



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

RECURSOS HUMANOS EN SALUD  
LECCIONES APRENDIDAS DE LA  
PANDEMIA POR COVID-19 PARA SUS  
POLÍTICAS Y GESTIÓN EN MINSA Y  
GOBIERNOS REGIONALES

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE  
DOCTORA EN MEDICINA

CLAUDIA MARIA TERESA UGARTE  
TABOADA

LIMA – PERÚ

2023



**ASESOR:**

Dr. Víctor Ruperto Carrasco Cortez

**JURADO DE TESIS**

DR. JESUS LORENZO CHIRINOS CÁCERES

PRESIDENTE

DRA PARICIA JULIA CAMPOS OLAZÁBAL

VOCAL

DR. JORGE LUIS SALVADOR PICHILINGUE

SECRETARIO

DEDICATORIA.

A Eduardo, Ale, Paloma y Camila,  
por su apoyo incondicional, por  
darme la fuerza y fortaleza para  
cada día tratar de ser mejor.

A mis padres por sus enseñanzas y  
ejemplo y gran apoyo.

## AGRADECIMIENTOS.

A todos y cada una de las personas que  
me brindaron su apoyo incondicional.

Y en especial a mi asesor por su  
paciencia y orientación permanente

FUENTE DE FINANCIAMIENTO.

Tesis autofinanciada

# RECURSOS HUMANOS EN SALUD LECCIONES APRENDIDAS DE LA PANDEMIA POR COVID-19 PARA SUS POLÍTICAS Y GESTIÓN EN MINSA Y GOBIERNOS REGIONALES

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	2%
2	<a href="https://cdn.www.gob.pe">cdn.www.gob.pe</a> Fuente de Internet	2%
3	<a href="https://iris.paho.org">iris.paho.org</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="https://leyes.congreso.gob.pe">leyes.congreso.gob.pe</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="https://repositorio.usil.edu.pe">repositorio.usil.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="https://www.orasconhu.org">www.orasconhu.org</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="https://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="https://repositorio.umsa.bo">repositorio.umsa.bo</a> Fuente de Internet	<1%

## TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

1	Introducción .....	1
2	Planteamiento de problema .....	3
3	Justificación .....	17
4	Fundamento teórico.....	18
4.1	RHUS en un sistema de salud fraccionado y segmentado .....	18
4.2	Conceptualización de recursos humanos en salud .....	19
4.3	El campo de los recursos humanos en salud .....	20
4.4	Dimensiones de recursos humanos en salud .....	22
4.5	Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos .....	24
4.6	Lineamientos de Política RHUS.....	27
4.7	Brecha de RHUS: metodologías de cálculo.....	28
4.8	Trabajo de RHUS: regímenes y compensaciones .....	30
4.9	Desarrollo de capacidades de los RHUS .....	34
5	Objetivos de la investigación .....	41
5.1	Objetivo General .....	41
5.2	Objetivos Específicos .....	41
6	Metodología .....	42
6.1	Diseño del estudio .....	42
6.1.1	El punto de partida: el contexto de la experiencia .....	43
6.1.2	Las reflexiones iniciales: los referentes teóricos.....	44
6.1.3	Descripción de la experiencia: información con fines de sistematización ....	44
6.1.4	La reflexión de fondo: Desarrollo del Proceso de Análisis con fines de Sistematización .....	48
6.1.5	Los puntos de llegada: Aprendizajes y Conclusiones de la experiencia.....	51
6.2	Consideraciones éticas .....	52
6.3	Procedimientos del estudio.....	53
7	Resultados.....	53
7.1	Descripción de la experiencia.....	53

La caracterización de Recursos humanos en salud incluye las siguientes variables:	53
7.1.1 RHUS en salud MINSA Y GORES.....	54
7.1.2 Disponibilidad de RHUS MINSA y GORES por Grupo Ocupacional a nivel nacional .....	56
7.1.3 Disponibilidad de RHUS por Nivel de Atención y Grupo Ocupacional .....	58
La condición laboral de Recursos humanos en salud incluye las siguientes variables:	64
7.1.4 RHUS MINSA y GORES por grupo ocupacional y régimen laboral a nivel nacional	64
7.1.5 RHUS MINSA y GORES según modalidad de trabajo, e infectados y fallecidos por COVID del sector salud.....	70
7.1.6 Contrato Administrativo de Servicio régimen especial- CAS COVID .....	73
7.1.6.1. CAS COVID MINSA y GORES, abril 2020-julio 2022.....	73
7.1.6.2. CAS COVID MINSA y GORES MIGRACION EN TIPO DE CONTRATOS.....	75
7.1.6.3. CAS-COVID MINSA y GORES según grupo ocupacional y cargo.....	76
7.1.6.4. CAS COVID MINSA y GORES, según pliego .....	78
7.1.6.5. CAS COVID MINSA y GORES por niveles de atención.....	80
7.1.7 RHUS MINSA y GORES contratados por la ley 31538 (Ex CAS-COVID)	81
7.1.8 Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUMS.....	86
7.1.9 Seguro de Vida.....	91
7.1.10 Contrato por locación de servicios MINSA y GORES .....	91
7.1.11 Bono Extraordinario COVID.....	92
7.1.12 Servicios Complementarios de Salud y Prestaciones Adicionales .....	96
7.1.13 Escala Salarial Referencial CAS-COVID.....	98
7.1.14 Escala Salarial Referencial Ley 31538 (EX CAS-COVID) .....	99
7.1.15 Salarios de CAS Regulares.....	100
7.1.16 Estructura Remunerativa de Personal de la Salud Nombrado Decreto Legislativo N°1153 .....	101
7.1.17 Residentado Médico .....	107
7.1.18 Internado de Ciencias de la Salud.....	114
7.1.19 Capacitación Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) .....	121
7.1.20 Cobertura geográfica de recursos humanos .....	126
7.1.20.1. Disponibilidad de RHUS por pliego MINSA Y GORES.....	126
7.1.20.2. Densidad de Recursos Humanos.....	130
7.1.21 Cobertura de atención de recursos humanos.....	135
7.1.21.1. Recursos humanos en Brigadas de vacunación.....	135

7.1.21.2.	Brigadas itinerantes para apoyo de las regiones.....	136
7.1.21.3.	Especialistas en UCI y Hospitalización .....	137
7.1.22	Cobertura económica (financiamiento) de recursos humanos.....	140
7.1.22.1.	Financiamiento de CAS COVID .....	140
7.1.22.2.	Financiamiento Ley 31538 EX CAS COVID .....	143
7.2	Análisis de la Experiencia .....	145
7.2.1	Disponibilidad de recursos humanos .....	147
7.2.1.1.	Cambios en mecanismos de contratación y remuneraciones.....	150
7.2.1.2.	Cambios en procesos de trabajo .....	152
7.2.2	Descentralización de recursos humanos .....	154
7.2.3	Competencias de los Recursos Humanos .....	156
7.2.3.1.	Capacitación en servicio.....	156
7.2.3.2.	Formación de recursos humanos en salud.....	157
7.2.3.2.1.	Formación de pregrado.....	157
7.2.3.2.2.	Formación de posgrado .....	160
7.2.3.3.	Competencias de los recursos humanos en salud.....	161
7.2.3.4.	Propuestas de mejora.....	163
7.2.3.4.1.	Propuestas de mejora en disponibilidad de recursos humanos.....	163
7.2.3.4.2.	Propuestas de mejora para la descentralización .....	166
7.2.3.4.3.	Propuestas de mejora para Fortalecer la Gobernanza del Sector.....	167
7.2.3.4.4.	Propuestas de mejora en capacitación y formación .....	168
7.4.	Lecciones aprendidas .....	172
8	Discusión .....	176
9	Conclusiones y Recomendaciones.....	189
9.1.	Conclusiones .....	189
9.2.	Recomendaciones.....	192
10	Limitaciones del Estudio .....	194
11	Referencias bibliográficas .....	195

## **RESUMEN**

La pandemia COVID 19 planteó un reto nunca visto para los sistemas de salud, principalmente una alta demanda de recursos humanos (RHUS). En el Perú ya antes de la pandemia existía una brecha de disponibilidad de RHUS, distribución centralizada, condiciones inadecuadas de trabajo, escala salarial baja y falta de desarrollo de capacidades. El objetivo del estudio fue describir y analizar el efecto de la implementación de políticas y cambios en gestión, durante y después de la emergencia sanitaria en el MINSA y los Gobiernos Regionales (GORES), en la cobertura de recursos humanos en salud (financiera, geográfica y de servicios) para la atención del COVID-19 y que lecciones aprendidas extraemos. El presente estudio es una sistematización de la experiencia y cambios producidos en las políticas y gestión de recursos humanos en salud durante la pandemia COVID - 19. Los resultados mostraron que la cobertura RHUS por regiones, en todos los niveles de atención, se incrementó mayoritariamente en el nivel hospitalario y en Lima, continuando la inequidad entre regiones. La densidad de recursos humanos aumentó 8.17 puntos con relación a la etapa pre-pandémica y está muy cerca del estándar internacional, aunque lejos del estándar en relación a médicos y enfermeras, con marcada falta de especialistas, en especial de médicos intensivistas. Tres estrategias se implementaron para aumentar la cobertura de atención: brigadas de vacunación, brigadas itinerantes y sistema piramidal en cuidados intensivos, áreas críticas y de hospitalización. La cobertura financiera para RHUS fue superior a los 6 mil millones de soles y tuvo el apoyo político requerido. Se

produjo una recomposición de mecanismos de relación laboral, contratándose personal de manera rápida en la modalidad de CAS – COVID, también de mecanismos de remuneración e incentivos. Se realizaron modificaciones en el SERUMS, se adelantó el término del residentado médico para la especialidad de UCI y especialidades afines, se incorporó a los internos de ciencias de la salud en el primer nivel de atención. Cobró relevancia el problema de salud mental de RHUS y el agotamiento de los mismos, así como el déficit de capacitación, en especial en el primer nivel de atención, perdiéndose la oportunidad para fortalecerlo.

**PALABRAS CLAVES:** Recursos Humanos en Salud y COVID Perú, Política de recursos humanos, Gestión de recursos humanos.

## **ABSTRACT**

The COVID 19 pandemic posed a challenge never seen before for health systems, mainly a high demand for human resources in health (HRH). In Peru, even before the pandemic, there was a gap in the availability of HRH, centralized distribution, inadequate working conditions, low pay scale and lack of capacity building. The objective of the study was to describe and analyze the effect of the implementation of policies and changes in management, during and after the health emergency in Ministry of Health and the Regional Governments, on the coverage of human resources in health (financial, geographical and services) for the care of COVID-19 and the lessons learned. The present study is a systematization of the experience and changes produced in the policies and management of human resources in health during the COVID-19 pandemic. The results showed that HRH coverage by region, at all levels of care, increased mostly at the hospital level and in Lima, with continued inequity between regions. Human resource density increased by 8.17 points compared to the pre-pandemic stage and is very close to the international standard, although far from the standard in terms of physicians and nurses, with a marked lack of specialists, especially intensivists. Three strategies were implemented to increase care coverage: vaccination brigades, itinerant brigades, and a pyramid system in intensive care, critical care and hospitalization areas. Financial coverage for HRH exceeded US \$ 1.68 billion and had the required political support. There was a recomposition of labor relationship mechanisms, hiring personnel quickly in the administrative service

contract - COVID modality, as well as remuneration and incentive mechanisms. Modifications were made to rural urban marginal health service, the end of the medical residency program for ICU and related specialties was brought forward, and health science interns were incorporated into the first level of care. The mental health problem of HRH and their burnout became relevant, as well as the training deficit, especially at the first level of care, missing the opportunity to strengthen it.

**KEY WORDS:** Human Resources in Health and COVID Peru, Human resources policy, Human resources management.

## **1 Introducción**

La pandemia por la COVID 19 planteó en todo el mundo y en nuestro país un reto nunca antes visto para todos los sistemas de salud, pues se tenía una demanda muy alta de atención y por lo tanto alta demanda de recursos humanos en salud para atender a la población. Se tomaron algunas medidas iniciales como por ejemplo que el personal que tenía factores de riesgo para enfermarse por COVID-19 fueron enviados a realizar trabajo remoto, con lo cual la fuerza laboral quedó marcadamente disminuida retirándose del trabajo presencial hasta el 53.19% del personal a Junio del 2020 según datos proporcionados por la Dirección General de Personal de la Salud del MINSA obtenidos del Registro Nacional de Personal de la Salud- INFORHUS (1, 2), a ese fenómeno se agrega que un porcentaje del personal de salud enfermó o falleció por la COVID-19 existiendo un 23.99 % de tasa de infección de los Recursos Humanos con 2 % de tasa de letalidad a diciembre del 2020, según datos obtenidos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (MINSA) (3). Surgió la necesidad urgente de proteger de la mejor manera a los trabajadores de salud, se les dotó de equipos de protección personal, sin embargo, se tuvo al inicio problemas con su adquisición y distribución, también se llevaron a cabo otras medidas para tratar de brindar mejor protección a los recursos humanos en salud como la adquisición de seguro de vida para los trabajadores asistenciales por parte del estado (4).

Teniendo en cuenta que ya antes de la pandemia existía una gran problemática en relación a los recursos Humanos en Salud: una gran brecha en todo el país, distribución inadecuada de los mismos, condiciones inadecuadas de trabajo, escala salarial inadecuada y falta de desarrollo de capacidades (5, 6,7).

Se tomaron durante la pandemia una serie de medidas en relación a recursos humanos para poder afrontarla, además de otras medidas, se aprobó la contratación de recursos humanos de manera rápida mediante la modificación del artículo 8 del Decreto Legislativo N°1057, llamado CAS del régimen especial mejor conocidos como CAS COVID (denominación que se utilizará a lo largo de este estudio) (8) para lo cual se entregó a las diferentes unidades ejecutoras del país presupuesto nuevo adicional; se creó un bono COVID para el personal asistencial que atendía este tipo de pacientes de manera presencial a nivel nacional; se modificó y flexibilizó los Servicios Complementarios en Salud en el segundo y tercer nivel de atención para profesionales de la salud; se crearon los Servicios Complementarios en Salud para profesionales de la salud en el primer nivel de atención; se crearon las Prestaciones Adicionales en Salud para los tres niveles de atención para técnico y auxiliares asistenciales; se movilizaron brigadas itinerantes, para los profesionales de salud se retiró la exigencia de haber realizado el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS) para poder trabajar para el estado; se aprobó una escala salarial referencial para el personal asistencial contratado que realizaba atención de pacientes COVID; se flexibilizó la contratación de personal extranjero y otras medidas que mejoraron la disponibilidad de recursos humanos para afrontar la pandemia; se inició la vacunación contra el COVID-19 priorizando al personal de salud, se continuo con la entrega de Equipos de Protección Personal para todos los recursos humanos (1,4,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18).

Teniendo en cuenta que los recursos humanos en salud son los pilares fundamentales del Sistema de Salud, se propone en esta investigación hacer un análisis de las acciones tomadas y sus resultados, identificando las lecciones

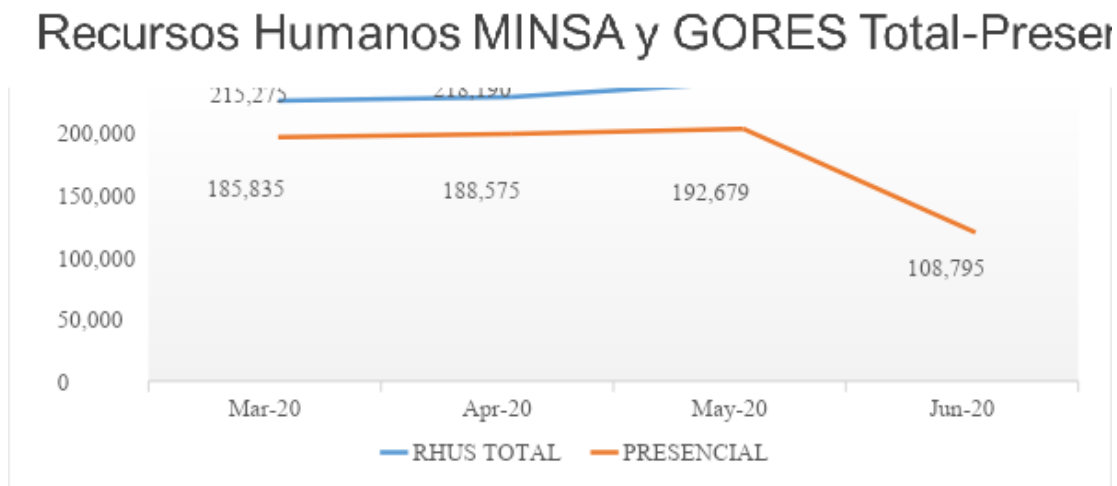
aprendidas de la pandemia por COVID-19 para proponer políticas y mejorar la gestión de recursos humanos en salud en MINSA y Gobiernos Regionales (GORES).

## **2 Planteamiento de problema**

Mediante el Decreto Supremo N°008-2020-SA se declara la Emergencia Sanitaria en Perú el 11 de marzo del 2020 debida a la pandemia por la COVID-19 y mediante el Decreto de Urgencia N°026-2020 del 15 de marzo del 2020, se autoriza el trabajo remoto para los trabajadores del sector público y privado del país (1,19)

Con ello la disponibilidad de recursos humanos en trabajo presencial disminuyó de manera notable, siendo crítica en el mes de junio donde el 54.87% se encontrada en trabajo NO presencial (20), como se aprecia en el Gráfico N° 1, retirándose del sistema para fines de marzo 2020: 29,440 trabajadores, teniendo en cuenta que el personal asistencial en trabajo presencial para fines de marzo era de 185,835 personas y para fines de junio solo 108,795 esto significo 77,040 trabajadores menos para la atención directa de pacientes, lo que se convirtió en un verdadero reto para encontrar medidas necesarias para poder garantizar la atención de la población que demandaban mayor cantidad de servicios de atención, por la alta tasa de contagio por la COVID-19 (2). Teniendo en cuenta además que ya existía una brecha previa de recursos humanos antes de la pandemia para la atención de la población, a ello se sumó este déficit por la salida de personal para realizar trabajo no presencial.

Gráfico N° 1



Fuente Elaboración propia con datos de INFORHUS\_MINSA

Además, debemos tener en cuenta también que los recursos humanos en salud se enfermaron con COVID teniendo para diciembre del 2020, 61,808 casos confirmados de un total de 257,566 personas, lo que nos da una tasa de infección de 23.99 %, habiendo para esa fecha fallecido 1,250 personas, teniendo una letalidad de 2%, lo que significa un porcentaje de 6% de casos en los recursos humanos en salud en relación a los casos totales de la población (3).

De los 61,808 casos el 72.74% correspondían a recursos humanos de MINSA y GORES, 20.20% a ESSALUD, 4.1% a PNP/FFAA, 2.65% a privados entre otros, presentándose la mayor cantidad de casos en técnicos y auxiliares en salud, seguido de enfermeras, luego personal administrativo, y finalmente médicos entre otros (3).

Los 1,259 trabajadores del sector salud fallecidos para diciembre del 2020, 68.8% pertenecían a MINSA Y GORES, 18.32% a ESSALUD, 8.08% a privados, 3.92% a

PNP/FFAA entre otros, siendo el grupo de técnicos y auxiliares en salud el de mayor mortalidad seguido de médico y luego enfermeras. Cuadros N° 1 y 2.

Cuadro N° 1

### Casos confirmados de COVID-19 en trabajadores del sector salud según grupo ocupacional e institución

Grupo ocupacional	Ocupación	Institución						Total general	Año	
		MINSA/..	ESSAL..	INPE	MINISTERIO PÚBLICO	PNP/FF..	PRIVA..		(Todo)	
Personal de salud	Técnicos y auxiliares en salud	13,606	3,267	59	2	1,194	598	18,726	<input checked="" type="radio"/> 2020	
	Lic. Enfermería	8,583	3,061	17	4	450	415	12,530	<input type="radio"/> 2021	
	Médico	5,788	2,556	9	39	337	237	8,966	<input type="radio"/> 2022	
	Otros profesionales de la salud	3,412	887	11	7	200	90	4,607		
	Obstetra	2,791	273	2		33	27	3,126		
	Internos de carreras de la salud	73					1	74		
Otros trabajadores del sector salud	Administrativo	7,286	1,731			329	211	9,557		
	Personal de Apoyo	3,426	711			25	60	4,222		
<b>Total general</b>		<b>44,965</b>	<b>12,486</b>	<b>98</b>	<b>52</b>	<b>2,568</b>	<b>1,639</b>	<b>61,808</b>		

Elaborado por: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-Ministerio de Salud del Perú  
 Fecha de actualización del reporte: 13/04/2022

Cuadro N° 2

### Muertes por COVID-19 en trabajadores del sector salud según grupo ocupacional e institución en que laboraban

Grupo ocupacional	Ocup..	MINSA/ GORE	ESSALUD	PNP/ FFAA	INPE	MINISTERIO PÚBLICO	PRIVADO	TOTAL	% TOTAL
Personal de salud	Técnicos y auxiliares en salud	258	71	24	2	0	18	373	29.84%
	Médico	148	46	7		3	41	245	19.60%
	Lic. Enfermería	75	31	5		0	14	125	10.00%
	Otros profesionales de la sa..	53	14	3		0	17	87	6.96%
	Obstetra	20	5			0	1	26	2.08%
Otros trabajadores del secto..	Administr..	202	43	8		0	5	258	20.64%
	Personal de Apoyo	110	19	2		0	5	136	10.88%
<b>Total general</b>		<b>866</b>	<b>229</b>	<b>49</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>101</b>	<b>1,250</b>	<b>100.00%</b>

Año de defunción

(Todo)

NULL

2020

2021

2022

Elaborado por: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-Ministerio de Salud del Perú  
Fecha de actualización del reporte: 13/04/2022

Conociendo que antes de la pandemia por la COVID-19 en MINSA y GORES existía una gran brecha de recursos humanos en salud en todo el país y que esta brecha era mucho más pronunciada en algunas regiones, como puede observarse en el cuadro N°3 de diciembre del 2019 correspondiente al personal que labora en el Ministerio de Salud (MINSA) y Gobiernos Regionales (GORES) en los que se centrará el análisis, era difícil brindar una atención adecuada a la población por falta de recursos humanos suficientes (20).

### Cuadro N° 3

DEPARTAMENTO	N° IPRESS	MEDICO CIRUJANO	MEDICO ESPECIALISTA	PROFESIONAL SALUD	TECNICOS ASISTENCIALES	TOTAL
AMAZONAS	474	55	180	1,243	843	2,321
ANCASH	413	92	513	1,495	1,373	3,473
APURIMAC	388	105	270	785	870	2,030
AREQUIPA	261	45	656	1,888	1,495	4,084
AYACUCHO	404	50	538	1,094	1,311	2,993
CAJAMARCA	856	103	518	1,933	1,512	4,066
CALLAO	52	2	163	409	243	817
CUSCO	348	175	912	2,546	3,263	6,896
HUANCAVELICA	407	61	179	630	571	1,441
HUANUCO	322	38	85	314	352	789
ICA	146	7	148	245	366	766
JUNIN	505	96	601	1,648	1,796	4,141
LA LIBERTAD	318	118	1,389	3,544	3,366	8,417
LAMBAYEQUE	186	12	327	615	587	1,541
LIMA	724	125	2,016	3,863	2,681	8,685
LORETO	428	74	707	2,035	1,109	3,925
MADRE DE DIOS	94	2	30	98	71	201
MOQUEGUA	63	1	273	379	463	1,116
PASCO	257	55	337	1,108	935	2,435
PIURA	413	128	154	1,035	599	1,916
PUNO	465	223	654	2,068	2,381	5,326
SAN MARTIN	372	79	727	1,931	1,322	4,059
TACNA	74	6	14	78	111	209
TUMBES	45	6	121	305	199	631
UCAYALI	208	15	117	424	259	815
<b>TOTAL</b>	<b>8,223</b>	<b>1,673</b>	<b>11,629</b>	<b>31,713</b>	<b>28,078</b>	<b>73,093</b>

Fuente:

1. La brecha de RHUS es obtenida aplicando el enfoque de oferta de la Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención, aprobado mediante R.M. N° 437-2014/MINSA, que posibilitará el funcionamiento de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) necesaria para la categorización, de acuerdo a lo establecido por la NTS N° 021-MINSA/DGSP.V.03. Norma Técnica de Salud. "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"

Fuente:

1. Base de Datos del Registro Nacional del Personal de salud (INFORHUS), a diciembre 2019. Dirección General de Personal de Salud (DIGEP) – Ministerio de Salud  
 2. No se incluyeron IPRESS III-2: HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME III-1, HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN, II-E HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS, II-E HOSPITAL DE REHABILITACION DEL CALLAO, las IPRESS con categoría III-E siguientes: 00007734 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERU - JAPON 00006212 HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS 00006213 HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA 00006615 REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL "EL CARMEN". Además, no se incluyen las IPRESS no categorizadas.

Así mismo otro indicador que nos ayuda a evaluar la brecha de recursos humanos y que es un estándar internacional es la densidad de recursos humanos, que es la suma de la razón de médicos, enfermeras y obstetras entre el número de habitantes de una determinada región, expresada por 10 000 habitantes. (21)

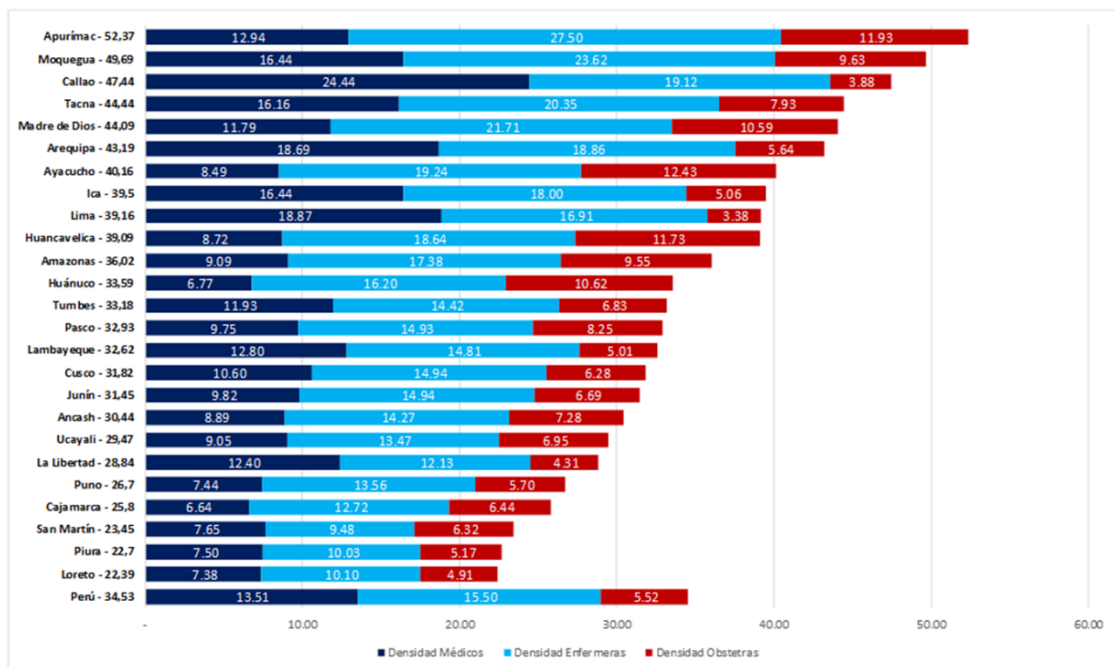
Siendo el estándar promedio por país solicitado por la OMS de 44.5 x 10,00 habitantes, médicos 33 por 10,000 y enfermeras de 88 por 10,000 habitantes (22,23) Para diciembre del 2019 según datos del Registro Nacional de Personal de la Salud (INFORHUS) de la Dirección General de Personal de la Salud del Ministerio de Salud, el promedio de Densidad de Recursos Humanos para el país era de 34.53, no alcanzando el nivel promedio solicitado por la OMS, existiendo 5 regiones que cuentan con la densidad promedio de recursos humanos sugerida por la OMS como son Apurímac, Moquegua, Callao, Tacna y Madre de Dios Sin embargo, cabe

recalcar que en ninguna región se alcanza el estándar sugerido de médicos y enfermeras (20)

A continuación, se presenta el cuadro resumen de MINSA Y GORES a nivel Nacional.

Gráfico N° 2

DENSIDAD DE RECURSOS HUMANOS (POR 10,000 HAB.) EN EL SECTOR SALUD SEGÚN DEPARTAMENTOS, PERÚ -2019



Fuente:  
Base de Datos Nacional de Recursos Humanos del MINSA y Gob. Regionales 2019 y subsectores de Salud 2020  
Elaborado por: Observatorio de Recursos Humanos en Salud - DIGEP - MINSA

Teniendo el promedio de la densidad de recursos humanos del año 2015 al 2019 (cinco años) un incremento mínimo, con Gráfico N°3 (20)

Gráfico N° 3



Fuente INFORHUS MINSAs

En los cuadros presentados se aprecia que además de la brecha, existe inadecuada distribución de los recursos humanos a nivel de todo el país.

En relación a la dotación de recursos humanos en MINSAs y Gobiernos Regionales (GORES) para diciembre del año 2019 pre-pandemia según grupo ocupacional y régimen laboral como se aprecia en el Cuadro N° 4, llama la atención que existe una gran cantidad de personal que prestan servicios como locadores o servicio de terceros, es decir sin gozar de ningún derecho laboral y no perteneciendo a ningún régimen reconocido, debiendo tener presente que en esta cifra existe un considerable sub-registro por diferentes motivos, siendo uno de ellos probablemente la existencia de personal que recibe doble percepción por parte del estado, lo cual no está permitido en la Constitución Política del Estado artículo 40 antes de la pandemia.(20)

Cuadro N° 4

**1. DOTACIÓN DE RHUS EN MINSA Y REGIONES POR GRUPO OCUPACIONAL Y REGIMEN LABORAL A NIVEL NACIONAL**

<b>GRUPO / CARGO</b>	<b>Régimen 276</b>	<b>Régimen 1057 (CAS)</b>	<b>Régimen 728</b>	<b>Servicio de terceros / Locación de servicios</b>	<b>Total</b>
<b>Profesional Asistencial</b>	<b>71571</b>	<b>21025</b>	<b>462</b>	<b>6647</b>	<b>99705</b>
Médico	20849	4215	52	2093	27209
Enfermero	25072	8555	128	2060	35815
Obstetra	12182	3142	133	754	16211
Odontólogo	3494	1019	59	371	4943
Biólogo	1630	620	29	108	2387
Ingeniero sanitario	16	51		45	112
Médico Veterinario	261	53	2	13	329
Nutricionista	1109	454	21	184	1768
Psicólogo	1643	940	19	303	2905
Químico	38	32		7	77
Químico Farmacéutico	1609	789	4	306	2708
Técnicos Especializados	265				265
Tecnólogo Médico	1896	942	2	347	3187
Trabajadora Social	1415	213	13	56	1697
Profesional Asistencial no especificado	92				92
<b>Profesional Administrativo</b>	<b>4448</b>	<b>5218</b>	<b>113</b>	<b>1588</b>	<b>11367</b>
<b>Técnico Asistencial</b>	<b>42503</b>	<b>10553</b>	<b>422</b>	<b>3890</b>	<b>57368</b>
<b>Técnico Administrativo</b>	<b>13877</b>	<b>10217</b>	<b>121</b>	<b>4083</b>	<b>28298</b>
<b>Auxiliar Asistencial</b>	<b>3800</b>	<b>915</b>	<b>25</b>	<b>468</b>	<b>5208</b>
<b>Auxiliar Administrativo</b>	<b>4844</b>	<b>5190</b>	<b>124</b>	<b>3518</b>	<b>13676</b>
<b>Total</b>	<b>141043</b>	<b>53118</b>	<b>1267</b>	<b>20194</b>	<b>215622</b>

Fuente: Base INFORHUS Diciembre 2019

Las modalidades de contratación que existían hasta antes de la pandemia eran las siguientes:

- Régimen laboral 276 (Decreto Legislativo N° 276: Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público) donde está inmerso el personal administrativo del sector salud. (24)

- Régimen laboral 276 (Decreto Legislativo N° 276: Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público) que para el personal asistencial del sector salud desde 13 de setiembre del 2013 se rige además por el Decreto Legislativo N° 1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado. (25,26)
- Decreto Legislativo N° 1057, que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios (CAS) para el sector público. (27)
- Régimen laboral 278 (Decreto Legislativo N° 278 Ley de Productividad y Competitividad Laboral). El ámbito de aplicación de esta ley comprende a todas las empresas y trabajadores sujetos al régimen laboral de la actividad privada. En el MINSA y GORES incluye personal que labora en la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), el Seguro Integral de Salud (SIS) y las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS) en los GORES. (28)
- Servicios de Terceros son locadores de servicios, no constituyen un régimen laboral. (Artículo 1764 del Código Civil)

Debemos tener presente que existe gran diferencia entre los beneficios, derechos y salarios o entregas económicas de los recursos humanos que se encuentran en estos diversos regímenes laborales y contratos realizando labores similares. Existiendo

inclusive dentro de un mismo régimen laboral diferencias sustanciales en las compensaciones económicas como por ejemplo en el caso del personal contratado mediante la modalidad de CAS del Decreto Legislativo N° 1057 (CAS Regulares) o inclusive dentro de cada uno de estos grupos según la región o la unidad ejecutora donde se realizó el contrato. Por supuesto en el personal contratado por locación de servicios no solo tienen salarios muy diversos, sino que no tienen derecho a vacaciones, seguro de salud, y otros beneficios laborales, cumpliendo trabajos similares al personal de otros regímenes laborales en el sector salud.

Otro problema detectado es que el personal está concentrado en su mayoría en el segundo y tercer nivel de atención con un 48.7 % del personal asistencial para el año 2019, quedando solo el 40.4% del personal asistencial para la atención en el primer nivel donde debería atenderse a la mayoría de la población, como se aprecia en el Cuadro N° 5, problema que se agudizó más durante la pandemia ya que disminuyó el personal en el primer nivel de atención, pero se incrementó en el segundo y tercer nivel de atención. (20)

Cuadro N° 5

RECURSOS HUMANOS DEL MINSA Y GOBIERNOS REGIONALES SEGÚN DEPARTAMENTO Y TIPO DE SEDE, PERÚ 2017 - 2019						
Departamento / Categoría de EESS	Año					
	2017		2018		2019	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
<b>Perú</b>	<b>186,079</b>	<b>100</b>	<b>202,275</b>	<b>100</b>	<b>215,622</b>	<b>100</b>
<b>Asistencial</b>	<b>166,849</b>	<b>89.7</b>	<b>180,279</b>	<b>89.1</b>	<b>192,045</b>	<b>89.1</b>
I-1	11,595	6.2	11,738	5.8	11,739	5.4
I-2	15,687	8.4	17,627	8.7	18,980	8.8
I-3	30,869	16.6	33,419	16.5	34,857	16.2
I-4	18,733	10.1	19,868	9.8	21,657	10
II-1	19,359	10.4	21,049	10.4	22,725	10.5
II-2	24,247	13	25,694	12.7	29,523	13.7
II-E	931	0.5	2,356	1.2	1,549	0.7
III-1	30,340	16.3	31,694	15.7	33,461	15.5
III-2	12,567	6.8	13,171	6.5	13,595	6.3
III-E	2,126	1.1	3,206	1.6	3,374	1.6
Sin categoría	395	0.2	457	0.2	585	0.3
<b>Administrativo</b>	<b>19,230</b>	<b>10.3</b>	<b>21,996</b>	<b>10.9</b>	<b>23,577</b>	<b>10.9</b>
MINSA - IGSS	3,856	2.1	5,311	2.6	5,190	2.4
DIRESA / GERESA / DISA	8,228	4.4	8,167	4	8,736	4.1
DIRIS / RED	7,146	3.8	8,518	4.2	9,651	4.5

Fuente INFORHUS

Así mismo se aprecia que la brecha de recursos humanos en salud es muy superior en el primer nivel de atención por lo que se debe plantear estrategias para mejorar la disponibilidad de atención y la retención de personal en este nivel, aún más en el marco de las redes integradas de salud (20)

Cuadro N° 6

BRECHA DE RECURSOS HUMANOS POR NIVELES DE ATENCION				
PLIEGO DESCRIPCION	1er. Nivel	2do. Nivel	3er. Nivel	Total
011 M. DE SALUD	1004	315	2721	4040
440 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AMAZONAS	1388	714		2102
441 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE ANCASH	1054	1823		2877
442 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE APURIMAC	1525	551		2076
443 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AREQUIPA	893	278	1516	2687
444 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AYACUCHO	1023	1049		2072
445 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA	1963	867		2830
446 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CUSCO	2178	551	2129	4858
447 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE HUANCAYELICA	999	479		1478
448 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE HUANUCO	488	125		613
449 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE ICA	366	109		475
450 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE JUNIN	1447	734	1175	3356
451 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD	1227	3645	1918	6790
452 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE	329	232	725	1286
453 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LORETO	1410	773	1237	3420
454 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS	174	44		218
455 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA	168	118		286
456 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PASCO	890	329		1219
457 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PIURA	1414	144		1558
458 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PUNO	2664	1663		4327
459 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN	1442	1206		2648
460 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE TACNA	180	24		204
461 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE TUMBES	100	354		454
462 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE UCAYALI	487	211		698
463 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LIMA	760	753		1513
464 GOBIERNO REGIONAL DE LA PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO	96	80	415	591
<b>Total General</b>	<b>25669</b>	<b>17171</b>	<b>11836</b>	<b>54676</b>

Elaborado por DIPLAN: diciembre 2021 INFORHUS

Sobre la falta de desarrollo de capacidades del recurso humano en salud, encontramos actualmente que existe un divorcio entre la formación que recibe el recurso humano y lo que el país necesita, especialmente para fortalecer la atención del ciudadano en el primer nivel de atención, encontrando que existe una gran problemática porque muchos recursos humanos no cuentan con las competencias profesionales, ni humanas para responder a las expectativas, demandas y necesidades de salud de la población del país, requiriéndose se tomen en cuenta los perfiles de competencias esenciales que orienten la formación de los profesionales de la salud en nuestro país planteados por el MINSA.(68,69)

Así mismo existe una gran debilidad y escasos Planes de Desarrollo de Capacidades que sean efectivos y la realidad es que los trabajadores de la salud prácticamente no reciben capacitación continua, ni pertinente, ni de calidad adecuada lo que agrava su capacidad de brindar una adecuada atención a la población.

Otra problemática que contribuye a que existan estos problemas se deriva del fraccionamiento de nuestro sistema de salud, que implica una falta de información única de los recursos humanos en salud de todo el país, por lo que no podemos contar con una sola base de datos completa del todo el sector, lo que dificulta poder tomar decisiones o elaborar políticas de manera informada que puedan incluir a todos los recursos humanos del sector. (1,70)

No existe tampoco un sistema de control gerencial y de rendición pública de cuentas para la gestión e implementación de la política de RHUS a nivel sectorial en el país.

En síntesis, pre-pandemia existió una brecha de recursos humanos, mecanismos de relación laboral heterogéneos y condiciones remunerativas insuficientes, estos problemas inicialmente que se agravaron por circunstancias y medidas de control sanitario que cambiaron mecanismos de contratación, remuneración y procesos de trabajo debiendo ponerse mayor énfasis en la bioseguridad del personal de la salud, en la presente investigación se plantea la pregunta:

**¿Qué efecto en la cobertura de recursos humanos en salud (número, distribución y competencias) para la atención del COVID-19 a nivel nacional tuvo la implementación de políticas y cambios en gestión durante la emergencia sanitaria en el Perú?**

**¿Cuáles fueron los efectos o resultados de las políticas y cambios en gestión de recursos humanos implementados durante la pandemia y qué lecciones aprendidas extraemos para mejorarlas?**

### **3 Justificación**

A los problemas existentes en cuanto a disponibilidad, distribución, condiciones de trabajo y competencias que ya existían en el país, la pandemia COVID-19 se agregó:

La disminución importante del trabajo presencial; la gran cantidad de los recursos humanos en salud que enfermaron y fallecieron por la COVID-19; las dificultades para brindar una atención adecuada a la población por falta de recursos humanos suficientes y su inadecuada distribución; el escaso personal asistencial que quedó para la atención en el primer nivel de atención donde debería atenderse a la mayoría de la población y la falta de desarrollo de capacidades del recurso humano en salud para enfrentar la emergencia sanitaria, por falta, entre otros, de personal especializado.

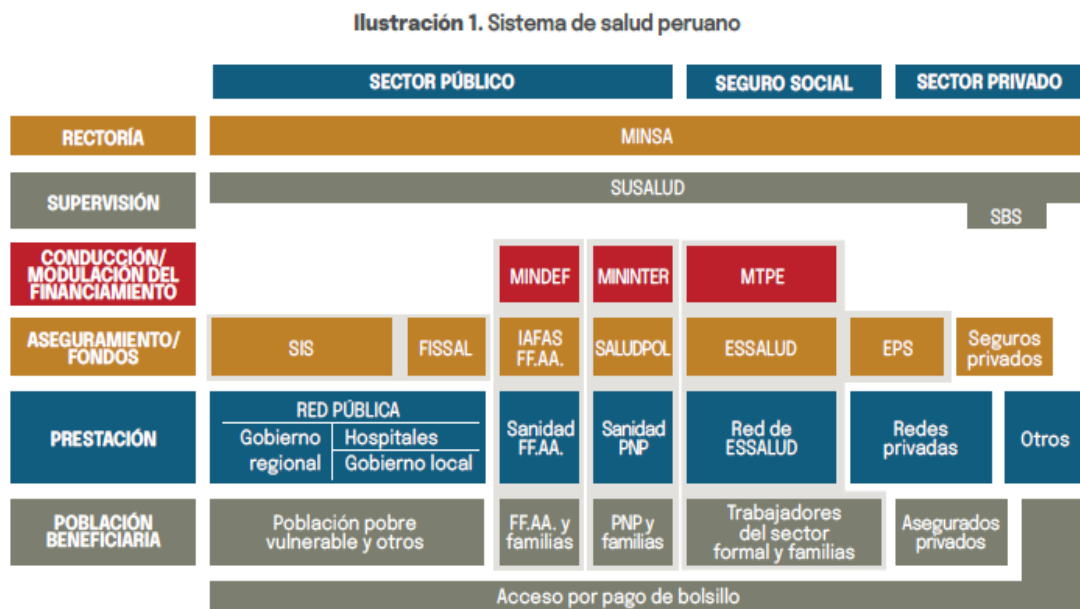
Frente a esta situación resulta importante describir y analizar las medidas implementadas en el campo de los recursos humanos para revertir los efectos inmediatos de la pandemia, garantizar la atención a la población y evaluar los efectos y resultados de las mismas.

## 4 Fundamento teórico

### 4.1 RHUS en un sistema de salud fraccionado y segmentado

El sistema de salud en el Perú es un sistema fraccionado y segmentado, no único como en otros países del mundo, comprende varios subsectores, el Ministerio de Salud (MINSA) y los Gobiernos Regionales (GORES); el Seguro Social de Salud (EsSalud); las sanidades de las Fuerzas Armadas (Ejército, Marina y Aviación); la Policía Nacional del Perú (PNP) y el sector privado. Donde el MINSA es el ente rector del sistema y además regulador y prestador. (29,30)

Figura N° 1



Fuente: Janice Seinfeld, Oscar Ugarte, Cesar Amaro, Oriana Salomón, Alfredo Dancuart. Cambios e b el sistema de salud centrados en el ciudadano. Perú Debate 2021

Existiendo poca integración horizontal entre los subsistemas a pesar de las reformas de salud que se realizaron en el país y del actual intento por funcionar como redes de servicios de salud con un enfoque territorial. (29,30,31,32,33,34).

## **4.2 Conceptualización de recursos humanos en salud**

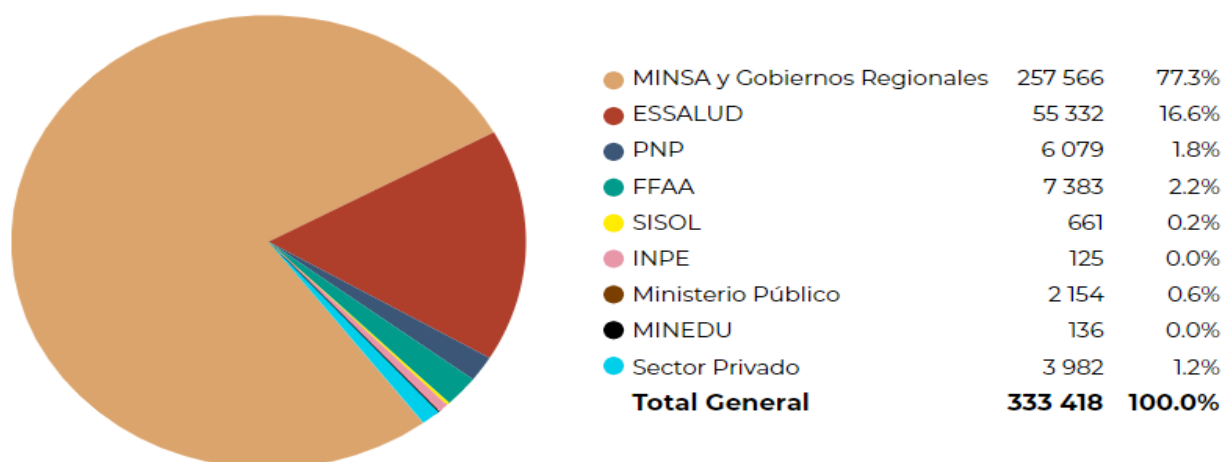
Los recursos Humanos en salud son “todas las personas que realizan acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud” (OMS), que incluye a voluntarios, agentes comunitarios, familiares que cuidan a sus pacientes y otros, sin embargo, para fines de la presente investigación cuando nos referiremos a recursos humanos en salud estaremos incluyendo sólo a aquellos que cumplen jornadas laborales remuneradas. (35)

En este contexto los recursos humanos del sector salud en el país también están distribuidos en todos estos subsectores lo que complejiza más el problema.

El MINSA y GORES son los principales empleadores del sector concentrando al 77.3% (257,566 personas) de la fuerza laboral, seguido de ESSalud con el 16.6% (55,332 personas), Fuerzas Armadas con 2.2 % (7,383) y luego el sector privado con 1.2% (3,982) como se aprecia en el Gráfico N° 4, según datos del Registro Nacional del Personal de la Salud, de la Dirección General de Personal de la Salud (DIGEP) del MINSA que se presentan a continuación (36):

Grafico N° 4

## PERÚ: RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR SALUD SEGÚN INSTITUCIÓN, 2020



Fuente:  
Base de Datos Nacional de Recursos Humanos del MINSA y Gob. Regionales 2020.  
Información remitida por ESSALUD 2020.  
Información remitida por la Sanidad de la PNP 2020.  
Información remitida por la Sanidad de la Marina de Guerra del Perú 2020.  
Información remitida por la Sanidad del Ejército del Perú 2020.  
Información remitida por la Fuerza Aérea del Perú 2020.  
Información remitida por SISOL 2020.  
Información remitida por el Instituto Nacional Penitenciario 2020.  
Información remitida por el Ministerio Público 2020.  
Información remitida por el Ministerio de Educación 2020.  
Información remitida por el Sector Privado 2020.  
Elaboración: Observatorio de Recursos Humanos en Salud - DIGEP - MINSA.

