o escrita en agravio del personal directivo u otros trabajadores, sea que se cometan dentro del centro de trabajo o fuera de él cuando los hechos se deriven directamente de la relación laboral.
- El daño intencional a los edificios, instalaciones, obras, maquinarias, instrumentos, documentación, materias primas y demás bienes de propiedad de la empresa o en posesión de esta.
- El abandono de trabajo por más de tres días consecutivos, las ausencias injustificadas por más de cinco días en un período de treinta días calendario o más de quince días en un período de ciento ochenta días calendario, hayan sido o no sancionadas disciplinariamente en cada caso, la impuntualidad reiterada, siempre que se hayan aplicado sanciones disciplinarias previas de amonestaciones escritas y suspensiones.

### **c) La capacidad del trabajador**

Está relacionada con: a) el detrimento de la facultad física o mental determinante para el desempeño de sus tareas, b) el rendimiento deficiente del trabajador (la incapacidad sobreviniente), y c) la negativa injustificada a someterse a examen médico siempre que sea determinante para el desarrollo de sus labores, o cumplir medidas profilácticas.

En cuanto al rendimiento deficiente, esta causal no opera de forma automática, sino que requiere del conocimiento del trabajador, de la disposición para que eleve su rendimiento y de la capacitación previa. Así, esta causal se presenta como la “última salida” cuando ni la formación profesional ni las deficiencias informadas han podido lograr un aumento del rendimiento. En otros términos, existe un derecho de formación profesional que origina que esta causal de despido sea residual.

En relación a la capacidad del trabajador, se vienen instalando a nivel de otros países, las acreditaciones profesionales como requisito para mantener el vínculo laboral. Es decir que la acreditación es una revalidación de las competencias laborales requeridas para ocupar el puesto público. En efecto, en la medida que la carrera pública garantiza una trayectoria profesional de largo plazo, cobra sentido dentro del empleo público, que durante su carrera el trabajador público acredite mantener las competencias laborales requeridas por la organización. En este sentido, se debe regular la oportunidad en que se daría esta acreditación, las garantías de objetividad para la evaluación, y los efectos extintivos del vínculo laboral en caso no se acredite las referidas competencias.

#### **d) La extinción del vínculo por causas objetivas**

La reorganización institucional es una causal de extinción del vínculo laboral en las reglas del Decreto Legislativo 276 como del Decreto Legislativo 728. Sería una causa objetiva, por ejemplo, la reestructuración (fusión o absorción de entidades) y el exceso de personal que afecta sensiblemente el servicio. Sin embargo, consideramos que en una eventual reestructuración del servicio de salud, la extinción colectiva de los vínculos sólo podría operar de forma excepcional, previa determinación de la imposibilidad de realizar formación profesional, de realizar una recolocación en el servicio de salud de cualquier gobierno regional, de incentivar renunciadas o jubilaciones adelantadas. Sería importante reconocer en estos casos, el derecho del trabajador a percibir una indemnización.

#### **4.8.3.- Procedimiento de despido y debido proceso**

La potestad disciplinaria del estado sobre sus dependientes se encuentra limitada, bajo dicho marco, las sanciones deben ser impuestas respondiendo a criterios de razonabilidad y proporcionalidad.

El poder disciplinario no queda exento de los límites constitucionales y legales que se aplican conforme a su naturaleza, de ahí que un conjunto de principios constitucionales de índole procesal tengan directa aplicación como límites al poder disciplinario del empleador, entre ellos, el de presunción de inocencia, debido proceso, legalidad, tipicidad, proporcionalidad, entre otros.

Así por ejemplo, no cabe duda que el principio del debido proceso tiene aplicación directa en los procedimientos disciplinarios, incluso en aquellos que se lleven cabo en aplicación del régimen laboral privado.

Sobre el particular, resulta ilustrativa la siguiente sentencia del Tribunal Constitucional, recaída en el expediente N° 04810-2004-AA:

*“2. El derecho al debido proceso y la doctrina jurisprudencial del Tribunal Constitucional. 35. Este Tribunal tiene afirmado que el derecho al debido proceso, reconocido en el inciso 3) del artículo 139º de la Constitución, es un derecho cuyo ámbito de irradiación no abarca exclusivamente el campo judicial, sino que se proyecta, con las exigencias de su respeto y protección, sobre todo órgano, público o privado, que ejerza funciones formal o materialmente jurisdiccionales. 36. En ese sentido, el Tribunal ha expresado que las exigencias de su respeto y protección deben observarse en todos los procesos o procedimientos en los que se diluciden los derechos e intereses de las personas, sean estas personas jurídicas de derecho privado, órganos y tribunales administrativos, Tribunal Constitucional, Jurado Nacional de Elecciones, Consejo Nacional de la Magistratura, Congreso de la República (en materia de juicio político y antejuicio constitucional), y también ante tribunales arbitrales, entre otros. 37. Se ha señalado, igualmente, que dicho derecho comprende, a su vez, diversos derechos fundamentales de orden procesal y que, en ese sentido, se trata de un derecho “continente”. En efecto, su contenido constitucionalmente protegido*

*comprende una serie de garantías, formales y materiales, de muy distinta naturaleza, cuyo cumplimiento efectivo garantiza que el procedimiento o proceso en el cual se encuentre comprendida una persona, pueda considerarse como justo.”*

El ejercicio de la potestad disciplinaria deberá discurrir por causas procedimentales diferenciados de tal forma que las sanciones más graves deberán aplicarse luego de un procedimiento, similar el del régimen de la actividad privada para el despido por causa justa, sin caer en los excesos del régimen de la carrera administrativa regulada por el Decreto Legislativo 276. Las sanciones menos graves deberán aplicar luego de un procedimiento más sencillo pero siempre garantizando el debido proceso. Cada una de las causales referidas debe tener procedimientos adecuados que garanticen: el derecho de defensa, el derecho a ser informado, el derecho a contradecir la decisión, y el establecimiento de protección especial para dirigentes sindicales, trabajadoras gestantes, y otros grupos vulnerables.

#### **4.8.4.- Protección contra el despido**

La protección contra el acto de despido que recoja un modelo de estabilidad laboral relativa, debe partir de la distinción de dos ámbitos en los que se requiere establecer garantías diferenciadas para los trabajadores despedidos:

- a) La protección de los derechos fundamentales cuya garantía es la nulidad del despido (despido nulo).
- b) La protección específica del derecho al trabajo cuya garantía es el pago de indemnización frente al despido injustificado.

Un modelo de estabilidad laboral relativa que reconozca dicha distinción, puede ser satisfactorio para los intereses colectivos que encarna el Estado como para los derechos fundamentales de los trabajadores.

#### **4.8.5.- Despido Nulo**

En este supuesto el acto que dio origen al despido es calificado como nulo por el ordenamiento jurídico por afectar un derecho fundamental, y como consecuencia de ello el despido no produce ningún efecto jurídico.

La declaración de nulidad mantiene la vigencia del contrato sin solución de continuidad, debiendo el trabajador reincorporarse a su puesto de trabajo y percibir las remuneraciones que dejó de percibir con ocasión de su despido.

La sanción aplicable en estos casos (la reposición del trabajador en su centro de trabajo) es razonable y proporcional en la intensidad de la protección al derecho afectado si lo que se busca es proteger los derechos fundamentales de los trabajadores.

En esta línea, el Tribunal Constitucional ha señalado que la legislación debe reconocer al despido nulo como institución garante de la vigencia de los derechos fundamentales en una

relación de trabajo con el Estado. Quedan comprendidos en esta forma de protección los despidos que afecten derechos fundamentales como la libertad sindical y la igualdad.

Asimismo, si la calificación de despido nulo incluye al despido que vulnera al debido proceso, se reparan con la reposición:

- El despido sin expresión de causa (despido incausado),
- El despido en que se impute una causa inexistente, falsa, fabricada o no prevista en la ley (despido fraudulento),
- El despido no respete las formalidades esenciales de su procedimiento.

Debe tenerse en cuenta que la propuesta de la Comisión Expertos acoge la jurisprudencia reciente del Tribunal Constitucional sobre la materia y amplía los supuestos de despido que se reparan con la reposición, establecidos en la legislación actual.

#### 4.8.6.- Despido injustificado

El Tribunal Constitucional admite que la legislación pueda establecer el pago de una indemnización como posible consecuencia (sanción) frente a un despido injustificado que afecta al derecho al trabajo. Para el Tribunal Constitucional el contenido del artículo 27º de la Constitución admite como un escenario de garantía a la indemnización.

En la misma línea, el inciso d) del artículo 7 del Protocolo de San Salvador establece que “el trabajador tendrá derecho a una indemnización o a la readmisión en el empleo o a cualesquiera otra prestación prevista por la legislación nacional”.

SUPUESTOS	CALIFICACIÓN	REPARACIÓN
Despido por causa justa señalada en la norma	Despido procedente y justificado	Ninguna
Despido con imputación de causa justa de despido siguiendo el procedimiento de ley pero que no se llega a comprobar en juicio	Despido injustificado	Indemnización
<b>Despido fraudulento:</b> Despido con ánimo perverso y engañoso, aunque se cumpla con la imputación de causa y con el procedimiento de despido. Se produce cuando se imputan hechos notoriamente inexistentes, falsos, no previstos en la ley o cuando se fabrican las pruebas.	Nulidad de despido: afectación del <b>debido proceso</b>	Reposición
<b>Despido sin expresión de causa</b> (comprende tanto la comunicación -verbal/escrita- del despido sin imputación de causa justa hasta el despido de hecho)	Nulidad de despido: afectación del <b>debido proceso</b>	Reposición
<b>Despido con causa</b> (comprobada/no comprobada) sin <b>respetar las formalidades esenciales</b> del procedimiento de despido	Nulidad de despido: afectación del <b>debido proceso</b>	Reposición

Despido basado en un motivo prohibido por la ley (libertad sindical, discriminación, discriminación por discapacidad, etc.)	Nulidad de despido: afectación de derechos fundamentales	Reposición
Despido individualizado por causa económica, técnica o estructural, caso fortuito o fuerza mayor	Despido procedente y justificado	Indemnización
Despido individualizado por causa económica, técnica o estructural, caso fortuito o fuerza mayor, sin que se pruebe la causa	Despido injustificado o nulo	Indemnización o reposición

#### 4.8.7.- La jubilación

La jubilación es uno de los graves problemas de los trabajadores públicos, que también afecta a los profesionales de la salud, debido a que gran parte de la remuneración no es pensionable y los montos pensionarios no garantizan una razonable tasa de reemplazo del salario dejado de percibir. De esta forma, si bien la jubilación es una causa de extinción del vínculo, incluso cuando opera de manera automática cuando se cumple 70 años, esto debería ir acompañado de un sistema pensionario que garantice pensiones dignas.

En este sentido, aunque desde la carrera sanitaria no es apropiado plantear modificaciones de sistemas pensionarios, menos aún cuando estas tienen como beneficiarios a un grupo de trabajadores, consideramos oportuno presentar dos planteamientos que originarán una mejora en la protección por jubilación:

- La reorganización del sistema remunerativo preservando el denominado salario social. Limitando el pago de conceptos no pensionarios a porcentajes razonables y fundamentados en objetivos como el desempeño.
- La jubilación adelantada, mediante el pago de la entidad que cubra la diferencia entre pensión y remuneración. El mecanismo de jubilación adelantada es para la carrera un mecanismo excepcional de rotación generacional de trabajadores, por ello, no es en estricto un derecho del trabajador sino una facultad del empleador. Como resulta obvio ejercitada tal facultad si surge el derecho de jubilación adelantada.
- La jubilación parcial. En determinados casos se presenta la necesidad institucional de continuar contando con determinados profesionales, cobrando sentido la posibilidad de regular jubilaciones parciales que le permitan al trabajador, en jornada de trabajo reducida, continuar prestando servicios para la entidad. Esta puede ser una medida importante si consideramos que la edad de fallecimiento viene aumentando, y por tanto, tenemos a adultos mayores con plenas capacidades para laborar.

#### 4.8.8.- La condena por delito doloso

Es usual que se contemple la condena por delito doloso como una causal de extinción del vínculo, sin embargo, habría que preguntarse las razones que fundamentan un supuesto tan genérico, que es formulado sin excepciones.



En efecto, una primera razón tendría que ver con aquellas sanciones que implican privación de libertad. En este caso, parece razonable que se extinga el vínculo debido a la imposibilidad de que se preste servicios.

Una segunda razón, puede ser por el tipo de delito. Si se trata de delitos contra la administración pública, o delitos incompatibles con la naturaleza del servicio público, parece justificarse la extinción del vínculo laboral; sin embargo, otros delitos, como podría ser los delitos de naturaleza económica, no parecen tener relación directa con el servicio de salud.

MINISTERIO DE SALUD

No. 486-2010/MINSA



## Resolución Ministerial

Lima, 16 de JUNIO del 2010

### CONSIDERANDO:

Que, conforme al artículo 2 de la Ley N° 27657, el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural;

Que, para cumplir eficientemente con las funciones antes señaladas, el Ministerio de Salud promueve e impulsa la adecuada gestión de los recursos humanos con los que cuenta;

Que, en los últimos años, dentro del Sector Salud se han realizado diversas reformas estructurales derivadas fundamentalmente del proceso de descentralización, la organización del servicio en niveles de atención otorgando prioridad al primer nivel, la expansión de la infraestructura en salud y el aseguramiento universal en salud;

Que, tales circunstancias generan la necesidad de introducir reformas en la carrera pública de los diversos grupos de profesionales de la salud, con el fin de asegurar el cumplimiento de las importantes tareas asignadas al sector;

Que, en tal virtud, resulta conveniente conformar un grupo de trabajo que tenga por objeto elaborar un informe que incluya propuestas específicas para la reforma integral de la carrera pública sanitaria, el cual debe estar integrado por representantes de los órganos del Ministerio de Salud y de los gremios profesionales que estén involucrados en la materia;

Que, para tal efecto, el referido grupo de trabajo deberá estar facultado para requerir la información que sea necesaria para el desarrollo de sus funciones, incluyendo los diagnósticos e informes que se hayan realizado anteriormente sobre el tema, así

  
M. Arce R.

  
Olivera

  
D. León Ch.

como para convocar al personal que integra el Sector Salud a fin que participe en sus sesiones;

Con el visado del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud;

De conformidad con lo previsto en el literal l) del artículo 8 de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.- Creación del Grupo de Trabajo**

Disponer la creación del Grupo de Trabajo sectorial encargado de elaborar un informe que incluya propuestas específicas para la reforma integral de la carrera pública sanitaria.

**Artículo 2°.- Conformación**

El Grupo de Trabajo creado en virtud del artículo 1° estará integrado por:

- a) Un representante del Despacho Ministerial, quien lo presidirá.
- b) El Director General de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos o el representante que éste designe, quien actuará como Secretario Técnico.
- c) El Director General de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos o el representante que éste designe.
- d) El Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica o el representante que éste designe.
- e) El Director General de la Dirección General de Salud de las Personas o el representante que éste designe.
- f) El Director General de la Dirección General de Promoción de la Salud o el representante que éste designe.
- g) Un representante de la Federación Médica Peruana.
- h) Un representante del Sindicato Nacional de Enfermeras(os) del Ministerio de Salud.
- i) Un representante de la Federación de Obstetras del Ministerio de Salud,
- j) Un representante de la Federación Odontológica del Perú.

**Artículo 3°.- Instalación y entrega de informe**

El Grupo de Trabajo debe instalarse en un plazo no mayor a los diez (10) días hábiles contados a partir de la publicación de la presente resolución. El Presidente del grupo de trabajo debe dar cuenta de su instalación al Despacho Ministerial.

El Grupo de Trabajo presentará su Informe Final al Despacho Ministerial en un plazo de noventa (90) días hábiles contados a partir de su instalación. Todas las recomendaciones que formule dicho informe deberán estar sustentadas en el mismo.

**Artículo 4°.- Atribuciones del grupo de trabajo**

Los funcionarios y servidores de las entidades, institutos, direcciones y demás órganos que integran el Sector Salud deben entregar oportunamente la documentación que requiera el grupo de trabajo, así como asistir a las reuniones a las que sean convocados.



M. Arce R.



V. Olivera A.



D. León Ch.

MINISTERIO DE SALUD

No. 486-2010/MINSA



# Resolución Ministerial

Lima, 16 de JUNIO del 2010



M. Arce R.

De igual forma, el Grupo de Trabajo podrá convocar a especialistas en materia de carrera pública, así como a toda persona o institución que pueda contribuir con el cumplimiento de sus fines.



W. Olivera A.

## Artículo 5º.- Funcionamiento

La instalación y el desarrollo de las actividades del grupo de trabajo no generará gastos adicionales al tesoro público.

Regístrese, comuníquese y publíquese



D. León Ch.

OSCAR RAUL UGARTE UGARRIZ  
Ministro de Salud



## **5.- SISTEMATIZACIÓN DEL DESAYUNO DE TRABAJO (30 DE SEPTIEMBRE DE 2010)**

### **Datos Generales**

Fecha	: 30 de setiembre de 2010
Lugar	: Hotel Carrera, Lince.
Horario	: 8:00 - 13:00 horas
Organización	: Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos
Participantes	: Ver lista al final.
Facilitadores	: Dr. Pedro Mendoza, Lic. Yesenia Navarrete, Lic. Aurelia Alegría, Lic. Martha Aguirre y Abog. Guillermo Iturrizaga

### **Introducción**

Es claro que la regulación y desarrollo de los recursos humanos es un aspecto fundamental para avanzar en la eficiencia y calidad de los servicios que se proveen desde el Estado. En el caso del sector salud es crucial en la medida que es un sector económico intensivo en recursos humanos y por otra parte, es sumamente complejo por la cantidad y diversidad de profesionales y por la coexistencia de subsectores públicos y privados.

La formulación de una propuesta de ley de carrera sanitaria supone la participación de un conjunto de actores con intereses y enfoques diversos y hasta contrapuestos. Tal participación requiere por tanto hacerse de manera consensuada, a fin de alcanzar una propuesta viable. Por esta razón, se está buscando promover una serie de espacios para discusión de elementos y temas clave con especialistas, gremios, gobiernos regionales y otros actores.

Como primer paso en la construcción de esta propuesta normativa se requiere tener claridad de lo implica la carrera sanitaria y su alcance, dadas las condiciones y características del sector en la actualidad, así como el contexto nacional.

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos ha trabajado en un reporte que sintetiza la problemática existente, antecedentes y sustento de una carrera sanitaria, como insumo para generar este proceso de discusión. Con los aportes que se obtengan resultado de estos espacios se busca generar una comprensión mutua en los diferentes actores de las necesidades e intereses, a la vez que se va concertando para la construcción de una propuesta que sea viable a nivel técnico y político.

### **Objetivos**

#### **Objetivo General**

Elaborar las bases de una propuesta de norma de Carrera Sanitaria.

### Objetivos Específicos:

- Dar las pautas para la elaboración de propuesta de norma de Carrera Sanitaria a partir de las características, condiciones del entorno y contexto nacional.
- Revisar y discutir la propuesta técnica de Definición y Ámbito de la Carrera Sanitaria

### Metodología

La Reunión tiene un carácter participativo y expositivo, a través de trabajo en grupo, lluvia de ideas, exposición de los resultados.

### Contenidos a nivel específico:

#### ANTECEDENTES DE LA CARRERA ADMINISTRATIVA Y LA CARRERA SANITARIA

- Marco Normativo vigente del Empleo Público.
- Marco Normativo vigente del Empleo Público.
- Marco Normativo de la Carrera Sanitaria.

#### CARRERA SANITARIA

- Concepto
- Contexto y Entorno
- Organización y Problemática del Sector Salud

### Participantes

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 1. Dra. Gisella Santivañez       | Especialista - Gerencia de Políticas de Gestión de Recursos Humanos – SERVIR              |
| 2. Dr. Guillermo Miranda Hurtado | Presidente, Grupo de Trabajo Sectorial MINSa  |
| 3. Dr. Manuel Nuñez Vergara      | Director General, Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, MINSa. |
| 4. Eco. Ciro Echegaray Peña      | Director, Dirección de Gestión del Trabajo, MINSa   |
| 5. Dr. Pedro Mendoza Arana       | Asesor, DGGDRH MINSa  |
| 6. Lic. Ena Llamosas Félix       | Equipo Técnico, Dirección de Gestión del Trabajo MINSa                                    |
| 7. Dr. Norbert Dreesch           | OPS   |
| 8. Dr. Giovanni Escalante        | OPS   |
| 9. Eco. Midori de Habich         | USAID/Perú/Políticas en Salud   |
| 10. Dra. Luisa Hidalgo           | USAID/Perú/Políticas en Salud   |
| 11. Dr. Oscar Bueno              | USAID/Perú/Políticas en Salud   |
| 12. Lic. Hipólito Espejo Burgos  | Asesor, OGRH MINSa  |
| 13. Abog. Cinthya Arguedas       | USAID/Perú/Políticas en Salud   |



---

14. Dr. Alex Salas	Abogado
15. Dr. Juan Arroyo Laguna	Docente – Facultad de Salud Pública – UPCH.
16. Lic. Yesenia Navarrete Hilario	DGT, MINSA
17. Lic. Martha Ravello Bravo	DGT, MINSA
18. Lic. Martha Aguirre	DGT, MINSA
19. Lic. Aurelia Alegría	DGT, MINSA
20. Dr. Guillermo Iturrizaga	DGT, MINSA

### **5.1.- Antecedentes y contexto para la construcción de una propuesta de norma de carrera sanitaria. Dr. Guillermo Miranda Hurtado, Presidente del Grupo De Trabajo Sectorial RM 486-2010/MINSA.**

En el sector público se pueden plantear tres enfoques fundamentales:

#### **5.1.1.- Organización del Estado.**

En cuanto este punto, se debe analizar el sistema de confianza política y la carrera pública. Se señala que hay un espacio para lo político donde rige la democracia política y donde las autoridades de turno tienen un conjunto de políticas que quieren implementar. Esto debido a que legítimamente tienen apoyo por la mayoría y la organización es ese espacio donde se puede implementar.

#### **5.2.2.- Derechos laborales.**

Usualmente en las propuestas de reforma pareciera soslayarse los derechos laborales. Al respecto, se plantea que las reformas deben ser básicamente de gestión y el trabajador se ve como un objeto de la actividad pública y no como un sujeto de derechos. Hay derechos laborales que son fundamentales y constitucionales, que cualquier reforma que se introduzca debe respetar.

Las reformas dentro del empleo público han tenido un gran problema porque se han querido soslayar o desconocer. Negar que existen los derechos colectivos, tales como los derechos de sindicalización o de huelga, origina que cuando se implementan estas reformas, los trabajadores que ejercen este poder presionen y la implementación queda tergiversada porque mediante el poder de negociación se busca alcanzar beneficios.

Asimismo, existen otros derechos como la seguridad, salud ocupacional y formación profesional, que por mucho tiempo no han sido considerados. En ese sentido, no puede haber una propuesta de reforma que desconozca la existencia de derechos laborales fundamentales.

#### **5.1.3.- Gestión.**

Tiene que ver con la dinámica del ejercicio del poder. Cómo se dirige o planifica el trabajo.

Con este enfoque de tres dimensiones se ha hecho una primera reflexión en relación a la carrera sanitaria.

