Los Recursos Humanos en Salud en Perú al 2010

Informe País al
Taller de San
Salvador, 4-5 mayo
2010

Juan Arroyo

Contenido

1	Introducción	3
2	Los antecedentes: la evolución de los Recursos Humanos en Salud hasta el año 2000.	3
3	El desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en los 2000.	6
	3.1 Políticas y Planificación.....	6
	3.2. Inversión en salud: en busca de recuperar el tiempo perdido.	8
	3.3. Disponibilidad y Distribución de los REHUS: Dotación para el Aseguramiento Universal, nuevo SERUM y programa Prosalud.	9
	3.4. Regulación de la Formación: Cultura de la Calidad, Acreditación y Certificación (CAFME, SINEACE, CONEAU).....	13
	3.5. Desarrollo de Capacidades: Educación Permanente y Postgrados	16
	3.6. Régimen Laboral: Ley Marco de Empleo Público, Autoridad del Servicio Civil y CAS.	18
	3.7. Rectoría: De la ENSAP al IDREH y luego a la Dirección General de Recursos Humanos.	22
	3.8. Coordinación intergubernamental e interinstitucional: Comité de Coordinación con las DIRESAS y el rol de la cooperación, en particular de la OPS.	25
4	Análisis, reflexiones y recomendaciones	27

1 Introducción

El presente informe reseña la situación de los recursos humanos en salud en el Perú a la fecha, abril del 2010. Es un documento abreviado por su naturaleza de informe país, que busca dar cuenta no de los detalles sino de los grandes desplazamientos en la situación, en las políticas e intervenciones públicas y privadas en el campo de recursos humanos en salud en el Perú.

Siendo un informe sobre el curso actual de las cosas, se ve obligado sin embargo a informar también sobre lo que ha pasado en esta década que termina, porque, como se verá, la gran política en cuanto a recursos humanos ha tenido un viraje en el Perú a partir del año 2003 y ello obliga a que la unidad de análisis deba ser este periodo último 2003-2010. Igualmente, dado que la situación de los recursos humanos en salud se decide dentro y fuera del sector salud y tienen mucha incidencia sobre la fuerza laboral en salud normas e iniciativas emanadas desde otros ministerios y en particular desde la Presidencia del Consejo de Ministros, informar sobre las variaciones en las políticas de recursos humanos en salud obliga a tener una mirada también extra sectorial.

En los años 2000 ha habido un cambio de la situación de recursos humanos en el Perú respecto a la década pasada, sobretodo en los últimos tres años, en el contexto de un repotenciamiento del sistema de salud peruano, en particular con el aumento importante de la inversión pública en salud tanto en el MINSA como en el Seguro Social (ESSALUD); el inicio de la gestión descentralizada en el Estado peruano, con gobiernos regionales y locales; y el aumento notorio de los recursos humanos en salud, tanto en el MINSA como en ESSALUD. El cambio en el sentido general de las políticas de recursos, con la consiguiente transformación, reestructuración, reorientación del campo de recursos humanos en salud, tiene que ver con la necesaria reinención del régimen de trabajo y formación en salud, con la modificación de las herencias de los 90 e incluso los 80. Este desafío de la reinención se expresa, con todas sus deficiencias, en la amplia normativa sobre modernización y reforma del Estado en construcción en esta década, a caballo entre el modelo burocrático y el modelo flexible con precarización, mientras el camino de retorno al modelo anterior se expresa en las enormes resistencias para reglamentar la Ley sobre Empleo Público y en la facilidad con que se busca seguir acumulando excepciones en materia de sueldos y contrataciones. En forma más lenta que la deseada, se sigue avanzando en esta nueva ruta, sin embargo.

3

2 Los antecedentes: la evolución de los Recursos Humanos en Salud hasta el año 2000.

En el Perú ha habido tres etapas en la historia de los recursos humanos: 1) la que abarcó las décadas de 1950 a 1980, en que primó la regulación desde el enfoque

intervencionista; 2) la que abarcó los 90, en que se destruyó la regulación previa y se dio pase abierto a la flexibilización laboral con precarización y a la multiplicación de entidades formadoras en salud; y 3) la etapa 2003-2010, en que se ha empezado a reconstruir la regulación, pero en una reinención necesaria de los temas que han sido heredados de atrás.

La primera etapa abarcó entre 1950 y 1980 y fue de construcción del régimen público, bajo el modelo burocrático de entonces. El punto de partida fue la dación en 1950 del Decreto Ley N° 11377 de 1950, que fue la primera norma del sector público que reguló de manera integral el empleo público, generando el primer escalafón del servicio civil. Luego se daría los Decretos Leyes N° 17876 y 19847 el 31 de octubre de 1969 y 1° de abril de 1973, que ordenaron el panorama remunerativo. Finalmente, el 24 de marzo de 1984 se emitió el Decreto Legislativo N° 276 con la Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público. De esta forma los dos grandes pilares de la carrera pública del modelo burocrático, los decretos 11377 y 276, se emitieron entre los años 1950 y 1984, con 25 años de diferencia pero con el mismo espíritu. Toda la dinámica de esta primera etapa fue de disputa entre quienes buscaban mantener los regímenes particulares preestablecidos para los distintos grupos de servidores públicos y los que tendían a suprimirlos para implementar un sistema de clasificación de cargos general.

La segunda etapa abarcó entre 1990 y los 2000 y en ella se dio un viraje explícito hacia el modelo de flexibilización con precarización y el pase libre a la creación de decenas de nuevas universidades y facultades de ciencias de la salud.

4

En realidad el régimen de carrera pública ideado por el Decreto Ley 11377 llegó bastante disminuido a fines de los 80. Los estudios muestran que hubo una gran reducción del gasto público entre 1975 y 1990, que en ese interín disminuyó de US\$ 1,059 dólares per cápita a tan sólo US \$ 178 dólares.¹ Ello afectó fuertemente la planilla del sector público, que se contrajo en 75%, sin que hubiera reducciones de personal, lo que implicó una reducción de los salarios reales.² No puede extrañar entonces que los trabajadores del Estado desbordaran la normativa de carrera pública, que no garantizaba una recuperación de ingresos reales a través de los mecanismos estatuidos de ascensos mediante el escalafón. La crisis económica de los años 1988-92 fue el contexto en el cual se agotó el modelo burocrático y se abrieron las compuertas para una reestructuración de la carrera desde dos frentes, entonces, el frente corporativo gremial, que venía desde antes, y el nuevo del enfoque ortodoxo.

En los 90 se reemplazó el régimen laboral de los nombramientos o contratos por tiempo indefinido y se pasó a un régimen flexible en el vínculo laboral, con remuneraciones precarias. En el año 1991, mediante el Decreto Supremo N° 098-91-PCM, se ofrecieron incentivos para la renuncia voluntaria de trabajadores auxiliares y

¹ Webb, Richard. Prologue. En: Carlos Paredes y Jeffrey Sachs (eds.), *Peru's Path to Recovery: A Plan for Economic Stabilization and Growth*. Washington D.C., Brookings Institution.

² Wise, Carol. *Reinventando el Estado: Estrategia económica y cambio institucional en el Perú*. 1ª. Edición, Lima, Universidad del Pacífico, 2003.

técnicos, y posteriormente se hizo lo propio con el personal directivo y técnico de todo el sector público. Esta disposición no alcanzó a los profesionales asistenciales de salud. Según datos del Instituto Nacional de Administración Pública, todavía existente hasta 1995, a diciembre de 1994 se habían ido 134,700 trabajadores públicos, en comparación con los existentes en 1989. En el Ministerio de Salud a nivel nacional este proceso representó la renuncia de 12,000 trabajadores no profesionales de la salud (técnicos administrativos, técnicos de enfermería, auxiliares administrativos y auxiliares de enfermería, entre otros), puestos de trabajo que no fueron repuestos.

El 12 de noviembre de 1991 se emitió el Decreto Legislativo N° 728 o Ley de Fomento del Empleo. Esta norma no contemplaba nombramientos, sólo contrataciones de tiempo fijo, terminando con la estabilidad laboral. Dejó de aplicarse el Decreto Legislativo 276 para nombramientos y contratos, y se comenzó a usarse el Código Civil, que generó el régimen, antes en desuso, de servicios no personales. Esta modalidad de contrato se empezó a utilizar sobre todo en el MEF, SUNAT, ADUANAS, Contraloría de la República y en el sector salud, en la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, un sector de los CLAS y EsSALUD, entre otros. Sus repercusiones no sólo en el empleo público sino en el empleo en general fueron importantes: las contrataciones estables o nombramientos se redujeron del 41% en 1991 al 24.8% en 1999, los trabajadores sin contrato pasaron de 33.2 a 45.4% en ese periodo, los trabajadores eventuales aumentaron casi en 5% y la duración media del empleo se redujo aproximadamente de 70 meses en 1991 a 47 en 1999.³ Con la admisión de dos regímenes laborales en el Estado, uno de derecho público (D. Leg. 276) y otro de derecho privado (D. Leg. 728), empezaron a generarse las deformidades actuales. De los 80,000 contratados por Servicios No Personales entonces en el Estado, 41,000 fueron del MINSA, en particular en el Programa Salud Básica para Todos. Con esta modalidad se eludió los alcances de la carrera administrativa, que quedó ahora sí seriamente afectada. Antes había un desorden remunerativo del escalafón pero ahora había emergido un régimen de reemplazo, flexible y precario.

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

De otro lado, en el mundo de la formación, en enero de 1995 se emitió la Ley 26439 de creación del Consejo Nacional para la Autorización y Funcionamiento de

³ Chacaltana, Juan y Norberto García. Reforma laboral, capacitación y productividad. En: CIES, Políticas de empleo en Perú, Lima, T. II, 2003.

Universidades (CONAFU) y luego en noviembre de 1996 el Decreto Legislativo N° 882 de Promoción de la Inversión Privada en la educación, que alentaron la multiplicación de universidades y facultades más allá del límite de si había trabajo o no para sus egresados. Ni bien se creó CONAFU aparecieron 21 nuevas universidades, 18 de ellas privadas y sólo 3 públicas, en el lapso de 5 años.

3 El desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en los 2000.

Estamos ahora en los años 2000 en una fase de reconstrucción y reinención del Estado, de la carrera pública y de la formación en salud en el Perú, en forma trabajosa, por los fuertes intereses en todos los terrenos, en un trasfondo de veloz crecimiento económico que marca el contraste con la marcha más pausada con lo que se hace en el terreno de la reforma del Estado, desde el cual se viene avanzando la nueva política de recursos humanos, como veremos.

3.1 Políticas y Planificación

El proceso de formulación de la actual política de recursos humanos en salud se ha venido asumiendo y perfeccionando a todo lo largo de la década. Empezó con el cuarto lineamiento general de política sectorial de salud definido por el MINSA en el documento "Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012 y Principios fundamentales para el quinquenio agosto 2001- julio 2006". Y luego tuvo un proceso de cuatro años de desarrollo que comprendió en su primera etapa los primeros borradores presentados a finales del año 2002, luego la aprobación por unanimidad en el Comité Nacional de Articulación Docencia-Servicio e Investigación (CONADASI), y finalmente la ratificación el 22 de setiembre del 2005 en el Consejo Nacional de Salud del documento de "Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en salud". Dicho documento explicitó ocho lineamientos de política que son los rigen actualmente:

- ◆ Lineamiento 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 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 3: Gestión descentralizada de recursos humanos en salud como parte de la gestión de los servicios de salud, reconociendo la

centralidad e integralidad de los recursos humanos en el desarrollo organizacional.