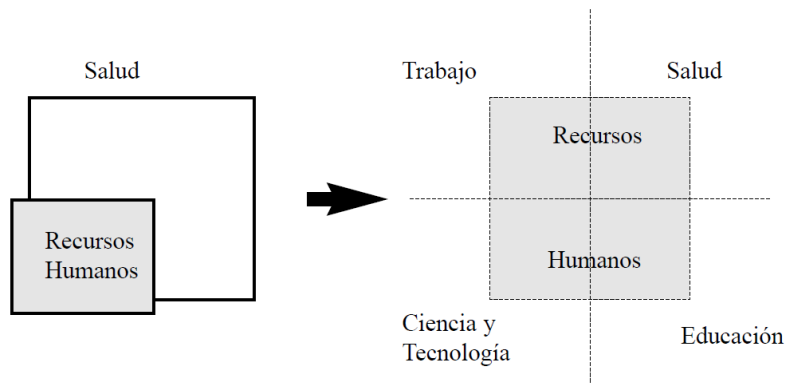
Fuente: Serie Bibliográfica Información de Recursos Humanos en Salud N° 30- Registro Nacional del Personal de la Salud. DIGEP/MINSA

### 4.3 El campo de los recursos humanos en salud

El campo de los recursos humanos en salud es de naturaleza intersectorial (Figura 2), estos, están relacionados con el sector trabajo, salud, educación, con ciencia y tecnología (37,38).

Figura N° 2

### Campo de RHUS



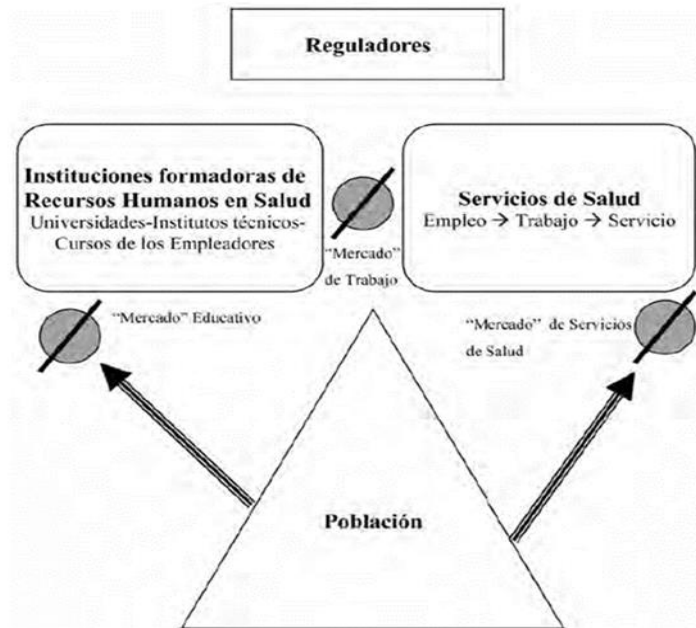
Fuente Mario Rovere

A su vez están íntimamente ligados a los servicios de salud, donde trabajan y brindan servicios a la población, fueron formados en instituciones universitarias o institutos técnicos para el desempeño de sus distintas carreras y además permanentemente deberían estar relacionados con las instituciones formadores para capacitación continua, especialización de adquisición de nuevas competencias necesarias para brindar atención de calidad a la gente, finalmente están vinculados con la población que son la razón de ser del trabajo preventivo promocional, recuperativo y de rehabilitación que día a día llevan a cabo los recursos humanos en salud. Y todo esto bajo una regulación que para el sector salud corresponde realizar al Ministerio de Salud.

Existiendo por lo tanto un “mercado de trabajo”, un “mercado educativo” y un “mercado de Servicios de Salud” (37,38,39). Figura 3.

Figura N° 3

### “Mercados” en campos RHUS



Fuente Mario Rovere

#### 4.4 Dimensiones de recursos humanos en salud

Al mismo tiempo los recursos humanos en salud tienen diversas dimensiones, una relacionada con la disponibilidad de recursos humanos, otra relacionada con sus competencias y otra relacionada con sus condiciones de trabajo que están vinculadas al grado de compromiso de los recursos humanos con los objetivos institucionales.

La disponibilidad de recursos humanos (Cuantos) es la cantidad de ellos por cada establecimiento de salud o sede administrativa, en cada territorio, región o sector.

En nuestro país lamentablemente no se cuenta con una sola base de datos de

Recursos Humanos a nivel nacional que nos permita tener información sólida en cuanto a la cantidad existente, sino existen diversas bases de datos siendo la más completa y la que engloba a la mayoría de trabajadores del sector, el INFORHUS o Registro Nacional de Personal de la Salud de la Dirección General de Personal de la Salud del Ministerio de Salud.

Dentro de esta dimensión numérica se encuentra también la dotación de personal (Quienes) donde se define la composición, distribución, rendimiento y suficiencia del personal en un establecimiento de salud, sedes administrativas y otras desde el nivel nacional hasta el nivel local.

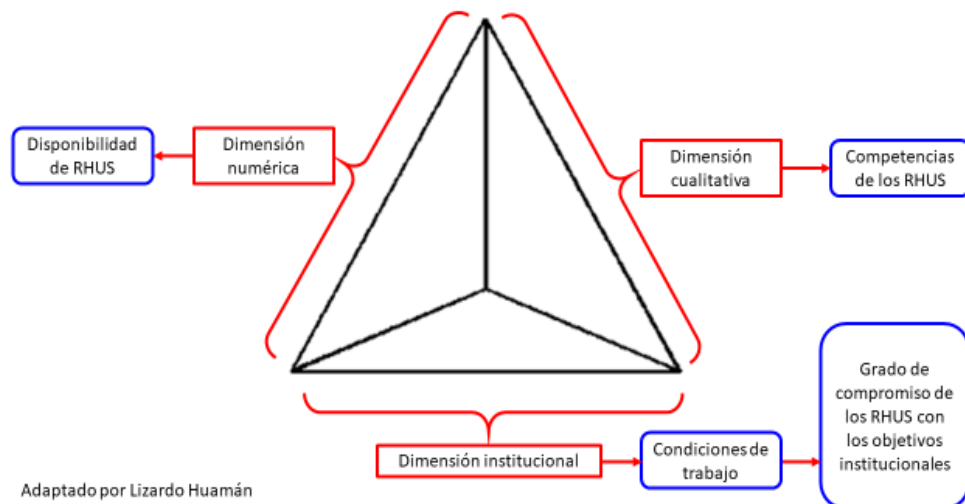
En cuanto a la dimensión de las condiciones de trabajo nos referimos a las remuneraciones, incentivos, enfoques de derecho, género, interculturalidad, seguridad y salud en el trabajo, el clima y cultura organizacional, gestión de conflictos, comunicación efectiva interna y externa, generación de espacios de concertación regional y local para mejora de las condiciones físicas, instrumentales, socioeconómicas y ambientales para el trabajo. Así finalmente el logro de rendimiento laboral eficiente que aporte al cumplimiento de objetivos y metas institucionales.

La otra dimensión es la relacionada con las competencias de los recursos humanos en salud que tiene que ver con la formación que recibieron y deben recibir de pregrado y posgrado, para lo cual es importantísimo definir los perfiles de competencias para el sector en cada uno de los diferentes grupos ocupacionales siendo indispensable la coordinación y acuerdos con las entidades formadoras de recursos humanos en salud, así mismo programas de desarrollo de capacidades,

formación de formadores, fortalecimiento de los espacios de articulación docente-asistencial e investigación en salud vinculada a las necesidades del sistema de salud en los diferentes ámbitos que van desde el nacional, regional y local (7,38,39)

Figura N° 4

### Dimensiones del campo de los RHUS



#### **4.5 Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos**

Debemos también tener en cuenta que toda la regulación relacionada a los recursos humanos del sector público está regida por la Ley 30057 Ley del Servicio Civil, en la cual ha definido el modelo del Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos que contempla:

Figura N° 5

### Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos



Fuente: SERVIR

Planificación de Políticas de Recursos Humanos: “Este subsistema permite organizar la gestión interna de recursos humanos, de acuerdo con los objetivos estratégicos de la institución. Permite plantear lineamientos, directivas y políticas” (40,41)

Organización del Trabajo y su distribución: “En este subsistema, se definen las funciones, requisitos de las personas. Los procesos que se consideran dentro de este subsistema son: a) Diseño de los puestos b) Administración de puesto “(40,41)

Gestión del Empleo: “Involucra la Gestión de Recursos Humanos desde la incorporación hasta la desvinculación. “(40,41)

Gestión del Rendimiento: “En este subsistema, se reconoce el aporte de los servidores al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales. El proceso de este subsistema es la evaluación del desempeño”. (40,41)

Gestión de la Compensación: “Incluye la gestión del conjunto de ingresos y beneficios para los servidores de acuerdo con los puestos que ocupan. Incluye administración de pensiones” (40,41)

Gestión del desarrollo y capacitación: “Este subsistema contiene políticas de progresión en la carrera y desarrollo de capacidades, desarrollando las competencias de los servidores considerando además la capacitación”. (40,41)

Gestión de relaciones humanas y sociales: incluye relaciones laborales individuales y colectivas, seguridad y salud en el trabajo, bienestar social, cultura y clima organizacional y comunicación interna. “(40,41)

Teniendo en cuenta que los pilares del servicio civil son:

- El mérito
- La igualdad de oportunidades
- La gestión de acuerdo a metas

El campo de los recursos humanos en salud y sus dimensiones están inmersos y son muy similares al sistema administrativo aprobado por SERVIR con algunas particularidades. (40,41)

#### **4.6 Lineamientos de Política RHUS**

Debemos también tener en cuenta los Lineamientos de Política de Recursos Humanos en Salud 2018-2030 aprobados mediante la Resolución Ministerial N° 1357-2018/MINSA, del 28 de diciembre del 2018, que presenta 5 lineamientos

(7):

- “Objetivo 1. Fortalecer la rectoría del MINSA en el campo de los Recursos Humanos, inter y multisectorialmente, en los diferentes niveles de gobierno”. (7)
- “Objetivo 2. Disponer de Recursos Humanos en Salud suficientes, disminuyendo la inequidad de Recursos Humanos en Salud a nivel Nacional”. (7)
- “Objetivo 3. Fortalecer las competencias profesionales y humanas de los Recursos Humanos en Salud para responder eficazmente a las necesidades, demandas y expectativas en salud de la población peruana” (7)
- “Objetivo 4. Incrementar las condiciones laborales según aspectos esenciales del trabajo decente del personal de salud que presta servicios a la población más vulnerable”. (7)
- “Objetivo 5. Lograr el rendimiento laboral de los Recursos Humanos que permita el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales”. (7)

Que servirá como un punto de partida para proponer mejoras y ligarlos con las lecciones aprendidas durante la pandemia por la COVID-19.

#### 4.7 Brecha de RHUS: metodologías de cálculo

En cuanto al cálculo de las brechas de recursos humanos en el país, debemos indicar que hay varias formas y metodologías para este, para esta investigación tomaremos en cuenta la metodología utilizada por la Dirección General de Personal de la Salud del Ministerio de Salud, basada en la Resolución Ministerial N° 176\_2014\_MINSA que aprueba la Guía técnica para la metodología de cálculo de las brechas de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del primer nivel de atención y en la Resolución Ministerial N° 437\_2014\_MINSA que aprueba la Guía técnica para la metodología de estimación de las brechas de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención (42,43,44,45).

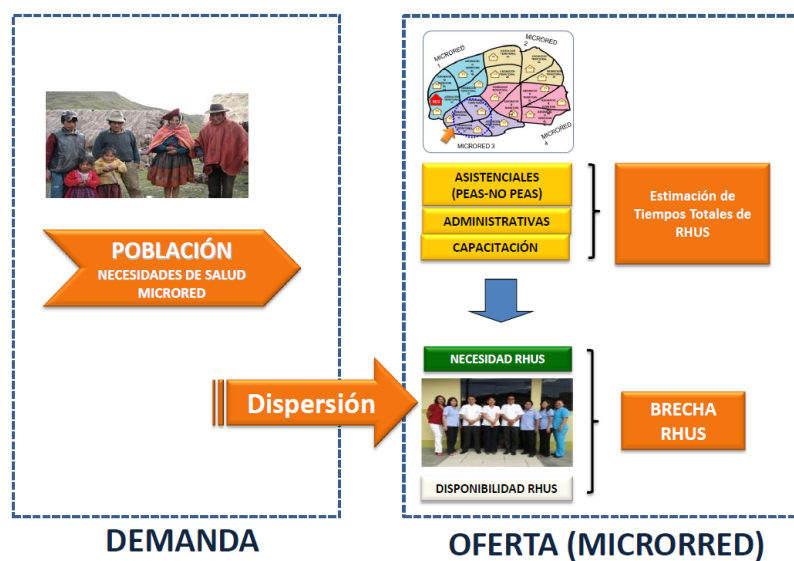
La cual se basa en la oferta y demanda, pero con más énfasis en la oferta de los establecimientos de salud de acuerdo a la cartera de servicios según su categorización y a la normatividad vigente en relación a los recursos humanos.

La cual explica en los cuadros subsiguientes:



Fuente DIGEP MINSA

## SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION



Fuente DIGEP MINSA

Además, existen otros métodos para el cálculo de brechas como el utilizado en el Seguro Social del Perú (ESSALUD) que realiza el cálculo de estimación de brechas basado en la estimación de brecha de horas, en periodos mensuales. Para lo cual se requiere datos del centro asistencial, parámetros de referencia, indicadores aprobados por la institución, y fórmulas que relacionan los datos y parámetros para la estimación de las horas requeridas. Además de datos de producción, demanda de prestaciones de salud estimada, vinculadas a la población asegurada y parámetros por actividad aprobados o autorizados por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y la Oficina Central de Planificación y Desarrollo, la productividad esperada según la meta establecida por la Alta Dirección, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Red Asistencial, según corresponda.

#### **4.8 Trabajo de RHUS: regímenes y compensaciones**

El personal “nombrado” de salud del MINSA y GORES se rige desde el punto de vista laboral por el Decreto Legislativo N° 276: Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público donde está inmerso el personal asistencial y administrativo del sector salud, sin embargo desde el punto de vista remunerativo el personal asistencial del sector desde 13 de setiembre del 2013 se rige por el Decreto Legislativo N°1153 Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado habiéndose quedado excluidos de este último: el personal administrativo, personal del Seguro Social de Salud-ESSalud, personal del Seguro Integral de Salud – SIS, personal de Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), Personal militar de las FF/AA /PP que presta servicio asistencial, Personal CAS y Personal del Régimen Laboral del Decreto Legislativo 728, lo cual ha producido una serie de complicaciones y descontento.

La estructura de las compensaciones y entregas económicas del Decreto Legislativo N°1153 está constituido por:

- “Valorización Principal (que viene a ser el “sueldo básico”)”. (25,26)
- “Valorización Ajustada (Llamados “Bonos”)”. (25,26)
  - ✓ “Bonificación por Puesto de Responsabilidad Jefatural o Departamento o Servicio”. (25,26)
  - ✓ “Bonificación por Puesto de Responsabilidad Jefatural en EESS I-3 y I-4, Microrredes o Redes”. (25,26)
  - ✓ “Bonificación por Puesto Especializado o a dedicación exclusiva en Servicios de Salud Pública”. (25,26)

- ✓ “Bonificación por Puesto Específico”. (25,26)
- ✓ “Bonificación por Puesto en Servicios de Salud Pública”. (25,26)
- “Valorización Priorizada (Llamados “Bonos””. (25,26)
  - ✓ “Zonas alejadas o de frontera”. (25,26)
  - ✓ “Zona de emergencia”. (25,26)
  - ✓ “Atención primaria de salud” (APS). (25,26)
  - ✓ “Atención especializada”. (25,26)
    - “En Establecimientos de Salud Estratégicos del I-4 al II nivel de atención”. (25,26)
    - “En Establecimientos de Salud del II al II nivel de atención”. (25,26)
  - ✓ “Atención en servicios críticos”. (25,26)
  - ✓ “Atención específica de soporte”. (25,26)

Para lo cual se aprueban los montos de la valorización principal según nivel remunerativo y grupo ocupacional.

Habiéndose aprobado en la Ley N° 31365 Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2022 artículo 44, numeral 44.1 un incremento de la misma que mediante el Decreto Supremo N° 035-2022 se efectivizaron en dos tramos uno en marzo del 2022 existiendo otro incremento en noviembre del 2022.

Para la Valorización ajustada y priorizada se aprueban perfiles y condiciones que el personal debe cumplir para percibir estas entregas económicas. Habiéndose aprobado una modificación para la percepción de la bonificación por Atención

Primaria de salud (APS) y Atención Especializada mediante el Decreto Supremo N° 030-2021-SA del 30 de octubre del 2021.

Estas valorizaciones (ajustada y priorizada) están sujetas a disponibilidad presupuestal para ser efectivizadas.

Además, en el Decreto Legislativo N° 1153 se aprobó el incremento del monto percibido por guardias hospitalarias que mediante Decreto Supremo N° 216-2014-EF del 28 de julio del 2014 se incrementaron en 55%, quedando pendiente hasta la fecha el incremento respectivo para técnicos y auxiliares.

El pago por guardias hospitalarias se realiza al personal que está programado en esta actividad de acuerdo a las necesidades de los servicios y a la disponibilidad presupuestal, es un ingreso adicional para el personal de salud, debiendo precisar que estas se realizan dentro de la jornada laboral de 150 horas para los profesionales, técnicos y auxiliares de salud.

Debemos además tener en cuenta como se indicó en el planteamiento del problema que según el cuadro N° 4 de la Disponibilidad de Recursos Humanos en MINSA y GORES por grupo ocupacional y régimen laboral a nivel nacional elaborado por la Dirección General de Personal de la Salud del MINSA con datos de INFORHUS para diciembre 2019, el 24.63% del personal se encontraba contratado mediante el Decreto Legislativo N° 1057 Decreto Legislativo que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios (CAS), siendo el personal “nombrado” el 65.41%.

El personal contratado mediante la modalidad CAS incluye a los llamados CAS regulares o CAS antiguos que ingresaron a laborar antes de la pandemia por la COVID 19 y a los CAS-COVID que fueron contratados durante la pandemia por la emergencia sanitaria autorizados mediante diversos decretos de urgencia que van desde el Decreto de Urgencia N° 029-2020 del 20 de marzo del 2020, hasta el Decreto de Urgencia N° 002-2022. Habiéndose generado una gran inequidad en relación a las remuneraciones percibidas por estos grupos, ya que no existía regulación alguna o montos referenciales antes de la pandemia, sí existía una diversidad de ofertas entre las diferentes unidades ejecutoras de salud y entre las distintas regiones, lo que nos generó un abanico de remuneraciones impresionante entre los mismos grupos ocupacionales por un trabajo similar; con la pandemia por la COVID-19 se publicó la Resolución Ministerial N° 420-2020-MINSA, de fecha 19 de junio de 2020, que aprobó las “Escalas de remuneración referencial para los profesionales de la salud y los técnicos asistenciales de la salud contratados bajo el régimen de Contratación Administrativa de Servicios-CAS que prestan servicios de alerta y respuesta en el marco de la existencia del COVID-19”, esta escala tiene remuneraciones muy superiores a las percibidas por los CAS regulares o antiguos e incluso superiores a las percibidas por el personal nombrado. Generándose más inequidades. A lo que se agregó el hecho de que no todas las unidades ejecutoras cumplieron con ella e inclusive entre los CAS-COVID existen diferencias entre las remuneraciones en las distintas unidades ejecutoras del país.

Para complejizar más el problema se cuenta con personal contratado como locadores de servicio o “servicio de terceros” que no tienen ningún beneficio laboral y tienen también remuneraciones completamente dispersas e inequitativas,

debemos indicar que para diciembre del 2019 de acuerdo al cuadro N° 4 se encontraban en esta condición 20,194 personas.

#### **4.9 Desarrollo de capacidades de los RHUS**

En relación a la falta de desarrollo de las capacidades del personal en salud debemos indicar que con Resolución Ministerial N° 1337-2018.MINSA del 28 de diciembre del 2018, se aprobó el Documento Técnico: "Plan Nacional de Formación Profesional y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos en Salud 2018-2021 (PLANDES BICENTENARIO)" que tenía como objetivo presentar una propuesta para dar pautas para que se desarrollen los procesos de aprendizaje.

En la planificación del desarrollo de capacidades debemos distinguir dos dimensiones:

- **La formación de los recursos humanos:** para ello se requiere coordinación estrecha con las entidades formadoras de recursos humanos es decir las universidades e institutos de educación superior, para lo cual se requiere contar con perfiles de competencias esenciales que orienten la formación de los profesionales y técnicos de la salud.

Ya se cuenta con un avance, al haberse aprobado durante la pandemia mediante Resolución Ministerial N° 960-2020/MINSA de fecha 25 de noviembre del 2020 los perfiles referenciales del médico(a) y la enfermera(o) peruano(a), que servirán de guía para las universidades del país.

Así mismo mediante Resolución Ministerial N° 622-2020/MINSA del 14 de agosto del 2020, se aprobó el Documento Técnico: Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N° 090-2020"; con Resolución Ministerial N° 779-2021/MINSA del 21 de Junio del 2021 se aprueba el Documento Técnico: Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la emergencia sanitaria. Con Resolución Ministerial N° 351-2022/MINSA del 16 de mayo del 2022 se aprueba la Directiva Administrativa N° 331-MINSA/DIGEP-2022, "Directiva Administrativa para el desarrollo de actividades del Internado en Ciencias de la Salud".

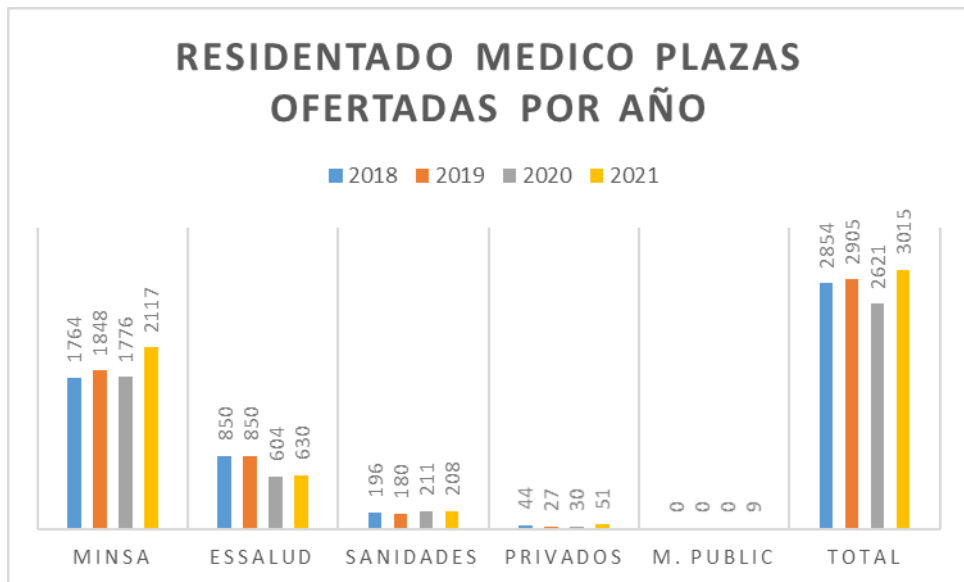
Documentos que marcan un hito en la historia de la formación de los internos de ciencias de la salud o alumnos de último año de las carreras de pregrado que están realizando sus prácticas pre-profesionales en salud, pues marcan como obligatorio que el internado se realice en el primer nivel de atención con lo cual con el transcurso de los años modificará sustancialmente la formación, dando un quiebre, fortaleciendo las competencias de atención de familia y comunidad con enfoque territorial por curso de vida, además de levantar el nivel y la calidad de atención de los establecimientos de salud.

Debe mejorarse y optimizarse la gestión de los espacios de articulación Educación/ Salud o docencia servicio.

Otra parte importante de la formación de los recursos humanos es la especialización que es tan requerida en nuestro país, cuya brecha es muy

importante, en el caso de los médicos está regido por la Ley N° 30453, a través del Consejo Nacional de Residentado Médico (CONAREME), su reglamento Decreto Supremo N°007-2017-SA, Ley N° 30757, Decreto Supremo N° 016-2020-SA, Decreto Legislativo N°1512, Resolución Ministerial N°311-2020-MINSA del 23 de mayo del 2020 y Resolución Ministerial N°045-2022-MINSA del 02 de febrero del 2022. Según la Ley no pueden existir residentes que no perciban una remuneración y la remuneración percibida por ellos corresponde al primer nivel del médico según el Decreto Legislativo N°1153, por lo tanto la especialización en la modalidad de residentado médico es la única que existe, y requiere financiamiento, que debería formar parte de la política de recursos humanos del país, este financiamiento en la actualidad es casi exclusivamente del estado a través del MINSA, también se tiene financiamiento de ESSALUD, Fuerzas Armadas, Policiales y en muy bajo porcentaje del sector privado. El MINSA financió en el 2021, el 70% de las vacantes y ESSALUD el 20.9%, mientras que antes de la pandemia MINSA financiaba aproximadamente el 60% y ESSALUD el 29 %, como se puede apreciar durante la pandemia ESSALUD disminuyo sustancialmente la oferta de plazas por problemas presupuestales y de priorización, lo que trae serios problemas relacionados a la disponibilidad por contar un mayor número de especialistas en el país; mientras que el MINSA en plena pandemia en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas, y relacionado con el requerimiento de especialistas en el país, incrementó para el 2021 y 2022 el presupuesto para la formación de un mayor número de especialistas.

Grafico N° 5



Elaboración propia Fuente CONAREME

Para el caso de enfermería, odontología, químicos farmacéuticos y obstetras actualmente pueden especializarse mediante dos modalidades la del residente que es docencia en servicio y especializaciones en programas universitarios tipo maestrías profesionalizantes, con un componente teórico importante, pero es escasa la práctica.

En la modalidad de residente, el caso de odontología, se rige por Decreto Supremo N°009-2013-SA, Resolución Ministerial N°628-2016/MINSA y tiene escaso financiamiento a través del Decreto Legislativo N° 1153.

Mientras en el caso de enfermería se rigen por el Decreto Supremo N°031-2015-SA, Resolución Ministerial N°466-2016/MINSA. En el caso de los químicos farmacéuticos por Decreto Supremo N°037-2014-SA, Resolución Ministerial

N°517-2016/MINSA, sin embargo, en éstos dos, su financiamiento no está contemplado en el Decreto Legislativo N° 1153 por lo que es sumamente complicado su financiamiento y no pueden cubrirse los requerimientos de la población.

En el caso de los obstetras el resindentado se rige por Decreto Supremo N° 026-2016-SA Resolución Ministerial N°772-2017/MINSA, sin embargo, hasta la fecha no se ha implementado esta modalidad, y tampoco su financiamiento está incluido en el Decreto Legislativo N° 1153.

En todo lo relacionado a formación es imprescindible coordinar con las instituciones formadoras de personal de la salud: universidades e institutos para lo cual es muy importante el rol rector del MINSA y continuas coordinaciones interinstitucionales e intersectoriales.

- **Capacitación de los trabajadores de salud**, de acuerdo a lo indicado por SERVIR se deben elaborar Planes de Desarrollo de las Personas (PDP) los cuales difieren entre los diferentes establecimientos de salud del país y responden a sus necesidades particulares. Sin embargo, deberían existir capacitaciones de temas transversales, el MINSA como ente rector de la salud, debe planificar capacitaciones para todos el recurso humano, esta debe estar ligada a las necesidades de nuestro sistema de salud y los problemas de salud prevalentes, sin descuidar la parte de gestión y administración.

La entidad que debe liderar estas capacitaciones es la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP).

Debiendo buscarse la calificación de las sedes de capacitación y la evaluación de las capacitaciones.

Es fundamental la motivación del personal, la actualización permanente del trabajador y buscar no sólo mejorar sus conocimientos sino también sus habilidades, destrezas y actitudes para lograr idealmente perfeccionar sus competencias, debiendo existir una evaluación constante de las mismas.

Dentro de este contexto el “Servicio Rural Urbano Marginal en Salud (SERUMS) que se rige por la Ley 23330, Decreto Supremo N°005-97-SA, Resolución Ministerial N° 710-2012-MINSA, Resolución Ministerial N° 144-2016-MINSA, Resolución Ministerial N° 264-2016-MINSA, Resolución Ministerial N° 339-2016-MINSA, Resolución Ministerial N° 422-2016-MINSA, Resolución Ministerial N° 423-2016-MINSA, Decreto Supremo N°037-2016-SA, Resolución Ministerial N° 785-2016-MINSA, Resolución Ministerial N° 172-2017-MINSA, Resolución Ministerial N° 189-2017-MINSA, Resolución Ministerial N° 1159-2017-MINSA, Resolución Ministerial N° 047-2018-MINSA, Resolución Ministerial N° 263-2018-MINSA, Resolución Ministerial N° 254-2019-MINSA, Resolución Ministerial N° 215-2020-MINSA, Resolución Ministerial N° 446-2020-MINSA, Resolución Ministerial N° 258-2020-MINSA, Resolución Ministerial N° 742-2020-MINSA, Resolución Ministerial N° 966-2020-MINSA, Resolución Ministerial N° 612-2021-MINSA, Resolución Ministerial N° 766-2021-MINSA y Resolución Ministerial N° 028-2022-MINSA”, es un servicio

obligatorio, hasta 12 meses de duración para los profesionales de la salud que vayan a trabajar para el estado, durante la emergencia sanitaria por la COVID-19 sufrió varias modificaciones, dentro de las más importantes fue que el estado suspendió el requerimiento por el cual los profesionales debían haber realizado el SERUMS para poder ser contratados para laborar en el estado, creándose el Servicio COVID Especial (SERVICER), mediante “Decreto de Urgencia N° 037-2020, el 12 de abril del 2020”, mantenido mediante “Decreto de Urgencia N°002-2021” y “Decreto de Urgencia N°001-2022” pudiéndose convalidar el trabajo realizado durante la pandemia como SERUMS posteriormente.

Este servicio también financiado por el “Decreto Legislativo N° 1153”, realizado en las zonas más pobres y lejanas del país se lleva a cabo sin mayor supervisión por parte del estado, siendo esta la estrategia más importante de dotación de recursos humanos en zonas alejadas del país, por lo tanto, requiere modificaciones sustanciales dentro de una nueva política de recursos humanos, para potenciarlo y que sea un mecanismo de retención.

## **5 Objetivos de la investigación**

### **5.1 Objetivo General**

- Analizar el efecto en la cobertura de recursos humanos en salud (número, distribución y competencias) para la atención del COVID-19 a nivel nacional tuvo la implementación de políticas durante la emergencia sanitaria en el Perú especialmente en MINSA y Gobiernos Regionales (GORES) y los efectos o resultados de las políticas y cambios en gestión de recursos humanos implementados durante la pandemia, identificando las lecciones aprendidas especialmente en MINSA y Gobiernos Regionales (GORES).

### **5.2 Objetivos Específicos**

- Analizar el efecto de la cobertura de recursos humanos en salud (número, distribución y competencias) que se ejecutaron durante la pandemia y sus resultados.
- Analizar los cambios en gestión de recursos humanos implementados durante la pandemia
- Identificar lecciones aprendidas para mejorar las políticas y la gestión de RHUS especialmente en MINSA y Gobiernos Regionales (GORES).

## 6 Metodología

### 6.1 Diseño del estudio

El presente estudio es una sistematización de la experiencia y cambios producidos en las políticas y gestión de recursos humanos en salud durante la pandemia por COVID - 19.

Asumimos la definición de sistematización propuesta por Jara (<sup>1</sup>) como:

*“Aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La sistematización de experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora”.*

---

<sup>1</sup> Jara O. Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja, San José, Costa Rica. 2020. Disponible: [https://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6\\_JAR\\_ORI.pdf](https://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf). Fecha de acceso: septiembre 2023

A partir de esta definición se busca:

- a) Ordenar y reconstruir la experiencia.
- b) Realizar una interpretación crítica de lo sucedido.
- c) Extraer aprendizajes y compartirlos.

Integrando los aportes de Jara (anteriormente referido) y Castañeda ( <sup>2</sup>), el desarrollo metodológico de la sistematización incluye:

### **6.1.1 El punto de partida: el contexto de la experiencia**

Participación directa en la experiencia y disponibilidad de registros de las políticas y cambios en gestión de recursos humanos implementados.

La pandemia COVID – 19, fue un contexto inédito, la cual tuvimos que enfrentar en un estado deficitario de disponibilidad, distribución, condiciones de trabajo y competencias de recursos humanos en salud.

---

<sup>2</sup> Castañeda P. Sistematización y generación de conocimientos en trabajo social. Aportes metodológicos a la formación profesional. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, 22, 2015, pp. 23-32. Disponible:

[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/48123/6/Alternativas\\_22\\_02.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/48123/6/Alternativas_22_02.pdf)

### **6.1.2 Las reflexiones iniciales: los referentes teóricos**

La sistematización buscó describir la situación antes y durante la pandemia, documentando la experiencia y analizarla con el concurso de expertos que fueron actores importantes desde las autoridades, la academia y las organizaciones profesionales.

El marco de análisis incluyó los aspectos conceptuales relacionados con evaluación de políticas públicas, organización y funcionamiento de servicios de salud, gestión y desarrollo de recursos humanos en salud, generación de competencias, principalmente.

### **6.1.3 Descripción de la experiencia: información con fines de sistematización**

Se tendrá en cuenta los recursos humanos en salud del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales reportados por la Dirección General de Personal de la Salud del MINSA obtenida del INFORHUS de diciembre 2019 a diciembre del 2022, la cual es abierta y publicada en la página web de DIGEP- Observatorio como Ayuda Memoria de Lima y Regiones año 2019 al año 2022.

La descripción de la situación incluirá las siguientes variables:

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Fuente</b>
Grupo Ocupacional	Categoría que organiza a los servidores en razón a su formación	Cualitativa	Nominal	Observatorio RHUS - MINSA
Personal Asistencial	Persona que realiza labores de atención de la salud	Cualitativa	Nominal	Observatorio RHUS - MINSA
Personal Administrativo	Persona que realiza labores de apoyo a la labor asistencial	Cualitativa	Nominal	Observatorio RHUS - MINSA
Régimen laboral	Régimen de contratación de personal	Cualitativa	Nominal	Observatorio RHUS – MINSA

Contrato locación de servicios	Contrato temporal sin beneficios sociales	Cualitativa	Nominal	DIGEP
Pliego	Conjunto de Unidades ejecutoras por regiones	Cualitativa	Nominal	MINSA - MEF
PEA	Número de trabajadores	Cuantitativa	Ordinal	INEI
Costo mensual	Cantidad de dinero requerido para 30 días	Cuantitativa	Razón	INEI
Costo Anual	Cantidad de dinero requerido en 12 meses	Cuantitativa	Razón	INEI
Remuneración	Cantidad de dinero entregada a una persona por un trabajo	Cuantitativa	Razón	INEI - MINSA

Valorización Principal	Haber básico del D. Leg N°1153	Cuantitativa	Razón	INEI - MINSA
Valorización Ajustada	Bonos otorgado al puesto del D. Leg N°1153	Cuantitativa	Razón	DGA - MINSA
Valorización Priorizada	Bonos por desempeño en un puesto específico del D. Leg N°1153	Cuantitativa	Razón	DGA - MINSA
Pago por Guardia	Monto de entrega económica por mantener los servicios disponibles en forma continua y permanente	Cuantitativa	Razón	DGA - MINSA
Nivel de atención	Agrupación de establecimientos por complejidad	Cualitativa	Nominal	MINSA

Se revisará los registros de las fuentes de información detalladas en la tabla de variables y se construirá una base de datos que permitirá procesarlos para la descripción correspondiente.

**6.1.4 La reflexión de fondo: Desarrollo del Proceso de Análisis con fines de Sistematización**

Se realizó un proceso de reflexión colectiva, que incluyó un grupo de expertos con experiencia en políticas y gestión de recursos humanos, nacionales e internacionales, preferentemente ministros o ex ministros de salud, directores o ex directores de RHUS, académicos e investigadores en el área de RHUS, de acuerdo con el siguiente detalle:

<b>Cargo o Experiencia</b>
Ex Ministros de Salud
Ex directores de RHUS MINSA
Docentes e investigadores universitarios
Expertos OPS/OMS
Expertos organismos de cooperación internacional (USAID, JICA, AEC, otros)
Representantes de asociaciones facultades o escuelas de ciencias de la salud (ASPEFAM, ASPEFEM, ASPEFOBST, otros)

Se realizó una consulta a expertos mediante un cuestionario de aplicación virtual.

El cuestionario abordó, principalmente, los siguientes temas:

- Situación de los recursos humanos pre- por COVID-19 (número, distribución, competencias)
- Medidas y acciones relacionadas a RHUS aplicadas durante la pandemia.
- Resultados de las medidas aplicadas
- Situación de recursos humanos post-emergencia por COVID-19 (número, distribución, competencias)
- Perspectivas de desarrollo de RHUS

Se procesó la información utilizando software de uso libre (o comercial) de procesamiento de información cualitativa.

Las variables utilizadas para el análisis fueron

<b>Variables</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Fuente</b>
Políticas implementadas en disponibilidad RHUS	Lineamientos para aumentar la cantidad de RHUS	Independiente Cualitativa	Nominal	PCM – MINSA

Políticas implementadas en descentralización RHUS	Lineamientos para mejorar la distribución regional de RHUS	Independiente Cualitativa	Nominal	PCM MINSA	-
Políticas implementadas en formación y capacitación RHUS	Lineamientos para mejorar las competencias y calidad de atención del personal	Independiente Cualitativa	Nominal	PCM MINSA	-
Cambios en mecanismos de contratación RHUS	Nuevas modalidades de contratos de trabajo	Independiente Cualitativa	Nominal	PCM MINSA	-
Cambios en remuneraciones RHUS	Nuevas asignaciones y mecanismos de pago	Independiente Cualitativa	Nominal	PCM MINSA	-

Cambios en procesos de trabajo	Nuevas o modificadas formas de atención para pacientes COVID - 19	Independiente Cualitativa	Nominal	PCM - MINSA
Cobertura RHUS para atención COVID-19 a nivel nacional	Número, distribución y competencias de RHUS	Dependiente Cualitativa	Nominal	Observatori o RHUS MINSA

### **6.1.5 Los puntos de llegada: Aprendizajes y Conclusiones de la experiencia**

La sistematización permitió obtener lecciones aprendidas y conclusiones alrededor de los siguientes temas:

- Disponibilidad de recursos humanos en MINSA y GORES priorizando el primer nivel de atención en el marco de las redes integradas de salud para mejorar la atención de la población.
- Retención de todo el personal de salud que ingreso a laborar durante la pandemia por la COVID-19 para mantener la disminución de la brecha de recursos humanos en MINSA y GORES.

- Homologación de las remuneraciones o entregas económicas entre los CAS regulares y los CAS-COVID para optimizar la retención de los recursos humanos en MINSA y GORES.
- Modificación del SERUMS, para mejorar la dotación de profesionales de salud en MINSA y GORES, en las zonas más alejadas del país
- Formación y capacitación del personal de salud, para brindar una mejor atención a la población.

## **6.2 Consideraciones éticas**

La presente investigación respeta la autonomía de las personas participantes, a las que se tratará con el debido respeto, sin tratar de direccionar sus opiniones o alterarlas. Esta autonomía se traduce en una participación voluntaria e informada. Los resultados del estudio tendrán un uso exclusivamente académico, desde donde se pretende aportar a las políticas de recursos humanos en salud.

La beneficencia, se expresa en que los resultados del estudio apuntan a mejorar, el resultado de políticas de recursos humanos que impactan directamente en el acceso, cobertura y calidad de atención de salud de las personas; lo que también podríamos denominar: Valor Social.

La no maleficencia, se expresa en tratar, mediante el análisis de evaluación y resultados, reduciendo al mínimo el potencial daño que se pudiera producir con políticas o acciones de recursos humanos en salud orientadas a la población.

### **6.3 Procedimientos del estudio**

Reuniones para gestionar la coordinación del desarrollo de este estudio.

Registro SIDISI y revisión Comité de ética

Revisión bibliográfica.

Validación de instrumentos.

Entrevistas a expertos.

Procesamiento y análisis de la información

Redacción de avances

## **7 Resultados**

### **7.1 Descripción de la experiencia**

La situación de los recursos humanos se describe en siguientes grandes categorías: tipología del personal de salud, condición laboral del personal de salud, condición remunerativa del personal de salud, competencias, formación, capacitación, y la cobertura de recursos humanos. Incluye su evolución antes, durante y después de la pandemia.

La caracterización de Recursos humanos en salud incluye las siguientes variables:

- PEA (Personal de salud)
- Nivel de atención
- Grupo Ocupacional
- Personal Asistencial
- Personal Administrativo

### **7.1.1 RHUS en salud MINSA Y GORES**

Debido a las estrategias desarrolladas por el Gobierno Peruano para combatir el COVID-19 en el MINSA y GORES, se priorizó la contratación de personal mediante la modalidad de Contrato Administrativo de Servicio Simplificado (CAS- COVID) los recursos humanos aumentaron en 56,301 (21 %). En el año 2022 en que termina la pandemia, decreció el número, lo que no revirtió la tendencia general de aumento (Tabla N°1 y Gráfico N°6).

Tabla 1

**RHUS EN MINSA Y REGIONES POR GRUPO OCUPACIONAL A  
NIVEL NACIONAL**

<b>GRUPO OCUPACIONAL / CARGO</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
Médico	27209	32309	35168	33543
Enfermero	35815	43635	47418	47428
Obstetra	16211	17716	18666	18811
Odontólogo	4943	5226	5289	5251
Biólogo	2387	3193	3669	3517
Ingeniero sanitario	112	186	164	184
Nutricionista	329	1999	343	353
Psicólogo	1768	3832	2228	2209
Químico Farmacéutico	2905	3211	4297	5093
Químico	77	87	80	91
Tecnólogo Médico	2708	3904	3784	3769
Médico Veterinario	3187	326	4256	284
Trabajadora Social	1697	1808	1903	4306
Técnicos Especializados	265	280	263	1922
Profesional Asistencial no especificado	92	520	112	83
Tecnico Asistencial	57368	72220	83105	82243
Auxiliar Asistencial	5208	7636	10348	10118
Profesional Administrativo	11367	13694	15522	13994
Tecnico Administrativo	28298	30401	27855	25431
Auxiliar Administrativo	13676	15383	15603	13293
<b>TOTAL</b>	<b>215622</b>	<b>257566</b>	<b>280073</b>	<b>271923</b>

Gráfico N° 6

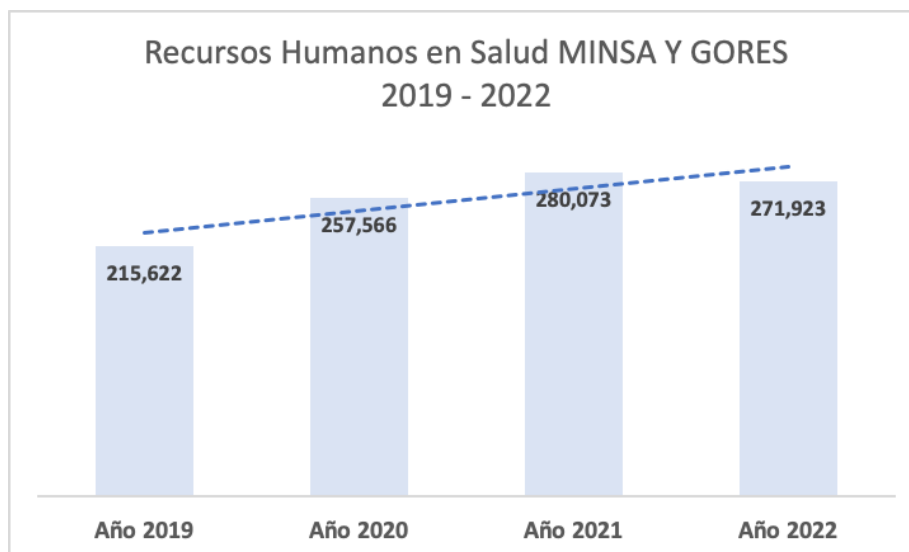


Tabla y Gráfico adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

## 7.1.2 Disponibilidad de RHUS MINSA y GORES por Grupo Ocupacional a nivel nacional

Entre el 2019 y el 2022 se aprecia un incremento en los profesionales asistenciales de 27,139 (27 %), de los cuales el incremento más importante fue de Enfermeras en 11,613 (32 %), médicos en 6,334 (23 %), obstetras en 2,600 (16 %), psicólogos en 2,188 (75 %), biólogos en 1,130 (47 %) y tecnólogos médicos en 1,119 (35 %) (Tabla N°2 y Gráfico N°7).

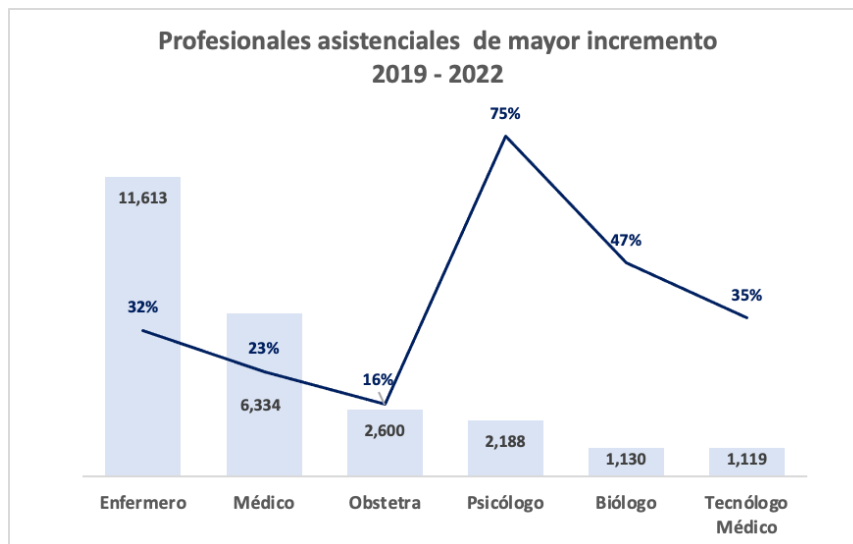
Tabla 2

### PROFESIONALES ASISTENCIALES EN MINSA Y REGIONES A NIVEL NACIONAL

Profesiones	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Incremento numérico	Incremento porcentual
Enfermero	35815	43635	47418	47428	11613	32%
Médico	27209	32309	35168	33543	6334	23%
Obstetra	16211	17716	18666	18811	2600	16%
Psicólogo	2905	3832	4297	5093	2188	75%
Biólogo	2387	3193	3669	3517	1130	47%
Tecnólogo Médico	3187	3904	4256	4306	1119	35%
Químico Farmacéutico	2708	3211	3784	3769	1061	39%
Nutricionista	1768	1999	2228	2209	441	25%
Odontólogo	4943	5226	5289	5251	308	6%
Trabajadora Social	1697	1808	1903	1922	225	13%
Ingeniero sanitario	112	186	164	184	72	64%
Médico Veterinario	329	326	343	353	24	7%
Técnicos Especializados	265	280	263	284	19	7%
Químico	77	87	80	91	14	18%
Profesional Asistencial no especificado	92	520	112	83	-9	-10%
<b>TOTAL</b>	<b>99705</b>	<b>118232</b>	<b>127640</b>	<b>126844</b>	<b>27139</b>	<b>27%</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Gráfico N° 7



Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

El otro personal que se incrementó sustancialmente fueron los técnicos asistenciales que creció entre el 2019 y el 2022 en 24,875 (43 %) y los auxiliares asistenciales que aumentaron en el mismo período en 4,910 (94 %) (Tabla N°3).

