

Estimación cualitativa de la demanda de certificación de competencias del sector salud en el Perú





Serie: Documentos técnicos

Documento técnico: “Estimación cualitativa de la demanda de certificación de competencias en el sector salud en el Perú”

Consejo Directivo Ad Hoc

Carlos Barreda Tamayo, Presidente

Benjamín Marticorena Castillo, representante del Concytec

Juan Miguel Malpartida Robles, representante del Ministerio de Educación

Gerencia General

Marco Castañeda Vincés, Gerente

Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias

Cristhian Pacheco Castillo, Director

Equipo técnico

Lady Sihuay Castillo, Coordinadora

Evelin Catacora Caracholi

María Rosa Malásquez Sotelo

Anahi Chávez Ruesta

Bernardo García Velando

Diana Fernández Bravo

Cristhian Pacheco Castillo

Oficina de Comunicaciones e Imagen Institucional

Angélica Jenny Gabriel Madueño

Revisión técnica preliminar

Maria Isabel Ganaja Leey

Revisión de estilo

Fiorella Gaby Oblitas Souza

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2022-06906

Primera edición electrónica, julio 2022

© **Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa**

Av. República de Panamá 3659-3663, San Isidro-Lima

Teléfono: (+51 1) 637-1122

E-mail: dec@sineace.gob.pe / www.gob.pe/sineace/

Se autoriza la reproducción total o parcial siempre y cuando se mencione la fuente.

ESTIMACIÓN CUALITATIVA DE LA DEMANDA DE CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS EN EL SECTOR SALUD EN EL PERÚ

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
I. CONTEXTUALIZACIÓN Y PROBLEMÁTICA SECTORIAL.....	7
1.1. Instrumentos de política pública de alcance nacional como marco estratégico del sector Salud.....	7
1.1.1. Plan Estratégico de Desarrollo Nacional	7
1.1.2. Visión del país al 2050 y visión del sector Salud	10
1.1.3. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030	10
1.1.4. Modelo de Cuidado Integral por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI)	12
1.2. Organización del sector Salud	17
1.2.1. Definición y organización del sector Salud	18
1.2.2. El Sistema Nacional de Salud (SNS).....	19
1.2.3. Instrumentos de gestión del MINSA	23
1.2.4. Subsistemas de prestación de servicios.....	26
1.2.5. Organización de la oferta de servicios de salud	27
1.3. Profesiones y ocupaciones del sector Salud.....	28
1.3.1. Clasificación de las ocupaciones del sector Salud	29
1.3.2. Marco normativo de las profesiones del sector Salud.....	30
1.4. Problemática estructural persistente en el sector Salud.....	31
1.4.1. Problemas de salud persistentes en el Perú.....	37
1.4.2. Contexto de la pandemia causada por la COVID-19	40
1.5. Problemática referida al recurso humano en el sector Salud	43
II. LA CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS EN EL SECTOR SALUD DEL PERÚ DESDE LA EXPERIENCIA DEL SINEACE	51
2.1. Estado situacional de la certificación de competencias en el sector Salud.....	51
2.2. Deficiencias identificadas en la certificación de competencias del Sineace en el sector Salud.....	54
2.3. Instrumentos de política que respaldan el desarrollo de la certificación de competencias profesionales	55
2.3.1. Política Nacional de Educación Superior y Técnico Productiva (PNESTP).....	56
2.3.2. Plan Nacional de Competitividad y Productividad.....	58
2.3.3. Marco Nacional de Cualificaciones del Perú (MNCP).....	58
III. METODOLOGÍA PROPUESTA PARA LA ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA DE CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS DEL SECTOR SALUD DEL PERÚ.....	61
3.1. Etapa I: Estimación cualitativa de la demanda de certificación de competencias profesionales en el sector salud.....	62

3.1.1. Paso 1: Contextualización y Diagnóstico Sectorial	63
3.1.2. Paso 2: Análisis organizacional del sector.....	64
3.1.3. Paso 3: Definición de criterios de priorización de funciones y ocupaciones del sector Salud y diseño instrumental para su aplicación ...	66
3.1.4. Paso 4: Diseño instrumental para su aplicación en Salud	69
3.1.5. Paso 5: Priorización de funciones claves del sector	70
3.1.6. Paso 6: Estimación de la demanda cualitativa de certificación de competencias en el sector correspondiente.....	72
IV. PRINCIPALES RESULTADOS DE LA ESTIMACIÓN CUALITATIVA DE LA DEMANDA DE CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS DEL SECTOR SALUD	75
4.1. Funciones y ocupaciones priorizadas para fines de certificación de competencias en el sector Salud según las etapas de vida del MCI	76
CONCLUSIONES	84
BIBLIOGRAFÍA	86
ANEXOS.....	90

INTRODUCCIÓN

En el 2016, de conformidad con el objetivo 3 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: Personal de salud 2030. Asimismo, la Comisión de Alto Nivel sobre Empleo y Crecimiento Económico en Salud convocada por las Naciones Unidas instó a invertir en empleo de calidad en salud como estrategia de crecimiento económico de los países.

En países de América, pertenecientes a la OCDE, se proyecta el incremento sostenido de la inversión para la contratación de recursos humanos en el sector Salud, así como la atención social en los próximos años (OCDE, 2021). Perú aún no es país miembro de la OCDE, sin embargo, en los últimos años el sector Salud incrementó la disponibilidad de profesionales médicos, enfermeros, obstetras, entre otros. Por ejemplo, en el primer nivel de atención, a través de diferentes estrategias como el aumento de plazas por el Servicio Urbano Marginal en Salud – SERUMS y la contratación de profesionales de la salud mediante Presupuesto por Resultados (PpR). Sin embargo, la evidencia indica que dichas estrategias no terminan por resolver la inequidad en la distribución de recursos humanos en el territorio nacional y, por tanto, las demandas de atención de enfermedades y promoción de la salud en la población.

La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, país saludable”, aprobada mediante Decreto Supremo N° 026-2020-SA del 24 de agosto de 2020, liderada por el Ministerio de Salud (MINSA), precisa en el Lineamiento 2.8 la necesidad de “Organizar equipos multidisciplinarios para el cuidado integral de salud por curso de vida a la población”, que deriva en el servicio “Atención de calidad y especializada, certificada, de acuerdo con el marco legal normativo de formación y práctica laboral”; lo cual implica la necesidad de redefinir la certificación de competencias en salud de acuerdo a los marcos de referencia y las políticas nacionales vigentes.

Por otro lado, la aprobación de la Política Nacional de Competitividad y Productividad (2019), la Política Nacional de Educación Superior y Técnico-Productiva (2020) y el Marco Nacional de Cualificaciones del Perú (2021), establecen el marco orientador que permite al Sineace fortalecer su labor en materia de certificación de competencias como una herramienta que favorece la articulación entre la matriz productiva y el sistema educativo, a través de la ejecución de procesos de certificación sustentados en el marco técnico-normativo vigente y en normas de competencias pertinentes que generen mejores condiciones de empleabilidad y transitabilidad educativa en las personas certificadas, alineadas con las necesidades de capital humano de los sectores priorizados como salud y educación.

Desde la experiencia del Sineace, la certificación de competencias en el sector Salud ha mostrado resultados limitados, dado que fue concebida con un enfoque poblacional por lo que se buscaba que todos los profesionales (PEA) empleados en las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) certificaran sus competencias para asegurar que se encontraban aptos para desarrollar sus funciones, sin embargo, no se advirtió la necesidad de que esta certificación sea requerida por el mercado de trabajo y que la misma significara beneficios de empleabilidad y transitabilidad educativa a las personas certificadas. En ese sentido, la certificación de competencias ha sido poco atractiva para los profesionales de la salud, dado que no se advierten beneficios significativos para quienes obtuvieron algún tipo de certificación de competencias. Por tanto, en el marco de las nuevas políticas nacionales aprobadas resulta relevante conocer las necesidades reales de certificación de competencias que existen en el sector Salud.

Considerando, por tanto, la necesidad de ejecutar procesos de certificación pertinentes, que generen valor público tanto a las personas como a los empleadores, el presente documento busca alcanzar los siguientes objetivos específicos: i) describir el contexto y la problemática del sector Salud; ii) describir la situación actual de la certificación de competencias en el sector Salud desde la experiencia del Sineace, sus limitaciones y la necesidad de estimar la demanda de la certificación de competencias en el sector Salud; iii) proponer una metodología para la estimación cualitativa de la demanda certificación de competencias y; iv) presentar los resultados de la estimación cualitativa de la certificación de competencias en el sector Salud.

En función a ello, el **primer capítulo** identifica los instrumentos de política y el marco normativo que orienta y estructura al sector Salud, especialmente el SNS, las profesiones y ocupaciones vinculadas al sector. Esto permite contextualizar la problemática estructural del sector como la referida específicamente a sus recursos humanos. El **segundo capítulo** explora el desarrollo de la certificación de competencias en salud haciendo un análisis situacional e identificando las deficiencias evidenciadas a partir de la experiencia del Sineace.

El **tercer capítulo** expone la metodología usada para la estimación cualitativa de la demanda de certificación de competencia del sector salud, la cual se articula en seis pasos. Finalmente, el cuarto capítulo presenta los resultados obtenidos a partir de la metodología propuesta, así como la priorización de profesiones u ocupaciones para fines de certificación de competencias.

Es importante destacar que esta estimación representa el primer paso en la definición de las prioridades específicas que deben orientar el trabajo del Estado en relación al sector Salud, sector priorizado según el reglamento de la Ley del Sineace. Esta estimación de la demanda, durante las actividades previas de normalización, será validada por un grupo de expertos e instituciones pertenecientes al sector Salud, especialmente su ente rector. Luego de esta validación se debería realizar estimaciones cuantitativas específicas que permita implementar la certificación de competencias en una determinada función del sector Salud. Esto permitirá desarrollar procesos de certificación de competencias únicamente en espacios donde exista una real necesidad de reconocimiento de cualificaciones, contribuyendo al logro de los objetivos trazados por el Estado peruano en los planes del sector Salud y en las políticas nacionales de competitividad, productividad, educación superior y técnico-productiva.

I. CONTEXTUALIZACIÓN Y PROBLEMÁTICA SECTORIAL

El objetivo de la presente sección es presentar algunos elementos para describir y reconocer el sector Salud, sus funciones y problemática identificada y descrita en los instrumentos de gestión del ente rector, tanto específicos de los recursos humanos en salud como aquellos elementos que impactan de forma general en el sector.