- Lineamiento 4: Gestión de procesos eficaces, eficientes y equitativos para el desarrollo de capacidades del personal de salud, a fin de contribuir a la mejora de su desempeño y de la atención de salud de la población.
- Lineamiento 5: Valoración de los agentes comunitarios de salud como recursos humanos relevantes del sistema de salud, así como la apreciación de su contribución a la salud y desarrollo, tanto en el ámbito local, regional y nacional.
- Lineamiento 6: Impulso de un nuevo marco normativo laboral integral que considere el ingreso en base a perfiles ocupacionales por competencias y que aplique la promoción en la carrera pública, los beneficios e incentivos laborales teniendo en cuenta el mérito y criterios de justicia y equidad.
- Lineamiento 7: Mejoramiento de las condiciones de trabajo y promoción de la motivación y compromiso del trabajador, que contribuyan a una renovada cultura organizacional y aseguren la entrega de servicios de salud de calidad.
- Lineamiento 8: Impulso de procesos de concertación y negociación en las relaciones laborales, basados en el respeto y dignidad del trabajador para el logro de la misión institucional.

7

En realidad este es el documento de política de recursos humanos más comprensivo de la década, que corresponde al diagnóstico integral que se hizo del campo de recursos humanos en el Informe País del Perú para la Reunión de Toronto en octubre del 2005.⁴

El Plan Nacional Concertado en Salud, aprobado el 20 de julio del 2007 por el nuevo gobierno, incluyó como Lineamiento de Política Seis el Desarrollo de Recursos Humanos, proponiéndose como Objetivo Estratégico “identificar, desarrollar y mantener recursos humanos competentes, asignados equitativamente y comprometidos para atender las necesidades de salud de la población” y como metas al 2011, “acreditar al 100% de instituciones formadoras en salud”, “100% de las regiones más pobres del país incrementará al 50% sus recursos humanos en salud” y “la implementación en las regiones del modelo de gestión por competencias”.

El presente informe revisará brevemente la implementación de las diferentes propuestas hechas a lo largo de la década, con énfasis en los últimos cuatro años.

⁴ MINSA-IDREH. Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño con Desarrollo Humano. 2005, 132 págs.

3.2. *Inversión en salud: en busca de recuperar el tiempo perdido.*

En realidad en este último quinquenio 2006-2010 se viene procesando un repotenciamiento del sistema de salud en sus dos grandes subsistemas, el MINSA y ESSALUD. El escenario actual se encuentra marcado por tres elementos que se han acentuado desde el año 2006: la descentralización, que terminó de trasladar las funciones a los gobiernos regionales el 2008; la definición del aseguramiento universal en salud como el objetivo central a partir del año 2008; y el notable aumento en la inversión pública en salud en los últimos dos años.

El crecimiento de la inversión pública en salud en los años 2008-2010 corrige la paradójica situación que se vivía en esta década, en que había una retracción del gasto en salud en medio de un ciclo expansivo de la economía peruana que abarcó el periodo 2003-2008 y se viene retomando el 2010. Se necesitarán probablemente dos lustros de incrementos en salud para cubrir la enorme brecha de necesidades.

La actual evolución económica del Perú otorga la posibilidad de, por fin, vivir una etapa de expansión del gasto en salud, del gasto público en salud y de la inversión pública en salud. El primero depende de la población y del Estado, y los dos últimos gastos, del Estado. Lo nuevo desde el año 2003 y sobre todo 2004, es que el Perú ha vivido un notorio proceso de expansión económica, pues durante el periodo 2003-2008 se produjo un crecimiento sostenido de setenta meses seguidos, si contamos desde el 2003. La economía superó la crisis de los años 1998-2001 y retomó una curva ascendente hasta la actualidad. La variación anual del PBI había sido negativa el año 1998 (- 0,7%) y con tasas menores en 1999 (0,9%), 2000 (3%) y 2001 (0,2%), pero a partir de 2004 y sobre todo de 2005 en adelante, se disparó: estuvo en 4% el 2003, pero subió a 5,1% el 2004, y de ahí a 6,7% el 2005, 7,6% el 2006, 9,0% el 2007 y 9.8% el 2008. El año 2009, año de crisis internacional, fue de 0,9%.

La situación del gasto público en salud en los años 2004-2007 era sin embargo de crecimiento del gasto público nominal pero disminución del peso del gasto público en salud respecto al gasto público total. La revisión de las cifras del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) revela que el *gasto público nominal en salud* ha registrado un continuo crecimiento en los últimos 8 años, pasando de 1.643.402.351,82 soles en 1999 a 1.727.158.614,93 el año 2000, 1.938.662.537,21 soles el 2001, 2.135.299.017,52 soles el 2002, 2.080.729.635,17 el 2003, 2.379.803.926,80 soles el 2004, 2.460.430.550,00 el 2005 y 2.580.289.899,53 el 2006.⁵ Sin embargo, el *gasto público en salud como porcentaje del gasto público total* ha retrocedido. El presupuesto del Estado ha crecido pero no de igual manera el del Ministerio de Salud. Los años 1999 y 2002 fueron aquellos en que el gasto en salud fue mayor en el presupuesto público: 6,03% y 6,05% respectivamente. En el 2003, sin embargo, se registró el menor gasto de la serie observada con un 4.92%,

⁵ SIAF. <http://ofi.mef.gob.pe/transparencia/default.aspx>

tras lo cual en los siguientes años no remontó hasta los niveles más altos anteriores, siendo de 5,63% el 2004, 5,46% el 2005, 5,17% el 2006 y 5,35% hasta agosto del 2007. En general hay una caída en la tasa promedio de gasto en salud a 5.3% para el periodo 2003-2007. Esto quiere decir que los demás sectores del Estado se venían beneficiando mejor de la ampliación del presupuesto público.

De otro lado, las cifras sobre el gasto en salud del Perú muestran que en general en el Perú no se valora la salud y la vida en la misma medida que en otros países latinoamericanos. El *gasto en salud per cápita peruano* para los años 2000-2004, según cifras del Banco Mundial, fluctúa alrededor de los 100 dólares, ubicándose por debajo del promedio latinoamericano, que se hallaba el 2004 en 272 dólares. Son, lamentablemente, las últimas cifras disponibles. Otro indicador que demuestra la poca importancia otorgada a la salud es el *gasto en salud como porcentaje del PBI*, en que el Perú ocupa el último lugar de América Latina entre el 2001 y el 2004, con una tasa promedio de 4.5%.

Todo este panorama está cambiando en los últimos tres años 2008-2010. Respecto a la inversión pública en salud, en los años previos, en el mejor momento, fue apenas de 380 millones de soles entre MINSA y las Regiones. En contraste, el presupuesto para inversiones en salud del 2009 fue de 1,300 millones de soles y el del 2010 es de 1,700 millones de soles. Es verdad que existe una brecha de inversión que se ha estimado en el orden de los 9 mil millones de soles, por un descuido que viene de años. Pero de hecho ha habido un viraje en el volumen de los recursos asignados a salud, que se expresa en partidas para infraestructura, equipamiento y recursos humanos. Hay proyectados 31 nuevos hospitales MINSA, más los 19 de EsSALUD planificados: 4 nuevos en Cusco, 3 en Ica, 4 en Lima, 4 en Cajamarca, y así, en todo el país. Esto no había antes. Además, aparte, hay una partida de 165 millones de soles para equipamiento, que antes no hubo. En realidad el sector está recuperando el tiempo perdido.

9

3.3. Disponibilidad y Distribución de los REHUS: Dotación para el Aseguramiento Universal, nuevo SERUM y programa Prosalud.

Lo nuevo en los dos últimos años 2008-2010 ha sido el viraje hacia una mayor disponibilidad y una mejor distribución de los profesionales de salud, con la mayor dotación de recursos humanos en salud y el establecimiento de incentivos para su ubicación en las zonas alejadas y pobres, revirándose así parcialmente los déficits originados por las migraciones de profesionales y su concentración en las grandes ciudades.

Visto en el largo plazo, en el Perú ha venido dándose un aumento progresivo de los recursos humanos del sector salud. En el año 1992 el total de la fuerza laboral del MINSA y ESSALUD eran aproximadamente de 66,000 trabajadores; para el año 1996 ésta se incrementó aproximadamente a 101,000 y hacia los años 2004-2005 comprendía a 132,781 trabajadores, entre ambas instituciones, de los cuales 97,382 trabajaban en el MINSA y 35,399 en el Seguro Social de Salud (EsSalud). Había

además alrededor de 7,230 laborando en las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), si bien esta última cifra incluye médicos y personal asistencial a disposición en los directorios de las EPS y sólo un personal más pequeño de planta. El directorio de médicos de las EPS que trabajan exclusivamente en las EPS y no laboran por tanto ni en el MINSA ni en ESSALUD totaliza 3,240.

Ahora se estima trabajan en el sistema de salud peruano un total de 180,000 trabajadores y profesionales, de los cuales 123,663 lo hacen en el Ministerio de Salud y 36,063 en el Seguro Social de Salud (EsSalud, 2007). Las EPS tienen un personal de 7,230 personas y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, 14,587 profesionales, técnicos y auxiliares. Este contingente de 180,000 trabajadores y profesionales de salud atiende la salud de los 29 millones 461 mil peruanos estimados para el 2010.

Sin embargo, pese a este avance, *hay un déficit tanto de disponibilidad como de distribución*. No es sólo de distribución, pues incluso si se lograra una distribución conforme a la densidad poblacional y la vulnerabilidad de las regiones y distritos, faltaría personal de salud. El estudio de dotación de profesionales de salud que hizo el MINSA el año 2007 mostró que había una brecha que iba entre 8,446 a 15,363 médicos según los estándares que se usara.⁶ Asimismo, continuaba el centralismo en la distribución de profesionales de salud, concentrándose éstos en Lima y en la costa urbana del país. En el caso de los médicos, Lima tenía hasta hace poco una tasa de médicos por 10,000 habitantes 5.4 veces mayor que Huancavelica (17.7 versus 3.3) y casi el doble que el promedio nacional, que era 11,5. Además de Lima, sólo Arequipa, Tacna e Ica alcanzaban o superaban la tasa de 10 médicos por 10,000 habitantes. Del total de médicos que existe en el Perú, Lima concentraba el 53.19 %. En el caso de las enfermeras, ocho departamentos tienen una tasa por 10,000 habitantes superior al promedio nacional, evidenciándose una mayor concentración en la costa urbana, aunque con presencia importante en algunos departamentos de mayor pobreza. Del total de enfermeras el 40.23% se encuentra en Lima. En el caso de los odontólogos, con tasas por 10,000 habitantes mucho menores que las de otras profesiones, también tienen una distribución centralista, ubicándose básicamente en los departamentos de la Costa. Del total de odontólogos, el 44.25 % se encuentra en Lima. Del total de técnicos y auxiliares el 41.47% se encuentra en Lima.

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

⁶ MINSA. Estudio de la dotación de profesionales de la salud en los establecimientos del Ministerio de Salud. MINSA, octubre de 2007.