Tabla 3

**TÉCNICOS Y AUXILIARES ASISTENCIALES EN MINSA Y REGIONES A NIVEL NACIONAL**

GRUPO OCUPACIONAL / CARGO	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Incremento numérico	Incremento porcentual
Tecnico Asistencial	57368	72220	83105	82243	24875	43%
Auxiliar Asistencial	5208	7636	10348	10118	4910	94%
<b>TOTAL</b>	<b>62576</b>	<b>79856</b>	<b>93453</b>	<b>92361</b>	<b>29785</b>	<b>48%</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

En cuanto al personal administrativo, los profesionales aumentaron en 2,627 (23 %) sin embargo en general tuvieron una ligera disminución de -623 (- 1%) (Tabla N°4).

Tabla 4

**PERSONAL ADMINISTRATIVO EN MINSA Y REGIONES A NIVEL NACIONAL**

GRUPO OCUPACIONAL / CARGO	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Incremento numérico	Incremento porcentual
Profesional Administrativo	11367	13694	15522	13994	2627	23%
Tecnico Administrativo	28298	30401	27855	25431	-2867	-10%
Auxiliar Administrativo	13676	15383	15603	13293	-383	-3%
<b>TOTAL</b>	<b>53341</b>	<b>59478</b>	<b>58980</b>	<b>52718</b>	<b>-623</b>	<b>-1%</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

**7.1.3 Disponibilidad de RHUS por Nivel de Atención y Grupo Ocupacional**

Si comparamos los Profesionales Asistenciales de la Salud desde el año 2019 hasta el 2022 y analizamos como ha sido su distribución según nivel de atención durante la pandemia podemos apreciar que, aunque se incrementaron en ambos niveles durante la pandemia podemos apreciar que el incremento en el primer nivel de atención fue de 24% mientras que de 28% para el 2do. y 3er nivel de atención.

Tabla 5

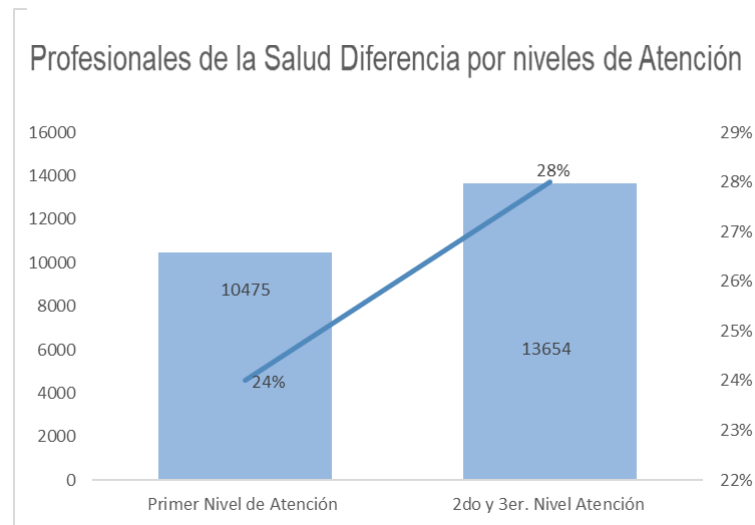
**PROFESIONALES ASISTENCIALES DE LA SALUD EN MINSA Y REGIONES POR NIVEL DE ATENCIÓN**

Nivel de Atención	Profesionales de la Salud				Incremento Numérico	Incremento porcentual
	2019	2020	2021	2022		
Primer Nivel de Atención	43815	48438	50894	54290	10475	24%
2do y 3er. Nivel Atención	49205	58921	64520	62859	13654	28%
Diferencia	5390	10483	13626	8569	3179	59%

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Lo cual también puede apreciarse el gráfico N°8

Gráfico N° 8



Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Si analizamos los profesionales asistenciales que se encuentran distribuidos en el primer nivel de atención la diferencia entre el 2019 y el 2022 apreciamos que si hubo un incremento de 10,475 (24 %), donde el aumento más importante fue de enfermeros en 3,922 (26 %), médicos 1,778 (20%) psicólogos en 1,711 (99 %), obstetras 1,396 (13%), biólogos 454 (45%), y químicos farmacéuticos en 374 (67 %). (Tabla N°6 y Gráfico N°9)

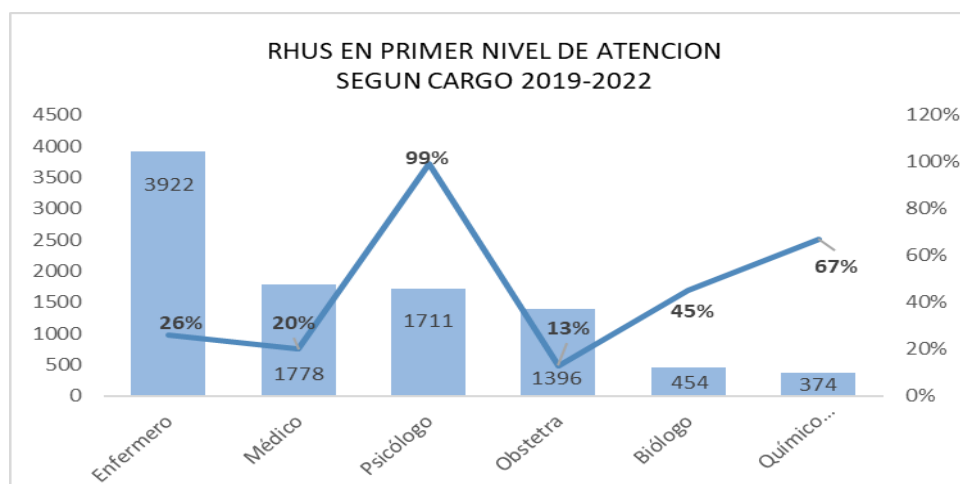
Tabla 6

**PROFESIONALES ASISTENCIALES MINSA Y REGIONES EN EL PRIMER NIVEL 2019-2022**

GRUPO CARGO	PRIMER NIVEL DE ATENCION				Incremento Numérico	Incremento porcentual
	2019	2020	2021	2022		
Enfermero	14809	15823	16847	18731	3922	26%
Médico	8687	10068	10314	10465	1778	20%
Psicólogo	1717	2390	2712	3428	1711	99%
Obstetra	10934	11489	12036	12330	1396	13%
Biólogo	1003	1371	1453	1457	454	45%
Químico Farmacéutico	556	730	798	930	374	67%
Tecnólogo Médico	499	635	687	820	321	64%
Odontólogo	3930	4093	4072	4138	208	5%
Trabajadora Social	610	676	731	757	147	24%
Nutricionista	865	913	1015	1001	136	16%
Ingeniero sanitario	5	10	18	22	17	3%
Médico Veterinario	138	147	151	152	14	10%
Técnicos Especializados	45	50	46	45	0	0%
Químico	9	6	9	8	-1	-11%
Profesional Asistencial no especificado	8	37	5	6	-2	-25%
<b>Profesionales de la Salud</b>	<b>43815</b>	<b>48438</b>	<b>50894</b>	<b>54290</b>	<b>10475</b>	<b>24%</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Gráfico N° 9



Analizando los profesionales asistenciales en el 2do. y 3er. Nivel de atención la diferencia entre el 2019 y el 2022 apreciamos un incremento de 13,654 (28 %), donde el incremento más importante fue de enfermeros en 6,476 (34 %), médicos con 3,922 (22%) obstetras con 1,054 (24%) tecnólogos médicos con 698 (27%) químicos farmacéuticos en 538 (43 %) y Biólogos 404 (53 %). (Tabla N°7 y Gráfico N°10)

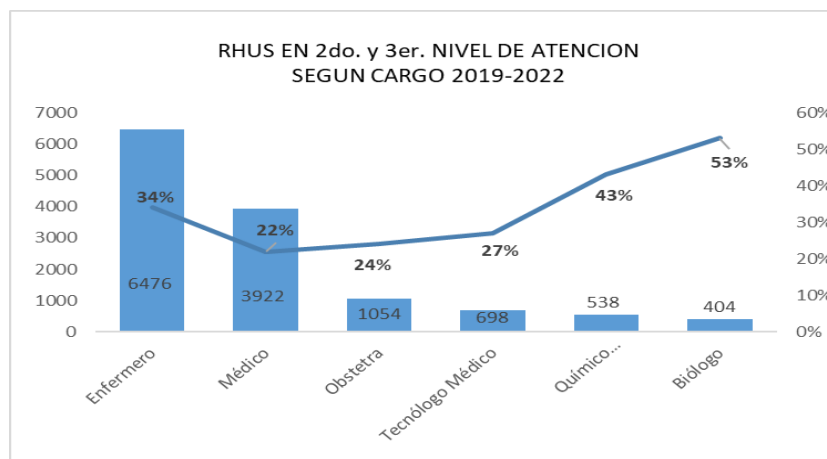
Tabla 7

**PROFESIONALES ASISTENCIALES MINSA Y REGIONES EN EL 2do. Y 3er NIVEL DE ATENCION 2019-2022**

GRUPO O CARGO	2019 2do y 3er Nivel	2020 2do y 3er Nivel	2021 2do y 3er Nivel	2022 2do y 3er Nivel	Incremento Numérico	Incremento porcentual
Enfermero	19059	24136	26026	25535	6476	34%
Médico	17587	19694	22551	21509	3922	22%
Obstetra	4351	5202	5370	5405	1054	24%
Tecnólogo Médico	2577	3038	3312	3275	698	27%
Químico Farmacéutico	1256	1611	1848	1794	538	43%
Biólogo	758	1099	1239	1162	404	53%
Psicólogo	849	975	1025	1093	244	29%
Nutricionista	697	870	943	929	232	33%
Trabajadora Social	942	1010	1027	1016	74	8%
Odontólogo	758	783	793	792	34	4%
Ingeniero sanitario	52	107	75	68	16	31%
Médico Veterinario	55	54	54	52	-3	-5%
Químico	32	32	29	29	-3	-9%
Profesional Asistencial no espec.	25	91	21	14	-11	-44%
Técnicos Especializados	207	219	207	186	-21	-10%
<b>Profesional Asistencial</b>	<b>49205</b>	<b>58921</b>	<b>64520</b>	<b>62859</b>	<b>13654</b>	<b>28%</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Gráfico N° 10



Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

En cuanto a los Técnicos y Auxiliares Asistenciales comparando su distribución en el primer nivel de atención y 2do y 3er nivel vemos que antes de la pandemia en el año 2019 existían mayor cantidad de ellos en el primer nivel de atención, mientras que durante la pandemia esta distribución cambio incrementándose una mayor cantidad de personal en el nivel hospitalario en 15,906 recursos humanos en salud que corresponde a 54% más como se aprecia en la tabla N°8.

Tabla 8

**DISTRIBUCIÓN DE TÉCNICOS Y AUXILIARES ASISTENCIALES DE MINSA Y REGIONES SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN**

NIVEL DE ATENCION	TECNICOS Y AUXILIARES ASISTENCIALES				Incremento Numerico	Incremento porcentual
	2019	2020	2021	2022		
2do y 3er Nivel de Atención	29642	40347	46445	45548	15906	54%
Primer Nivel de Atención	30729	35228	40915	42149	11420	37%
Diferencia	-1087	5119	5530	3399	4486	28%

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Si comparamos la distribución de los técnicos y auxiliares asistenciales en el primer nivel de atención vemos que durante la pandemia se incrementaron en 11,420 (37%) según nuestra la Tabla N°9

Tabla 9

**DISTRIBUCIÓN DE TÉCNICOS Y AUXILIARES ASISTENCIALES DE MINSA Y REGIONES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

GRUPO	PRIMER NIVEL DE ATENCION				Incremento Numerico	Incremento porcentual
	2019	2020	2021	2022		
Tecnico Asistencial	28800	32901	37537	38777	9977	34%
Auxiliar Asistencial	1929	2327	3378	3372	1443	75%
Total	30729	35228	40915	42149	11420	37%

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Pero si comparamos la distribución de los técnicos y auxiliares asistenciales en el segundo y tercer nivel de atención vemos que durante la pandemia se incrementaron en 15,906 (54%) según nuestra la Tabla N°10

Tabla 10

**DISTRIBUCIÓN DE TÉCNICOS Y AUXILIARES ASISTENCIALES DE MINSA Y REGIONES EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

GRUPO	2do y 3er Nivel				Incremento Numerico	Incremento porcentual
	2019	2020	2021	2022		
Tecnico Asistencial	26751	35754	40316	39490	12739	48%
Auxiliar Asistencial	2891	4593	6129	6058	3167	109%
<b>Total</b>	<b>29642</b>	<b>40347</b>	<b>46445</b>	<b>45548</b>	<b>15906</b>	<b>54%</b>

Adaptado Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

En relación al Personal Administrativo, tanto Profesionales, Técnicos y Auxiliares podemos apreciar que siempre esta ha sido mayor en el nivel hospitalario sin embargo vemos que durante la pandemia disminuyó en todos los niveles de atención en relación al año 2019 pre-pandemia. Siendo la disminución mayor en el primer nivel de atención como se aprecia en la Tabla N° 11

Tabla 11

**DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES, TÉCNICOS Y AUXILIARES ADMINISTRATIVO DE MINSA Y REGIONES SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN**

Nivel de Atención	Profesionales, Técnicos y Auxiliares Administrativos				Incremento Numerico	Incremento porcentual
	2019	2020	2021	2022		
Primer Nivel Atención	12689	14126	11245	11163	-1526	-12%
2do. Y 3er. Nivel Atención	25380	27510	27211	23114	-2266	-9%
<b>Diferencia</b>	<b>12691</b>	<b>13384</b>	<b>15966</b>	<b>11951</b>	<b>-740</b>	<b>-6%</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

La condición laboral de Recursos humanos en salud incluye las siguientes variables:

- Régimen laboral
- Contrato locación de servicios

#### **7.1.4 RHUS MINSA y GORES por grupo ocupacional y régimen laboral a nivel nacional**

Antes de la pandemia en el año 2019 como se aprecia en la tabla N° 12 el mayor número de recursos humanos eran nombrados, seguidos de CAS regulares, los servicios por terceros o locadores de servicio constituían el 9.5 %.

Tabla 12

#### **RHUS EN MINSA Y REGIONES POR GRUPO OCUPACIONAL Y REGIMEN LABORAL A NIVEL NACIONAL 2019**

GRUPO/CARGO	Régimen 276	Régimen 1057 (CAS)	Régimen 728	Servicio de terceros	Total 2019
Profesional Asistencial	71571	21025	462	6647	99705
Técnico/Auxiliar Asistencial	46303	11468	447	4358	62576
Profesional Administrativo	4448	5218	113	1588	11367
Técnico/Auxiliar Administrativo	18721	15407	245	7601	41974
<b>TOTAL</b>	<b>141043</b>	<b>53118</b>	<b>1267</b>	<b>20194</b>	<b>215622</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Al término del primer año de pandemia (2020) con las medidas tomadas para incrementar la disponibilidad de recursos humanos en los establecimientos de salud esta se incrementó de 215622 a 257566, observándose una disminución de menos 2,699 personas del personal del régimen 276 casi todo nombrados (54%), este puede deberse a cese de personal, renunciaciones o fallecimientos. Y un gran incremento del personal CAS 53118 a 98058 existiendo un incremento de 44940, por la contratación de los CAS-COVID (38%). Así mismo los servicios por terceros en el año 2020 disminuyeron en 249 con respecto al año 2019 probablemente por la migración a CAS COVID (7.5%).

Tabla 13

**RHUS EN MINSA Y REGIONES POR GRUPO OCUPACIONAL Y REGIMEN LABORAL A NIVEL NACIONAL 2020**

GRUPO/CARGO	Régimen	Régimen	Régimen	Servicio de	Total 2020
	276	1057 (CAS)	728	terceros	
Profesional Asistencial	69702	43398	420	4712	118232
Técnico/Auxiliar Asistencial	47858	28219	425	3354	79856
Profesional Administrativo	4117	6124	130	3323	13694
Técnico/Auxiliar					
Administrativo	16667	20317	244	8556	45784
<b>TOTAL</b>	<b>138344</b>	<b>98058</b>	<b>1219</b>	<b>19945</b>	<b>257566</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Al término del segundo año de pandemia (2021) en los establecimientos de salud la disponibilidad de Recursos Humanos se incrementó de 257566 a 280073,

observándose una disminución de menos 437 personas del personal del régimen 276 casi todo nombrados (49%), esto puede deberse a cese de personal, renunciaciones o fallecimientos y a un gran incremento del personal CAS 98058 a 122443 (44%) existiendo un incremento de 24385, por la contratación de los CAS-COVID Así mismo los servicios por terceros en el año 2021 disminuyeron en 1385 con respecto al año 2020 probablemente por la migración a CAS-COVID (6.5%).

Tabla 14

**RHUS EN MINSA Y REGIONES POR GRUPO OCUPACIONAL Y REGIMEN LABORAL A NIVEL NACIONAL 2021**

GRUPO/CARGO	Régimen 276	Régimen 1057 (CAS)	Régimen 728	Servicio de terceros	Total 2021
Profesional Asistencial	70981	53413	340	2906	127640
Técnico/Auxiliar					
Asistencial	50986	39373	415	2679	93453
Profesional Administrativo	3934	7733	178	3677	15522
Técnico/Auxiliar					
Administrativo	12006	21924	230	9298	43458
<b>TOTAL</b>	<b>137907</b>	<b>122443</b>	<b>1163</b>	<b>18560</b>	<b>280073</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Para octubre del 2022 mes en que se da por concluida la pandemia por la COVID- 19 en el país, en los establecimientos de salud la disponibilidad de Recursos Humanos disminuyó de 280073 a 261772, observándose un incremento

de 1582 personas, del personal del régimen 276 (53%) probablemente por proceso de nombramiento. Y una disminución del personal CAS 122443 a 108531 que son 13,912 personas probables Ex CAS-COVID que renunciaron (41%). Así mismo los servicios por terceros continuaron disminuyendo probablemente también por renuncia (5.6%).

Tabla 15

**RHUS EN MINSA Y REGIONES POR GRUPO OCUPACIONAL Y REGIMEN LABORAL A NIVEL NACIONAL 2022**

GRUPO/CARGO	Régimen 276	Régimen 1057 (CAS)	Régimen 728	Servicio de terceros	Total 2022
Profesional Asistencial	72462	45288	354	2237	120341
Técnico/Auxiliar					
Asistencial	51931	35153	392	2088	89564
Profesional Administrativo	3820	7313	180	2593	13906
Técnico/Auxiliar					
Administrativo	11276	20777	224	5684	37961
<b>TOTAL</b>	<b>139489</b>	<b>108531</b>	<b>1150</b>	<b>12602</b>	<b>261772</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Podemos observar y afirmar categóricamente, como puede apreciarse en la tabla resumen N°16, el marcado incremento de recursos humanos en salud que se dio durante la pandemia producto de las medidas tomadas en el país.

Tabla 16

**DISPONIBILIDAD DE RHUS EN MINSA Y REGIONES POR GRUPO OCUPACIONAL Y REGIMEN LABORAL A NIVEL NACIONAL COMPARATIVA ANUAL 2019 A 2022**

PROFESION	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Profesional Asistencial	99705	118232	127640	120341
Técnico/Auxiliar Asistencial	62576	79856	93453	89564
Profesional Administrativo	11367	13694	15522	13906
Técnico/Auxiliar Administrativo	41974	45784	43458	37961
<b>TOTAL</b>	<b>215622</b>	<b>257566</b>	<b>280073</b>	<b>261772</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Se observa un importante aumento de personal asistencial, tanto profesional como técnico/auxiliar y ligera disminución del personal administrativo, determinado por la disminución de los profesionales (Tabla N° 16 a Gráfica N°11).

Gráfico N° 11

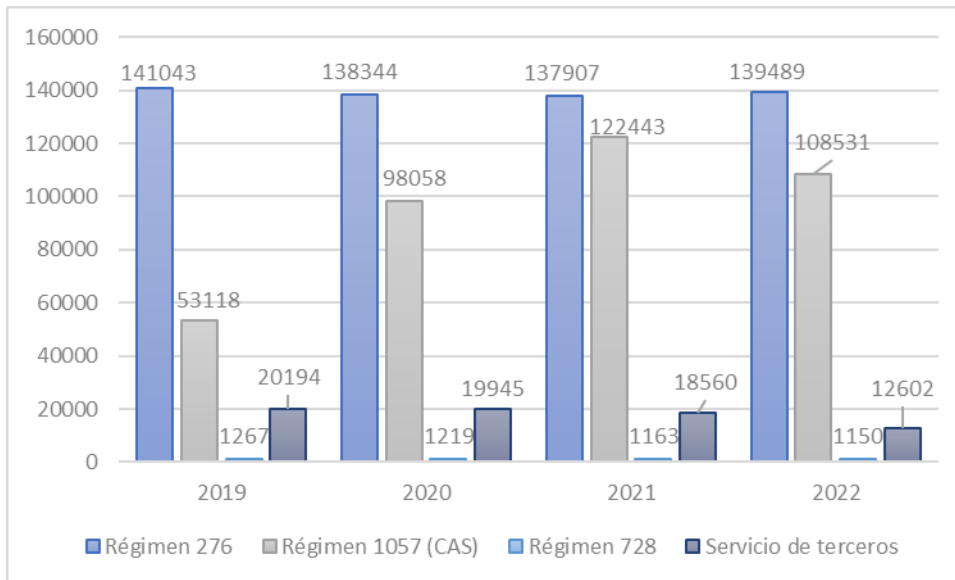
**DISPONIBILIDAD DE RHUS EN MINSA Y REGIONES POR GRUPO OCUPACIONAL Y REGIMEN LABORAL A NIVEL NACIONAL COMPARATIVA ANUAL 2019 A 2022**



Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Gráfico N° 12

**DISPONIBILIDAD DE RHUS EN MINSA Y REGIONES POR REGIMEN LABORAL A NIVEL NACIONAL COMPARATIVA ANUAL 2019 A 2022**



Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

En cuanto al régimen laboral podemos observar que el personal nombrado prácticamente se mantiene sin una variación importante, mientras que el personal CAS se incrementa significativamente por la presencia de los CAS-COVID duplicando casi el valor de la pre-pandemia y cayendo ligeramente en el año 2022, Respecto a los locadores de servicio o servicios de terceros vemos que fue cayendo lentamente hasta el año 2022, mejorando ligeramente la precariedad de contratos.

#### **7.1.5 RHUS MINSA y GORES según modalidad de trabajo, e infectados y fallecidos por COVID del sector salud**

Debido a la normatividad que el gobierno peruano promulgó para la protección de los recursos humanos en salud donde todos los mayores de 60 años al inicio de la pandemia y con comorbilidades pasaron a tener licencia con goce de haberes y otros pasaron a tener trabajo remoto o mixto, la cantidad de personal de la salud que realizaba trabajo presencial y podía atender pacientes con COVID, disminuyó sustancialmente, por lo cual como una de las medidas para mejorar la disponibilidad de recursos humanos en salud se modificó el artículo 8 del Decreto Legislativo N° 1057, implementando la contratación rápida de personal de salud básicamente asistencial a los que se llamó CAS-COVID .

En la Tabla N°17 y Gráfico N° 13, mostramos la variabilidad presentada durante la pandemia en el trabajo presencial de los recursos humanos en salud, pudiendo observarse que los meses de junio y julio del 2020 solo se contó con el 45% del personal realizando trabajo presencial, (meses más críticos), en agosto del 2020 se incrementó al 50 % del personal y para diciembre del 2020 ya se contaba con el

70 % en trabajo presencial, para diciembre del 2021 el 83% había retornado a las labores presenciales y para diciembre del 2022 el 86%.

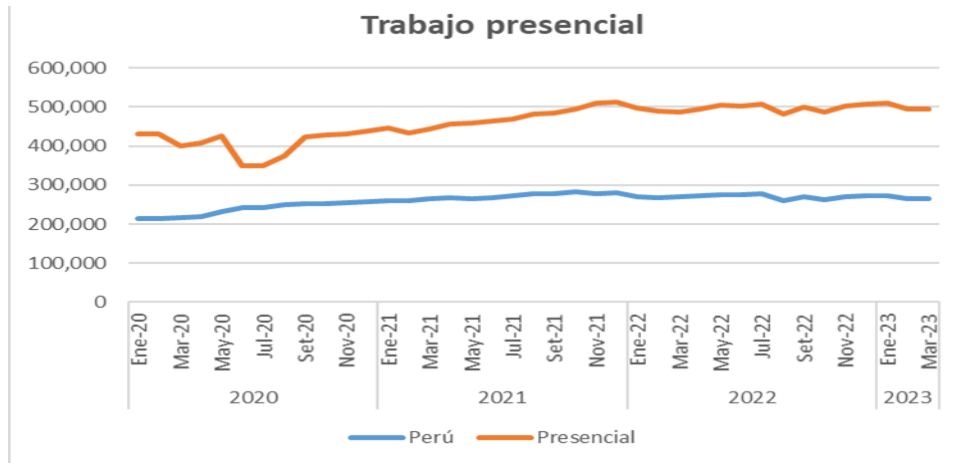
Tabla 17

### RECURSOS HUMANOS MINSA Y REGIONES SEGÚN MODALIDAD DE TRABAJO

MODALIDAD DE TRABAJO	2020						2021				2022
	Mar-20	Jun-20	Jul-20	Ago-20	Set-20	Dic-20	Mar-21	Jul-21	Set-21	Dic-21	Dic-22
Perú	215,275	241,120	241,214	249,459	253,327	257,566	264,443	271,499	277,914	280,073	271,923
Presencial	185,835	108,795	108,698	126,288	169,688	181,409	179,465	198,545	207,608	233,203	236,436
SemiPresencial	0	0	0	0	783	2,456	7,389	7,990	7,707	6,736	5,525
Remoto	0	5,449	5,450	5,413	6,256	7,298	5,347	9,212	9,006	8,474	7,152
Licencia	0	21,925	21,926	22,175	16,058	14,633	20,146	17,463	16,784	15,805	3,079
No Especifica	29,440	104,951	105,140	95,583	60,542	51,770	52,096	38,289	36,809	15,855	19,731

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Gráfico N° 13



Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Otro problema que se presentó y que diezmó la cantidad de recursos humanos en el sistema de salud fue que muchos de ellos se enfermaron con COVID, como podemos apreciar en la tabla 18 según datos oficiales de la CDC-Perú de todo el

sector salud, se llegó a tener 164,339 personas enfermas reportadas viendo que la mayor cantidad de casos se presentó en el año 2022.

Tabla 18

CDC CASOS CONFIRMADOS DE COVID EN PERSONAL DE SALUD, SECTOR SALUD				
Grupo Ocupacional	2020	2021	2022	Total
Técnicos y auxiliares	18726	10924	16184	45834
Médico	8966	5741	10244	24951
Enfermera	12530	7399	12748	32677
Otros Prof	4607	3612	6744	14963
Obstetra	3126	2368	3829	9323
Internos	74	105	375	554
Administrativos	9557	6010	11139	26706
Personal de apoyo	4222	2355	2754	9331
<b>Total</b>	<b>61808</b>	<b>38514</b>	<b>64017</b>	<b>164339</b>

Adaptado de Fuente CDC MINSA PERÚ

En cuanto a la cantidad de fallecidos podemos apreciar en la tabla 18, que el mayor número se presentó en el año 2020, disminuyendo posteriormente probablemente por la introducción de la vacunación contra la COVID.

Tabla 19

CDC FALLECIDOS POR COVID PERSONAL DE SALUD, SECTOR SALUD				
Grupo Ocupacional	2020	2021	2022	Total
Técnicos y auxiliares	373	296	25	694
Médico	245	162	12	419
enfermera	125	78	4	207
Otros Prof	87	66	4	157
Obstetra	26	30	2	58
Internos	0	0	0	0
Administrativos	258	228	18	504
Personal de apoyo	138	129	1	266
<b>Total</b>	<b>1250</b>	<b>989</b>	<b>66</b>	<b>2305</b>

Adaptado de Fuente CDC MINSA PERÚ

La tasa de letalidad que se presentó fue de 1% al término de los tres años, sin embargo, en el primer año fue de 2%, el segundo año de 3% y luego de 0% esta caída probablemente se debió a varios factores, el tipo de variante menos virulenta del virus, mayor y mejor calidad de Equipos de Protección Personal y mejor

distribución de los mismos al personal de la salud, mayor experticia en el manejo de pacientes críticos con COVID, mayor conocimiento de la enfermedad.

Tabla 20

CDC TASA DE LETALIDAD COVID EN PERSONAL DE SALUD, SECTOR SALUD				
Grupo Ocupacional	2020	2021	2022	Total
Técnicos y auxiliares	2%	3%	0%	2%
Médico	3%	3%	0%	2%
Enfermera	1%	1%	0%	1%
Otros Prof	2%	2%	0%	1%
Obstetra	1%	1%	0%	1%
Internos	0	0	0	0
Administrativos	3%	4%	0%	2%
Personal de apoyo	3%	5%	0%	3%
<b>Total</b>	<b>2%</b>	<b>3%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>

Adaptado de Fuente CDC MINSA PERÚ

## **7.1.6 Contrato Administrativo de Servicio régimen especial- CAS COVID**

### **7.1.6.1. CAS COVID MINSA y GORES, abril 2020-julio 2022**

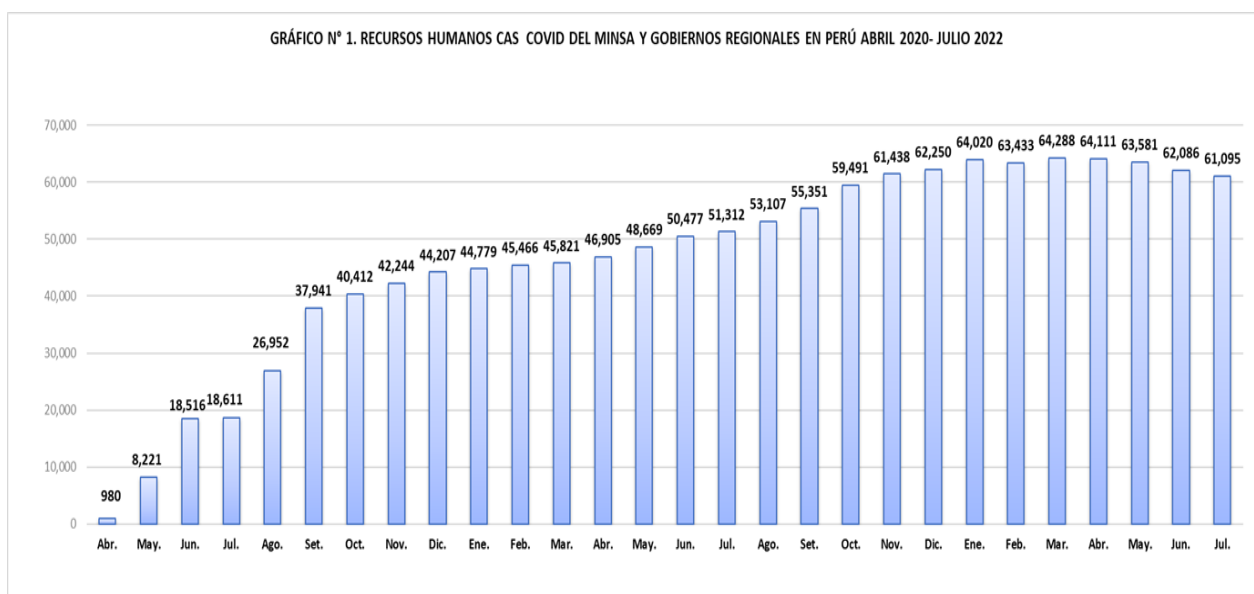
Al inicio de la pandemia se flexibilizó la forma de contratación del recurso humano en salud especialmente asistencial con una modificación del Decreto Legislativo 1057, con la finalidad de inyectar al sistema de personal nuevo para poder afrontar la pandemia por la COVID-19 y mejorar las coberturas de atención en todo el país, el estado incrementó el presupuesto destinado a la contratación de recursos humanos en salud.

Mediante esta flexibilización se podía realizar los contratos de forma inmediata, sólo mediante un proceso de convocatoria sin concurso público y sin tener como requisito el haber realizado el SERUMS, para trabajar en el estado además de otras medidas, como poder contratar a bachilleres y extranjeros.

Observándose que una vez dada la medida se empezó con un número pequeño de contratos que se fue incrementando de manera exponencial conforme pasaba el tiempo a nivel nacional, incrementándose la disponibilidad de recursos humanos para la atención de la COVID 19. Para esta contratación se tuvo en cuenta la brecha existente de RHUS en el año 2019 y los cambios epidemiológicos que se venían suscitando en las regiones.

Gráfico N°14

### RECURSOS HUMANOS CAS COVID EN MINSA Y REGIONES EN EL PERÚ 2020 A JULIO 2021



Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

En este Gráfico se muestra de manera muy clara el incremento a través del tiempo de los CAS-COVID, observándose que desde que se dio la medida, la cantidad máxima de recursos humanos, que se logró insertar en el sistema sanitario fue de 64,020 personas en enero del 2022, empezando luego un descenso lento hasta Julio del 2022. Pues a partir de agosto del 2022 los CAS-COVID, dejan de existir con las condiciones que tenían durante la pandemia, se les da la opción de continuar

contratados en el estado como CAS regulares con un salario distinto a través de la Ley 31538, que financia este proceso de transición.

### **7.1.6.2. CAS COVID MINSA y GORES MIGRACION EN TIPO DE CONTRATOS**

Esta tabla nos muestra las modificaciones de tipos de contratos que se dieron durante la pandemia en los años 2020 y 2021, donde se aprecia que para el año 2020, de todo el personal reclutado como CAS-COVID, 13,568 no era personal nuevo sino recursos humanos que ya se encontraban en el sistema y migraron de contrato. Para el año 2021 modificaron su tipo de contrato 24,467 personas.

También puede apreciarse que se logró insertar en el sistema a 564 profesionales extranjeros a diciembre del 2020 y 516 a diciembre del 2021.

Con esta información podemos concluir que de los 64,020 CAS-COVID que se lograron reclutar en todo el país durante la pandemia, considerando aquellos recursos humanos que modificaron su forma de contrato y pasaron a ser CAS- COVID, aproximadamente 39,373 a 40,000 personas son las que se lograron incorporar al sistema de salud, personal nuevo que anteriormente no había estado laborando para el estado.

Tabla 21  
**MIGRACION EN TIPOS DE CONTRATOS EN CAS COVID MINSA Y REGION**

MIGRACION A CAS COVID		
	Dic-20	Dic-21
TERCEROS A CAS COVID	5905	6496
CAS REGULAR A CAS COVID	5243	5642
NOMBRADOS A CAS COVID *	627	4890
SERUMS A CAS COVID	1475	6646
EX RESIDENTES A CAS COVID	318	973
	<b>13568</b>	<b>24647</b>
<b>EXTRANJEROS COMO CAS COV</b>	<b>564</b>	<b>516</b>

\* Suspensión perfecta Decreto de Urgencia N° 038-2020

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

### 7.1.6.3. CAS-COVID MINSA y GORES según grupo ocupacional y cargo

Según podemos observar en la tabla N° 22 existió un incremento de 38% de CAS-COVID hasta Julio del 2022, con un incremento de 34% de profesionales de la salud, dentro de los cuales los que se incrementaron en mayor cantidad fueron: enfermeros 3,909 (40%), médicos 1,485 (21%), obstetras 958 (47%), biólogos 326 (36%), tecnólogos médicos 288 (35%) y odontólogos 254 (66%).

Cabe recalcar que, con excepción de los Químicos, Técnicos Especializados e Ingenieros Sanitarios, todos estuvieron por encima del 20 % en crecimiento.

Tabla 22

### RECURSOS HUMANOS CAS COVID PROFESIONALES DE LA SALUD DEL MINSA Y GOBIERNOS REGIONALES SEGUN GRUPO OCUPACIONAL Y CARGO

Grupo Ocupacional	CAS COVID			INCREMENTO NUMERICO	INCREMENTO PORCENTUAL
	Dic. 2020	Dic. 2021	Jul.2022/		
Enfermero	9790	14022	13699	3909	40%
Médico	6906	8771	8391	1485	21%
Obstetra	2046	3012	3004	958	47%
Biólogo	914	1268	1240	326	35%
Tecnólogo Médico	816	1110	1104	288	35%
Odontólogo	384	634	638	254	66%
Químico Farmacéutico	683	896	883	200	29%
Nutricionista	293	445	451	158	54%
Psicólogo	540	763	655	115	21%
Trabajadora Social	129	172	163	34	26%
Médico Veterinario	22	39	39	17	77%
Ingeniero sanitario	33	36	34	1	3%
Técnicos Especializados	0	0	0	0	0%
Químico	8	8	6	-2	-25%
<b>Profesionales de la Salud</b>	<b>22564</b>	<b>31176</b>	<b>30307</b>	<b>7743</b>	<b>34%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>44207</b>	<b>62250</b>	<b>61095</b>	<b>16888</b>	<b>38%</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

En relación a los técnicos y auxiliares asistenciales se contrataron como CAS-COVID, un gran número de ellos, superando inclusive al número contratado como profesionales de la salud, el incremento porcentual de este grupo fue del 57% contra 34 % de los profesionales de la salud. Habiéndose proporcionalmente contratado más auxiliares que técnicos 75% vs 55%.

Tabla 23

**RECURSOS HUMANOS CAS COVID TECNICOS Y AUXILIARES ASISTENCIALES DEL MINSA Y GOBIERNOS REGIONALES**

GRUPO OCUPACIONAL	CAS COVID			INCREMENTO NUMERICO	INCREMENTO PORCENTUAL
	Dic. 2020	Dic. 2021	Jul.2022		
Técnico Asistencial	14283	22295	22209	7926	55%
Auxiliar Asistencial	1561	2648	2727	1166	75%
<b>TOTAL</b>	<b>15844</b>	<b>24943</b>	<b>24936</b>	<b>9092</b>	<b>57%</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

En relación al personal administrativo podemos apreciar que solo se contrató como CAS-COVID un número mínimo, con un incremento del 1% a expensas de auxiliares administrativos, debido a que en los demás cargos más bien se redujo los contratos iniciales. Este fenómeno es totalmente explicable ya que la naturaleza de la norma indicaba casi de manera exclusiva la contratación de personal asistencial.

Tabla 24

**RECURSOS HUMANOS CAS COVID ADMINISTRATIVOS DEL MINSA  
Y GOBIERNOS REGIONALES SEGUN GRUPO OCUPACIONAL Y  
CARGO**

GRUPO OCUPACIONAL	CAS COVID			INCREMENTO NUMERICO	INCREMENTO PORCENTUAL
	Dic. 2020	Dic. 2021	Jul.2022		
Profesional Administrativo	619	686	600	-19	-3%
Técnico Administrativo	2745	2762	2612	-133	-5%
Auxiliar Administrativo	2435	2683	2640	205	8%
<b>TOTAL</b>	<b>5799</b>	<b>6131</b>	<b>5852</b>	<b>53</b>	<b>1%</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

**7.1.6.4. CAS COVID MINSA y GORES, según pliego**

De acuerdo a la tabla N° 25 en relación a la distribución de los CAS-COVID según pliego vemos que las regiones donde se incrementaron mayor cantidad de recursos humanos fueron: Lima Metropolitana con 2,441 personas (21%), Loreto con 1775 personas (122%), San Martín con 1719 personas (153%), Piura con 1,311 personas (56%), Cusco con 1,064 personas (83%) y La Libertad con 1,024 personas (62%). Siendo las regiones con menor número de incremento de recursos humanos CAS-COVID de menos a más Tacna con -119 personas (-13%), Moquegua con -26 personas (-4%), Ayacucho 49 personas (4%), Huancavelica 97 personas (11%), y Tumbes 142 personas (35%)

Tabla 25

**RECURSOS HUMANOS CAS COVID DEL MINSA Y GOBIERNOS  
REGIONALES SEGUN PLIEGO**

Departamento	CAS COVID			DIFERENCIA	INCREMENTO PORCENTUAL
	Dic. 2020	Dic. 2021	Jul. 2022		
Lima Metropolitana	11548	13889	13989	2441	21%
Loreto	1458	2835	3233	1775	122%
San Martín	994	2687	2513	1519	153%
Piura	2349	3702	3660	1311	56%
Cusco	1275	2547	2339	1064	83%
La Libertad	1638	2762	2662	1024	62%
Cajamarca	2200	3192	2988	788	36%
Puno	1321	2135	2046	725	55%
Ancash	1831	2654	2541	710	39%
Junín	2847	3646	3516	669	23%
Callao	1726	2289	2304	578	33%
Ucayali	1253	1898	1809	556	44%
Lima Región	1827	2314	2353	526	29%
Amazonas	559	1095	1058	499	89%
Lambayeque	1344	1854	1840	496	37%
Arequipa	1822	2366	2314	492	27%
Huánuco	1501	1951	1968	467	31%
Ica	1005	1393	1374	369	37%
Apurímac	883	1283	1189	306	34%
Pasco	478	790	717	239	50%
Madre De Dios	286	479	477	191	67%
Tumbes	403	532	545	142	35%
Huancavelica	847	1029	944	97	11%
Ayacucho	1206	1292	1255	49	4%
Moquegua	674	707	648	-26	-4%
Tacna	932	929	813	-119	-13%
<b>Perú</b>	<b>44207</b>	<b>62250</b>	<b>61095</b>	<b>16888</b>	<b>38%</b>

Adaptada de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

### 7.1.6.5. CAS COVID MINSA y GORES por niveles de atención

Analizando la distribución de los CAS-COVID según nivel de atención podemos observar como ya se comentó anteriormente, que si bien es cierto este grupo de trabajadores fue distribuido en los tres niveles de atención, incrementándose los profesionales en todos los niveles de atención, podemos apreciar que el número de ellos en el 2do y 3er nivel de atención fue superior a número de personal distribuido en el primer nivel de atención. Así vemos en la Tabla N°26 y el Gráfico N° 15 que el número de personal de salud CAS-COVID en el primer nivel de atención es el 29% del total de personal CAS-COVID en el 2020, el 38% en el 2021 y también el 38% en el 2022.

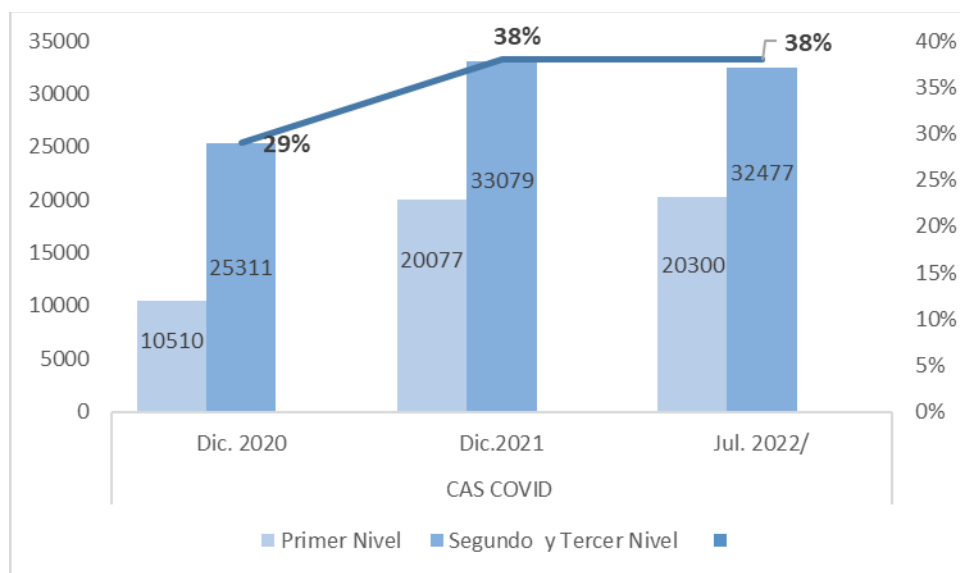
Tabla 26

### RECURSOS HUMANOS CAS COVID DEL MINSA Y GOBIERNOS REGIONALES SEGUN NIVEL DE ATENCIÓN

NIVEL	CAS COVID		
	Dic. 2020	Dic.2021	Jul. 2022/
Primer Nivel	10510	20077	20300
Segundo y Tercer Nivel	25311	33079	32477
<b>Total</b>	<b>35821</b>	<b>53156</b>	<b>52777</b>

Adaptada de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Grafico N° 15



Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

### 7.1.7 RHUS MINSA y GORES contratados por la ley 31538 (Ex CAS-COVID)

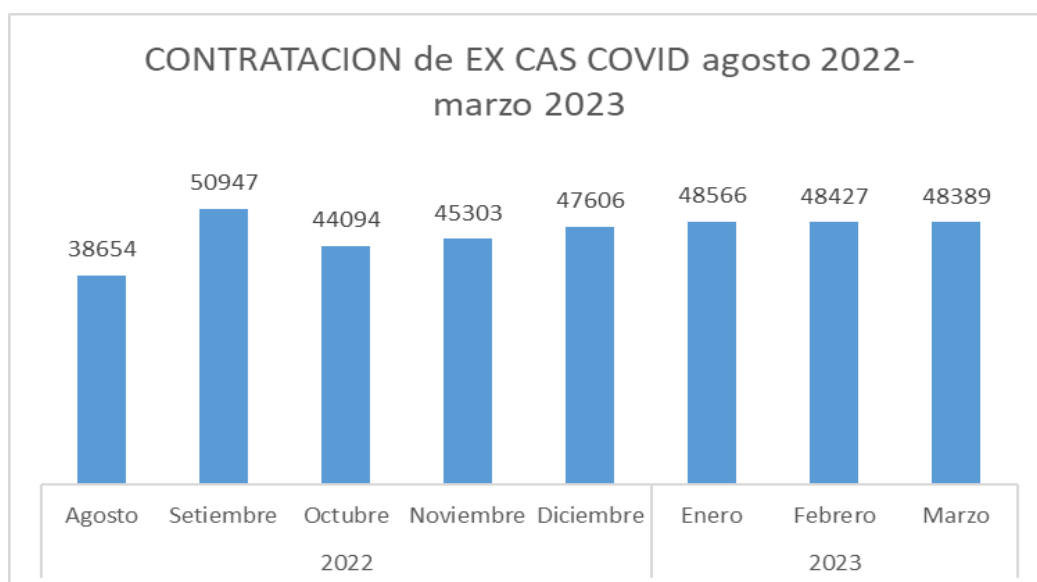
Teniendo como marco referencial que mediante el Decreto de Urgencia N°018-2022 publicado el 30 de junio del 2022 y mediante el cual se determina que todos los contratos CAS-COVID concluyen indefectiblemente el 31 de Julio del 2022 y en el marco de la Ley 31131 Ley que establece disposiciones para erradicar la discriminación en los regímenes laborales del Sector Público, que había sido publicada el 9 de marzo del 2021, se promulgó la Ley 31538 con la finalidad entre otras de aprobar el presupuesto requerido para que el personal ex CAS-COVID reciba el financiamiento necesario para continuar laborando para el sector salud. Cabe recalcar que el financiamiento que aprueba esta ley, ya no tiene en cuenta la escala salarial referencial aprobada para los CAS-COVID mediante Resolución Ministerial N° 420-2020 MINSA el 22 de junio del 2020, sino una nueva escala referencial para CAS.