En primer lugar, se exploran los instrumentos de política pública de alcance nacional que conforman el marco estratégico y orientador del sector Salud. Posteriormente, se describe el esquema organizacional en el que se estructura el sector Salud, partiendo desde su visión, objetivos, modelo de servicio y recursos humanos. Ello nos permite tomar conocimiento del sentido y los modelos de servicio que adopta el aparato institucional del sistema de salud, que se explora en la sección 1.2. Finalmente, se hace un recuento de las profesiones vinculadas a los servicios de salud y reconocidas por el marco normativo vigente.

Innegablemente el sector Salud enfrenta múltiples retos y problemas internos, entre ellos la disponibilidad y calidad de recursos humanos en salud (RHUS), los cuales se vieron fuertemente afectados durante la emergencia sanitaria a causa de la COVID-19. En ese sentido, este capítulo también, a la luz de la descripción hecha del sector, destaca la problemática estructural del sector, así como la problemática de salud prevalente en la población peruana y la respuesta del Estado a la pandemia en ese contexto, como factores que condicionan un escenario adverso, donde se perpetúan problemas críticos para el óptimo desarrollo de los RHUS en el Perú, partiendo desde su formación, egreso y desenvolvimiento en el mercado laboral.

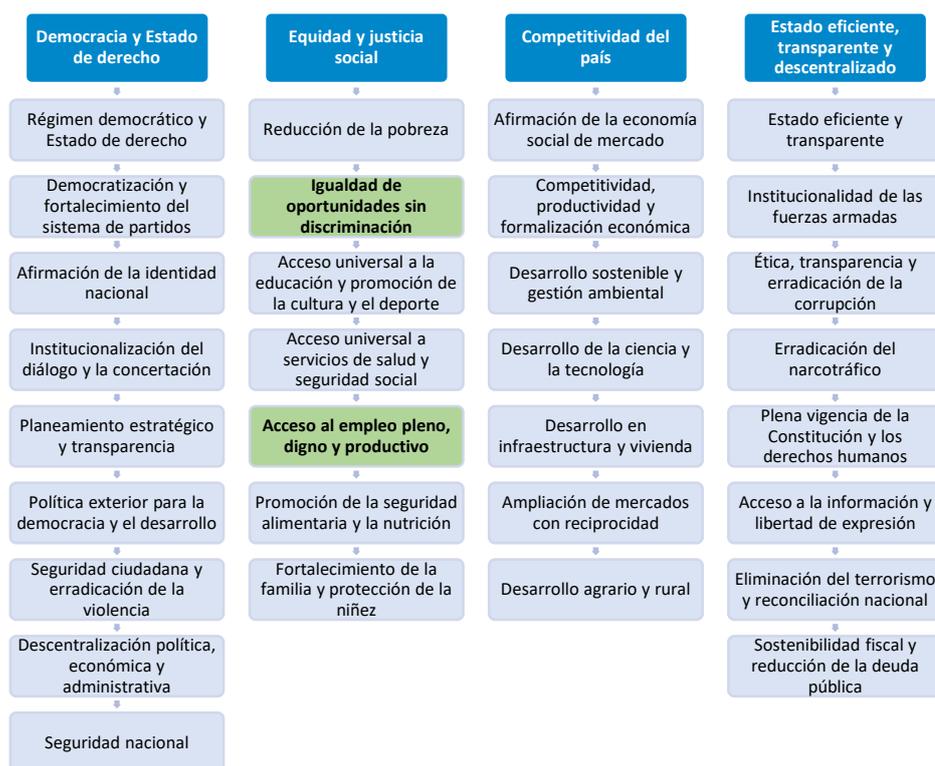
1.1. Instrumentos de política pública de alcance nacional como marco estratégico del sector Salud

1.1.1. Plan Estratégico de Desarrollo Nacional

Las políticas de Estado actuales contenidas en el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN) denominado Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021¹ tienen como referencia al Acuerdo Nacional, instrumento orientador que cuenta con cuatro (4) objetivos y treinta y cinco (35) políticas de Estado que alimentan, suscritas por diversas fuerzas políticas y sociales el 22 de julio de 2002 y modificada por última vez, el 16 de agosto de 2017:

¹ Aprobado mediante Decreto Supremo N° 054-2011-PCM del 23 de junio de 2011. Recuperado de: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1034004>. Cabe precisar que, dicho documento se encuentra vigente hasta la aprobación del nuevo plan estratégico de desarrollo nacional.

Figura 1
Políticas de Estado del Acuerdo Nacional



Fuente: Plan Estratégico de Desarrollo Nacional.
Elaboración propia.

De las políticas descritas en el gráfico precedente, según las políticas públicas sectoriales que estructuran el marco orientador del Sineace², la certificación de competencias profesionales se vincula con la igualdad de oportunidades sin discriminación y al acceso al empleo pleno, digno y productivo. Cabe precisar que la certificación de competencias es el reconocimiento público de las competencias profesionales demostradas por una persona natural y valoradas por el mercado laboral. No se trata de un mecanismo de subsanación o compensación formativa, sino del reconocimiento de cualificaciones adquiridas principalmente en el ámbito laboral.

Por su parte, el PEDN denominado “Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021”, es el documento orientador del SINAPLAN y cuenta con 6 ejes estratégicos, de los cuales la certificación de competencias profesionales se encuentra vinculado al Eje IV: Economía, competitividad y empleo. Asimismo, cada eje estratégico cuenta con un objetivo estratégico nacional, lineamientos de política y objetivos específicos con indicadores y metas, acciones estratégicas, programas estratégicos y proyectos:

² Plan Nacional de Competitividad y Productividad (PNCP) y Política Nacional de Educación Superior y Técnico-Productiva (PNESTP). Aprobadas mediante Decreto Supremo N° 237-2019-EF del 28 de julio de 2019 y Decreto Supremo N° 012-2020-MINEDU del 31 agosto de 2020, respectivamente. Documentos de aprobación disponibles en: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1240633> y <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1265397>

Figura 2
Ejes estratégicos del PEDN “El Perú hacia el 2021”



Fuente: Plan Estratégico de Desarrollo Nacional.
Elaboración propia.

Respecto al Eje 2 del PEDN, ubicamos al Objetivo Nacional (ON): *Economía competitiva con alto nivel de empleo y productividad*, referido a la promoción de la capacitación para el trabajo, la reconversión laboral y la formación continua en las empresas, así como la orientación vocacional, la información ocupacional y **la normalización y certificación de competencias laborales para desarrollar los recursos humanos**. Asimismo, este ON cuenta con 7 objetivos específicos (OE), de los cuales en el “OE 2: Estructura productiva diversificada, competitiva, sostenible y con alto valor agregado y productividad”, se encuentra la siguiente acción estratégica: *Fomentar el desarrollo de la formación profesional y de los recursos humanos mediante la mejora y adaptación de las cualificaciones y competencias laborales*, a la que se encuentra vinculada la certificación de competencias.

Cabe precisar que, el PEDN de acuerdo con la tercera disposición complementaria transitoria de la “Directiva para la Formulación y Actualización del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional”³, se encuentra vigente durante el periodo de actualización y hasta la aprobación del nuevo PEDN:

“(…) los integrantes del SINAPLAN toman como referencia para la gestión estratégica del Estado, la Visión del Perú al 2050, las Políticas de Estado, los compromisos en el Acuerdo Nacional, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los objetivos de desarrollo nacional del PEDN vigente, a fin de desarrollar los procesos de planeamiento sectorial, multisectorial, territorial e institucional en el país. (...)” (p.13)

Para ello, se viene elaborando el nuevo PEDN, incorporando los nuevos acuerdos asumidos entre el Estado y la sociedad civil durante el 2020 y 2021: i) Compromiso Solidario con la protección de la vida “Perú Hambre Cero”; ii) Medidas Inmediatas para reactivar la economía y preservar la salud; iii) Pacto nacional de lucha contra la violencia y discriminación hacia las mujeres y por el pleno ejercicio de sus derechos, y iv) Consensos por el Perú, aprobado en la sesión N° 131 del Foro del Acuerdo Nacional. Asimismo, la referida directiva señala que con la aprobación del nuevo PEDN, este pasa a ser el instrumento orientador para los procesos de planeamiento estratégico en todos los niveles de gobierno, lo que implica la revisión y adecuación de las políticas y planes del SINAPLAN articulados al PEDN (CEPLAN, 2021).

³ Aprobada mediante Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N° 026-2017-CEPLAN/PCD el 2 de mayo de 2017. Posteriormente, la directiva fue modificada y aprobada mediante Resolución de Presidencia de Consejo Directivo N° 00009-2021/CEPLAN/PCD del 8 de febrero de 2021. Documento de aprobación disponible en: <https://spji.minijus.gob.pe/spji-ext-web/detallenorma/H1276570>

1.1.2. Visión del país al 2050 y visión del sector Salud

Desde el 29 de abril de 2019, el Perú cuenta con una Visión al 2050, aprobada por consenso en el Foro del Acuerdo Nacional, la cual representa la situación futura de bienestar que se quiere alcanzar como país. De acuerdo con el CEPLAN, la Visión del Perú al 2050 orienta la mejora continua de políticas y planes que guían las acciones del Estado, sociedad civil, academia, empresas y organismos cooperantes a fin de lograr una vida digna para todas las personas, a través de un desarrollo inclusivo y sostenible a nivel nacional.

Para contextualizar el proceso de certificación de competencias en el sector Salud, se ha seleccionado el primer eje de la Visión al 2050 como país, el cual plantea que las personas alcanzan su potencial en igualdad de oportunidades y sin discriminación para gozar de una vida plena y que, para lograrlo, hay que hacer esfuerzos para cumplir con el Objetivo Nacional 1: “Alcanzar el pleno desarrollo de las capacidades de las personas, sin dejar a nadie atrás”; para lo cual, es necesario asegurar servicios educativos y de salud con calidad y pertinencia cultural. En suma, el proceso de certificación de competencias en salud contribuirá a este objetivo nacional.