En respuesta a este panorama, en los últimos dos años ha habido una ampliación importante del número de profesionales en los servicios públicos y se ha iniciado su redistribución con incentivos para sus estancias en las zonas más pobres. Las dos grandes políticas de recursos humanos de estos años vienen siendo la transformación del SERUM en instrumento para expandir la frontera de los servicios y la generación de un régimen especial para cubrir el déficit de especialistas en provincias, ambas, acordadas en la reunión nacional realizada en diciembre del 2007 con los Directores Regionales de Salud, los Gerentes Regionales y funcionarios del ex IDREH (en ese entonces transitoriamente bajo la denominación de Programa Sectorial III).

Así, los médicos del MINSA han pasado de 12 mil a 17 mil en todo el país en los últimos tres años. Esto ha aumentado la disponibilidad en todas las regiones, pero se desea también que no estén concentrados en las capitales de departamentos. Esto ha implicado transformar el SERUM radicalmente. El primer cambio ha sido la modificación del mecanismo de asignación de las plazas para serumistas, que antes eran por sorteo y ahora son por méritos, conforme a una prueba. El segundo ha sido el establecimiento de bonificaciones para los postulantes que opten por zonas alejadas, bono de 10 puntos que eleva su puntaje en el orden de méritos. El tercero ha sido la utilización rigurosa del mapa de pobreza de FONCODES para la ubicación de los distritos prioritarios, en extrema pobreza. Los serumistas están bajo el régimen privado del DL 276 y se les otorga ahora 10 puntos de bonificación para el examen de residencia por ubicación alejada, además de su sueldo - 3,500 soles o 1,200 dólares -, seguro social, seguro complementario de riesgo, pasajes y medio sueldo para gastos de instalación.

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

Actualmente es obligatorio que todas las plazas de serumistas sean en primer nivel y son los gobiernos regionales quienes asignan las localidades o establecimientos. Esto ha cambiado la situación original de los 811 distritos más pobres del país, en los cuales hace tres años el 53% tenían médicos serumistas y el 47% no. Ahora el 89% de estos distritos ya tienen profesionales de salud utilizando el SERUM. Los porcentajes de presencia de médicos en los distritos de los tres departamentos más pobres del Perú son hoy elevados: 95% en Ayacucho, 97% en Apurímac y 95% en Huancavelica. En otras palabras, el SERUM estaba desarticulado de la política de salud y ahora es el principal instrumento que permite dotar de profesionales a lugares donde no había profesionales. En las actuales adjudicaciones de las plazas del SERUM el 85% de serumistas opta por distritos ubicados en los dos quintiles de mayor pobreza (el 54% en el quintil 1 y el 31% en el quintil 2). Se puede decir que las tres regiones más pobres tienen hoy una disponibilidad en el primer nivel superior al promedio del país. El problema ya no es el número de profesionales y ello se ha comenzado a expresar en resultados, como en el caso de Apurímac, que salió del grupo con mayor mortalidad materna.

El segundo gran problema en la dotación y distribución de profesionales es la falta de especialistas. En el MINSA faltan unos 6,000 especialistas. En muchas regiones no hay anestesistas, siquiátras, cardiólogos, gastroenterólogos, etc. La evaluación que tiene el MINSA es que esta brecha de especialistas se está ampliando. No hay especialistas suficientes en el Perú. Y esto en el contexto de un aumento de la demanda por la política de aseguramiento universal. La actual ampliación de la inversión en equipamiento descubre aún más esta brecha: uno de los tomógrafos más modernos del país, ubicado en Ayacucho, por ejemplo, no tiene un especialista que lo haga funcionar. En Ayacucho no hay un solo psiquiatra. En Huancavelica no hay un solo cardiólogo. Asimismo, la información que brinda el Seguro Social (ESSALUD) es que en todos sus últimos concursos para el segundo y tercer nivel no llegan a cubrir las plazas ofertadas. En julio del 2009 tenía 345 plazas sin cubrir. Igual pasa con los concursos de la Sanidad de la Policía Nacional, que en el 2008 ofertó 100 plazas de especialistas y no cubrió ninguna; en el 2009 volvió a ofertar 150 plazas y sólo cubrió 18. Según el estudio realizado por el MINSA la brecha de especialistas para las seis zonas de aseguramiento universal es de 1774. Sólo en los hospitales regionales de los tres departamentos más pobres del país faltan 194 especialistas.

En el fondo, se ha añadido a la vieja brecha de profesionales para la atención primaria, la nueva brecha, para la capa compleja, fuera de la tercera brecha, de capacidades. El Perú no atendió durante años la primera, mientras se iba abriendo la segunda brecha. Este déficit tiene que ver con la desarticulación entre el mundo del trabajo y las universidades, además de las migraciones de médicos fuera del país y hacia Lima. Los médicos que migran no son sólo médicos generales sino especialistas.

De ahí que se haya estructurado la segunda estrategia, que es el nuevo programa PROSALUD, ya diseñado, que está por ser lanzado para dotar de profesionales, ya no serumistas, a las regiones más vulnerables, por concurso. Será igual al SERUM en cuanto a priorización en los distritos con mayores necesidades, pero la dotación será de equipos básicos de salud (médicos, enfermeras, obstétrices y técnicos sanitarios). Dado que por ley tienen que ser contratados en el régimen público, se ha negociado con el Ministerio de Economía y Finanzas para que tengan remuneraciones superiores - 4,700 soles como máximo para los médicos; 2,700 soles para enfermeras -, además de dárseles incentivos para la residencia y concursos de nombramientos. El contrato de estos especialistas será por tres años, renovables por otros 3 años. Al final estos profesionales tendrán 20 puntos de bonificación para la residencia médica. De otro lado estos profesionales tendrán un programa de capacitación, primero en los hospitales y luego, ya en sus zonas, como alumnos de un Diplomado en Atención Integral, terminando en tres años como especialistas en medicina familiar o salud familiar. Hay convenios con algunas universidades para ello: San Marcos, Cayetano Heredia y San Luis Gonzaga de Ica. En cuanto a su financiamiento, ya está incluido en el Presupuesto de la República del 2010, que ha destinado 128 millones de soles en reserva para contingencias, de los cuales 50 millones de soles irán para nuevos recursos humanos en salud para fortalecer el aseguramiento universal. De esta partida, 40 millones de soles pasarán a este programa, para 1,584 nuevos profesionales en el MINSA, que se añadirán a los 6,000 serumistas.

Sin embargo, el MINSA evalúa que se necesita una política adicional: promover que nuevas universidades del interior formen especialistas, para evitar que los médicos egresados vengan a las universidades de Lima, Trujillo, y Arequipa, que forman al 90% de especialistas del Perú. La gran mayoría de egresados de Loreto o Cajamarca terminan por eso fuera de sus regiones. No hay una capacidad de retención. Para cambiar esta situación desde el año pasado se están abriendo otros lugares (Junín, Loreto, Ayacucho y Ancash) para formar especialistas en las cuatro especialidades básicas. Esto se hace mediante una alianza entre las Universidades y las Direcciones Regionales de Salud, que permite financiar las plazas. Ahora las Regiones de Salud deciden el número de plazas y las especialidades, a diferencia de antes, que eran fijadas por las universidades. En base a esto, las universidades ofertan vacantes y los postulantes las escogen, en orden de mérito. Con esto se busca que los médicos tengan mayores oportunidades en su región.

3.4. Regulación de la Formación: Cultura de la Calidad, Acreditación y Certificación (CAFME, SINEACE, CONEAU).

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

En 1980 había sólo 35 universidades, de las cuales 25 eran públicas y 10 privadas, con un total de 257,220 alumnos, 183,317 en las públicas y 73,903 en las privadas. A inicios de los años 2000 ya había 76 universidades en el Perú, 31 públicas y 45 privadas, con 35,455 docentes, 415,465 matriculados y 103,398 ingresantes.⁷ Hoy la Asamblea Nacional de Rectores informa que hay 102 universidades, de las cuales 35 son públicas y 67 privadas.⁸ 76 universidades tienen reconocimiento pleno, mientras 27 están en proceso de organización. La mayoría de universidades tiene carreras de salud. 31 tienen Facultades de Medicina, estando en organización seis más.

Dado que no había una ampliación de plazas en los servicios del MINSA y ESSALUD, que son los dos principales empleadores en salud, había un excedente de egresados que terminaba finalmente como emigrantes o en formas de subempleo. Entre los años 1996 y 2004 la Dirección Nacional de Migraciones contabilizó la emigración de 13,711 médicos, 7,340 enfermeras, 2,112 odontólogos y 1,110 obstetras.

⁷ Comisión Nacional por la Segunda Reforma Universitaria. El Sentido de la Segunda Reforma Universitaria. Lima, marzo de 2002.

⁸ Asamblea Nacional de Rectores. Directorio Universitario 2010. Lima: ANR, 2010.

Este desajuste oferta-demanda ha venido siendo cuantitativo, pero es también cualitativo, pues la masificación ha traído la mediocrización y la dualización de la formación universitaria y técnica, con lo que se ha cuestionado la calidad del personal formado y el propio status del profesional de salud en la sociedad.

En respuesta a esta situación de creación indiscriminada de Facultades de Medicina se creó el 11 de julio de 1999, mediante la Ley N° 27154, la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (CAFME), presidida por un representante del Ministerio de Salud e integrada por representantes del Ministerio de Educación, la Asamblea Nacional de Rectores, el Consejo para la Autorización del Funcionamiento de Universidades y el Colegio Médico del Perú, comisión a la cual se le encargó de la conducción y gestión del proceso. De esta manera se acordó que sólo se colegiarían y autorizaría el ejercicio profesional a médicos egresados de Facultades de Medicina acreditadas. En el año 2000 se aprobó el Reglamento de la Ley N° 27154 y en el año 2001 se emitieron los Estándares Mínimos para la acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina mediante la Resolución Suprema N° 013-2001-SA, al igual que los Estándares Mínimos para la creación de Facultades o Escuelas de Medicina, con la Resolución Suprema N° 252-2001-SA. Ese mismo año se iniciaron las visitas de verificación. En el año 2003 se aprobó el Código de Ética de verificadores e integrantes de CAFME (Resolución Ministerial 652-2003-SA) y se hizo la actualización de los Estándares Mínimos de Acreditación (Resolución Suprema N° 004-2003-SA). Una última actualización de los Estándares Mínimos de Acreditación se hizo nuevamente el año 2006.

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

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

Lamentablemente, el reglamento del SINEACE, emitido en julio del 2007, cesó a CAFME. Cuando no se había puesto a funcionar aún el nuevo Sistema, se anuló lo que ya había en salud, lo que generó un vacío legal que ha alentado nuevas creaciones de facultades en salud. El proyecto del SINEACE lógicamente es más amplio y ambicioso, pero por lo mismo ha caminado más lentamente. Ahora las carreras de acreditación obligatoria son todas las de salud y las de educación. Dentro del SINEACE es el CONEAU el órgano encargado de la acreditación y certificación universitaria. Pero el Sistema tiene plazo hasta diciembre del 2010 para la implementación del sistema, siguiendo después su operación, la acreditación misma. En estos años se ha avanzado en definir el modelo de acreditación universitaria, con criterios y estándares para todas las carreras de educación y salud, estando el proceso en la inscripción y autorización de agencias acreditadoras, pues son estas agencias las que acreditarán las carreras. Para ello se requiere que previamente el CONEAU certifique los evaluadores para las carreras pues éste es uno de los prerrequisitos para dar la autorización a las agencias acreditadoras. Por lo que se observa, el proceso mismo de acreditación lo heredará el próximo gobierno, luego de julio del 2011.