Con la Ley 31538 se da la oportunidad a los ex CAS-COVID de continuar laborando, pero con un salario diferente, por lo cual las diferentes unidades ejecutoras del país del sector salud, abren convocatorias para los contratos CAS. Lográndose la contratación paulatina de recursos humanos en salud tal como lo muestra el Gráfico N° 16, teniendo en marzo del presente año 48,389.

Teniendo en cuenta que durante la pandemia se logró contratar 64,020 personas en enero del 2022 como CAS-COVID con esta medida post-pandemia se ha logrado retener a 48,389 personas (75%) teniendo una pérdida de 15,631 recursos humanos.

Gráfico N° 16

### CONTRATACION DE EX CAS-COVID



Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

En relación a estos recursos humanos ex CAS-COVID podemos apreciar en la Tabla N° 27 y Gráfico N°16 que el incremento mayor se dio en el grupo de enfermería con 2065 personas (23%), seguido de médicos con 1,112 (21%), obstetras 803 (45%), biólogos 233 (29%), odontólogos 230 (73%) y químicos

farmacéuticos 136 (24%). Existiendo un incremento en todos los profesionales de la salud de 4,913 (26%) número bastante menor si comparamos con los CAS-COVID que fueron 7,743 (34%).

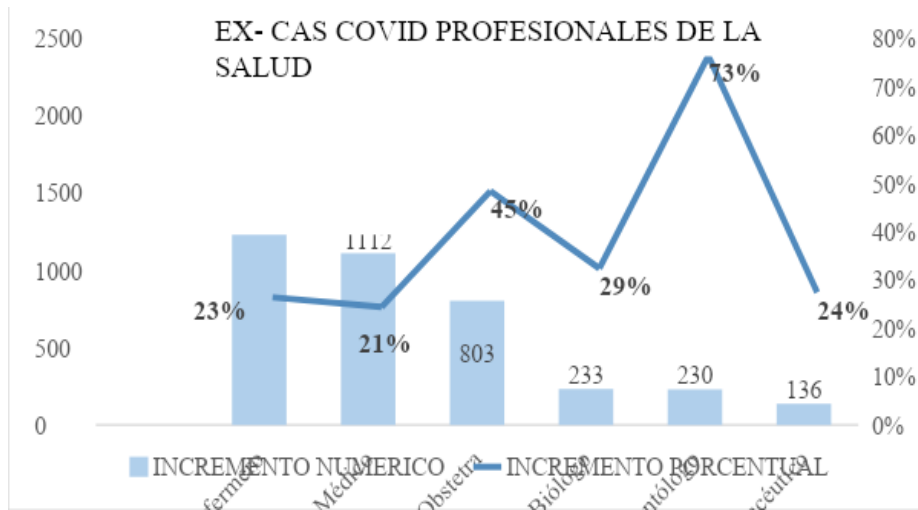
Tabla 27

**PROFESIONALES ASISTENCIALES EN MINSA Y GOBIERNOS REGIONALES CONTRATADOS POR LA LEY 31538 DISTRIBUCIÓN POR GRUPO OCUPACIONAL**

GRUPO / CARGO	PROFESIONALES DE LA SALUD EX CAS			INCREMENTO NUMERICO	INCREMENTO PORCENTUAL
	COVID				
	Ago-22	Dic-22	Mar-23		
Enfermero	8899	10776	10964	2065	23%
Médico	5264	6188	6376	1112	21%
Obstetra	1766	2521	2569	803	45%
Biólogo	797	987	1030	233	29%
Odontólogo	316	542	546	230	73%
Químico Farmacéutico	568	690	704	136	24%
Psicólogo	242	356	363	121	50%
Nutricionista	308	390	398	90	29%
Tecnólogo Médico	645	699	720	75	11%
Trabajadora Social	82	119	113	31	38%
Médico Veterinario	15	30	30	15	100%
Químico	3	9	8	5	17%
Ingeniero sanitario	13	15	10	-3	-23%
<b>Total</b>	<b>18918</b>	<b>23322</b>	<b>23831</b>	<b>4913</b>	<b>26%</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Gráfico N°17



Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

En relación a los técnicos y auxiliares asistenciales contratados por la Ley 31538 ex CAS-COVID vemos que el incremento a marzo del 2023 etapa post-pandémica fue de 3,985 (24%), sin embargo, comparándolo con los técnicos y auxiliares asistenciales contratados como CAS-COVID, es marcadamente menor, debido a que el incremento de estos grupos ocupacionales como CAS-COVID fue de 9,092 (57%).

Tabla 28

**TECNICOS Y AUXILIARES ASISTENCIALES EN MINSA Y GOBIERNOS REGIONALES CONTRATADOS POR LA LEY 31538 DISTRIBUCION POR GRUPO OCUPACIONAL**

EX CAS COVID TECNICOS Y AUXILIARES ASISTENCIALES				INCREMENTO NUMERICO	INCREMENTO PORCENTUAL
GRUPO /CARGO	Ago-22	Dic-22	Mar-23		
Técnico Asistencial	14820	18459	18626	3806	25%
Auxiliar Asistencial	1808	1976	1987	179	10%
<b>TOTAL</b>	<b>16628</b>	<b>20435</b>	<b>20613</b>	<b>3985</b>	<b>24%</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

En relación al personal administrativo contratados por la Ley 31538 8 ex CAS-COVID vemos que el incremento a marzo del 2023 etapa post-pandémica fue de 837(24%), sin embargo, comparándolo con el Personal Administrativo contratado como CAS-COVID vemos que ahora hay un aumento, el incremento de este grupo ocupacional como CAS-COVID fue de 53 (1%).

Tabla 29

**PERSONAL ADMINISTRATIVO EN MINSA Y GOBIERNOS REGIONALES CONTRATADOS POR LA LEY 31538 DISTRIBUCION POR GRUPO OCUPACIONAL**

GRUPO /CARGO	EX CAS COVID ADMINISTRATIVO			INCREMENTO NUMERICO	INCREMENTO PORCENTUAL
	Ago-22	Dic-22	Mar-23		
Profesional Administrativo	105	96	99	-6	-6%
Técnico Administrativo	1364	1803	1810	446	32%
Auxiliar Administrativo	1639	1950	2036	397	24%
<b>TOTAL</b>	<b>3108</b>	<b>3849</b>	<b>3945</b>	<b>837</b>	<b>27%</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

En la tabla N° 30 observamos que el incremento numérico de los recursos humanos ex CAS- COVID, contratados por la Ley 31538 según pliego varió según cada región siendo las regiones donde se fue paulatinamente contratando mayor cantidad de personal: Ancash con un incremento de 1,024 (88%), seguido de Piura con 989 (54%), Arequipa 742 (46%), La Libertad 620 (30%), Junín 561 (32%) y Huánuco 554(48%), observándose que fueron regiones distintas a las que tuvieron mayor incremento de contratos CAS-COVID, con excepción de Piura y La libertad que se mantienen entre las seis primeras regiones. Es importante señalar que la capital de la república fue numéricamente la que se benefició con mayor cantidad de personal,

el cual permaneció en sus puestos de trabajo, no existiendo incremento desde el inicio de la medida hasta marzo del 2023.

Tabla 30

**RECURSOS HUMANOS EN MINSA Y GOBIERNOS REGIONALES  
CONTRATADOS POR LA LEY 31538 SEGÚN PLIEGO**

	EX CAS COVID POR PLIEGO			INCREMENTO NUMERICO	INCREMENTO PORCENTUAL
	Ago-22	Dic-22	Mar-23		
Ancash	1164	2186	2188	1024	88%
Piura	1840	2840	2829	989	54%
Arequipa	1611	2306	2354	743	46%
La Libertad	2076	2678	2696	620	30%
Junín	1742	2221	2303	561	32%
Huánuco	1161	1688	1715	554	48%
Loreto	1959	2529	2485	526	27%
Lambayeque	1165	1651	1688	523	45%
San Martín	1280	1731	1749	469	36%
Cusco	1382	1843	1840	458	33%
Apurímac	678	1026	1053	375	55%
Puno	914	1039	1275	361	39%
Amazonas	446	800	776	330	74%
Cajamarca	1604	1884	1927	323	20%
Ayacucho	864	1049	1113	249	29%
Ucayali	1335	1586	1561	226	17%
Pasco	430	605	648	218	50%
Lima	1728	1961	1939	211	12%
Ica	1059	1186	1232	173	16%
Tacna	642	791	801	159	25%
Callao	1761	1957	1907	146	83%
Huancavelica	618	707	755	137	22%
Madre De Dios	237	373	368	131	55%
Tumbes	369	504	498	129	35%
Moquegua	299	362	365	66	22%
Lima Metropolitana	10290	10103	10324	34	-0.30%
<b>Total</b>	<b>38654</b>	<b>47606</b>	<b>48389</b>	<b>9735</b>	<b>25%</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

**7.1.8 Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUMS**

Para la contratación del personal de salud durante la pandemia se retiró la exigencia de que el personal de salud hubiera realizado SERUMS y mediante el Decreto de Urgencia N° 037-2020 se autoriza la creación del SERVICIO COVID ESPECIAL-SERVICER, en el cual pueden participar los profesionales de la salud peruanos y extranjeros que no han realizado el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud -

SERUMS. Los profesionales que hayan trabajado contratados mediante el régimen especial del Decreto Legislativo No 1057 (CAS-COVID), al término del servicio, se le otorga una constancia por el tiempo efectivo, que se contabiliza, como parte del SERUMS.

Además, durante la pandemia se realizó una adecuación del Programa SERUMS:

- Se logró flexibilizar los requisitos, para las inscripciones de los profesionales de la salud al SERUMS:
  - Antes se exigía que el profesional esté titulado, que su título esté registrado en SUNEDU y que esté colegiado en su Colegio Profesional.
  - En el Proceso SERUMS sólo se exigió la Colegiatura Profesional. Colegios Profesionales avalaron a profesionales, muchos tuvieron Resolución de Consejo Universitario donde se establecía otorgarle el Título, pero no sucedió porque las universidades estaban cerradas.
- a) Inscripción al SERUMS fue totalmente virtual, a través del aplicativo SERUMS.
- b) El Ordenamiento por Mérito de los Profesionales que adjudican plazas al SERUMS 2020-I, bajo la modalidad de “Orden de Mérito” tuvo que modificarse (Considerada en la R.M. N° 215-2020/MINSA):
  - Antes se empleaban dos Notas: (1) El Promedio Ponderado Promocional, con un valor del 30% en el Puntaje Final. (2) Nota obtenida en el examen Nacional de la Carrera, con un peso del 70%.
  - En esta oportunidad, el ordenamiento se hizo sólo considerando la Nota del examen Nacional de la Carrera, con un peso del 100%.

c) Virtualización de casi todos los procesos de gestión y desarrollo del SERUMS

- La adjudicación ordinaria, complementaria nacional y equivalente de plazas del Proceso SERUMS 2020-I se hizo por primera vez en la historia del SERUMS por vía virtual (Considerada en la R.M. N° 215-2020/).
- Se añadió un módulo al Aplicativo SERUMS para permitir el Sorteo Aleatorio durante el proceso de adjudicación, el mismo que es de gran ayuda.
- También se ha flexibilizado la presentación de la documentación de los que adjudicaron plazas para la firma del contrato.
- Se realizó una inducción nacional virtual para profesionales de la salud que adjudicaron plazas SERUMS, en la fase Ordinaria del Proceso SERUMS 2020-I.
- Tele capacitación de los profesionales de la salud que adjudicaron plazas SERUMS

d) Se logró adjudicar un 96% de las plazas remuneradas programadas del Proceso SERUMS. Las plazas restantes se cubrieron a través de contratos, de acuerdo a la sexta disposición final del reglamento de la Ley del SERUMS, aprobado por Decreto Supremo N° 005-97-SA.

e) Contratación de Profesionales de la Salud para cubrir plazas SERUMS temporalmente libre:

Durante el período del 06/16 de mayo al 30 de junio del 2020, las plazas SERUMS iban a quedar sin ser cubiertas con el peligro de

desatender la salud de las poblaciones más vulnerables del país. Para este periodo se contrató a 3,529 profesionales, vía contratos CAS, con lo que se cubrió el 80% de las plazas SERUMS que administra el MINSA. Las regiones por su lado cubrieron otras 972 plazas (100% de plazas SERUMS regionales).

Esta contratación se ha realizado con el valioso apoyo de los Coordinadores Regionales del SERUMS de DIRIS, DIRESAs y GERESAs.

- f) A los profesionales que adjudicaron plaza remunerada del Proceso SERUMS 2020-I y que iniciaron el servicio el 01/07/2020 se les ha dado las facilidades para que inicien el SERUMS en un establecimiento de salud cercano a su lugar de residencia, hasta que el transporte interprovincial, a nivel nacional se normalice (Resolución Ministerial 446-2020/MINSA)

Tabla 31

**DISTRIBUCION PLAZAS SERUMS**

PRESUPUESTO	2019	2020	2021	2022
NACIONAL	6482	6478	6478	6478
REGIONAL	1565	1564	1563	1563
Total general	8047	8042	8041	8041

Adaptado de Fuente SERUMS

En la tabla podemos observar que las plazas SERUMS ofertadas en la época pre pandémica y durante la pandemia fueron casi las mismas con variaciones mínima.

La tabla N° 32, muestra la distribución de las plazas SERUMS por regiones pudiendo observarse que Cajamarca, Piura, Puno, Apurímac, Ayacucho y Junín son las regiones con mayor cantidad de plazas y este número se mantiene igual desde la era pre-pandémica y durante toda la pandemia.

Siendo, las que tienen menor número de plaza de Lima-Norte, Callao, Lima-Este, Lima-Sur, es decir, observamos que en la distribución de las plazas SERUMS no existe centralismo sino mayor distribución en las regiones.

Tabla 32

DISTRIBUCION PLAZAS SERUMS POR REGIONES					
PLIEGO	2019	2020	2021	2022	
CAJAMARCA	588	588	588	588	588
PIURA	511	511	511	511	511
PUNO	508	508	508	508	508
APURIMAC	471	471	471	471	471
AYACUCHO	471	471	471	471	471
JUNIN	472	471	471	471	471
LA LIBERTAD	469	469	469	469	469
ANCASH	446	446	446	446	446
HUANUCO	438	438	438	438	438
CUSCO	421	421	421	421	421
HUANCAVELICA	383	383	383	383	383
AREQUIPA	323	323	323	323	323
LAMBAYEQUE	319	319	319	319	319
SAN MARTIN	294	294	293	293	293
ICA	289	289	289	289	289
LORETO	273	273	273	273	273
AMAZONAS	237	237	237	237	237
PASCO	232	232	232	232	232
UCAYALI	178	178	178	178	178
LIMA REGION	166	166	166	166	166
TUMBES	137	137	137	137	137
MADRE DE DIOS	126	126	126	126	126
MOQUEGUA	115	115	115	115	115
TACNA	111	111	111	111	111
LIMA SUR	22	22	22	22	22
LIMA ESTE	18	18	18	18	18
CALLAO	14	14	14	14	14
LIMA NORTE	15	11	11	11	11
<b>Total general</b>	<b>8047</b>	<b>8042</b>	<b>8041</b>	<b>8041</b>	<b>8041</b>

Fuente SERUMS MINSA

### 7.1.9 Seguro de Vida

Como parte de medidas de protección al personal de la salud se brindó seguro de vida a todo el personal asistencial a nivel nacional (incluyéndose SERUMS; Residentes e Internos de Ciencias de la salud): PEA 205,765 Lográndose un financiamiento de S/ 31,420,928.00 soles

### 7.1.10 Contrato por locación de servicios MINSA y GORES

Este tipo de contratación se denomina también contrato por terceros, y es un tipo de contrato donde el trabajador no tiene ningún derecho social y es considerado un trabajador eventual

Tabla 33

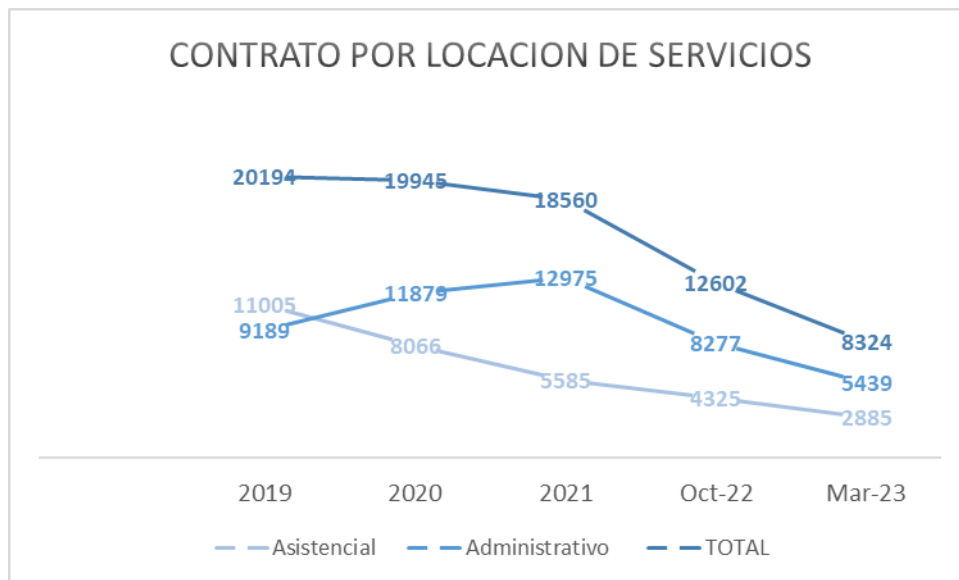
#### CONTRATOS POR LOCACION DE SERVICIOS MINSA Y GORES 2019-2023

Tipo de Personal	2019	2020	2021	Oct-22	Mar-23
Asistencial	11005	8066	5585	4325	2885
Administrativo	9189	11879	12975	8277	5439
<b>TOTAL</b>	<b>20194</b>	<b>19945</b>	<b>18560</b>	<b>12602</b>	<b>8324</b>

Adaptado de Fuente: INFORHUS DIGEP MINSA

En esta tabla y en el gráfico se aprecia la disminución paulatina y significativa de este tipo de contrato en los recursos humanos en salud, especialmente en el personal asistencial, mientras que en el personal administrativo vemos que al inicio se incrementa para disminuir posteriormente.

Gráfico N°18



Adaptado de Fuente: INFORHUS DIGEP MINSA

La condición remunerativa de recursos humanos en salud incluye las siguientes variables:

- Costo mensual
- Costo Anual
- Remuneración
- Valorización principal
- Valorización ajustada
- Valorización priorizada
- Pago por guardia

#### 7.1.11 Bono Extraordinario COVID

En primer lugar, analizaremos el bono extraordinario a favor del personal de la salud conocido como Bono COVID, creado al inicio de la pandemia mediante el

Decreto de Urgencia N° 026-2020 el 15 de marzo del 2020, según el cual los beneficiarios eran el personal nombrado asistencial y CAS asistenciales que realizaban trabajo presencial con jornada laboral completa de alerta y respuesta atendiendo pacientes con COVID en las Unidades de Cuidados Intensivos, hospitalización, vigilancia epidemiológica y visitas domiciliarias a los pacientes que reciben atención ambulatoria. El 5 de mayo del 2020 mediante el Decreto de Urgencia N° 053-2020 se modificaron los criterios de inclusión extendiéndose a más, los beneficiarios, el pago del bono era mensual con un monto de 720 soles, y se pagaba al personal que cumplía con los criterios indicados en las normas legales respectivas. En el año 2021 mediante Decreto de Urgencia N° 020-2021 extendió el bono hasta marzo del 2021. NO incluyéndose al personal que realizaba trabajo mixto o remoto, para el año 2021 tampoco incluía al personal CAS-COVID.

La motivación para crear este bono fue incentivar el trabajo presencial en la atención del COVID-19, ya que, con las medidas de protección del personal dictaminadas por el gobierno, todos los recursos humanos en salud con comorbilidades o mayores de 60 años al inicio, pasaron a gozar de licencia con goce de haber o a realizar trabajo remoto o mixto, con lo cual para el mes de mayo y junio del 2020 solo el 45 % del personal se encontraba laborando de forma presencial.

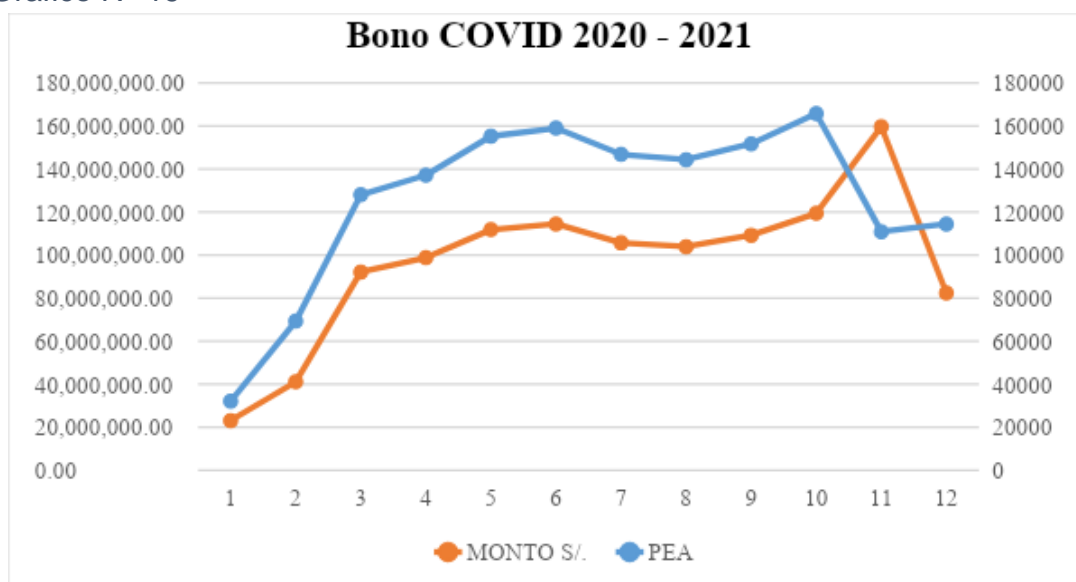
Tabla 34

**EVOLUCION DEL BONO COVID PEA Y MONTOS: 2020 - 2021**

PLIEGO	2020										2021	
	mar-20	abr-20	may-20	jun-20	jul-20	ago-20	sep-20	oct-20	nov-20	dic-20	feb-21	mar-21
PEA	32057	69246	128013	137142	155259	158969	146755	144325	151714	165809	110882	114435
MONTO S/.	23 081 040,00	41 070 240,00	92 169 360,00	98 742 240,00	111 786 480,00	114 457 680,00	105 663 600,00	103 914 000,00	109 234 080,00	119 382 480,00	159 670 080,00	82 393 200,00

Adaptado de Fuente: INFORHUS DIGEP MINSA

Grafico N° 19



**EVOLUCION DEL BONO COVID PEA Y MONTOS: 2020 - 2021**

Adaptado de Fuente: INFORHUS DIGEP MINSA

Nota: En febrero 2021 el monto del bono COVID fue de S/. 1,440.00 soles, los demás meses fue S/. 720.00 Soles.

Como podemos apreciar en la Tabla N° 34 y en el Gráfico N° 19, la cantidad de personal de la salud que recibió el bono creció de manera muy acelerada de marzo a mayo del 2020 y luego alcanzó una meseta hasta dejar de existir en abril del 2021. La mayor cantidad de beneficiarios fue en diciembre del 2020 (165, 809 personas con un costo de 119,382,480.00.

Este bono se suprimió en abril del 2021, porque el 7 de febrero del 2021 se inició la vacunación contra la COVID-19 y gran parte del personal de la salud había recibido la vacuna, por lo tanto, se encontraba ya protegido, además el personal fue retornando paulatinamente al trabajo presencial teniendo en marzo del 2021 al 68% de los recursos humanos en salud ya en trabajo presencial.

Tabla 35

### BONO COVID PEA 2020 – 2021 POR PLIEGO

PLIEGO	PEAS CON TRANSFERENCIA 2020										Total 2020	2021			Total General
	Marzo	Abril	Junio	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre		Febrero	Marzo	TOTAL 2021	
AMAZONAS	0	852	2457	2588	3158	3171	2986	3052	3052	3558	24874	2245	2227	4472	29346
ANCASH	1616	2996	5045	5570	5914	5955	5753	5541	5818	6015	50223	4239	4432	8671	58894
APURIMAC	0	2774	3679	4012	4520	4422	3885	3690	4035	4307	35324	3580	3582	7162	42486
AREQUIPA	1526	3586	6297	6644	6784	6663	5761	6256	6387	7499	57403	5205	5379	10584	67987
AYACUCHO	1461	2337	3981	4529	5759	5662	5440	5386	5483	5753	45791	3891	4234	8125	53916
CAJAMARCA	1550	2720	5800	6232	7134	7231	6707	6997	7160	7293	58824	5241	5461	10702	69526
CUSCO	1015	2646	5118	5959	6423	6742	5909	5740	5681	6829	52062	4964	5214	10178	62240
HUANCAVELICA	0	1892	2576	2799	3083	3163	3393	3324	3238	3511	26979	2632	2615	5247	32226
HUANUCO	1566	2379	3536	3977	4534	4979	4780	4272	4816	5035	39874	3451	3554	7005	46879
ICA	690	895	2992	3272	4163	4154	3963	3694	4386	4711	32920	3297	3352	6649	39569
JUNIN	840	1502	2953	3689	4873	5496	5651	5213	5758	6297	42272	3370	3546	6916	49188
LA LIBERTAD	1739	3516	6054	6197	7056	6810	6332	6275	5983	6957	56919	5050	5203	10253	67172
LAMBAYEQUE	2503	3526	4048	4172	4410	4448	4049	4093	4576	5059	40884	3552	3705	7257	48141
LIMA	8860	19387	37095	39404	45617	46468	43247	42921	43457	48456	374912	27582	29302	56884	431796
LORETO	1670	1860	5578	5682	6038	5979	5713	5629	5699	7008	50856	5119	4917	10036	60892
MADRE DE DIOS	29	389	779	710	971	1200	1074	964	1122	1191	8429	926	872	1798	10227
MOQUEGUA	0	325	1174	1315	1491	1646	1559	1532	1531	1781	12354	1323	1347	2670	15024
PASCO	178	553	809	907	1130	1217	1265	1398	1432	1649	10538	1123	1179	2302	12840
PIURA	3685	3415	7295	7492	8225	8615	7484	7851	8585	8859	71506	6537	6663	13200	84706
PUNO	0	4945	5953	6043	6760	6695	5646	5992	6524	6773	55331	5530	5679	11209	66540
SAN MARTIN	801	1517	4395	4117	4740	4962	4943	3600	4853	4965	38893	3585	3522	7107	46000
TACNA	704	1225	1941	1997	2259	2573	2236	2166	2161	2210	19472	1538	1496	3034	22506
TUMBES	590	663	1539	1595	1788	1832	1568	1499	1735	1720	14529	1324	1365	2689	17218
UCAYALI	0	1305	2979	3483	3805	3895	3156	3370	3425	3424	28842	2373	2277	4650	33492
CALLAO	1034	2041	3940	4757	4624	4991	4255	3870	4817	4949	39278	3205	3312	6517	45795
<b>Total general</b>	<b>32057</b>	<b>69246</b>	<b>128013</b>	<b>137142</b>	<b>155259</b>	<b>158969</b>	<b>146755</b>	<b>144325</b>	<b>151714</b>	<b>165809</b>	<b>1289289</b>	<b>110882</b>	<b>114435</b>	<b>225317</b>	<b>1514606</b>

Adaptado de Fuente: INFORHUS DIGEP MINSA

En la tabla N° 35 podemos apreciar la distribución del personal de salud que fue beneficiario del Bono COVID por regiones, pudiendo apreciarse que las regiones

cuyo personal de salud recibió el bono en mayor proporción fue Lima, seguida de Piura, Cajamarca, Arequipa, Puno y Cusco.

#### **7.1.12 Servicios Complementarios de Salud y Prestaciones Adicionales**

Los Servicios complementarios en salud estaban regidos antes de la pandemia por el Decreto Legislativo 1154 y son equivalentes a “horas extras” del personal de salud. En el decreto original estas horas podían ser como máximo 6 horas por día y sólo para consulta externa en hospitales de segundo y tercer nivel de atención, sólo para profesionales de la salud. Durante la pandemia se modificaron estas horas extras ampliándolas y aprobando que puedan ser usadas para la atención de pacientes COVID en Emergencia, UCI, Hospitalización, triaje, se ampliaron de 6 a 12 horas por día además se ampliaron al primer nivel de atención.

Se crearon las Prestaciones adicionales en Salud para técnicos y auxiliares que atendían pacientes COVID en los tres niveles de atención.

Tabla 36

**SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE SALUD Y PRESTACIONES  
ADICIONALES POR PLIEGO 2020-2021**

GOBIERNO REGIONAL	2020			2021		Total general 2021	Prestación adicional I nivel	Prestación adicional II y III nivel	2022			Total general 2022
	Servicio Complementario II y III nivel	Prestación adicional I nivel*	Prestación adicional II y III nivel*	Servicio Complementario I nivel	Servicio Complementario II y III nivel				Servicio Complementario I nivel	Servicio Complementario II y III nivel		
MINSA		9,215	9,924	10,362	38,956	68,457	5,664	5,391	7,033	12,482	30,570	
INEN					364	364		37		105	142	
AMAZONAS	1,007	960	1,264	1,117	3,330	6,671	597	790	532	1,288	3,207	
ANCASH	3,031	1,951	3,328	2,797	7,129	15,205	730	959	1,109	2,196	4,994	
APURIMAC	730	1,872	466	3,092	1,635	7,065	947	125	1,001	447	2,520	
AREQUIPA	2,110	832	1,224	1,673	3,848	7,577	952	830	2,330	1,585	5,697	
AYACUCHO	359	432	852	1,166	4,146	6,596	87	282	429	1,679	2,477	
CAJAMARCA	880	2,057	1,096	3,277	3,451	9,881	1,317	653	1,746	1,652	5,368	
CUSCO	1,405	1,708	582	4,047	3,191	9,528	439	263	1,187	901	2,790	
HUANCAVELICA	546	468	462	745	1,835	3,510	328	225	572	705	1,830	
HUANUCO	1,142	1,490	1,066	2,675	1,995	7,226	1,332	660	2,186	1,221	5,399	
ICA	1,292	769	681	1,930	4,197	7,577	306	297	930	1,374	2,907	
JUNIN	1,670	1,194	1,969	1,993	6,150	11,306	557	825	687	1,923	3,992	
LA LIBERTAD	206	629	1,918	1,425	4,214	8,186	154	737	377	1,906	3,174	
LAMBAYEQUE	481	2,313	602	3,404	3,820	10,139	1,120	516	2,066	1,534	5,236	
LORETO	948	4,273	2,390	2,977	4,689	14,329	2,529	1,075	1,759	1,917	7,280	
MADRE DE DIOS	0	299	97	372	453	1,221	269	131	327	205	932	
MOQUEGUA	199	1,180	118	1,676	664	3,638	327	91	473	281	1,172	
PASCO	257	697	201	1,204	678	2,780	88		149	165	402	
PIURA	930	5,188	98	5,207	1,231	11,724	3,132	68	2,711	725	6,636	
PUNO	395	1,038	1,786	2,566	4,279	9,669	983	1,171	1,851	2,390	6,395	
SAN MARTIN	778	1,231	2,182	1,386	5,868	10,667	1,109	1,139	909	2,058	5,215	
TACNA	236	1,343	67	2,423	517	4,350	418	84	784	347	1,633	
TUMBES	226	366	218	650	486	1,720	322	157	335	167	981	
UCAYALI	470	2,508	737	2,071	2,321	7,637	1,375	333	1,084	740	3,532	
LIMA	2,025	2,377	2,567	3,976	6,079	14,999	1,739	1,295	2,700	2,341	8,075	
CALLAO	156	1,081	1,180	1,942	2,501	6,704	395	200	789	801	2,185	
<b>Total general</b>	<b>21,479</b>	<b>47,471</b>	<b>37,075</b>	<b>66,153</b>	<b>118,027</b>	<b>268,726</b>	<b>27,216</b>	<b>18,334</b>	<b>36,056</b>	<b>43,135</b>	<b>124,741</b>	

Adaptado de Fuente: INFORHUS DIGEP MINSA

En la tabla N° 36 se muestra la cantidad de personas que usaron servicios complementarios en salud y prestaciones adicionales por pliego, como estrategia para mejorar la dotación de recursos humanos en salud en los diferentes establecimientos del país, esta estrategia se utilizó con mayor impulso en la unidad de cuidados intensivos por la falta de especialistas, pudiendo con esta modalidad una sola persona realizar o cubrir los turnos de casi dos profesionales.

También se crearon las prestaciones adicionales para vacunación tanto para profesionales como para técnicos que eran compra de turnos para vacunar, cuya data no se presenta en este análisis.

### 7.1.13 Escala Salarial Referencial CAS-COVID

Esta escala se creó con la finalidad de hacer más atractivo el salario del personal que iba trabajar para la atención de los pacientes COVID y poder reclutar un número significativo de recursos humanos.

Se aprobó con Resolución Ministerial N° 420-2020 MINSA el 22 de junio del 2020 y los montos ofertados son muy superiores a los percibidos por los profesionales del Decreto Legislativo N° 1153, y CAS regulares, en el caso de los médicos generales es 1.6 veces mayor, el doble en el caso de los médicos especialistas, en el caso de enfermera 1.4 veces, en el caso de enfermeras especialistas 1.5 veces más y en el caso del personal técnico 1.4 veces más.

Tabla 37

#### ESCALA SALARIAL REFERENCIAL CAS COVID

Personal de salud	Remuneración (S/)
Medico especialistas	12,900
Medico Cirujano	9,000
Profesionales de la salud especialistas	7,300
Profesionales de la salud	6,000
Técnicos asistenciales	3,300

Fuente Resolución Ministerial N° 420-2020 MINSA

Fue una excelente medida para lograr el reclutamiento de una gran cantidad de personal, pero tuvo efectos negativos porque el personal CAS regular y el personal nombrado percibía una remuneración mucho menor teniendo mayor experiencia

profesional y muchas veces mayor experticia clínico profesional, además atendía los mismos pacientes, siendo casi siempre ellos los jefes de los equipos.

#### 7.1.14 Escala Salarial Referencial Ley 31538 (EX CAS-COVID)

A partir de agosto del 2022 el personal ex CAS-COVID que de forma voluntaria quisiera continuar laborando en los establecimientos de salud de MINSA y regiones fue financiado por la Ley 31538, pero percibiendo una remuneración mucho menor que tiene como punto de partida la escala salarial de los nombrados, por lo que se ha sugerido la remuneración que figura en la tabla N° 35, que difiere sustancialmente de la aprobada para los CAS-COVID durante la pandemia, Con esta escala muchas personas ya no renovaron los contratos, sin embargo, se ha podido incorporar en la época post-pandémica al 75% de los recursos humanos antes llamados CAS-COVID

Tabla 38

#### ESCALA PROPUESTA EX CAS-COVID LEY 31538

GRUPO DETALLADO FINAL	REMUNERACION PROPUESTA	NUEVO CARGA SOCIAL	NUEVO SCTR	NUEVO COSTO MENSUAL
Médico	5,200.00	186.3	64.48	5,451.00
Médico Especialista	7,300.00	186.3	90.52	7,577.00
Profesional de la salud	2,900.00	186.3	35.96	3,123.00
Profesional de la salud Especialista	3,600.00	186.3	44.64	3,831.00
Técnico asistencial	1,800.00	162	22.32	1,985.00
Auxiliar asistencial	1,650.00	148.5	20.46	1,819.00
Profesional administrativo	2,800.00	186.3	34.72	3,022.00
Técnico administrativo	1,800.00	162	22.32	1,985.00
Auxiliar administrativo	1,650.00	148.5	20.46	1,819.00

Fuente Exposición de motivos Ley 31538

### 7.1.15 Salarios de CAS Regulares

A continuación, se presenta la tabla N° 39 que muestra la media, mediana y moda de los salarios que perciben los CAS regulares, debiendo tener en cuenta que los salarios varían según los niveles de atención y las unidades ejecutoras, existiendo muchas veces marcadas diferencias entre una u otra región, no habiéndose podido en la época pre-pandémica estandarizar una propuesta de escala salarial, durante la pandemia y en la post-pandemia se logró tener una propuesta.

Tabla 39

#### REMUNERACIONES DE CAS REGULARES

Nivel de Atención	Grupo Ocupacional- CAS REGULAR	Media	Mediana	Moda
Nacional	Médico	S/ 5,172.62	S/ 4,800.00	S/ 4,500.00
	Médico Especialista	S/ 7,262.74	S/ 7,000.00	S/ 7,000.00
	Prof. Asistencial	S/ 2,737.89	S/ 2,500.00	S/ 2,500.00
	Prof. Asistencial Especialista	S/ 3,268.13	S/ 3,500.00	S/ 3,800.00
	Técnico Asistencial	S/ 1,731.30	S/ 1,600.00	S/ 1,500.00
	Auxiliar Asistencial	S/ 1,313.66	S/ 1,200.00	S/ 1,200.00
	Prof. Administrativo	S/ 4,946.19	S/ 4,000.00	S/ 5,000.00
	Técnico Administrativo	S/ 1,621.85	S/ 1,500.00	S/ 1,500.00
	Auxiliar Administrativo	S/ 1,348.66	S/ 1,300.00	S/ 1,200.00
	Primer Nivel	Médico	S/ 4,504.22	S/ 4,500.00
Médico Especialista		S/ 7,526.96	S/ 8,000.00	S/ 8,000.00
Prof. Asistencial		S/ 2,498.70	S/ 2,400.00	S/ 2,500.00
Prof. Asistencial Especialista		S/ 2,410.20	S/ 2,300.00	S/ 2,000.00
Técnico Asistencial		S/ 1,558.31	S/ 1,500.00	S/ 1,800.00
Auxiliar Asistencial		S/ 1,289.21	S/ 1,200.00	S/ 1,200.00
Prof. Administrativo		S/ 2,762.96	S/ 2,000.00	S/ 1,950.00
Técnico Administrativo		S/ 1,494.67	S/ 1,500.00	S/ 1,500.00
Auxiliar Administrativo		S/ 1,316.21	S/ 1,500.00	S/ 1,500.00

## 7.1.16 Estructura Remunerativa de Personal de la Salud Nombrado Decreto Legislativo N°1153

Figura N°6



Autorizado por Autor Ciro Echegaray Peña

La estructura salarial del personal nombrado en MINSA y regiones esta normada por el Decreto Legislativo N°1153 y consta de:

1. Valorización principal: es la entrega económica que sería el equivalente al salario básico y la percibe todo el personal de salud asistencial nombrado (276)
2. Valorización ajustada: se le conoce también como bono, sólo lo recibe la persona que cumple los criterios para la entrega. Estos son: bono por Jefe

de Departamento o de Servicio; bono por Jefatura de Establecimientos I-3, I-4, redes o micro redes; bono por dedicación exclusiva a salud pública, bono por puesto específico y bono de salud pública

3. Valorización priorizada: se le conoce también como bono, sólo lo recibe la persona que cumple los criterios para la entrega. Estos son: bono por zonas alejadas de fronteras, zona de emergencia, por atención primaria de salud, atención especializada, por servicios críticos y atención específica de soporte que lo reciben sólo los técnicos y auxiliares.

Además, el personal nombrado percibe un pago por el servicio de guardia tanto hospitalaria como comunitaria.

### **Valorización Principal**

Esta tabla nos muestra las modificaciones realizadas en la Valorización Principal para el personal nombrado del Decreto Legislativo N° 1153 perteneciente al régimen laboral 276. Aquí podemos apreciar que durante el último año de la pandemia se realizó un incremento de la misma.

Aquí se presentan sólo los montos correspondientes a los niveles iniciales de cada profesional de la salud, así como de los técnicos y auxiliares asistenciales que forman parte de esta norma legal, debido a que la mayor cantidad de personal se encuentra en este nivel remunerativo.

Tabla 40

**DECRETO LEGISLATIVO NO 1153 VALORIZACIÓN PRINCIPAL  
MODIFICACIONES**

Grupo Ocupacional / Nivel Remunerativo		Valorización Principal 2018	Valorización Principal 2019	Valorización Principal 2022
MÉDICO	1er Nivel	5,025.00	5,532.00	6,134.00
Profesionales de la salud	1er Nivel	2,689.00	3,344.00	4,224.00
Técnicos Asistenciales	ST 1er Nivel	1,860.00	2,068.00	2,405.00
	SP 1er nivel	2,098.00	2,324.00	2,673.00
Auxiliares Asistenciales	1er Nivel	1,834.00	2,041.00	2,347.00

Adaptado de Decretos Supremos

**Valorización Ajustada**

Se presenta esta tabla para tener conocimiento de los montos correspondientes a cada Valorización Ajustada, sin embargo, debemos mencionar que en el año 2018 se modificaron algunos de los montos percibidos por estos conceptos, sin embargo, en la pandemia no se han modificado, pero el personal que cumplía con los criterios correspondientes para percibir este importe ha continuado percibiéndolo.

Cabe señalar nuevamente que corresponde al personal nombrado asistencial

Tabla 41

**DECRETO LEGISLATIVO NO 1153 MONTOS DE LA VALORIZACIÓN AJUSTADA**

ART	Compensaciones	ENTREGAS ECONOMICAS/BONOS	AMBITO DE APLICACION/ CATEGORIA DEL EESS	VALORIZACION S/
8. 8.2	Valorización Ajustada	a) Bonificación por Puesto de Responsabilidad Jefatural de Departamento o Servicio	Servicio: Hospital e Instituto-Servicio - 2do y 3er nivel	Prof. Salud: 400.00
		b) Bonificación por Puesto de Responsabilidad Jefatural en EESS I-3 y I-4, Microrredes o Redes	Establecimiento I-3 al I-4	Prof. Salud: 600.00
			Microrredes	Prof. Salud: 800.00
			Redes	Prof. Salud: 1200.00
		c) Por puesto especializado o de dedicación exclusiva en servicios de salud pública	DIGESA, DIGEMID, INS del MINSA	Prof. Salud: 1500.00
		d) Bonificación por Puesto Específico	Médico del presidente, Congreso, Poder Judicial	PAG
e) Bonificación por puesto en Servicio de salud pública	Profesionales de salud MINSA; DIRESAS; GERESAS, RED que realizan actividades de salud pública.	Prof. Salud: 1500.00		

**Valorización Priorizada**

De manera similar a la tabla anterior se presenta esta tabla para tener conocimiento del monto correspondientes a cada Valorización Priorizada, sin embargo, debemos mencionar que en el año 2018 se modificaron algunos de los montos percibidos por

estos conceptos, sin embargo, en la pandemia no se han modificado, pero el personal que cumplía con los criterios correspondientes para percibir este importe ha continuado percibiéndolo.

Cabe señalar nuevamente que corresponde al personal nombrado asistencial.

Tabla 42

**DECRETO LEGISLATIVO NO 1153 MONTOS DE LA VALORIZACIÓN PRIORIZADA**

ART	Compensaciones	ENTREGAS ECONÓMICAS/BONOS	AMBITO DE APLICACION / CATEGORIA DEL EESS	VALORIZACION S/
8.8.3	Valorización Priorizada	a) Zona alejada o de frontera	EESS seleccionado Zonas alejadas o de frontera.	Médico: 1850
				Prof. Salud: 1350
				Téc. y Aux.: 970
		b) Zona de emergencia	Ámbito de Emergencia del VRAEM-Huallaga-Ramón Castilla EESS	Todos: 1200
		c) Atención primaria de salud	1er nivel de atención I-1 al I-4	Médico: 1270
				Prof. Salud: 730
				Téc. y Aux.: 410
		d.1) Atención especializada	Establecimientos de salud estratégicos I-4 hasta el 2do nivel	Médico: 1270.00
				Prof. Salud: 650.00
		d.2) Atención especializada	Hospitales e Institutos Especializados 2do y 3er nivel	Médico: 900.00
				Prof. Salud: 450.00
		e) Atención en servicios críticos	Servicios Hospitalarios: Emergencia, Unidad de Cuidados intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios y Unidad de Quemados	Médico: 450.00
				Prof. Salud: 300.00
Téc. y Aux.: 150.00				
f) Atención específica de soporte	1er, 2do y 3er nivel de atención	Téc. Y Aux.: 158.00		

**Guardias**

En relación con las guardias hospitalarias no ha sufrido incremento durante la pandemia y así como tampoco las guardias comunitarias, debemos recalcar que el

monto percibido por una guardia comunitaria es igual al percibido por el personal en una guardia ordinaria diurna según corresponda a su grupo ocupacional.

Las guardias comunitarias están aprobadas para el personal asistencial del primer nivel de atención del I-1 al I-3.

Durante la pandemia se estuvo pagando guardias al personal, que está inmerso en el Decreto Legislativo N°1153. El personal CAS, CAS-COVID y Servicio por terceros NO perciben los montos correspondientes a las guardias.