A continuación, voy a presentar de manera resumida, los temas discutidos por el Grupo de Trabajo:

- **Carrera Pública:**

El concepto de carrera pública se originó dentro de un modelo de Estado de corte liberal en donde lo que se buscaba era limitar la injerencia del poder político de los trabajadores que debían cumplir sus funciones con imparcialidad y objetividad. Cuando el modelo de Estado cambia a uno de Estado de Bienestar y aparecen los grandes servicios públicos, este modelo de carrera rígida se traspa a la organización de los trabajadores públicos. Este modelo rige como norma general.

Una diferencia en cuanto al modelo de carrera burocrática respecto al modelo de carrera pública es que en la primera el elemento central es limitar la injerencia política, con medidas como la estabilidad laboral absoluta, mientras que en la carrera pública el elemento central es que, mediante los servicios públicos, se busque la eficiencia.

Por lo tanto, deben existir ámbitos de aplicación de la Carrera. Los grandes servicios públicos requieren un modelo de carrera nueva que esté anclada en el profesionalismo. Se busca que la carrera sea flexible.

- Elementos estructurales que debe tener la carrera sanitaria:

Otros temas que se plantearon en el grupo es cuáles elementos estructurales deben responder a esta carrera:

a) Descentralización:

El Decreto Legislativo 276 está pensado para un Estado de organización centralizada, lo que no responde a la situación actual, que tiene nuevos espacios de organización política y organización de servicios públicos;

b) Organización de los servicios de salud en niveles:

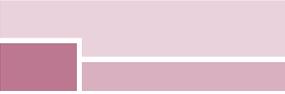
El primer nivel de atención debe ser la base sobre la cual giren los servicios de salud. Al respecto, la Carrera Sanitaria tiene que estar coordinada con los niveles de atención de salud.

c) Derechos de los usuarios :

Los servicios de salud están organizados bajo la lógica de que los pacientes son un objeto, cuando ahora se debe cambiar la relación: De profesional de la salud con ciudadano, a profesional de la salud con usuario del servicio.

d) Aseguramiento universal en salud;

e) Derecho de participación del ciudadano.



---

La Carrera Sanitaria debe estar más implicada con la comunidad. Deben existir canales de comunicación que permitan que los servicios de salud respondan a las necesidades, ideología, cultura de una población determinada. La Carrera Sanitaria debe estar abierta al escrutinio de la gente, a su participación a nivel individual o colectivo.

Estos son los elementos de base que el equipo ha considerado. Por otro lado, también se han identificado algunos problemas que se ven como requerimientos para pensar que cualquier reforma pueda ser viable.

#### Voluntad política sectorial para construir una propuesta.

Se requiere una voluntad política generalizada para lograr que la reforma pueda prosperar. Se requiere buscar alianzas con entidades públicas y privadas a efecto de ir generando una voluntad política que haga viable una reforma como la que se necesita en el sector salud.

#### Corporativización de los trabajadores de salud y los grupos de poder.

Los profesionales de la salud han venido logrando que se les reconozcan leyes especiales, con derechos especiales, con organización administrativa especial, logrando organizaciones verticales. Si se plantea una carrera sanitaria de todos los profesionales, esta debe estar anclada más en desarrollo de competencias laborales. Por eso es necesario conformar un grupo de trabajo con los actores sociales y los sindicatos, para ir discutiendo qué es lo que se requiere, hasta dónde están dispuestos a ceder.

#### Inexistencia de un sistema de gestión.

Si no hay personal para dirigir a los trabajadores, para dirigir las nuevas reglas, se va a tener una norma muerta. Se trata de ejercer poder directivo y ese poder se ejerce con personas. Se requiere una reflexión sobre el rol de la Dirección de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH).

Por supuesto, quedan temas a discutir. En el grupo se hizo un listado de temas que está abierto, y sobre el cual se ha llegado a algunos consensos iniciales:

#### **5.1.4.- Ámbito Funcional:**

A nivel funcional se llegó al consenso inicial que la Carrera Sanitaria debía acotarse a los profesionales de la salud. La razón central era que se trataba de construir una carrera que ensamblara los sistemas de formación y remunerativos. La inversión es alta y por tanto se requiere centrarse en el grupo que es el eje de los servicios. Se abrió un espacio de discusión no concluido sobre si debía abarcar sólo a profesionales de la salud o también incluir a otros grupos de profesionales. Quedó como una duda si debía incluir a otros profesionales, en la medida que los servicios, en especial aquellos preventivo promocionales, no se prestan sólo con profesionales de la salud sino que requieren muchos otros profesionales de otras procedencias, como educadores, antropólogos, etc.

En la discusión posterior, sin embargo, se aceptó que la Carrera Sanitaria debía pensarse para todo el personal de salud, tanto profesional como no profesional, de manera que todos quienes prestan servicios en relación directa con la salud, queden incluidos.

### **5.1.5.- Función directiva.**

La Carrera Sanitaria debe incluir solamente a los prestadores o también a los que hacen función directiva de los establecimientos de salud? Se plantea que debe haber una separación. Debe haber una profesionalización de la función directiva. No tener una carrera vertical donde se garantiza función directiva sino más bien una carrera horizontal. La Carrera directiva debe ser externa, distinta a la de la carrera sanitaria. Sería un error resolver la carrera sanitaria si no se ha resuelto el tema directivo porque si este último está politizado o es desordenado no se van a lograr mejoras.

Finalmente, sobre este último punto los profesionales médicos como grupo consideran que son los únicos que pueden ejercer funciones directivas, y esta posición ha sido recogida en varios reglamentos. Consideramos que este es un tema a debatir como parte de la discusión sobre función directiva.

### **5.1.6.- El acceso a la carrera.**

Esto tiene que ver con las reglas de acceso y los mecanismos contractuales. En relación a las reglas se discutió en qué ámbito debían darse los concursos. La regla es el concurso y la excepción la contratación. Los concursos se hacen a nivel de unidades ejecutoras. En la actualidad hay un sistema atomizado de concursos públicos que hacen complicada la contratación y originan el clientelismo. Sin embargo, la ventaja de la descentralización es que se organizan rápidamente los concursos y se proveen de personal. Se debe ir a un nivel intermedio para eliminar la atomización, la clave estaría en organizar concursos a nivel regional, acorde con el proceso de descentralización. La Región es la que tiene que hacer los concursos del sector y asumir la responsabilidad frente a la población.

El otro tema es el de requisitos y conformación de los grupos de selección. El eje no es el mérito -entendido como pergamino- sino que apunta a los profesionales más jóvenes para que se ubiquen en los primeros niveles de atención. Se debe apuntar a que cumplan requisitos cognoscitivos mínimos. Pasar un test no supone que vayas a ser eficiente, el eje está en hacer que no haya clientelismo y en legitimar la carrera frente a la sociedad. Introducir un periodo de prueba ensamblado con un sistema de gestión por competencias daría la base objetiva para medir si el servicio es armónico con las competencias determinadas por la institución. Las pruebas de conocimiento deben ser elaboradas a nivel centralizado, con participación de las universidades, con reglas de confidencialidad, sin que ningún funcionario político pueda tener acceso a la prueba.

### **5.1.7.- Mecanismos de contratación.**

Se tiene que ir a un esquema de contratación temporal para evitar rigidez en el acceso. Se requieren contratos temporales debidamente fundamentados. Se puede producir una vacante



---

sobre un puesto permanente que no puede estar vacante hasta que no se genere los procesos de contratación. Este puesto requiere llenarse provisionalmente hasta que salga el concurso y se llene la plaza. El otro caso son los especialistas donde las carencias de la carrera no resuelven esas necesidades en el corto plazo. Se debe buscar un mecanismo de contratación y de remuneración que permita cubrir la necesidad en tanto se cubra la plaza.

#### **5.1.8.- Estructura de la carrera.**

Se requiere un nuevo escalafón de todos los profesionales de la salud. ¿Cuántos niveles? Hay ciertos elementos que hay que considerar. Primero, no pueden ser tantos niveles que termine siendo el ascenso cada tres o cuatro años. Cada nivel de ascenso de un punto a otro debe ser porque las personas han cumplido con el mérito, porque han sido eficientes. Debe estar alrededor de cuatro o cinco niveles y permitiendo que acompañen al profesional hasta la jubilación. Todos los que estén en el primer nivel necesariamente deberían estar trabajando en el primer nivel de atención. Ese tiene que ser el cambio en la carrera para generar incentivos para hacer relevante el primer nivel de atención (involucrando además puntajes para el ascenso, incentivos monetarios, etc.).

Los traslados funcionales serían acotados solo al ámbito regional para evitar que se trasladen a la capital. Se buscaría que la carrera sea en la región y que solo por excepción se movilice a otra región, con ello se puede consolidar a las regiones.

#### **5.1.9.- Salida de la carrera.**

En el tema de estabilidad laboral, la carrera burocrática tiene como base la estabilidad absoluta. Esto tiene sentido porque se trata de limitar la injerencia política. Si hay un despido injustificado se debe producir la reposición. No quiere decir que la persona sea propietaria de un puesto y que no se le puede sacar. Podría ser similar al régimen laboral privado, con pago de indemnización en caso de despido, lo que permita hacer más ágil la salida de la carrera.

#### **5.2.- Presentación de documento técnico. Dr. Pedro Mendoza Arana. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos.**

La presentación contiene una síntesis de los dos documentos que se han circulado. El primer documento ha venido siendo trabajado en la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, y contempla una recopilación de documentos, más algunos datos de actualización y estadísticas que deben servir de marco necesariamente en cualquier reflexión. El segundo documento contiene las actas del Grupo de Trabajo Sectorial, que acaban de ser presentadas por el Dr. Miranda.

Cuando esto se plantee a nivel de lineamientos de política ante la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS), tendrá que ser un documento único.

### **Ronda de discusión de temas clave**

1. ¿Por qué una carrera sanitaria? ¿Cuáles son los problemas que se originan como consecuencia de no tener una carrera sanitaria? ¿Qué se puede resolver?
2. ¿Cómo vincular la propuesta de carrera sanitaria con el fortalecimiento del primer nivel de atención? ¿con las prioridades sanitarias?
3. ¿Qué debe entenderse por carrera sanitaria?
  - a. ¿Qué elementos?
  - b. ¿Cuál debe ser su enfoque (perspectiva de usuario, arreglos institucionales, protección de los trabajadores)?
4. ¿Cuál debería ser el alcance de una propuesta de carrera sanitaria?
  - a. ¿Debe incorporar a todos los subsectores (MINSA, ESSALUD, Sanidades de la FF.AA, PNP y privados)?
  - b. ¿Debe incorporar a todos los trabajadores de la salud (profesionales, técnicos y auxiliares)?
  - c. ¿Debe incorporar todas las modalidades de vínculo laboral?
  - d. ¿Debe limitarse al personal asistencial o también a quienes ejerzan funciones directivas (más allá que sea un cargo directivo, de apoyo o asesoría)?

### **Primera ronda de aportes de los participantes**

Midori de Habich ([USAID/Perú/Políticas en Salud](#)):

El propio Instituto Nacional de Salud - INS ha establecido como primera prioridad de investigación los recursos humanos, lo que muestra la importancia del tema en el sector. Es el gran reto en el quinquenio. El momento es bueno para esta discusión. La importancia del tema se ha recogido en el espacio de los partidos políticos, es un buen espacio para ampliar el círculo de consensos.

El plan esencial de aseguramiento en salud plantea un primer nivel de atención diferente al que se ha venido trabajando. La atención masiva de los problemas se acerca más a la población y por lo tanto muchas de las cosas que se considera especialidad de segundo y tercer nivel se quieren acercar a la población en el primer nivel de atención. Se tiene que tomar esto en cuenta ahora que se habla de Carrera Sanitaria.

Lo mismo a nivel de organización de servicios. El establecimiento debe dejar de ser la unidad básica. Cómo garantizamos la movilidad de los recursos humanos?

Hay que incluir cómo la Carrera Sanitaria coadyuva a la flexibilización en la gestión. Muchas de las reformas suponen mecanismos de pago no solo para el manejo financiero, sino también en la función de producción, dentro de la cual uno de sus elementos esenciales es el recurso humano. Otro tema es que de alguna manera la reforma que se tiene hoy aprobada es presentada por el propio MINSA como el paso a un modelo más integrado. Una de las fragmentaciones evidentes es entre el MINSA y ESSALUD. Se pierden profesionales muy rápido hacia ESSALUD y debería tratar de homogenizarse el tratamiento de los profesionales al interior del mismo sector público.



---

Betsy Moscoso (Observatorio de Recursos Humanos, MINSA/OPS):

Dos temas me parecen interesantes. Uno es por qué la Carrera Sanitaria y por qué no la Carrera Pública. Cuál es la diferencia? ¿Qué amerita que haya una Carrera Sanitaria? Aquí viene el tema de la naturaleza de la función. Salud tiene sus particularidades y eso requiere condiciones especiales para el ejercicio del trabajo. El tomar decisiones sobre la vida de las personas tiene sus connotaciones que deben ser reconocidas en el trabajo por la importancia que eso tiene y la sensibilidad social que eso implica. Eso hace la diferencia entre la Carrera Sanitaria y la Carrera Pública. Igualmente, los riesgos a los que se expone el trabajador de salud justifican el por qué de una Carrera Sanitaria.

Por otra parte, se vive en un mundo globalizado donde las tendencias de la gestión de los Recursos Humanos van por el lado de la gestión por competencias, donde prima la competencia para obtener el puesto, el cargo y donde el espacio para la carrera casi no existe. En la Carrera Pública hay que seguir secuencias, cúmulo de experiencias, que no necesariamente recogen las competencias de la persona.

Debe haber una especie de mezcla, pasar por un proceso de transición, donde se respeten los principios propios de carrera pública pero recogiendo las tendencias actuales de la gestión de recursos humanos. Que se logren altos niveles de desempeño y sobre todo dentro de un marco de derechos del trabajador.

Norbert Dreesch (OPS):

¿Quiénes son los trabajadores de la salud? ¿Quiénes deben estar en el sistema de carrera? Debe seguir el flujo de desarrollo del sistema de salud, su funcionamiento, con esto se definen las funciones de los prestadores con sus implicaciones para el resto del sistema.

La OMS, en el 2000, definió “Fuerza de trabajo en salud” como la dotación de todos los individuos vinculados con la protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. Esto va desde el chofer de la ambulancia hasta el especialista. ¿Dónde se empieza? ¿Quiénes son los trabajadores que se quieren incluir?

Pierina Pollarolo:

Es positivo el desarrollo de las tres perspectivas, porque ello permitirá llegar a consensos y facilitar el desmontaje de una serie de instituciones que ahora ya no están sirviendo.

Un tema importante que debería ser examinado es el de los mecanismos necesarios para llevar trabajadores de salud competentes y motivados a las zonas más apartadas del país. Para ello, hay que tomar los datos de la realidad. ¿Qué aspiraciones tienen los profesionales y técnicos de la salud? Los que se desempeñan actualmente en las zonas alejadas sienten que hacen un sacrificio temporal, aspirando salir de allí cuanto antes para instalarse en una ciudad grande. Las

necesidades de profesionales y técnicos de la salud en esas zonas se están cubriendo desde hace muchos años con personal contratado que pronto pide su nombramiento y luego su reasignación. Ante tales aspiraciones, uno se pregunta si el sistema puede acomodar en zonas urbanas a todos los trabajadores de la salud que se desempeñan en zonas apartadas. El proyecto de ley debería dar respuesta a este problema. No es sostenible a lo largo del tiempo cubrir las plazas de zonas alejadas con personal contratado que aspire a salir de allí. Debería estudiarse mecanismos de incentivos (monetarios y no monetarios) para que permanezcan en las zonas rurales y regular mejor los procesos de reasignación para que éstos sean transparentes y justificados.

El otro tema que creo que hace falta considerar en el proyecto con un poco más de detalle es el de la salida de la carrera por razones de capacidad y de disciplina. Está muy bien enfatizar lo positivo (capacitación, formación) pero se requiere también tener normas y procedimientos claros para evitar que el paciente, que es la razón de ser del sistema público de la salud, sea mal atendido y tratado por personas de deficiente calidad profesional o conducta.

Lic. Hipólito Espejo (Oficina Gestión RRHH, MINSA):

La Carrera Sanitaria es un trabajo especializado y tiene una importancia social. Hay dos temas que están ligados a competencias. No solo competencias de conocimiento médico y en salud sino para ejercer la profesión.

La preocupación va por articular toda esta normativa y cómo incorporar a los médicos de manera adecuada cubriendo sus expectativas. ¿Cómo establecer una reglamentación o instrumento para que se entienda que se debe comenzar por este nivel de atención tan debilitado? Es vital el fortalecimiento del primer nivel. Es el muro de contención. Por otro lado el comportamiento de los profesionales de la salud está vinculado al comportamiento ético y moral. Otra cuestión es que esta carrera sanitaria tenga una orientación para fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud.

Dr. Juan Arroyo (UPCH):

Tengo la impresión de que hay varios debates y el primero es el sentido general de lo que se debe hacer. En los años 90 se destruyó el modelo burocrático, pero ahora en los 2000 el nombramiento de los despedidos sin ninguna política de remuneración conforme a desempeño, tiene el espíritu de la restauración del viejo modelo. Se debe buscar ahora un nuevo modelo, intermedio entre el modelo de flexibilización con precarización de los 90 y el modelo rentista de nombramiento y pago por tiempo de trabajo.

Para construir esta tercera propuesta hay distintos puntos de partida. El técnico puro parte por lo general del mapa de competencias y funciones, construyendo un esquema de departamentos y puestos a los cuales alinear al personal existente. Esto hoy es muy difícil y poco viable por la probable inadecuación de los recursos humanos a las competencias necesarias, y no es viable la racionalización de personal.



---

La otra alternativa es tener un enfoque nuevo, que parta de la realidad y eso supone construir la línea de base. Lo primero que hay que hacer es mapear todo la planilla del MINSA, establecer todas las características en detalle de la fuerza laboral con que se cuenta, identificar las brechas de competencias y las deformaciones más relevantes del cuadro de asignación de personal real, y comenzar a evaluar los impactos y costos de todas las posibles alternativas de re-escalafonamiento. Se necesita cuantificar a los potenciales ganadores y perdedores de cada una de las alternativas, así como sus costos presupuestales. Recién con esto se puede discutir el nuevo escalafón y las fases graduales para su implementación. La visión de la transición es clave.

También hay que incluir en la evaluación el balance de las probables resistencias y la forma de consensuar las salidas, pues la visión es corporativa ha estado enfocando este tema con un efecto dominó en que la profesión médica formula algunas salidas y las demás profesionales piden los mismos beneficios. Los empates programáticos son más fáciles de hacer pero los escenarios socio-políticos son más complejos y allí es donde se generan los problemas.

Alex Salas (Abogado experto en RRHH):

Se ha visto que hay esfuerzos por dar ordenamiento al sistema de salud y se sigue tratando de resolver el mismo problema. ¿Por qué lo que se está trabajando va a funcionar?. Esto no es un tema normativo que se resuelva con lógica jurídica.

Desde chicos se perdona a aquellos que no pueden cumplir con el cumplimiento de las reglas. Esas cosas a nivel agredado se ven en las instituciones del país.

¿Con qué rigor se va a implementar? ¿Cómo medir las competencias? Hay una forma donde se dice que la competencia se tiene o no se tiene y otra forma es establecer niveles (porcentajes que generan discrecionalidad). El país no está en condiciones de poner establecimientos de alta complejidad en zonas alejadas y en ese sentido el MINSA tiene que dar ciertas condiciones porque es un problema público y la línea de carrera no lo va a resolver.

Lo tercero es un problema de enfoque. No es solo un tema del profesional sino también de la organización, de darle los insumos para que pueda hacer su trabajo.

Dr. Manuel Nuñez (DGGDRH):

Se acaba de producir el proceso de reclutamiento para la Sanidad de la Policía Nacional del Perú. Sacaron a concurso 150 plazas. Antes, solamente lograban ocupar 5, porque cuando ingresan se les paga 1300 soles con el rango de capitán. Este año tuvieron 223 postulantes y eso los llevó a ampliar el número de plazas.

¿Qué hizo la diferencia? Habían cambiado una regla. Antes, cuando uno postulaba debía esperar 3 años para poder formarse como especialista. Se eliminó esa regla, y ahora pueden postular desde el primer día que ingresan. Esto les abre un espacio de desarrollo profesional. En segundo

lugar, cuando se ingresa a la policía se ingresa a una carrera, a un juego con reglas claras. Esto nos lleva a pensar que se debe articular los temas de formación, de servicio social y de servicio per sé.

Por ejemplo, se forman especialistas y se les paga 3 años de formación, y al terminar, no se encuentran mecanismos para incorporarlos al servicio de manera continua, y deben presentarse nuevamente para ingresar al servicio. Lo mismo sucede en el SERUMS, pues el sistema no les permite quedarse más de un año. Se generan compromisos afectivos, sociales, laborales que plantearían condiciones para que los trabajadores se puedan quedar, pero no hemos generado el soporte normativo y procedimental para que sea así.

El tercer tema es que el espacio laboral es un espacio de desarrollo profesional y laboral. Muchas veces se escoge una plaza viendo cómo le sirve para poder desarrollarse posteriormente, no solo se mira el aspecto retributivo. En el SERUMS, los primeros puestos de las universidades se pelean por irse a los lugares más difíciles porque hay un incentivo para progresar en su vida profesional, manteniendo la misma retribución económica.

Por lo tanto, un desafío es poder incorporar las expectativas de desarrollo laboral además de incorporar temas de mérito.

Dr. Guillermo Miranda (Comisión Alto Nivel MINSA):

Es complejo siempre acercarse a un tema de carrera. El abordaje puede ser muy diverso. Hay muchas entradas. Todas son necesarias porque la propuesta de regulación o de organización del empleo público debe estar necesariamente integrada y con más de una visión. Una desde abajo, viendo las líneas de organización, entre otros.

Se hablaba de que debe haber una visión técnica de qué reglas son las que se deben de cambiar y detrás de estas reglas la noción que se tenga de carrera, qué tipo de carrera se requiere. Esa decisión es trascendental. Se debe tener claro qué tipo de organización se quiere. Se debe profundizar que se está yendo hacia dos tipos de carrera distintas, y no es que una sea superior a otra. ¿Se va a un esquema de tipo privado o a un esquema de carrera distinta?

La apuesta debe ser por un modelo de carrera nuevo, que implica como elementos esenciales, para distinguir o establecer un tipo de limitación con la carrera burocrática, que el ingreso debe ser por concurso público, garantizando la igualdad de acceso a todos los funcionarios. Tiene que haber una estructura jerárquica que converse con los niveles de la prestación, porque una estructura determinada permite el ascenso y este a su vez permite o alienta el profesionalismo y la competencia. Las diferencias están en el tema de estabilidad, protección, los traslados e inamovilidad de cargo. Si queremos promover una carrera regional, se podría trasladar en el ámbito solo a nivel de la región.

Si hay un modelo de mecanismos contractuales, se compite en el mercado de trabajo. En ese tipo de competencia el Estado peruano pierde, porque la remuneración es menor a la que puede



---

pagar el sector privado, o lo que se puede lograr a nivel internacional. Lo que se debe hacer es ofrecer un proyecto de vida hasta la jubilación con un componente cualitativo de formación, protección, entre otros.