Sobre el proceso de la certificación profesional en salud, éste empezó con la profesión médica en 1998, a iniciativa del Colegio Médico del Perú (CMP), siendo la experiencia peruana, por tanto, inicialmente, de auto-regulación profesional y no de regulación por el Estado. En los dos primeros años del programa se presentaron 9,000 expedientes y en los siguientes dos años alrededor de 2,500. Los profesionales debían probar haber llevado cursos por más de 15 créditos en los últimos tres años para ser recertificados. En el 2006 se recertificaron aproximadamente 1,000 médicos. Este descenso y desaceleración del proceso se explica principalmente por la falta de difusión y promoción del proceso, la relativa falta de interés en la recertificación y su carácter voluntario. Actualmente, el CMP ha aprobado un nuevo reglamento para la recertificación médica que incluye la evaluación de la práctica profesional como un primer paso hacia la introducción progresiva de la evaluación de la competencia profesional. Sin embargo, la aceptación mayoritaria del proceso de recertificación por parte de los médicos, coexiste con las dudas sobre su utilidad, el bajo interés y la exigencia por disminuir los requisitos.

Estando en esta situación estacionaria la certificación médica, nació el SINEACE el 2006 incluyendo la certificación de todas las profesiones. En este caso, a diferencia de la acreditación, son los Colegios Profesionales los que certifican y el CONEAU tiene por encargo apoyarlos y asesorarlos a través de su Dirección de Evaluación y Certificación. En este lapso 2007-2009 se ha avanzado en definir todo el instrumental para la certificación, con mayor énfasis en las profesiones de salud que en las de educación, por las dificultades internas que ha tenido en los últimos años el Colegio de Maestros. Se ha formado asimismo a más de 200 evaluadores de competencias de diferentes Colegios Profesionales. En el nuevo sistema de evaluación de competencias se examinan conocimientos esenciales, desempeño esperados en una situación de trabajo simulada o real, y productos propios de cada profesión. No todas las profesiones deben certificar a sus miembros pues hay Colegios de certificación obligatoria (las 13 profesiones de salud más los profesores) y voluntaria (el resto). La norma establece que los Colegios tienen tres años para certificar a los profesionales

que tengan más de 5 años de habilitados. En el caso de medicina, por su número, se ha dispuesto empezar por los médicos generales. El plazo para que los Colegios Profesionales pidan a CONEAU ser autorizados como entidades certificadoras vence en octubre del 2010. Luego se verificará que cumplan los requisitos para la certificación. En el caso del Colegio de Enfermeros, tiene varios años trabajando el tema por lo que se espera sea autorizado como entidad certificadora sin dificultad. Se puede colegir de este panorama, que se está en los inicios de un largo proceso.

3.5. Desarrollo de Capacidades: Educación Permanente, Postgrados y CIRHUS

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

Esta percepción de profesionales y técnicos sobre la necesidad de “retomar los estudios” ha superado la visión anterior de una etapa de estudios y una posterior de práctica profesional. La formación es ahora permanente y ello ha motivado, también, la multiplicación de las especializaciones y los postgrados en el Perú y la adaptación de metodologías para una educación en el trabajo. Según una encuesta tomada en 1995⁹, más del 20% de los médicos estaba en posiciones de gestión. La proporción de profesionales asistenciales en cargos de gestión va en aumento, lo que unido a la fuerte rotación en los cargos, ha promovido la formación en gerencia. De otro lado, los avances científico-tecnológicos de la medicina vienen impulsando la actualización para evitar los desfases.

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

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

⁹ Bustíos, Carlos. Situación de la fuerza de trabajo médica en el Perú. Lima: Escuela Nacional de Salud Pública, 1998.

Ante este viraje entusiasta del personal de salud a la educación continua y al gerencialismo, los problemas nuevos que vienen surgiendo son la pertinencia de los programas de formación y el soporte financiero para su desarrollo. En la década de los 90 fue a través de proyectos de cooperación externa como el Proyecto de Fortalecimiento de los Servicios de Salud (PFSS), el Proyecto 2000 (Py. 2000) y el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB), que se desarrollaron importantes acciones de capacitación al personal de salud en actividad. En la década de los 2,000 el volumen de la cooperación y su destino a capacitación ha sido mucho menor. Una estimación realizada sobre los componentes de capacitación de los proyectos de cooperación internacional en los 2000 reveló son menores a las que se requiere.

En realidad el esfuerzo institucional más importante en cuanto a capacitación y actualización del personal de salud en el campo de recursos humanos ha sido la línea de formación sistemática de gestores de política de recursos humanos con el CIRHUS, curso primero latinoamericano, y luego replicado a nivel nacional con apoyo de la OPS, el Ministerio de Salud del Brasil, la Universidad de Río Grande do Norte de Brasil y la Universidad Peruana Cayetano Heredia. El MINSA esta invirtiendo en ello y tiene previsto dos cohortes más. Este Curso de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud ha sido promovido por la Coordinación Subregional Andina de la OPS y la cooperación internacional brasileña y es importante como acción asociada a una profesionalización de la función de gestión de política pública, teniendo un carácter estratégico la especialización en el tema.

17

En cuanto al desarrollo de capacidades del personal en su conjunto, la DGRH plantea dos ejes de capacitación en servicio, el primero sobre gestión, sobre todo para las direcciones regionales de salud, y el segundo sobre atención integral, que debe involucrar a las universidades pues el perfil de los egresados actual no permite, no facilita, trabajar en equipo. Los dos programas de formación que se vienen diseñando ya para asumir la capacitación del personal en servicio son el Programa de Educación en Gestión (PREG) y el Programa Nacional de Salud Familiar, que ya comenzó con un diplomado, involucrando a 250 participantes.

Asimismo, actualmente se está avanzando en el mapa de competencias, que a diferencia de antes, ya no se definen individualmente sino según la categoría de los establecimientos de salud. Los dos tipos críticos de establecimientos en las redes primarias son los clasificados como I-2 y I-4. En el I-2, hay un profesional general, y en el I-4, hay un equipo básico de salud, que debe resolver situaciones en el nivel de atención primaria. El objetivo del mapeo es identificar la brecha entre lo que se debiera hacer y lo que se hace, para establecer un plan de capacitación, así como un sistema de reconocimientos. El sistema de evaluación del desempeño estará también ligado a este trabajo previo, pero se culminará más adelante, por considerarse prioritario cerrar primero las brechas de disponibilidad y distribución.

De otro lado, falta fortalecer la coordinación entre las diferentes entidades del Estado encargadas del desarrollo de capacidades, en particular entre la Secretaría Nacional de Descentralización (SND) de la PCM y la Autoridad Nacional del Servicio

Civil, pues ambas tienen actualmente el encargo del desarrollo de capacidades en el Estado. La SND lo tiene porque con el proceso de descentralización se hizo imprescindible un plan de desarrollo de capacidades para el personal de las municipalidades y de los nuevos Gobiernos Regionales, lo que motivó la formulación del Plan Nacional de Desarrollo de Capacidades, que tiene como eje el fortalecimiento para la gestión de las funciones transferidas. Este Plan tuvo un tiempo de formulación largo pero finalmente se aprobó el 12 de enero del 2010 mediante el Decreto Supremo 004-2010-PCM. En el interín se instaló mediante el D.S. 002-2008-PCM, la Comisión Multisectorial para el Desarrollo de Capacidades en Gestión Pública de los Gobiernos Regionales y Locales, que ha venido capacitando a servidores del Estado. En el caso de SERVIR, el 21 de junio del 2008 se había emitido el Decreto Legislativo N° 1025, que aprueba las Normas de Capacitación y Rendimiento en el Sector Público, a cargo de dicha Autoridad Nacional del Servicio Civil. SERVIR tiene una de sus Gerencias dedicada al tema, que cuenta con un fondo inicial de capacitación gestionado ante el MEF.

3.6. Régimen Laboral: Ley Marco de Empleo Público, Autoridad del Servicio Civil y CAS.

Dado que en los 90 hubo un cambio de enfoque hacia el soslayamiento del servicio civil y el reemplazo del sistema de nombramientos por el de contrataciones, en los años 2000 se ha venido reconstruyendo las bases para la carrera pública, siendo el sector educación el que más ha avanzado en la implementación de la carrera pública magisterial. En salud se vienen sentando las bases actualmente para su diseño, planteando la Dirección General de Recursos que el primer paso será construir un sistema integrado de reclutamiento y selección, pues en la actualidad cada unidad ejecutora maneja su propio proceso de reclutamiento y selección conforme a sus criterios, planteándose que existan en el futuro concursos regionales e ingresos por orden de mérito.

Sin embargo, este tema del régimen de carrera trasciende el sector salud y viene siendo moldeado desde la Presidencia del Consejo de Ministros y el Ejecutivo de conjunto. En el Estado trabajan, según el Banco de Datos de Servidores Públicos del Estado, del Ministerio de Economía y Finanzas,¹⁰ 1'372,742 personas, con un personal activo de 623,019 empleados y un total de 688,366 pensionistas. Estas cifras no incluyen a las empresas del FONAFE ni a los Gobiernos Locales. El Censo del MEF indicaba además que la mayor parte del personal activo estaba en los Gobiernos Regionales (314 836), pues en ellos se incluye al personal de educación y salud, y también estaba en otros sectores como el Sector Interior (94 645) que incluye al personal policial, el Sector Educación (92 176), el Sector Defensa (55 654) que incluye al personal de las Fuerzas Armadas y el Sector Salud (25 909, personal sólo de Lima).

¹⁰ Ministerio de Economía y Finanzas. Banco de Datos de Servidores públicos del Estado, Resumen ejecutivo, 2008.

El personal total del sector salud, que comprende a 160 mil trabajadores, y el casi un millón cuatrocientos mil empleados públicos existentes, tienen múltiples regímenes laborales y salariales. La enorme mayoría de ellos, salvo 6,490 privados, deberían estar insertos en alguna estructura de carrera pública, por flexible que fuese. Pero el desorden administrativo de décadas ha heredado a la actualidad una situación compleja. La Dra. Nuria Esparch, Presidenta de la Autoridad Nacional del Servicio Civil (Servir), informaba en agosto del 2009 que había más de 30 formas de contratación en el Estado y 157 escalas de remuneración aprobadas por decreto supremo, sin contar las informales, notificando que no se tenía una cifra exacta sobre cuántos empleados públicos existían.

Dos estrategias se han puesto en marcha en esta primera década del nuevo siglo para poder retomar la carrera pública: la primera, una reforma tipo “big bang”, que intentó redefinir globalmente la política de Estado al respecto con una ley marco de carácter comprensivo, y la segunda, la que se sigue actualmente, que avanza en sentar las bases para una transformación general por etapas y medidas concretas. La primera estrategia se concretó en la Ley Marco de Empleo Público del 19 de febrero de 2004, y la segunda estrategia en la conformación de la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR) el 2008, con encargos concretos.