Por su parte, según lo planteado en el Acuerdo Nacional del 2019 (MINSA, 2020), al 2050 la visión del sector Salud es la siguiente:

“El acceso al cuidado y a la atención pública de la salud sea universal, equitativa, oportuna y de calidad, con enfoque intercultural, en todo el territorio”. Se fomentan estilos de vida saludable y la prevención de enfermedades. Los niveles de anemia, desnutrición crónica infantil y tuberculosis han disminuido considerablemente. Además, se promueve el cuidado de la salud mental, sexual, reproductiva y bucal, así como la prevención y el control de enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas; y se garantiza la óptima atención en todos los niveles, priorizando el primer nivel como entrada al sistema de salud. (p. 17)”

En función de lo anterior, como parte de la política sectorial de salud, se definieron tres objetivos prioritarios (OP) que desplegarán acciones con un horizonte de tiempo previsto al 2030. Estos objetivos se relacionan a las tres funciones claves desarrolladas por el sector y están contenidas en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS) denominada “Perú, País Saludable”, que se desarrolla a continuación.

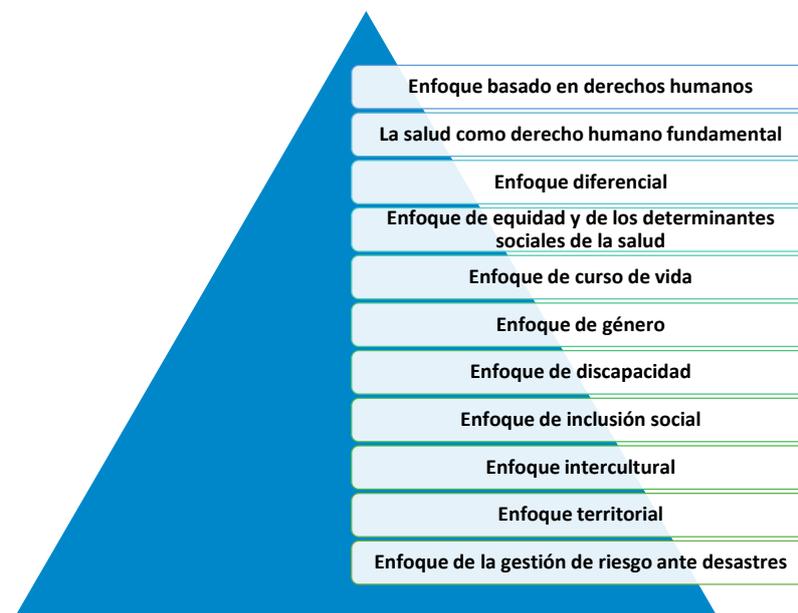
1.1.3. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030

La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS) denominada “Perú, País Saludable”, liderada por el Ministerio de Salud⁴ (MINSA), y formulada de forma consensuada con los sectores responsables de intervenir en los determinantes sociales de salud priorizados, así como los gobiernos regionales y locales que gestionan los servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones. Está basada en el enfoque de “Cuidado Integral por Curso de Vida”, los principios del derecho y equidad en salud, la atención primaria de la salud (APS), la determinación social de la salud, la gestión territorial, la Política de Igualdad de Género, la Política Sectorial de Salud Intercultural y la Política Nacional de Gestión ante Desastres (MINSA, 2020).

⁴ Aprobada mediante Decreto Supremo N° 026-2020-SA del 24 de agosto de 2020. Documento de aprobación disponible en: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1264977>

La PNMS al 2030 considera once (11) enfoques transversales que sirven de referencia para su implementación:

Figura 3
Enfoques transversales de la PNMS al 2030



Fuente: PNMS al 2030
Elaboración propia.

La articulación de estos once (11) enfoques busca garantizar la acción transversal en el sector Salud, concibiendo a la salud como un derecho fundamental de las personas, sin ningún tipo de discriminación o exclusión, pero a la vez reconociendo la existencia de una diversidad cultural y de género, que permita brindar la atención adecuada. El derecho a la salud es un derecho inclusivo que contempla la atención médica oportuna y apropiada y los determinantes implícitos de la salud, como el acceso a agua potable y segura, saneamiento, aseguramiento de las condiciones ambientales y laborales saludables, la educación, entre otros.

La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 plantea sus objetivos prioritarios y lineamientos considerando a distintos actores públicos, tales como el Ministerio de Educación (MINEDU), Instituto Peruano de Deporte (IPD), Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIMP), Ministerio de Cultura (MINCUL), Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJUSDH), Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE), Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual (Indecopi), entre otros.

Teniendo en cuenta el enfoque territorial y de gestión de riesgo ante desastres, considera la planificación del territorio tomando en cuenta su potencialidad económica y la atención a temas sociales, culturales y ambientales. Asimismo, implica el reconocimiento de peligros en el territorio nacional por diversos factores y que existen poblaciones en situaciones de vulnerabilidad ante los peligros. Es decir, el fin es la prevención, la reducción y el control permanente de los factores de riesgo ante situaciones de emergencia y desastres en la sociedad.

Finalmente, sobre su implementación, mediante Decreto Supremo N° 016-2021-SA del 27 de junio del 2021⁵ se aprobó el Plan Estratégico Multisectorial de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable” (PEM de la PNMS al 2030), documento que se constituye como el principal instrumento para implementar la PNMS 2030, en el que se definen las acciones, los términos de la operación conjunta, alcances y responsabilidades específicas de los sectores y actores participantes⁶.

1.1.4. Modelo de Cuidado Integral por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI)

De acuerdo con la OPS (2005), un sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud (APS), orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Los principios que se requieren para mantener un sistema de esta naturaleza son la capacidad para responder equitativa y eficientemente a las necesidades sanitarias de los/las ciudadanos/as, incluida la capacidad de vigilar el avance para el mejoramiento y la renovación continuos; la responsabilidad y obligación de los gobiernos de rendir cuentas; la sostenibilidad; la participación; la orientación hacia las normas más elevadas de calidad y seguridad; y la puesta en práctica de intervenciones intersectoriales.

Debido a que las funciones rectoras, específicas y esenciales de la salud pública en el Perú se orientan en lograr el propósito del sector Salud, que consiste en brindar prestaciones de salud con carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, de manera eficiente, equitativa, oportuna, de calidad y con dignidad, y que para ello existen políticas nacionales, sectoriales y diversos documentos normativos y técnicos que regulan la actividad en salud. Para fines de la elaboración de la propuesta metodológica que estime cualitativamente la demanda de la certificación de competencias en el sector Salud, fue necesario identificar un modelo que muestre cómo se organiza el sistema de salud para brindar los servicios de salud a los usuarios, con un enfoque en la persona, familia y comunidad.

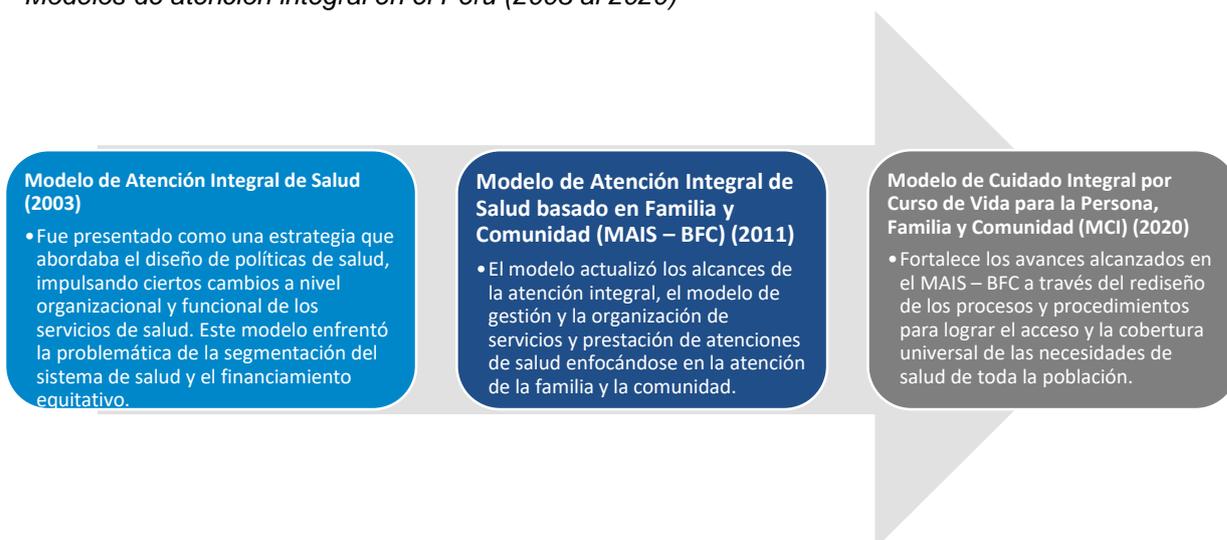
El MCI⁷ se desarrolla bajo un enfoque del sistema de salud, no desde el punto de vista de las funciones del ente rector. Complementariamente, se identificaron hitos importantes que evidencian el interés del sector por abordar políticas enfocadas en atender las necesidades de la población:

⁵ Documento de aprobación disponible en: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1286472>

⁶ En la Tabla N° 02 de la sección VI Gobernanza, mencionan un conjunto de dieciséis (16) actores: Ministerio del Ambiente (MINAM); Ministerio de Cultura (MINCUL); Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS); Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego (MIDAGRI); Ministerio de Defensa (MINDEF); Ministerio de Educación (MINEDU); Ministerio del Interior (MININTER); Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJUSDH); Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP); Ministerio de Salud (MINSAL); Ministerio de Transportes y Comunicaciones (MTC); Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE); Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (MVCS); Ministerio de la Producción; Ministerio de Comercio Exterior y Turismo; Presidencia del Consejo de Ministros (PCM).

⁷ Documento Técnico aprobado mediante Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA del 28 de enero de 2020. Documento de aprobación disponible en: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1253802>

Figura 4
Modelos de atención integral en el Perú (2003 al 2020)



Fuente: Modelo de Atención Integral de Salud (2003), Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS – BFC) (2011) y Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI) (2020).

Elaboración propia.

El MCI es un esfuerzo del sector Salud por mejorar con equidad, las condiciones o el nivel de salud de la población residente en el Perú, estableciendo las directrices y mecanismos para la provisión, organización, gestión y financiamiento del cuidado integral de salud; y, además, incorpora el enfoque de los determinantes sociales de la salud a fin de articular las acciones con los distintos sectores y niveles de gobierno.