La transición es un elemento central, pero para eso se tiene que tener en cuenta cuál es el modelo, para poder estimar la envergadura del cambio. Es clave porque entran en juego muchas variables: el impacto en la gente, el tema presupuestal, etc. Por ejemplo, en términos de la carrera magisterial, el Estado pone lo que puede, y existen dos ámbitos, los antiguos y los que ingresan a la nueva Carrera Pública Magisterial. Pensamos que en el caso de Salud la progresión debe estar desde adentro, donde todos tengan el mismo estatus y no como en la carrera magisterial.

#### Segunda ronda de aportes de los participantes

Sr. Norbert Dreesch (OPS):

De un lado he escuchado muchos argumentos que van por poner orden y que la gente tenga claro qué esperar a lo largo de su carrera. Se han planteado propuestas para ver temas como los desplazamientos, incentivos en puntualización para avanzar en la carrera y esto tiene aspectos positivos.

Debe responder a las necesidades funcionales o se va a incluir en la definición de carrera una respuesta a todos los problemas que se tienen actualmente que están sometidos a la política del día, al ambiente global (sector médico y de salud) o se van a definir bien las calificaciones de la carrera y después tener un abordaje sobre los que son los incentivos para trabajar sobre los problemas que se tienen.

¿A qué responde el plan sobre la carrera de sanitaria y a qué responde un plan de incentivos a los problemas actuales? Son problemáticas muy diferentes y por tanto hay que diferenciar sobre los distintos temas.

Sra. Gisella Santivañez (SERVIR):

La atención médica por parte del Estado es un servicio público. El eje o la justificación de una nueva regulación debe responder a la noción de atención al ciudadano y ese debe ser enfoque que debe tener la regulación que se propone hoy. ¿Porqué una carrera sanitaria? , el servicio de salud es altamente especializado, que organizacionalmente tiene una regulación distinta a una carrera en un ministerio y eso justifica una regulación especial. Es un servicio distinto y por tanto justifica la existencia de una carrera especial con reglas distintas, siempre al servicio del ciudadano. Toda propuesta debe responder a eso, la atención al ciudadano es el eje de la reforma, esto debe involucrar a una función directiva que responsa a ese fin.

¿Cuál es la estrategia de implementación a lo que se quiere proponer ahora? ¿Cómo se van a aplicar, cuantos recursos se tiene en materia económica y política para responder a problemas que existen en la realidad y que van a seguir existiendo?

No olvidar que la carrera, más allá que tenga una orientación a la estabilidad, debe ser entendida como un sistema ordenado de reglas que garantice una debida atención al ciudadano. También ver las expectativas de desarrollo de los trabajadores de la salud (a través de la progresión).

Dra. Luisa Hidalgo (USAID/Perú/Políticas en Salud):

Uno de los objetivos de todo sistema de salud es satisfacer las necesidades de salud de los usuarios, y uno de los factores por los que no logramos satisfacer estas necesidades es porque “no se tienen a las personas adecuadas en el lugar adecuado, haciendo lo que deben hacer”. Esta situación ocurre porque no hay mecanismos para incentivar y mantener a las personas más adecuadas. Para ello es importante analizar la carrera sanitaria desde sus objetivos de satisfacer las necesidades de la población, sin descuidar las necesidades de los trabajadores.

Es tan compleja la problemática del recurso humano que no es posible resolver todos los problemas a la vez. Es necesario identificar un problema y ver cómo a través de una ley de carrera sanitaria podemos por lo menos solucionar ese problema. Uno de los problemas de gran preocupación es el primer nivel de atención, es decir cómo se incorpora y se retiene a las personas más adecuadas en dicho nivel y qué mecanismos emplear para resolver este problema. En el primer nivel de atención no solo hay médicos generales, también hay especialistas como el médico de familia. Hay que tener mucho cuidado cuando se trata de equiparar la progresión en la carrera con los niveles de atención y las especialidades. Algunas especialidades pueden existir solamente en el tercer nivel, por tanto no se le podría exigir al especialista que ingrese a la carrera solamente por el primer nivel.

En el campo de los recursos humanos, no se puede hablar de carrera sanitaria al margen de la formación, ya que es desde donde salen los recursos humanos que ingresan al sistema de salud; lo deseable es que el egresado tenga las capacidades que el sistema necesita.

Otro tema es el de la certificación profesional. ¿Cómo alimenta la certificación al proceso de carrera sanitaria? ¿Cómo se incorpora la certificación como requisito de ingreso en la carrera? Por otro lado, el ingreso a la carrera no solo debe basarse en la demostración de una determinada competencia, sino debe considerar además la experiencia, los años de servicio, la certificación, etc. La competencia no debe demostrarse por gradualidades, un trabajador es competente o aún no es competente.

Otro tema que debe definirse si ingresa a la discusión de la carrera sanitaria es la carrera directiva. Hay una obligación desde el Ministerio de Salud de definir las competencias gerenciales que se requieren para poder regularlo.

Dr. Oscar Bueno (USAID/Perú/ Políticas de Salud):

Revisando la experiencia de la Carrera Magisterial, esta mismo se proyectó en un proceso de por lo menos de 10 años, planteando su foco de atención y mayor relevancia en el sistema de evaluación. Al respecto, considero relevante rescatar cuán importante podría ser el aporte del desarrollo de los sistemas de evaluación para armar el modelo que se quisiera establecer.



Otro eje fundamental es centrarse en el usuario, para garantizar su derecho a la salud, a través del Aseguramiento Universal y la Reforma del Primer Nivel de Atención. Conforme a ello, si se tuviera que definir un enfoque central, éste debería ser: enfocarse en el primer nivel, en el marco del Aseguramiento Universal. De esta manera, el desarrollo de las competencias organizacionales y laborales entorno al PEAS debieran ser priorizadas, generándose los incentivos necesarios.

El tercer eje a considerar es el proceso de descentralización que plantea un escenario nuevo y concreto. En el Perú existen tres niveles de gobierno y, considerando que cada nivel es autónomo, hay necesidad de compatibilizarlo con mantener un sistema nacional unitario. Este es un input permanente que debe incorporarse en los diseños y propuestas

Dra. Betsy Moscoso (Observatorio de Recursos Humanos MINSA/OPS):

La carrera sanitaria debe tener algunos ejes y privilegiar la atención al usuario. ¿Cómo la garantizamos? Eso tiene que ver con las causas que motivan la introducción de la carrera sanitaria. Se va a resolver el problema de la atención del usuario y el problema del déficit con la carrera sanitaria. ¿Qué otra cosa se requiere para que funcione? El tema de ordenamiento de los niveles de atención. Se sigue con el viejo modelo que solo ha llevado al desorden. La entrada se privilegia para entrar por otros niveles que no sea el primero. Hay que pensar en los prerrequisitos para que esto funcione y no sea inútil.

Dra. Midori de Habich (USAID/Perú/Políticas en Salud):

Reiterar el tratar de evitar el equiparar niveles de carrera con niveles de atención. Eso es lo que se quiere evitar en términos de incentivos.

Dr. Juan Arroyo (UPCH):

La carrera es para ordenar la progresión del personal, y su estructuración no tiene por qué expresar los requerimientos al detalle del modelo de atención. Una confusión al respecto podría llevar a hacer un escalafón rígido en cuanto a un enfoque sanitario determinado, con un exceso de requerimientos que podrían exceder los límites de la adecuación del personal a los objetivos sanitarios.

La única forma de afrontar la brecha entre el escalafón deseable y la situación base es estudiar ahora la planilla de la que se parte. Hay que diagnosticar qué tanto desorden hay y que caminos existen para su ordenamiento. Evidentemente hay una reforma más grande junto a la reforma en los recursos humanos, y sólo será efectiva la estructuración de una carrera pública si se llevan en paralelo y conectadas otras iniciativas en el campo de la gestión de los servicios, su financiamiento, la promoción del desarrollo de capacidades y la evaluación del desempeño.

Dr. Guillermo Miranda (Grupo de Trabajo Sectorial MINSA):

La regla de buscar un desarrollo de capacidades en las regiones es la que lleva a que se plantee que el desplazamiento es regional. La idea es poner un acento y establecer las excepciones.

Lo mismo pasa con los especialistas. Hay que ver qué es lo que se quiere resolver. Lo que se quiere es que el primer nivel de atención sea un nivel que en cuanto a suficiencia esté garantizado. La carrera es una herramienta, no va a resolver todos los problemas. Es un instrumento que tiene sus límites y se suma a otros para darle al Estado instituciones que le permitan garantizar la gobernabilidad. Si lo que se quiere es privilegiar ese nivel y que existan incentivos para que la gente prefiera ese nivel. Lo que se busca es crear un conjunto de incentivos para lograr el objeto que es fortalecer el primer nivel de atención.

También hay que desarrollar un conjunto de mecanismos contractuales que permitan otras formas de ingreso y no solo por carrera.

Dra. Pierina Pollarolo:

Un tema a reflexionar es sobre la metodología de trabajo que se va a seguir más adelante. No creo que los puntos de vista de representantes de usuarios sean representativos, por lo que se debe considerar que sus puntos de vista no deben ser determinantes para la definición de la política.

Dr. Guillermo Miranda (Grupo de Trabajo Sectorial MINSA):

Las mesas de diálogo están activas desde hace mes y medio. Lo que se quiere es establecer rondas de discusión planteando temas de reforma para ver sus posiciones genéricas. Eso para establecer qué posiciones hay y hasta qué límite se podría llegar. La idea es ir acotando las materias para ir avanzando en propuestas más técnicas.

Esta comisión no va a producir un proyecto normativo sino ciertos acuerdos marco. Se busca que sea un insumo a otras fuentes que puedan converger para el debate, ir depurando una propuesta más fina.

Sr. Alex Salas (Abogado, Experto en RRHH):

Hay que tener claro lo que se cubre o no se cubre con la carrera sanitaria antes de ponerlo a discusión con los gremios. Tener claro que no se va a resolver, qué cosas si va a resolver y qué cosas va a afectar el sistema de carrera. El tema es prever los límites, qué riesgos en el sistema de salud se deben asumir.

Cuando se diseña un sistema de línea de carrera uno puede tener claro el panorama pero si no tiene la forma de alimentarlo se cae técnicamente. La factibilidad depende de recursos, metodología, tecnología y de las personas. No es que se puede decidir que se va a hacer de esta forma y luego ver como se soluciona. La línea de carrera debe estar legitimada mediante el marco normativo correspondiente pero también debe ser viable.

Dr. Manuel Nuñez (DGGDRH):

Si el 80% de las patologías está en el primer nivel de atención, la propuesta debe tener un enfoque hacia este nivel. El elemento orientador es el sistema de organización. Para hacer viable

ese modelo el sistema actual tiene muchas trabas que tendrán que ser cambiadas por gestión, marcos normativos, disponibilidad de recursos.

Se deben generar mecanismos de flexibilización particularmente para el primer nivel de atención. También el tema de atención mural y extramural. El tema de responsabilidad territorial (el desempeño debe ser en función a la articulación de equipo y no solo a nivel individual). Uno crece en la medida que se desarrolla de manera personal y profesional, lo que no tiene que ver con el nivel de atención necesariamente.

En el primer nivel de atención un problema crítico es la capacidad de resolución. Tampoco se va a poder hacer con especialistas. La propuesta que se construye a partir del modelo es el médico de familia. La carrera sanitaria debe reconocer que en el primer nivel de atención el modelo de reforzamiento pasa, no exclusivamente, en avanzar en la especialidad de la medicina familiar.

El modelo actual no conversa con esta lógica y en el último año no se puso a concurso ninguna plaza de médico de familia, aún cuando ya existe un grupo de profesionales que están formados en dicha especialidad. Debemos pensar en incentivos adicionales.

### **Conclusiones de la Reunión Técnica:**

#### **Síntesis a cargo de Pedro Mendoza Arana, DGGDRH**

1. Sí se justifica una carrera sanitaria, básicamente por la naturaleza de la función, que implica servicios distintivos, con una responsabilidad vinculada a la salud y la vida, y que requieren condiciones de trabajo especiales y alta especialización.
2. El tema no es sólo por qué sino para qué. La noción básica que se ha subrayado es la atención del ciudadano como eje central del servicio público, más allá de los otros dos ejes (Calidad y Continuidad).
3. ¿Dónde enfocarse? El elemento referencial es el primer nivel de atención (PNA). No en el actual PNA sino en un nuevo PNA que está en transformación, por ejemplo por todo el marco del aseguramiento universal, y que va a seguir variando. ¿Cuál es la dotación de personal que requiere el nuevo PNA? ¿qué especialidades?
4. Tenemos también que tener claras las condiciones para que atención funcione: Carrera Sanitaria no puede resolver todo. Por el contrario se debe ir pensando en una reforma más amplia en la medida que se requiere que otros ámbitos también se trabajen, como los sistemas de gestión, de evaluación, logística y equipamiento, etc.
5. Una idea importante es la inclusión de los procesos formativos como parte de la Carrera Sanitaria, es decir, entender la carrera sanitaria como una propuesta de desarrollo profesional. La progresividad es un elemento fundamental, que incluye elementos formativos para que el Estado le ofrezca al profesional joven una expectativa de proyecto de vida que se puede desarrollar desde el sector público.
6. Una Gestión por Competencias permitiría redondear la carrera sanitaria. Sin embargo, requiere cautela. Analizar las distintas opciones para ver cuál es la mejor forma de medir las competencias y no generar efectos perversos o tornar al propio sistema ingobernable.

7. Se ha hecho notar la importancia de examinar lo que podría ser la Carrera Directiva Profesional, es decir, profesionales de la salud que desempeñan puestos de dirección que requieren formación asistencial especializada.
8. Examinar todas las propuestas a la luz de una realidad descentralizada, en la cual se requiere un fortalecimiento de la rectoría tanto nacional como regional, y con una presencia creciente de regulación a otros actores.
9. Ha quedado claro que los niveles de la carrera no deben ser asimilados a los niveles de atención.
10. Requerimos definir una metodología a seguir a futuro para incorporar de la mejor forma a los usuarios y a los gremios.
11. Debemos tratar de anticipar las externalidades negativas a la hora de diseñar las soluciones o propuestas a los distintos temas.

## **6.- AVANCES Y TENDENCIAS EN EL DESARROLLO DE LAS CARRERAS SANITARIAS EN LA REGIÓN DE LAS AMERICAS (15 DE OCTUBRE DEL 2010).**

### **INTRODUCCIÓN**

La década de los años noventa será registrada en la historia como una etapa crítica, ligada a los procesos de reestructuración productiva, como reacción al agotamiento de los modelos económicos que prevalecieron en el mundo durante un largo período.

En los países de las Américas, en el sector salud en particular, estos cambios políticos y económicos y sus manifestaciones en fenómenos de flexibilización laboral han dado lugar a una reducción de los empleos fijos y en su reemplazo han estimulado una proliferación de empleos temporales, con esquemas de contratación por periodos restringidos, bajo diversas formas de intermediación en las relaciones laborales.

Los cambios en la concepción política y en los modelos de desarrollo social y económico surgidos de la crisis de los años setenta, que trajeron profundas modificaciones en el rol del Estado y de sus organismos dependientes, dieron origen a acciones específicas para “reducir el tamaño de los organismos del Estado” e impulsar su “modernización” en la búsqueda de un funcionamiento eficiente y de racionalidad en el gasto público.

Estos movimientos trajeron consigo corrientes de reestructuración de los organismos estatales y de privatización de las entidades públicas, incluidos los servicios de educación y de salud. Estos, a su vez, generaron la necesidad de reformas laborales que permitieran y apoyaran el desarrollo de los nuevos modelos económicos, mediante la desregulación y la flexibilización de las normas del trabajo, para adaptar las situaciones laborales a un contexto de mercado, caracterizado por la competitividad y las tendencias hacia la globalización de las economías.

El cambio de rol del Estado y de sus organismos dependientes, que dejaron su función protagónica principal en la organización y en la prestación de los servicios de salud, primera manifestación de las reformas de salud, vino aparejado con la aparición de nuevas entidades, en su mayoría



---

de naturaleza privada, que comenzaron a cumplir esa función utilizando, en general, formas de vinculación del personal que modificaron sus condiciones laborales previas.

Como resultado de las reformas del sector salud, y por supuesto de los factores que las originaron, se ha generalizado una marcada tendencia de desregulación y flexibilización laboral, que se expresa además en una búsqueda persistente de la disminución del costo de la fuerza laboral y en la introducción de modificaciones sustantivas en las formas de contratación del personal. Todo esto conduce finalmente a inestabilidad laboral, baja motivación, pauperización del salario, multiempleo como mecanismo de compensación de ingresos y a la consecuente reducción o pérdida de otros beneficios logrados en el pasado por los trabajadores.

Esta situación dio origen en varios países a iniciativas de creación, o en otros casos de renovación y fortalecimiento de movimientos institucionales que conduzcan a la formalización de la denominada Carrera Sanitaria que busca rescatar espacios y restituir estatus y reconocimientos que permitan a los trabajadores del sector salud cumplir éticamente sus responsabilidades profesionales, en circunstancias dignas y con la protección social que corresponde a su condición de servidores públicos.

La Organización Panamericana de la Salud-OPS/OMS, consistente con esta tendencia, ha fortalecido las actividades respectivas de cooperación técnica y, en conjunto con los países comprometidos a partir de un diagnóstico inicial de los avances en este campo.<sup>10</sup> Ha incrementado la cooperación técnica sobre estos temas y considera necesario analizar los avances realizado en los últimos cinco años.

Esto se ha expresado en el llamado a la Acción de Toronto y más recientemente esta expresado en las METAS REGIONALES EN MATERIA DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD 2007-2015 aprobadas en la 27.a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA, 59a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL 1-5 de octubre del 2007. Una de cuyas metas es la Creación de condiciones de trabajo dignas, saludables y estimulantes y que tiene como indicadores: la reducción a la mitad del empleo precario y que el 80% países cuenten con políticas de salud y seguridad de los trabajadores de salud

Por Carrera Sanitaria se entiende al conjunto de normas y disposiciones que regulan el empleo público en salud, define la relación laboral de los trabajadores con las instituciones que conforman el componente público de los sistemas de servicios de salud y toma en consideración el indispensable reconocimiento de los derechos de la población en los procesos y actividades de atención de la salud.

Así, la Carrera Sanitaria, que genera y formaliza compromisos de mediano y largo plazo entre el Estado y los trabajadores, expresa los acuerdos de un contrato social, que hace explícitos los derechos de las instituciones de salud, los de sus trabajadores y los de los usuarios de los servicios. Estos acuerdos constituyen mecanismos esenciales para construir relaciones equitativas y estables entre el trabajador, los usuarios y la organización de los servicios de salud.

Los orígenes de la Carrera Sanitaria se encuentran en el reconocimiento de las características de singularidad y especificidad de las funciones que deben cumplir las instituciones del sector salud

10 OPS/OMS, Área de Fortalecimiento de los sistemas de Salud; Unidad de Recursos Humanos; Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud , 2005-2015

y por consiguiente las condiciones que deben satisfacer los trabajadores a ellas vinculados en una relación laboral.

Desde esa perspectiva la carrera sanitaria es una expresión equivalente de la carrera administrativa, que ha existido o existió en el componente público de los servicios de salud, pero que se perdió, o al menos se ha diluido o ensombrecido, por los cambios en los servicios de salud generados por los procesos de reforma sectorial, colocando a los trabajadores de estos servicios en condiciones laborales precarias, que lesionan sus legítimos derechos.

El marco general de la carrera sanitaria está determinado por la organización del servicio civil y los acuerdos que sustentan el estatuto del trabajador público en los diferentes contextos nacionales. Otros referentes importantes, como se ha señalado anteriormente, son la política general de salarios e incentivos para el sector público, y “cambios en los roles y en las relaciones entre los actores sociales que están involucrados en la problemática de recursos humanos en salud”<sup>11</sup>. En igual sentido se han destacado la política de salud, las características del sistema de servicios de salud, en particular su composición público-privado y el balance de estos componentes, así como los modelos de prestación de servicios de salud, que el respectivo país ha definido.

Con estas características, la Carrera Sanitaria no debe ser entendida como un fin en si misma, sino como una herramienta de política y de gestión, que permite establecer reglas de juego claras y horizontes despejados para las expectativas y las relaciones laborales y por ende para un clima organizacional en el cual se evidencia una baja ocurrencia o la ausencia de conflictos laborales.

El desarrollo de este Foro pretende analizar los logros, desafíos y nuevos requerimientos de cooperación técnica en la Región de las Américas en alineamiento con el desarrollo de los planes para una década de recursos humanos.

### OBJETIVOS

1. Analizar los avances y retos en el desarrollo de las carreras sanitarias en la Región de las Américas.
2. Identificar los principales desafíos que enfrentan los países de la Región de las Américas susceptibles de ser abordados desde una perspectiva regional de cooperación técnica.
3. Organizar una agenda de trabajo conjunta en el ámbito regional que incluya la abogacía por el desarrollo de las carreras sanitarias como mecanismo de des-precarización del trabajo en salud.
4. Colaborar con el desarrollo del proceso de carrera sanitaria en el Perú mediante la asesoría activa de los participantes expertos en el taller.