En el primer quinquenio de los años 2000 se dieron dos grandes marcos normativos: el de Modernización del Estado y el del Empleo Público. El 30 de enero del 2002 se emitió la Ley 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, que plantea la problemática del empleo público como clave para la consecución de los objetivos de modernización del Estado. Posteriormente, el 19 de Febrero del 2004, se dio la Ley 28175, Ley Marco del Empleo Público, que comprende la carrera administrativa del sector público y sus remuneraciones, plantea la unificación de los distintos regímenes laborales actualmente existentes en uno solo y define una estructura de clasificación del personal del Estado en grupos. Esta Ley Marco es una norma general, que dispuso el inicio de un cambio en el empleo público mediante nuevas leyes y reglamentaciones, tal como señala en su Segunda Disposición Transitoria, en que dio un plazo de 120 días a partir de la publicación de la Ley para que el Poder Ejecutivo remita al Congreso de la República propuestas legislativas sobre la Carrera del Servidor Público; el Régimen de los Funcionarios Públicos y Empleados de Confianza; la Ley del Sistema de Remuneraciones del Empleo Público; la Ley de Gestión del Empleo Público; y la Ley de Incompatibilidades y Responsabilidades.

La Ley Marco del Empleo Público entró en vigencia el 1º de enero del 2005 y sin embargo hasta la fecha - abril de 2010 - no tiene aplicación. Requiere la aprobación de las normas complementarias antes citadas, que se encuentran todavía en procesamiento en el Congreso.

Ante este impase de cuatro años, en que las leyes marco no se pueden operacionalizar, el Estado ha escogido otra ruta complementaria para proseguir la modernización y renovación del empleo público, con los dispositivos relacionados al servicio civil, a propósito de las atribuciones dadas al Ejecutivo por el Tratado de

Libe Comercio con Estados Unidos. De esta forma el 21 de junio de 2008 se emitió el Decreto Legislativo N° 1023, que creó la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR). Hasta aquí no había un sistema ni una entidad rectora del sistema. El Decreto Legislativo 1023 establece el Sistema Administrativo de Recursos Humanos, compuesto por la Autoridad que formula la política recursos humanos en el sector público y las Oficinas de Recursos Humanos de las entidades del sector público. Por otro lado encargó al nuevo sistema de recursos humanos funciones más allá de las tradicionales de personal, como las funciones de planificación, organización y distribución del trabajo, además de las de evaluación y seguimiento del rendimiento, compensación, desarrollo, relaciones humanas y resolución de controversias. El ámbito de competencia de SERVIR comprende a todo el Estado, incluidos los organismos autónomos del sector público y empresas del Estado, con excepción del personal de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional del Perú, de la Carrera Judicial del Poder Judicial y del Ministerio Público.

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

Además, el mismo 21 de junio del 2008 el Ejecutivo emitió el Decreto Legislativo N° 1024 que crea el Cuerpo de Gerentes Públicos. Con esto desentrampó el obstáculo que existía en el sector público para incorporar cuadros técnicos de buen nivel por las escalas remunerativas en el Estado. De esta manera SERVIR tiene como otro encargo el seleccionar personal calificado para la gestión pública, que deben ingresar por la modalidad de concurso para cubrir puesto claves y a los cuales se les otorgará remuneraciones especiales mayores a las que se aplican en cargos similares no declarados claves. Hasta el momento SERVIR ha lanzado ya dos convocatorias públicas, habiendo provisto de 70 gerentes públicos a diversas entidades del Estado, tanto del nivel central como regional.

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

En cuanto a la Evaluación del Desempeño Laboral, la norma plantea que ésta sea lo más objetiva posible y que su periodicidad sea no mayor de dos años. Dispone la evaluación como un proceso obligatorio, integral, sistemático y continuo de apreciación objetiva, que debe ser aplicado en función a factores mensurables, cuantificables y verificables; que debe abarcar a todo el personal al servicio del Estado, y debe realizarse con una periodicidad y con resultados que deben ser públicos y registrados ante la Autoridad. Se establece además, que como consecuencia de la evaluación, se debe orientar la concesión de estímulos y premios al personal al servicio del Estado, preferentemente a quienes hubieren sido calificados como personal de rendimiento distinguido, así como para el desarrollo de la línea de carrera y la determinación de la permanencia en la institución; por otro lado indica que la evaluación de deficiencia comprobada puede llevar a la pérdida de la estabilidad laboral. El Reglamento del Decreto Legislativo 1025 relacionado a capacitación y evaluación se aprobó el 17 de enero del 2010 mediante Decreto Supremo 009-2010-PCM. SERVIR realizó el noviembre del 2009 el primer piloto de evaluación tomando un diagnóstico de conocimientos a más de diez mil servidores públicos relacionados con el Sistema Nacional de Inversión Pública.

Adicionalmente, el gobierno publicó el 28 de Junio del 2008 el Decreto Legislativo N° 1057 por el cual crea un nuevo sistema de contrataciones, el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios (RECAS). Esta norma representa un viraje histórico en cuanto al sistema de contratación, pues suprime la modalidad de contratos bajo la forma de Servicios No Personales y establece un tipo de contratos con duración, horario y actividades a realizar, con la estipulación de la necesidad del registro ante ESSALUD y aportes al sistema provisional. Antes los SNP no tenían cobertura de ESSALUD ni protección del sistema de pensiones. Lo nuevo de los CAS es que es un régimen intermedio entre el régimen laboral público y la locación de servicios; en síntesis, un régimen flexible pero no siempre precario, una forma de quebrar parcialmente la formula de flexibilización con precarización de los 90. En este lapso todos los trabajadores con el régimen de SNP, bastante numerosos en el sector salud, han pasado a ser CAS.

Finalmente, un tema que ha atravesado la década ha sido la reposición de despedidos durante los 90, proceso que se inició con la Ley N° 27487 del 09 de junio del 2001 y dispositivos siguientes. Ella permitió el proceso de revisión de los ceses colectivos por evaluaciones de personal, efectuados en la década pasada en aplicación del Decreto Ley N° 26093. La norma del 2001 fue luego reglamentada con los D.S. N° 021-2001-TR y D.S. N° 022-2001-TR, derogándose el Decreto Ley N° 26093 y autorizándose la conformación de Comisiones Especiales en los Ministerios, encargadas de revisar los ceses colectivos en el sector público. Hasta el momento han sido cuatro las cohortes de despedidos que han sido repuestos.

3.7. Rectoría: De la ENSAP al IDREH y luego a la Dirección General de Recursos Humanos.

El Perú ha estado en los últimos seis años a la búsqueda del mejor diseño institucional para la rectoría en el campo de los recursos humanos en salud. Tal como fue planteado en el Informe País sobre Recursos Humanos llevado por el Perú a la reunión de Toronto en octubre del 2005, en el Perú en los 90 aumentó la relativa ingobernabilidad de la formación en salud y la conflictividad laboral, por la multiplicación de entidades formadoras y la rebaja de salarios. Lo positivo de esta crisis de rectoría, sin embargo, es que el desorden originó una reacción que permitió la aparición de actores regulacionistas, generándose en 1999, como explicamos, la Comisión de Acreditación de Facultades de Medicina (CAFME), para controlar el incremento exponencial de Facultades de Medicina; ingresando la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) a la regulación también a fines de los noventa, con el examen de habilitación profesional que toma cada año; generándose luego en los años 2005-2006 el Sistema de Pregrado en Salud y el Sistema Nacional de Acreditación y Certificación. Para orientar y promover este proceso es que el Ministerio de Salud reorganizó dos veces su Unidad de Recursos Humanos, primero anulando la ENSAP y creando el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) y luego anulando el IDREH y generando la actual Dirección General de Recursos Humanos.

22

El Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) se fundó sobre los activos y pasivos de la Escuela Nacional de Salud Pública del Perú "Dr. Mario León Ugarte" (ENSAP), creada en 1963. Todos los estudiosos de la evolución de la salud en el Perú cuentan del importante rol que cumplió la Escuela en la producción de conocimientos y reproducción de material académico, especialmente en los campos de la salud pública y la planificación en salud, en sus décadas iniciales de vida. En ese entonces la Escuela cumplía todas las funciones del Estado prestador y por tanto era no sólo una entidad reguladora sino también proveedora de capacitación y de formación en salud. Es más, era más capacitadora que promotora de la investigación o reguladora de la actividad educativa o laboral en salud. Sin embargo, ya en los años 80 vivía un lento declive. Cuando el enfoque de mercado se hizo hegemónico en los 90 en el gobierno peruano, la Escuela fue desmantelada de recursos y funciones, y no quedaron ni trazos de su origen y trayectoria original. La Escuela no se percató del cambio en los tiempos y prosiguió tratando de ser lo que ya no podía ni debía ser, una entidad organizadora de programas académicos cada vez más discutibles, sin asumir lo que le correspondía por ser función estratégica estatal: la regulación y la investigación de temas críticos para la toma de decisiones.

Mientras ella declinaba las universidades cubrían el país de postgrados en salud, hasta un punto en que la pérdida de legitimidad de la Escuela convocó al Ministro Eduardo Pretell del Gobierno de Transición a conformar mediante la Resolución Ministerial N° 106-2001-SA/DM del 15 de febrero del 2001 una Comisión Sectorial encargada de formular la propuesta de reestructuración de la ENSAP. Fue en dicha

Comisión que se formuló la propuesta de creación de un Instituto Nacional, siguiendo el modelo mexicano del Instituto de Salud Pública de Cuernavaca, que incorporó la anterior Escuela de Salud Pública de México dentro de sus funciones priorizadas de investigación y desarrollo científico de frontera. El informe final de esta Comisión de Reestructuración fue elevado en junio del 2001 al Ministro de Salud. Finalmente, en el año 2002, se creó el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, IDREH, sobre la base de la ENSAP, en un modelo diferente que el mexicano si bien bajo la denominación de Instituto y la característica organizacional de ser un Organismo Público Descentralizado, autónomo en su manejo.

De esta manera, el Ministerio de Salud, intentaba dotarse de una unidad orgánica que asumiese la responsabilidad de estructurar integralmente las políticas de recursos humanos, y entrar a abordar el difícil tema de la articulación de la docencia y los servicios en los establecimientos de salud. Si bien el IDREH fué creado el 2002, empezó prácticamente a funcionar en el año 2003 y de manera plena el 2004. Su organigrama dividió sus funciones en dos grandes áreas: la Dirección de Políticas y la Dirección de Formación y Perfeccionamiento. En la práctica todas las nuevas funciones, referidas a la formulación de políticas, el planeamiento estratégico de REHUS y la regulación de la educación y gestión del trabajo, fueron agrupadas en la Dirección de Políticas, mientras las viejas funciones de formación directa y capacitación de la Escuela Nacional de Salud Pública, se agruparon en la Dirección de Formación y Perfeccionamiento, con lo cual se generó una bifurcación o dos lógicas institucionales, según cuentan los entrevistados.