A continuación, se presenta un comparativo entre la situación actual y el MCI que viene implementando el MINSA desde el 2020:

Tabla 1
Comparación entre la situación actual y el MCI

Área	Situación actual	MCI
Prestación	Profesional de salud individual.	Equipo multidisciplinario capaz de resolver las necesidades del usuario.
	Establecimientos de salud.	La oferta de servicios de salud se adecúa a los espacios de desarrollo de la persona mediante la oferta fija, móvil y telemedicina.
	Paquetes de servicios individuales.	Cuidado integral que incluye intervenciones individuales basadas en evidencia, incluyendo intervenciones familiares y comunitarios.
	Foco en la atención médica curativa con limitado énfasis en prevención.	Foco en los cuidados integrales con orientación biopsicosocial que prioriza aspectos de promoción y prevención sin descuidar la recuperación.
Organización	Establecimientos aislados con énfasis en el tercer nivel y basado en la demanda que atiende y disponibilidad de la oferta.	Redes Integrales de Salud (RIS) corresponden a las necesidades de la comunidad, primer nivel de atención con capacidad resolutoria que responda a las necesidades de la población en un ámbito territorial. Vías clínicas de cuidados integrados para el abordaje de las enfermedades crónicas. Cartera de servicios en base a los cuidados de cursos de vida.
	Modelo de atención uniforme.	Modelo más flexible para adaptar a las realidades diferentes del país.
	Organización de servicios según normas administrativas.	Organización de una red integrada de servicios según necesidades sanitarias.
Gestión	Funcional por resultados en determinadas condiciones clínicas.	Por resultados en el curso de vida y enfoque de procesos.

Área	Situación actual	MCI
Financiamiento	Asignación de recursos en base a volumen en producción.	Por resultados para el mantenimiento de la persona sana, control de condiciones crónicas y otras prevalentes.

Fuente: Documento Técnico "Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)".
Elaboración propia.

Asimismo, de la revisión de las características del MCI (MINSA, 2020), se identificaron los siguientes objetivos:

- Mejorar la accesibilidad que se origina debido a la presencia de barreras económicas, geográficas, organizacionales y culturales.
- Fomentar el primer contacto, un punto de entrada para la población, útil y accesible con capacidad resolutoria que responda a sus necesidades de salud.
- Desarrollar la atención longitudinal o permanente en el tiempo, así como regularidad en la relación entre el usuario y un proveedor estable de los servicios de salud.
- Ejercer la integralidad en salud, ofertando un conjunto de servicios disponibles que permitan cubrir las necesidades y problemáticas de salud de los diversos grupos que conforman la población usuaria. Incluye los diversos componentes de la atención en salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.
- Fortalecer la coordinación entre los distintos componentes del sistema de salud a través de la referencia y contrarreferencia entre los diversos proveedores de servicios para evitar la fragmentación de la atención en salud.
- Ejecutar el Cuidado Integral de la Salud enfocado en la persona, la familia y la comunidad, considerando sus necesidades y expectativas, estableciendo una adecuada relación con el equipo multidisciplinario de salud, instituyendo la corresponsabilidad en el cuidado de salud.
- Incentivar la formación de recursos humanos en salud que conformen el equipo multidisciplinario por las universidades del país desde el pregrado, incentivando competencias en atención primaria de salud para facilitar el cumplimiento de sus atributos.

En relación al público objetivo, el MCI se orienta a las siguientes escalas:

Figura 5
Escalas del público objetivo del sector salud

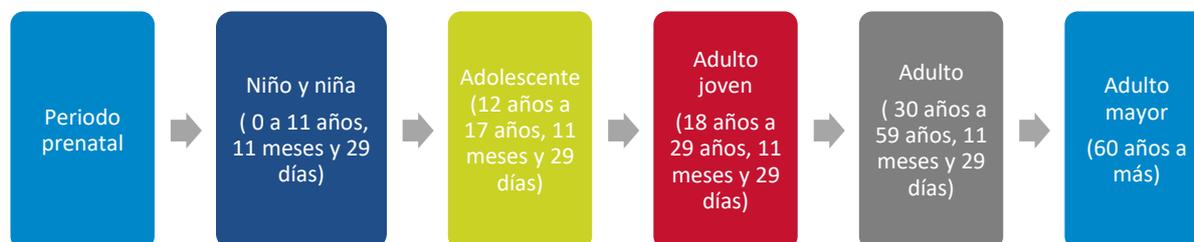


Fuente: Documento Técnico "Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)".
Elaboración propia.

Cabe precisar que la implementación del MCI se encuentra alineada al lineamiento 2.5 de la Matriz de Objetivos Prioritarios (OP) y Lineamientos, del OP 2: “asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población” (p.164) de la PNMS al 2030. Las etapas de vida que se consideran en el MCI son las siguientes:

Figura 6

Etapas de vida del cuidado integral de la salud por curso de vida



Fuente: Documento Técnico “Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)”.
Elaboración propia

Con relación al cuidado por ciclo vital de la familia, la familia constituye un espacio para el cuidado de la salud de sus miembros. La influencia de la familia en las condiciones de salud de un individuo, no sólo se da a través de los determinantes genéticos, sino también existen patrones de conductas familiares, sociales y ambientales que son contribuyentes importantes que incrementarán o disminuirán para vulnerabilidad del individuo a padecerlas. El MINSA señala que la alta prevalencia de problemas como los accidentes, adicciones, enfermedades crónicas están determinadas principalmente por los estilos de vida, las pautas y creencias que se generan en el seno familiar (MINSA, 2020).

Por ello, el cuidado integral para el mantenimiento de la familia busca incentivar comportamientos saludables y buenas prácticas. Además, se busca promover la paternidad y maternidad responsable mediante el diálogo de respeto intergeneracional poniendo énfasis en el manejo de las frustraciones y convivencia armoniosa, erradicando la violencia entre los miembros.

Las intervenciones operativas para la producción de los servicios del sector se estructuran de la siguiente manera:

Tabla 2

Escalas, Periodos de vida e Intervenciones establecidas por el MCI

Escala	Periodo	Intervenciones
Cuidados Individuales	Período prenatal	Cuidados preconcepcionales, incluyendo intervenciones de promoción
		Cuidados prenatales.
		Conocimientos y prácticas de cuidado para la madre, su hijo/hija y la familia.
		Evaluación integral, control nutricional, identificación de riesgo obstétrico y perinatal.
		Parto institucional y cuidado del puerperio.
	Niña-Niño	Apego precoz, lactancia materna, estimulación temprana.
		Suplementación con hierro y ácido fólico.
		Atención inmediata del recién nacido.
		Tamizaje neonatal.
		Inmunizaciones.
Cuidados Individuales	Niña-Niño	Control de crecimiento y desarrollo (CRED).
		Suplementación de hierro y tamizaje de hemoglobina.
		Tamizaje de parásitos y prescripción de antiparasitarios.
		Evaluación odontológica y salud bucal.
		Evaluación de la agudeza visual.
	Período prenatal	Tamizaje de violencia intrafamiliar.
		Educación a la familia.
		Consejería en higiene.
		Consejería de lactancia materna y alimentación complementaria.

Escala	Periodo	Intervenciones
Adolescente		Desarrollo de cuidados de salud mental, autoestima, habilidades sociales.
		Visitas domiciliarias, atención a prioridades y daños prevalentes.
		Evaluación nutricional y examen físico postural.
		Evaluación de la agudeza visual, auditiva y odontológica.
		Inmunizaciones.
		Tamizaje de anemia, parásitos, enfermedades no transmisibles. - Suplementación nutricional.
		Fortalecimiento de la autoestima, habilidades para la vida.
		Prevención de alcoholismo, uso de tabaco y nicotina.
		Control de peso y talla (obesidad)
		Prevención de enfermedades infecciosas.
		Prevención de embarazo.
		Diagnóstico y educación en habilidades sociales.
		Tamizaje de conductas de riesgos.
		Prácticas de seguridad vial.
		Preparación para desastres naturales y emergencias.
Atención a prioridades sanitarias.		
Joven		Desarrollo de cuidados de la salud mental, autoestima, habilidades sociales.
		Tamizaje de enfermedades no transmisibles.
		Evaluación nutricional.
		Inmunizaciones.
		Evaluación odontológica y salud bucal.
		Evaluación de la agudeza visual.
		Detección de riesgos y protección de ITS/VIH.
		Prevención de enfermedades transmisibles.
		Despistaje de cáncer de cuello uterino.
		Tamizaje de violencia familiar.
Atención de prioridades sanitarias y de daños prevalentes según guías de práctica clínica.		
Adulto		Evaluación integral periódica.
		Tamizaje de enfermedades no transmisibles: diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer de cuello uterino, de mama, de próstata.
		Prevención de complicaciones de enfermedades crónicas: pie diabético, retinopatía, insuficiencia renal.
		Consejería en planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual.
		Identificación y manejo de problemas de salud mental: estrés, ansiedad, depresión, alcoholismo.
		Alimentación y nutrición saludable.
		Visita domiciliaria, laboral.
		Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes según GPC.
Adulto Mayor		Valoración clínica.
		Evaluación nutricional.
		Evaluación de la salud mental.
		Evaluación de la agudeza auditiva.
		Inmunizaciones.
		Rehabilitación de piezas dentarias perdidas.
		Evaluación ocular: agudeza visual, tonometría, fondo de ojo.
		Tamizaje de enfermedades no transmisibles.
		Tamizaje de cáncer.
		Consejería en autocuidado, salud mental, alimentación y nutrición saludable.
Sesión educativa: uso de tiempo libre, habilidades para la vida.		
Familia	Familia en formación	Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes según guía de práctica. Visita domiciliaria integral.
		Preparación para la vida en pareja.
		Preparación para la paternidad y maternidad.
		Desarrollo de valores y principios.
		Desarrollo de habilidades de comunicación asertiva.
	Familia en expansión	Distribución de roles y responsabilidades. Familia en formación.
		Reajuste cultural.
		Maternidad saludable
		Cuidados del recién nacido.
		Distribución adecuada de roles con la pareja y los hijos.
	Familia en dispersión	Gestión de los recursos familiares.
		Crecimiento y maduración con los hijos
		Preparación para la emancipación de los hijos.
		Redistribución de roles entre los miembros de la familia.
		Soporte en las etapas de menopausia y climaterio.
Familia en contracción	Manejo de recursos familiares.	
	Relacionamiento con los hijos y sus familias.	
	Preparación para el retiro o jubilación.	
	Preparación para el fallecimiento de la pareja.	