11. Reunión de Expertos Nacionales, Managua, Nicaragua, Mayo 29-31 de 2006.



---

## PROGRAMA

### Viernes 15 de octubre

- 8.00 a.m. Presentación del evento.  
Dr. Manuel Nuñez Vergara, Director General, Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, MINSA.
- 9:00 a.m. Antecedentes de la Carrera Sanitaria en Perú.  
Eco. Ciro Eche garay Peña, Director de Gestión del Trabajo, Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, MINSA.
- 10:30 a.m. Aportes del Grupo de Trabajo para la Carrera Pública Sanitaria - MINSA.  
Dr. Guillermo Miranda Hurtado, Presidente del Grupo de Trabajo Sectorial RM 486-2010/MINSA.
- 11:30 a.m. Ronda de comentarios por parte de los expertos participantes.
- 2 p.m. Sesión de diálogo: Temas a profundizar en el desarrollo de la propuesta de Carrera Sanitaria en el Perú.
- 3:30 p.m. Síntesis de lo avanzado.  
Dr. Pedro Mendoza Arana, Asesor, Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, MINSA.
- 4.00 p.m. Cierre del Taller  
Dr. Pedro Brito,  
Dr. Carlos Rosales, Asesor Regional Gestión de HR/HSS/OPS  
Dr. Norbert Dreesch, Asesor Subregional de HR/HSS/OPS  
Dr. Manuel Nuñez

LISTA DE PARTICIPANTES (Proporcionada por la OPS Perú)

País	Nombre	Título	e mail
ARG	Maria Isabel Duré	Directora Nacional de Capital Humano y Salud Organizacional - Argentina	mdure@msal.gov.ar isabeldure@gmail.com
CHI	Francisco Aguirre Olmedo	Jefe División de Gestión y Desarrollo de las Personas – Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud	faguirre@minsal.cl
COR	Carlos Rosales	Asesor Regional Gestión de HR/HSS/OPS	rosalesk@paho.org
DOR	Nery Sánchez	Director de Recursos Humanos del Ministerio de Función Pública de la Republica Dominicana	N.J.S.@hotmail.com
DOR	Gregorio Montero Montero	Vice-Ministro del Ministerio de Función Pública (MAP)	gregoriamontero@mapgob.do
ELS	Aminta Cáceres Molina	Colaboradora Técnica del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	amintacac@esmolina@yahoo.com
ELS	Mónica Padilla	Consultora Subregional de HR/HSS/OPS	padillamo@els.ops-oms.org
GUT	Edgar Chávez Barillas	Vocal I del Colegio de Médicos y Cirujanos	kikechb@gmail.com echavez@url.gt
NIC	Manuel de Jesús Pérez Fonseca	Director de la División de Normación y Gestión de Recursos Humanos	dngrh@minsa.gob.ni
PAR	José Marín Massolo*	Director Nacional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - DNERHS	jmarinmass@gmail.com
PAR	Inés Martínez Alvarenga	Coordinadora de Salud y Trabajo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social – DNERHS – Paraguay	ines.dnerhs@gmail.com
PAR	Antonio Sánchez*	Punto Focal, HR/PAR	sanchezan@par.ops-oms.org
URU	Gabriela Pradere	Directora División de Desarrollo los Recursos Humanos en Salud	gpradere@msp.gub.uy
URU	Rodolfo Levín	Director de Recursos Humanos de ASSE	rodolfo.levin@asse.com.uy rodo.levin@gmail.com
WDC	Hernán Rodrigo Sepúlveda Uribe	Consultor, STP-HR/HSS	sepulveh@paho.org
PER	Norbert Dreesch	Asesor Subregional de HR/HSS/OPS	dreeschn@per.ops-oms.org
PER	Giovanni Escalante	PWR-Perú	gescalan@per.ops-oms.org

<b>País</b>	<b>Nombre</b>	<b>Título</b>	<b>email</b>
PER	Manuel Núñez	Director de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSa	mnunez@minsa.gob.pe
PER	Pedro Díaz Urteaga	Asesor de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos	pdiaz@minsa.gob.pe
PER	Juan Arroyo	Consultor, OPS, Perú	juanarroyo@terra.com.pe
PER	Lindaura Liendo	Coord. del Area de Capacitación de la Dirección Ejecutiva de desarrollo de Capacidades del Ministerio de Salud	lindauraliendo@hotmail.com lliendo@minsa.gob.pe
PER	Guillermo Miranda	Asesor de Gabinete Ministerial	guillemihu@gmail.com
PER	Jeanette Trujillo	Directora de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud	jtrujillo@minsa.gob.pe
PER	Ciro Echegaray	Director Ejecutivo de Gestión de Trabajo del Ministerio de Salud	cechegarayp@minsa.gob.pe
PER	Lizardo Huamán	Director Ejecutivo Dirección Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos	lhuamaneelf@hotmail.com
PER	Pedro Mendoza	Director de Programa Sectorial II del Ministerio de Salud	pmendoza@minsa.gob.pe; pmendozaa@unmsm.edu.pe
PER	Ena Llamosas Félix	Director Programa Sectorial – Gestión del Trabajo – MINSa	ellamosas@minsa.gob.pe
PER	Yesenia Navarrete	Equipo Técnico Carrera Sanitaria del Ministerio de Salud	ynavarrete@minsa.gob.pe
PER	Aurelia Alegría	Equipo Técnico del Ministerio de Salud	aalegriat@minsa.gob.pe
PER	Guisella Santivañez	Especialista de la Gerencia de Políticas en gestión de Recursos Humanos – Autoridad Nacional del Servicio Civil	auraalegria@gmail.com
PER	Oscar Bueno	Consultor Proyecto USAID- Políticas en Salud	gsantivaner@servir.gob.pe
PER	Hipólito Espejo	Asesor de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos	obueno@polsalud.org
PER	Gertrudes Escajadillo	Coordinador de Competencias Laborales del Sector Salud, DGGDRH - MINSa	hespejo@minsa.gob.pe

## CARRERA SANITARIA EN EL PERÚ

País	Nombre	Título	e mail
PER	Martha Aguirre	Equipo Técnico – Carrera Sanitaria del Ministerio de Salud	maguirre@minsa.gob.pe
PER	Martha Ravello	Equipo de Gestión de Trabajo del Ministerio de Salud	mravello@minsa.gob.pe
PER	Neptalí Santillán	Asesor del Gobierno Regional de San Martín	sneptali@hotmail.com
PER	Mirian Solís	Coordinadora del Área de Formación en Salud de la DGGDRH - Ministerio de Salud	msolis@minsa.gob.pe
PER	Gladys Suárez	Equipo Técnico de la Dirección General de Gestión de los Recursos Humanos	gsuarez@minsa.gob.pe suarezvar@gmail.com
PER	Betsy Moscoso	Coordinadora del Observatorio de Recursos Humanos (RHUS)	bmoscoso@minsa.gob.pe
PER	Irma Carrasco	Equipo Técnico de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de RRHH	icarrasco@minsa.gob.pe
PER	María Cuzco	Médico de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud	mcuzco@minsa.gob.pe
PER	Alcedo Jorges	Consultor temporal OPS	Ajorges_2@yahoo.es
PER	Juan Escudero	Representante Titular ante el Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME)	juanescleroc@yahoo.com
PER	Luisa Hidalgo	Especialista en Recursos Humanos . Proyecto USAID/ Políticas en Salud	lhidalgo@polsalud.org
PER	Cinthy Arguedas	Consultor de USAID	carguedas@governa.org

### CONCLUSIONES DE LA RONDA DE OPINIONES

1. La mejor Carrera es la que tiene el mayor consenso y está alineada con las políticas de salud (Isabel Duré / Manuel Nuñez)
2. Los límites de la CARRERA SANITARIA: DEBEMOS diferenciar el Modelo de Gestión, de la Carrera Sanitaria, y también, la Gestión de la Carrera Sanitaria de la Gestión de los Recursos Humanos.
3. La CS es un instrumento de la Política de Salud, no al revés.
4. Hay temas, como la fragmentación del Sistema de Salud, que no son problemas a enfrentar con la CARRERA SANITARIA sino el escenario en el cual esta se desarrolla.

- 
- 
5. Cuestión previa: A partir del diagnóstico, se podría pensar primero en cómo se racionaliza la normatividad existente, independientemente de la generación de la nueva normatividad.
  6. Flexibilidad: Pensar en una propuesta de CARRERA SANITARIA que se concibe como bases o lineamientos, con un margen de flexibilidad, y que sean adaptables / actualizables.
  7. Para los principios: Carrera Sanitaria debe ser un instrumento de construcción de ciudadanía, con un enfoque de derechos.
  8. El tema del Primer Nivel de Atención (PNA): Es correcto que se quiera fortalecer el PNA, pero quizá la obligatoriedad se entrada por el PNA sea contraproducente pues genera la imagen de castigo. Se podría pensar mejor en sistemas de incentivos monetarios y no monetarios (ejm. Acceso preferencial a procesos de especialización) que lo hagan atractivo.

También se podría pensar en opciones de rotación o redistribución a diferentes zonas geográficas pero en el propio PNA, que permita aprovechar expertise y desarrollar competencias y especialización.

9. Retención en zonas desprotegidas: El problema de la retención/migración no es solamente entre regiones (del interior a la capital), sino también intraregional (de las provincias a la capital de la región).
10. De las competencias: Muy bien que se plantee en enfoque de competencias para la evaluación. Sería importante complementar ello velando por las competencias de ingreso a la carrera.
11. Sobre la estabilidad: el foro recomienda repensar el tema de la estabilidad; este es un valor muypreciado para el personal y que le da real sentido a una propuesta de carrera plantear la estabilidad relativa podría ser interpretado como la anulación del nucleo de la propuesta por otro lado, si se plantea la estabilidad relativa como opción para el reperfilamiento de la plantilla, hay otras formas de dar margen para ello (ejm. Educación Permanente en Salud)
12. Sobre la dotación: El foco debe ser la microred, no el establecimiento además, La dotación de personal debe ser pensada por equipos.
13. Puntos de cautela:
  - A. Tener cuidado con la Tercerización.
  - B. Inamovilidad del personal: Lo importante no es tanto que el personal no se moviice, sino que el servicio de mantenga, con una competencia uniforme.
14. Se recomienda como un instrumento de desarrollo de la propuesta, el Campus Virtual.
15. Una reflexión final:

Gesundheit ist nicht alle aber ohne gesundheit ist alle nichts (La salud no lo es todo, pero sin salud, todo es nada). A. Schopenhauer (aporte de Norbert Dreesch),

## 7.- INFORME DE PARTICIPACIÓN “PASANTIA DE PROFESIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD DEL PERU AL MINISTERIO DE SALUD DE LA REPUBLICA DE CHILE”

### APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS PARTICIPANTES

Miranda Hurtado, Guillermo Julio	Asesor II del Despacho Ministerial
Echegaray Peña, Ciro Ginard	Director de Programa Sectorial II
Llamosas Felix, Ena Elizabeth	Director de Programa Sectorial II
Mendoza Arana, Pedro Jesús	Director de Programa Sectorial II
Cuzco Ruiz, Maria Zoraida	Especialista en Gestión en Salud II
Navarrete Hilario, Yesenia Magali	Especialista en Gestión en Salud II
Carrasco Meza, Irma	Especialista en Desarrollo de Recursos Humanos II
Escudero Casquino, Juan Fortunato	Equipo Técnico DIRESA LA LIBERTAD

FUNCIÓN	: Carrera Sanitaria en el Perú.
SEDE	: Santiago
PAIS	: Chile
DURACION	: del 22 al 25 de noviembre de 2010
FINANCIAMIENTO	: OPS

### 7.1.- ANTECEDENTES

- 1) Del 22 al 25 de octubre del presente año en la ciudad de Santiago, República de Chile, se desarrollo la pasantía de profesionales del Ministerio de Salud del Perú. Esta actividad tuvo como objetivo facilitar el conocimiento de experiencias de gestión del trabajo en salud en Chile, que permitan orientar la implementación de un Plan de Carrera Sanitaria y normas de Gestión del Trabajo en salud en el Perú. Este evento fue organizado por la Organización Panamericana de la Salud.
- 2) La participación de este evento buscaba fortalecer a la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos a efectos de formular una propuesta de nueva carrera funcionaria, como herramienta de política y de gestión, que establezca reglas de juego claras para el trabajador de salud, las relaciones laborales y por ende para un clima organizacional en el cual se evidencie una baja ocurrencia de conflictos laborales
- 3) Que, con documento PER/HSD/010/85/02/1819-2010, la Organización Panamericana de la Salud informa sobre el evento en mención, e invita al personal de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.
- 4) Que con Resolución Ministerial N°928-2010/MINSA se autoriza el viaje de los profesionales para participar en el referido evento.

## 7.2.- ANALISIS

- 1) El objetivo de este evento fue conocer la experiencia de gestión del trabajo en salud de Chile, a efectos de contar con un referente que permita orientar la propuesta de Carrera Sanitaria y normas de Gestión de Trabajo en salud en el país.
- 2) En el referido evento se difundieron practicas de la gestión del trabajo en los siguientes ejes temáticos:
  - a) Marco contextual y normativo y administrativos de la carrera sanitaria en Chile.
  - b) El Servicio Civil de Chile y su experiencia en la implementación de la carrera sanitaria de Chile.
  - c) La Escuela de Salud Pública de Chile y su relación con la formación de los recursos humanos en Chile.
  - d) Los gremios y la carrera sanitaria en Chile.
  - e) Los servicios de salud y la carrera sanitaria.
- 3) Este evento contó con la participación de los funcionarios de la Dirección General de Gestión y Desarrollo de las Personas del MINSAL-Chile, Dirección del Servicio Civil, Servicio de Salud Metropolitano Sur quienes expusieron sus experiencias así como los facilitadores: Mauricio Feliu Ramírez y Manuel Guerra, que acompañaron durante toda la pasantía.
- 4). A continuación presentamos los aspectos más relevantes de las prácticas innovadoras y lecciones aprendidas de las instituciones y organizaciones más importantes desarrolladas en el evento de acuerdo a la programación:

### PRIMER DIA:

#### **MINSAL-Marco Contextual, normativo y administrativo de la Carrera Sanitaria en Chile.**

##### **Presentaciones a cargo de:**

**Marianela Soto, Departamento de Formación y Capacitación.**

**Maria Eliana Gutierrez, Departamento de Gestión de Recursos Humanos**

**Claudia Godoy, Departamento de Gestión de Recursos Humanos**

Chile tuvo un proceso de reforma en salud cuyos objetivos fueron el aumentar la cobertura de la protección social, fortalecer el rol regulador de la autoridad sanitaria, remodelar y gestionar la red asistencial para dar cuenta de los cambios demográficos, epidemiológicos y mayor preponderancia de las enfermedades crónicas, así como fortalecer la APS con mayor capacidad de recursos humanos, sistemas de referencia y contrarreferencia y adecuada infraestructura, para ello establecen 3 Leyes principales:

19.937 Ley de Autoridad Sanitaria  
19.996 Ley AUGE Régimen General de Garantías en Salud.  
Ley 19.882 Nuevo Trato y Alta Dirección Pública.

Así pues el sistema de salud de Chile que funciona bajo el sistema de redes que viene a ser el ordenamiento de los establecimientos de salud con diferentes niveles de complejidad, dentro de un territorio asignado con un modelo de atención integral con enfoque en salud familiar y comunitario que data desde los años 80's, así también la estructura sectorial del Ministerio de salud con 2 subsecretarías, una de salud pública que contiene a la SEREMI (A.S.R), la Superintendencia de Salud, el FONASA y el Instituto de Salud Pública y la otra Subsecretaría de redes asistenciales que lo conforman los servicios de salud, los establecimientos autogestionados, los servicios experimentales y CENABAST.

El personal de salud está cerca de los 130.000 funcionarios, de los cuales el 65% se encuentran en los servicios de salud y un 31% en los establecimientos de Atención Primaria Municipal. El 66% del personal es femenino y se encuentra en la edad promedio de 40 años, independientemente del sexo. El 85% del personal es asistencial y 15% administrativo.

Existe un marco laboral de carácter general que establece principios sobre el ingreso y desarrollo de los funcionarios públicos:

- ✓ Ingreso por concurso público.
- ✓ Promoción por concurso y ascenso.
- ✓ Evaluación del desempeño.
- ✓ Capacitación como derecho y
- ✓ Sistema de Alta Dirección Pública.

Existen además leyes particulares que mediante estatutos y reglamentos, establecen una carrera funcionaria basado en la experiencia, desempeño y capacitación, con un sistema de incentivos en base a cumplimiento de metas y mejoras de condiciones laborales.

Así el Sistema Público de salud se rige por 2 sistemas de carrera:

Atención Primaria de Salud Municipal, con un estatuto común para todos los funcionarios que trabajan en el primer nivel de atención, cuentan con escalas remunerativas para 6 categorías, con niveles del 1 al 15 en cada uno de estas seis categorías, con rangos de remuneraciones, conformando un total de 90 montos salariales diferentes; además a esta remuneración básica se le suman una serie de asignaciones

Para el Sistema Nacional de Servicios de Salud, existe un estatuto para los médicos, odontólogos, químico farmacéuticos y bioquímicos, y uno diferente para otros profesionales de la salud, técnicos, administrativos y asistenciales, para este grupo de personal existen 2 etapas, la primera de destinación y formación y la segunda de planta superior.



---

Así también la escala salarial contempla la remuneración permanente y la variable.

El estamento Directivo lo constituyen los Altos Directivos Públicos, que lo conforman los Jefes superiores de servicios públicos y cargos de segundo nivel jerárquico, seleccionados a través del Sistema de Alta Dirección Pública.

En Chile existe también el Sistema Nacional de Servicio Civil (Equivalente a SERVIR en el Perú), creado en el 2003. El Servicio Civil no administra, pero sí norma los procedimientos a seguir para los concursos y demás, y su grupo objetivo es la administración central, no ve gobiernos locales. Además, conducen, a solicitud de las instancias interesadas, los concursos para provisión de cargos directivos, pero en los cuales el resultado es una terna que se somete a consideración del Jefe o Director solicitante, para que él elija de la terna a aquel que estime conveniente.

Los cargos de tercer nivel jerárquico, como los jefes de departamento en los hospitales son seleccionados entre los funcionarios públicos en desempeño por concurso.

Cabe anotar que, en el sistema chileno, los niveles directivos son considerados de la siguiente manera:

Primer Nivel    Director y Sub director de Servicio de Salud (Equivalente a DIRESA/GERESA)

Segundo Nivel    Director y subdirector de Hospital

Tercer Nivel    Jefe de Departamento de Hospital

Los cargos de Primer y Segundo Nivel Jerárquico pueden ser provistos ya sea por el Sistema de Alta Dirección Pública, o por Exclusiva Confianza, Los cargos de Tercer Nivel Jerárquico son parte de la carrera funcionaria.

En el año 2008, se fijaron las nuevas plantas de los Servicios de Salud, marcó hito en el sistema de carrera funcionaria para el sector de la salud pública en Chile, que significó un importante mejoramiento en las condiciones laborales y de carrera del personal, en conjunto con otras iniciativas, toda plasmadas en la ley 20.209, que consideró:

- ✓ Incremento de asignaciones por desempeño y creación de nuevas bonificaciones.
- ✓ Bonificación por retiro voluntario.
- ✓ Fijación de nuevas plantas de personal, creación de cargos y normas de encasillamiento.
- ✓ Otros beneficios.

Asimismo se presentaron los desafíos que actualmente tiene la carrera sanitaria en Chile como son:

- ✓ Optimizar sistemas de evaluación del desempeño y de información de RRHH.
- ✓ Lograr sistemas permanentes de estímulo al egreso del personal en edad de jubilar, como estrategia de mejoramiento de la movilidad del personal.
- ✓ Evaluar el impacto que los sistemas de carrera sanitaria y de incentivos ha tenido sobre la disponibilidad, retención y distribución del personal de salud.

### SEGUNDO DIA

#### **Dirección Nacional del Servicio Civil de Chile: Empleo Público y Carrera Funcionaria en la Administración Pública Chilena**

El empleo público en Chile tiene sustento en el Art. 38 de la Constitución Política que establece la existencia de una Ley Orgánica Constitucional para regir la carrera funcionaria:

- ✓ Ley de Bases de la Administración del Estado
- ✓ Estatuto Administrativo y/o Código del Trabajo.

La administración civil del estado llega a 410 mil personas aproximadamente, de los cuales en la administración central (Ministerios) tiene 203, 039 funcionarios, de los cuales el 57% son mujeres y 43% hombres. La distribución de personal está dado por un 30% de profesionales, casi 28% técnicos, 19% administrativos y 10% de auxiliares, entre otros.

El empleo Públicos esta dado por 2 tipos de empleo:

- ✓ Empleo Público de carácter permanente que lo constituyen los funcionarios de planta, que representan el 43% aprox. De los cargos provistos los cuales se hacen por concurso.
- ✓ Empleo Público de carácter transitorio que lo constituyen los empleos a contrata con un 55% de cargos provistos y los empleados por honorarios, con tendencia creciente a concursarlos.

La Carrera Sanitaria es en Chile una serie de etapas por las cuales un/a funcionario/a del sector público puede transitar y que le permite, en función a sus competencias, mérito e idoneidad, lograr posiciones de mayor jerarquía y responsabilidad en el desarrollo de la gestión de los servicios del Estado.

Se inicia con el ingreso en calidad de titular a un cargo de planta y se extiende hasta los cargos de jerarquía inmediatamente inferior a los de exclusiva confianza o de Alta Dirección Pública (Jefatura de departamento o equivalentes)

La carrera funcionaria garantiza igualdad de oportunidades para el ingreso, dignidad de la función pública, la capacitación y el ascenso, la estabilidad en el empleo y la objetividad en las calificaciones en función al merito y la antigüedad.

El sistema de concursabilidad es un conjunto de procedimientos técnicos y objetivos que considera la evaluación de los antecedentes de los postulantes, la aplicación de instrumentos de selección (pruebas, presentaciones, exposiciones de conocimiento y habilidad, tests, entrevistas, instrumentos de apreciación de personalidad) y permite elegir a la persona más adecuada para el desempeño de un cargo.



---

Se cuenta con 4 tipos de concursos:

- 1.- Concurso de ingreso;
- 2.- Concurso de Promoción;
- 3.- Concurso para la provisión de cargos de Jefes de Departamento y equivalentes (III Nivel Jerárquico);
- 4.- Concursos de Encasillamiento.

Denominan concursos de encasillamiento a aquellos que se deben dar cuando hay cambios en la estructura.

El Sistema de Alta Dirección Pública en Chile tiene como objetivos:

- ✓ Profesionalizar los equipos directivos del Gobierno Central.
- ✓ Integrar a los servicios al personal idóneo que ha de ejecutar las políticas públicas.
- ✓ Seleccionar en base al mérito y competencias por sobre otras consideraciones.
- ✓ Introducir eficiencia y calidad en la implementación de las políticas públicas.
- ✓ Optimizar la entrega de bienes y servicios a la ciudadanía.
- ✓ Optimizar el cumplimiento de políticas públicas y programas definidos por la autoridad elegida por la ciudadanía.
- ✓ Restringe exclusiva confianza en la designación, pero no en la remoción

Se trabaja en base a perfiles fundados en competencias directivas:

- ✓ Visión estratégica
- ✓ Gestión y logro
- ✓ Liderazgo
- ✓ Relación con entorno y gestión de redes
- ✓ Manejo de crisis y contingencias
- ✓ Innovación y flexibilidad
- ✓ Conocimientos técnicos

La Gerencia Pública: Tiene como objetivo la creación de valor público; tiene también desafíos que le son propios como son las restricciones normativas, presupuestarias, el volumen operacional y las expectativas y demandas ciudadanas.

Para ello el gerente público tiene una serie de roles que desempeñar durante su gestión como son; la eficiencia y eficacia de gestión, gestión de las personas, de la información y de las relaciones interpersonales y la toma de decisiones.

Los Gerentes Públicos tiene un periodo de gestión de 3 años que pueden ser renovados por la autoridad competente, hasta dos veces, por igual plazo, el nombramiento es a través del Sistema de Alta Dirección Pública, por mérito y para efectos de remoción se entenderá como cargos de exclusiva confianza y debe desempeñarse con dedicación exclusiva. Se suscribe un convenio de desempeño que es propuesto por la autoridad solicitante, que informa anualmente a su superior jerárquico del grado de cumplimiento de las metas y objetivos comprometidos en su convenio de desempeño, el cual tiene efectos en la remuneración al año siguiente de su gestión.

Así también el Servicio Civil viene desarrollando una estrategia de acompañamiento y apoyo a Altos Directivos Públicos.

Así mismo nos reunimos con el Sr. Alex Alarcón, coordinador de investigación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, con quien se habló de la participación de la Escuela en la formación y capacitación del personal de salud a través de las áreas de salud pública en el pre-grado y los post-grados en salud pública, epidemiología y otras de desarrollo.

La Escuela de Salud Pública tiene cuatro divisiones:

Epidemiología

Promoción de la Salud

Bioestadística

Políticas y Gestión en Salud

### TERCER DIA

#### **Mesa Redonda con los Representantes Gremiales: FENATS, FENTESS, FENPRUSS, CONFUSAM.**

La representante de la CONFENATS que representan a los trabajadores de la Atención Primaria de Salud Municipal con más o menos 40,000 funcionarios, manifiesta que la Atención Primaria de Salud, es la puerta de entrada al sector público, cuenta con su estatuto propio desde 1995, la atención esta municipalizada y la dotación de salud primaria es anual y muy dinámica, la estabilidad es relativa, propuesta por el Alcalde y los Servicios de Salud, el Ministerio puede objetar la dotación solo si es menor al años anterior, existen 6 categorías funcionarias que se designa desde la A hasta la F, siendo los tiempos de semestres de formación los que determinan la categoría.