En su corta vida el IDREH fue sin embargo un gran articulador de las iniciativas que desde diferentes entidades del sector salud se generaron, un animador del proceso entre los años 2003 y 2006, hasta su liquidación en febrero del 2007. Con la participación de actores nacionales y regionales, oficializó los 8 Lineamientos de Políticas en REHUS y definió un Plan de Implementación para las Políticas similar al Plan Decenal planteado en Toronto en el 2006. Asimismo, emprendió un Estudio de las Prioridades de Especialización en Medicina, para orientar el Sistema Nacional de Residentado Médico. Propuso la creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES) como un espacio de regulación del acceso y la gestión de los campos clínicos. Y planteó que el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUM) asumiese criterios para la asignación de plazas en espacios de escaso desarrollo y gran pobreza y fuese parte de un nuevo Servicio de Salud Comunitaria, consiguiendo que el Programa Juntos del Estado financie plazas para 3 profesiones (medicina, enfermería y obstetricia) bajo la estrategia de formación de equipos de trabajo destinados a las provincias más lejanas del país. Asimismo, se planteó la formación del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME), para integrar todas las profesiones de salud y para instituir un sistema tripartito, con reguladores (Colegio Médico, ASPEFAM y MINSAL), prestadores (MINSAL, ESSALUD) y formadores (universidades), conformándose un Comité Nacional y Comités Regionales. Finalmente, el IDREH realizó el Ier. Encuentro Nacional de REHUS para el debate de las políticas de recursos humanos, realizado en noviembre del 2005, evento que contó con una serie de reuniones preparatorias a nivel regional y macrorregional. Parte de este proceso ascendente fue también la

realización en Lima, en octubre del 2006, de la reunión regional de Observatorios de Recursos Humanos en Salud.

El 13 de agosto de 2004 se firmó y el 26 de agosto se publicó la Resolución Ministerial N° 804-2004/MINSA que conformó el Comité de Pregrado en Medicina (COPREME). Este comité surgió como iniciativa conjunta de ASPEFAM y el IDREH por generar un espacio de articulación del Ministerio de Salud con las facultades de medicina. De acuerdo con lo contemplado en dicha resolución, este Comité está “encargado de la planificación, organización, monitoreo y evaluación del proceso de integración docencia-servicio e investigación en pregrado, entre los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y las universidades que cuentan con Facultades o Escuelas formadoras de Profesionales de medicina”. Si bien se formuló una propuesta de Reglamento del COPREME, en la práctica esta propuesta fue subsumida en lo que constituiría el Comité Nacional de Pregrado de Salud del SINAPRES.

La propuesta del Sistema Nacional de Articulación Docencia, Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES) representó un salto cualitativo con respecto al Comité de Pregrado de Medicina (COPREME) por incorporar una perspectiva integral, nacional y descentralizada en el abordaje de las relaciones entre el espacio de la formación y el de los servicios. En octubre del 2005 se publicó en el Diario El Peruano el Decreto Supremo N° 021-2005-SA que creó el Sistema Nacional de Articulación Docencia - Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES). El Sistema fue definido como la instancia de articulación entre las instituciones formadoras de profesionales de la salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud del Ministerio de Salud y sus ámbitos geográfico-sanitario, con pleno respeto a la autonomía universitaria. En esta norma se estableció que el Comité de Pregrado de Medicina (COPREME) que había sido creado por Resolución Ministerial 804-2004/MINSA, se constituía como Subcomité de Pregrado de Medicina del SINAPRES; el comité fue llamado CONAPRES. La ceremonia de instalación del Comité Nacional de Pregrado de Salud (CONAPRES) se realizó en enero de 2006. Todo este sistema de regulación es el que estaba empezando a funcionar cuando la desaparición del IDREH interrumpió el proceso.

El IDREH fue puesto en cuestión como modelo organizacional de la autoridad sanitaria en el campo de recursos humanos no a partir de su trayectoria y logros sino como fruto de disposiciones generales referidas a la Reforma del Estado, emanadas desde el Ejecutivo entre noviembre del 2006 y febrero del 2007. El nuevo gobierno instalado en agosto del 2006 dispuso fusionar en menos organismos los 86 organismos públicos descentralizados y programas sociales que habían proliferado en la década de los 90, en razón de las duplicidades e ineficiencias que esto generaba. Para ello el Decreto Supremo N° 080-2006-PCM, publicado el 4 de noviembre de 2006, dispuso actualizar el inventario de programas sociales y el establecimiento de lineamientos para su fusión, articulación y/o integración. Este inventario y propuesta de fusión y articulación se terminó en enero del 2007 y en menos de 30 días, entre febrero y marzo, comenzaron a emitirse los decretos supremos de fusiones de OPDs, proceso inimaginable antes por la larga tradición de feudalización de las instituciones visible en el Perú.

De esta forma se dispuso entonces la fusión del IDREH en modalidad de absorción por el MINSA y dejó de existir el IDREH como Organismo Público Descentralizado, integrándose a los órganos de línea del Ministerio en una fórmula transitoria (Pliego Sectorial IIII) mientras se emitía el nuevo Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del MINSA. Durante poco más de un año se estuvo en esta situación provisional hasta que finalmente se generó una nueva Dirección General como órgano de línea, con las funciones del ex IDREH además de la función de gestión del trabajo, que estaba en la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), tomando la denominación de Dirección General de Recursos Humanos, conservándose aparte la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, que se encarga de la política de personal. En la actualidad, el nuevo ROF contempla a esta Dirección General con dos subunidades, la de gestión del trabajo y la de gestión de la educación, siguiendo el modelo brasileño (SEGETES). Hace año y medio viene funcionando la nueva Dirección General. El mandato que tiene es formular y conducir políticas nacionales y sectoriales en recursos humanos. La nueva Dirección General viene liderando los procesos de recursos humanos que hemos reseñado.

3.8. Coordinación intergubernamental e interinstitucional: Comité de Coordinación con las DIRESAS y el rol de la cooperación, en particular de la OPS.

25

En los últimos cuatro años el Estado peruano se ha descentralizado efectivamente, lo que ha supuesto una reorientación de las funciones del nivel central del MINSA y por tanto de todas sus Direcciones Generales. Esto viene implicando para la actual Dirección General de Recursos Humanos del MINSA un mayor trabajo de coordinación intergubernamental e interinstitucional.

Hasta octubre de 2009 fueron transferidas el 98% de las 4,810 funciones proyectadas, a los gobiernos regionales. Para eso se llevó adelante los procesos de certificación, acreditación y efectivización, mediante los cuales se comprobó las capacidades institucionales de los receptores de las transferencias y en caso no existieran, se firmaron convenios marco intergubernamentales para que en plazos fijados pudiesen alcanzar las condiciones exigidas. Igualmente el proceso de descentralización del presupuesto nacional ha avanzado: el presupuesto de los gobiernos regionales se ha incrementado en un 44,19% entre los años 2005 y 2008. Los fondos provenientes de la explotación de recursos naturales, vía canon y sobrecanon, han fortalecido notoriamente los recursos de los gobiernos regionales y locales. De otro lado, el 2008, mediante la Ley N° 29125 se creó el Fondo de Promoción de la Inversión Regional y Local (FONIPREL), que ha implementado concursos de proyectos por un valor por 650 millones de soles (doscientos treinta y dos millones de dólares).

Esto ha abierto la necesidad de la coordinación intergubernamental entre el Gobierno Nacional, los Gobiernos Regionales y Locales, y ha delimitado las funciones principales de las Direcciones Nacionales centrándolas en el diseño de políticas y el seguimiento de las mismas. Hoy las Regiones están en capacidad de cambiar su

organización en salud, sus redes, micro redes y crear otras instancias, según su visión, para reorganizar su sistema de prestaciones. La Ley Orgánica del Poder Ejecutivo contempla la instalación de un Comité de Coordinación Intergubernamental para hacer más fluidas las relaciones entre los niveles nacional, regional y local, pero hasta la fecha no se ha instalado. Esto ha obligado a que cada ministerio tome la iniciativa en la coordinación con las instancias subnacionales y así viene siendo en el caso del MINSA y de la Dirección de Recursos Humanos en Salud, que coordina regularmente con las Unidades respectivas en las DIRESAS. Para esto último se ha formado un Comité presidido por el Ministro de Salud e integrado por los Directores Generales y Directores Regionales en Salud, en cuyas reuniones se toman acuerdos sobre temas críticos como los destagues, desplazamientos de personal, financiamiento y otros.

Por ahora son más sistemáticas las relaciones del nivel central del MINSA con las Direcciones Regionales, que las relaciones entre los Ministerios y entidades públicas que se encargan del tema de recursos humanos del sector público. De esta forma, las coordinaciones entre el MINSA, SERVIR y el SINEACE no son todavía permanentes sino puntuales. Las coordinaciones entre el MINSA y el Ministerio de Economía para ver los temas de financiamiento de plazas se hacen a través de la Oficina General de Planificación y Presupuesto del MINSA. Igualmente las relaciones con la Gerencia de Recursos Humanos de ESSALUD son eventuales.

Lo evidente ahora, sin embargo, a diferencia de hace treinta años en que el Estado era el actor omnímodo, es que los actores sociales del campo de recursos humanos peruano se han multiplicado y ello obliga a profundizar las coordinaciones interinstitucionales e intergubernamentales para conseguir resultados. En el campo de recursos humanos en salud actualmente tenemos a:

- a) actores gubernamentales: MINSA - Dirección General de Recursos Humanos, Direcciones Regionales de Salud (DIREAS), SERVIR, Ministerio de Educación, PCM y Ministerio de Trabajo;
- b) actores prestadores de servicios (y empleadores centrales): los servicios del Ministerio de Salud, de ESSALUD, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, Entidades Prestadoras de Salud, EPS y clínicas privadas, principalmente;
- c) actores formadores: destacan las múltiples Facultades y Escuelas de ciencias de la salud y las tres asociaciones nacionales con mayor actividad, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), Asociación Peruana de Facultades de Enfermería (ASPEFEEN) y la Asociación Peruana de Facultades de Obstetricas (ASPEFOBTS). También los Institutos Superiores Tecnológicos;
- d) actores corporativos y gremiales: colegios profesionales y gremios, principalmente las organizaciones de médicos (Colegio Médico del Perú y Federación Médica Peruana), de enfermeras (Colegio de Enfermeros del Perú y Federación de Enfermeros del Perú) y de obstetricas (Colegio de Obstetricas del Perú);

- e) sociedades científicas y grupos organizados de la sociedad civil (ONGs, ForoSalud, sociedad especializadas, etc.); y
- f) agencias de cooperación internacional y organismos interpaíses.

Este último tipo de *actores - cooperación internacional y organismos interpaíses* - requiere un relieve especial, por la importancia que han tenido y tienen en el apoyo a la política de recursos humanos en salud, en particular la OPS y su Coordinación Subregional Andina, con residencia en Lima.

Ésta ha marcado las actividades que en RHUS se están haciendo en los países andinos y en particular en Perú. De particular importancia han sido las reuniones anuales de representantes de los países, promovida por la Coordinación Andina de OPS desde el año 2005, reuniones en que se debate y hace seguimiento de las líneas de trabajo, habiéndose formulado el Plan Andino de RHUS. Este instrumento de gestión también ha sido presentado y aprobado en la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA-ORAS). Motorizados por la Coordinación Andina se han logrado avances con las siguientes iniciativas, entre muchas otras: a) la construcción de capacidades con el curso CIRHUS, incorporado por las Direcciones de RHUS en tres de los seis países como estrategia para la formación de profesionales especializados en RHUS. Los ministerios han puesto presupuesto regular para su desarrollo, elemento que dice de la importancia que se le da: Ecuador está en su primera cohorte, el PERU tiene proyección dos cohortes más y Chile va por su tercera cohorte; b) el monitoreo de los avances de los planes de RHUS a través de la medición de las metas regionales de RHUS, existiendo una buena base para armar planes direccionado a mejorar indicadores trazadores alineados con la APS y la propuesta de sistemas de salud universales; c) la incorporación del tema de las migraciones de profesionales, estando en marcha un estudio multicéntrico subregional y el debate de las políticas consiguientes; y d) la construcción del Observatorio Andino de RHUS, que expresa múltiples desarrollos además de constituir un sistema de información y análisis valioso. En síntesis la agenda interpaíses ha movilizad a la subregión y ha tenido impacto en Perú, permitiendo el intercambio de experiencias, con lo que la calidad de las intervenciones y políticas de RHUS en Perú se ha nutrido en forma importante.