Tabla 43

### GUARDIAS HOSPITALARIAS

GUARDIAS				
NIVEL	DIURNA ORDINARIA	NOCTURNA ORDINARIA	DIURNA DOMINGO Y FERIADO	NOCTURNA DOMINGO Y FERIADO
Medico 1	87.98	117.3	146.63	175.96
Enfermera-Obstetra-Tecnologo Nivel 1	87.65	116.87	146.09	175.31
Dentista,QF, Ing. Sanitario, Veterinario. Biólogo, Psicólogo, Nutricionista, Asistentas Social.	92.54	123.38	154.23	185.07
Personal de Salud no comprendido en cuadros precedentes	59.7	79.6	99.5	119.4
Profesional Técnico	44.03	58.70	73.38	88.05
Técnico Asistencial	36.67	47.56	59.45	71.34
Auxiliar Asistencial	34.71	46.28	57.85	69.42

### **7.1.17 Residentado Médico**

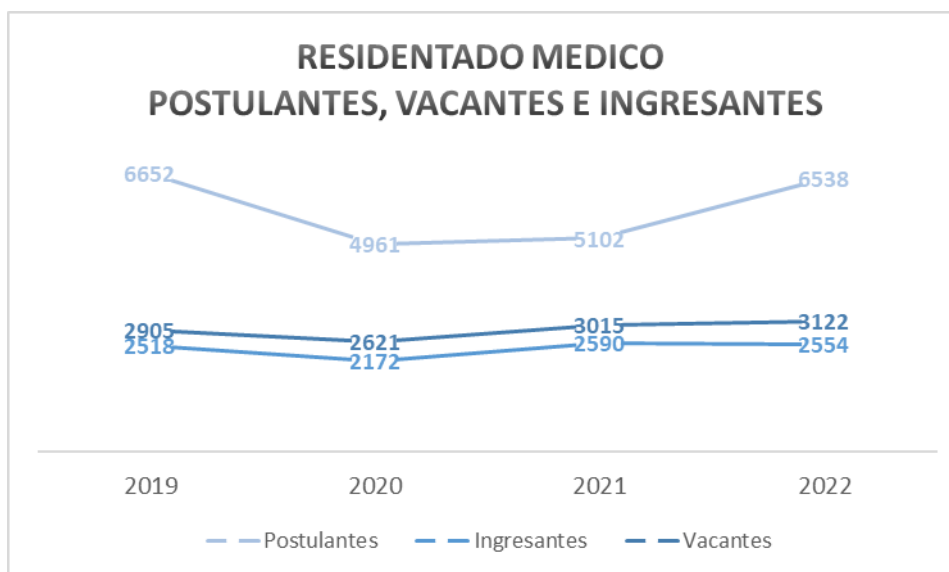
El residentado médico es la segunda especialización en medicina, corresponde a posgrado y lleva a la obtención de una especialidad.

En nuestro país el residentado médico esta normado por la Ley 30453 y su reglamento, los programas de especialización son responsabilidad de las universidades y suelen tener una duración de tres a 5 años de docencia en servicio.

El médico residente que es un estudiante de posgrado recibe una compensación económica mensual, por parte de la institución prestadora de servicios de salud donde realiza su residentado. Para el caso de MINSA y regiones los médicos residentes están incluidos en el Decreto Legislativo N°1153, en el caso de ESSALUD, Fuerzas Armadas y Policiales, así como Ministerio Público también perciben el mismo salario que un médico nombrado. Para el caso de las instituciones privadas deben recibir un salario similar al aportado por MINSA.

Anualmente de acuerdo a los datos del Colegio Médico del Perú (CMP) o la Asociación de Facultades de Medicina (ASPEFAM) egresan aproximadamente entre 3,200 a 3,500 médicos por año, sin embargo, a diferencia de otros países no todos pueden realizar una especialización, en nuestro país debido a que el número de plazas ofertadas es menor al número de egresados anuales se produce un embalse de médicos que no pueden acceder a una especialización, por lo cual se van sumando los médicos que no pudieron acceder al residentado y el número de postulantes es casi el doble que el número de vacantes ofertadas como podemos apreciar en el Gráfico N° 20

Grafico N° 20



Adaptado de Fuente CONAREME

En relación a la época pre-pandémica vemos que postularon 6,652 médicos para 2,905 vacantes, observándose que durante la pandemia disminuyó el número de postulantes y las vacantes en el año 2020 disminuyeron a 2,621 (-284 vacantes) pero el 2021 se ofertaron 110 vacantes más que en el año 2019. En el año 2022 los postulantes volvieron a ser un número semejante a la etapa pre-pandémica (6,538) y las vacantes nuevamente se incrementaron en 107 plazas con respecto al 2021.

Algo que nos debe alertar y que también apreciamos en el Gráfico N° 19, es que a pesar que las plazas ofertadas son insuficientes para todos los egresados, no todas las vacantes son cubiertas existiendo plazas que quedan sin ocuparse, estas todos los años oscilan entre el 14 al 18%, que en número de plazas significa:

Tabla 44

**VACANTES NO CUBIERTAS RESIDENTADO MÉDICO**

Año	2019	2020	2021	2022
Vacantes No cubiertas	387	449	425	568

Adaptado de Fuente CONAREME

Esta no cobertura de plazas se debe a que las especialidades ofertadas no tienen demanda por parte de los postulantes, pero si son especialistas que el país necesita. En relación al financiamiento de las vacantes es muy importante destacar que el MINSA es el principal financiador del sistema, financiamiento que se incrementó durante la pandemia de 56% hasta 66% en el 2021. ESSALUD es el segundo financiador, pero cabe destacar que durante la pandemia disminuyó el financiamiento para la especialización del 29% al 25%., los gobiernos regionales durante el 2020 incrementaron el financiamiento, pero esta acción no ha sido sostenida posteriormente. La Sanidad de la FFAA, PNP y Ministerio Público se mantienen constante en su financiamiento, pero este es mínimo y finalmente el sector privado prácticamente no aporta con la formación de especialistas máximo 1%, pero si consume un gran número de ellos, en desmedro del sector público que es quien los forma.

Tabla 45

**FINANCIAMIENTO DE VACANTES PARA RESIDENTADO MÉDICO**

FINANCIAMIENTO RESIDENTADO MÉDICO								
Financiamiento	2019		2020		2021		2022	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
MINSA	1610	56%	1488	57%	1981	66%	1929	62%
Gobierno Regional	238	8%	288	11%	136	4%	176	6%
EsSalud	850	29%	604	23%	630	21%	780	25%
Sanidad FFAA y PNP	180	6%	211	8%	208	7%	181	6%
Ministerio Público	7	0.20%	9	0.30%	9	0.30%	9	0.20%
Privado	20	0.80%	21	0.70%	51	1.70%	47	1.00%
<b>Total</b>	<b>2905</b>	<b>100%</b>	<b>2621</b>	<b>100%</b>	<b>3015</b>	<b>100%</b>	<b>3122</b>	<b>100%</b>

Adaptado de Fuente CONAREME

En relación al número total de residentes en formación en nuestro país en el año 2019 fue de 6,843, en el año 2020 de 6,745, en el 2021 de 7,207 y en el año 2022 son 6,888.

Tabla 46

**NÚMERO TOTAL DE RESIDENTES EN FORMACIÓN POR AÑO**

Año	2019	2020	2021	2022
Numero Total Residentes	6843	6745	7,207	6,888
Diferencia		-98	462	-319

Adaptado de Fuente CONAREME

En relación a su distribución a nivel nacional podemos apreciar que el 58% de los médicos residentes en formación están en Lima Metropolitana, seguido del Callao,

La Libertad, Arequipa, Junín, Lambayeque, Ica y Lima Región lo que se aprecia en la Tabla N°47 y Gráfico N° 21.

Pudiendo observarse una distribución totalmente inequitativa en la distribución de las plazas de residentado médico en el país que afecta la calidad de atención de la población. Observándose también que existen tres regiones donde NO hay formación de médicos especialistas estas son: Madre de Dios, Moquegua y Pasco. Debiendo plantear soluciones a corto, mediano y largo plazo, en dichas regiones.

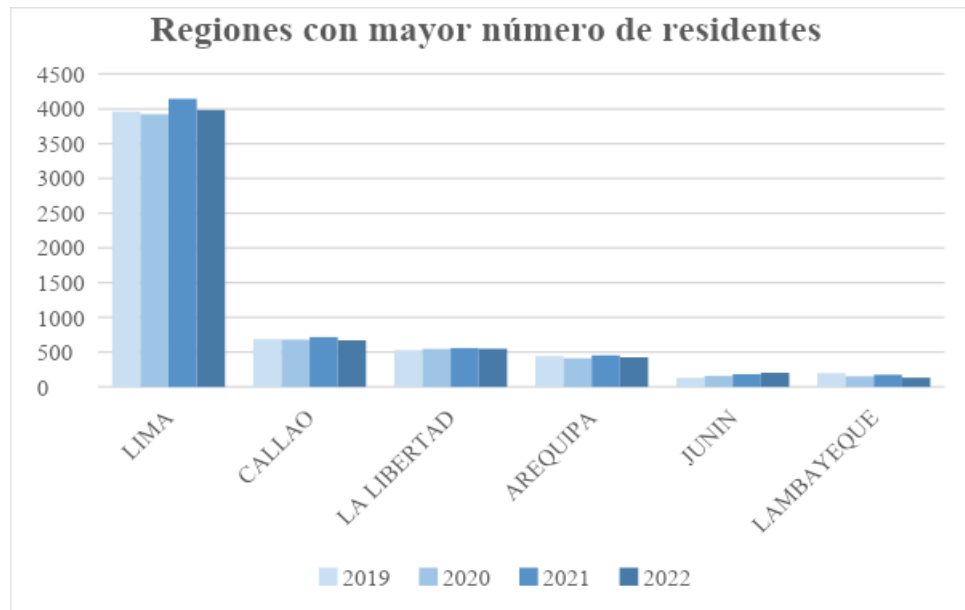
Tabla 47

**NUMERO TOTAL DE RESIDENTES POR PLIEGO**

RESIDENTADO MEDICO- NUMERO TOTAL DE RESIDENTES DEL SISTEMA POR PLIEGO				
PLIEGO	2019	2020	2021	2022
LIMA	3964	3920	4145	3983
CALLAO	688	681	717	671
LA LIBERTAD	529	547	558	549
AREQUIPA	443	412	454	426
JUNIN	131	157	184	203
LAMBAYEQUE	197	152	175	133
ICA	160	147	129	108
LIMA REGION	82	94	104	107
PUNO	92	101	98	103
LORETO	74	80	91	92
CUSCO	85	76	84	80
PIURA	77	71	83	78
CAJAMARCA	79	76	67	68
ANCASH	36	27	70	62
SAN MARTIN	34	34	47	41
UCAYALI	38	40	46	40
TACNA	36	34	44	40
APURIMAC	40	36	37	29
AYACUCHO	20	22	28	25
AMAZONAS	14	13	17	15
HUANCAVELICA	9	9	13	14
HUANUCO	5	8	6	11
TUMBES	10	8	10	10
MADRE DE DIOS	0	0	0	0
MOQUEGUA	0	0	0	0
PASCO	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>6843</b>	<b>6745</b>	<b>7207</b>	<b>6888</b>

Adaptado de Fuente CONAREME

Grafico N° 21



Adaptado de Fuente CONAREME

Durante la pandemia se realizó una adecuación del Residentado Médico, que consistía en una culminación anticipada de la formación de médicos residentes en ciertas especialidades:

El artículo 2 del Decreto Legislativo N° 1512, estableció la conclusión anticipada de la formación de médicos residentes que cursaban el último año, en las especialidades o subespecialidades de: medicina de emergencias y desastres, medicina de enfermedades infecciosas y tropicales, medicina familiar y comunitaria, medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, medicina interna, neumología y neumología pediátrica; habiéndose incorporado las especialidades de anestesiología, geriatría y cardiología, mediante Resolución Ministerial N° 311-2020-MINSA. Se estableció las especialidades en razón a la demanda de atención.

En relación a ello, el Consejo Nacional de Residencia Médico (CONAREME) acuerda como fecha de conclusión del residency el 30 de mayo de 2020.

Esta disposición habría permitido contar con una disponibilidad de 622 médicos con competencias especializadas que se formaron por la modalidad libre, cautiva o destaque, según detalle:

Tabla 48

ESPECIALIDAD / SUBESPECIALIDAD	INSTITUCIÓN SEDE DE FORMACION				TOTAL
	EsSalud	MINSA y Gov. Regionales	Privadas	Sanidades (Fuerzas Armadas y PNP)	
ANESTESIOLOGIA	51	113	1	4	169
CARDIOLOGIA	26	18	1	7	52
GERIATRIA	13	5		4	22
MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES	22	25	1	3	51
MEDICINA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES	9	12			21
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	27	48		1	76
MEDICINA INTENSIVA	20	32	1	3	56

MEDICINA INTENSIVA PEDIATRICA	2	1			3
MEDICINA INTERNA	48	83		4	135
NEUMOLOGIA	13	18		4	35
NEUMOLOGIA PEDIATRICA	1	1			2
<b>TOTAL</b>	<b>232</b>	<b>356</b>	<b>4</b>	<b>30</b>	<b>622</b>

Fuente: SIGESIN al 04.05.2020 (Corresponde a modalidades de postulación: libre, cautiva y destaque)

Como parte de su implementación, algunos hospitales han efectuado la contratación de los médicos que han concluido el residentado bajo el régimen especial del Decreto Legislativo N° 1057 (CAS-COVID), otros fueron contratados por ESSALUD, las Fuerzas Armadas y Policiales.

#### **7.1.18 Internado de Ciencias de la Salud**

Los internos de ciencias de la salud son los estudiantes de último año de las carreras de la salud que realizan sus prácticas pre-profesionales generalmente en establecimientos de salud del MINSA o los Gobiernos regionales, así como también en ESSALUD, las FFAA y PNP, de forma muy incipiente en el sector privado.

Para ello las universidades cuentan con Convenios Docente-Asistenciales con los establecimientos de salud de diferentes niveles de atención.

Antes de la pandemia, en la práctica no existía mayor regulación por parte del estado en la asignación de los campos clínicos para la formación de los estudiantes, quienes se formaban casi al 100 % en hospitales y no en el primer nivel de atención.

Al inicio de la pandemia y debido al confinamiento social el Ministerio de Educación (MINEDU) emitió la Resolución Viceministerial N° 095-2020-MINEDU por la cual todos los estudiantes universitarios incluyendo los de las carreras de salud tuvieron que pasar a recibir una educación virtual. Con lo cual los internos de Ciencias de la salud se retiraron de los establecimientos de salud donde se encontraban realizando sus prácticas pre-profesionales.

Siendo incierta la duración de la pandemia este acontecimiento preocupó al MINSA porque justamente en época de pandemia donde se requería gran cantidad de personal de la salud para la atención de la COVID-19, si no se continuaba con la formación de médicos, enfermeras, obstetras y otras carreras de la salud en un plazo cercano no se podría disponer de nuevos profesionales para la atención de la población, por lo cual se realizaron las coordinaciones pertinentes con MINEDU, SUNEDU y con las universidades que cuentan con carreras de salud y el 3 de agosto del 2020 se promulga el Decreto de Urgencia N° 090-2020 que entre otras medidas dispone la reanudación de actividades de los internos de ciencias de la salud y además establece un financiamiento para ellos, seguro de salud, seguro de vida, en estipendio mensual equivalente al salario mínimo vital y equipos de protección personal.

Así mismo el Ministerio de Salud emitió un Resolución Ministerial N° 622-2020/MINSA del 14 de agosto del 2020 que aprueba los “Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N° 090-2020”, estos lineamientos

establecen que los internos de ciencias de la salud deben retornar en forma voluntaria previa firma de un Consentimiento informado, a partir del 15 de agosto del 2020, además el retorno se realiza a los establecimiento de salud I-3 y I-4 en el primer nivel de atención y no en los hospitales ya que estos funcionaban como hospitales COVID, con la finalidad de evitar la exposición intensa de los estudiantes al COVID.

El MINSA crea y apertura un registro en línea donde cada interno debía registrarse y luego ser validado por su universidad para proceder con su contratación y brindarles los beneficios estipulados en el Decreto de Urgencia N° 090-2020.

A continuación, se presenta la tabla N° 49 donde se evidencia que 9,605 internos de ciencias de la salud se registraron para reanudar el internado en MINSA, siendo el grupo más numeroso medicina con 3,242 estudiantes seguido de enfermería con 2,856.

Tabla 49

**INTERNOS DE CIENCIAS DE LA SALUD REGISTRADOS EN MINSA (DIGEP) 2020**

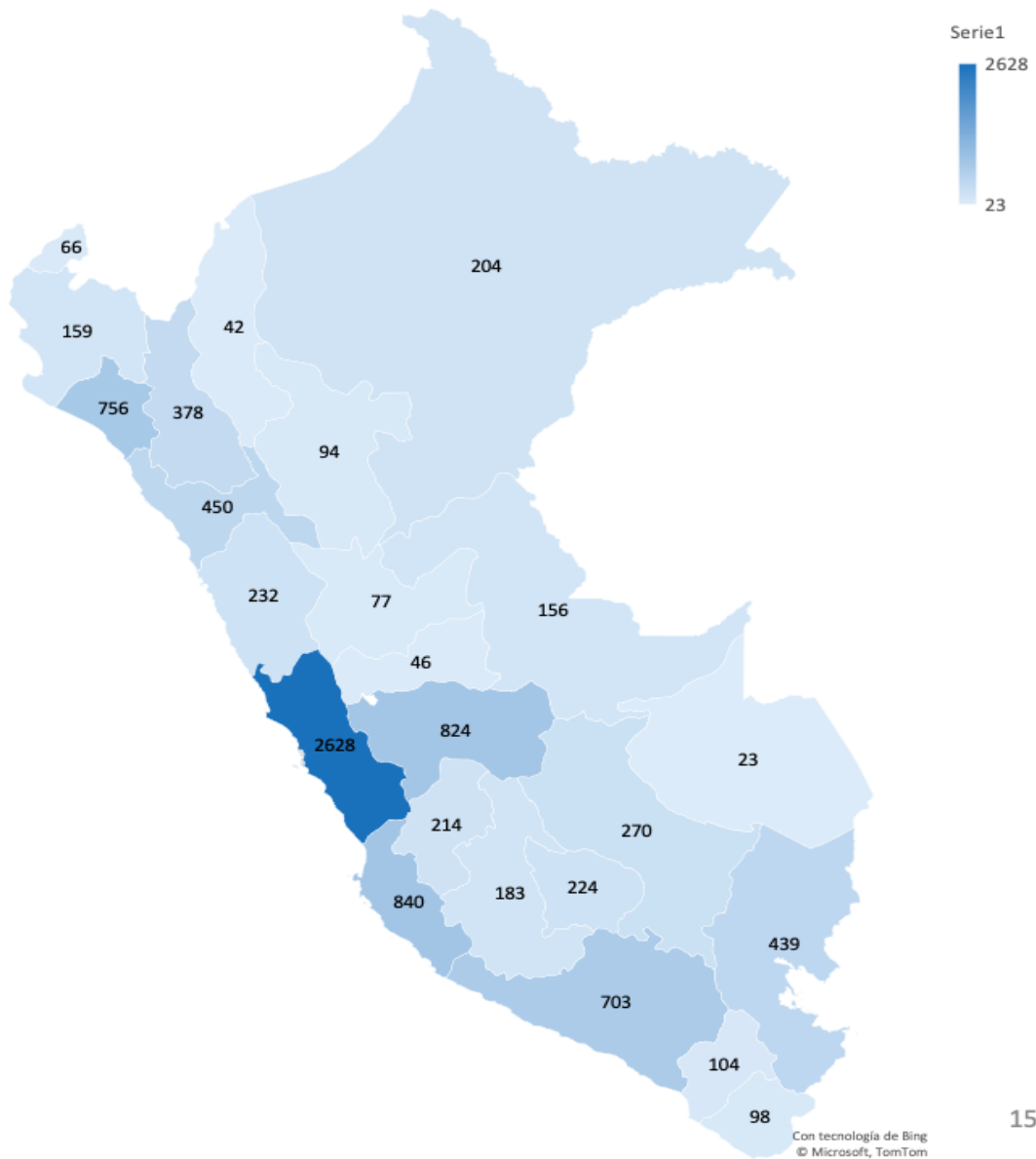
<b>Internos por carrera profesional</b>	<b>N° registrados</b>	<b>% del total</b>
Biología	12	0.12%
Enfermería	2856	29.73%
Farmacia y Bioquímica	157	1.63%
Medicina Humana	3242	33.75%
Nutrición	281	2.93%
Obstetricia	1174	12.22%
Odontología	1030	10.72%
Psicología	448	4.66%
Tecnología Médica	405	4.22%
<b>Total general</b>	<b>9605</b>	<b>100.00%</b>

Adaptado Fuente DIGEP

En el Gráfico que vemos a continuación tenemos la distribución de internos 2020 por regiones donde se observa que el mayor número se encuentran de Lima, luego Ica, Junín, Lambayeque, Arequipa, La Libertad, Puno, Cajamarca.

Gráfico N° 22

**DISTRIBUCION DE INTERNOS DE CIENCIAS DE LA SALUD**



POR REGIONES 2020  
Adaptado Fuente DIGEP

Debe tenerse en cuenta que antes de la pandemia el internado de ciencias de la salud en medicina y otras carreras tenía una duración de un año (12 meses).

En el año 2020 los internos de medicina iniciaron sus estudios de manera regular el 1 de enero del 2020, pero como ya se mencionó el 16 de marzo fueron retirados de los campos clínicos y pasaron a recibir una educación virtual. Y por de Decreto de Urgencia N° 090-2020 reiniciaron sus actividades aproximadamente en el mes de setiembre terminando su internado el 30 de abril del 2021 (10 meses de formación). ESSALUD, FFAA, PNP y privados en el año 2020 no recibieron internos de ciencias de la salud en sus establecimientos.

En el año 2021 también solo el MINSA y las regiones recibieron a los internos de ciencias de la Salud en sus establecimientos iniciando el internado el 1 de mayo del 2021 hasta febrero del 2022 (10 meses) con el respaldo del Decreto de Urgencia N° 038-2021 posteriormente modificado con el Decreto de Urgencia N° 053-2021 que financia seguro de salud, seguro de vida, un estipendio mensual de 770 soles y equipos de protección personal, se emite la Resolución Ministerial N° 779-2021/MINSA del 21 de junio del 2021 que aprueba los “Lineamientos para el desarrollo de actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la emergencia sanitaria”, donde se indica que las rotaciones en los establecimientos de salud deben ser de por lo menos 50 % en el primer nivel de atención.

Tabla 50

**INTERNOS DE CIENCIAS DE LA SALUD REGISTRADOS EN MINSA  
(DIGEP) 2021**

CARRERAS DE INTERNOS DE CIENCIAS DE LA SALUD (Inicio 1 de mayo 2021)	N°
Medicina humana	3 825
Enfermería	4 635
Obstetricia	1 938
Farmacia y bioquímica	391
Nutrición	557
Odontología	1 481
Psicología	1 133
Tecnología médica - Laboratorio clínico y anatomía patológica	521
Tecnología médica - Optometría	19
Tecnología médica - Radiología	256
Tecnología médica - Terapia del lenguaje	47
Tecnología médica - Terapia física y rehabilitación	579
Tecnología médica - Terapia ocupacional	5
Biología	45
	15,432

En el 2021 MINSA, regiones, FFAA, PNP y privados recibieron internos NO así ESSALUD.

Tabla 51

**INTERNOS DE CIENCIAS DE LA SALUD FINANCIAMIENTO 2020- 2021**

<b>INTERNOS CIENCIAS DE LA SALUD</b>			
<b>Pliego</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Total</b>
MINSA	60,060,444.00	30,053,052.00	90,113,496.00
<b>Total</b>	<b>60,060,444.00</b>	<b>30,053,052.00</b>	<b>90,113,496.00</b>

Adaptado Fuente DIGEP

En el 2022 MINSA emite la Resolución Ministerial N° 351-2021/MINSA del 15 de mayo del 2022 que aprueba los “Directiva Administrativa para el desarrollo de actividades del Internado en Ciencias de la Salud”, donde se indica que las rotaciones en los establecimientos de salud deben ser de por lo menos 20 % en el primer nivel de atención.

El internado inicio 1 de mayo del 2022 y culminó el 28 de febrero 2023 (10 meses) y queda vigente el Decreto Supremo 2002 N°020-2002-EF según el cual el estipendio es de 400 soles sólo internos de Medicina y odontología. ESSALUD siguió sin recibir internos de ciencias de la salud.

En el año 2023 ESSALUD y privados aperturan plazas para el internado e inicio en enero 2023 hasta 31 de diciembre del 2023 (12 meses), MINSA y regiones, así

como FFAA Y PNP inician el 1 de abril hasta el 31 de enero del 2024 (10 meses) siguen vigentes los lineamientos dados por MINSA en el año 2022.

Además, debe indicarse que desde el inicio de la pandemia ha tomado importancia y rectoría en la regulación de pregrado, el Comité Nacional de Pregrado (CONAPRES) que fue formado por Decreto Supremo N° 080-2005-RE el 21 de octubre de 2005 y que antes de la pandemia no ejercía rectoría. Actualmente CONAPRES emite las resoluciones que regulan los campos clínicos del MINSA y regiones, en conjunto con MINSA.

Es decir, durante la pandemia y aún ahora en la post pandemia MINSA está ejerciendo rectoría en la regulación de los campos clínicos para el internado y prácticas de los estudiantes de pregrado. Sin embargo, desde este año 2023 ESSALUD, FFAA, PNP y privados no acatan las normas del MINSA, teniendo las universidades un problema con la duración desigual del internado para sus estudiantes.

#### **7.1.19 Capacitación Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP)**

La Escuela Nacional de Salud Pública es la entidad del Ministerio de Salud fundada en el año 1964 como un centro de posgrado con rango universitario, siendo una de sus funciones el brindar capacitación al personal de la salud, en el área de salud pública.

Durante la pandemia la labor de capacitación ejercida por la ENSAP fue muy importante para el personal de la salud, esta capacitación se realizó a través de

cursos virtuales gratuitos a nivel nacional, en relación con diferentes temas de salud pública primordialmente aquellos vinculados con el COVID-19.

Entre los cursos dictados podemos nombrar:

1. Adecuación de la organización de los servicios de salud en el contexto de redes integradas de salud y COVID-19
2. Alfabetización digital en salud
3. Cuidado de la salud mental en el contexto del COVID-19
4. Cuidado integral de la salud mental en niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia y maltrato
5. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis
6. Enfermería pre-hospitalario en tiempos de COVID-19
7. Equipos de respuesta rápida (ERR) - abordaje y manejo del covid-19 en el primer nivel de atención
8. Ética en servicios de salud
9. Manejo de cadáver por COVID-19
10. Paciente crítico respiratorio COVID-19
11. Planes y estrategias para el manejo de la vía aérea en el paciente covid-19
12. Programa nacional de formación para el COVID - 19
13. Programa nacional de formación para la vacunación contra la COVID 19
14. Soporte vital básico pre-hospitalario
15. Telemedicina en el escenario de emergencia por covid-19

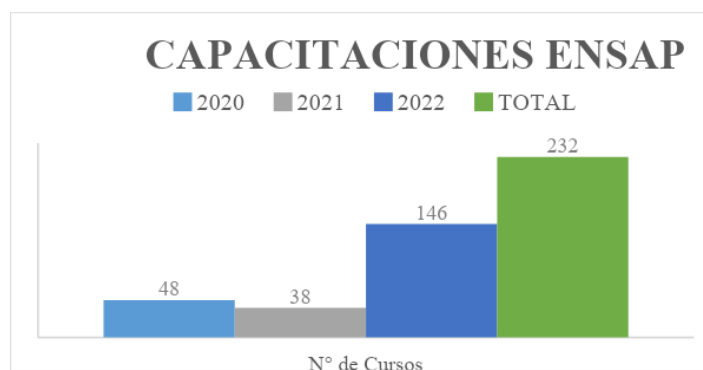
Entre otros, la metodología utilizada fueron cursos virtuales asincrónicos, previa matrícula, luego el personal tuvo que pasar una evaluación y finalmente el personal obtuvo una certificación, si aprobaban el curso.

A continuación, presentamos el gráfico N° 23 que muestra el número de capacitaciones por año realizadas, pudiendo apreciarse que al inicio fueron pocas y el número se incrementó a partir del 2022. Sin embargo, cuando analizamos el número de personas capacitadas vemos que la curva no fue proporcional, observando en el Gráfico N° 19, el mayor número de personal capacitado fue en el año 2020, disminuyendo drásticamente en el año 2021 y luego volviendo a incrementarse en el año 2022.

La explicación para este fenómeno observado puede ser que en el primer año como la gente desconocía por completo la enfermedad, un mayor número de profesionales tuvo interés en capacitarse para adquirir conocimientos. Puede también deberse a cambios en los procesos de difusión de las capacitaciones.

Gráfico N° 23

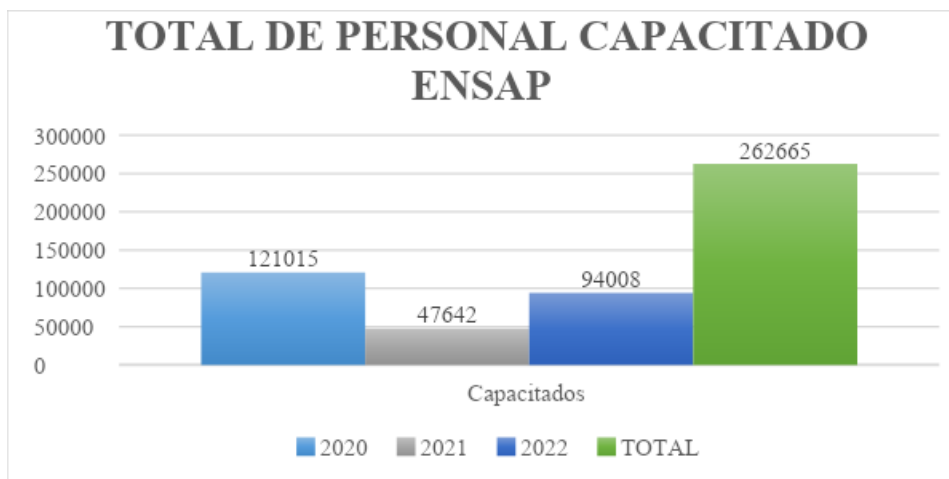
### **NUMERO DE CAPACITACIONES VIRTUALES REALIZADAS POR ENSAP POR AÑO**



Adaptado Fuente ENSAP

Grafico N° 24

**NUMERO DE RECURSOS HUMANOS CAPACITADOS POR ENSAP POR AÑO**



Adaptado Fuente ENSAP

Además, se realizaron otras capacitaciones en coordinación con la Dirección General de Personal de la Salud DIGEP-MINSA y algunas Sociedades Científicas en especial la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva (SOPEMI) y la Sociedad Peruana de Enfermeras en Cuidados Críticos (SOPECC). Cursos teóricos-prácticos, como:

“Manejo de la Vía Área en Intubación Endotraqueal” En el año 2021, se desarrolla la conducción estratégica de fortalecimiento de capacidades en cuidados críticos de pacientes adultos graves con COVID 19. Se conformó una mesa de trabajo para la capacitación “Manejo de la Vía Área en Intubación Endotraqueal” con los órganos involucrados del MINSA, conducido por la DIGEP y cuya responsabilidad de los aspectos académicos está a cargo de la ENSAP, para el desarrollo de la acción de

capacitación dirigido al personal de la salud médico que atiende a pacientes críticos con COVID 19 de DIRESAS/GERESAS/DIRIS, a realizarse con simulación clínica para manejo de la vía aérea e intubación endotraqueal.

Está constituido por tres fases: fase 1 teórica en la modalidad virtual sincrónica, fase 2 con simulación clínica y la fase 3 presencial en sede docente. La fase 01 y 02 fue desarrollada por la ENSAP, la tercera fase de la DIGEP

En esta tercera fase, en el mes de julio 2021, se capacitó a 18 médicos generales y médicos especialistas no intensivistas provenientes de las regiones de Loreto, Ica, Lambayeque, Piura y Lima, capacitándolos en los siguientes hospitales de Lima: Hospital Hipólito Unanue, Hospital Nacional Arzobispo Loayza y Hospital de Emergencia de Ate-Vitarte.

#### Pasantías UCI

En el año 2021, se han fortalecido las capacidades del personal asistencial, específicamente médicos generales. Se realizó un curso denominado "Entrenamiento Básico en UCI COVID", capacitando a 47 médicos (37 contratados y 10 nombrados) y 18 enfermeros(as) (16 contratados y 2 nombrados), realizados en 05 sedes de capacitación (IPRESS) de la ciudad de Lima. Participaron 11 DIRESAs (Ica, Pasco, Amazonas, Madre de Dios, Huánuco, Junín, Cusco, Arequipa, Huancavelica, Tumbes y Lima Provincias)

Con el apoyo de la Sociedad Peruana de Enfermeras en Cuidados Críticos (SOPECC), en la 1ra cohorte se capacitaron 146 enfermeras en la modalidad de sesiones virtuales, en 15 DIRESAs (Arequipa, Ayacucho, Ica, Tacna, Lima Provincias, Huancavelica, La Libertad, Loreto, Moquegua, Cajamarca, Lambayeque, San Martín, Piura, Huánuco, Puno y Tumbes). Desde marzo 2021 a julio 2021 han cumplido la rotación (modalidad presencial) de 05 días, 19 profesionales (de un total de 60), en las sedes docentes como es el Hospital Nacional Dos de Mayo, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital Cayetano y Hospital de Emergencia Ate-Vitarte.

En la segunda cohorte de agosto a setiembre de 2021 se capacitó a 131 personal de la salud, conformado por 59 médicos y 72 enfermeras que laboran en las DIRESAS Arequipa, Apurímac, Amazonas, Ancash, Cuzco, Lima, Loreto, Pasco, Piura, Puno y Cajamarca. Iniciarán la rotación en octubre 2021.

### **7.1.20 Cobertura geográfica de recursos humanos**

#### **7.1.20.1. Disponibilidad de RHUS por pliego MINSA Y GORES**

En todas las regiones existió un incremento de recursos humanos en salud en el primer nivel de atención, aunque con gran variabilidad en este incremento. Las regiones donde se incrementó en mayor número los recursos humanos fueron: Lima con 1916 personas (10%) Piura con 1892 (32%), San Martín con 1,617 personas (64%), Loreto 1,589 (45%), Huánuco con 1,382 (38%) y Puno con 1,268 (36%). Mientras que otras regiones como Callao, Madre de Dios,

Amazonas, Moquegua, Tacna y Tumbes prácticamente no distribuyeron personal de salud en el primer nivel de atención (Tabla N° 52).

Tabla 52

**RECURSOS HUMANOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION Y PLIEGO EN MINSA Y REGIONES DEL 2019 AL 2022**

	PRIMER NIVEL ATENCION				INCREMENTO NUMERICO	INCREMENTO PORCENTUAL
	2019	2020	2021	2022		
LIMA	19180	21208	20894	21096	1916	10%
PIURA	5902	6868	7121	7794	1892	32%
SAN MARTIN	2528	2947	3676	4145	1617	64%
LORETO	3524	4004	4759	5113	1589	45%
HUANUCO	3620	4504	4780	5002	1382	38%
PUNO	3498	4031	4404	4766	1268	36%
CAJAMARCA	5151	5660	6190	6394	1243	24%
LA LIBERTAD	2891	3177	3822	4066	1175	41%
CUSCO	4095	4380	5196	5221	1126	27%
UCAYALI	1971	2439	2531	3003	1032	52%
ANCASH	3285	3630	4161	4232	947	29%
LAMBAYEQUE	2573	2969	2970	3451	878	34%
JUNIN	3787	4503	4301	4579	792	21%
AYACUCHO	3193	3506	3649	3751	558	17%
PASCO	1100	1406	1531	1647	547	50%
APURIMAC	3314	3610	3743	3848	534	16%
ICA	2032	2142	2241	2397	365	18%
AREQUIPA	3828	4039	4009	4171	343	9%
HUANCAVELICA	2556	2867	3043	2893	337	13%
TUMBES	754	1082	1019	1040	286	38%
TACNA	1436	1569	1576	1641	205	14%
MOQUEGUA	979	952	1133	1166	187	19%
AMAZONAS	2437	2445	2585	2531	94	4%
MADRE DE DIOS	938	934	990	970	32	3%
CALLAO	2661	2920	2730	2685	24	1%
<b>Total general</b>	<b>87233</b>	<b>97792</b>	<b>103054</b>	<b>107602</b>	<b>20369</b>	<b>23%</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

En todas las regiones existió un incremento de recursos humanos en salud en el segundo y tercer nivel de atención, existiendo también una gran variabilidad en este incremento. Las regiones donde se incrementó en mayor número los recursos humanos fueron en: Lima con 6,265 personas (14%), Junín 2,496 (57%), La Libertad 1,821 (34%), San Martín 1,724 (70%), Arequipa 1,699 (46%) y Cajamarca con 1,583 personas (55%) (Tabla N°53).

Tabla 53

## RECURSOS HUMANOS EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION Y PLIEGO EN MINSA Y REGIONES DEL 2019 AL 2022

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

PLIEGO	SEGUNDO Y TERCER NIVEL ATENCION				INCREMENTO NUMERICO	INCREMENTO PORCENTUAL
	2019	2020	2021	2022		
LIMA	45308	53342	57224	51573	6265	14%
JUNIN	4344	5562	6178	6840	2496	57%
LA LIBERTAD	5301	6221	7085	7122	1821	34%
SAN MARTIN	2453	3344	4055	4177	1724	70%
AREQUIPA	3683	4985	5592	5382	1699	46%
CAJAMARCA	2864	3729	4493	4447	1583	55%
PUNO	3320	4547	4675	4592	1272	38%
CUSCO	3165	4119	4518	4404	1239	39%
PIURA	2940	3496	4068	3986	1046	35%
HUANUCO	1411	2011	2284	2383	972	69%
AYACUCHO	2503	3258	3440	3383	880	35%
ANCASH	3665	4350	4670	4540	875	24%
MOQUEGUA	704	1241	1294	1466	762	108%
LORETO	2650	2843	3270	3359	709	27%
AMAZONAS	944	1450	1696	1576	632	67%
ICA	3741	4550	4719	4360	619	16%
CALLAO	4544	4705	5386	5119	575	13%
PASCO	528	767	1038	1017	489	93%
HUANCAVELICA	1294	1736	1726	1695	401	31%
APURIMAC	1554	1875	2048	1862	308	29%
UCAYALI	1591	1950	1919	1810	219	14%
TACNA	1018	1402	1377	1224	206	20%
TUMBES	952	1090	1163	1146	194	20%
LAMBAYEQUE	3215	3554	3543	3384	169	5%
MADRE DE DIOS	535	651	715	674	139	26%
<b>Total general</b>	<b>104227</b>	<b>126778</b>	<b>138176</b>	<b>131521</b>	<b>27294</b>	<b>26%</b>

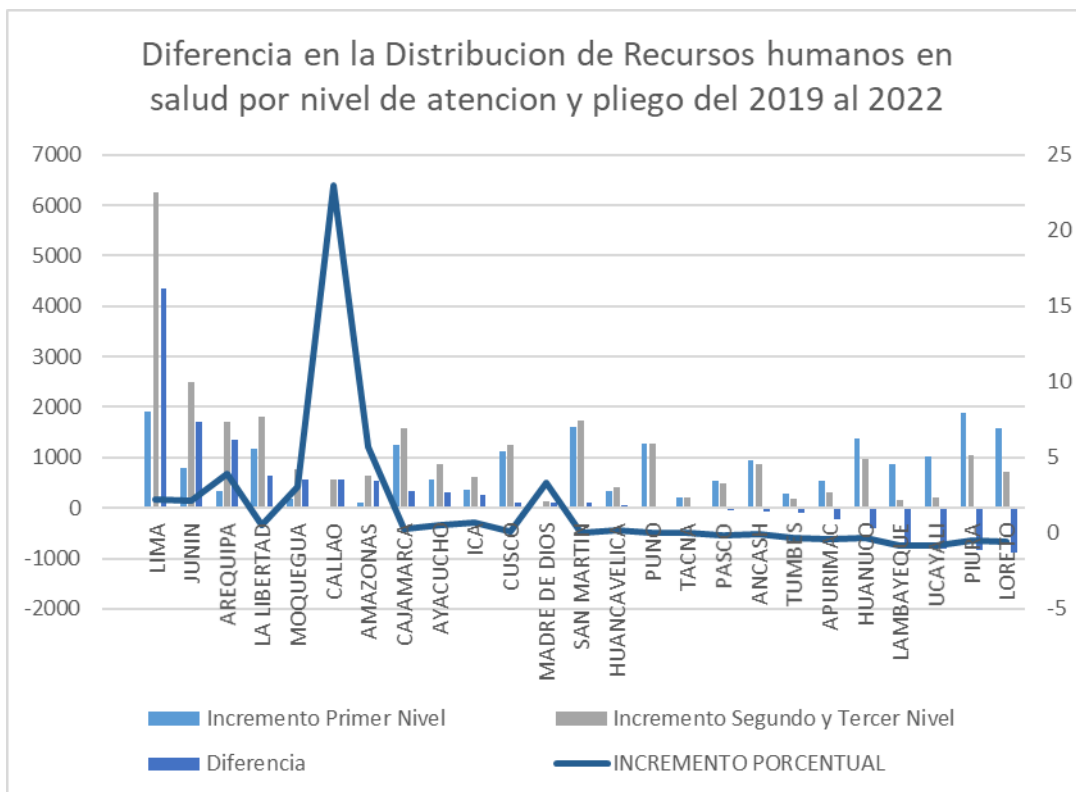
Hubo incremento de personal de salud en todas las regiones y en los tres niveles de atención, el incremento fue sustancialmente mayor en el segundo y tercer nivel de atención como ya se había comentado anteriormente, el 64% de las regiones es decir 16 de ellas priorizaron la distribución de los recursos humanos en salud en el nivel hospitalario, mientras que el 36% es decir 9 regiones priorizaron el primer nivel de atención, habiendo sido Loreto, Piura, Ucayali y Lambayeque, las que distribuyeron porcentualmente mayor cantidad de personal en el primer nivel de atención (Tabla N°54 y Gráfico N° 25).

Tabla 54  
**RECURSOS HUMANOS POR NIVEL DE ATENCION Y PLIEGO EN  
 MINSA Y REGIONES DEL 2019 AL 2022**

PLIEGO	Primer Nivel INCREMENTO NUMERICO 2019 al 2022	2y 3 Nivel INCREMENTO NUMERICO 2019 al 2022	Diferencia	INCREMENTO PORCENTUAL
LIMA	1916	6265	4349	227%
JUNIN	792	2496	1704	215%
AREQUIPA	343	1699	1356	395%
LA LIBERTAD	1175	1821	646	55%
MOQUEGUA	187	762	575	307%
CALLAO	24	575	551	2296%
AMAZONAS	94	632	538	572%
CAJAMARCA	1243	1583	340	27%
AYACUCHO	558	880	322	58%
ICA	365	619	254	69%
CUSCO	1126	1239	113	10%
MADRE DE DIOS	32	139	107	334%
SAN MARTIN	1617	1724	107	6%
HUANCAVELICA	337	401	64	19%
PUNO	1268	1272	4	0.30%
TACNA	205	206	1	0.40%
PASCO	547	489	-58	-10%
ANCASH	947	875	-72	-7%
TUMBES	286	194	-92	-32%
APURIMAC	534	308	-226	-42%
HUANUCO	1382	972	-410	-29%
LAMBAYEQUE	878	169	-709	-81%
UCAYALI	1032	219	-813	-79%
PIURA	1892	1046	-846	-45%
LORETO	1589	709	-880	-55%
<b>Total general</b>	<b>20369</b>	<b>27294</b>	<b>6925</b>	<b>34%</b>

Adaptado Fuente DIGEP

Grafico N° 25



Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

### 7.1.20.2. Densidad de Recursos Humanos

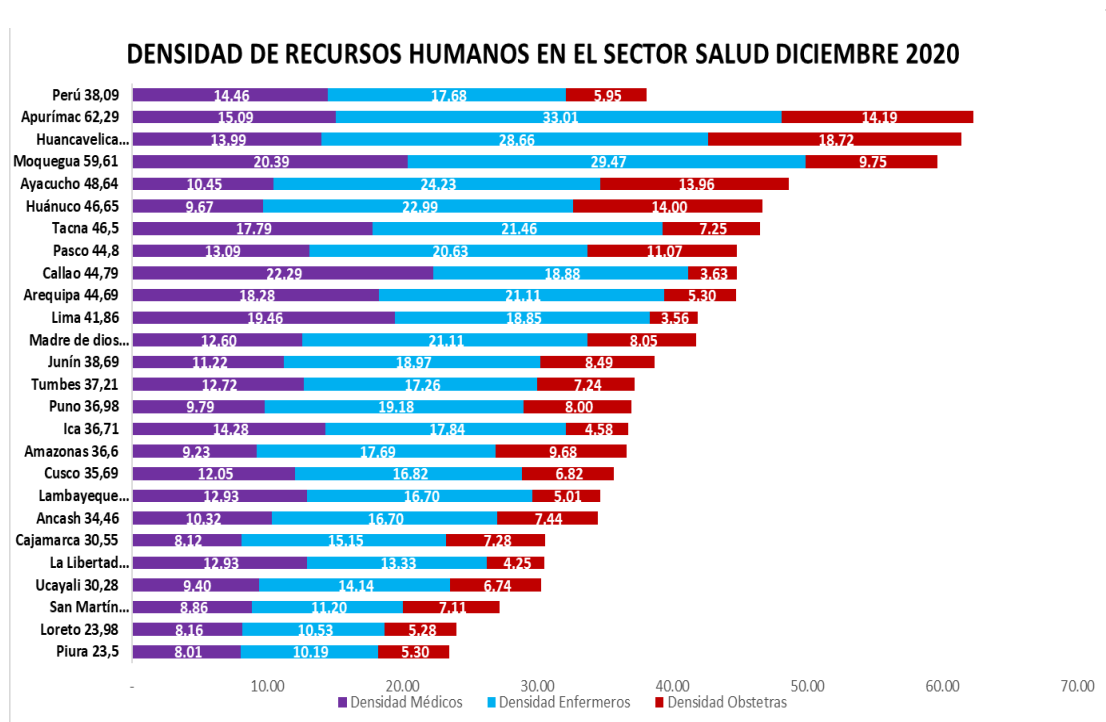
La densidad de recursos humanos, que es la suma de la razón de médicos, enfermeras y obstetras entre el número de habitantes de una determinada Región, expresada por 10 000 habitantes. (21) Tiene como estándar según la OMS 44.5 x 10,000 habitantes para el promedio país, médicos 33 por 10,000 y enfermeras de 88 por 10,000 habitantes (22,23) Para diciembre del 2019 según datos del Registro Nacional de Personal de la Salud (INFORHUS) de la Dirección General de Personal de la Salud del Ministerio de Salud, el promedio de Densidad de Recursos Humanos para el país era de 34.5, no alcanzando el nivel promedio solicitado por la OMS.

Para diciembre del 2020 en plena pandemia por la COVID 19, la densidad promedio se elevó a 38.09 por la contratación masiva de los CAS COVID, observándose una modificación en las tres primeras regiones con densidades más altas, permaneciendo en el primer lugar Apurímac, seguida de Huancavelica y Moquegua que continuo dentro de las tres primeras, permaneciendo las mismas tres regiones en los últimos puestos.