Los técnicos de nivel superior constituyen aprox. el 40% de la fuerza laboral.

Los tipos de contrato son: contrato indefinido, reemplazo, plazo fijo o a contrata.

Ingreso por concurso por antecedentes no por competencias, es decir la experiencia y la capacitación profesional y a lo sumo una entrevista personal.



---

Hay 6 carreras funcionarias a la vez.

La capacitación es básica para la promoción.

Tiene 15 niveles, de acuerdo a su experiencia y capacitación.

Reunión con el Representante del Colegio Médico de Chile, Dr. Octavio Enriquez, Vicepresidente del Colegio Médico de Chile y Ex Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

El representante del Colegio Médico, relató las funciones y actividades que han venido desarrollando a favor de sus agremiados, teniendo en cuenta que la colegiación en Chile es voluntaria y no habilita a sus agremiados. Tiene claro los problemas de la formación de los profesionales médicos en el pre-grado, así como el déficit de médicos especialistas clínicos en un sistema de libre mercado, crítico de la política de gerentes públicos para cargos de directores de hospitales por ejemplo, y de la conversión de los profesionales tecnólogos médicos para optometristas y así poder cubrir la urgente necesidad de optometristas en Chile.

#### **CUARTO DIA**

#### **Encuentro con autoridades profesionales del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Región Metropolitana**

El servicio de salud tiene una población referencial de más de un millón de habitantes, de los cuales 931,937 personas están inscritas, y representan el 19,5% de la Región Metropolitana con 7 comunas bajo el promedio de pobreza de la región; cuenta con 11 comunas, 32 consultorios, 7 hospitales y 20 SAPU.

Para la provisión de servicios de salud cuenta con más de 5 mil funcionarios en hospitales y más de 3 mil en la Atención Primaria.

La fuente de ingresos preponderante es a través de FONASA (90,7%) y la participación porcentual de gastos del servicio está compuesta con un 36,9% para recursos humanos y 27,8% para bienes y servicios, como los gastos de más alto porcentaje.

El servicio de Salud enfrenta diversos desafíos para la provisión de personal de salud dado por el cambio epidemiológicos, envejecimiento de la población, aumento de las enfermedades crónicas, mayor carga de enfermedad pacientes beneficiarios, aumento en las expectativas de calidad de la atención, haciendo uso de diversas estrategias como son:

- ✓ Contratos Honorarios
- ✓ Programa Consultores de llamada

- ✓ Programa 500 Especialistas
- ✓ Compra de Servicio (Anestesiistas y otras Especialidades)
- ✓ Programa Formación Directa (FORDIR)
- ✓ Mecanismos de incentivos, por cumplimiento de metas, desempeño colectivo, ascensos, promoción, capacitación.

Al final de la jornada se hizo una síntesis de las principales conclusiones y orientaciones futuras.

### 7.3.- CONCLUSIONES.

- 3) En Chile existe una Ley de Bases de la Administración del Estado Carrera Publica que rige a todo los funcionarios del sector público.
- 4) Existe en la administración pública en 43 % de personal de planta y 55% por contrata.
- 5) La Carrera Funcionaria se da solo para el personal de planta y se establece por principios de ingreso y promoción por concursos, evaluación de desempeño, capacitación como derecho.
- 6) La carrera sanitaria se rige mediante leyes y estatutos particulares, estableciendo una carrera basado en la experiencia, desempeño y capacitación con un sistema de incentivos en base a cumplimiento de metas y mejora de condiciones.
- 7) Se tiene 2 sistemas de Carrera Sanitaria: Atención Primaria de Salud Municipal y para el Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- 8) El Servicio Civil se encarga de la selección, provisión y acompañamiento de los Altos Directivos Públicos, conformados por los Jefes superiores de servicios públicos y cargos de segundo nivel jerárquico, seleccionados a través del Sistema de Alta Dirección Publica.
- 9) No existe Carrera Directiva en Chile, tiene un periodo de gestión de 3 años que pueden ser renovados por la autoridad competente, hasta dos veces, por igual plazo.





## EXPERIENCIA COMPARADA

Lima - Perú  
Agosto 2011

## ÍNDICE II

### “Experiencia comparada”

1.	INTRODUCCIÓN.	119
2.	DEFINICIÓN DE CARRERA SANITARIA: UNA MIRADA COMPARATIVA HACIA OTRAS PROPUESTA NORMATIVAS.	120
2.1	Definición de carrera sanitaria.	120
2.2	Elementos conceptuales de la carrera sanitaria.	121
3.	TENDENCIAS INTERNACIONALES DE CARRERA SANITARIA.	124
3.1	Ámbito de Aplicación.	125
3.2	Autoridades Competentes: Órgano rector de la Carrera Sanitaria.	127
3.3	Principios Ordenadores de la Carrera Sanitaria.	130
3.4	Derechos y Deberes del Recurso Humano en Salud.	131
3.5	Estructura de la carrera sanitaria.	133
3.6	Capacitación y Desarrollo Profesional:	136
3.7	Escalafón Sanitario: sistema retributivo y régimen de incentivos.	137
3.8	Ascenso y Permanencia en la Carrera Sanitaria.	139
3.9	Egreso de la Carrera Sanitaria.	142
3.10	Régimen Disciplinario:	143
4.	CONSIDERACIONES FINALES.	144
5.	BIBLIOGRAFÍA.	146

This document has been elaborated by USAID|PERU|Políticas en Salud Project, financed by the United States Agency for International Development (USAID) under contract # GHS-I-10-07-00003-00.

The author's views expressed in this publication do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development or the United States Government

## 1. INTRODUCCIÓN.

A partir de los años 90, se produjeron cambios en el modelo económico en gran parte de los países de América Latina. Estos cambios se deben principalmente a factores como la globalización, el fortalecimiento de los mercados y las concepciones neoliberales, que proponen un modelo económico que garantice: la libre competencia (entendida como la libre circulación de bienes y servicios); la libertad de propiedad y de empresa; los derechos de los consumidores y usuarios sobre los bienes y servicios que existen en el mercado; así como la acción residual del Estado en áreas donde la intervención privada es escasa o nula, por razones de interés público o social.<sup>12</sup>

En ese contexto, ha surgido una revaloración del rol de Estado como prestador de servicios sociales, que implica una nueva concepción de la formulación y aplicación de las políticas públicas para la organización y desarrollo de los servicios que presta. En caso del sector salud, se llevaron a cabo algunas reformas laborales que permitieron desarrollar el modelo económico establecido; sin embargo, alguna de estas reformas conllevó a la reducción del personal de trabajo y a la contratación de personal temporal bajo diversas formas de intermediación laboral, que modificaron las condiciones laborales previas. Esta situación, afectó en gran medida a los trabajadores de la salud (en sus derechos laborales, quienes están agrupados en profesionales, técnicos y auxiliares); y a los usuarios del servicio de salud, especialmente a la población más desprotegida en el primer nivel de atención (en su derecho de contar con un servicio accesible y de calidad).

En octubre del 2005, la OPS/OMS promovió la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, en Toronto, suscribiéndose el “Llamado a la Acción de Toronto para una Década de Recursos Humanos en Salud (2006-21015), donde se prioriza el desarrollo de los recursos humanos como estrategia para que los trabajadores de salud puedan ejercer sus funciones con instrumentos adecuados: desarrollo de competencias, compensación adecuada, buenas condiciones de trabajo y políticas de apoyo. Además, se han venido discutiendo y diseñando una serie de propuestas para el desarrollo de la carrera sanitaria (ej. Nicaragua, República Dominicana, Colombia). Al respecto, Rosales (2006) señala que existe un entendimiento en los países de la región de que la carrera sanitaria debe ser abordada desde tres perspectivas complementarias: los derechos del trabajador, las necesidades de los usuarios de los servicios de salud y los requerimientos institucionales.

En el Perú, en octubre del año 2010 se llevó a cabo un Foro Regional Avances y Tendencias en el Desarrollo de las Carreras Sanitarias en las regiones de las Américas organizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en los cuales se expusieron y/o plantearon una serie de elementos a considerar en un proyecto de carrera sanitaria.

12. OPS. (2006) El Proceso de Construcción de las Carreras Sanitarias en la región de las Américas: Análisis de situación y perspectivas de la cooperación técnica. p.13 – 15.

## 2. DEFINICIÓN DE CARRERA SANITARIA: UNA MIRADA COMPARATIVA HACIA OTRAS PROPUESTA NORMATIVAS

Los países seleccionados para realizar este análisis comparado son: República Dominicana, Colombia, Chile y Perú.

### 2.1 DEFINICIÓN DE CARRERA SANITARIA

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la carrera sanitaria está conformada por el conjunto de normas y disposiciones que regulan el empleo público en el campo de salud; se entiende esto como la relación laboral de los trabajadores de la salud con las instituciones que forman parte del sistema de salud, teniendo como objetivo central la satisfacción de las necesidades de los usuarios del servicio. Debe tenerse en cuenta que la carrera sanitaria surge como una herramienta de “ordenamiento” del recurso humano en salud, diferente de una carrera administrativa o de servicio civil, que resultó no ser suficiente para adaptarse a las reformas laborales en los servicio de salud<sup>13</sup>. Por ejemplo, las propuestas de organización de servicios de salud por redes conformadas por establecimientos de salud de diferente nivel de complejidad, brindando prestaciones en los diferentes niveles de atención, hace compleja la implementación de políticas de salarios, ascensos e incentivos propuestos en las carreras administrativas, que permitan retener al personal de salud donde más se necesita.

A partir de ello encontramos diversas definiciones en las normas de carrera sanitaria. Chile no tiene una definición explícita, y hemos incorporado en este acápite, la definición que tiene Nicaragua:

**Nicaragua:** El proyecto de norma de carrera de Nicaragua señala que la Carrera Sanitaria debe ser definida como un sistema integrado y armonizado, jurídico y administrativo del Estado, aplicado a todos los trabajadores (profesional, técnico, auxiliar) del Sistema Nacional de Salud (todos los subsectores).<sup>14</sup>

**Colombia:** El proyecto normativo colombiano no da un concepto explícito de Carrera Sanitaria, pero define a los Recursos Humanos en Salud como “(...) todo el personal que actúa en la atención integral de salud de los colombianos dentro del sistema de servicios de salud que determine la ley.”

**República Dominicana:** Define a los Recursos Humanos como “el personal activo de la plantilla de las instituciones del sector salud y constituye el elemento esencial de los servicios de salud, factor fundamental y estratégico para lograr las Reformas del Sector Salud.”, no encontrándose una definición de carrera sanitaria. Sin embargo, el desarrollo doctrinario la define como “un sistema de promoción profesional integrado por diferentes categorías a las que se accede consecutivamente razón de los meritos y actividades desarrollados a lo largo de la vida profesional.”<sup>15</sup>.

13 OPS. (2006) El Proceso de Construcción de las Carreras Sanitarias en la región de las Américas: Análisis de situación y perspectivas de la cooperación técnica.

14 Comisión Coordinadora. Formulación De Ley De Carrera Sanitaria Y Política Salarial. Carrera Sanitaria: Marco Referencial. (Informe Del Grupo No. 1) Managua 2006.

15. Severino Fulgencio. Carrera Profesional del Médico. MODELO Y PROCESO DE PROMOCION – MOVILIDAD FUNCIONAL HORIZONTAL EN LA CARRERA ESPECIAL SANITARIA. Capítulo 2, Definición, objetivo y justi-

A partir de las definiciones y variaciones normativas queda claro que plantear una definición de carrera sanitaria no ha sido sencillo, pero se repiten algunos aspectos que deben tomarse en consideración:

**Recuadro 1:** La carrera sanitaria regula la incorporación, evaluación, compensación y retiro de los trabajadores de la salud, basado en méritos, conforme a sus características particulares, a fin de lograr mejores condiciones de trabajo que generen incentivos para un mejor desempeño, acorde a las necesidades de la población y políticas de la institución.

Como se puede observar, la anterior definición recoge la especificidad de los aspectos que regula la carrera sanitaria, pero también incorpora el nuevo enfoque que a nivel internacional está promoviendo la OPS y que se ha venido discutiendo en relación a las tres perspectivas complementarias en carrera sanitaria (necesidades del usuario, requerimientos del servicio y derechos de los trabajadores), las cuales se detallan más adelante. Con ello, la carrera sanitaria estaría siendo concebida como un elemento dinamizador que permita recompensar el trabajo realizado y los resultados obtenidos por el equipo de salud, de acuerdo al establecimiento de las políticas de salud. Se busca en definitiva, que la carrera sanitaria se constituya en un elemento motivador clave que tenga como resultado mejoras en la atención y en los cuidados que se ofrecen a la población.

## 2.2 ELEMENTOS CONCEPTUALES DE LA CARRERA SANITARIA

Definida la Carrera Sanitaria, es importante determinar qué aspectos y elementos la constituyen y que regulan a los trabajadores del sector salud, toda vez que ello delimita los alcances del concepto antes referido. A partir de dichos elementos se llevará a cabo el análisis comparativo en países de América Latina a fin de presentar los enfoques que cada uno de ellos sigue.

En tal sentido, la carrera sanitaria no es más que una expresión equivalente de la carrera administrativa, en la medida que regula el empleo público del personal que labora en salud, pero que se adapta a las necesidades específicas del sector salud. Así, las nuevas tendencias internacionales responden a un enfoque del régimen de carrera sanitaria basado no sólo en la protección de los derechos del trabajador -como tradicionalmente ha sido concebida- sino que debe ir más allá y abarcar otros aspectos como las necesidades de los usuarios y los requerimientos técnicos del servicio (ver diagrama 1).

Siguiendo dicho enfoque una carrera sanitaria tendría que cumplir simultáneamente tres grandes propósitos:

- Asegurar la calidad de atención a la población; manifestado por las habilidades del prestador de servicios y por condiciones materiales indispensables para suministrarla en forma segura y eficiente.

---

ficación de la Carrera Profesional. 2003. pág. 8-9, <http://www.anmms.org/ops/dominicana/resumen-2.doc>.

- Mejorar la situación de los trabajadores de la salud; mediante el ordenamiento de cargos y salarios, generando estabilidad laboral al corto, mediano y largo plazo.
- El cumplimiento de las políticas nacionales de salud; a todos los niveles de gobierno, de acuerdo con el plan de descentralización, que garantiza la atención de salud en beneficio de la población.

Diagrama 1. Perspectivas complementarias en la carrera sanitaria



Fuente: Corrales, Carlos. (2006)

Así por ejemplo, tomando el marco normativo actual peruano es claro que su enfoque es parcial toda vez que no está alineado a las necesidades institucionales o requerimientos del servicio, ni tampoco contiene los incentivos necesarios para asegurar el buen desempeño en beneficio de los usuarios. En simultáneo, los cambios en los servicios de salud generados por los procesos de reforma sectorial, han colocado a los trabajadores de estos servicios en condiciones laborales precarias, que lesionan sus legítimos derechos<sup>16</sup>.

Entendiendo a la carrera sanitaria como una herramienta de política y de gestión, ésta se constituye en un conjunto de disposiciones que ordenan la labor y el trabajo de los recursos humanos en salud, por tanto, usualmente comprende normas y regulaciones específicas para el ingreso, la permanencia, la capacitación, los ascensos y el retiro de los trabajadores amparados por la carrera sanitaria<sup>17</sup>. La carrera sanitaria incluye sistemas de promoción, mantención y desarrollo de los funciones sobre la base de principios de igualdad de oportunidades para el acceso a la capacitación, calificación y estabilidad en el empleo; y, reconociendo la experiencias y el mérito del trabajador.

16 Ibid.

17 OPS, (2006)

**Recuadro 2: Principales elementos de la Carrera Sanitaria:**

- **Definición**
- **Alcance.**
- **Definición de los Principios Generales de la Carrera Sanitaria;**
  - Establecer los principios que guían la CS y que constituyen el marco que rige las conductas de las personas en el desarrollo de la carrera. Ej. mérito, igualdad, equidad, integralidad, sostenibilidad, concertación, función social, eficiencia y efectividad<sup>18</sup>.
- **Órgano responsable de la conducción de la Carrera Sanitaria;**
  - Se deben identificar los órganos responsables de la conducción e implementación de la Carrera Sanitaria en cada nivel de gobierno, conforme al plan de descentralización.
- **Mecanismos para el ingreso;**
  - Señalar los procesos básicos para la convocatoria, selección e incorporación de los nuevos miembros a la carrera.
  - Identificar si el ingreso a la carrera es por contratación por tiempo indefinido o si una vez contratado puede desempeñarse como trabajador sin ingresar a la carrera.
  - Establecer las modalidades de contratación, ejemplo contrato a tiempo completo, contrato por horas de trabajo, por turnos.
  - Señalar la forma de ingreso a la carrera del personal que ya se encuentra laborando.
  - Establecer la forma de ingreso del personal nuevo<sup>19</sup>.
- **Mecanismos para el retiro**
  - Señalar los procesos básicos para el retiro de la carrera sanitaria, fijando las modalidades (suspensión, cese y jubilación) requisitos, tiempo de servicios, entre otros
- **Un sistema de escalafón sanitario;**
  - Clasificar los cargos de las profesiones y ocupaciones propias y comunes en el sector salud.
  - Definir de perfiles de puesto y las competencias de los profesionales y técnicos por áreas.
  - Determinar las escalas remunerativas de los profesionales, técnicos y auxiliares de salud, de acuerdo a los principios definidos (Ej: igualdad, mérito, capacidad)
  - Fijar los incentivos y beneficios para los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, clasificándolos en económicos, laborales, profesionales y de reconocimiento social. Para cada uno de estos se deben establecer los requisitos y mecanismos de acceso del beneficio que conlleva.

18 Documento de la OPS. Marco Referencial de la Ley de Carrera Sanitaria. Managua 2006.

19 Ibid.

- **Capacitación y Desarrollo de competencias;**
  - Definir las competencias de los diferentes perfiles o cargos propios de la salud para diseñar y aplicar un programa de capacitación a fin de estandarizar o nivelar a los miembros y postulantes de la carrera y, por tanto, mejorar el desempeño de la institución.
  - Tratar los temas de la formación de recursos humanos (residencias, internado, campos clínicos, servicio social, rotación en áreas clínicas de diferentes carreras de la salud).
- **Acreditación del desempeño;**
  - Identificar los procesos normativos del país para la certificación de los profesionales, técnicos y auxiliares, a fin de que éstos sirvan de base sólida para el ingreso a la carrera.
- **Derechos y Obligaciones;**
  - Establecer cuáles son los principales derechos y obligaciones de los miembros de la Carrera tanto frente a la institución como frente a los usuarios. Se deben tomar en cuenta aspectos como; la estabilidad laboral, la equidad en la distribución de incentivos, mejora en las condiciones laborales, participación en la toma de decisiones y educación permanente.
- **Régimen Disciplinario**
  - Determinar la finalidad y aspectos generales del régimen disciplinario
  - Señalar la autoridad disciplinaria a cargo y sus funciones y atribuciones
  - Establecer los criterios para la imposición de sanciones
  - Determinar los tipos de faltas y clases de sanciones para cada uno de ellos
  - Establecer el procedimiento administrativo disciplinario

### 3. TENDENCIAS INTERNACIONALES DE CARRERA SANITARIA

Las propuestas de carrera sanitaria en los países de América Latina responden a diferentes formas de concepción sobre el empleo público; de manera que, adaptan la situación laboral de sus países con el manejo del sistema de salud y leyes pertinentes. De este modo, la carrera sanitaria en países como República Dominicana, Colombia, Chile y Perú, presentan diferentes regulaciones y formas distintas de enfoque del sistema de recursos humanos en salud sobre el cual se desarrolla la carrera sanitaria.

En términos generales, en Latinoamérica, la carrera sanitaria es aplicable a nivel nacional pero no siempre se incluyen a todas las instituciones que forman parte del sistema de salud, optándose por modelos diferentes. Este es un aspecto importante, ya que de elaborarse una propuesta de carrera sanitaria para una parte del sistema, debemos tener cuidado de evitar desigualdades marcadas.

A continuación, se desarrollarán los enfoques de tienen países como Nicaragua, República Dominicana, Colombia y Chile en el marco de un sistema de gestión de recursos humanos.

### 3,1 ÁMBITO DE APLICACIÓN

El primer aspecto a definir es el ámbito de aplicación de la carrera sanitaria lo que supone determinar las características del sistema de salud de cada país, en los siguientes ámbitos:

- **Ámbito Objetivo:** es decir definir a cuáles instituciones estatales de salud abarca.
- **Ámbito Subjetivo:** determinar a qué servidores públicos abarca, profesionales de salud, auxiliares y técnicos, así como que tipo de cargos administrativos de ser el caso.
- **Ámbito funcional:** es importante también determinar los niveles de atención que comprenden de acuerdo a cada sistema de salud.
- **Ámbito territorial:** el ámbito nacional, regional y/o local será también un aspecto importante a tener en consideración. La carrera sanitaria se organiza por ámbito regional, con algunas materias residuales de gestión centralizada.

No todas las propuestas legislativas han desarrollado los 4 ámbitos.

**República Dominicana:** Con respecto al ámbito objetivo, hay una tendencia a forjar sistemas fraccionados por institución; es voluntario para todas aquellas instituciones que no pertenecen al Ministerio de Salud. Así también se incluye sólo al sector público, pero puede incluir al sector privado en lo que resulte aplicable. Con respecto al ámbito subjetivo, a través de su Reglamento de Recursos Humanos, se incluye de forma amplia en la denominada categoría de “personal básico” a los profesionales de salud, técnicos y auxiliares que desarrollan sus funciones en las unidades institucionales y dependen directamente del nivel superior correspondiente al centro de salud en el que laboran. En este grupo se incluye no sólo los servidores que cumplen funciones asistenciales sino también a quienes laboran en jefaturas y puestos directivos relacionados con la gerencia clínica, administrativa, financiera, de recursos humanos, materiales y de ordenación de actividades que corresponda.

**Colombia:** De acuerdo a su Proyecto de Ley de Recursos Humanos, en el ámbito subjetivo se incluye tanto a profesionales de salud como auxiliares y técnicos. Para efectos de las disposiciones del proyecto de ley, se distinguen dos grupos: los profesionales (que comprende a aquellos servidores a cargo de toda actividad dirigida a brindar atención integral en salud), y las ocupaciones en salud (como auxiliares y técnicos, que llevan a cabo una actividad funcional relacionada con el apoyo y complementación requerida para realizar una atención en salud).

**Chile:** El Sistema de Carrera Sanitaria en Chile, en cuanto al ámbito objetivo, el sistema público de salud, se desempeña en dos contextos: el Sistema Nacional de Servicios de Salud y la Atención Primaria de Salud Municipal. En el ámbito subjetivo incluye a dos grupos: a) Conformado por los médicos, odontólogos, químico- farmacéuticos y bioquímicos, bajo la Ley 19.664, que establece las normas para los profesionales-funcionarios y modifica la Ley N° 15.076 <sup>20</sup>; b) Conformado por los profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares que trabajan en salud, estos se rigen bajo el Estatuto Administrativo de Funcionarios de Chile, Ley 18.834.