27

Otra plataforma importante en el trabajo de recursos humanos, impulsado por el Organismo Andino de Salud, la CAN y OPS, viene siendo UNASUR, siendo el tema de recursos humanos un tema priorizado por este naciente organismo regional. UNASUR viene permitiendo movilizar recursos y voluntades en este tema en la región, asumiendo por primera vez los Directores de Recursos Humanos reuniones en el plano del protocolo internacional en su Comisión de RHUS. A partir de este mes el Perú asume la Coordinación de la Comisión para el periodo 2010-2011.

4 Análisis, reflexiones y recomendaciones

- 4.1. Ha habido un fuerte trabajo en el campo de recursos humanos en salud en la década que está terminando. *Hoy existe en el Perú una comunidad epistémica*

en recursos humanos, esto es, una comunidad integrada por gestores, cooperantes e investigadores, comunidad que, por contraste, no existe en el campo de los servicios de salud; igualmente se ha desarrollado una línea de investigación y producción editorial, que sustenta el accionar y la política en recursos humanos; y se han obtenido logros en la realidad de los recursos humanos fruto de la implementación de ideas-fuerza e iniciativas que han logrado respaldo político y financiamiento.

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

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

- 4.2. Hay que enfatizar que cada vez que algún integrante de la comunidad epistémica ha ocupado cargos claves en la conducción de la política de recursos humanos, se han obtenido mayores avances. Es el caso actual de la DGRH y de CONEAU. Y viceversa, cuando se colocan directores o funcionarios que no conocen el tema, sólo por criterios de confianza, se vuelve errático el sentido direccional, o se pierden tiempo precioso, o incluso se bloquean iniciativas importantes. Fue el caso de CAFME, cuyo auge se dio con sus dos primeros directores, decayendo en su tercera gestión, cuando se puso un asesor de confianza a la cabeza. *Se recomienda que ante cada cambio de ministro la cooperación internacional, que tiene una entrada neutral al tema, presente al nuevo ministro el campo temático y su comunidad actuante, promoviendo defender los avances y propiciar desarrollos.*
- 4.3. En una visión panorámica de la década se puede decir que *hay dos tipos de logros o resultados: a) los que ya son realidades; y b) los que están en diseño o implementación inicial.*

Si tuviéramos que resumir *el tesoro de las palabras claves de la década en el campo de recursos humanos en salud* éstas han sido las siguientes: IDREH,

Dirección General de Recursos Humanos (DGRH), mayor dotación, mejor distribución, SERUM transformado, CAFME precursor de la acreditación, CIRHUS capacidades para la gestión, nombramiento de despedidos, SERVIR Autoridad Nacional del Servicio Civil y CAS nuevo régimen de contratación. Es probable que existan algunas más, pero estas palabras-resumen no se refieren a proyectos por realizarse sino a cambios efectivos que han marcado ya una huella en el devenir de los recursos humanos en salud y dejarán una herencia a la siguiente década. Son el primer tipo de logros o resultados, los que ya son realidades.

Junto a estas palabras claves efectivas hay un número mucho mayor de ideas, perfiles y proyectos que están germinando o siendo trabajados o en proceso inicial aún, que son el segundo tipo de logros y han sido explicados antes: el programa ProSALUD para especialistas, la estructuración de la carrera sanitaria, la coordinación a establecerse entre la DGRH, SERVIR y SINEACE, la operación muy inicial aún del SINEACE-CONEAU para acreditación y certificación, el Programa de Educación en Gestión y el Programa de Salud Familiar, entre muchas otras iniciativas.

4.4. Si se analiza de dónde partieron y cómo se procesaron las iniciativas realizadas en el campo de recursos humanos en salud se apreciará que las fuerzas motrices provinieron de diferentes puntos del Estado y tuvieron diferentes motivaciones.

- ◆ El IDREH surgió en el gobierno de Transición, el 2001, por la gravedad de la crisis crónica de la ENSAP, y fue un acierto porque dio relativa autonomía al campo y cerró un largo periodo de declinación de la anterior Unidad orgánica de recursos humanos en el MINSAP, la ENSAP.
- ◆ La desaparición del IDREH el 2007 y constitución luego de la Dirección General de Recursos Humanos en el ROF del MINSAP, partió de una iniciativa del Gobierno Central para disminuir el número de Organismos Públicos Descentralizados el 2007, fue por tanto una iniciativa exógena al sector salud, que tuvo dos años en el vacío a la Unidad de Recursos Humanos y que tuvo felizmente un final auspicioso.
- ◆ La mayor dotación y mejor distribución de profesionales en provincias, con el SERUM transformado, nació de la experiencia del equipo que ha venido conduciendo el SERUM desde años antes y que encontró su ventana de oportunidad con el aseguramiento universal y su urgencia de más profesionales en los espacios alejados del país.
- ◆ CAFME, precursor de la acreditación durante los años 1999-2006, surgió como respuesta a la multiplicación de facultades de medicina y si bien fue fruto de un frente muy amplio, la iniciativa la llevaron el Colegio Médico y las universidades que habían mantenido un nivel de calidad y sintieron se estaba mediocrizando la formación médica.
- ◆ El CIRHUS, Curso para desarrollar capacidades para la gestión de recursos humanos en salud, surgió del entrelazamiento de esfuerzos entre la Coordinación Subregional Andina de OPS y la cooperación brasileña.

- ◆ El nombramiento de los despedidos de los 90 fue motorizada por la Federación Médica en el sector salud, si bien apoyándose en los nombramientos en todo el Estado a partir del año 2001, y se procesó desde el Ministerio de Trabajo y el Gabinete de Ministros y participación del MINSA.
 - ◆ La Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR) y el CAS o nuevo régimen de contratación en el Estado, surgieron por dispositivos del Ejecutivo, que formó previamente comisiones en el Ministerio de Trabajo y PCM para resolver los temas de carrera pública y régimen salarial.
- 4.5. Se puede apreciar que los recursos humanos en salud son moldeados desde adentro y desde afuera del sector salud, y que cuando se trata de una iniciativa desde fuera, no siempre el MINSA es consultado o participa, por lo que sus efectos no son siempre conscientes, produciéndose a veces daños colaterales o indeseados, caso de la eliminación del IDREH y dubitación sobre su reemplazo por buen tiempo, que restó fuerza al campo temático, y del CAFME, que se anuló sin reemplazo efectivo hasta ahora.

El repaso de temas visto en la década también muestra que la Unidad de Recursos Humanos se ocupa de los recursos humanos del MINSA, no de los recursos humanos en salud en general, teniendo un ámbito o alcance institucional. Ello lleva a *recomendar una mayor iniciativa extra-sectorial y sectorial de la Dirección General de Recursos Humanos*. Se requiere una coordinación estrecha en el sector con ESSALUD, las Sanidades Militares y sector privado, y fuera del sector, con SERVIR y con el SINEACE, así como con el Ministerio de Trabajo y la Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros. La coordinación actual con las DRESAS debe continuar y fortalecerse.

- 4.5. El gran logro de la década es la expansión importante de los recursos humanos en el MINSA y ESSALUD y su redistribución hacia las zonas más pobres a través del SERUM transformado. Ello ha conllevado el aumento de la capacidad resolutoria de puestos y centros de salud y posibilitado la atención de poblaciones ancestralmente excluidas. Ello se ha logrado bajo el impulso de la idea fuerza de la gestión ministerial actual, del aseguramiento universal en salud. Pero ya el tema del SERUM y la redistribución de plazas se venía debatiendo, con iniciativas como la del Servicio Médico Comunitario y otras. Lo que quiere decir que *la DGRH tiene que tener una cartera de proyectos o programas, en permanente lobby, a la búsqueda de ventanas de oportunidad*.

Con la mayor inversión en infraestructura, equipamiento y recursos humanos se quebrado la paradoja o contraste que venía dándose en esta década en el Perú, entre un sector salud paralizado, en un contexto de auge económico. No se ha resuelto aún la brecha abierta en décadas, pero sí aminorado distancias.

- 4.6. Uno de los desafíos centrales para la formulación de políticas, la conducción y planificación de recursos humanos en salud en el Perú será *diferenciar las*

necesidades de repotenciamiento y de reorientación y aprender a calibrarlas. No sólo se requieren más recursos humanos, sino otras políticas y prácticas de recursos humanos. El desfase del sistema de salud respecto al crecimiento de la demanda y la muy débil inversión en salud han puesto en el primer plano el repotenciamiento, pero se requiere también innovar la política de recursos humanos y el sistema de salud. Esto para que el logro central no sea un simple efecto espejo del crecimiento económico, dejando indemnes viejos problemas de ineficiencia, ineffectividad e insatisfacción laboral.

Los pilares implícitos de la política de recursos humanos durante los últimos años se han venido basando en una mirada intra-MINSA, en un soslayamiento de los agentes comunitarios en salud como recursos relevantes para el sistema, en una visión exclusiva de oferta, en el consentimiento de la multiplicación indiscriminada de la universidad y de la desarticulación entre docencia y servicios, en el abandono de la capacitación a los esfuerzos individuales de su personal, en la naturalización de la insatisfacción laboral, en la puesta en segundo plano de la gestión de la calidad, temas de agenda que o siguen indemnes o han sido tocados inicialmente. Se puede apreciar que *se necesita ampliar la agenda de trabajo en el campo de recursos humanos a aspectos*, como el régimen de personal, el régimen salarial, el programa nacional de desarrollo de capacidades en salud, la promoción de una readecuación o reforma universitaria en salud, la construcción de un sistema de monitoreo y evaluación del desempeño, los sistemas de incentivos, el sistema de información sectorial, la investigación programática, entre algunos otros aspectos. Para ello *es necesario reforzar la Unidad de Recursos Humanos, invertir en la plataforma institucional de rectoría en el campo temático.*

31

- 4.7. Se ha reflexionado siempre que las políticas de recursos humanos son políticas-medios que se definen en función de las políticas-fines, que son las de cada sistema de salud y sus servicios. De ahí que alguna vez se entendió la reforma en recursos humanos como una “reforma-parásito” de la reforma sistémica, utilizando los términos de Schneider. Ello - visto desde un ángulo - es totalmente cierto, pero llevado a extremos convierte en utilitaria la política de recursos humanos y lleva a la vieja fórmula de los 90 en el Perú: aumentar el desempeño disminuyendo el desarrollo humano de los recursos humanos en salud. Esto expandía la cobertura y bajaba los costos por unidad de producto, pero afectaba la gobernabilidad. El trabajo múltiple hoy sigue siendo el indicador expresivo del sobre-esfuerzo necesario a la mantención del viejo sistema. En ese sentido las políticas para los recursos humanos tienen una especificidad también, respecto a las políticas de recursos humanos para los servicios, resumidos en el alineamiento. No sólo el sistema de salud tiene problema con sus recursos humanos, también los recursos humanos tienen problemas con el sistema de salud. Pese a que uno de los lemas caros en salud en el Perú es que se trata de “personas que atienden personas”, se ha perdido o desdibujado esta distinción sutil en el caso de los recursos humanos en salud, pues en este caso los medios - las personas - son medios y fines y no laboran con entrega sin una motivación, que no necesariamente es material. La política

de recursos humanos tiene también este encargo, que en la sociedad peruana hacen organizaciones como Ciudadanos al Día, premiando buenas prácticas, o gestiones carismáticas, construyendo proyectos compartidos.