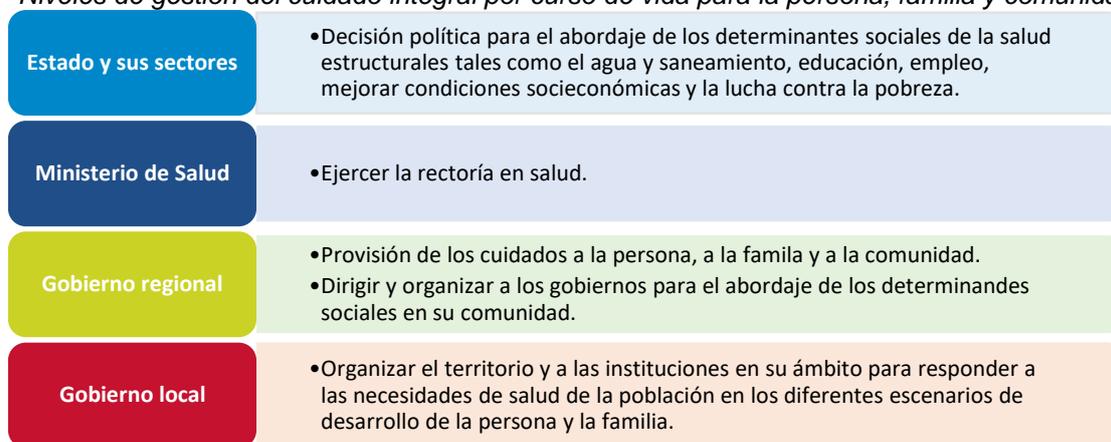
Escala	Periodo	Intervenciones
		Cuidados para enfrentar riesgos a la salud.
		Cuidados para prevenir complicaciones de enfermedades crónicas.
		Salud comunitaria.
Comunidad		Vigilancia epidemiológica.
		Salud ambiental.
		Salud ocupacional
		Emergencias y desastres

Fuente: Documento Técnico “Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)”.
Elaboración propia

A nivel de gestión, el MCI para la persona, familia y comunidad abarca los tres (3) niveles de gobierno y reconoce la importancia de articular las acciones de manera intersectorial. Hay funciones que son directas del MINSA como autoridad nacional; sin embargo, también existen funciones que son de responsabilidad de otros sectores por los determinantes sociales que influyen en la salud y bienestar de las personas, tal como se muestra en el siguiente gráfico:

Figura 7

Niveles de gestión del cuidado integral por curso de vida para la persona, familia y comunidad



Fuente: Documento Técnico: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 030-2020-MINSA
Elaboración propia

La exploración realizada da cuenta de que el sector salud funciona en articulación con otras esferas. Los actores de este, especialmente el ente rector, operan en coordinación y cooperación con muchas otras instituciones en la prevención, atención y seguimiento del estado de salud de la población. Esto se encuentra plasmado en el MCI, que, teniendo como eje la persona, establece una serie de intervenciones que requieren en muchos casos la participación de múltiples instituciones, de múltiples disciplinas e implica que la salud pública es una tarea que excede a los establecimientos de salud e implica a toda la sociedad. Cabe precisar que, el MCI es el marco conceptual en el que se sustenta la metodología propuesta para la estimación de la demanda de certificación de competencias en el sector Salud desde un enfoque cualitativo.

1.2. Organización del sector Salud

Para definir adecuadamente un sector se requiere describir su naturaleza, que implica definirlo semánticamente y, además, establecer los linderos que permita identificar la “parte” de la que estamos hablando. En la medida que se trata de definir el sector Salud, es necesario definir lo que es salud. La salud es definida por la OMS (2014) como el “(...) estado de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad.” Asimismo, el goce máximo de la salud “(...) es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o

condición económica o social (p.1). El acceso y cobertura universal a la salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, acorde con sus necesidades⁸.

En cuanto a su delimitación sectorial, existen muchas aproximaciones, incluyendo aquella que la hace equivalente al espacio ocupado por el “*sistema*” de salud. Las distintas aproximaciones pueden concentrarse en tres (3) grupos: aquellas restrictivas al ámbito de intervención y bajo control directo de la autoridad sanitaria, que en nuestro país lo ejerce el Ministerio de Salud; otras, más amplias, que incluyen a todos los servicios de salud personales y no personales, así como las intervenciones en salud pública, pero se excluyen las acciones intersectoriales diseñadas para el mejoramiento de la salud; y, finalmente, un grupo de definiciones en donde sus linderos incluyen a todo recurso vinculado al cuidado y atención de la salud, incluso las intervenciones de carácter intersectorial (OPS, 2006).

En el Perú, hasta hace poco se entendía al sector y al sistema de salud como sinónimos, y se asignaba dicha condición al conjunto de instituciones que cuentan con servicios que brindan atenciones de salud a la población y cuyas entidades integrantes fueron establecidos en la derogada Ley N° 27813, Ley de creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud⁹. Al respecto, a continuación, se explica brevemente los conceptos claves del sector y la diferencia entre cada uno de ellos.

1.2.1. Definición y organización del sector Salud

De acuerdo al artículo 4 del Decreto Legislativo 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del MINSA¹⁰, el sector Salud está conformado por el MINSA como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la ley, y tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva. Asimismo, en su condición de ente rector y dentro del ámbito de sus competencias, “(...) *determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: Essalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas*”¹¹.

Por su parte, de acuerdo con el artículo 23 del Reglamento de la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud¹², el sector Salud está conformado por:

- a) El MINSA ente rector y autoridad nacional de salud.
- b) Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Seguro Integral de Salud (IPRESS) públicas, privadas y público-privadas.
- c) Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud

⁸ OMS (s.f.) Salud Universal. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>

⁹ Derogada por la Tercera Disposición Complementaria Derogatoria del Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, publicado el 11 de mayo de 2020.

¹⁰ Publicado el 8 de diciembre del 2013. Disponible en el siguiente enlace: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1091541>

¹¹ Articulado incorporado por el [Artículo 3 de la Ley N° 30895](#), Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, publicada el 28 diciembre 2018. Posteriormente dicho articulado fue modificado por la [Única Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N° 1504](#), publicado el 11 mayo de 2020.

¹² Articulado incorporado por el [Artículo 3 de la Ley N° 30895](#), Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, publicada el 28 diciembre 2018. Posteriormente dicho articulado fue modificado por la [Única Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N° 1504](#), publicado el 11 mayo de 2020.

- (IAFAS) y otros compradores y financiadores institucionales de los servicios de salud, públicos, privados y público–privado.
- d) Las Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS), públicas, privadas y público–privadas.
 - e) Las entidades públicas y privadas formadoras de Recursos Humanos en Salud.
 - f) Las entidades productoras y comercializadoras de otros recursos en salud.
 - g) Las entidades que pertenecen al Estado, en todos los niveles de gobierno, cuando en el ejercicio de sus competencias tienen impacto directo o indirecto sobre la salud o los Determinantes Sociales de la Salud.
 - h) Las personas jurídicas públicas, privadas, público– privadas y personas naturales que realizan actividades de impacto directo o indirecto sobre la salud o los determinantes sociales de la salud.
 - i) La sociedad civil que realiza actividades vinculadas a las competencias en materia de salud.
 - j) La población en general.

1.2.2.El Sistema Nacional de Salud (SNS)

Por su parte, el artículo 24 del Reglamento de la Ley N° 30895, define al SNS como el “(...) conjunto de las instituciones u organizaciones vinculadas directamente con la producción de todo tipo de servicios de salud, para asegurar el cumplimiento de las políticas públicas, principios y normas que orientan la intervención del Estado en materia de salud (...)” con el objetivo de garantizar la salud individual y colectiva a nivel del país. Asimismo, el SNS, se encuentra bajo la conducción del MINSA como rector a nivel nacional en materia de salud.

La siguiente tabla expone las diferencias entre el sector Salud y el SNS:

Tabla 3
Comparativo entre el sector Salud y el SNS

Sector salud	Sistema de salud
El MINSA como ente rector y Autoridad Nacional de Salud.	El Ministerio de Salud y sus organismos adscritos, en ejercicio de sus competencias y atribuciones.
Las entidades que pertenecen al Estado, en todos los niveles de gobierno, cuando en el ejercicio de sus competencias tienen impacto directo o indirecta sobre la salud a los determinantes sociales de la salud.	El Seguro Social de Salud – EsSalud.
Las IPRESS públicas ¹³ , privadas y público- privadas.	La Sanidad de la Policía Nacional del Perú, las sanidades de las Fuerzas Armadas, la Dirección de Salud del Instituto Nacional Penitenciario.
Las IAFAS y otros compradores y financiadores institucionales de los servicios de salud, públicos, privados y público – privados.	Los ministerios, organismos públicos, programas y proyectos del Poder Ejecutivo vinculados a la implementación de las políticas de salud.
Las Unidades de Gestión de las IPRESS (UGIPRESS), públicas, privadas y público –privadas.	A nivel regional: Los Gobiernos Regionales a través de las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces, así como las demás instancias bajo su ámbito, en ejercicio de sus competencias y funciones en materia de salud, vinculados a las políticas de salud.
Las personas jurídicas públicas, privadas, público – privadas y personas naturales que realizan actividades de impacto directo o indirecto sobre la salud o los determinantes sociales de la salud.	Otros: Las IPRESS públicas y privadas. Las IAFAS públicas y privadas. Las demás instituciones públicas, privadas y público privadas, vinculados a las políticas de salud.
La sociedad civil que realiza actividades vinculadas a las competencias en materia de salud.	
Las entidades públicas y privadas formadoras de Recursos Humanos en Salud.	
La población en general.	

Fuente: Reglamento de la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
Elaboración propia

¹³ En las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud (IPRESS) se consideran a las Direcciones Regionales de Salud (DIREAS), Gerencias Regionales de Salud (GERESAS), Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), Seguro Social de Salud (EsSalud), Sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú e Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS).

Tal como se observa, el sector Salud incluye a todos los actores que forman parte del sector, a la sociedad civil y población en general debido a que de manera directa o indirecta se relacionan con la salud o determinantes sociales de la salud. Por su parte, el sistema de salud forma parte del sector. La diferenciación de los conceptos ayuda a tener una mejor comprensión de las acciones del Estado y su organización para el cuidado y la atención de la salud en el país.