20. Que fija el estatuto para los médico- cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas.

Respecto, a la Atención Primaria de Salud Municipal, en el ámbito territorial, la carrera sanitaria tiene carácter nacional pero es individual. Se rige bajo la Ley N° 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, que incluye a los profesionales, técnicos, auxiliares y administrativos en salud. Sin embargo, se otorga a los municipios plena autonomía en la definición de sus escalas, con parámetros legales para su diseño.

Perú: En cuanto a Perú, se está discutiendo si la propuesta de carrera sanitaria debería abarcar a todos aquellos vinculados con la prestación de los servicios de salud, sean éstos profesionales o no; a directivos o asistenciales, sin hacer distinciones por profesiones. En relación al personal administrativo, ya existe una institución con la responsabilidad de ordenar al personal administrativo o de servicio civil. Esta institución es SERVIR que considera las funciones desarrolladas por el personal administrativo que está más vinculado con el ejercicio de funciones asociadas a los sistemas administrativos del Estado (sistema de compras y adquisiciones, sistema de inversión pública, contabilidad, tesorería, etc.), que son transversales y homogéneos en todo el sector público, más allá del sector, nivel de gobierno o tipo de entidad del Estado; por lo que se concluye que el personal administrativo no estaría incluido dentro de la carrera sanitaria; en este caso, correspondería a SERVIR regular el accionar de este personal.

### **Recuadro 3: Organización del sistema de salud en Chile y Perú; consideraciones en relación a carrera sanitaria en el primer nivel de atención**

**El Ministerio de Salud es el órgano que conduce el sistema de salud, encargado de establecer las políticas de salud a nivel nacional.**

**En Chile, el sistema de carrera sanitaria se compone de un Sistema Público de Salud a nivel nacional, que se divide en dos:**

- a) un sistema nacional de servicios de salud, que agrupa a los médicos, odontólogos, químico farmacéuticos, bioquímicos (rigen por la Ley 19.664) y a los profesionales, técnicos, auxiliares y personal administrativo de salud (rigen por el Estatuto Administrativo Ley 18.834) y;**
- b) la atención primaria a nivel municipal, donde se aplica un estatuto común a todos los funcionarios (profesional, técnico, auxiliar y administrativo de salud). Con este sistema se otorga a los municipios plena autonomía en la definición de sus escalas.**

**En Chile, los 28 Servicios de Salud territoriales ejercen las funciones de autoridad sanitaria en su jurisdicción geográfica, desarrollando las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud por los distintos proveedores públicos y privados. Respecto de los hospitales públicos de su jurisdicción, las Direcciones de los Servicios de Salud tienen responsabilidades administrativas. Por ejemplo, existe además un Servicio de Salud, con responsabilidades específicas para el control del medio ambiente en la Región Metropolitana (Santiago). La regulación de los medicamentos e insumos médicos está delegada en el Instituto de Salud Pública.**

**El actual sistema público de salud del Perú, es descentralizado y está conformado por el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales (quienes ejercen sus funciones a través de**

las Direcciones Regionales de Salud o quien haga sus veces en sus jurisdicciones); en el caso de ESSALUD y las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía se mantiene inalterada su organización.

En relación a la gestión de los recursos humanos bajo responsabilidad del MINSA, con el proceso de descentralización se identificó que el recurso humano es el elemento determinante para la mejora de la eficiencia técnica y la calidad del servicio; por ejemplo en el caso de los administradores locales de salud, estos podrían potenciar el recurso humano, teniendo un mayor control sobre su personal, a través de la entrega de incentivos , de esta manera, se mejoraría la calidad de los servicios prestados.

La descentralización de la gestión de los recursos humanos se ha traducido en la entrega de un alto grado de autonomía a los niveles subnacionales, especialmente en lo que respecta a la administración y contratación de los mismos.

Implementar en el Perú un Sistema de Atención Primaria de Nivel Municipal como el chileno; requeriría modificaciones en el marco normativo existente, y adaptarlo al nivel regional, implicaría no solo trabajar en una efectiva categorización de los servicios de salud para identificar aquellos a quienes cubriría, sino también establecer arreglos institucionales claros para los casos en que un profesional se mueva de una categoría a otra dentro del mismo nivel de atención, considerando su dependencia administrativa, técnica y financiera.

### 3.2 AUTORIDADES COMPETENTES: ÓRGANO RECTOR DE LA CARRERA SANITARIA.

La creación o renovación de un sistema de recursos humanos en salud que favorezca el desarrollo de la carrera sanitaria, tiene que ver con las **entidades u órganos** que en la actualidad tienen responsabilidad en la conducción e implementación de las normas vinculadas con los distintos procesos que regulan a los trabajadores.

**República Dominicana:** El Ministerio de Salud es responsable de la implementación de la Carrera Sanitaria. Cuenta con la SESPAS (Secretaría de Estado de Salud Pública y Protección y Asistencia Social), como órgano conductor, que se encarga de la planificación e implementación del Sistema Nacional de Salud. Su Reglamento de Recursos Humanos es de aplicación para las entidades prestadoras de servicios de salud que al momento de la aprobación del reglamento pertenezcan a la SESPAS. El Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS) se adhiere también a la carrera sanitaria y se aplica a todos y todas los profesionales y técnicos. De igual manera, los servicios regionales de Salud (SRS) aplican el reglamento tanto para los servicios de naturaleza pública como privada. A nivel regional se prevé la creación de una Coordinación del Sistema de Desarrollo profesional adscrita a la Unidad de Recursos Humanos<sup>21</sup>.

21.Reglamento de Recursos Humanos. Decreto 732-04.República Dominicana



---

**Colombia:** El Órgano conductor es el Ministerio de Educación y Protección Social, a través del Consejo Nacional de Recursos Humanos. Este cumple las funciones de ejecutar las políticas y planes para el mejoramiento de la pertinencia, calidad y cantidad de los programas del área de la salud; así como, proponer las competencias profesionales y perfiles ocupacionales de los diferentes auxiliares, técnicos, técnicos profesionales, tecnólogos, profesionales, especialistas, doctorados y post-doctorados comprometidos en la prestación de servicios del sector salud. Otra función se centra en promover y fijar políticas que orienten los estudios, análisis e investigaciones relacionadas con el desarrollo de los RRHH en Salud. El Consejo de Recursos Humanos cuenta con una serie de comités específicos (uno por cada disciplina profesional) para discutir aspectos de: i) planificación y gestión de RRHH en salud; ii) formación en programas de educación no formal en salud; iii) culturas médicas tradicionales; iv) terapéuticas alternativas; y, v) ética y bioética.

**Chile:** El Órgano encargado de la conducción del sistema de salud de Chile es el Ministerio de Salud (MINSAL), a través de la Subsecretaría de Salud Pública. Asimismo, dicho Ministerio cuenta con una División de Finanzas y Administración Pública. Entre sus funciones se encuentra proveer oportunamente el recurso humano con las competencias necesarias a través de sus procesos de reclutamiento, selección, contratación, inducción y pertenencia del personal al Ministerio de Salud. De manera general, el Departamento de Recursos Humanos cumple las funciones de: a) asegurar el correcto y oportuno pago de las remuneraciones, cumpliendo la normativa; b) administrar el ciclo laboral; c) implementar y hacer seguimiento de Buenas Prácticas Laborales; d) mejorar la calidad de vida de las personas que componen la institución a través de un eficiente sistema de Higiene y Seguridad, e) mantener y desarrollar las competencias de las personas que integran la institución, a través de un eficiente sistema de capacitación y perfeccionamiento, f) evaluar periódicamente a sus funcionarios a través de herramientas y procedimientos objetivos y conocidos por todos.

**Perú:** En el caso de Perú, además de las entidades rectoras del servicio civil (SERVIR) y de aspectos laborales (Ministerio de Trabajo), está el Ministerio de Salud como responsable de la administración y desarrollo del personal de salud y se encarga de conducir la elaboración, implementación, aplicación y difusión de las políticas, normas y procedimientos de la gestión de recursos humanos en salud. Por otro lado, las funciones vinculadas con la gestión y desarrollo de los recursos humanos se distribuyen al interior del MINSAL en una serie de órganos de apoyo, asesoramiento y línea. El órgano de línea, encargado de la formación y desarrollo de los recursos humanos es la Dirección General de Gestión del Desarrollo de los Recursos Humanos (DGDRH), que principalmente elabora, propone y evalúa las políticas nacionales, normas y estrategias para la Gestión de Capacidades y la Gestión del Trabajo en Salud y es responsable de brindar asistencia técnica para su implementación. La Oficina General de Recursos Humanos<sup>22</sup> es el órgano de apoyo, encargado de administrar el Sistema de Personal, desarrollar los diagnósticos situacionales del Sistema de Personal para

---

22. En el marco del proceso de descentralización estas funciones son en la actualidad son ejercidas por los gobiernos regionales a través de las Direcciones Regionales de Salud. Por tanto, las funciones de esta Oficina se circunscriben al pliego 11 MINSAL, salvo que el personal se encuentre destacado a regiones.

establecer las estrategias y mecanismos para su optimización; así como satisfacer oportuna y adecuadamente las necesidades de Potencial Humano y pensionistas del Ministerio de Salud, entre otras funciones. Al interior de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto (órgano de asesoramiento) se identifica la Oficina de Racionalización que es el órgano responsable del sistema de racionalización en el Sector Salud; coordina, en el ámbito de su competencia, con todas las entidades y organismos del Estado, así como con las dependencias, órganos y unidades orgánicas del Sector Salud y Ministerio de Salud. Su función general es la de proponer los modelos de organización, procesos y procedimientos brindando la asistencia técnica en su implementación, por lo que intervienen en la formulación de documentos de gestión relativos a la gestión de recursos humanos<sup>23</sup>. (MOF, CAP, PAP). Asimismo, al interior de la Oficina General de Administración (OGA) se encuentra la Oficina de Logística que es el órgano responsable de ejecutar los contratos de servicios y de locación de servicios en la dependencia a su cargo<sup>24</sup>. La Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), es un órgano de línea que tiene la función de “Identificar y proponer a la Dirección General de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos, los perfiles de competencias para la implementación del Modelo de Atención, según el nivel de complejidad de los establecimientos de salud y de acuerdo a la normatividad vigente”; “Formular criterios de programación y asignación de recursos para la atención de salud en el marco del modelo de atención integral y la normatividad vigente”; entre otras.

Por otra parte, con el proceso de descentralización se ha transferido a los gobiernos regionales la gestión de los recursos humanos del sector en sus territorios –con excepción de Lima Metropolitana que sigue bajo la dirección del MINSa. En estos niveles de gobierno existen Direcciones Regionales de Salud –o quien haga sus veces- quienes ejercen las funciones anteriormente señaladas a través de sus distintas unidades orgánicas, en el ámbito de sus jurisdicciones. Las Fuerzas Armadas y Policiales se rigen por sus propias normas, a través de las Direcciones de Sanidad, y Essalud se rige por el Decreto Legislativo 728 (régimen laboral privado).

En el proceso en el que se encuentra el proyecto de carrera sanitaria en el Perú queda aún por determinar qué unidad orgánica del MINSa debería ser el responsable de conducir y organizar los procedimientos y acciones necesarias para la implementación de la carrera sanitaria y cuáles son los roles y responsabilidades que deben asumir el resto de instancias. Si bien existe un órgano de línea que es el responsable de dirigir el proceso de formación y desarrollo de recursos humanos, debe especificarse si este órgano debe ser el encargado de centralizar estas funciones, manteniéndolas en el nivel central, o si más bien, como se ha planteado en otros países, la dirección debe estar en manos de una Comisión que agrupe a otros actores en la toma de decisiones.

23. Al igual que en el caso de la OGRH, las funciones de esta Oficina se circunscriben en la actualidad al pliego 11 MINSa en la medida que las funciones han sido transferidas a los gobiernos regionales.

24. Hasta el 2008 la Oficina de Logística era la responsable de ejecutar los contratos de servicios no personales (SNP) que con el D. L. 1057 fueron dejados sin efecto y se crean los Contratos Administrativos de Servicios (CAS) que ahora son administrados por la Oficina de Gestión de Personal. La Oficina de Logística sin embargo, continua administrando los contratos de por servicios que aún se siguen utilizando.

### 3.3 PRINCIPIOS ORDENADORES DE LA CARRERA SANITARIA

La carrera sanitaria como expresión administrativa de la función pública, responde en general a un conjunto de principios rectores que tienen a una finalidad común que es el logro de los cometidos y compromisos sociales de las instituciones del Estado<sup>25</sup>.

Revisando las legislaciones comparadas, se aprecia que existe la tendencia de incluir dentro de la propuesta legislativa de carrera sanitaria, un conjunto de elementos ordenadores, que según la OPS, son calificados como “aspectos no negociables” dentro de la formulación de una norma sobre carrera sanitaria y que por tanto su inclusión es necesaria e imprescindible.

En primer lugar, se tienen un régimen de principios ordenadores que se clasifican en dos : principios laborales y principios propios de la carrera sanitaria. Veamos cómo se maneja en los diferentes países.

**República Dominicana:** La legislación sobre carrera sanitaria regula los principios del derecho laboral como son el principio de estabilidad laboral, que permite la permanencia del trabajador; y el principio de igualdad de oportunidades, que se plantea como equidad y promoción; este garantiza a los miembros de la carrera la igualdad de trato en la relación laboral y el desarrollo profesional a través de los ascensos. En cuanto a los principios propios de la carrera sanitaria incluye a los valores éticos como: compromiso, eficiencia, eficacia y humanización.

**Colombia:** No incluye principios del derecho laboral, sino que opta por un enfoque de principios de carrera sanitaria relacionados a la ética laboral, con postulados que deben interiorizar los miembros de la carrera sanitaria en la prestación del servicio, como son la eficiencia, el compromiso, la concertación, unidad, la calidad, etc.

**Chile:** La carrera sanitaria se rige por el Estatuto Administrativo de los Funcionarios Públicos del Estado de Chile<sup>26</sup>, que se entiende como la norma de servicio civil que rige la carrera funcionaria. Ella contiene principios laborales como el principio de igualdad de oportunidades para el acceso a la capacitación y calificación, y el principio de estabilidad laboral. Al no existir una norma que regule propiamente la carrera sanitaria, no se han identificado principios propios de la carrera.

**Perú:** Tiene una vasta regulación de principios laborales que se aplican tanto al régimen público como privado; que tienen su origen en un fin constitucional del Estado de garantizar la estabilidad y mejora laboral de los trabajadores<sup>27</sup>. En ese sentido, se ha planteado que la carrera sanitaria debiera contener una lista de principios<sup>28</sup> que considere lo siguiente:

25. Organización Panamericana de la Salud (OPS). El Proceso de Construcción de las Carreras Sanitarias en la Región de las Américas: análisis de situación y perspectivas de la cooperación técnica. 2006 .pág. 27

26. Ibid

27. Constitución artículo 27.

28 De acuerdo a la reunión técnica llevada a cabo por la Dirección General de Gestión de Recursos Humanos en setiembre del 2010 y que recoge los avances del Grupo de Trabajo Sectorial designado mediante RM 486-2010/MINSA.

- principios básicos laborales; el principio de igualdad de trato, que procure una situación objetiva e igualdad de condiciones para los profesionales de la salud; el principio de autonomía colectiva que garantice los derechos de sindicación, negociación colectiva y huelga para los profesionales de la salud; y el principio de in dubio pro operario, que se aplica cuando una norma tiene más de una interpretación razonable y debe elegirse la más favorable para el trabajador.
- principios de derecho laboral para hacer explícito el reconocimiento de derechos de los trabajadores. Respecto a los principios propios de la carrera sanitaria se proponen siete: principio de mérito, que los aspectos de la carrera se estructuran en base al mérito de los profesionales de la salud; principio de progresión, que permite un derecho de ascenso en los niveles superiores de la carrera basado estrictamente en el mérito; principio de irreversibilidad, que garantiza que el nivel de carrera alcanzado por el profesional de la salud no puede ser objeto de rebaja; principio de integralidad, que la carrera sanitaria integre todos los procesos relacionados con la vida profesional del trabajador; principio de adecuación, que propone que las reglas de la carrera sanitaria se interpretan adecuándolas a las necesidades del servicio de salud; principio de sostenibilidad, que la carrera sanitaria se debe desarrollar en forma regular, continua e ininterrumpida, y el principio de presunción de legitimidad de las órdenes del Estado en el servicio, se refiere a que las órdenes dadas por la entidad son de obligatorio e inmediato cumplimiento por parte del profesional de la salud. El reclamo o impugnación de una medida no enerva la obligación del profesional de cumplir la orden; salvo cuando se afecte la integridad.

### 3.4 DERECHOS Y DEBERES DEL RECURSO HUMANO EN SALUD.

La inclusión de un régimen de derechos del recurso humano de salud en la carrera sanitaria busca proteger al trabajador de salud en el ejercicio de su profesión; así como, garantizarle un marco de protección adecuado para el respeto de sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución.

Este es un aspecto “no negociable” dentro de una propuesta legislativa de carrera sanitaria donde se plantea un régimen de derechos y deberes laborales. El desarrollo de los derechos es una práctica extendida en gran parte de países, veamos cómo se desarrolla este tema en los países analizados.

**República Dominicana:** Su legislación contiene un marcado desarrollo en derechos y deberes laborales que rigen el desarrollo de la carrera sanitaria. República Dominicana cuenta con una lista de derechos que se aplican para los profesionales, técnicos y auxiliares del Sistema Nacional de Salud. Como derechos se regulan los siguientes: derecho a la estabilidad del empleo, derecho a una remuneración, derecho al respeto de su dignidad e intimidad en el trabajo, derecho al goce de vacaciones, licencias, derecho colectivo (en este caso se aplican las disposiciones contenidas en la Ley del Servicio Civil y Carrera Administrativa); en cuanto a los deberes, estos señalan las reglas de trabajo y deberes para con los usuarios. En cuanto al trabajo, se regula el cumplimiento de las



---

normas internas, de las guías, manuales, protocolos sobre higiene y seguridad ocupacional, así como, cumplir sus funciones según su categoría profesional, entre otras. En relación a los deberes para con los usuarios, se establece el deber de informar debidamente a éstos acerca de su proceso asistencial y sus servicios disponibles, se debe respetar la intimidad y dignidad de los usuarios, así como mantener la reserva y confidencialidad de la información de los usuarios. Cabe resaltar que, el concepto o visión de la carrera sanitaria se centra en la satisfacción de las necesidades del usuario, ya no se utilizan los términos ciudadanos o población, sino que se hace énfasis en un concepto renovado de servicio que se brinda a favor de quien se presta el servicio de salud.

**Colombia:** Presenta una regulación similar a la de República Dominicana; en su Proyecto de ley de recursos humanos en salud, se estipulan como derechos: el derecho de la protección laboral, que garantice la integridad del trabajador y el goce de los beneficios laborales como el descanso; el compromiso ético y el ejercicio competente de las funciones que desempeña el trabajador de salud (que cuente con títulos, certificados adecuados). Los deberes se establecen como conductas éticas a seguir, la promoción de la participación en espacios para la reflexión ética sobre las situaciones cotidianas de la práctica y los problemas que inciden en las relaciones, en la educación, en las relaciones con organizaciones empresariales y gremiales relacionadas con la salud; así como, la responsabilidad de aplicar la ética y la bioética en salud.

**Chile:** En su estatuto administrativo contempla, los derechos de los trabajadores que incluye al sector salud , regula por ejemplo: derecho a las Licencias Médicas, que se constituye como un derecho que se tiene al ausentarse o reducir su jornada de trabajo durante un determinado lapso, con el fin de atender al restablecimiento de su salud, con goce de remuneraciones; derecho a las prestaciones sociales , en caso de que un funcionario fallezca; y de la afiliación al Servicio de Bienestar en los casos y condiciones que establezcan sus estatutos; sin perjuicio de los demás derechos laborales que se reconozcan en otras normas. Asimismo, los deberes se establecen como obligaciones de los funcionarios, respecto de las reglas en el trabajo, el desempeño de sus funciones de manera continua, el cumplimiento de la jornada de trabajo, la obediencia a las órdenes de los superiores jerárquicos; y en cuanto a deberes con la institución, se remarca el deber que tiene todo trabajador de realizar sus labores con esmero, dedicación y cortesía, teniendo en cuenta los valores de la institución en la que labora.

**Perú:** De acuerdo con la Constitución y las leyes aplicables a la carrera sanitaria, la propuesta de carrera sanitaria para el Perú deberá principalmente tener en cuenta los derechos fundamentales del trabajador respecto a la protección de su intimidad y la dignidad en el trabajo; su derecho a no ser discriminado y recibir un igual trato; la inclusión de los derechos colectivos (derecho de sindicación), negociación colectiva y huelga de conformidad a lo dispuesto en la Constitución Política del Perú y las normas de la materia. Por otro lado, Perú tiene una norma que regula los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud (Ley 29414 publicada el 2 de octubre de 2009<sup>29</sup> ), que establece que toda persona tiene derecho al acceso a los servicios de salud; acceso a la información; a la atención y recuperación de la salud; y al consentimiento informado. Es decir, tenemos legislación para los derechos laborales del trabajador y los derechos de los

---

29 En SPJI. Sistema Peruano Jurídico de Información. Legislación de carácter General

usuarios, pero no contamos con legislación que establezca los deberes de los trabajadores de salud; por lo que se considera de gran importancia la inclusión de deberes para con los usuarios del sistema de salud.

### 3.5 ESTRUCTURA DE LA CARRERA SANITARIA

La Carrera Sanitaria debe contar con una estructura adecuada en donde se integren tres aspectos que garantizan la organización de la carrera sanitaria:

- Recursos humanos en salud, los cuales constituyen el insumo principal del sistema de salud.
- Regulación normativa, que permite ordenar el sistema de salud.
- Capacidad de gestión, que permita adecuar las normas con los requerimientos institucionales del sector, tal que logre dar una respuesta orientada a la importancia de los servicios de salud.

Países como **República Dominicana, Colombia y Chile** si bien tienen una ley de carrera sanitaria o reglamento de recursos humanos de salud; las disposiciones referidas al ingreso a la carrera sanitaria se remiten a las normas de ingreso a la carrera administrativa, contenidas en sus leyes de servicio civil o carrera administrativa. Estas leyes en dichos países contienen criterios básicos de reclutamiento, con un área de selección y concursos, con reglas de sometimiento a un proceso de selección para los puestos de profesionales, técnicos, auxiliares y según sea el caso, para personal administrativo.

**Perú** también cuenta con su ley administrativa, el Decreto Legislativo 276, que regula las bases de la carrera administrativa y remuneraciones del sector público, en donde se regulan las reglas de ingreso a la carrera administrativa. Cabe precisar que se ha llegado al consenso que la carrera sanitaria debiera circunscribirse a aquellos trabajadores de la salud bajo el ámbito del Ministerio de Salud y gobiernos regionales, excluyéndose a EsSalud (que se rige bajo el D. L. 728) y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales que tienen sus propias normas.