Existiendo 9 regiones que superan el promedio solicitado por OMS y ninguna alcanza lo esperado en cuanto a densidad de médicos y enfermas

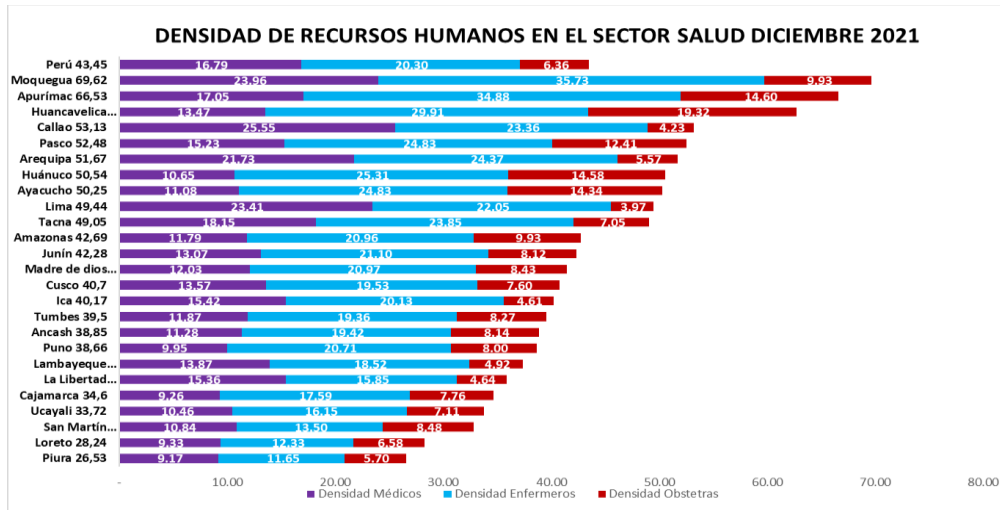
Viendo marcadas diferencias entre unas y otras regiones que tienen casi la mitad de la densidad lograda en otras.

Gráfico N° 26



Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Gráfico N° 27

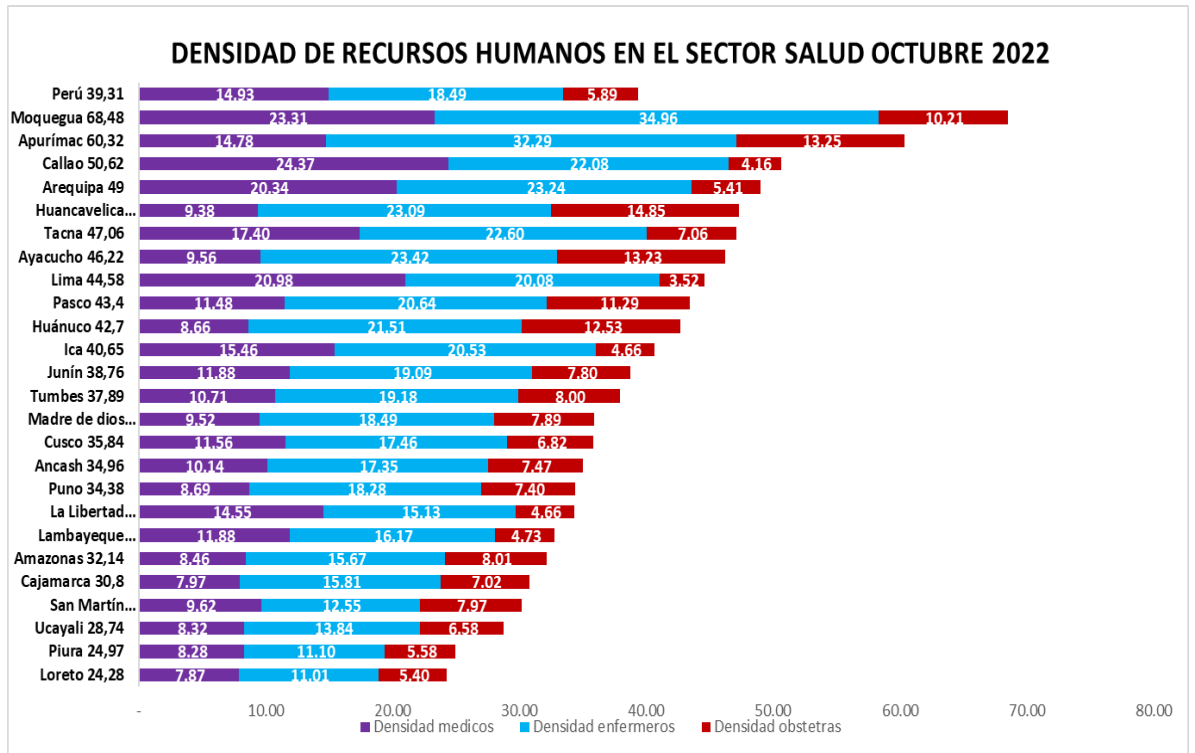


Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Para diciembre del 2021 la densidad de recursos humanos continuó mejorando llegando el promedio nacional a 43.45, permaneciendo sin mayor variación las regiones que se encuentran en los primeros y últimos lugares. Existiendo 10 regiones que superan el promedio solicitado por OMS y ninguna alcanza lo esperado en cuanto a densidad de médicos y enfermas

Para octubre del 2022 la densidad de recursos humanos bajo llegando el promedio nacional a 39.31, estando entre las regiones con mejores promedios Moquegua, Apurímac y Callao regiones, en últimos lugares Loreto, Piura y Ucayali, existiendo ocho (8) regiones que superan el promedio solicitado por OMS y ninguna alcanza lo esperado en cuanto a densidad de médicos y enfermas

Gráfico N° 28



En esta tabla resumen desde el año 2019 hasta el 2022 vemos que la densidad de recursos humanos ha ido mejorando en el país al haber incorporado mayor cantidad de recursos humanos en todo el país para la atención de la pandemia por la COVID-19.

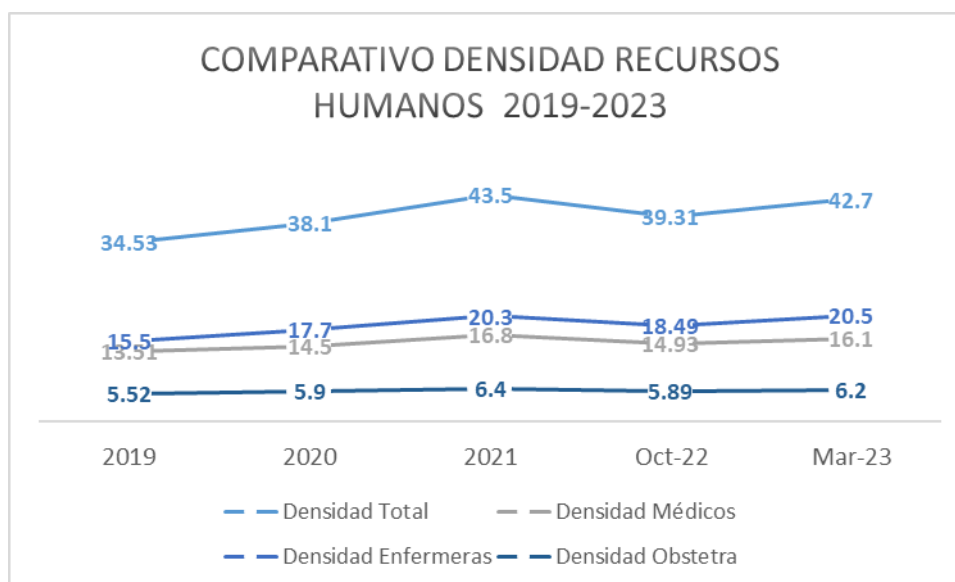
Tabla 55

**DENSIDAD DE RECURSOS HUMANOS EN SECTORES POR 10,000 HABITANTES SEGÚN DEPARTAMENTO, PERÚ 2020-2023**

Año	2019	2020	2021	Oct-22
Densidad Total	34.53	38.1	43.5	39.31
Densidad Médicos	13.51	14.5	16.8	14.93
Densidad Enfermeras	15.5	17.7	20.3	18.49
Densidad Obstetra	5.52	5.9	6.4	5.89

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Gráfico N° 29



Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

Demostrándose que, con la pandemia en especial en el año 2021 se mejoró sustancialmente la densidad de recursos humanos en el país, teniendo en la

actualidad (época post-pandemia) una densidad de recursos humanos 8.17 veces mayor que en el 2019

### **7.1.21 Cobertura de atención de recursos humanos**

#### **7.1.21.1. Recursos humanos en Brigadas de vacunación**

La vacunación contra la COVID 19 se inicia el 7 de febrero del 2021 y todo el personal de la salud, en especial enfermeras y médicos participaron en esa importante estrategia de lucha contra el COVID, de todas las condiciones laborales: nombrados, CAS regulares, CAS-COVID y locadores de servicio.

A continuación, se presenta una tabla del personal CAS-COVID contratado como brigadas de vacunación en todo el país, lo que no quiere decir que fue el único personal, como ya se explicó, que participó en esta importante estrategia.

Como podemos apreciar en la Tabla N° 56 durante el año 2021 se contrataron 4,558 personas distribuidas en todas las regiones del país, observándose que la región que contó con mayor número de Brigadas de Vacunación CAS-COVID fue para el año 2021, Lima: 895, seguida de Junín: 527, luego Piura: 452, San Martín: 279, Puno: 262 y Cusco: 216, con presupuesto del MINSA.

Para el año 2022 el número fue menor 4,317 Brigadas, 241 menos, sin embargo, debemos recordar que los CAS-COVID dejaron de existir en Julio del 2022 por la Ley N° 31538, por lo que estos datos corresponden sólo al periodo de enero a julio del 2022. Para este periodo las regiones que contaron con mayor cantidad de Brigadas de vacunación fueron las mismas que el año anterior con excepción de Cusco. Lima: 781, Junín: 504, Piura: 371, San Martín: 255, Puno: 236 y Lambayeque: 191.

Tabla 56

**BRIGADAS DE VACUNACION CAS-COVID**

REGION	TOTAL 2021	Total 2022
AMAZONAS	76	83
ANCASH	202	107
APURIMAC	118	111
AREQUIPA	63	60
AYACUCHO	125	145
CAJAMARCA	144	128
CALLAO	170	163
CUSCO	216	180
HUANCAVELICA	51	44
HUANUCO	124	163
ICA	127	168
JUNIN	527	504
LA LIBERTAD	189	178
LAMBAYEQUE	156	191
LIMA	895	781
LORETO	38	123
MADRE DE DIOS	60	56
MOQUEGUA	35	34
PASCO	50	47
PIURA	452	371
PUNO	262	236
SAN MARTIN	279	255
TACNA	75	76
TUMBES	34	35
UCAYALI	90	78
<b>Total general</b>	<b>4558</b>	<b>4317</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

**7.1.21.2. Brigadas itinerantes para apoyo de las regiones**

Contratadas en forma centralizada por el MINSA para brindar apoyo a las regiones, aquí se contó con 4 brigadas cubanas que fueron solicitadas por los gobiernos regionales de Ancash, Arequipa, Moquegua y Ayacucho, ellos apoyaron de mayo a diciembre del 2020. Luego se contó con la Brigada ENA LLAMOSAS que se enviaba a las zonas epidemiológicamente rojas para apoyo a las regiones, apoyaron

13 regiones del país, en periodos de 7 hasta 21 días, luego se contó con el valioso apoyo de los ex residentes, que también se envían a apoyar las regiones epidemiológicamente rojas en cuidados intensivos u hospitalización. Finalmente el apoyo con el personal para los Centros de Atención y Aislamiento Temporal (llamados Hospitales Modulares) que ampliaron las camas de hospitalización y de atención de pacientes críticos en varias regiones del país. (Tabla N°57).

Tabla 57

### **BRIGADAS DE INTERVENCION EN REGIONES**

<b>BRIGADAS</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
Brigadas Cubanos	85	0	0
Brigadas ENA LLAMOSAS	272	236	447
Ex Residentes	0	93	81
Ex SERUMS 2019	0	0	0
Hospitales Modulares	2528	2316	2624
<b>Total</b>	<b>2885</b>	<b>2645</b>	<b>3152</b>

Adaptado de Fuente INFORHUS DIGEP MINSA

#### **7.1.21.3. Especialistas en UCI y Hospitalización**

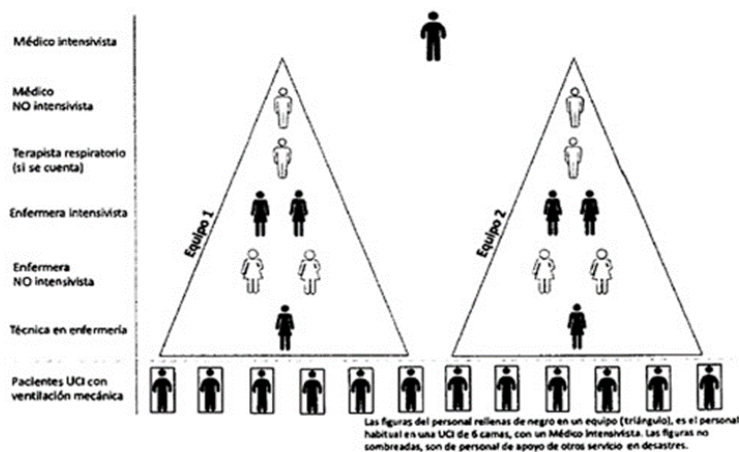
Antes de la pandemia para MINSA y Gobiernos Regionales, para mayo del 2019 existía una brecha de médicos intensivistas de 311 según el Informe Memoria de Diciembre del 2019 DIGEP MINSA, y para la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva (SOPEMI) era de 1400 en el sector salud a nivel nacional, en el año 2020 durante la pandemia por el gran número de pacientes que requirió hospitalización en UCI, ésta brecha creció, requiriéndose un gran número de camas UCI y por lo tanto el requerimiento de mayor cantidad de recursos humanos especializados, por

lo tanto el MINSA tomando las Recomendaciones para la Reorganización y Ampliación Progresiva de los Servicios de Salud para la Respuesta a la Pandemia de COVID-19, de OPS marzo 2020 Versión 1.0.

Aprobó mediante Resolución Ministerial N°254-2020/MINSA, 20 de mayo del 2020, la utilización del Sistema Piramidal para la atención de los pacientes críticos Resolución Ministerial N°455-2020/MINSA, 2 de julio del 2020

Gráfico N° 30

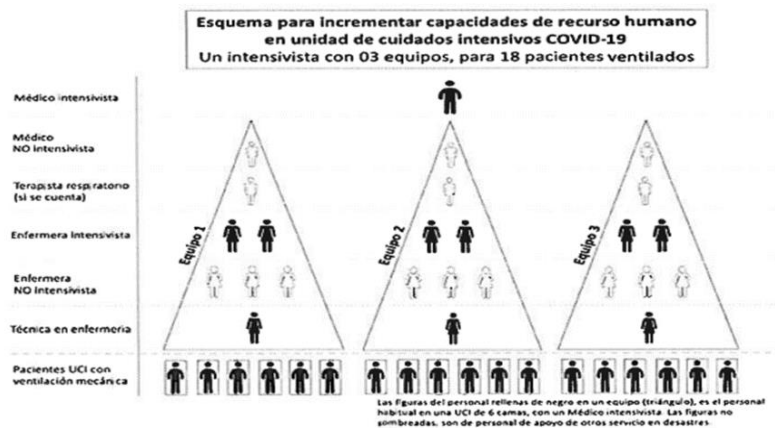
**Reorganización del equipo multidisciplinario en unidades de cuidados intensivos - COVID-19, en situaciones de emergencia masivas y desastres**



Fuente Norma técnica de Resolución Ministerial N°455-2020/MINSA

Gráfico N° 31

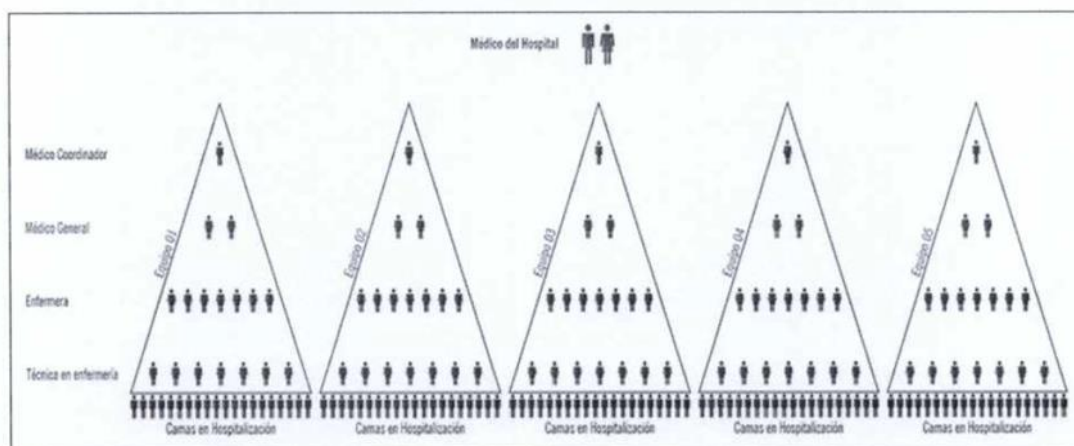
### Reorganización del equipo multidisciplinario en unidades de cuidados intensivos - COVID-19, en situaciones de desastre interno hospitalario



Mediante la Resolución Ministerial N°455-2020/MINSA, 2 de julio del 2020, se aprobó el uso de este sistema piramidal. AHT Ambiente de Hospitalización temporal.

Gráfico N° 32

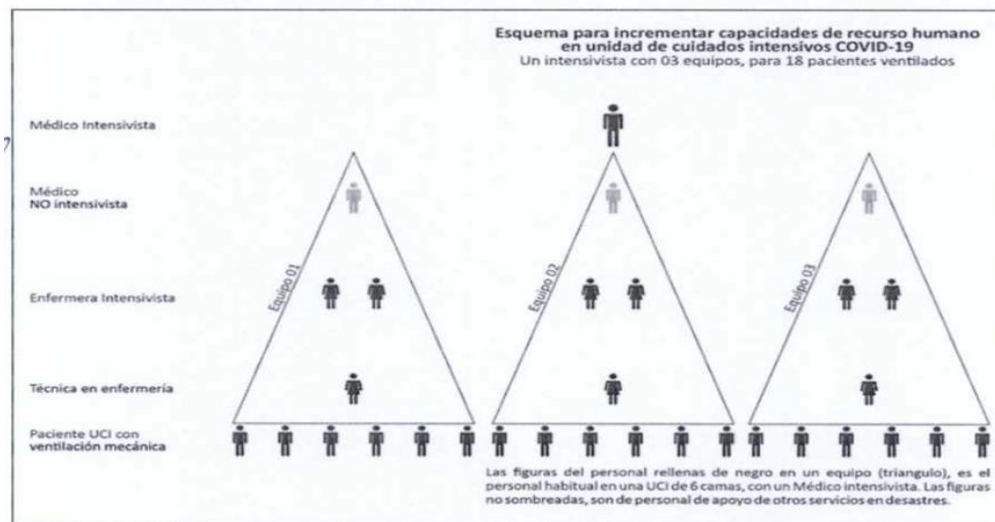
### Gráfico N° 3: Sistema Piramidal de la conformación de los recursos humanos en los AHT



AACT Ambiente de Atención Crítica Temporal

Gráfico N° 33

**Gráfico N° 5: Sistema Piramidal de la conformación de los recursos humanos en los AACT**



Posteriormente la Resolución Ministerial N°094-2022/MINSA 23 de febrero del 2022, estableció la continuidad de la estrategia para las unidades de cuidados intensivos.

Esta medida se utilizó también en USA, Canadá y muchos otros países.

## **7.1.22 Cobertura económica (financiamiento) de recursos humanos**

### **7.1.22.1. Financiamiento de CAS COVID**

El financiamiento que el Estado aportó para los recursos humanos en salud, con lo que pudo contratar a los CAS-COVID, fue de 6 mil millones de soles, cifra nunca antes vista en los anales de la historia del país, exclusivamente para recursos humanos en salud, implicó una decisión política del más alto nivel y la coordinación estrecha con el Ministerio de Economía y Finanzas (Tabla N° 58).

Tabla 58

## FINANCIAMIENTO CAS COVID

AÑO	DISPOSITIVO LEGAL	PERIODO	CONCEPTO ESPECIFICO	Suma de PEA	Suma de COSTO TRANSFERIDO
2020	DU 039-2020	ABR	CONTINUIDAD CAS COVID	0	S/ 35,000,005.00
2020	DU 065-2020	JUN-AGO	CONTINUIDAD CAS COVID	0	S/ 316,440,314.30
2020	DU 083-2020	JUN	CAAT	0	S/ 14,460,264.00
2020	DU 087-2020	JUL	CONTINUIDAD CAS COVID	0	S/ 79,730,419.00
2020	DU 102-2020	SET	CONTINUIDAD CAS COVID	0	S/ 76,394,752.00
2020	DU 109-2020	SET-DIC	IMPLEMENTACIÓN CRAT	0	S/ 10,257,967.00
2020	DS 400-2020	DIC	CONTINUIDAD CAS COVID	0	S/ 144,490,564.00
2020	DU 125-2020	OCT-NOV	CONTINUIDAD CAS COVID	0	S/ 278,182,768.00
2020	DU 145-2020	DIC	Habilitación legal para modificaciones presupuestal	0	S/ 113,958,977.00
<b>Total 2020</b>				<b>0</b>	<b>S/ 1,068,916,030.30</b>
2021	Ley 31084	PIA 2021	PIA 2021 (Honorarios y Carga Social)	0	S/ 503,318,804.00
2021	DU 002-2021	ENE-MAR	CONTINUIDAD CAS COVID	25,088	S/ 154,666,717.00
2021	DU 038-2021	ABR - JUN	BRECHA ESTRUCTURAL COVID	8,144	S/ 138,367,030.00
2021	DS 082-2021-EF	ABR - JUN	CONTINUIDAD CAS COVID	31,792	S/ 373,555,330.00
2021	DU 051-2021	JUN - AGO	INMUNIZACIONES - BRIGADA FIJA	4,201	S/ 62,098,499.00
2021	DU 053-2021	JUL - AGO	CONTRATACIÓN DE EX RESIDENTES	354	S/ 9,417,001.00
2021	DU 053-2021	JUL - AGO	NUEVOS CAS COVID OFERTA MOVIL	2,601	S/ 62,574,524.00
2021	DU 053-2021	JUL - AGO	NUEVOS CAS COVID PUEBLOS INDIGENAS	212	S/ 3,380,191.00
2021	DU 069-2021	JUL - AGO	CONTINUIDAD CAS COVID	44,054	S/ 496,975,233.00
2021	DU 083-2021	SET	CONTINUIDAD CAS COVID	53,010	S/ 254,232,606.00
2021	DU 089-2021	SET	NUEVOS CAS DIGITADORES VACUNACION	0	S/ 2,899,956.00
2021	DU 090-2021	SET	EQUIPOS DE INTERVENCION INTEGRAL I NIVEL	2,000	S/ 11,370,500.00
2021	DU 090-2021	SET	NUEVOS CAS COVID	10,062	S/ 66,490,236.00
2021	DS 301-2021-EF	OCT-DIC	CONTINUIDAD CAS COVID DU 083	52,543	S/ 597,572,735.00
2021	DS 301-2021-EF	OCT-DIC	CONTINUIDAD CAS COVID DU 090-Art 2	10,062	S/ 202,489,308.00
2021	DS 301-2021-EF	OCT-DIC	CONTINUIDAD EQUIPOS DE INTERVENCION INTEGRAL I NIVEL	2,000	S/ 34,711,500.00
<b>Total 2021</b>				<b>246,123</b>	<b>S/ 2,974,120,170.00</b>
2022	Ley 31365	ENE-FEB	PIA 2021 (Honorarios y Carga Social)	0	S/ 944,866,003.00
2022	DU 002-2022	MAR-ABR	CONTINUIDAD CAS COVID	0	S/ 369,260,885.00
2022	DU 009-2022	MAY-JUN	CONTINUIDAD CAS COVID	60,183	S/ 469,544,557.00
2022	DU 018-2022	JULIO	CONTINUIDAD CAS COVID	59,166	S/ 288,683,818.00
<b>Total 2022</b>				<b>119,349</b>	<b>S/ 2,072,355,263.00</b>
<b>Total general</b>				<b>365,472</b>	<b>S/ 6,115,391,463.30</b>

Adaptado de DIGEP MINSA

Los 6 mil millones de soles fueron distribuidos en todas las regiones del país en forma proporcional a la cantidad de CAS-COVID con que cada pliego tenía, como se puede apreciar Lima recibió el 33% del total de la inversión, seguido de La Libertad, Piura, Cajamarca, Junín, Arequipa, Cusco y Ancash (Tabla N° 59).

Tabla 59

**TRASFERENCIA CAS COVID NACIONAL POR PLIEGO 2020-JULIO 2022**

Pliego	Costo Trasferido
AMAZONAS	110,188,356.45
ANCASH	205,842,747.18
APURIMAC	94,764,557.26
AREQUIPA	235,707,547.17
AYACUCHO	117,068,209.58
CAJAMARCA	264,091,715.82
CALLAO	185,242,046.10
CUSCO	214,917,592.08
HUANCAVELICA	103,141,653.50
HUANUCO	161,662,213.37
ICA	114,108,606.03
JUNIN	248,695,448.63
LA LIBERTAD	295,952,239.41
LAMBAYEQUE	141,832,109.03
LIMA	2,318,652,982.93
LORETO	198,226,596.60
MADRE DE DIOS	43,683,424.07
MOQUEGUA	73,480,482.63
PASCO	74,289,510.04
PIURA	276,486,135.89
PUNO	163,680,764.39

SAN MARTIN	181,656,626.36
TACNA	110,993,891.16
TUMBES	53,454,107.16
UCAYALI	127,571,900.46
<b>Total</b>	<b>6,115,391,463.30</b>

Adaptado de DIGEP MINSA

#### **7.1.22.2. Financiamiento Ley 31538 EX CAS COVID**

En la tabla que observamos a continuación podemos ver el financiamiento de agosto a diciembre para los ex CAS-COVID Ley 31538, para 58,662 personas, pudiendo apreciar nuevamente que Lima Metropolitana (MINSA, INS y INEN) reciben el 28% del presupuesto, seguido por la región La Libertad: 5%, Arequipa: 5%, Piura: 5%, Junín: 4% y Loreto: 4%. Nuevamente se observa la centralización de la medida.

Tabla 60

**TRASFERENCIA LEY 31538 EXCAS COVID NACIONAL POR  
PLIEGO AGOSTO A DICIEMBRE 2022**

Ex CAS COVID AGOSTO A DICIEMBRE 2022		
PLIEGO	PEA	
MINSA	13654	S/ 242,370,955.00
INS	321	S/ 4,502,935.00
INEN	234	S/ 4,002,494.00
AMAZONAS	1046	S/ 15,201,805.00
ANCASH	2400	S/ 34,718,072.00
APURIMAC	1157	S/ 17,019,465.00
AREQUIPA	2642	S/ 42,805,562.00
AYACUCHO	1214	S/ 18,258,537.00
CAJAMARCA	2916	S/ 16,436,102.00
CUSCO	2161	S/ 33,337,735.00
HUANCAVELICA	949	S/ 13,980,200.00
HUANUCO	1900	S/ 26,003,815.00
ICA	1366	S/ 21,610,445.00
JUNIN	2715	S/ 39,811,170.00
LA LIBERTAD	3074	S/ 48,144,850.00
LAMBAYEQUE	1864	S/ 28,380,454.00
LORETO	2841	S/ 36,413,605.00
MADRE DE DIOS	474	S/ 6,893,225.00
MOQUEGUA	642	S/ 9,785,335.00
PASCO	692	S/ 10,840,720.00
PIURA	2979	S/ 42,694,937.00
PUNO	1700	S/ 24,448,695.00
SAN MARTIN	2022	S/ 29,289,910.00
TACNA	830	S/ 12,450,614.00
TUMBES	529	S/ 7,295,929.00
UCAYALI	1671	S/ 22,172,643.00
LIMA	2334	S/ 35,565,222.00
CALLAO	2335	S/ 32,107,207.00
<b>Total general</b>	<b>58662</b>	<b>S/ 902,051,158.00</b>

Adaptado de DIGEP MINSA

En la tabla N° 61 vemos en presupuesto que fue asignado para mantener la contratación de los ex CAS-COVID para que puedan continuar laborando durante todo el año 2023 a nivel nacional, de manera que en la post-pandemia se continuara contando con estos recursos humanos a nivel nacional manteniendo la proporción de los contratos ya indicada anteriormente

Tabla 61

**TRASFERENCIA LEY 31538 continuidad 2023**

PIA 2023 EX CAS COVID	
PLIEGO	Suma de NUEVO MONTO
MINSA	589.115.894,00
INS	10.838.292,00
INEN	9.757.932,00
AMAZONAS	37.188.539,00
ANCASH	84.936.896,00
APURIMAC	41.595.594,00
AREQUIPA	104.278.239,00
AYACUCHO	44.614.308,00
CAJAMARCA	102.624.282,00
CUSCO	81.466.052,00
HUANCAVELICA	34.198.446,00
HUANUCO	63.702.281,00
ICA	52.695.588,00
JUNIN	97.192.509,00
LA LIBERTAD	117.578.688,00
LAMBAYEQUE	70.510.499,00
LORETO	89.277.008,00
MADRE DE DIOS	16.871.457,00
MOQUEGUA	23.927.741,00
PASCO	26.491.006,00
PIURA	104.728.677,00
PUNO	59.827.319,00
SAN MARTIN	71.570.557,00
TACNA	30.356.789,00
TUMBES	17.556.100,00
UCAYALI	54.348.373,00
LIMA	86.869.326,00
CALLAO	78.607.488,00
<b>Suma total</b>	<b>2.202.725.880,00</b>

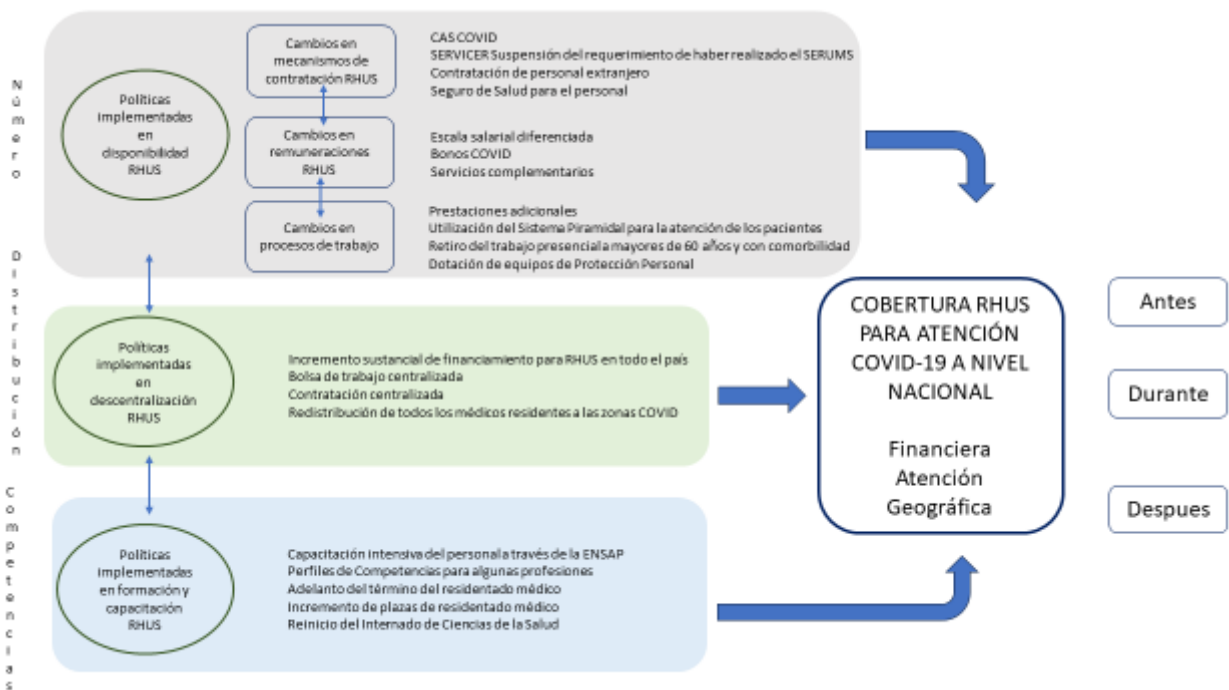
Adaptado de DIGEP MINSA

**7.2 Análisis de la Experiencia**

Se realizó una entrevista a 20 expertos en recursos humanos entre ellos ex ministros de salud, ex directores de recursos humanos, ex directores de hospital, ex directores

de DIRESAs o DIRIS, funcionarios de agencias internacionales expertos en recursos humanos, funcionarios de las asociaciones de facultades del país. La entrevista fue grabada, con un cuestionario de preguntas, previa firma del consentimiento informado correspondiente, luego se realizó una transcripción de las mismas y se analizó la información con un software libre para información cualitativa.

La consulta a expertos se analizó teniendo en cuenta sus opiniones o apreciaciones en cuanto a la implementación y resultados de las políticas relacionadas con disponibilidad, descentralización, formación y capacitación de recursos humanos en salud, tal como se grafica a continuación:



### **7.2.1 Disponibilidad de recursos humanos**

Como se ha evidenciado en la investigación existía antes de la pandemia una serie de problemas en relación a los recursos humanos en salud, en diversas áreas, los expertos coinciden en que existen problemas en la disponibilidad de recursos humanos, entre los principales el reclutamiento y la distribución, condiciones de trabajo, planificación y presupuesto.

#### **En cuanto a reclutamiento y distribución:**

En general estuvieron de acuerdo con la contratación rápida y ágil de nuevos recursos humanos que ingresaron para reforzar la atención de los pacientes con COVID en todas las regiones del país.

“Fue una buena política y estrategia poder reclutar un número de recursos humanos adecuado entre médicos, enfermeras, técnicos y laboratorio para poder abordar o para poder controlar el tema de la pandemia.” (E\_5)

“También hemos logrado avanzar en la distribución, porque el crecimiento ha sido tanto en Lima como en las regiones. Y es importante diferenciar el análisis, porque yo creo que la agenda de estos últimos 30 años está impregnada mucho por el número y no por la distribución.” (E\_2)

#### **En cuanto a condiciones de trabajo:**

Se evidenciaron grandes preocupaciones por los recursos humanos ya que por el déficit de estos en todas las regiones del país, que existía previamente a la pandemia y a pesar de la contratación masiva de personal asistencial no se llegaba a cubrir todas las necesidades que existían, el personal laboraba en varias instituciones a la vez, tenía mucha presión profesional y humana, ello afecto profundamente la salud

mental de los trabajadores. En el país existía una gran problemática con la implementación de los equipos de protección personal para el personal de la salud, en especial respiradores N95, eso también fue evidenciado por los expertos:

“Los recursos humanos salían de trabajar en una emergencia se iba a otra unidad COVID entonces hubo un momento en que nuestro personal se iba agotando tremendamente porque no había más recursos humanos definitivamente” (E\_6)

“Se debe dar importancia al aspecto afectivo del recurso humano, a la salud mental, hubo profesionales que durante su permanencia en cuidados intensivos presenciaron la muerte de sus colegas y algunos padecen de cuadros depresivos. Actualmente no se están haciendo cargo de este tema, no le han dado la importancia que merece.” (E\_8)

“Hay una responsabilidad del estado de no haber protegido rápidamente al recurso humano y no haber entrenado rápido al personal en el uso de las mascarillas, de su bioseguridad, también hay una responsabilidad personal, hay mucho de eso en literatura que está en todo el mundo. Hay una parte importante de la contaminación del personal por inapropiado manejo del equipo de protección personal, especialmente al sacárselo. Uno ve pues ahora lo hemos visto siempre el cirujano que sale de la sala con las botas y la mascarilla a comprarse un sándwich al frente del hospital. Esa práctica pues la epidemia pudo haber sido un momento para desterrarla” (E\_15)

**Respecto a planificación y presupuesto:**

El tener un país con un sistema de salud fragmentado, dificultó mucho la planificación del recurso humano y contar con un presupuesto de salud escaso para las necesidades también complican el panorama. Durante la pandemia se logró inyectar una cantidad importante de presupuesto para poder incrementar la disponibilidad de los recursos humanos para la atención de la pandemia, los expertos indican al respecto:

“Darle más presupuesto a salud ha sido una decisión política, se ha priorizado salud en los años 2020 y 2021, así como ha habido endeudamiento para poder financiar las compras de vacunas y demás. Entonces se ha priorizado el sector, pero pasada la pandemia eso ha desaparecido” (E\_12)

“La densidad de recursos humanos había aumentado significativamente, en un lapso de 10, 15 años, llegando casi a más de 40 profesionales de la salud por 10.000 habitantes. Sin embargo, existen datos que algunas regiones nos colocaban por debajo de 25 por cada 10.000, en situación crítica. Lo otro que había señalado es que había habido una muy importante mejora en el sistema de información de recursos humanos, porque ya sabemos cuántos son, dónde están, esa información es muy valiosa para la planificación y fue producto también de años trabajo” (E\_1)

### **7.2.1.1. Cambios en mecanismos de contratación y remuneraciones**

Durante la pandemia la principal estrategia para incrementar la disponibilidad de recursos humanos fue la contratación de personal bajo la modalidad de Contrato Administrativo de Servicios CAS-COVID de manera rápida y simplificada sin proceso de concurso, sólo con convocatoria muchas veces centralizada en Lima. Se pagó salarios diferenciados a los trabajadores recientemente contratados lo que permitió en un inicio contar con nuevo personal, pero luego generó mucho conflicto debido a que el personal antiguo ganaba menos que el nuevo que además tenía mayor experiencia y experticia.

Los expertos coinciden en que el cambio en el mecanismo de contratación de recursos humanos fue favorable, principalmente en lo referido al CAS-COVID.

“Se logró incorporar alrededor de sesenta mil trabajadores de la salud que no estaban en el sistema durante la pandemia inclusive se incorporó personal de salud extranjero. Se trató de proteger la seguridad y la salud de los trabajadores de salud” (E\_9)

“Las primeras medidas que se tomó durante la pandemia fue el contrato de personal CAS-COVID esto para cubrir las necesidades imperiosas que había en ese momento, porque había habido un gran porcentaje de personal que salió a hacer trabajo remoto, otro porcentaje que quedó trabajando, un porcentaje también de gente que murió y otro que quedó digamos inhabilitada para poder trabajar en ese momento. (E\_18)

“El contrato de CAS-COVID con una remuneración diferenciada logró atraer gente para laborar en el COVID, sin embargo se creó otros problemas, ejemplo esta modalidad de contratación con un aliciente de remuneración adicional que eran los CAS-COVID se justificó durante la emergencia pero cuando ya la emergencia ha pasado han tenido que ser reincorporados pero ya con otro nivel de remuneración o no han sido reincorporados, entonces se han pagado las consecuencias después de esa primera fase, los primeros dos años que cumplieron”.(E\_14)

“El permitir que los colegas residentes de determinadas especialidades como emergencia, cuidados intensivos, neumología, cardiología, del tercer y cuarto año según la procedencia de su universidad, podían trabajar como asistentes fue una medida acertada. (E\_11)

**Destacan también el rol de los bonos otorgados:**

Otra medida que se tomó fue la creación de un bono extraordinario mensual para el personal que realizaba la totalidad de sus horas laborales en trabajo presencial y en atención de COVID, esta medida ayudó a que el personal antiguo y más experimentado laborará en COVID, sin embargo, trajo también muchos problemas ya que no se otorgó al personal administrativo que era personal de apoyo valioso para la atención del COVID y sin el cual no se podían cumplir con las prestaciones de salud. Los expertos indican:

“Se creó un bono, para incentivar al personal al trabajo presencial, eso fue más una expectativa en los primeros meses, porque se hizo efectiva después de varios meses, dos o tres meses, por el tema de la burocracia, dolor de cabeza

del Estado. Estaba demasiado restringida a un grupo del personal de salud”.  
(E\_4)

“Para poder estimular al personal, porque todo el mundo tenía miedo, nadie quería trabajar en pandemia, se dio el bono COVID que también ha sido un estímulo para que la gente también trabaje casi 12 horas en relación a los horarios que tenían antes”. (E\_10)

### **7.2.1.2. Cambios en procesos de trabajo**

En general se reasignaron labores a todos los trabajadores de salud, todos pasaron a la atención de COVID reasignándose funciones, lo que permitió contar con más gente para atender la pandemia, sin embargo, esta medida y otras como el cierre del primer nivel de atención todo el año 2020, la falta de acercamiento a la comunidad y la restricción del acceso a los establecimientos de salud, hizo que se descuide la atención preventiva promocional y toda la patología no COVID. Al respecto los expertos opinan:

“En el caso de los SERUMISTAS mantenerlos extender su permanencia en los lugares donde estaban presentes y generar incentivos para aquellos que quieran ir a trabajar ahí. Se retiró la exigencia de haber realizado SERUMS para trabajar para el estado, se reconoció el tiempo trabajado como CAS-COVID y como SERUMS a través del SERVICER. En el caso de los residentes especialmente los del último año se adelantó la culminación de su especialidad en un mes y se los contrato como especialista. Se movilizó brigadas a partir de una iniciativa del gobierno regional de Ayacucho al cual se sumó Arequipa, Moquegua, y Ancash de traer médicos cubanos”. (E\_9)

“El tema de la facilidad y a la modificación de la programación de las horas, digamos, que antes tenía una lógica y en pandemia ya no, porque en ir y venir la gente se contagiaba, aumentaban los riesgos, entonces se dieron por bloques inclusive de 24 horas de programación” (E\_4)

“También se implementó horas extras o Servicios complementarios o prestaciones adicionales, la intención era no tanto invertir en recursos humanos nuevos, sino en mejorar, optimizar lo que ya se tiene, contratar horas, digamos, del personal que ya existía” (E\_4)

“Se impulsó y brindó Seguro de vida, para la protección del personal de salud asistencial.” (E\_4).

“Perú fue uno de los pocos países también que estableció una guía para enfrentar los problemas de salud mental en los trabajadores” (E\_8)

“Se flexibilizó el trabajo en las Unidades de Cuidados Intensivos, aun sin llegar a tener consenso, se desarrolló la pirámide, un médico de UCI trabajaba con médicos de otras especialidades o inclusive médicos generales porque no quedaba otra para la atención de los pacientes de UCI, en ESSALUD, por ejemplo, se usó con éxito un intensivista podía manejar hasta 12 pacientes” (E\_8)

“El otro fenómeno que ocurrió fue el teletrabajo, la tele consulta, el conocimiento del personal para trabajar a este nivel de telecomunicaciones era

escaso o nulo, muchos no tenían los aparatos, gran parte del personal estaba recién aprendiendo” (E\_9)

### **7.2.2 Descentralización de recursos humanos**

Durante la etapa pre pandemia se tenía como un problema la centralización de los recursos humanos en salud en las grandes capitales y zonas urbanas del país, y en los resultados cuantitativos de esta investigación observamos durante la pandemia que persistió, aunque si se doto de recursos humanos a todas las regiones del país en proporciones diferentes. Los expertos coinciden en la existencia de una falta de descentralización de los recursos humanos:

“Antes de la pandemia, se ve que, si bien ha mejorado la disponibilidad en términos de promedio, hay una diferencia muy marcada en la distribución de esta densidad y había una fila de regiones que estaban con déficit crítico como Loreto y Piura” (E\_3).

“Sabemos que el centralismo siempre estuvo, continúa estando, y sobre todo las zonas alejadas, las zonas de fronteras, son las que más adolecen.” (E\_17)

#### **Situación similar se produce entre establecimientos de diferente nivel**

También debemos destacar que desde Alma Ata a pesar de las declaraciones de diferentes gobiernos en nuestro país de fortalecer y priorizar el primer nivel de atención, como vemos ya en la etapa pre-pandémica en los datos cuantitativos la cantidad de recursos humanos asignados al primer nivel de atención ha sido siempre menor y la capacidad resolutoria de este ha sido muy deficiente. Durante la pandemia

prácticamente se cerraron los establecimientos de salud del primer nivel de atención y se abandonó el abordaje comunitario y territorial. Los expertos están de acuerdo con esta problemática:

“Yo creo que hubo un error programático, estratégico, yo creo, de que el primer nivel de atención, al menos en mi región, por ejemplo, no funcionó adecuadamente y se cerraron, todo se concentró en lo que eran hospitales que contaban, por ejemplo, con emergencia, que contaban con unidades de cuidados intensivos que eran muy limitados y las camas muy escasas”.

(E\_20)

“La mayor cantidad de recursos humanos están concentrados a nivel del hospital. En materia socioeconómica digamos la mayor parte están concentrados en las urbes y en las zonas rurales no. Entonces por el eje que uno le vea los recursos humanos están distribuidos inequitativamente”.

(E\_9)

### **También en relación a especialistas:**

Ya antes de la pandemia existía un déficit importante de especialistas a nivel nacional siendo muy álgido en regiones como San Martín, Puno y Loreto entre otros, y una escasa oferta de formación. Durante la pandemia se hizo muy evidente la falta de especialistas especialmente de áreas críticas, pues además se eligió como modelo de respuesta ante la pandemia el fortalecimiento de la atención hospitalaria especializada, en desmedro del fortalecimiento del primer nivel de atención. Los expertos al respecto opinan:

“En Lima y en las capitales de regiones importantes como Arequipa, Piura, La Libertad, sí había una determinada cantidad de especialistas, pero aun así existía déficit, pero en otras regiones, sobre todo en las zonas alto andinas, como Cerro de Pasco, Huancavelica, Apurímac los especialistas eran muy escasos”. (E\_12)

“En la pandemia hay un crecimiento importante en las regiones que estaban muy atrasadas y que hoy prácticamente ya están llegando a niveles suficientes, pero no óptimos. No es el mismo panorama en el caso de especialistas. En el caso de especialistas, lo que me parece apreciar, es un crecimiento muy fuerte de especialistas en Lima y Callao, pero no así en las regiones” (E\_4).

### **7.2.3 Competencias de los Recursos Humanos**

#### **7.2.3.1. Capacitación en servicio**

En el tema de las competencias de los recursos humanos existen dos áreas importantes la de capacitación y la de formación de los recursos humanos, área con gran déficit ya desde antes de la pandemia y en la cual durante la pandemia se intervino desde el ministerio de salud, lográndose escasos avances. Aunque es un área donde existe mucha deficiencia y un gran requerimiento de planeamiento a largo plazo.

#### **Los expertos coinciden en la existencia de un déficit de capacitación:**

“Se ve el enorme déficit en capacitación en todos los niveles. Particularmente en el primer nivel de atención” (E\_6).

“La epidemia estaba sucediendo en frente de nuestros ojos y era el momento prudente para enseñar y no se enseñó y no se ha enseñado hasta ahora, lo mismo pasó con bioseguridad” (E\_15).

“En un diagnóstico que hicimos en las regiones eran mínimos los equipos de capacitación y formación de recursos, bien pobre” (E\_9).

“Prácticamente las universidades se paralizaron, sin embargo, logramos hacer participar a todas las instituciones del sector. También hubo un trabajo más práctico, trayendo personal de las regiones a Lima para participar en la capacitación a nivel de UCI” (E\_9).

“Se hicieron cursos virtuales en la Escuela Nacional de Salud Pública con apoyo de sociedades científicas, algunas universidades y hospitales docentes dirigidos a muchos médicos no intensivistas para manejo de pacientes críticos”. (E\_8).

“La ENSAP logró hacer la capacitación de médicos y también por otros profesionales. La capacitación se hizo por niveles, incluyendo los médicos generales, lo que debería continuar” (E\_4).