Anexos

33

TOTAL RECURSOS HUMANOS 2009 - MINSA SEGÚN REGION Y CARGO QUE DESEMPEÑAN

REGION	MEDICO	ENFERMERA	OBSTETRA	ODONTÓLOGO	BIÓLOGO	INGENIERO SANITARIO	NUTRICIONISTA	PSICÓLOGO	QUÍMICO FARMACÉUTICO	TECNÓLOGO MÉDICO	VETERINARIO	TRABAJADORA SOCIAL	OTRAS PROFESIONES ASISTENCIALES	QUÍMICO	TEC. ASISTENCIAL	TEC. ADMINISTRATIVO	AUX. ASISTENCIAL	AUX. ADMINISTRATIVO	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO	OTROS *	NO ESPECIFICA	TOTAL
AMAZONAS	180	187	186	32	22		8	9	10	14	2	8	1		802	200	61	102	39	31	4	1898
ANCASH	486	485	372	61	27	1	45	18	34	33	2	64	51	2	1662	608	144	133	155	17	6	4406
APURIMAC	264	509	247	81	35		35	32	25	5	4	11	10		937	225	48	159	60	45	8	2740
AREQUIPA	802	879	400	170	65		52	59	58		8	96	28	5	1173	498	230	370	104	24	29	5050
AYACUCHO	305	612	379	89	92		13	18	36	1	4	38	30		1226	341	59	71	89	11	1	3415
CAJAMARCA	431	686	431	62	44		31	14	45	12	11	16	24	1	1550	351	153	191	154	79	3	4289
CALLAO	819	471	161	60	12		22	54	25	167		74	17	3	1207	564	424	355	131	28	6	4600
CUSCO	531	701	380	90	77		18	23	34	2	1	20	77	10	1276	516	54	163	72	23	13	4081
HUANCAVELICA	175	333	128	46	3		6	23	12	7	1	10	36	1	486	153	118	48	31	11	2	1630
HUANUCO	281	509	354	40	11		22	25	18	6	8	7	29		736	220	176	39	91	2	1	2575
ICA	450	391	160	114	20		13	14	83	6	5	9	33	2	843	449	54	265	97	15		3023
JUNIN	453	772	356	74	19		17	31	56	13	3	58	105	5	1480	565	155	202	48	13		4425
LA LIBERTAD	811	753	340	56	48	1	70	15	65	17	3	58	31	2	1271	462	389	265	129	20	1	4807
LAMBAYEQUE	413	358	251	40	49		28	9	20	34	8	17	9	2	897	334	170	372	96	9		3116
LIMA	8209	6518	2242	848	171	12	303	532	549	922	30	676	372	19	11700	7955	3292	3273	1322	327	84	49356
LORETO	301	369	222	46	35		10	11	23	8	1	9	73	1	1244	504	262	479	69	23	5	3695
MADRE DE DIOS	88	92	62	16	13		5	7	6	3		3			332	139	59	16	41		2	884
MOQUEGUA	145	205	98	45	7		16	13	13	2	2	22	75	1	296	164	37	96	29	15		1281
PASCO	120	120	96	25	6		2	12	7	2		2	9		432	69	54	49	25	2	10	1042
PIURA	614	470	375	84	32		18	20	22	21	2	17	46	1	2019	617	237	287	179	21	27	5109
PUNO	499	795	390	106	62		36	12	24	3	16	88	44		1409	590	144	184	87	39	4	4532
SAN MARTIN	260	230	256	37	9		9	15	24	11	11	2	5		1317	415	110	176	9	20	6	2922
TACNA	195	319	164	53	10		12	10	13	1	1	30	15	1	539	304	32	92	55	29		1875
TUMBES	117	101	81	18	3		7	7	8	6	1	6	31	3	270	113	136	33	59	1		1001
UCAYALI	181	261	128	28	16	1	11	11	14	2	2	10	7		592	193	191	199	46	18		1911
TOTAL	17130	17126	8259	2321	888	15	809	994	1224	1298	126	1351	1158	59	35696	16549	6789	7619	3217	823	212	123663

* Ministro, Viceministro, Directores, Gerentes, Jefes y asesores

Fuente: Base de Datos Nacional de Recursos Humanos 2009 MINSA

Elaborado por : Observatorio de Recursos Humanos - DGGDRH - MINSA

Nota: Incluye administrativos sede del Ministerio, DIRESA, DISA, Redes; SERUMS Remunerado.

TOTAL RECURSOS HUMANOS 2009 - MINSA SEGÚN REGION Y CONDICION LABORAL

REGION	NOMBRADO	DESTACADO	CONTRATADO O 276	CONTRATADO O 728	CAS	OTROS *	SERUMS 2008 II REMU	SERUMS 2009 I REMU	NO ESPECIFICA	TOTAL
AMAZONAS	631	15	89	105	891	16	52	98	1	1898
ANCASH	2667	176	94	118	1075	45	40	183	8	4406
APURIMAC	1065	46	79	136	985	30	72	325	2	2740
AREQUIPA	2623	92	219	588	460	889	53	121	5	5050
AYACUCHO	1852	23	198	69	953	10	32	278		3415
CAJAMARCA	1733	28	71	392	1688	23	77	269	8	4289
CALLAO	2453	108		13	1818	171	6	8	23	4600
CUSCO	2181	134	69	94	1346	40	60	145	12	4081
HUANCAVELICA	668	135	140	5	335	1	24	320	2	1630
HUANUCO	1139	152	55	253	746	0	43	173	14	2575
ICA	2140	37	106	159	330	79	71	99	2	3023
JUNIN	2943	30	71	83	1033	4	76	182	3	4425
LA LIBERTAD	2636	93	204	142	1482	25	41	184		4807
LAMBAYEQUE	1679	54	26	8	485	741	22	101		3116
LIMA	29695	792	138	61	17918	636	37	62	17	49356
LORETO	1831	27	38	199	1454	1	34	105	6	3695
MADRE DE DIOS	408	3	120	158	138	1	13	43		884
MOQUEGUA	783	9	56	152	200	2	16	63		1281
PASCO	497	5	45	58	317	7	20	90	3	1042
PIURA	2258	325	197	258	1704	37	60	197	73	5109
PUNO	2901	43	139	95	1043	27	48	223	13	4532
SAN MARTIN	1706	31	21	155	765	59	46	128	11	2922
TACNA	1062	21	18	348	359	6	10	51		1875
TUMBES	514	8	63		347	0	18	51		1001
UCAYALI	1026	1	54		729	0	26	75		1911
TOTAL	69091	2388	2310	3649	38601	2850	997	3574	203	123663

* Incluye Servicio de Terceros, Contrato Municipal, Residente, Designado y otros

Fuente: Base de Datos Nacional de Recursos Humanos 2009 MINSA

Elaborado por : Observatorio de Recursos Humanos - DGGDRH - MINSA

Nota: Incluye administrativos sede del Ministerio, DIRESA, DISA, Redes; SERUMS Remunerado.

RECURSOS HUMANOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE MINSA 2009 SEGÚN CATEGORIA

SOLO MINSA					
CATEGORIA DEL EESS	MEDICO	ENFERMERA	OBSTETRA	ODONTÓLOGO	TEC. ASISTENCIAL
I-1	941	2001	1292	43	5325
I-2	1611	1526	1312	371	3286
I-3	2300	1729	1585	827	5799
I-4	1367	1077	1070	377	3597
II-1	1578	1717	781	165	4146
II-2	1820	2044	578	114	3640
III-1	4263	3870	501	102	6189
III-2	1070	1403	198	36	2176
Sin Categoria	104	119	73	10	279
TOTAL	15054	15486	7390	2045	34437

Fuente: Base de Datos Nacional de Recursos Humanos 2009 - ONRHUS - DGGDRH - MINSA

Incluye SERUMS 2008-II y 2009-I

Elaborado por : Observatorio de Recursos Humanos - DGGDRH - MINSA

RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD POR REGIONES SEGÚN PROFESIÓN **MINSA 2007**

DEPARTAMENTO	Médico	Enfermera	Obstetriz	Odontólogo	Biólogo	Ingeniero Sanitario	Nutricionista	Psicólogo	Químico Farmacéutico	Tecnólogo Médico	Veterinario	Trabajadora social
AMAZONAS	181	188	165	34	12	0	11	9	9	12	1	6
ANCASH	459	503	355	69	19	1	44	17	28	22	3	52
APURIMAC	262	386	251	88	20	1	19	7	32	3	2	13
AREQUIPA	903	1053	494	197	69	0	55	69	50	18	6	98
AYACUCHO	283	451	353	85	84	0	14	15	48	0	7	39
CAJAMARCA	457	648	390	53	23	0	19	11	22	18	11	13
CALLAO	679	360	85	41	3	0	13	40	18	148	2	62
CUSCO	505	701	389	130	69	0	15	28	34	1	2	4
HUANCAVELICA	225	271	234	69	8	0	4	7	9	4	1	11
HUANUCO	286	436	302	44	3	0	9	14	10	9	6	5
ICA	475	347	153	109	12	0	8	8	75	3	6	9
JUNIN	396	630	215	65	11	1	17	19	18	8	1	32
LA LIBERTAD	755	568	272	56	44	0	60	17	46	0	0	39
LAMBAYEQUE	402	327	239	51	39	0	21	4	18	20	4	7
LIMA	6031	4135	1123	407	99	0	168	279	234	653	31	491
LORETO	309	336	176	55	40	0	12	10	22	5	2	9
MADRE DE DIOS	81	84	48	18	5	0	4	4	4	2	1	3
MOQUEGUA	130	184	115	47	8	0	10	14	6	3	2	21
PASCO	116	116	88	28	2	0	9	11	9	7	1	4
PIURA	520	349	420	85	19	0	14	16	22	15	4	10
PUNO	525	751	353	77	36	0	26	9	21	3	20	74
SAN MARTIN	244	206	242	38	4	1	7	4	25	5	12	2
TACNA	192	318	158	60	19	0	6	7	8	2	1	24
TUMBES	99	104	88	23	4	0	8	3	5	2	2	5
UCAYALI	174	244	124	30	11	0	7	6	9	3	2	4
TOTAL	14689	13696	6832	1959	663	4	580	628	782	966	130	1037

Fuente:

Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud

FUENTE:

1/ Información del Censo de Días y Díasas - 2007.
 2/ Información remitida por la Gerencia Central de Recursos Humanos, EsSalud - 2007.
 3/ Registro de Empresas y Entidades Vinculadas de la Superintendencia de Entidades Préstadoras de Salud (SEPS - 2006).
 4/ Información Publicación "El Perú Respondiendo a los desafíos de la década de los Recursos Humanos en Salud", pág.28 (2005).

SD:

Sin Dato