Asimismo, se plantea que tanto en el Ministerio de Salud como en los Gobiernos Regionales (a través de sus órganos técnicos de salud - Direcciones Regionales de Salud o quien haga sus veces) existen trabajadores que desempeñan funciones directivas o gerenciales, los deberían tener su propio régimen. Aún así, se señala que uno de los temas a precisar es si todos aquellos que tienen personal a su cargo deberían formar parte de la Carrera Administrativa o si algunos de estos cargos (ejemplo, jefe de microred, jefe de servicio, entre otros) deben formar parte de la carrera sanitaria. Asimismo, existen una serie de cargos vinculados con áreas de especialización del sector que no necesariamente se ejercen en un establecimiento de salud como es el caso de funciones de regulación o fiscalización o bien en funciones como la vigilancia epidemiológica o la gestión de la salud ambiental.

En ese contexto, se parte de la idea de proponer que la carrera sanitaria debiera reconocer dos (2) áreas de desempeño laboral:

- 
- a) Área de Servicio Prestacional, que comprendería a los trabajadores de salud que desempeñan labores prestacionales bajo el ámbito del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, en los diferentes niveles de atención destinados a brindar, apoyar y complementar una atención integral en salud.
  - b) Área de Gestión institucional, que comprendería a los trabajadores de la salud que forman parte de la carrera sanitaria, que asumen cargos directivos que en algunos casos son cargos de confianza, y que por su naturaleza requieren personal con experiencia no solo en el área gerencial sino también en el campo de la gestión sanitaria y la salud pública. Se pueden establecer reglas para que el ingreso a cargos relacionados con el área de gestión institucional se realice en el marco de una carrera sanitaria, y tomar en cuenta también, que luego de haber concluido con las funciones relacionadas al área de gestión institucional puedan regresar al área prestacional, cumpliendo los requisitos habilitantes correspondientes a las reglas de progresividad de la carrera sanitaria.

En relación con el punto anterior es importante fijar la responsabilidad del nivel nacional en los procesos de selección. En caso se realicen procesos de evaluación para el ingreso a la carrera éstos debieran ser organizados por el nivel nacional y una vez que la persona haya aprobado, continuar con el proceso en el nivel regional. El tema acá es si el postulante estará habilitado para concursar a plazas en cualquier región o si la evaluación estará dirigida a cubrir plazas específicas que se abren en una región.

**Chile**, cuenta con un régimen de ingreso aplicable a los médicos, odontólogos, químico-farmacéuticos y bioquímicos, que desempeñan sus labores 11, 22, 33 y 44 horas semanales en los establecimientos de los Servicios de Salud bajo la Ley 19.664, y que establece las normas para los profesionales-funcionarios y modifica la Ley N° 15.076<sup>30</sup>. En cuanto a estos profesionales, bajo el ámbito de aplicación de esta ley, se detallan las modalidades de ingreso para dos etapas: la Etapa de Destinación y Formación, y la Etapa de Planta Superior. Para la Etapa de Destinación y Formación, existe un proceso de selección objetivo, técnico e imparcial, que se desarrolla a nivel nacional al menos una vez al año; la comisión encargada del proceso de selección (Ley 20261)<sup>31</sup> podrá considerar la aplicación de instrumentos de selección tales como pruebas escritas, entrevistas, exámenes u otros que evalúen las competencias del postulante para el ejercicio del cargo; asimismo, se señala que los profesionales funcionarios que pertenecen a esta Etapa y que han ingresado a través de un proceso de selección, gozarán de igualdad de oportunidades para acceder a los programas de perfeccionamiento o especialización que ofrezca el Servicio o el Ministerio de Salud. Por otro lado, el ingreso a la Etapa de Planta Superior se efectúa, previo concurso público regido por la ley correspondiente, Ley N°19.198<sup>32</sup>, mediante el cuál se nombra

30 Que fija el estatuto para los médico- cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas.

31 ley que crea examen único nacional de conocimientos de medicina, incorpora cargos que indica al sistema de alta dirección pública y modifica la ley nº19.664. ART5 N° 2, plantea lo siguiente: “ (...) Dichos instrumentos deberán ser públicos y abiertos a todo participante y tendrán carácter de nacional.”

32 Ley que Establece las normas sobre concursos para cargos de Profesionales Funcionarios regidos por la Ley N 15.076 (ley que fija el estatuto para los médico- cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas).

en el Nivel I, en calidad de titular a un cargo de planta. Excepcionalmente y en casos debidamente justificados por necesidad del servicio, se podrá llamar a concurso para cargos vacantes en otro nivel, siempre que en el respectivo organismo no existan profesionales acreditados para ese nivel con la especialidad o competencia profesional correspondiente y haya cupos disponibles de acuerdo a las normas vigentes. Los profesionales funcionarios que pertenezcan a esta Etapa deberán someterse a un sistema de acreditación en el o los cargos donde se encuentran prestando sus servicios, cada nueve años, cuando corresponda. El sistema de acreditación evaluará cualitativa y cuantitativamente los logros alcanzados durante el período por los profesionales funcionarios en el ejercicio de sus funciones, considerando aspectos técnicos, clínicos y organizacionales, y comprenderá tanto la superación profesional como el aporte de su gestión a la calidad de los servicios proporcionados a la población usuaria. En ese sentido, durante el curso del noveno año de permanencia en un cargo de planta, en los Niveles I y II, dichos profesionales estarán obligados a presentar sus antecedentes para acreditación.

**Colombia:** Para el caso del ingreso al empleo público, la ley de Carrera Administrativa, el ingreso y la permanencia en los empleos de carrera administrativa se hará exclusivamente con base en el mérito, mediante procesos de selección en los que se garantice la transparencia y la objetividad, sin discriminación alguna. Asimismo, el concurso para el ingreso y el ascenso a los empleos públicos de carrera administrativa serán abiertos para todas las personas que acrediten los requisitos exigidos para su desempeño. Para el ingreso y el ascenso a los empleos públicos de carrera administrativa serán abiertos para todas las personas que acrediten los requisitos exigidos para su desempeño.

Se menciona, que la Etapa del proceso de selección o concursos tiene cuatro pasos: a) la convocatoria, que deberá ser suscrita por la Comisión Nacional del Servicio Civil, el Jefe de la entidad u organismo; b) el reclutamiento, que tiene como objetivo atraer e inscribir el mayor número de aspirantes que reúnan los requisitos para el desempeño de los empleos objeto del concurso; c) las pruebas, que hace referencia a que los instrumentos probatorios de idoneidad y adecuación de los aspirantes a los diferentes empleos que se convoquen, así como establecer una clasificación de los candidatos respecto a las calidades requeridas para desempeñar con efectividad las funciones de un empleo o cuadro funcional de empleos; d) el período de prueba, donde la persona no inscrita en carrera administrativa y que haya sido seleccionada por concurso para ser nombrada, pasará por un período de prueba de seis (6) meses, al final de los cuales le será evaluado el desempeño<sup>33</sup>.

**República Dominicana:** En su Reglamento de Recursos Humanos, plantea la creación del área de selección y concursos que es la encargada de la dirección de cada uno de los Servicios Regionales de Salud, para la provisión de los puestos de trabajo de carácter básicos (profesionales, técnicos y auxiliares) que sean necesarios en su ámbito. Se señala que las convocatorias se harán públicas, en el diario de mayor circulación; serán periódicas respondiendo a las demandas de los servicios, al menos una vez al año. La convocatoria deberá contener los siguientes requisitos: a) número de puestos de trabajo que convocan; b) categoría a la que pertenecen; c) centros de trabajo donde se sitúan los puestos; d) retribuciones mínimas; e) requisitos que deben cumplir los aspirantes; f) definición de las competencias asociadas a los puestos de trabajo convocados; g) plazo,

33 Ley que regula el Empleo Público y la Carrera Administrativa. Ley 909 de 2004, Artículos 29-31.

procedimiento, forma y autoridad ante la que debe presentarse la solicitud de participación en el proceso; h) horario de trabajo. Cabe precisar que en el caso de la selección de puestos básicos, estos serán seleccionados por concurso de méritos, en el que además del curriculum vitae deberán valorarse aptitudes e idoneidad y la conducta pública de los candidatos, de acuerdo con una norma preparada al efecto. Los concursos por mérito y oposición tendrán como finalidad determinar el orden de adecuación global de los candidatos a las competencias profesionales asociadas a los puestos de trabajo<sup>34</sup>.

### 3.6 CAPACITACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL:

Otro aspecto esencial dentro de una discusión sobre carrera sanitaria son las reglas sobre la capacitación y desarrollo profesional al interior de cada institución. En toda institución o centro laboral se promueven espacios para el desarrollo profesional del trabajador. En ese sentido, no sólo se recalca la importancia de la realización de planes de capacitación al trabajador recién ingresado a la institución o centro laboral para adecuarse a la ritmo de trabajo; sino también a los planes de capacitación constantes en la relación laboral, de tal forma que permitan adecuar, construir y evaluar las competencias que va adquiriendo el recurso humano de salud a lo largo de su vida laboral, así como, ir estableciendo un perfil que se adapte al cargo o función designada.

La capacitación y el desarrollo profesional se encuentran regulados en las leyes de carrera sanitaria de los países comparados, sin embargo, no se logró identificar si estos países contienen normas que establecen la medición o evaluación del desempeño en los planes de capacitación. Se advierte que el problema en cuanto a los mecanismos de evaluación del desempeño se da en la aplicación de estos pues no se efectivizan en la realidad.

**República Dominicana:** Cuenta con Programas de Capacitación, que están diseñados para cumplir los siguientes objetivos: a) el desarrollo integral de los recursos humanos en salud; b) el desempeño laboral efectivo; c) actitud positiva; d) satisfacción de los usuarios ante los servicios de salud recibidos; y e) la calidad en el ofrecimiento de los servicios. Como característica de este sistema de capacitación, los contenidos de los planes de capacitación y desarrollo profesional del Sistema Nacional de Salud, además de contener los temas específicos de cada profesión o carrera ética, deben incluir temas vinculados a la ética, bioética, deontología y humanismo<sup>35</sup>.

**Colombia:** La regulación colombiana contiene Programas de Formación en Salud, con actividades prácticas que garantizan la adquisición de conocimientos; destrezas y habilidades; actitudes y aptitudes requeridas por los egresados para ejercer una profesión u ocupación (auxiliar y técnico)<sup>36</sup>. Respecto a la cantidad de estos programas, el Ministerio de Educación en articulación con el Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud regula la oferta educativa y la creación de programas de educación del área de la salud de manera que corresponda a las necesidades del país con base en los principios de proporcionalidad y razonabilidad<sup>37</sup>. Estos programas

34 Reglamento de Recursos Humanos, Decreto, 732-04. Artículos 12, 14 y 15.

35 Art 22 y 27, Reglamento de RRHH de República Dominicana

36 Art 7 y 8 del proyecto de ley de RRHH, de Colombia

37 Artículos 7, 8 y 11.

constituyen un aporte importante, en cuanto a la formación y/o capacitación del personal de salud sea profesional, técnico y auxiliar, según corresponda.

**Chile:** El Estatuto Administrativo de Chile, aplicable para los profesionales, técnicos, auxiliares y administrativos de salud, señala, en su artículo 21, que se entenderá por capacitación el conjunto de actividades permanentes, organizadas y sistemáticas destinadas a que los funcionarios desarrollen, complementen, perfeccionen o actualicen los conocimientos y destrezas necesarios para el eficiente desempeño de sus cargos o aptitudes funcionarias. Asimismo, se establecen tres tipos de capacitación: a) La capacitación para la promoción, que corresponde a aquella que habilita a los funcionarios para asumir cargos superiores; la selección de los postulantes se hará estrictamente de acuerdo al escalafón; no obstante, será voluntaria y, por ende, la negativa a participar en los respectivos cursos no influirá en la calificación del funcionario; b) La capacitación para el perfeccionamiento, que tiene por objeto mejorar el desempeño del funcionario en el cargo que ocupa. La selección del personal que se capacitará, se realizará mediante concurso, y c) La capacitación voluntaria, que corresponde a aquella de interés para la institución, y que no está ligada a un cargo determinado ni es habilitante para el ascenso. El jefe superior de la institución, el Secretario Regional Ministerial o el Director Regional de servicios nacionales desconcentrados, según corresponda, determinará su procedencia y en tal caso seleccionará a los interesados, mediante concurso, evaluando los méritos de los candidatos.

**Perú:** Para la carrera sanitaria, el tema de la capacitación y desarrollo profesional debe tomar en cuenta básicamente dos aspectos: a) la **delimitación de responsabilidades**, donde existe un importante avance en la regulación de la capacitación y desarrollo de los trabajadores del sector público, sin embargo se requiere precisar cómo se pondrá en práctica para el caso de los trabajadores del sector salud; y b) **la determinación de los diferentes perfiles o cargos propios de la salud** para diseñar y aplicar un programa de capacitación a fin de estandarizar o nivelar a los miembros y postulantes de la carrera y, por tanto, mejorar la competencia de la institución. Sin olvidar, que la vinculación de la capacitación y el desarrollo con la progresión en la carrera debe estar alineado a procesos de evaluación del recurso humano. En cuanto al tema de la formación laboral de los recursos humanos de la salud, debe considerarse el SERUMS, toda vez que cubre las plazas más alejadas en el primer y segundo nivel de atención. Por lo tanto, la carrera sanitaria debe ser una herramienta para controlar el problema de retención de personal en las regiones a fin de cubrir el primer nivel de atención.

### 3.7 ESCALAFÓN SANITARIO: SISTEMA RETRIBUTIVO Y RÉGIMEN DE INCENTIVOS.

De acuerdo al Diccionario de la Lengua Española, escalafón alude a una lista de los individuos de una corporación, clasificados según su grado, antigüedad, méritos.

Según la OPS, en el contexto de la carrera sanitaria el escalafón es un mapa de puestos establecidos en las instituciones del sector salud, clasificados por orden competencias, capacitación y antigüedad. En ese sentido, el escalafón debe incluir la tabla salarial que se sustenta en el mapa o sistema de clasificación de cargos y este mapa de cargos debe reflejar el modelo de organización institucional. En cuanto al tema de salarios, se reconoce el salario base, que es fijo, la otra parte corresponde a los beneficios e incentivos.

En la carrera sanitaria, la definición de salarios básicos debe estar enmarcada en la política salarial, aplicable a todo el aparato gubernamental. Por otro lado, los incentivos que se establezcan deben estar acorde con los puestos o situaciones y en relación con las evaluaciones de desempeño<sup>38</sup>.

En cuanto a las experiencias de carrera sanitaria en otros países tenemos:

**República Dominicana:** Cuenta con un sistema retributivo, que se define conforme a la Ley General de Salud, donde los salarios y retribuciones financieras de los profesionales, auxiliares y técnicos de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, son uniformes y equitativos. Tienen como bases objetivas los resultados de estudios técnicos sobre clasificación y valoración de cargos, costos de vida, naturaleza y características del cargo, jornada de trabajo y evaluación del desempeño y otras condiciones que determinen los reglamentos. El sistema Retributivo está orientado en los siguientes componentes; **perfil del puesto del trabajo y desempeño en el puesto del trabajo.** La Dirección Gerencial dentro del Sistema Nacional de Salud, puede introducir mejoras retributivas en aquellos conceptos, salvo el sueldo base, que estime conveniente en función de las prioridades que establezca en su gestión, sin que se establezcan privilegios, discriminaciones ni condiciones que vulneren el carácter equitativo de las mismas. En República Dominicana existen los siguientes conceptos retributivos: i) Sueldo base; ii) Pagos por docencia; iii) Pagos por prestación de servicios fuera del horario ordinario; iv) Incentivo del puesto de trabajo; v) Incentivo por evaluación del desempeño; vi) Incentivo por el desarrollo profesional; vii). Incentivo por el logro de metas y la obtención de resultados; viii) Incentivo por investigación; ix). Incentivo por distancia; x) Incentivo por antigüedad; y, xi) otras prestaciones que le correspondan de conformidad con las leyes vigentes. Por otra parte, se aplican los siguientes incentivos: a) Incentivos del Puesto de trabajo, b) Incentivos por Evaluación de desempeño, c) Incentivo por Desarrollo Profesional, d) Incentivo por el logro de metas y resultados, e) Incentivo por Investigación, f) Incentivo por antigüedad.- se establece el escalafón profesional por categorías, de acuerdo a al artículo 96 de la Ley General de Salud. Se puede concluir que República Dominicana tiene una extensa y basta regulación sobre este punto. Asimismo, de las legislaciones comparadas, se considera que la República Dominicana es la más completa.

**Chile:** El tema de escalafón, sistema retributivo y salarial, se rigen por sus leyes administrativas o de servicio civil. Los trabajadores que se encuentran en el régimen de la Ley 19.664, que establece las normas para los profesionales-funcionarios y modifica la Ley N° 15.076<sup>39</sup>; conformado por los médicos, odontólogos, químico- farmacéuticos y bioquímicos, cuentan con un sistema retributivo que se compone de dos tipos de remuneraciones: a) para profesionales funcionarios de planta y b) para personal contratado. Estas remuneraciones son permanentes y transitorias. La remuneración permanente está conformado por el sueldo base, la asignación de antigüedad, la asignación de experiencia calificada, y la asignación de reforzamiento profesional diurno. En la remuneraciones transitorias se encuentran: a) las asignaciones de responsabilidad que se otorgan a los funcionarios que tienen cargos directivos y están en el ejercicio de funciones de dirección, coordinación, supervisión encomendadas a los profesionales; b) la asignación de estímulo, que se concede por lugares o condiciones especiales o por las competencias profesionales exigidas para determinados puestos

38 Cfr. OPS. El proceso de Construcción de las Carreras Sanitarias en la Región de las Américas, pág. 28- 29 .

39 Que fija el estatuto para los médico- cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas.

de trabajo que el Servicio de Salud correspondiente requiera incentivar para cumplir los planes y programas de salud; c) bonificación por desempeño individual, que se otorgará anualmente a los profesionales mejor calificados de cada establecimiento; y d) bonificación por desempeño colectivo, que otorgará al conjunto de los profesionales de las unidades de trabajo que deban cumplir las metas de desempeño institucional que se convengan con el Servicio de Salud o con el establecimiento correspondiente, según sea el caso.

**Colombia:** Su Proyecto de ley en materia de Recursos Humanos, no regula el tema de escalafón sanitario ni conceptos remunerativos.

**Perú:** Cuenta con suficiente regulación respecto del tema bajo análisis, de acuerdo al Decreto Legislativo 276 y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N 005-90-PCM, en ambas normas se establecen: el escalafón de servidores de carrera con la ubicación del personal en cada uno de los grupos ocupacionales<sup>40</sup> y niveles según sus méritos dentro del proceso de progresión en la Carrera Administrativa. En su Ley de Carrera Administrativa contiene al Sistema Único de Remuneraciones que establece la remuneración de los funcionarios y servidores públicos. Esta se constituye por tres componentes: a) el haber básico, b) las bonificaciones y c) los beneficios. Al respecto, el haber básico se fija, para los funcionarios, de acuerdo a cada cargo, y para los servidores, de acuerdo a cada nivel de carrera. En uno y otro caso, el haber básico es el mismo para cada cargo y para cada nivel, según corresponda. Las bonificaciones son: i) la personal, que corresponde a la antigüedad en el servicio computadas por quinquenios; ii) la familiar, que corresponde a las cargas familiares; y iii) la diferencial, que no podrá ser superior al porcentaje que con carácter único y uniforme para todo el Sector Público se regulará anualmente. Los beneficios son los establecidos por las Leyes y el Reglamento, y son uniforme para toda la Administración Pública<sup>41</sup>.

### 3.8 ASCENSO Y PERMANENCIA EN LA CARRERA SANITARIA

Según Francisco Longo (2002)<sup>42</sup>, el tema de ascensos y permanencia forma parte de la gestión del desarrollo, que busca estimular el crecimiento profesional de los empleados de acuerdo con su potencial, fomentando los aprendizajes necesarios y definiendo itinerarios de carrera que conjuguen las necesidades organizativas con los diferentes perfiles individuales.

En ese sentido, se incluyen a los aspectos relativos al avance en la carrera (los mecanismos de promoción de los empleados), y su vinculación con las actividades de formación a través de programas de capacitación y desarrollo de competencias, así como la evaluación de desempeño.

40 **Decreto Legislativo 276, Ley de Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público.** En el art 9 de dicha norma, se establecen las tres categorías que conforman los grupos ocupacionales de la Carrera Administrativa: a) El Grupo Profesional, que está constituido por servidores con título profesional o grado académico reconocido por la Ley Universitaria b) El Grupo Técnico, que está constituido por servidores con formación superior o universitaria incompleta o capacitación tecnológica o experiencia técnica reconocida. C) El Grupo Auxiliar, que está constituido por servidores que tienen instrucción secundaria y experiencia o calificación para realizar labores de apoyo.

41 art 43 D.L. 276.

42 .En: Banco Interamericano de Desarrollo. El servicio civil en los países centroamericanos y República Dominicana. <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=876026.2006>

**República Dominicana:** El tema del proceso de promoción, se caracteriza por el cambio de nivel jerárquico a que tienen derecho los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, al acceder a niveles previamente definidos para las tres categorías (profesionales, técnicos o auxiliares). El sistema dominicano consta de dos modalidades: a) Modalidad Funcional Vertical: La promoción desde puestos básicos a puestos de trabajo calificados como jefaturas de Servicios o Unidades y a puestos directivos y, b) Modalidad Funcional Horizontal: Se aplica dentro de la categoría profesional, mediante la certificación del perfeccionamiento de las competencias profesionales asociadas a las funciones de la propia categoría profesional. La SESPAS en coordinación con la Oficina Nacional de Administración Pública y Personal (ONAP), determina las categorías profesionales y técnicas calificadas que se incluyen en esta modalidad de movilidad funcional. La ONAP en coordinación con los organismos dependientes del Poder Ejecutivo, elabora y desarrolla un sistema integral de clasificación y valoración de todos los cargos que conforman al Servicio Civil, pertenezcan éstos o no a la Carrera Administrativa. (Ley del Servicio Civil y de Carrera Administrativa). Existe en la regulación dominicana la movilidad funcional, que se constituye como un mecanismo de alternativo y/o voluntario para cada profesional. Esto permitiría a cada uno decidir su nivel de implicación con la organización, cuáles de las funciones asignadas a la categoría desea desempeñar más intensamente o qué nivel de prestaciones económicas y de cualquier otro tipo espera recibir la organización, la opción de disminuir el tiempo de trabajo dedicado a la asistencia sanitaria y el acceso a las líneas de formación y capacitación profesional.