Funciones rectoras, específicas y esenciales de salud pública del MINSA

Para identificar las funciones del ente rector del sector Salud, es necesario tener en cuenta las áreas de su competencia, las mismas que se detallan en el artículo 3 de la LOF del MINSA¹⁴. Así, para lograr su propósito o finalidad en sus áreas de competencia, el MINSA ejerce una serie de funciones establecidas de acuerdo con la normativa vigente. Principalmente, existen tipos de funciones: rectoras, específicas, específicas compartidas y esenciales.

Las **funciones rectoras** del Ministerio de Salud son:

- a) Conducir, regular y supervisar el Sistema Nacional de Salud.
- b) Formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno.
- c) Supervisar y evaluar la implementación de políticas, acciones e intervenciones en materia de investigación, innovación y tecnologías en salud, vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria.
- d) Definir las prioridades para asignar los recursos financieros necesarios para la atención de la población con equidad, respondiendo a las prioridades sanitarias, garantizando y vigilando la complementariedad de los recursos de diferentes fuentes.
- e) Regular y dictar normas de organización para la oferta de salud, de los diferentes prestadores que brindan atenciones, para que en conjunto sean integrales, complementarias, de calidad, y que preste cobertura de manera equitativa y eficiente a las necesidades de atención de toda la población.
- f) Regular y fiscalizar los recursos, bienes y servicios del sector salud en el ámbito nacional.
- g) Realizar el seguimiento y evaluación respecto del desempeño y obtención de resultados alcanzados de las políticas, planes y programas en materia de su competencia, en los niveles nacionales, regionales y locales, así como a otros actores del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional y adoptar las acciones que se requieran, de acuerdo a ley.
- h) Dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud, la gestión de los recursos

¹⁴ Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud

Artículo 3°. - Ámbito de Competencia

El Ministerio de Salud es competente en:

- 1) Salud de las personas
- 2) Aseguramiento en salud
- 3) Epidemias y emergencias sanitarias
- 4) Salud ambiental e inocuidad alimentaria
- 5) Inteligencia sanitaria
- 6) Productos farmacéuticos y sanitarios, dispositivos médicos y establecimientos farmacéuticos
- 7) Recursos humanos en salud
- 8) Infraestructura y equipamiento en salud
- 9) Investigación y tecnologías en salud".

- del sector; así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia.
- i) Otorgar, reconocer derechos a través de autorizaciones y permisos, de acuerdo con las normas de la materia, en el ámbito de su competencia.
 - j) Establecer las normas y políticas para fortalecer y garantizar el acceso al aseguramiento universal en salud en el país.
 - k) Ejercer la Autoridad de Sanidad Internacional, para el control epidemiológico en aeropuertos, puertos y puestos de control de fronteras, ante una epidemia o pandemia.
 - l) Ejercer la diplomacia en salud en los espacios de integración global, subregional y regional.
 - m) Las demás funciones que se establezca por Ley.

Por debajo de estas se encuentran **veintinueve (29) funciones específicas**, de las cuales **diecisiete (17) son de competencia compartida**, conforme a lo previsto en la Ley 27783, Ley de Bases de la Descentralización; la Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales; y la Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades. De todas ellas, las funciones descritas en el literal h) e i) del artículo 6 de la LOF del MINSA, referidas a la promoción de la capacitación y el desarrollo de los recursos humanos en salud (RHUS) y la promoción de la calidad del servicio de salud, respectivamente, se encuentran relacionadas con el tratamiento de los recursos humanos en el Sector y estarían vinculadas con el objetivo de la certificación de competencias, ya que, al contar con personal altamente calificado para realizar determinadas funciones se favorece la calidad del servicio que se brinda.

Respecto a las otras **doce (12) funciones específicas** cumplidas exclusivamente por el MINSA en el marco de sus competencias, se advierte que la función descrita en el literal e) del artículo 7 de la LOF del MINSA, referida a la promoción y participación en el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades y competencias de los RHUS tendría vinculación con la certificación de competencias.

Por otro lado, en el artículo 7 del Reglamento de la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud¹⁵ se establece seis (6) mecanismos para el desarrollo de las funciones rectoras del MINSA. Estos mecanismos son: a) conducción sectorial, b) regulación y fiscalización, c) armonía en la provisión de los servicios sociales, d) garantía del aseguramiento en salud, d) modulación del financiamiento y e) medición de la ejecución del tercer tipo de función: las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP). Cada mecanismo determina su propio ámbito de intervención del MINSA. En el siguiente gráfico se describe en qué consiste o qué temática abarca cada mecanismo.

¹⁵ Aprobado mediante Decreto Supremo N° 030-2020-SA del 15 de octubre de 2020. Disponible en el siguiente enlace: <https://spji.minjus.gob.pe/spji-ext-web/detallenorma/H1268449>

Figura 8

Mecanismos para el desarrollo de las funciones rectoras en el sector salud

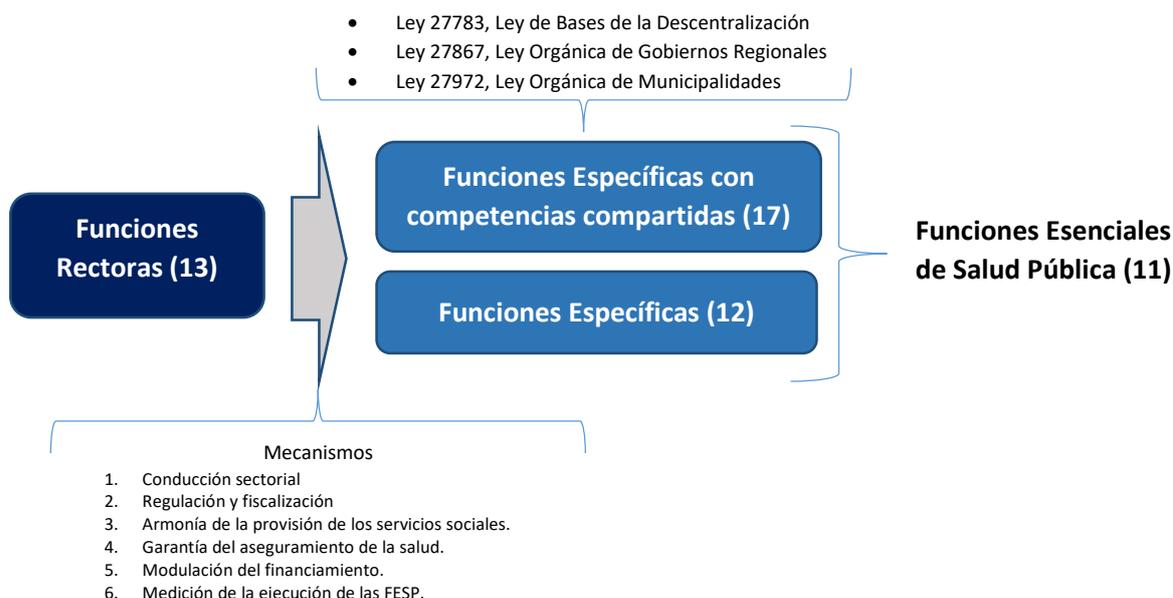
Conducción sectorial	<ul style="list-style-type: none">• Formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, regular, fiscalizar, supervisar y evaluar las políticas nacionales sectoriales y multisectoriales de salud, orientado a las entidades e instituciones del sector y movilizando instituciones y grupos sociales en apoyo de dichas políticas.
Regulación y fiscalización	<ul style="list-style-type: none">• Diseño, perfeccionamiento y actualización del marco legal y normativo, de aplicación nacional o institucional, que asegure la protección y promoción de la salud de la población, respalde el ejercicio de su función rectora y el desarrollo de la capacidad institucional para la regulación y control; así como, el diseño e implementación de acciones para garantizar su cumplimiento.
Armonía de la provisión de los servicios sociales	<ul style="list-style-type: none">• Promover la complementariedad de los diversos prestadores de servicios de salud públicos, privados y público-privado, en función a la necesidad de los usuarios, para lograr la cobertura de atenciones de salud de manera oportuna, equitativa y eficiente.
Garantía del aseguramiento en salud	<ul style="list-style-type: none">• Acceso a un conjunto garantizado de servicios de salud para todos los residentes del territorio nacional, a través de una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) pública, privada o público - privadas, sobre la base mínima del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
Modulación del financiamiento	<ul style="list-style-type: none">• Garantizar, vigilar y adecuar la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.
Medición de la ejecución de las FESP	<ul style="list-style-type: none">• Evaluar el grado de ejecución de las funciones esenciales que realiza de manera directa y de manera coordinada con otros actores del sistema.

Fuente: Reglamento de la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
Elaboración propia.

Con relación a las **funciones esenciales de salud pública (FESP)**, de acuerdo con el artículo 14 del Reglamento de la Ley N° 30895, son aquellas que permiten una mejor práctica de la salud pública. Las FESP son once (11) y aquellas vinculadas con la certificación de competencias son el desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; y la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva. Dado que, al contar con personal capacitado, calificado y certificado, estaría garantizando la prestación de los servicios de salud en el SNS.

Figura N° 9.

Marco conceptual de las funciones del MINSA



Fuente: Reglamento de la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
Elaboración propia.

1.2.3. Instrumentos de gestión del MINSA

De acuerdo con el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2024 ampliado del MINSA¹⁶, la misión institucional del Ministerio de Salud, alineada a las competencias y funciones establecidas en la Ley de Organización y Funciones (LOF) del MINSA¹⁷, es:

“Conducir con eficiencia e integridad el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud basado en Redes Integradas de Salud, la política para el aseguramiento universal en salud, y las políticas y acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales; en beneficio de la salud y el bienestar de la población”. (p.6)

Por su parte, el MINSA cuenta con el “Documento Prospectivo al 2030 del Sector Salud”, elaborado por la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM) del MINSA¹⁸, donde se desarrolla el diseño del modelo conceptual del sector salud, definido como una “estructura sistemática que refleja el estado del conocimiento con relación al tema central del sector”. El modelo conceptual del sector explica el orden lógico de la organización de los principales temas sobre los cuales este se estructura. El documento corresponde a la fase prospectiva y representa el insumo fundamental para la elaboración del Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021 del Sector Salud al año 2025¹⁹, correspondiente a la fase estratégica.

¹⁶ Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 621-2021/MINSA del 13 de mayo de 2021.