### **7.2.3.2. Formación de recursos humanos en salud**

#### **7.2.3.2.1. Formación de pregrado**

El proceso formativo de pregrado desde antes de la pandemia se basa en un modelo de formación hospitalocéntrica basado en la reparación del daño y sólo

recientemente hace unos 5 años una débil tendencia a la formación en comunidad con enfoque preventivo promocional, y existía un desalineamiento entre las competencias que adquiriría un estudiante de las carreras de salud en especial de medicina y las necesidades vivenciadas en el SERUMS. Además, toda la enseñanza era presencial, no existía o existía muy poca experiencia en la educación virtual y con la pandemia existió un gran problema para que muchas universidades que forman profesionales de la salud puedan retomar la educación, teniéndose un gran problema con las prácticas clínicas.

Los expertos critican el proceso formativo de profesionales de salud por su falta de pertinencia, su centralismo, y la falta de capacidad de las instituciones:

“El aparato formador es el que está concentrando, el sistema de formación está concentrando Lima y Callao y más bien está jugando en contra de la política nacional” (E\_5).

“Ahora hay una expansión muy fuerte de la formación de médicos generales, de profesionales de la salud. Hay mayor demanda de formación en la ciencia de la salud. Es un proceso no planificado, no articulado con el mercado laboral, ni las necesidades del Estado... en la práctica los resultados después de 30 años muestran que sin planificación no se puede articular” (E\_5).

“Hay una formación deficitaria desde un punto de vista cualitativo, sobre todo en determinadas áreas como investigación. El congreso aprobó que no se tenga que presentar la tesis o sea el bachillerato automático, vamos a pagar esto más adelante porque no vamos a tener capacidad de

investigación, porque los alumnos no han sido preparados y los que se preparan ya en el ejercicio de la profesión van a ser siempre menos si es que no los formamos con ese ánimo” (E\_6).

“Limitadas capacidades de las universidades, sobre todo en el campo de medicina, en tener ambientes de preparación, tipo simulación de casos, porque no hay suficiente campo clínico, y aun habiéndolo, no hay suficientes docentes calificados” (E\_8).

### **Respecto a los mecanismos regulatorios**

En los últimos años se ha tratado de trabajar para que las universidades logren condiciones mínimas de calidad con el proceso de licenciamiento para mejorar las educaciones universitarias y se inició con el licenciamiento de la carrera de medicina, procesos que actualmente han sido suspendidos. Los expertos al respecto indica que existe un retroceso:

“Los tres pilares de la calidad en la formación y el ejercicio profesional son la acreditación y licenciamiento, la certificación y recertificación y el examen nacional de medicina. Ya una de las patas está cojeando, que es el licenciamiento. En la recertificación, SINEACE” (E\_5).

“Un tema clave es el tema de regular la formación. La calidad de la formación, la cantidad de carreras que ofrecen y los resultados... todos sabemos cuáles son los resultados de las evaluaciones de muchos alumnos” (E\_7).

“La formación estuvo inmersa dentro de una dinámica presencial pero después todo cambió ... Surgieron dificultades tecnológicas. En los departamentos como Puno, Huancavelica, Cusco, Madre de Dios, los jóvenes tienen muchas dificultades para poder retomar sus prácticas, no hay muchas oportunidades, realmente no la están pasando muy bien” (E\_10).

#### **7.2.3.2.2. Formación de posgrado**

Se tocará el tema de formación de especialistas, en especial residentado médico, teniendo en cuenta que ya antes de la pandemia se tenía un déficit marcado de especialistas los cuales están concentrados en Lima y las grandes capitales del país, durante la pandemia, se agudizó este problema, en relación a ello los expertos están de acuerdo con la existencia de esta brecha:

“La ministra propuso que este año haya 900 plazas adicionales para especialistas, pero no se ha logrado el financiamiento de ello” (E\_6).

“Los médicos residentes han quedado bastante afectados en su formación, sobre todo los de UCI, porque no han tenido la posibilidad de aprender las patologías en general, del manejo de paciente crítico. Ahora que las UCI manejan una carga de enfermedad mayor con mucho mayor deterioro, lamentablemente, no tienen las competencias completas para ello, y a pesar de que ya son intensivistas, tenemos que continuar capacitándolos” (E\_8).

“Se ha evidenciado un problema serio en el sistema de formación de especialistas, donde el 70% de la formación está en Lima y Callao. Lo que

hace el sistema es concentrar la formación, lo que dificulta volver a sus regiones luego de tres años” (E\_5).

“Existe una brecha muy alta entre los recursos humanos en formación. Yo soy docente y veo que ingresan a la Residencia con una brecha dependiendo de la universidad y las capacidades de cada uno. En los tres o cuatro años, dependiendo la especialidad, tenemos que tratar de hacer un programa para que alcance logros mínimos del programa” (E\_8).

**Se estaría produciendo, también, un mayor interés por la formación:**

“Ahora los médicos trabajan en uno, en dos lugares solamente, tienen más tiempo para estudiar. Se inclinan más por las especializaciones de cuidados intensivos, como la de centro quirúrgico y emergencias, también por las maestrías. Hubo un giro post-pandémico en cuanto a la capacitación, el interés por seguir formándose en los profesionales, ya no están estacionados, están avanzando un poco más” (E10).

**7.2.3.3. Competencias de los recursos humanos en salud**

Las competencias del recurso humano en salud es decir el “saber hacer” que corresponde con el conocimiento, las habilidades, destrezas y actitudes, estaban en nuestro país bastante deficitarias ya que existe una gran heterogeneidad entre la calidad de formación en las diversas universidades del país, lo cual es preocupación de la academia y del estado ya que se requiere profesionales con las competencias necesarias para brindar una adecuada atención a nuestra población.

Los expertos comparten también la opinión de que es bastante crítica la situación en este tema:

“Se hizo una evaluación por competencias, donde se ve claramente que para el tema de la atención materno infantil, sobre todo en el caso de medicina y enfermería, hay serios problemas para la atención” (E\_2).

“Las competencias no estaban acordes en la formación del médico, no cumplía con lo que era el perfil del egresado” (E\_3).

“Médicos no saben leer un electrocardiograma, no saben manejar la depresión, la malaria, ¿qué hacen en siete años de estudio?” (E\_15).

“Hay algunos temas de competencias del personal de salud, problemas de competencias que tenían que ver sobre todo con interculturalidad y relación con la comunidad” (E\_7).

“Crecimos de 516 a 3077 camas UCI ocupadas en la cuarta ola. La gran pregunta es, ¿cuántas de esas camas realmente contaron con un recurso totalmente competente? (E\_8).

“No hay un estándar de la calidad de los recursos humanos, básicamente los de salud ... hay que ver un perfil en conjunto debido a las varias zonas que tenemos en el Perú, Puno con Lima son totalmente diferentes igual que con Huancavelica” (E\_9).

**Se menciona, sin embargo, algunos avances:**

“La brecha competencias de los profesionales de la salud ha ido cerrándose, hay un interesante trabajo del Comité de Pregrado igual también del

CONAREME...nos agarró un poco la pandemia en un camino lento pero sostenido” (E\_1).

“A lo largo de los años uno se va percatando que los programas de capacitación y formación tratan de suplir que el personal no se ajusta a las necesidades ni se ajusta a las competencias” (E\_18).

#### **7.2.3.4. Propuestas de mejora**

Además de las opiniones de los expertos en relación a los diferentes puntos que durante la investigación se ha ido presentando se recogió sus propuestas y aportes que nos pueden ayudar a trazar una hoja de ruta para plantear mejoras o cambios.

##### **7.2.3.4.1. Propuestas de mejora en disponibilidad de recursos humanos**

Entre las propuestas destacan la construcción de consensos, la implementación de la carrera sanitaria, modificación del SERUMS, mejora de las competencias, planificación, mejoras de sistemas de información y adecuaciones normativas.

“Es necesario para poder viabilizar una política de recursos humanos a nivel nacional construir consensos como sector salud con todos los actores, con una mirada hacia el futuro de largo plazo. Habiendo pasado la crisis, es mucho más importante generar una rectoría participativa, dialogar, conversar, construir.” (E\_5)

“Tiene que haber un consenso a nivel político, a nivel social y también aporte técnico y profesional, para poder consensuar un plan sectorial “(E\_9)

“Se debe construir una Carrera Sanitaria para el sector salud, así como Educación tiene su carrera o los militares, que permita al personal poder predecir cómo será y se moverá su futuro, que las posibilidades de mejora se ganen por el mérito, el esfuerzo y el compromiso con que se han desempeñado, saber que tendrá mayores oportunidades, capacitación en el extranjero, podrán ascender cada cierto tiempo, en donde cada año, cada cinco años se les va a evaluar. Saber para planificar como quieren que sea su vida profesional y esta carrera debe estar financiada” (E\_2).

“Debe realizarse un Plan Nacional de cierre de brechas del Sector Salud, mediante un diálogo colectivo. (E\_7)

“En relación a los recursos humanos usar bien los recursos existentes, optimizando la programación y vincularlos a logros de objetivos, dejar de ser permisivos”. (E\_13)

“Trabajar certificaciones progresivas en la formación de especialistas en su propio lugar” (E\_13)

“Recuperar la confianza de la población en el Primer nivel de atención para la solución de los problemas de salud de la población”. (E\_15)

“Debe realizarse una gran inversión a nivel nacional para poder contar con un buen sistema de información a nivel del sector salud, que permita tener todos los registros de los recursos humanos del sector, planillas electrónicas,

y tablero de control para planificación sectorial, transparentar la producción, vigilar el cumplimiento de los objetivos y eso requiere inversiones importantes”. (E\_1)

“Para viabilizar una mejor cobertura de los recursos humanos en salud a nivel nacional incluyendo las zonas rurales el estado debe garantizar las condiciones el desarrollo de las distintas zonas del país, condiciones de vivienda, infraestructura para trabajar, así como salarios diferenciados.” (E\_16)

**Repotenciar SERUMS y articularlo a un sistema de competencias:**

“Debe repotenciarse el Servicio Rural Urbano Marginal en Salud (SERUMS), el tiempo de duración debe modificarse extendiéndolo para que el profesional se identifique con su comunidad, debe vincularse a la especialización en Salud Familiar y Comunitaria, para que puedan salir con título de Especialistas.” (E\_4)

“Realizar un Programa piloto donde se articule la disponibilidad de recursos humanos, con la adquisición de competencias, las condiciones de empleo y trabajo adecuadas en el primer nivel de atención y luego evaluar, para ver si esa experiencia puede replicarse a nivel nacional” (E\_4)

“Se debe fortalecer la salud mental del personal de la salud con programas e intervenciones midiendo sus resultados” (E\_5)

“Contratar profesionales de la salud por competencias como el sector privado” (E\_18)

“Colocar candados a los contratos vinculándolos a capacitaciones y competencias” (E\_9)

**En cuanto a adecuaciones normativas:**

“Hay que modificar las normas que se relacionan con los recursos humanos, cambiar los regímenes laborales, cambiar las normas para la formación de especialistas” (E\_6)

“Fortalecer la telemedicina, trabajar la titulación por competencias, que los CAS puedan hacer residentado médico o especialización”. (E\_7)

**7.2.3.4.2. Propuestas de mejora para la descentralización**

Crear mayores Incentivos para una mejor distribución de los recursos humanos

“Tiene que haber alguna política que incentive al profesional a quedarse en provincia. Capacitación, reconocimiento, horarios, vivienda, alimentación, debe haber algún mecanismo para que todos los que venimos del interior sintamos la necesidad de volver, porque también nos vamos a desarrollar familiarmente, económicamente, y profesionalmente” (E\_12)

“Debe propiciarse financiamiento diferenciado para los recursos humanos, poder implementar brigadas y poder atender la demanda. Los especialistas, en una primera instancia, pudieran trasladarse y pudieran recibir un beneficio económico y duplicar las labores”. (E\_10)

“En médicos, enfermeras y obstetras e incluso en estudiantes de medicina para trabajar en atención primaria, no son suficientes los incentivos

económicos, se necesita hacer un paquete mejorando las condiciones de vivienda, de trabajo y de vida” (E\_3)

“Una propuesta es motivar al colega a que pueda de repente trabajar a nivel nacional, flexibilizar las normas que ahora tampoco ayudaban mucho, Como para que puedan hacer ese tipo de trabajo y ese tipo de desplazamiento” (E\_4)

“El presupuesto adicional que tuvo el sector salud, importante significativo, no perderlo, pero reorientarlo hacia lo que el sistema requiere fortalecer el primer nivel de atención, me parece interesante es que durante la pandemia se pudo reclutar con presupuesto público en zonas sobre todo remotas y rurales a personal no profesional enlaces indígenas o promotores que hicieron un trabajo se debe continuar con esta medida” (E\_3)

“Si queremos impulsar modelos de atención, tendríamos que tener un poderoso primer nivel de atención, en donde el número debería estar más o menos, 70% en el primer nivel y 30% en el segundo, y actualmente estamos al revés” (E\_5)

#### **7.2.3.4.3. Propuestas de mejora para Fortalecer la Gobernanza del Sector**

“En relación a rectoría en la pandemia sí mandó MINSA y se le hizo caso, pero luego de eso se han roto filas en buena medida y creo que ahí la necesidad de resolver un problema de gobernanza en el sector que implica, me parece, varios arreglos”. (E\_7)

#### **7.2.3.4.4. Propuestas de mejora en capacitación y formación**

Se han propuesto un conjunto variado de propuestas para mejorar la formación y capacitación que abarcan: fortalecimiento de competencias, mayores oportunidades de especialización, capacitación en servicio, temas de salud mental, preparar gestores en salud, cambios en currículum y planificación de la formación.

##### **Capacitación en servicio:**

“Hacer la capacitación en cascada para que otros profesionales que tengan un nexo con los servicios de UCI puedan también apoyar pues la pandemia sobrepasó nuestra capacidad de oferta y teníamos que aprovechar todos los recursos” (E\_4).

“Deberíamos dar talleres a los promotores de salud, porque actualmente está debilitado y les falta competencias” (E\_8).

“Formemos gente que promocioe cuál es el cuidado en cuanto a salud. Gente que vaya casa por casa. No simplemente es promoción desde el centro de salud, sino es visitas permanentes a domicilio” (E\_9).

##### **Cambios en currículum o planes de estudio de pregrado:**

“Cambiar el currículum, pues nos siguen enseñando enfermedades que nos vamos a morir y no vamos a ver... Establecer lazos entre salud y educación, para adecuar las competencias de los recursos humanos a las necesidades reales del sistema” (E\_17).

“El Ministerio hizo un interesante trabajo creando los perfiles del médico que el país requiere, de la enfermera, del obstetra, se debe completar ese trabajo y negociar con las universidades, plantearles este escenario para que lo tomen en cuenta en sus reformas curriculares” (E\_1).

“Promovería la educación interprofesional, buscaría abrir espacios clínicos comunitarios, donde puedan converger varias profesiones. Me parece que es importante además alinear la formación de pregrado con el tipo de profesional que se requiere” (E\_1).

“Conocer bien el país y que los planes de estudio en la formación estén acordes con la política de salud del sector encargado y que debe de trabajarse en forma conjunta con las regiones” (E\_3).

“Se requiere una ‘complicidad’ con el sector de educación, un trabajo con las universidades, pero sobre todo herramientas para que el Ministerio de Educación con el Ministerio de Salud, puedan abordar ese tema” (E\_7).

### **Cambios en la formación de posgrado (Residentado):**

“Propondría que las plazas de residentado puedan estar ligadas al lugar de destino en su trabajo, es decir, el postulante al residentado, que no solamente postule a una especialidad sino también postule a la plaza donde va a ir a trabajar apenas termine la especialidad” (E\_1).

“Se debería de tener gente que esté más cerca de los residentes, que vean cuánto están avanzando, cuánto están progresando y en lo que haya necesidad de ayudarlos se les tenga que ayudar. Creo que esa es la labor de lo que se tiene que hacer y eso va a depender mucho del coordinador de los residentes” (E\_12).

### **Fortalecimiento de competencias:**

“Trabajar fuerte en el tema fuerte de competencias, hacer convenios con las universidades para que los profesionales logren las competencias con la respectiva certificación” (E\_8).

“En relación a competencias plantearía abordar habilidades blandas, que no se trabajan en las universidades... igualmente el idioma quechua en el caso de la salud y temas relacionados con sociología y antropología” (E\_16).

### **Abordar los temas de salud mental con el personal:**

“Se tiene que dar bastante importancia al manejo afectivo del recurso humano, como el tema de la depresión. Las dificultades han sido terribles, gente que ha estado en cuidados intensivos y que ha visto morir a compañeros de trabajo, en fin, toda la pandemia ha sido muy cruel para la gente” (E\_12).

“Más allá del COVID me parece que van a aparecer otro tipo de enfermedades, las de salud mental están muy fuertes también” (E\_10).

**Preparar gestores en salud:**

“Contar con gestores preparados, siempre estamos pensando en hablar de los que están en primera línea, pero si no se tienen gestores adecuadamente preparados pasa lo que pasa”<sup>[SEPE]</sup>(E\_17).

**Planificación de la formación de recursos humanos en salud:**

“Tenemos que mirar el largo plazo para definir las necesidades de recursos humanos en salud en el país para que los nuevos recursos humanos tengan espacio donde laborar y pensando en las nuevas tecnologías que se necesitan desde el primer nivel de atención. (E\_6).

“Un plan bicentenario de desarrollo de recursos, pero consensuado... Hacer un plan de aceleramiento de formación de recursos pero que esos recursos realmente tengan todos los conocimientos actitudes y prácticas para poder interactuar la parte de atención con la parte de prevención y promoción de la salud en los lugares en los cuales trabajan” (E\_9).

“Acompañar el desarrollo de los recursos humanos, como por ejemplo la investigación. Necesitamos tener también un plan nacional de investigación” (E\_6).

“Disponer de un programa que articule disponibilidad, competencias y condiciones de empleo y trabajo, que sea una especie de piloto en todo el país, en el primer nivel de atención y en zonas complicadas, para hacer una gestión de una política de recursos humanos en un en territorios seleccionados” (E\_2).

“El reto mayor es invertir en la formación de los recursos humanos, que sabemos que va a rendir sus frutos en cinco, seis, siete, ocho años, pero hay que empezar desde ahora” (E\_6)

#### **7.4. Lecciones aprendidas**

Las lecciones aprendidas, a través de la reflexión y el análisis crítico, de la experiencia de implementación de políticas y cambios en la gestión de recursos humanos durante la pandemia COVID - 19, son de manera sintética las siguientes:

- Un sistema de salud fraccionado, obsoleto, hospitalocéntrico, con un primer nivel de atención abandonado y no resolutivo, con deficiencia en el financiamiento, no implementado de acuerdo al crecimiento poblacional y los avances tecnológicos, colapsó totalmente durante la pandemia lo que constituyó una limitante estructural que, de no ser superada, no podrá responder a nuevas exigencias que en el futuro planteen los problemas sanitarios emergentes y reemergentes.
- El tema de los recursos humanos en salud ha sido abordado desde un enfoque reactivo y cortoplacista por lo que se requiere un Plan Nacional de

Recursos Humanos para el sector salud ligado a un Plan Nacional de Cierre de Brechas, consensado, debidamente financiado y que trascienda gobiernos por lo menos para los siguientes 30 años.

- La contratación de Recursos Humanos mediante la modalidad de Contrato Administrativo de Servicios con simplificación de la norma, y retiro temporal del requisito SERUMs para contratar con el Estado fue un mecanismo positivo de flexibilización de relación laboral, que permitió el ingreso de una gran cantidad de Profesionales, Técnicos y Auxiliares de la Salud Asistencial al sistema de Salud, en especial al MINSA y GORES para la atención del COVID-19 en todas las regiones del país.
- La forma en que se distribuyeron los recursos humanos en salud contratados en las zonas más vulnerables de todas las regiones del país, no permitió reforzar el primer nivel de atención como forma de ayudar a la contención y mitigación de la pandemia en la comunidad con un enfoque territorial.
- La creación e implementación de una escala remunerativa diferenciada para el personal nuevo contratado para la atención del COVID, fue inicialmente, una buena medida para reclutar personal, sin embargo, con el paso del tiempo generó una gran incomodidad e inequidad con el resto de personal de salud especialmente el más antiguo y con mayor experiencia, porque todos realizaban el mismo trabajo con remuneraciones diferentes lo cual en

futuro no debe repetirse a través de escalas remunerativas justas y equitativas.

- La creación e implementación del bono extraordinario para el personal de la salud asistencial que realizaba trabajo presencial permitió la incorporación de recursos humanos para la atención del COVID-19 al inicio de la pandemia, aunque el pago del bono no fue realizado de manera oportuna. Los bonos no constituyeron un mecanismo sostenible de reclutamiento y retención de personal.
- La modificación normativa para la realización de Servicios Complementarios en Salud (horas extras) de los profesionales de la salud y la creación de la Prestaciones Adicionales (horas extras) para los técnicos y auxiliares asistenciales en todos los niveles de atención fue de gran utilidad para cubrir las brechas de recursos humanos especialmente en las unidades críticas por la falta de especialistas, sin embargo, no se cumplió lo planificado, porque los pagos no eran oportunos y el personal estaba agotado.
- El financiamiento extraordinario que se logró por el apoyo político en la pandemia para los recursos humanos en salud permitió la incorporación de alrededor de 40,000 personas al sistema de salud, se requiere mantener este financiamiento, hacerlo sostenible sino se perderá el avance logrado en cuanto a la mejora de la densidad de recursos humanos en todo el país.

- El nivel de competencias de los recursos humanos en salud es sumamente heterogéneo, existiendo una gran cantidad de ellos con marcada deficiencia ya desde antes de la pandemia, en este contexto las acciones de capacitación durante la pandemia resultaron insuficientes por lo que se requiere un mayor acercamiento con las instituciones formadores (universidades e institutos) y vigilancia de la calidad de formación por parte del Estado y la sociedad civil para mejorar las competencias de los recursos humanos.
- La estrategia de la vacunación contra la COVID-19, que incluyó equipos de vacunación fijos itinerantes, con recursos humanos comprometidos, fue la mejor estrategia para combatir la pandemia.
- La falta de especialistas en nuestro país y especialmente en las regiones ya desde antes de la pandemia se vio agudizada ante la demanda incrementada de atención, lo que nos enseña que debe realizarse un cambio estructural y profundo en el sistema que regula la formación de especialistas, el financiamiento y buscar nuevas alternativas para la formación de nuevos especialistas de acuerdo a las necesidades del país garantizando la calidad en la formación.
- La utilización del sistema piramidal en las unidades críticas y áreas de hospitalización fue una buena estrategia que permitió la atención de pacientes hospitalizados debido a la escasez de especialistas y a la brecha

de recursos humanos a pesar de que esta disminuyó con la contratación de nuevo personal.

## **8 Discusión**

Los recursos humanos en salud son la piedra fundamental de todo sistema sanitario y con la pandemia por la COVID-19 esto ha quedado totalmente evidenciado en el Perú y en el mundo, que sin recursos humanos no puede brindarse atención a la población y dar una respuesta sanitaria oportuna y eficaz.

Desde el llamado a la Acción de Toronto, formulado para su cumplimiento entre 2006 a 2015, la Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de la Salud y su Plan de Acción, para avanzar en la implementación de políticas y planificación de equipos de salud entre 2018 a 2023, la Política y Plan Andino de Recursos Humanos para la Salud 2018-2022 establecen compromisos en el campo de los RHS y en el requerimiento de fortalecer las capacidades institucionales para asegurar gobernanza y gobernabilidad en el campo de los recursos humanos en los países de la subregión andina en estos términos (22,97,98,99).

Los compromisos regionales de la Política Andina y Plan de Recursos Humanos para la Salud 2018-2022, línea estratégica 4, Migración y retención – componente: zonas sub atendidas, objetivo 4.2. plantea Garantizar la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud de toda la población de la Región Andina a través de estímulos económicos y extraeconómicos, de regulaciones de las migraciones internas y

externas para la radicación de equipos interprofesionales que respondan a las necesidades de la población en zonas actualmente sub-atendidas (98).

En nuestro país en forma similar a otros países de Latinoamérica como Venezuela, Colombia, Ecuador, Bolivia y también los países centroamericanos tenemos desde antes de la pandemia como lo indica Bustos y colaboradores, la OMS en el documento Estrategia de Recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud (5,22) recursos humanos escasos en las zonas sub-atendidas y zonas rurales.

Durante la pandemia en el Perú se logró mejorar la cobertura geográfica de recursos humanos en todas las regiones prioritariamente en la capital del país y se logró un incremento en todos los niveles de atención, priorizándose el segundo y tercer nivel de atención, vemos que el 64% de las regiones es decir 16 de ellas priorizaron la distribución de los recursos humanos en salud en el nivel hospitalario, mientras que el 36% es decir 9 regiones priorizaron el primer nivel de atención, habiendo sido Loreto, Piura, Ucayali y Lambayeque, las que distribuyeron mayor cantidad de personal en el primer nivel de atención. Hallazgo similar donde no se prioriza el primer nivel de atención también fue reportado por otros investigadores como Murillo-Peña, Heredia Nila, Rees GH (23, 99,100), indican que en nuestro país a pesar de que ya han pasado 44 años desde la Declaración de Alma Ata y que diferentes gobiernos indican que la prioridad del país es el primer nivel de atención, la atención primaria de salud y ahora las redes integradas de salud, hasta la fecha

no hemos sido capaces como país de fortalecer y priorizar de manera efectiva y real la atención primaria de la salud (5, 6, 48, 99,100).

Similar caso ocurrió en Alemania y Bélgica donde también la respuesta fue mayormente hospitalaria, así como en Chile, Ecuador y Colombia. (105,106,107,109). Mientras que en otros países como en España, Finlandia, Francia, Irlanda sí se priorizó la atención primaria de salud (106).

Respecto a la densidad de recursos humanos, se ha logrado un incremento de 8.17 puntos en relación a la etapa pre-pandémica para el 2021 esta fue de 43.5 muy cerca de alcanzar el estándar internacional, sin embargo, no cumplimos y estamos muy lejos de lograr el estándar en relación a la densidad de médicos y enfermeras. Continuando con una gran inequidad entre regiones, apreciándose que a lo largo de los años las regiones más comprometidas con una densidad promedio entre 25 y 30 son siempre: Loreto, Piura, Ucayali y San Martín. Según informe del BID “Rumbo al futuro del personal de salud tendencias y desafíos para el próximo tiempo”, el Perú se encuentra en el puesto 18 de 26 países estando por debajo de nosotros Bolivia y algunos países centroamericanos en relación a este indicador internacional lo que significa que en el futuro se debe continuar con el compromiso político como país de mejorar la cantidad y distribución de los recursos humanos en el Perú. (23,80,101,102,103).

En cuanto a la cobertura de servicios destaca la labor de las brigadas de vacunación. La vacunación contra la COVID 19 se inicia el 7 de febrero del 2021 y todo el

personal de la salud, en especial enfermeras y médicos participaron en esa importante estrategia de lucha contra el COVID, de todas las condiciones laborales: nombrados, CAS regulares, CAS-COVID y locadores de servicio. Contratándose personal especial para esta función y además reasignándose funciones al personal existente para el cumplimiento de esta labor, se protegió primero al personal de salud que se encontraba en primera línea, luego a las personas con comorbilidades y factores de riesgo. Esta estrategia fue utilizada en todo el mundo y fue la medida más efectiva para vencer la pandemia (101,104,105,106,107).

Otra intervención importante de cobertura de atención fueron las Brigadas itinerantes contratadas en forma centralizada por el MINSA para brindar apoyo a las regiones; aquí se contó con cuatro (04) brigadas cubanas que fueron solicitadas por los gobiernos regionales de Ancash, Arequipa, Moquegua y Ayacucho para reforzar sus establecimientos en la lucha contra la COVID -19, siendo finalmente el Estado Peruano con el Estado Cubano los que realizaron el acuerdo de partes, ellos apoyaron de mayo a diciembre del 2020. Luego se contó con la Brigada Ena Llamosas que se enviaba a las zonas epidemiológicamente rojas (de mayor incidencia) para apoyo a las regiones. Apoyaron 13 regiones del país, en periodos de 7 hasta 21 días, luego se contó con el valioso apoyo de los ex-residentes, personal especializado que también se enviaba a apoyar las regiones epidemiológicamente rojas en Cuidados intensivos u hospitalización. Finalmente, el apoyo con el personal para los Centros de Atención y Aislamiento Temporal (llamados Hospitales Modulares) que ampliaron las camas de hospitalización y de atención de pacientes críticos en varias regiones del país: Ancash, Arequipa, Callao, Cusco, Ica, La

libertad, Lambayeque, Loreto, Moquegua, Piura, Ucayali. Lima Región y en Lima Metropolitana 6 hospitales modulares, esta estrategia también se utilizó en muchos países de América Latina y Europa como indica Bustamante JP y colaboradores, así como Acosta LD y equipo (106,107,108,109, 117).

Otra medida para mejorar la cobertura de atención fue la distribución de los especialistas en Cuidados Intensivos, áreas de manejo de pacientes críticos y áreas de hospitalización en pirámide. Como es conocimiento de todos en mayo del 2019 existía una brecha de 311 médicos intensivistas según el Informe Memoria de Diciembre del 2019 DIGEP MINSA, y para la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva (SOPEMI) era de 1400 en el sector salud a nivel nacional, en el año 2020 durante la pandemia por el gran número de pacientes que requirió hospitalización en UCI esta brecha creció, requiriéndose un gran número de camas UCI y por lo tanto el requerimiento de mayor cantidad de recursos humanos especializados, por lo tanto el MINSA tomando las Recomendaciones para la Reorganización y Ampliación Progresiva de los Servicios de Salud para la Respuesta a la Pandemia de COVID-19, OPS, aprobó mediante resoluciones ministeriales que se pueda hacer uso de un sistema piramidal de organización de los profesionales de la salud. Mediante este sistema se requiere un número menor de intensivistas para la atención de los pacientes críticos, pues un médico intensivista trabaja como jefe de equipo con médicos no intensivistas y enfermeras no intensivistas, lo que permite la optimización del recurso humano. También se utilizó este sistema para la atención de los pacientes Hospitalizados en los Centros de Atención y Aislamiento Temporal (llamados Hospitales Modulares) que ampliaron las camas de hospitalización y de

atención de pacientes críticos en varias regiones del país, esta misma metodología fue propuesta por OMS y se utilizó en casi todas las unidades de cuidado intensivo del mundo como lo describe Vidal-Cortes P y colaboradores e Innovative ICU Physician Care Models NewYork-Presbyterian. (110,111,112,113,114).

La cobertura financiera de los recursos humanos en salud durante la pandemia fue de vital importancia, la suma total invertida por el estado fue de más de 6 mil millones de soles equivalente a 1,690 millones de dólares, nunca en la historia del país se había invertido para recursos humanos en salud una cantidad de dinero similar, sin lo cual no se hubiera podido brindar respuesta ante la pandemia, Todos los países recibieron financiamiento extra de las reservas de contingencia o por endeudamiento del país, como esta descrito en el documento técnico de OMS: “Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta de política: el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y el Perú. Síntesis de hallazgos en cinco países de América Latina”. (105,106,115,116). Para la etapa post COVID mantener el financiamiento para mantener en el sistema de salud al 75% de los ex CAS-COVID, Ley 31538, con una disminución en su salario homologándolo al de los CAS antiguos y similar al de los nombrados según el Banco Interamericano de Desarrollo, se debe evitar retornar a una “vieja normalidad” insatisfactoria, en su lugar, asegurar que los sistemas de salud funcionen mejor para todos. (105, 117)

Sin financiamiento extra para recursos humanos la respuesta del país hubiera sido mucho peor a la que se tuvo por la gran brecha de personal de salud existente

quedando evidenciado se requiere contar con mayor cantidad de presupuesto para salud.

Previamente a la pandemia se conocía que existía una marcada brecha de recursos humanos en salud en todo el país, al finalizar el 2019 era de 73,093 personas para el MINSA y regiones a lo largo de todo el país (118,119,120,121,122,123), este mismo fenómeno de déficit de recursos humanos se presentaba también en Sudamérica, el Caribe y en general en muchos países del mundo según ha sido advertido por la OMS, ORAS CONHU, el Banco Interamericano de Desarrollo y otras entidades (124,125,126,127,128,129). Así mismo se observaba una distribución inequitativa entre la capital del país y las regiones, y también se tenía serios problemas con las competencias de los recursos humanos a nivel nacional y la falta de especialistas (130,131,132,133,134,135,136,137).

En el MINSA y los Gobiernos Regionales durante la pandemia, se autorizó la contratación de personal similar situación ocurrió en Bolivia, Chile, Ecuador y Colombia, donde el personal contratado o reasignado para las labores de COVID fue primordialmente enfermeras y médicos, lo mismo ocurrió en los países europeos (105,106,130,131,132,133,134,135,136,137,138,139,140,141).

Con la contratación masiva de personal en la pandemia se modificó sustancialmente los regímenes laborales de los recursos humanos en salud en MINSA y GORES evidenciándose que el personal con contratos CAS casi se duplicó si lo comparamos con la etapa pre-pandémica y los locadores de servicios disminuyeron, manteniéndose el personal nombrado sin mayor variación. No se encontró en la

literatura de otros países una descripción detallada de las condiciones de contrato del personal durante la pandemia.

En el Perú y en muchos países del mundo se promulgaron normas para la protección de los recursos humanos en salud por lo cual todos los mayores de 60 años al inicio de la pandemia y con comorbilidades pasaron a tener licencia con goce de haberes y pasaron a realizar trabajo remoto, por lo que la cantidad de personal de la salud que realizaba trabajo presencial disminuyó, siendo reemplazado por el nuevo personal contratado, luego de la vacunación se incentivó el retorno al trabajo presencial (102, 105,142).

Otro problema por el cual disminuyó el recurso humano en salud, fue porque un gran número enfermó, y otros fallecieron, teniéndose una tasa global de letalidad de 1% para los 3 años, la cual puede ser comparada con la que tuvo México que fue de 0.86% al final de la pandemia según el Informe Integral de COVID-19 en México Número 01-2023(211), esta tasa de letalidad presentada en nuestro país probablemente se explica por las condiciones de trabajo, se destaca el problema ocurrido por la falta de seguridad para el personal de la salud, en relación a los equipos de protección personal, así como falta de capacitación en el uso de los mismos, lo que incrementó la falta de seguridad del personal de la salud e implica una responsabilidad del estado, en relación a este punto en todo el mundo existió falta o retraso en la llegada de los equipos de protección personal por problemas con la fabricación y compra, que afectó a los recursos humanos en todo el mundo (102,153,189,190), también llamó la atención el agotamiento del personal, el aspecto afectivo. La salud mental

de los trabajadores de salud ha sido muy afectada, este tema también es un punto que se aborda en la literatura mundial, inclusive se ve como una prioridad para el futuro programas para apoyo de salud mental de los trabajadores de salud (101,111,185,191,192,193,194,195,196).

En cuanto al Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS, durante la pandemia se realizó adecuaciones al programa, se flexibilizaron sus requisitos, se realizó todo el proceso de oferta y adjudicación de plazas de forma virtual por primera vez en el país, lo cual permanece hasta la actualidad simplificando y haciendo más ágil el proceso, se modificó la fecha de inicio del SERUMS en el año 2020 para el primer grupo que solía iniciar el servicio en los meses de mayo, retrasándolo hasta julio en tanto se contrataban profesionales de la salud para cubrir plazas SERUMS temporalmente con el presupuesto ya existente para no desatender la salud de las poblaciones más vulnerables del país que por el inicio retrasado se podía ser afectada. Se contrató como CAS-COVID a los profesionales que estaban concluyendo el SERUMS 2019, siendo voluntario el continuar en las zonas donde habían estado laborando. Se conservó el número total de plazas y la distribución de las mismas.

En cuanto a las condiciones remunerativas del personal de salud las medidas fueron diversas una de ellas fue otorgar un bono extraordinario a favor del personal de la salud con la finalidad de incentivar el trabajo presencial de jornada completa, este bono se suprimió en abril del 2021 porque se inició la vacunación contra la COVID y el personal fue retornando paulatinamente al trabajo presencial.

Como parte de las medidas de protección al personal de la salud se les dio un Seguro de vida a todo el personal asistencial a nivel nacional.

Los Servicios Complementarios de Salud y Prestaciones Adicionales (Horas extras) se implementaban también en Argentina, Bolivia y Chile (105,138, 152, 153). En nuestro país fueron muy importantes para cubrir las brechas especialmente de especialistas en las unidades críticas.

Otra medida remunerativa importante fue la aprobación de una escala salarial referencial que aprobó en MINSa para el personal contratado como CAS-COVID a nivel nacional, esta medida fue diseñada con el objetivo de captar mayor cantidad de recursos humanos en especial personal especializado para la atención de los pacientes COVID, en el caso de los médicos generales fue 1.6 veces mayor que el salario de un personal nombrado, el doble en el caso de los médicos especialistas, en el caso de enfermera 1.4 veces, en el caso de enfermeras especialistas 1.5 veces más y en el caso del personal técnico 1.4 veces más. Con esta medida se logró el reclutamiento de una gran cantidad de personal, pero tuvo efectos negativos porque el personal CAS regular y el personal nombrado percibía una remuneración mucho menor teniendo mayor experiencia profesional y muchas veces mayor experticia clínico profesional, además atendían a los mismos pacientes siendo casi siempre ellos los jefes de los equipos, lo que ocasionó, una serie de reclamos a partir del año 2021.

En cuanto al personal nombrado en el año 2022, en la Ley de Presupuesto 2022 se incorporó un incremento en la valorización principal “salario básico” dividido en

dos etapas una primera para un incremento en marzo 2022 y luego completar el incremento en octubre del 2022 post-pandemia, el incremento total fue de 11 % para los médicos, 26% para los otros profesionales de la salud y 15 % para Técnicos y auxiliares asistenciales en relación al monto del año 2019, este incremento se basa en un compromiso de incremento salarial entre el Ejecutivo y los gremios del año 2017, con la finalidad de equiparar el salario de los recursos humanos asistenciales de salud de MINSA y Gobiernos regionales, al percibido por sus pares de ESSALUD. No hubo modificación en la valorización ajustada, ni priorizada, llamadas bonos. Tampoco hubo modificaciones en los montos de las guardias, que continuaron pagándose durante la pandemia al personal nombrado que realizaba esta actividad.

En cuanto a las competencias, capacitación y formación de los recursos humanos en salud podemos indicar, que un tema crítico a nivel nacional fue la brecha de especialistas que ya existía antes de la pandemia y que es mayor en las regiones que a nivel de la capital de la república. (120,123,130,166). Debemos tener en cuenta, que actualmente de acuerdo a los datos del Colegio Médico del Perú (CMP) o la Asociación de Facultades de Medicina (ASPEFAM) egresan aproximadamente entre 3,200 a 3,500 médicos por año, sin embargo, a diferencia de otros países no todos pueden realizar una especialización, debido a que el número de plazas ofertadas es menor al número de egresados anuales, Cabe señalar que durante la pandemia se incluyó en la ley de presupuesto 2021, el monto de 27,580,948 soles para financiar 600 nuevas plazas para el residentado médico (Artículo N° 38) y también en la ley de presupuesto para el año 2022 se incluyó en el referido artículo

el monto de S/. 23,117,733 para financiar 557 plazas nuevas para el resindentado médico. Sin embargo, se observa que el incremento en el número de plazas no fue de esa magnitud. También llama la atención que a pesar que la oferta de plazas es menor a la requerida existe un número de plazas no cubierta generalmente estas plazas no cubiertas corresponden a especialidades que el país requiere como Medicina Familiar y Comunitaria pero que los postulantes no demandan, porque no hay posteriormente a la culminación de la especialidad oferta de trabajo ni en sector público, ni en el privado. (176,177,178,179,180,181).

Otro fenómeno que se aprecia en la oferta de plazas para realizar la especialización es que el principal financiador es el estado y el sector privado solo financia 1 % de las plazas sin embargo este absorbe cada día un número mayor de especialista sin mayor inversión lo cual debe modificarse, al respecto existen otros países como Argentina donde la mayor cantidad de plazas la oferta el sector privado o los municipios. No existe formación de médicos especialistas en Madre de Dios, Moquegua y Pasco. Esta distribución totalmente inequitativa afecta la calidad de atención de la población. (177,181)

Durante la pandemia se continuó ofertando las especialidades, no se suspendió el proceso formativo al igual que lo ocurrido en todo el mundo. Se realizaron algunas adecuaciones dentro de las cuales estuvo la culminación anticipada (un mes antes) de algunas especialidades o subespecialidades vinculadas a la atención del COVID como medicina de emergencias y desastres, medicina de enfermedades infecciosas y tropicales, medicina familiar y comunitaria, medicina intensiva, medicina

intensiva pediátrica, medicina interna, neumología y neumología pediátrica, anestesiología, geriatría y cardiología y luego se realizó el contrato de estos especialistas como CAS COVID.

En relación a los Internos de Ciencias de la Salud, estos son estudiantes de último año de las carreras de la salud, antes de la pandemia, se formaban casi al 100 % en hospitales y no en el primer nivel de atención. En la pandemia el Ministerio de Salud reguló e impulso su retorno a los establecimientos de salud del primer nivel de atención y no a los hospitales, debido a que estos funcionaban como hospitales COVID, con la finalidad de evitar la exposición intensa de los estudiantes al COVID. Lográndose dos hitos importantes el primero es que los internos de ciencias de la salud en especial los de medicina realicen su formación en atención primaria de salud, lo cual es muy importante para el país y está de acuerdo con el Perfil de Competencias esenciales que orientan la formación de los profesionales de la salud. Primera Fase: Médico (a) y Enfermero (a) peruano (a) publicado por MINSA en el 2020. (53) Y el segundo hito es la regulación por parte del MINSA y Gobiernos Regionales de los campos clínicos y socios sanitarios para la realización de las prácticas pre-profesionales. En otras partes de Latinoamérica y Europa esto no ocurrió más bien los internos se sumaron desde el inicio al combate de la pandemia, inclusive estudiantes voluntarios (105,106,109,182,183).

En relación a la capacitación del personal de la salud para mejorar el conocimiento y algunas competencias del mismo, la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) del MINSA que cuenta con rango universitario realizó capacitaciones virtuales

asíncronicas en coordinación con la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva (SOPEMI) y la Sociedad Peruana de Enfermeras en Cuidados Críticos (SOPECC) y algunas universidades. En otros países del mundo también se programaron capacitaciones virtuales y pasantías. (184,185,186,187,188).

Todas estas políticas implementadas tuvieron un efecto en la disponibilidad, la distribución (descentralización) y las competencias de los recursos humanos en salud. El estudio tiene como limitaciones en el diseño que la sistematización depende de la disponibilidad y calidad de los datos, en este caso puede existir un sub registro de los datos especialmente en el año 2020, ya que por la pandemia muchos registradores del INFORHUS pueden no haber completado la data, esto se corrige en al año 2021 ya que por el proceso de vacunación la data se actualiza.

## **9 Conclusiones y Recomendaciones**

### **9.1. Conclusiones**

- Un sistema de salud fraccionado, obsoleto, hospitalocéntrico, con un primer nivel de atención abandonado y no resolutivo, con deficiencia en el financiamiento y no implementado de acuerdo al crecimiento poblacional y los avances tecnológicos; colapsó totalmente durante la pandemia lo que constituyó una limitante estructural que, de no ser superada, no podrá responder a nuevas exigencias que en el futuro planteen los problemas sanitarios emergentes y reemergentes.

- El tema de los recursos humanos en salud ha sido abordado desde un enfoque reactivo y cortoplacista por lo que se requiere un Plan Nacional de Recursos Humanos para el sector salud ligado a un Plan Nacional de Cierre de Brechas, consensuado, debidamente financiado y que trascienda gobiernos por lo menos para los siguientes 30 años.
- La cobertura de recursos humanos por regiones en todos los niveles de atención se incrementó, aunque distribuidos mayoritariamente en el nivel hospitalario y centralizados en la capital del país, debido a la priorización de atención a nivel de áreas críticas y el cierre de muchos establecimientos del primer nivel. Al final de la pandemia se logró que el 75% del personal contratado se integre al sistema de salud. El financiamiento políticamente priorizado permitió esta estrategia. Las políticas implementadas tuvieron un efecto en la disponibilidad y la distribución de los recursos humanos en salud, aunque sigue pendiente la existencia de centralismo.
- La densidad de recursos humanos en el promedio nacional aumentó y está muy cerca del estándar internacional, sin embargo, estamos lejos de lograr el estándar en relación a la densidad de médicos y enfermeras, continúa la inequidad entre regiones siendo, a lo largo de los años, las regiones con la densidad más baja: Loreto, Piura, Ucayali y San Martín.
- Tres estrategias se implementaron para aumentar la cobertura de atención: las brigadas de vacunación, las brigadas itinerantes dentro de las que estuvieron las

asignadas a los Centros de Atención y Aislamiento Temporal (llamados Hospitales Modulares) y el sistema piramidal en cuidados intensivos, áreas críticas y áreas de hospitalización, las dos últimas permitieron aumentar la cobertura de atención, en particular en zonas epidemiológicamente “calientes”.

- Los mecanismos de remuneración se modificaron, el personal nuevo contratado recibía casi el doble del salario de un personal nombrado o CAS regulares. Otros incentivos fueron los Servicios Complementarios de Salud y Prestaciones Adicionales “horas extras” del personal de salud en todos los niveles de atención, éstos se utilizaron especialmente para disminuir la brecha de personal, en las áreas de críticas y de hospitalización. Debido a la disminución del personal realizando trabajo presencial se creó el Bono COVID, incentivo al trabajo presencial de jornada completa. También se otorgó el seguro de vida.
- Respecto a las condiciones de trabajo, destaca la falta de seguridad para el personal de la salud en relación con los equipos de protección personal, así como falta de capacitación en el uso de los mismos. Cobró relevancia también el problema de salud mental de los recursos humanos en salud y el agotamiento del mismo, quedando pendiente su atención.
- En relación a la formación se hizo muy evidente la gran brecha de especialistas en el país en especial en las regiones sin embargo se incrementó el presupuesto para oferta de nuevas plazas de residentado financiadas casi exclusivamente por el Estado. Se detectó un déficit de capacitación muy grande

en especial en el primer nivel de atención. Para revertir esta situación la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) realizó capacitaciones virtuales asincrónicas para un gran número de personal de la salud, Se logró que los Internos de Ciencias de la Salud, se reincorporarán a los establecimientos de salud, el MINSA reguló su retorno a los establecimientos del primer nivel de atención, en concordancia con los perfiles propuestos, constituyendo un hito importante para el entrenamiento de los estudiantes en la atención primaria de salud.

## **9.2. Recomendaciones**

- Elaborar recomendaciones de política y gestión RHUS que aborde los temas prioritarios derivados del estudio.
- Formar una mesa de trabajo con el MINSA, ESSALUD, FFAA y PNP, Sector Privado, PCM, CEPLAN, ANGR (Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales), MINEDU y MEF para establecer los pasos a seguir para unificar el sistema de salud, además de lograr Gobernanza y Rectoría. Incrementar el presupuesto del Salud a 8% del PBI en tres etapas. Fortalecer y construir un sistema sectorial de información de los recursos humanos en salud, fortaleciendo el INFORHUS que nos permita tomar decisiones informadas y evaluar el desempeño del personal de la salud.
- Fortalecer y construir un sistema de atención primaria de salud basado en redes integradas sólido y resolutivo que cuente con la mayoría de los

recursos de salud del sector, asignar plazas orgánicas y los contratos a Redes integradas para poder movilizar al recurso humano de manera óptima.