**Chile:** Los profesionales, sea médicos, odontólogos y químicos, cuentan con un Reglamento de Sistemas de Acreditación, por el cual se evalúan a estos profesionales, para permitirles ascender a la Etapa de Nivel Superior, en base a tres áreas de logros: logros técnicos, logros clínicos y logros organizacionales. En el primer rubro de logros técnicos se evalúa la **capacitación, perfeccionamiento y subespecialización**; el logro clínico se compone de cuatro puntos de evaluación: i) **la atención abierta**, que se acreditará con indicadores tales como consultas generales y de especialidad atendidas por el profesional y su relación con las horas semanales dedicadas a ello y el porcentaje de cumplimiento de lo programado, en función de la jornada contratada; ii) **la atención cerrada**, que tiene como indicadores, por ejemplo, el número de camas bajo su manejo directo en cada año, el número de cirugías realizadas como primer cirujano o ayudante, partos, anestesia u otros y su relación con el número de horas semanales dedicadas a ello; iii) **los procedimientos y exámenes**, que cuentan con indicadores tales como el número de procedimientos o exámenes realizados y su relación con el número de horas semanales dedicadas a ello y el cumplimiento de lo programado en cada caso, en función de la jornada contratada; y iv) **la actividad en situaciones críticas**, que se acreditará mediante la relación cronológica de las acciones destacadas desarrolladas en el período en función de situaciones imprevistas calificadas y valoradas por el jefe del Servicio Clínico o Unidad de Apoyo correspondiente, tales como urgencias clínicas, emergencias sanitarias u otras. Por último, se encuentran los logros organizacionales, que deben alcanzar los profesionales en el desempeño de sus funciones durante el período objeto de acreditación. Aquí se mide el rendimiento en base a tres criterios: i) **cargos y responsabilidades**, que se acreditará por la relación cronológica de los cargos, comisiones de servicio y/o recomendación de funciones de responsabilidad cumplidos por el profesional funcionario en el período objeto de evaluación aporte profesional y reconocimiento institucional; ii) **aporte profesional**, impulsados por el profesional en el período a evaluar, ya sea en forma

individual o en conjunto con otros profesionales, y que hayan tenido por resultado mejorías en la calidad o cantidad de los servicios proporcionados a la población usuaria. Se dará mayor puntaje al profesional que haya hecho la contribución más relevante cuando se trate de iniciativas colectivas; iii) **reconocimiento institucional**, se acreditará mediante la relación cronológica de los reconocimientos recibidos por el profesional en el período a evaluar, ya sea por desempeño destacado, por labor en beneficio de la comunidad o de los funcionarios de su servicio, unidad o establecimiento<sup>43</sup>. Por otro lado, de acuerdo al Estatuto Administrativo, que rige la carrera administrativa y que se aplica para los profesionales, técnicos, auxiliares y administrativos que laboran en el sector salud, se regulan dos ámbitos de progresión en la carrera: a) las promociones y b) ascensos. Las promociones se efectuarán por concurso interno en las plantas de directivos de carrera, profesionales, fiscalizadores y técnicos; y por ascenso en el respectivo escalafón en las plantas de administrativos y de auxiliares, o en las equivalentes a las antes enumeradas. Las bases de estos concursos deberán considerar sólo los siguientes factores: i) capacitación pertinente, ii) evaluación del desempeño, iii) experiencia calificada y iv) aptitud para el cargo. Cada uno de estos factores tendrá una ponderación de 25%. En cada concurso estos factores podrán evaluarse simultánea o sucesivamente. En cuanto al ascenso, el funcionario tiene derecho a acceder a un cargo vacante de grado superior en la línea jerárquica de la respectiva planta, sujetándose estrictamente al escalafón. Un funcionario de la planta de Auxiliares tendrá derecho a ascender a un cargo de la Planta de Administrativos, gozando de preferencia respecto de los funcionarios de ésta, cuando se encuentre en el tope de su planta, reúna los requisitos para ocupar el cargo y tenga un mayor puntaje en el escalafón que los funcionarios de la planta a la cual accede<sup>44</sup>.

**Colombia:** El Reglamento de Recursos Humanos en Salud no ha reglamentado el tema de las promociones y ascensos del personal de salud. Se explica esta situación, en el sentido que la legislación colombiana, enfoca el ordenamiento de los recursos humanos en salud en base a principios, programas de formación y/o capacitación de los recursos humanos de salud, en base a los requisitos para ejercer las profesiones y ocupaciones, regula los derechos y deberes éticos en el ejercicio laboral, etc. En esa línea, su reglamento contiene vacíos en la regulación de carrera sanitaria.

**Perú:** En el tema de ascensos y promociones, se rige por el Decreto Legislativo 276, Reglamento de Carrera Administrativa y Bases de Remuneraciones del Sector Público. En este, se especifica que el ascenso del servidor en la carrera administrativa se produce mediante promoción a nivel inmediato superior de su respectivo grupo ocupacional, previo concurso de méritos. Al respecto, se menciona que las entidades públicas planificarán sus necesidades de personal en función del servicio y sus posibilidades presupuestales. Anualmente, cada entidad podrá realizar hasta dos concursos para ascenso, siempre que existan las respectivas plazas vacantes. Se plantea que es deber de cada entidad establecer programas de capacitación para cada nivel de carrera y de acuerdo con las especialidades, como medio de mejorar el servicio público e impulsar el ascenso del servidor. El cambio de grupo ocupacional, previo el cumplimiento de los requisitos correspondientes, no puede producirse a un nivel inferior al alcanzado, salvo consentimiento expreso del servidor. De acuerdo a lo expuesto, se plantea que el tema de ascenso y permanencia en la carrera sanitaria, para el

43 Reglamento de Sistemas de Acreditación. Que regula lo referido a los artículos 16 y siguientes de la ley N° 19.664. Aprobado por Dto. N° 128 de 2004. Publicado en el diario oficial de 05.05.05. Chile.

44 Ley 18.834 (art 45 -51)

Perú debe estar orientada a principalmente a: a) Asociar la educación del personal de salud con los requerimientos institucionales del sector, ya que al capacitar sobre la política institucional se orienta y guía al trabajador para que tenga presente los objetivos institucionales y las metas de su función dentro de la misma institución; b) Realizar programas de capacitación que permitan el cumplimiento de los objetivos de la institución y ayuden a generar competencias específicas para proyectos o actividades prioritarias, que la capacitación debe responder a necesidades concretas y a subsanar vacíos en aspectos críticos de la prestación y del desarrollo de los servicios que surgen de la formación del personal y la educación formal c) Implementar un sistema de evaluación de desempeño que incluya la evaluación individual y colectiva, por equipos de trabajo con metas, se plantea que la evaluación del desempeño no sólo se aplique a nivel individual, sino también se evalúe a nivel colectivo; sin embargo, se pueden presentar problemas en la ejecución, debido a que como señala la OPS, *la capacidad de trabajar en equipo es paradójicamente poco desarrollada*<sup>45</sup>; y d) Establecer los requisitos necesarios y claros para la movilidad vertical y horizontal del personal; se considera que la propuesta de carrera sanitaria debe contener disposiciones claras y específicas para resguardar los derechos de los trabajadores en cargos transitorios, así como garantizar que una vez culminado el encargo, el trabajador retorne a su puesto inicial.

### 3.9 EGRESO DE LA CARRERA SANITARIA.

La desvinculación se refiere a las políticas y prácticas relacionadas con la extinción de la relación laboral, ya sea por causas disciplinarias, bajo rendimiento, o por razones económicas, organizativas o tecnológicas<sup>46</sup>.

El egreso en la Carrera Sanitaria se entiende como la gestión de desvinculación del trabajador de la relación laboral, después de haber cumplido ciertos requisitos y que le abre paso derechos adquiridos a lo largo de la relación laboral. Este aspecto de egreso de la carrera sanitaria se encuentra ampliamente desarrollado con similitudes en las legislaciones analizadas. Se evidencia que en el caso de República Dominicana y demás países hay una remisión a la ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa.

Las causales comunes de desvinculación en **República Dominicana, Colombia, Chile y Perú** son básicamente las siguientes: jubilación, muerte, renuncia, vacancia del cargo, y terminación del contrato. De acuerdo a la OPS, debiesen existir otras causas como la calificación no satisfactoria del desempeño, que debe ser determinada conforme las normas de rendimiento y evaluación de desempeño, que se apliquen para el trabajador.

**Chile:** En su Estatuto Administrativo cuenta con las siguientes causales para el caso de cesación de funciones: a) la aceptación de renuncia, b) la obtención de jubilación, pensión o renta vitalicia en un régimen previsional, en relación al respectivo cargo público; donde cesará en el desempeño de sus funciones a partir del día en que, según las normas pertinentes, deba empezar a recibir la pensión respectiva, c) la declaración de vacancia, la misma que se da por las siguientes causales: i) salud irrecuperable o incompatible con el desempeño del cargo, ii) pérdida sobreviniente de alguno de los requisitos de ingreso a la Administración del Estado, iii) calificación del funcionario en lista

45 OPS. El proceso de Construcción de las Carreras Sanitarias en las Américas. Pág.37.

46 Banco Interamericano de Desarrollo. El servicio civil en los países centroamericanos y República Dominicana, pág.11.

de Eliminación o Condicional, por no presentación de la renuncia, según lo señalado en el artículo 142, inciso final (Si la renuncia no se presenta dentro de las cuarenta y ocho horas de requerida, se declarará vacante el cargo), iv) Destitución; v) Supresión del empleo; vi) Término del período legal por el cual se es designado, y vii) Fallecimiento.

**República Dominicana:** Según el Reglamento de Recursos Humanos, la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, se puede terminar la relación laboral, respecto a los nombramientos de carrera por : a) segunda valoración negativa consecutiva en la evaluación del desempeño de un profesional situado en cualquier nivel de carrera de promoción profesional; b) sanción disciplinaria de terminación de la relación, c) jubilación del profesional , e) Pérdida de algunos requisitos necesarios para desempeñar el puesto de trabajo, f) Obtención de un nuevo nombramiento de carrera en un proceso de movilidad territorial voluntaria, entre otros.

**Colombia:** Si bien en su Proyecto de ley de Recursos Humanos de Salud, no se dispone sobre las causales de retiro o cesación de funciones dentro del ámbito de la carrera sanitaria; en el artículo 41, de su Ley de Carrera Administrativa, se establecen las causas de retiro del servicio, estas son: a) por renuncia, b) por muerte, c) por invalidez, d) por pérdida de derechos de carrera administrativa, entre otros. En ese sentido, se explica que habrá pérdida de derechos de carrera administrativa, cuando el retiro del servicio por cualquiera de las causales antes señaladas, implique la separación de la carrera administrativa y la pérdida de los derechos inherentes a ella.

### 3.10 RÉGIMEN DISCIPLINARIO:

Se resalta que los países revisados incluyen en sus legislaciones un régimen disciplinario que establece las faltas y sanciones para los trabajadores de la carrera sanitaria. Asimismo, se nota que en estas legislaciones se hacen remisiones a las leyes de servicio civil que regulan específicamente el tema disciplinario.

Se plantea que en la Carrera Sanitaria debe existir un régimen disciplinario que establezca las faltas y sanciones para los trabajadores de salud, así como se especifique y detallen las funciones del órgano u órganos fiscalizadores, que deberán ser los encargados de controlar y conocer los procedimientos disciplinarios internos de la carrera sanitaria.

**República Dominicana:** Su Reglamento de Recursos Humanos, señala que el Régimen Disciplinario se rige por lo previsto en el la Ley del Servicio Civil y Carrera Administrativa N 14-91 y Ley General de Salud, N°42-01. En el artículo 164 de la referida ley se dispone que el profesional, o cualquier persona autorizada para ejercer acciones en salud, será responsable ética, penal y civilmente del cumplimiento de todos los procedimientos, normas técnicas y en fin, todos los medios requeridos conforme a los principios de la ética y de las obligaciones de prudencia y diligencia; en los casos en que intervenga. Adicionalmente, para el caso de desvinculación de los miembros de la carrera por sanción disciplinaria, se impondrá una sanción de conformidad a la recomendación de un Tribunal disciplinario formado para tal efecto previo a un estudio del caso. Este tribunal estará constituido por un representante del departamento al cual está adscrito el profesional, un representante del gremio o sindicato y un representante de la gerencia diferente a la que solicitó la separación.

**Perú:** Es importante mencionar que conforme al Decreto Legislativo N° 1023, SERVIR ha regulado la constitución de un Tribunal de Servicio Civil, que conocerá en última instancia de los procedimientos disciplinarios. Al respecto, puede ser que dentro de la estipulación de un régimen disciplinario en la carrera sanitaria se tome en cuenta la existencia de organismos que realizan una función de control o fiscalización de los empleados públicos y que al igual que sucede en las legislaciones comparadas se remita a las normas administrativas.

**Chile:** Los profesionales, técnicos, auxiliares y administrativos que laboran en el sistema nacional de servicios de salud, bajo el régimen del Estatuto Administrativo, cuentan con un régimen disciplinario. Los funcionarios se someten a la responsabilidad administrativa, que dispone que el empleado que incumpla sus obligaciones o deberes podrán ser objeto de anotaciones de demérito en su hoja de vida o de medidas disciplinarias. Los funcionarios incurrirán en responsabilidad administrativa cuando la infracción a sus deberes y obligaciones fuere susceptible de la aplicación de una medida disciplinaria, la que deberá ser acreditada mediante investigación sumaria o sumario administrativo. Se menciona que los funcionarios podrán ser objeto de las siguientes medidas disciplinarias: a) Censura (reprensión por escrito que se hace al funcionario, de la cual se dejará constancia en su hoja de vida), b) Multa (consiste en la privación de un porcentaje de la remuneración mensual, la que no podrá ser inferior a un cinco por ciento ni superior a un veinte por ciento de ésta), c) Suspensión del empleo desde treinta días a tres meses (consiste en la privación temporal del empleo con goce de un cincuenta a un setenta por ciento de las remuneraciones y sin poder hacer uso de los derechos y prerrogativas inherentes al cargo), d) Destitución (es la decisión de la autoridad facultada para hacer el nombramiento de poner término a los servicios de un funcionario. Se aplicara dicha medida cuando: a) Se ausente de la institución por más de tres días consecutivos, sin causa justificada, b) Infringir las disposiciones de las letras i), j) y k) del artículo 78 de este Estatuto<sup>47</sup>, c) Condena por crimen o simple delito, y d) En los demás casos contemplados en este Estatuto o leyes especiales. Las medidas disciplinarias se aplicarán tomando en cuenta la gravedad de la falta cometida y las circunstancias atenuantes o agravantes que arroje el mérito de los antecedentes.

Colombia: Su Proyecto de Ley de Recursos Humanos no se establece disposición sobre el régimen disciplinario aplicable al personal de salud, ni se hace una remisión a la Ley de Carrera Administrativa u otra norma que regule este elemento normativo de la carrera sanitaria.

#### 4. CONSIDERACIONES FINALES

La construcción de una carrera sanitaria es un aspecto que ha tomado gran relevancia en diversos países de Latinoamérica a partir de las reformas que se llevan a cabo desde la década del 70 pero sobre todo durante la década de los 90's a los sistemas de salud. El impacto en el sistema de recursos humanos de dichas reformas ha hecho imprescindible la reforma del mismo a través de la aprobación de normas que regulen la carrera sanitaria, a partir de las que se debe iniciar un proceso de implementación de las mismas con la consecuente reforma.

<sup>47</sup> i) Organizar o pertenecer a sindicatos en el ámbito de la Administración del Estado; dirigir, promover o participar en huelgas, interrupción o paralización de actividades, totales o parciales, en la retención indebida de personas o bienes, y en otros actos que perturben el normal funcionamiento de los órganos de la Administración del Estado; j) Atentar contra los bienes de la institución, cometer actos que produzcan la destrucción de materiales, instrumentos o productos de trabajo o disminuyan su valor o causen su deterioro, y k) Incitar a destruir, inutilizar o interrumpir instalaciones públicas o privadas, o participar en hechos que las dañen.

En tal sentido, el proceso de construcción de una propuesta de carrera sanitaria requiere la participación de un conjunto de actores a fin de alinear intereses y enfoques diversos. Estos actores se identifican al interior (gremios, técnicos, trabajadores del sector, entre otros), como también en el entorno (todas las instituciones que deben participar debido a las implicancias de una reforma como la que se promueve) y son determinantes para desarrollar una propuesta consistente, viable y consensuada que facilite ser puesta en consideración.

En el presente documento se han identificado una serie de temas clave que deben ser discutidos y consensuados con los distintos actores, sin embargo, es importante recalcar que una propuesta viable únicamente podrá ser desarrollada si se sustenta en un adecuado análisis y diagnósticos que permitan cuantificar lo que implica la implementación de los distintos aspectos que se consideren deben ser normados (incentivos, programas de capacitación, sistema de evaluación, entre otros).

Las distintas soluciones que se planteen en el ámbito de lo que ha sido definido como carrera sanitaria necesariamente deberán ser articuladas a otros temas relacionados con la gestión de los recursos humanos (política salarial o funcionamiento del sistema de evaluación) si es que se quieren alcanzar los resultados esperados. Una mirada de sistema es importante para poder plantear soluciones más genéricas que permitan complementar las propuestas y lograr coherencia en el marco regulatorio.

En tal sentido, cada sistema de recursos humanos debe ser conceptualizado en el marco de las políticas de salud y teniendo en consideración las particularidades de su sistema salud, sin dejar de analizar la manera en que se lleva a cabo en el presente documento, las tendencias que se están siguiendo en el resto de países. Sin embargo, tal como se ha mencionado existe la necesidad de ordenar el sistema en torno no sólo a los requerimientos, que generalmente son muy fuertes, del personal de salud sino además incorporando las necesidades de los usuarios y en aras de mejorar la calidad de los servicios. Así también, el proceso de reforma no se debe utilizar ni conceptualizar como el medio de solución de todos los problemas de los trabajadores.

### **Recuadro 1: La carrera sanitaria regula la incorporación, evaluación, compensación y retiro de los** **Recuadro 4: Tarea pendiente**

Existen muchas definiciones previas que se deben concertar para formular una propuesta de carrera sanitaria para nuestro país:

- **¿Cuál es el alcance o ámbito de aplicación de la carrera sanitaria?**: ¿Solo el sector público?, ¿solo los trabajadores de salud?, ¿incluye directivos?, ¿todos los niveles de atención?, ¿solo el primer nivel de atención?, ¿ámbito nacional?.
- **¿Quién conduce el diseño y su implementación?**: ¿MINSA?, ¿SERVIR?,
- En el marco de la descentralización, ¿Cuál es el rol de los Gobiernos Regionales?.

Por otro lado, la identificación de actores claves es fundamental para generar un diálogo social que permita llegar a consensos desde el diseño, que permitan darle viabilidad a su implementación.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

Arguedas, Cinthya. (2008). Regímenes Laborales en el sector público peruano. Lima: Promoviendo alianzas y estrategias, Abt Associates Inc 81 páginas.

Arroyo, Juan; Echegaray, Ciro. (2008). Carrera Pública y carrera sanitaria en el Perú, 1950-2008. La normativa de la construcción y deconstrucción del modelo burocrático. Proyecta lab. Lima.

Arroyo, Juan; Echegaray, Ciro. (2009). Carrera Pública en el Perú. Fundamentos para su desarrollo. OPS. Lima.

Banco Interamericano de Desarrollo. El servicio civil en los países centroamericanos y República Dominicana. <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=876026>.2006.

Centro Peruano de Investigación y Desarrollo de Proyectos. Gestión Pública y Desarrollo. Reglamento Inicial del D.L. 276. <http://peruintegro.pcm.gob.pe/normas/pdfs/REG-INICIAL-276.pdf>.

Comisión Coordinadora. Formulación De Ley De Carrera Sanitaria Y Política Salarial. Carrera Sanitaria: Marco Referencial. (Informe Del Grupo No. 1) Managua 2006.

Constitución Política del Perú. SPIJ. Legislación de Carácter General. Publicado en 1993  
Corrales, Carlos. (2006). Carrera sanitaria: aspectos generales y objetivos. Presentación de power point. Asesor regional de recursos humanos en salud, HSS/HR, Organización Panamericana de la Salud- OPS

García, Toma Víctor. Los Derechos Fundamentales en el Perú. Juristas Editores, 2008.  
GRADE, (2006). Estudio sobre los recursos humanos en salud en Perú: gestión, distribución, normatividad, regulación, condiciones laborales y salariales y formación. Informe final de consultoría. Agosto.

Ley 23536. Normas Generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud. SPIJ. Legislación de Carácter General. Publicado en 1982.

Ley 26513. Modifican Ley de Fomento del Empleo. SPIJ. Legislación de Carácter General. Publicado en 1995.

Línea de Base de una Carrera Sanitaria para el Perú. Avance de las Propuestas Específicas para la Reforma Integral de la Carrera Pública. Documento de trabajo. Dirección General de Gestión de Recursos Humanos. 2010

Mario Pasco Cosmópolis [El principio protector en el proceso laboral. En: Revista de Iure N.º 1. Editada por los alumnos de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad de Lima, 1999, p. 77] En la Sentencia del Tribunal Constitucional N 008-2005-AI.

Ministerio de Salud. Perú. Dirección General de Salud Ambiental. DIGESA. Dirección de Salud Ocupacional. <<http://www.digesa.sld.pe/normaslegales.asp>>.

Ministerio de Salud de Chile con el apoyo de la OPS Regulación De los Recursos Humanos de Salud de Chile. Estudio realizado para la División de Recursos Humanos.

Mujica Neves, Javier. Introducción al derecho laboral. PUCP. 2003. García Toma Víctor, Los Derechos Fundamentales en el Perú, 2008.

Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. (2009) Información de recursos humanos en el sector salud y MINSA 2009. MINSA.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). El Proceso de Construcción de las Carreras Sanitarias en la Región de las Américas: análisis de situación y perspectivas de la cooperación técnica. 2006. OPS/OMS. La Gestión del Trabajo en América Latina y El Caribe: Tensiones y Conciliación entre “La vieja y la Nueva Agenda”. Unidad de Desarrollo de recursos Humanos. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. N° 36. Brasilia – Brasil. 2004

OPS. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud- Ministerio de Salud del Perú. FORO REGIONAL AVANCES Y TENDENCIAS EN EL DESARROLLO DE LAS CARRERAS SANITARIAS EN LA REGIÓN DE LAS AMERICAS. Lima, Perú, 13-15 de octubre 2010.

OPS. Organización Panamericana de la Salud. El Perfil del Sistema de Salud de Chile 2002.

Plan Decenal para la Década del Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, Dirección General de Políticas, Regulación y Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, Serie Bibliográfica, Recursos Humanos en Salud N°.6, Lima, Perú 2006.

Santana, Rodríguez Ricardo. El poder disciplinario del empleador en la empresa privada. En: García Toma Víctor, Los Derechos Fundamentales en el Perú, 2008.

Servat Pereira de Sousa, Roberto. Los efectos negativos de la estabilidad absoluta como regla general de protección frente al despido. En: JUS-Doctrina & Práctica No.5, Mayo 2005, pág. 4-8. Toyama, Jorge, Agui, Héctor y Orellana, Luis. Trabajo de Investigación. Impacto de las sentencias laborales del Tribunal Constitucional sobre el Mercado de Trabajo (2002-2004). [http://www.grade.org.pe/eventos/economia\\_laboral/papers/Jorge%20Toyama.pdf](http://www.grade.org.pe/eventos/economia_laboral/papers/Jorge%20Toyama.pdf). 2004

Tribunal Constitucional. Expediente. N.° 1944-2002-AA/TC.  
<http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2003/01944-2002-AA.html>

Tribunal Constitucional. Expediente N.° 1124-2001-AA/TC.  
<http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2002/01124-2001-AA.html>

Tribunal Constitucional. Expediente: N 0008-2005-AI/TC.  
<http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/00008-2005-AI.html>

Webb, Richard; Valencia, Sofia. (2005) Los recursos humanos en la salud y la educación pública del Perú. En : Capítulo 6 del libro: Un nuevo contrato social para el Perú ¿Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario? Editor Daniel Cotlear, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/ Banco Mundial, Washington D.C. USA, 2006.