¹⁷ Aprobado mediante Decreto Legislativo N° 1161 del 7 de diciembre de 2013. Recuperado de: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallnorma/H1091541>

Cabe señalar que la LOF del MINSA tuvo una fe de erratas publicada el 19 de diciembre de 2013, donde se modifican las únicas disposiciones complementarias modificatoria y derogatoria. Recuperado de: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallnorma/H1092249>

¹⁸ Publicado en el portal de transparencia, en Planes y Políticas-PESEM del MINSA. El documento cuenta con el Informe Técnico del CEPLAN N° 012-2016-CEPLAN-MAFT. Cabe precisar que el 19 de mayo de 2022 se aprobó la ampliación del horizonte temporal del Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016 – 2021 del Sector Salud al año 2025, mediante la Resolución Ministerial N° 364-2022/MINSA.

¹⁹ Mediante Resolución Ministerial N° 367-2016/MINSA del 2 de junio del 2016 se aprobó el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021 y mediante Resolución Ministerial N° 364-2022/MINSA, publicada el 21 mayo 2022, se

El PESEM 2016-2021 del Sector Salud al año 2025 contiene las políticas de salud traducidas en las acciones estratégicas y tiene por finalidad conducir a mejorar la salud de la población, permitiendo planificar intervenciones para reducir el déficit de oferta de servicios de calidad, la implementación efectiva de la Ley de Aseguramiento Universal de Salud y, por consiguiente, la atención de las necesidades de la población desde una perspectiva de los derechos de salud de la ciudadanía. El documento sintetiza la información desarrollada en la Fase Prospectiva y describe la Fase Estratégica del sector, presentando un *escenario apuesta al 2021*, la visión del sector. Contiene tres (3) objetivos estratégicos y trece (13) acciones estratégicas priorizadas; cada objetivo y acción cuenta con indicadores representativos y trazadores, permitiendo el seguimiento y la evaluación.

El análisis del impacto de las tendencias del sector permitió identificar al MINSA un total de veinticinco (25) variables estratégicas para los catorce (14) subcomponentes plasmados en el modelo conceptual, el análisis de influencia y la priorización de acciones estratégicas. A continuación, se muestran las variables estratégicas del modelo conceptual del sector salud:

Tabla 4

Definición de las variables estratégicas en el modelo conceptual del sector salud

Componente	Subcomponente	Variable estratégica
Sistema de Salud	Rectoría y Gobernanza	Nivel de concordancia de políticas intersectoriales
		Nivel de mejora del desempeño regional
		Nivel de funcionamiento de municipios saludables
		Grado de articulación de políticas intergubernamentales
		Nivel de participación social
	Aseguramiento universal	Nivel de aseguramiento de salud
	Financiamiento	Nivel de protección financiera
	Provisión de servicios de salud de calidad	Acceso a servicios de salud de calidad
		Brecha de inversiones
		Brecha de talento humano
		Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos
Grado de modernización de la gestión hospitalaria		
Innovación y conocimientos en salud	Nivel de acreditación de establecimientos de salud	
	Grado de innovación tecnológica en salud	
	Determinantes Sociales de la Salud	Condiciones de vida
		Acceso a agua segura y saneamiento básico
	Estilos de vida	Acceso a una alimentación saludable
Seguridad alimentaria	Estado nutricional	
Condiciones en el trabajo	Nivel de ausentismo laboral	
Educación	Nivel de educación en mujeres	
Necesidades y demandas de salud de la ciudadanía	Salud Materno Infantil	Nivel de mortalidad materna
		Nivel de mortalidad neonatal
	Enfermedades transmisibles	Incidencia de tuberculosis
	Enfermedades no transmisibles	Incidencia de cáncer
		Prevalencia de diabetes Mellitus
Urgencias y emergencias	Nivel de mortalidad por urgencias y emergencias de salud	

Fuente: Documento Prospectivo del Sector Salud al 2030.

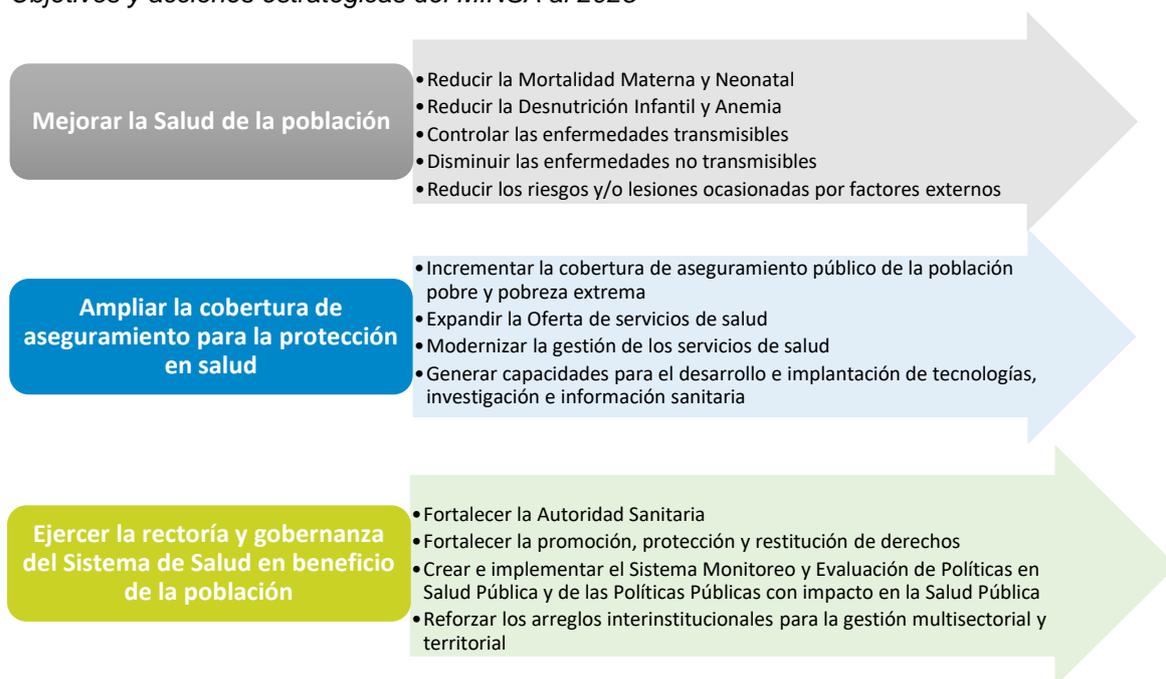
Adecuado de la tabla N° 1.4 del PESEM 2016-2021 del Sector Salud al año 2025.

Con relación a los objetivos y acciones estratégicas, como se mencionó, el PESEM 2016-2021 del sector Salud ampliado al 2025 cuenta con tres (3) objetivos estratégicos definidos y trece (13) acciones estratégicas que proporcionan una plataforma para la toma de decisiones del MINSA, reflejando la concretización de los objetivos estratégicos sectoriales:

dispone a aprobar la ampliación del horizonte temporal del Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016 - 2021 del Sector Salud al año 2025.

Figura 10

Objetivos y acciones estratégicas del MINSA al 2025



Fuente: PESEM 2016-2021 del Sector Salud al año 2025.
Elaboración propia.

Por su parte, el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2024 ampliado del MINSA²⁰ prioriza ocho (8) objetivos estratégicos con el fin de garantizar el derecho a la salud de la población, satisfacción de sus necesidades a través de la prestación de servicios de salud de calidad con eficiencia, los cuales serán medidos en función a veinticinco (25) indicadores de resultado; cuarenta y dos (42) acciones estratégicas a implementar, y a su vez estas acciones cuentan con sesenta y nueve (69) indicadores que miden el nivel de avance:

Tabla 5.

Objetivos estratégicos institucionales e indicadores del PEI del MINSA

Objetivo Estratégico Institucional	Indicador
OEI.01 Prevenir, vigilar, controlar y reducir el impacto de las enfermedades, daños y condiciones que afectan la salud de la población, con énfasis en las prioridades nacionales.	1. Prevalencia de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses de edad.
	2. Prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años de edad.
	3. Tasa de mortalidad neonatal x 1000 nacidos vivos.
	4. Razón de mortalidad materna x 100 mil nacidos vivos.
	5. Proporción de embarazo en adolescentes.
	6. Tasa de mortalidad en cáncer por 100 mil habitantes.
	7. Tasa de mortalidad de tuberculosis por 100 mil habitantes.
	8. Incidencia de VIH en poblaciones de alto riesgo por 100 mil personas.
	9. Tasa de sífilis congénita por mil nacidos vivos.
	10. Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 15 a más años de edad en tratamiento, con presión arterial controlada.
	11. Proporción de mujeres que sufrieron violencia física y/o sexual ejercida por el esposo o compañero en los últimos 12 meses.
	12. Tasa de mortalidad por suicidio por 100 mil habitantes.
	13. Proporción de niñas y niños de 12 meses y 29 días con vacunación completa.
	14. Proporción de población afiliada al SIS.
	15. Proporción de población afiliada a un seguro de salud.
	16. Porcentaje de afiliados a IAFAS que se atienden por intercambio prestacional.
OEI.02 Garantizar el acceso a cuidados y servicios de salud de calidad organizados en redes integradas de salud, centradas en la persona,	

²⁰ Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 621-2021/MINSA del 13 de mayo del 2021.

Objetivo Estratégico Institucional	Indicador
familia y comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.	17. Rango promedio de hospitalización Nivel II (días). 18. Rango promedio de hospitalización Nivel III (días). 19. Porcentaje de IPRESS ESSALUD, MINSA y GORE que atienden por intercambio prestacional.
OEI.03 Velar por la eficacia, seguridad y calidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, y la inocuidad de los alimentos y calidad del agua para consumo humano.	20. Proporción de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos pesquisados con resultado conforme en el control de calidad.
OEI.04 Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud, y la gestión institucional; para el desempeño eficiente, ético e íntegro, en el marco de la modernización de la gestión pública.	21. Proporción del gasto de bolsillo del hogar con respecto al gasto total en salud.
OEI.05 Mejorar la gestión y el desarrollo de los recursos humanos en salud con énfasis en competencias, y la disponibilidad equitativa en el país.	22. Densidad de RRHH del sector salud x 10 mil habitantes.
OEI.06 Mejorar la toma de decisiones, la prestación de servicios públicos, el empoderamiento y la satisfacción de la población a través del gobierno digital en salud.	23. Proporción de la población que cuenta con Historia Clínica Electrónica.
OEI.07 Fortalecer las capacidades y de la gestión de la generación, el análisis, el uso y la transferencia del conocimiento en salud.	24. Proporción de políticas o intervenciones en salud que se implementan en base a evidencias científicas que genera el CDC.
OEI.08 Fortalecer la gestión del riesgo y defensa ante emergencias y desastres.	25. Número de regiones que cuentan con planes específicos de los procesos de preparación, respuesta y rehabilitación en salud, frente a emergencias y desastres, financiados.