- Crear mayores incentivos para que los profesionales se queden en las regiones y zonas más vulnerables: capacitación, reconocimiento, horarios, vivienda, alimentación, desarrollo familiar, económico y profesional. Flexibilizar las modalidades contractuales, incluyendo las normas de nombramiento para lograr una mejor distribución del recurso humano, flexibilizar y modernizar la programación de turnos del personal de la salud.
- Formular y plantear la Carrera Sanitaria en salud incluyendo no sólo al personal nombrado sino también al personal CAS, vinculándolo a cumplimiento de objetivos e indicadores, así como capacitaciones específicas de cumplimiento anual.
- Fortalecer el INFORHUS para contar con un sistema de Información de Recursos Humanos a Nivel Sectorial completo que nos permita tomar decisiones informadas.
- Modificación del Residentado Médico vinculando todas las plazas ofertadas a lugares de destino al término de la residencia en las regiones del país diferentes a Lima, por un tiempo determinado como dos años. Ampliar el financiamiento de las plazas de especialista e incluir al sector privado mediante la modalidad de inversión a cambios de reconocimiento de impuestos y gobiernos regionales mediante un número obligatorio anual

proporcional a su presupuesto, de tal manera que se ofrezca la especialización al 100% de egresados. Diseñar programas de Residentado con certificaciones progresivas de mayor tiempo de duración para formar a los profesionales en las regiones sin desarraigarlos de la misma apoyados en telemedicina y telesalud. Modificar el SERUMS ligándolo a la especialización en salud familiar y comunitaria bajo un programa de capacitación universitario que culmine con el Título de especialista y una plaza orgánica definida al término del entrenamiento con una duración mínima de tres años.

- Fortalecer los planes de capacitación de los recursos humanos basado en la gestión de competencias, obligatorios y anuales. Acordes a las funciones del personal de la salud. En coordinación con las universidades. Coordinar y consensuar los perfiles de los profesionales de salud con los requerimientos del país buscando un trabajo articulado entre la academia y el estado para la formación de profesionales con las competencias adecuadas para desempeñarse en nuestro sistema de salud.

## **10 Limitaciones del Estudio**

La principal limitación es que este estudio solo considera MINSA y GORES más todo el sector Salud, además toda la data cuantitativa ha sido tomada del INFORHUS y esta base de datos de Recursos Humanos no siempre se encuentra 100% actualizada, aunque es la mejor data con que se cuenta en el país. Así mismo existe probablemente sub-registro en los datos del CDC

sobre la cantidad de personal de la salud que enfermó y falleció por la COVID-19.

## 11 Referencias bibliográficas

1. Decreto de Urgencia N°026-2020: Decreto de Urgencia que establece diversas medidas excepcionales y temporales para prevenir la propagación del coronavirus (COVID-19) en el territorio nacional. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 15 de marzo 2020.
2. Dirección General de Personal de la Salud [Internet]. Perú: Ministerio de Salud (MINSA); 2020 [Consultado 17 de abril 2022]. Información de Recursos Humanos en Salud del MINSA y Gobiernos Regionales, 2020 [16 pantallas].

Disponibles en:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOTU3ZmEwODMtMmFlMy00ZDA4LTg5ZGEtMGMzZDBjNmU2ZTMxIiwidCI6ImI3ZDZjImWZkLWU3NjMtNDY5ZS05NjE5LWM5M2I3MmEyYzUwMyJ9&pageName=ReportSection59d61fb40feb0d4a46db>

3. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [Internet]. Perú: Ministerio de Salud (MINSA); 2020 [Consultado 17 de abril 2022]. Sala situacional virtual de COVID-19 en trabajadores del sector salud. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/dashpersonalsalud/#principal>
4. Decreto de Urgencia N°037-2020: Decreto de Urgencia que dicta medidas complementarias para el sector salud en el marco de la emergencia sanitaria por los efectos del coronavirus (COVID-19). Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 12 de abril 2020.

5. Bustos V, Villarroel G, Ariza F, Guillou M, Palacios I, Cortez L, et al. Análisis de la gestión de recursos humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural de los países andinos. *An Fac med.* 2015; 76:49-55.
6. García HE, Díaz P, Ávila D, Cuzco MZ. La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud. *An Fac med.* 2015; 76:7-26.
7. Resolución Ministerial N°1357-2018/MINSA: Documento Técnico: “Lineamiento de Política de Recursos Humanos en Salud 2018-2030”. Lima; 28 de diciembre 2018.
8. Decreto de Urgencia N°029-2020: Dictan medidas complementarias destinadas al financiamiento de la micro y pequeña empresa y otras medidas para la reducción del impacto del COVID-19 en la economía peruana. *Normas Legales, Diario El Peruano.* Lima; 20 de marzo 2020.
9. Decreto de Urgencia N°051-2021: Decreto de Urgencia que autoriza medidas extraordinarias para fortalecer los equipos de coordinación y las brigadas de vacunación, para incrementar la capacidad de respuesta de los centros de vacunación contra la COVID-19. *Normas Legales, Diario El Peruano.* Lima; 27 de mayo 2021.
10. Decreto de Urgencia N°039-2020: Decreto de Urgencia que dicta medidas complementarias para el sector salud en el marco de la emergencia sanitaria por los efectos del coronavirus (COVID-19). *Normas Legales, Diario El Peruano.* Lima; 16 de abril 2020.
11. Decreto de Urgencia N°045-2020: Decreto de Urgencia que modifica el artículo 11 del decreto de urgencia N°039-2020 Decreto de Urgencia que dicta

medidas complementarias para el sector salud en el marco de la emergencia sanitaria por los efectos del coronavirus (COVID-19). Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 22 de abril 2020

12. Decreto de Urgencia N°053-2020: Decreto de Urgencia que otorga un bono extraordinario al personal del Instituto Nacional Penitenciario, del Programa Nacional de Centros Juveniles, al personal del Ministerio de Defensa y al personal del Ministerio del Interior, por cumplir acciones de alto riesgo ante la emergencia producida por el COVID-19, y dicta otras disposiciones. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 5 de mayo 2020
13. Decreto de Urgencia N°065-2020: Decreto de Urgencia que dicta medidas complementarias en el marco de la atención de la emergencia sanitaria por los efectos del coronavirus (COVID-19). Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 4 de junio 2020.
14. Decreto de Urgencia N°102-2020: Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias y urgentes para ampliar y reforzar la respuesta sanitaria en el marco de la emergencia nacional por el COVID-19. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 2 de setiembre 2020.
15. Decreto de Urgencia N°109-2020: Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias y urgentes para ampliar y reforzar la respuesta sanitaria en el marco de la emergencia nacional por el COVID-19. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 10 de setiembre 2020.
16. Decreto de Urgencia N°125-2020: Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias y urgentes para ampliar y reforzar la respuesta sanitaria en el marco de la emergencia nacional por la COVID-19 y dicta otras disposiciones.

Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 17 de octubre 2020

17. Decreto de Urgencia N°002-2021: Decreto de Urgencia que establece medidas extraordinarias destinadas a garantizar la respuesta sanitaria de atención en los establecimientos de salud en el marco de la emergencia sanitaria por la COVID-19. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 14 de enero 2021
18. Decreto de Urgencia N°020-2021: Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias en materia económica y financiera vinculadas a los recursos humanos en salud como respuesta ante la emergencia sanitaria por la COVID-19 y dicta otras disposiciones. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 17 de febrero 2021.
19. Decreto Supremo N°008-2020-SA: Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 11 de marzo 2020.
20. Dirección General de Personal de Salud [Internet]. Perú: Ministerio de Salud (MINSA) Observatorio de recursos humanos. [Consultado 17 de abril 2022]. Registro Nacional del Personal de la Salud-INFORHUS. Disponible en: <http://digep.minsa.gob.pe/login/index.html>
21. Capítulo 3: Preparación de la fuerza laboral sanitaria. En: Tim Evans. Colaboremos por la salud. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006. 41-65.
22. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana y 69ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Punto 4.8: Estrategia de Recursos humanos para

el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud. Washington. 2017: 1-28.

23. Murillo-Peña JP, Mendoza-Arana PJ, Rojas-Mezarina LR, Huamán-Angulo LA, Peralta Quispe F, Riega-López PA, et al. Cambios en la densidad de recursos humanos en salud durante la epidemia de COVID-19 en el Perú, abril - agosto 2020. An Fac med. 2021; 82(1):5-12.
24. Decreto Legislativo N°276: Decreto Legislativo- Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público. Lima; 6 de marzo 1984.
25. Decreto Legislativo N°1153: Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de salud al servicio del estado. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 12 de setiembre 2013.
26. Decreto Supremo N°015-2018-SA: Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N°1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 13 de julio 2018
27. Decreto Legislativo N°1057: Decreto Legislativo que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 27 de junio 2008.
28. Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N°728: Ley de Productividad y Competitividad Laboral (LPCL) – Decreto Supremo N°003-97-TR. Lima; 3 marzo de 1997
29. Capítulo 1: Definiciones y tendencias actuales de la formación en salud

- pública. En: Dr. Lizardo Huaman. Serie Educación Médica N°7: Formación en Salud Pública de los Médicos en el Perú. Diagnóstico y Propuestas para su fortalecimiento. 1ra Edición. Magdalena del Mar: ASPEFAM; 2021. 17-82
30. Mejia CR, Chacón JI, Garay Jaramillo E, Jorge Torrealba M, Delgado-García S, Aveiro Róbaló R, et al. Capacitaciones e investigación realizados por los recursos humanos en salud, Latinoamérica. *Educ Med.* 2020; 21(5):292-8.
  31. Mendoza-Arana PJ. Reforma en salud: complejidad y límites de la formación de recursos humanos especializados. *An Fac med.* 2018; 79(1):60-4.
  32. Artaza O, Santacruz J, Girard J, Alvarez D, Barría S, Tetelboin C, et al. Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas. *Rev Panam Salud Publica.* 2020; 44:1-5.
  33. Seinfeld J, Ugarte Ó, Amaro C, Salomón O, Dancuart A. 2 Políticas Sociales: 2.2 Cambios en el sistema de salud centrados en el ciudadano. Proyecto Perú Debate 2021: propuestas hacia un mejor gobierno. 1ra Edición. Jesús María, Lima. 2021.
  34. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. *Salud Publica Mex.* 2011; 53(2): S243-54.
  35. Decreto Supremo N°019-2020-SA: Decreto Supremo que aprueba el reglamento de la Ley N°30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud – RIS. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 28 de mayo 2020.
  36. Resolución Ministerial N°969-2021/MINSA: Documento Técnico: “Plan Nacional de Implementación de Redes Integradas de Salud”. Lima; 27 de julio 2021.

37. Ley N°30885: Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS). Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 19 de diciembre 2018.
38. Videnza Consultores. Redes integradas de salud en el Perú. Lima:1-31.
39. Capítulo III: El Campo de Recursos Humanos en Salud o los Recursos Humanos en el Campo de la Salud. En: Rovere M, Planificación estratégica de recursos humanos en salud. 2da Edición. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2006. 45-77.
40. Capítulo 1: Los trabajadores Sanitarios. En: Tim Evans. Colaboremos por la salud. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006. 1-26
41. Pérez W, Moreno JS, Loayza J. Información de Recursos Humanos en el Sector Salud en el Marco de la Pandemia COVID-19: Perú 2020. Registro Nacional del Personal de la Salud-Serie Bibliográfica: Información de Recursos Humanos en Salud N°30. 1ra Edición. Lima; Ministerio de Salud (MINSA); 2020.
42. Bustos V, Cañizares R, Núñez M, Huamán L. Capítulo 3: Análisis de la Gestión de Recursos Humanos en los Modelos de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural de los países Andinos. En: Dr. Ricardo Cañizares, Dr. José Francisco García. Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud en los países Andinos: Evidencia para la toma de decisiones. 1ra Edición. Lima: Organismo Andino de Salud- Convenio Hipólito Unanue (ORAS – CONHU); 2015. 161-298.
43. Ley N°30057: Ley del Servicio Civil. Lima; 3 de julio 2013.

44. Decreto Supremo N°040-2014-PCM: Aprueban Reglamento General de la Ley N°30057, Ley del Servicio Civil. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 13 de junio 2014.
45. Resolución Ministerial N°437-2014/MINSA: Guía Técnica para la Metodología de estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segunda y Tercer Nivel de Atención. Lima; 10 de junio 2014.
46. Resolución Ministerial N°176-2014/MINSA: Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para Los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención. Lima; 3 de marzo 2014.
47. Resolución Ministerial N°769-2004/MINSA: NTN°021 MINSA / DGSP V.01: Norma Técnica-Categorías de Establecimiento del Sector Salud. Lima; 26 de julio 2004.
48. Mabunda SA, Gupta M, Chitha WW, Mtshali NG, Ugarte C, Echegaray C, et al., Lessons Learnt during the Implementation of WISN for Comprehensive Primary Health Care in India, South Africa and Peru. *Int J. Environ. Res. Public Health*. 2021; 18(23): 1-14.
49. Ley N°31365: Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2022. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 30 de noviembre 2021.
50. Decreto de Urgencia N°002-2022: Decreto de Urgencia que establece medidas extraordinarias destinadas a garantizar la respuesta sanitaria de atención en los establecimientos de salud en el marco de la emergencia sanitaria por la pandemia por la COVID-19. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 27 de

febrero 2022

51. Resolución Ministerial N°420-2020/MINSA: Establecen de manera referencial y temporal las escalas de remuneración de profesionales y técnicos asistenciales de salud, para prestar servicios de alerta y respuesta en el marco de la existencia del COVID-19. Lima; 19 de junio 2020.
52. Resolución Ministerial N°-2018/MINSA: Documento Técnico: “Plan Nacional de Formación Profesional y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos en Salud 2018-2021-PLANDES BICENTENARIO”. Lima; 26 de diciembre 2018.
53. Resolución Ministerial N°960-2020/MINSA: Documento Técnico: “Perfil de Competencias esenciales que orientan la formación de los profesionales de la salud. Primera Fase: Médico (a) y Enfermero (a) peruano (a)”. Lima; 25 de noviembre 2020.
54. Resolución Ministerial N°622-2020/MINSA: Documento Técnico: “Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N°090-2020”. Lima; 14 de agosto 2020.
55. Decreto de Urgencia N°090-2020: Decreto de Urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID-19. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 3 de agosto 2020.
56. Resolución Ministerial N°779-2021/MINSA: Documento Técnico “Lineamientos para el desarrollo de actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la Emergencia Sanitaria”. Lima; 21 de junio 2021.

57. Ley N°30453: Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME). Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 9 de junio 2016.
58. Decreto Supremo N°007-2017-SA: Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N°30453, Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME). Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 1 de marzo 2017.
59. Ley N°30757: Ley que modifica los artículos 4 y 8 de la ley N°30453, Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME). Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 21 de abril 2018.
60. Decreto Supremo N°016-2020-SA: Decreto Supremo que modifica el Reglamento de la Ley del Residentado Médico en el marco de la emergencia sanitaria nacional por los efectos del coronavirus (COVID-19). Lima; 22 de abril 2020.
61. Decreto Legislativo N°1512: Decreto Legislativo que establece medidas de carácter excepcional para disponer de médicos especialistas y recursos humanos para la atención de casos de COVID-19. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 11 de mayo 2020.
62. Resolución Ministerial N°311-2020/MINSA: Incorporan las especialidades de Medicina Legal, Geriatría, Anestesiología y Cardiología, a las especialidades detalladas en el artículo 2 del Decreto Legislativo N°1512, Decreto Legislativo que establece medidas de carácter excepcional para disponer de médicos especialistas y recursos humanos para la atención de casos COVID-19. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 22 de mayo 2020.
63. Resolución Ministerial N°045-2022/MINSA: Apruébese el listado y la

distribución de plazas de especialidades o subespecialidad prioritizadas para la formación de médicos especialistas en la modalidad vacante libre, a ser financiadas por el Ministerio de Salud, en el Concurso Nacional de Admisión al Residentado Médico, de acuerdo a lo señalado en el numeral 38.1 del artículo 38 de la Ley N°31365, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2022. Lima; 31 de enero 2022.

64. Decreto Supremo N°009-2013-SA: Aprueban el Reglamento del Residentado Odontológico. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 12 de julio 2013.
65. Resolución Ministerial N°628-2016/MINSA. Lima; 25 de agosto 2016.
66. Decreto Supremo N°031-2015: Aprueban el Reglamento del Residentado en Enfermería. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 25 de setiembre 2015.
67. Resolución Ministerial N°466-2016/MINSA: Aprobar el Reglamento Interno del Comité Nacional de Residentado en Enfermería – CONAREN. Lima; 1 de julio 2016.
68. Decreto Supremo N°037-2014-SA: Aprueban el Reglamento del Residentado Químico Farmacéutico. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 16 de diciembre 2014.
69. Resolución Ministerial N°517-2016/MINSA: Aprobar el Reglamento Interno del Comité Nacional del Residentado Químico Farmacéutico – CONAREQF. Lima; 21 de julio 2016.
70. Decreto Supremo N°026-2016-SA: Aprueban el Reglamento del Residentado en Obstetricia. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 22 de julio 2017.
71. Resolución Ministerial N°772-2017/MINSA: Aprueban el Reglamento Interno del Comité Nacional del Residentado en Obstetricia. Lima; 5 de

setiembre 2017.

72. Ley N°23330: Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS). Lima; 20 de junio 1997.
73. Decreto Supremo N°005-97-SA: Aprueban el Reglamento de la Ley N°23330, Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS. Lima; 20 de junio 1997.
74. Resolución Ministerial N°710-2012/MINSA: Establecer que los profesionales en ciencias de la salud peruanos o no peruanos que hayan obtenido el título profesional o de segunda especialización en el extranjero y que hayan cumplido con presentar el título revalidación, acreditar colegiatura del Colegio Profesional respectivo, Resolución de la Comisión de Coordinación Interuniversitaria de la Asamblea Nacional de Rectores y estar registrados en la Oficina Ejecutiva de Personal del Ministerio de Salud, Región de Salud o Subregión de Salud correspondiente; podrán inscribirse como postulantes en el Concurso de Méritos o Sorteo Público del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS, en cualquier sede de adjudicación del país, independientemente del lugar de revalidación o reconocimiento del título profesional; para lo cual, la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, programará la oferta de plazas para cada proceso. Lima; 28 de agosto 2012.
75. Resolución Ministerial N°144-2016/MINSA: Modificar el artículo 15 del Decreto Supremo N°005-97-SA, Reglamento de la Ley N°23330, Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS. Lima; 3 de marzo 2016.

76. Resolución Ministerial N°264-2016/MINSA: Modificar el inciso g) del artículo 23 del Reglamento de la Ley N°23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS. Lima; 19 de abril 2016.
77. Resolución Ministerial N°339-2016/MINSA: Oficializar el Examen Nacional de Odontología – ENAO, a ser implementado por la Asociación Peruana de Facultades de Odontología – ASPEFO, a partir del presente año 2016, con una periodicidad anual. Lima; 17 de mayo 2016
78. Resolución Ministerial N°423-2016/MINSA: Oficializar el Examen Nacional de Farmacia y Bioquímica – ENAFB, a ser implementado por la Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Farmacia y Bioquímica – ASPEFEFB, a partir del presente año 2016, con una periodicidad anual. Lima; 16 de junio 2016.
79. Resolución Ministerial N°433-2016/MINSA: Oficializar el Examen Nacional de Obstetricia – ENAOBS, a ser implementado por la Asociación Peruana de Escuelas y Facultades de Obstetricia – ASPEFOBST, a partir del presente año 2016, con una periodicidad anual. Lima; 16 de junio 2016
80. Decreto Supremo N°037-2016-SA: Decreto Supremo que deroga disposiciones relacionadas con la inscripción de profesionales de la salud y el registro de sus títulos profesionales. Normas Legales, Diario El Peruano. 24 de agosto 2016.
81. Resolución Ministerial N°785-2016/MINSA: Modificar el literal g) del artículo 23 del Reglamento de la Ley N°23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS, aprobado por Decreto Supremo N°005-97-SA y modificatorias. Lima; 5 de octubre 2016

82. Resolución Ministerial N°172-2017/MINSA: Suspender durante el año 2017, el requisito señalado en el literal g) del artículo 23 del Reglamento de la Ley N°23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS, aprobado por el Decreto Supremo N°005-97-SA. Lima; 17 de marzo 2017.
83. Resolución Ministerial N°189-2017/MINSA: Aprobar “Lineamientos para el desplazamiento del personal de la salud en situaciones de emergencia y desastres”. Lima; 24 de marzo 2017.
84. Resolución Ministerial N°1159-2017/MINSA: Aprobar la Directiva Administrativa N°246-MINSA/2017/DIGEO, “Directiva Administrativa que establece precisiones para el desarrollo del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud”. Lima; 29 de diciembre 2017.
85. Resolución Ministerial N°047-2018/MINSA: Artículo 1: Incorporación del artículo 39-A en el Reglamento de la Ley N°23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS y Artículo 2: Incorporación de la Octava Disposición Final en el Reglamento de la Ley N°23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS. Lima; 26 de enero 2018.
86. Resolución Ministerial N°263-2018/MINSA: Suspender durante el año 2018, el requisito señalado en el literal g) del artículo 23 del Reglamento de la Ley N°23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS, aprobado por Decreto Supremo N°005-97-SA, modificado por Resolución Ministerial N°785-2016-MINSA. Lima; 28 de marzo 2018.
87. Resolución Ministerial N°254-2019/MINSA: Establecer que para las adjudicaciones complementarias y equivalentes de los procesos de SERUMS

del año 2019, el requisito señalado en el literal g) del artículo 23 del Reglamento de la Ley N°23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud aprobado por Decreto Supremo N°005-97-SA, se entienda cumplido con la rendición del Examen Nacional correspondiente a cada carrera de los profesionales de la salud. Lima; 15 de marzo 2019.

88. Resolución Ministerial N°215-2020/MINSA. Lima; 20 de abril 2020.
89. Resolución Ministerial N°446-2020/MINSA. Lima; 26 de junio 2020.
90. Resolución Ministerial N°258-2020/MINSA. Lima; 6 de mayo 2020.
91. Resolución Ministerial N°742-2020/MINSA. Lima; 16 de setiembre 2020.
92. Resolución Ministerial N°966-2020/MINSA: Aprobación de la Guía Técnica: “Procedimiento de convalidación del Servicio COVID Especial – SERVICER para su contabilización como parte del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS”. Lima; 26 de noviembre 2020.
93. Resolución Ministerial N°612-2021/MINSA. Lima; 12 de mayo 2021.
94. Resolución Ministerial N°766-2021/MINSA. Lima; 17 de junio 2021.
95. Resolución Ministerial N°028-2022/MINSA: Artículo 1: Término del SERUMS 2021-I y 2021-II en la modalidad equivalente para los profesionales de la salud nombrados del Ministerio de Salud, sus Organismos Públicos y las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales. Artículo 2: Proceso de Contabilización para la convalidación en el SERVICER. Lima; 28 de enero 2022.
96. Decreto de Urgencia N°001-2022: Decreto de Urgencia que establece medidas extraordinarias destinadas a garantizar la respuesta sanitaria de atención en los establecimientos de salud en el marco de la emergencia sanitaria por la

- COVID-19. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 6 de enero 2022.
97. Organización Panamericana de la Salud. Llamado a la acción de Toronto: 2006-2015 Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. En: Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Toronto: OPS; 2005. 1-9.
98. Organismo Andino de la Salud-Convenio Hipólito Unanue. Política Andina de Recursos Humanos en Salud: Plan Estratégico de Recursos Humanos en Salud 2018-2022. Heredia N, Jemio J, Róvere M, Bustos V, editores. 1ra Ed. Lima, Perú: ORAS-CONHU; 2019. 1-45.
99. Rees GH, Peralta Quispe F, Scotter C. The implications of COVID-19 for health workforce planning and policy: the case of Peru. *Int J Health Plann Mgmt.* 2021;36(S1): 190-7.
100. Barja-Ore J, Valverde-Espinoza N, Fiestas KN, Aguilar-Aguilar S. Cambios en la disponibilidad de los recursos humanos en salud en el Perú. *Rev Cub Med Mil.* 2021; 50(1):1-14.
101. Perez R, Savedoff WD, Nigenda G, Vladislavovna Doubova S, Sorio R, Dal M. Rumbo al futuro del personal de salud: tendencias y desafíos para el próximo tiempo. Inter-American Development Bank [Internet]. 2023 [citado 6 de julio de 2023]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/node/33619>
102. Delgado D, Wyss Quintana F, Perez G, Sosa Liprandi A, Ponte-Negretti C, Mendoza I, et al. Personal Safety during the COVID-19 Pandemic: Realities and Perspectives of Healthcare Workers in Latin America. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(8): 1-8.

103. OECD, The World Bank. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 [Internet]. 2020 [citado 6 de julio de 2023]. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020\\_740f9640-es](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es)
104. Williams G, Scarpetti G, Langins M, Callies I, Fourcade A, van Ginneken E, et al. Human Resources for Health during COVID-19: Supporting and Protecting Health Workers. *Eurohealth*. 2022; 28(1): 24-8.
105. Organización Mundial de la Salud. Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta de política: el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y el Perú. Síntesis de hallazgos en cinco países de América Latina. Ginebra. 2021:1-56.
106. Ares-Blanco S, Astier-Peña MP, Gómez-Bravo R, Fernández-García M, Bueno-Ortiz JM. Gestión de los recursos humanos y estrategias de vacunación en atención primaria en Europa en la pandemia COVID-19. *Atención Primaria*. 2021;53(10):1-9.
107. Organismo Andino de la Salud-Convenio Hipólito Unanue. Condiciones que influyen en la elección de los puestos de trabajo del personal de salud: posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas. Calle MDC, Mallqui M, Salas Y, Chávez F, editores. 1ra Ed. Lima, Perú: ORAS-CONHU; 2023. 1-187.
108. Guerrero J. Densidad de recurso humano y desigualdad en gastos en salud en países de las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2020; 44:1-8.
109. Bustamante JP, Puertas EB, Hernández D, Sepúlveda H. COVID-19 and human resources for health: analysis of planning, policy responses and

- actions in Latin American and Caribbean countries. *Hum Resour Health*. 2023;21: 1-19.
110. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Acciones de aislamiento en hospitales para la respuesta a la COVID-19: Recomendaciones para la reorganización y expansión de los servicios hospitalarios en respuesta a la COVID-19. OPS; 2020. 1-20.
111. Salari N, Khazaie H, Hosseinian-Far A, Khaledi-Paveh B, Kazeminia M, Mohammadi M, et al. The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Hum Resour Health*. 2020;18(1): 1-14.
112. Casali P, Goldschmit A, Centrángolo O. Respuestas de corto plazo a la COVID-19 y desafíos persistentes en los sistemas de salud de América Latina. 1ra Ed. Lima, Perú: OIT Países Andinos; 2020. 1-48.
113. Vidal-Cortés P, Díaz Santos E, Aguilar Alonso E, Amezaga Menéndez R, Ballesteros MÁ, Bodí MA, et al. Recomendaciones para el manejo de los pacientes críticos con COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. febrero de 2022;46(2):81-9.
114. Innovative ICU Physician Care Models: Covid-19 Pandemic at NewYork-Presbyterian | NEJM Catalyst [Internet]. [citado 7 de julio de 2023]. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0158>
115. Organización Panamericana de la Salud. Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Washington. 2012.

116. Instituto Peruano de Economía. Propuestas de política 2021-2026: Eje de Salud. Lima. 2021: 1-11.
117. Acosta LD. Capacidad de respuesta frente a la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública*. 2020; 44:1-8.
118. Nigenda G, Alcalde-Rabanal J, Gónzales-Robledo LM, Serván-Mori E, García Saiso S, Lozano R. Eficiencia de los recursos humanos en salud: una aproximación a su análisis en México. *Salud Pública Mex*. 2016; 58(5):533-42.
119. Cetrángolo O, Bertranou F, Casanova L, Casalí P, International Labour Office. El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. 1ra Edición. Lima: OIT para los Países Andinos; 2013.
120. Inga-Berrosipi F, Arosquipa Rodríguez C. Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad de atención. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019; 36(2):312-8.
121. Guillou M, Carabantes J, Bustos V. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. *Rev Med Chile*. 2011; 139:559-70.
122. Soto A. Recursos Humanos en Salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011; 28(2):173-4.
123. Zevallos L, Pastor R, Moscoso B. Oferta y demanda de médicos especialistas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011;28(2): 177-85.
124. Lima-Toivanen M, Pereira RM. The contribution of eHealth in closing gaps

- in primary health care in selected countries of Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42: 1-11.
125. Carpio C, Santiago N. The Health Workforce in Latin America and the Caribbean: An Analysis of Colombia, Costa Rica, Jamaica, Panama, Peru and Uruguay. *Directions in Development*. Washington DC: World Bank; 2015. 1-133.
126. Tomblin G, Puertas EB, Rigby J, Gladbach K. Addressing the move toward universal health in the Caribbean through strengthening the health workforce. *Rev Panam Salud Pública*. 2023;47: 1-9.
127. Dintrans PV, Valenzuela P, Castillo C, Granizo Y, Maddaleno M. Bottom-up innovative responses to COVID-19 in Latin America and the Caribbean: addressing deprioritized populations. *Rev Panam Salud Pública*. 2023;47: 1-8.
128. Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE- 25 años). Informe Final: Estudio sobre los Recursos Humanos en Salud en Perú: Gestión, Distribución, Normatividad, Regulación, Condiciones laborales y salariales y Formación. Perú. 2006.
129. Espinosa V, de la Torre D, Acuña C, Cadena C. Los recursos humanos en salud según el nuevo modelo de atención en Ecuador. *Rev Panam Salud Pública*. 2017; 41:1-5.
130. Soto LM, Delgado JM. Política pública de recursos humanos en la gestión de salud 2020. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2020; 4(2):1904-23.
131. Gallegos RA. Necesidad de Recursos Humanos de Enfermería por Brote de

- COVID-19 Perú. *Rev Recien*. 2020; 9(1):55-68.
132. Nigenda G, Magaña-Valladares L, Ortega-Altamirano DV. Recursos humanos para la salud en el contexto de la reforma sanitaria en México: formación profesional y mercado laboral. *Gaceta Médica de México*. 2013; 149: 555-61.
133. Miranda JJ, Diez-Canseco F, Lema C, Lescano AG, Lagarde M, Blaauw D, et al. Stated Preferences of Doctors for Choosing a Job in Rural Areas of Peru: A Discrete Choice Experiment. Fort AL, editor. *PLoS ONE*. 2012; 7(12):1-9.
134. Huicho L, Molina C, Diez-Canseco F, Lema C, Miranda JJ, Huayanay-Espinoza CA, et al. Factors behind job preferences of Peruvian medical, nursing and midwifery students: a qualitative study focused on rural deployment. *Hum Resour Health*. 2015; 13:1-11.
135. Huicho L, Miranda JJ, Diez-Canseco F, Lema C, Lescano AG, Lagarde M, et al. Job Preferences of Nurses and Midwives for Taking Up a Rural Job in Peru: A Discrete Choice Experiment. Fort AL, editor. *PLoS ONE*. 2012; 7(12):1-9.
136. Brito PE para Organización Panamericana de la Salud. Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales. 2000: 1-19.
137. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud del MINSALUD-Gobierno de Colombia. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Bogotá. 2018: 1-84.
138. Silberman P. Políticas de planificación y gestión del talento humano del Ministerio de Salud de Argentina durante la pandemia de COVID-19. *Rev Argent Salud Pública*. 2020; 12(COVID-19): 1-6.

139. Becerra-Canales B. Evaluación de la atención primaria durante la pandemia por COVID-19, en una región del Perú. *Enf Global*. 2023;22(1): 283-308.
140. Llanos LF, Castro JA, Cerna C. Análisis de Políticas Públicas en Salud: el caso de recursos humanos en el Perú. *Rev Med Hered*. 2022;33(3): 178-86.
141. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators [Internet]. OECD; 2019 [citado 7 de julio de 2023]. (Health at a Glance). Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en)
142. Hamouche S. Human resource management and the COVID-19 crisis: implications, challenges, opportunities, and future organizational directions. *Journal of Management & Organization*. 2021: 1-16.
143. Decreto Supremo N°013-2020-SA: Decreto Supremo que establece medidas para asegurar la continuidad de las acciones de prevención, control, diagnóstico y tratamiento del coronavirus-COVID-19. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 1 de abril 2020.
144. Decreto de Urgencia N°038-2021: Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias en recursos humanos y en formación en salud como respuesta ante la emergencia sanitaria por la COVID-19. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 15 de abril 2021.
145. Decreto de Urgencia N°053-2021: Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias en materia económica y financiera en recursos humanos y la formación en salud como respuesta ante la emergencia sanitaria por la COVID-19. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 17 de junio 2021.
146. Decreto de Urgencia N°069-2021: Decreto de Urgencia que dicta medidas

extraordinarias para el fortalecimiento de la disponibilidad de recursos humanos y nombramiento del personal asistencial ante la emergencia sanitaria por la COVID-19 y dicta otras disposiciones. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 20 de julio 2021.

147. Decreto de Urgencia N°083-2021: Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias para el fortalecimiento de la disponibilidad de recursos humanos ante la emergencia sanitaria por la COVID-19 y dicta otras disposiciones. Normas Legales, Diario El Peruano. Lima; 6 de setiembre 2021.

148. Resolución Ministerial N°458-2020/MINSA: Directiva Administrativa N°293-MINSA/2020/DIGEP Directiva Administrativa que regula el trabajo remoto en salud (TRS) para el personal de la salud y administrativo del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales. Lima; 2 de julio 2020.

149. Angulo O. Gestión de recursos humanos en salud en el Perú, indicadores en el contexto de la pandemia del COVID-19. Ciencia Latina Revista Multidisciplinar. 2022;6(3): 3516-29.

150. Coates A, Fuad AO, Hodgson A, Bourgeault IL. Health workforce strategies in response to major health events: a rapid scoping review with lessons learned for the response to the COVID-19 pandemic. Hum Resour Health. 2021;19: 1-18.

151. Cho M, Levin R. Implementación del plan de acción de recursos humanos en salud y la respuesta a la pandemia por la COVID-19. Rev Panam Salud Pública. 2022;46: 1-6.

152. Ministerio de Salud (MINSA). Tiempos de Pandemia 2020-2021. 1ra Edición.

Lima. 2021.

153. Ortiz Z, Antonietti L, Capriati A, Ramos S, Romero M, Mariani J, et al.  
Preocupaciones y demandas frente a covid-19. encuesta al personal de salud.  
2020;80(3): 16-24.
154. Espinoza-Portilla E, Gil-Quevedo W, Agurto-Távora E. Principales problemas  
en la gestión de establecimientos de salud en el Perú. Rev Cub Salud Publica.  
2020; 46(4):1-16.
155. Organización Mundial de la Salud. 69<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Punto  
16.1: Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario  
2030. 2016:1-5.
156. Organización Mundial de la Salud. 70<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Punto  
13.1: Recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la  
Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el  
Crecimiento Económico de las Naciones de las Naciones Unidas-Informe de  
la Secretaria. 2017: 1-23.
157. Organización Mundial de la Salud. 144<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo.  
Recursos humanos para la salud: Estrategia mundial de recursos humanos para  
la salud: personal sanitario 2030. 2018: 1-8.
158. Arroyo J. Los Recursos Humanos en Salud en Perú al 2010: Informe País al  
Taller de San Salvador. Perú. 2010:1-37.
159. Comisión Intersectorial de Recursos Humanos, Ministerio de Salud-Gobierno  
de El Salvador. Plan de Gestión y Desarrollo de Talento Humano en Salud en  
El Salvador, 2019-2023. El Salvador. 2019:1-13.
160. COMEXPERU-Sociedad de Comercio Exterior del Perú. Informe de Calidad

- del Gasto Público en Salud. Miraflores, 2019:1-38.
161. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Medición y Monitoreo: Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud-Un compromiso compartido. Washington D.C. 2011: 1-60.
  162. Novick M, Rosales C para la Organización Panamericana de la Salud. Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud 2005-2015. Washington D.C. 2006: 1-75.
  163. Organización Panamericana de la Salud. Competencias Esenciales en Salud Pública: Un Marco Regional para las Américas. Washington D.C. 2013: 1-53.
  164. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social-Paraguay. Política Nacional de Recursos Humanos en Salud del Paraguay 2020-2030. Asunción. 2021: 1-21.
  165. Ministerio de Salud (MINSA). La Salud en el Bicentenario. 1ra Edición. Lima. 2021.
  166. Núñez M, Moscoso B, Mendoza J, Bustamante F. Parte I: Hacia la Dotación Equitativa de Recursos Humanos en El Ministerio de Salud: Aportes metodológicos para la acción. En: Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud – ONRHUS. Experiencias de Planificación de Recursos Humanos en Salud: Perú 2007-2010. 1ra Edición. Lima: Ministerio de Salud (MINSA); 2011. 11-69.
  167. Meloni PA. Capítulo III: Situación de los Recursos Humanos de Salud en el Perú. Regulación en Grupos Profesionales y Técnicos a Nivel del Sector Salud. En: Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud – ONRHUS. Formación y Regulación de los Recursos Humanos en Salud. 1ra Edición. Lima: Ministerio de Salud (MINSA), Instituto de Desarrollo de

- Recursos Humanos (IDREH); 2005. 437- 42.
168. Meloni PA. Capítulo V: Sistemas Públicos y Experiencias de Regulación de Recursos Humanos en Salud en el Perú. Regulación en Grupos Profesionales y Técnicos a Nivel del Sector Salud. En: Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud – ONRHUS. Formación y Regulación de los Recursos Humanos en Salud. 1ra Edición. Lima: Ministerio de Salud (MINSA), Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH); 2005. 457-70.
169. V. Objetivos y Metas. En: 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana y 69ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Punto 4.4: Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. Un llamado a la acción para la salud y el bienestar de la región. 3ra Revisión. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud; 2017. 30-43.
170. Jiménez MM, Bui AL, Mantilla E, Miranda JJ. Human resources for health in Peru: recent trends (2007-2013) in the labour market for physicians, nurses and midwives. *Hum Resour for Health*. 2017; 15(69): 1-7.
171. Jiménez MM, Mantilla E, Huayanay-Espinoza C, Gil K, García H, Miranda JJ. Mercado de formación y disponibilidad de profesionales de ciencias de la salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015; 32(1): 41-50.
172. López JG. Oferta y demanda de recursos humanos en salud. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2004; 22(99): 93-102.
173. Grobler L, Marais B, Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2015 [Consultado

- 17 de abril 2022]; 6(CD005314): 1-95. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005314.pub3/epdf/full>
174. Equipo Técnico del Observatorio de Recursos Humanos de la Dirección General de Personal de la Salud [Internet]. Perú: Ministerio de Salud (MINSA). [Consultado 17 de abril 2022]. Ayuda Memoria: Registro Nacional del Personal de la Salud-INFORHUS. Disponible en: [http://digep.minsa.gob.pe/info\\_covid/ayuda\\_memoria\\_2022.html](http://digep.minsa.gob.pe/info_covid/ayuda_memoria_2022.html)
175. Resolución de Gerencia General N°245-GG-ESSALUD-2010: Aprobar la Directiva N°006-GG-ESSALUD-2010, “Directiva para la Formulación y Evaluación del Requerimiento de Recursos Humanos Asistenciales en ESSALUD”. Lima; 3 de marzo 2010.
176. Duré MI, Attme de Ceballos I, Cadile MDC, Calbi M, Daverio D, Dursi C, et al. Procesos de Acreditación de la Formación de Posgrado de Carreras de Salud en Argentina. Hacia la Consolidación de un Sistema Articulado. Argentina. 2016.
177. Duré I. Residencias Médicas en Argentina 2015. Revista Argentina de Medicina. 2015; 3(5):2-4.
178. Aghakhani K, Shalbafan M. What COVID-19 outbreak in Iran teaches us about virtual medical education. Med Educ Online. 1 de enero de 2020;25(1):1770567.
179. Gibbs T. The Covid-19 pandemic: Provoking thought and encouraging change. Med Teach. 2 de julio de 2020;42(7):738-40.

180. Rose S. Medical Student Education in the Time of COVID-19. *JAMA*. 2020;323(21): 2131-2.
181. Abreu-Hernández LF, León-Bórquez R, García-Gutiérrez JF. Pandemia de COVID-19 y educación médica en Latinoamérica. *FEM*. 2020;23(5): 237-42.
182. Saavedra-Grández S. Internado en ciencias de la salud en épocas de pandemia Hospital Tarapoto: Elementos que favorecen o limitan el logro de competencias finales. *Rev Salud Amaz Bienestar*. 2022; 1(1):1-15.
183. Arroyo-Ramírez FA, Rojas-Bolivar D. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. *Acta Med Peru*. 2020; 37(4):562-4.
184. Al-Alawi AI, Messaadia M, Mehrotra A, Sanosi SK, Elias H, Althawadi AH. Digital transformation adption in human resourses management during COVID-19. *AGJSR* [Internet]. 2023 [citado 6 de julio de 2023]; Disponible en: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/AGJSR-05-2022-0069/full/html>
185. Billings J, Seif NA, Hegarty S, Ondruskova T, Soulios E, Bloomfield M, et al. What support do frontline workers want? A qualitative study of health and social care workers' experiences and views of psychosocial support during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE*. 2021;16(9): 1-24.
186. Li H, Cui Y, Efstathiou N, Li B, Guo P. Experiences of redeployed healthcare workers in the fight against COVID-19 in China: A qualitative study. *PLoS ONE*. 2022;17(8): 1-20.
187. Organización Panamericana de la Salud. Preguntas frecuentes para la gestión

- de los trabajadores de salud como respuesta a la COVID-19. OPS; 2020. 1-20.
188. Organización Panamericana de la Salud. Lista de chequeo para la gestión de los trabajadores de salud como respuesta al COVID-19. OPS; 2020. 1-10.
189. Llop-Gironés A, Vračar A, Llop-Gironés G, Benach J, Angeli-Silva L, Jaimez L, et al. Employment and working conditions of nurses: where and how health inequalities have increased during the COVID-19 pandemic?. *Hum Resour Health*. 2021;19: 1-11.
190. Zhang L, Flike KL, Gakumo CA, Shi L, Leveille SG, Thompson LS. Frontline healthcare workers' mental distress, top concerns, and assessment on hierarchy of controls in response to COVID-19: a cross-sectional survey study. *Hum Resour Health*. 2021;19: 1-12.
191. Giorgi G, Lecca LI, Alessio F, Finstad GL, Bondanini G, Lulli LG, et al. COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21): 1-22.
192. Yagui Moscoso M, Vidal-Anzardo M, Rojas Mezarina L, Sanabria Rojas H. Prevención de infecciones asociadas a la atención de salud: conocimientos y prácticas en médicos residentes. *An Fac med*. 2021; 82(2):131-9.
193. Galán-Rodas E, Tarazona-Fernández A, Palacios-Celi M. Riesgo y muerte de los médicos a 100 días del estado de emergencia por el COVID-19 en Perú. *Acta Med Peru*. 2020; 37(2):119-21.
194. Peralta RY, Gallegos RA, Tasayco M, Torres YM, Hurtado AC. Situación de Enfermería en Perú: Una Mirada en Pre-Pandemia. *Rev Recien*. 2021; 10(3):73-86.

195. Escobar-Agreda S, Silva-Valencia J, Rojas-Mezarina L, Vargas-Herrera J. Supervivencia de los trabajadores de salud infectados por SARS-CoV-2 en el contexto de la vacunación contra la COVID-19 en el Perú. *An Fac med.* 2021; 82(2):106-12.
196. Tabakman R. Mortalidad en profesionales de salud por COVID-19: una “crisis a escala asombrosa” [Internet]. *Medscape*; 14 Sep 2020 [Consultado 17 de abril 2022].  
Disponible en: [https://espanol.medscape.com/verarticulo/5905926\\_print](https://espanol.medscape.com/verarticulo/5905926_print)
197. Yarovaya L, Mirza N, Abaidi J, Hasnaoui A. Human Capital efficiency and equity funds’ performance during the COVID-19 pandemic. *International Review of Economics & Finance.* 2021;71: 584-91.
198. OECD, The World Bank. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 [Internet]. 2020 [citado 6 de julio de 2023]. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020\\_740f9640-es](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es)
199. Naciones Unidas. Informe: El impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe. 2020. 1-29.
200. Pérez-Hernández G, Ehrenberg N, Gómez-Duarte I, Artaza O, Cruz D, Leyns C, et al. Pilares y líneas de acción para los sistemas de salud integrados y centrados en las personas y las comunidades. *Rev Panam Salud Pública.* 2022;46: 1-7.
201. Veerapen JD, McKeown E. Exploration of the views and experiences of research healthcare professionals during their redeployment to clinical roles during the COVID-19 pandemic. *J Adv Nurs.* 2021;77(12): 4862-75.

202. Ryder M, Gallagher P, Coughlan B, Halligan P, Guerin S, Connolly M. Nursing and midwifery workforce readiness during a global pandemic: A survey of the experience of one hospital group in the Republic of Ireland. *J Nurs Manag.* 2022;30: 25-32.
203. Parlamento Andino. Principales medidas adoptadas por el gobierno peruano frente a la emergencia provocada por la COVID-19. 2022:1-69.
204. Mesa de Concertación para La Lucha contra la Pobreza. Informe Nacional sobre el impacto del COVID-19 en las dimensiones económica, social y en salud en el Perú (al mes de mayo, 2020) –Incluye hallazgos de 16 mesas regionales-: Reporte N°1-2020-SC/Grupo de Salud-MCLCP. Lima, Perú: MCLCP; 2020. 1-88.
205. Ponce de León Z. Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19 [Internet]. PUCP; 2021. Disponible en:  
<http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/176598>
206. Resolución Ministerial N°905-2021/MINSA: Documento Técnico: Perfil de Competencias esenciales que orientan la formación de los profesionales de la salud. Segunda fase: Químico (a) Farmacéutico (a), Psicólogo (a), Nutricionista y Cirujano (a) Dentista peruano (a). Lima; 22 de julio 2021.
207. Duré I, Ballesteros M, Molina C, Saccone I, Schiavi A, Tanuz R. Políticas de Salud: La carrera sanitaria en la Argentina. Decreto N°1133/2009. Argentina. 2010:1-84.
208. Yaghoubi M, Salimi M, Meskarpour-Amiri M. Systematic review of productivity loss among healthcare workers due to Covid-19. *Int J Health Plann Mgmt.* 2022;37: 94-111.

209. Collings D, Nyberg A, Wright P, McMackin J. Leading through paradox in a COVID-19 world: Human resources comes of age. *Hum Resour Manag.* 2021;31:
210. Dussault G. Editorial: El trabajador de la salud en tiempos de COVID-19. Lisboa. 2020. 1-2.
211. Informe Integral de COVID-19 en México Número 01-2023| 1º de abril de 2023. Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología Gobierno de México.

Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 1 de abril de 2023