Fuente: PEI 2019-2024 ampliado del MINSA.
Elaboración propia.

Cuenta con siete (7) lineamientos que orientan el accionar del ente rector, los cuales se encuentran alineados a los componentes y subcomponentes del modelo conceptual del sector salud, así como con los objetivos estratégicos establecidos en el PESEM²¹.

1.2.4. Subsistemas de prestación de servicios

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2006)²², el grado de integración y el tipo de interacciones existentes dentro de un sistema único de salud, o entre los distintos subsistemas, van a determinar la capacidad de respuesta del sistema de salud en su conjunto a las demandas de salud de sus beneficiarios. Es decir, a mayor grado de integración entre los subsistemas, mayor capacidad de respuesta del sistema como un todo. Algunos elementos críticos que van a determinar una menor capacidad de respuesta del sistema a las necesidades de salud de la población son:

²¹ Se trata de los siguientes lineamientos:

1. Acceso a servicios integrales de salud y aseguramiento universal en salud.
2. Políticas y acciones de salud pública sobre los determinantes sociales de la salud.
3. Provisión de cuidados y servicios en redes integradas de salud, con uso intensivo de telesalud, que atienden las necesidades de la población.
4. Recursos humanos en el sistema de salud suficiente, competente y comprometido.
5. Rectoría y gobernanza, eficaz y eficiente del MINSA sobre el sistema de salud.
6. Integridad y lucha contra la corrupción y Gobierno Abierto.
7. Gestión territorial con enfoque de derechos en salud e interculturalidad.

²² Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. (2006). Análisis del sector salud. Una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos <https://www.observatoriorh.org/es/analisis-del-sector-salud-una-herramienta-para-viabilizar-la-formulacion-de-politicas-lineamientos-1>

Figura 11
Subsistemas de salud



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2006).
Elaboración propia.

En el Perú, el sistema de salud tiene las tres (3) características críticas descritas: es un sistema fragmentado, segmentado y con un gasto de bolsillo elevado. La segmentación dio origen a la existencia de un conjunto de subsistemas de salud:

- a) **El subsistema público abierto de salud**²³, financiado fundamentalmente por el SIS y cuyo aparato prestador está a cargo de las IPRESS del MINSA en Lima Metropolitana y aquellas a cargo de los gobiernos regionales, a través de las DIREAS y GERESAS.
- b) **El subsistema de seguridad social**, financiado por EsSalud y cuyo brazo prestador de servicios de salud está bajo el mando de la misma institución, organizada en redes de salud. Su financiamiento está a cargo de un copago entre los empleadores y el Estado.
- c) **El subsistema público cerrado de salud**, conformado por las sanidades de las FFAA (Ejército, Marina, FAP) y la Sanidad de la PNP.
- d) **El subsistema privado de servicios de salud**, en el que se encuentra una gama muy amplia y heterogénea de servicios de salud, simples y complejos, incluyendo las boticas y farmacias. Su financiamiento también es heterogéneo: seguros privados, autoseguros, entre otros.
- e) **El subsistema de salud tradicional**, no referenciado ni aceptado como existente, sin embargo, subsiste en amplias franjas poblacionales y en la que se encuentra un conjunto heterogéneo de operadores vinculados a la tradición sanitaria precolombina. En este subsistema se encuentran los curanderos, chamanes, hueseros, parteras tradicionales, entre otros.

1.2.5. Organización de la oferta de servicios de salud

El sistema de salud peruano está organizado en tres (3) niveles de atención que vinculan la magnitud y severidad de las necesidades de la salud con la capacidad resolutoria cualitativa y cuantitativa de la oferta (MINSA, 2011). Cada nivel cuenta con un conjunto de IPRESS, las cuales han sido agrupadas en categorías por cada nivel. Los niveles se

²³ Pese a su particularidad de financiamiento (una combinación de autofinanciamiento y del SIS) pertenece a este rubro el Sistema Metropolitano de la Solidaridad, SISOL, de la Municipalidad Metropolitana de Lima, y otras IPRESS vinculadas a las municipalidades.

han planificado en función a la complejidad del servicio de salud que se brinda en cada uno de ellos.

Figura 12

Niveles de atención sistema de salud peruano

Primer nivel de atención	Segundo nivel de atención	Tercer nivel de atención
<ul style="list-style-type: none"> • Categoría I-1 • Categoría I-2 • Categoría I-3 • Categoría I-4 	<ul style="list-style-type: none"> • EESS de Atención General (Categoría II - 1 y Categoría II-2) 	<ul style="list-style-type: none"> • EESS de Atención general (Categoría III-1) • EESS de Atención Especializada (Categoría III-E y Categoría III-2)

Fuente: NTS N° 021-MINSA / DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud". Elaboración propia.

Respecto a los niveles de atención, el documento *técnico* "Manual de implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Cursos de Vida para la Persona, Familia y Comunidad"²⁴ del MINSA (2021), señala que:

- Primer nivel de atención:** En este nivel se desarrollan principalmente las actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, y control de daños a la salud diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, lo cual permite resolver las necesidades de atención de salud básicas y más frecuentes de la persona, familia y comunidad.
- Segundo nivel de atención:** Es un nivel de salud con mayor capacidad resolutoria que el primer nivel; cuenta con mayor número de profesionales de salud especializados y recursos tecnológicos superiores y desarrollan actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud. Está constituido por establecimientos que brindan atención de hospitalización.
- Tercer nivel de atención:** Es el nivel de mayor especialización y capacidad resolutoria en cuanto a recursos humanos y tecnológicos dirigidos a la solución de necesidades de salud que son referidas de los niveles de atención precedentes, así como aquellas que acuden a los establecimientos de este nivel por razones de urgencia o emergencia. Está constituido por establecimientos que brindan atención de alta complejidad.

Siendo las principales características del sistema de salud su fragmentación, segmentación y alto costo para el usuario, queda en evidencia la fragilidad del sistema de salud para atender los problemas de salud pública, atender de manera preventiva escenarios endémicos o pandémicos como el vivido durante la emergencia sanitaria a causa de la COVID-19. Como veremos, esta situación contrasta con la detallada normativa que reconoce y regula el accionar de los profesionales del sector salud, así como otras ocupaciones vinculadas.

1.3. Profesiones y ocupaciones del sector Salud

El sistema de salud no podría funcionar sin la labor que realiza el personal o recurso humano del sector Salud. Por ello, en la presente sección se describe las profesiones y ocupaciones, así como su nivel de dependencia en el trabajo asistencial que realiza el personal de salud.

Como se señaló, Ley N° 23536, Ley que establece las normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud²⁵, establece que se consideran al personal de salud a las siguientes profesiones: médico, cirujano dentista, químico-

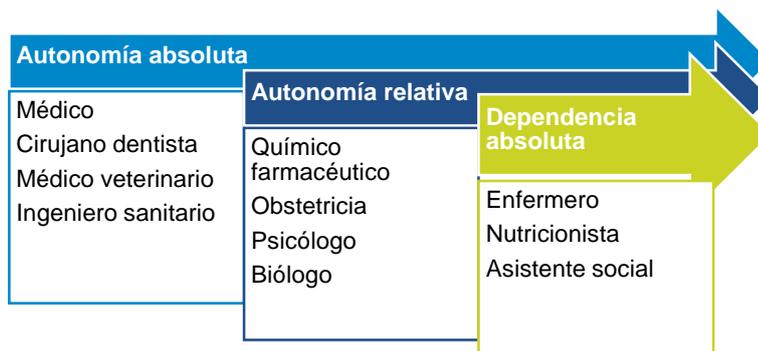
²⁴ Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 220-2021/MINSA del 12 de febrero de 2021.

²⁵ Disponible en el siguiente enlace: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H726861>

farmacéutico, obstetra, enfermero, médico veterinario (únicamente los que laboren en el campo asistencial de la salud pública), biólogo, psicólogo, nutricionista, ingeniero sanitario, asistente social²⁶.

En relación con el criterio de dependencia profesional, el artículo 34 del Reglamento de la Ley 23536, Ley de trabajo y carrera de profesionales de la salud, aprobado con Decreto Supremo N° 00019-83-PCM, señala que la dependencia profesional se rige por el grado de autonomía que tiene cada profesión. En ese sentido, las profesiones se clasifican en:

Figura 13
Clasificaciones por tipo de autonomía profesional



Fuente: Ley 23536, Ley de trabajo y carrera de profesionales de la salud.
Elaboración propia.

Respecto a los perfiles de los profesionales de salud señalados en la Ley N° 23536, a continuación, se presenta un resumen de dichos perfiles y el ámbito funcional de las profesiones universitarias, de acuerdo con el marco normativo vigente, a excepción del químico o ingeniero químico que no se encuentran incluidos en la ley antes mencionada.

1.3.1. Clasificación de las ocupaciones del sector Salud

Bajo responsabilidad de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) se originó la denominada Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones, como herramienta para organizar los empleos en una serie de grupos definidos claramente en función de las tareas que comporta cada empleo (OIT, 2021), la misma que ha tenido muchas versiones y siempre ha estado estrechamente relacionado con la labor de la Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo (CIET) que se reúne bajo los auspicios de la Organización Internacional del Trabajo.

La versión original de la CIUO fue publicada en 1958 (CIUO-58) Actualmente, se encuentra vigente una versión aprobada el 2008, en la que la ocupación constituye una descripción del conjunto de tareas y obligaciones llevados a cabo por o asignadas a una persona. Las personas ocupadas se clasifican por ocupación según su relación con el puesto trabajo actual (OIT, 2007).

El 2013, la OIT, en el marco de la 19° Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo, aprobó la “Resolución I: Resolución sobre las estadísticas del trabajo, la ocupación y la subutilización de la fuerza de trabajo”, en la que se definen cinco formas de trabajo mutuamente excluyentes para su medición por separado:

²⁶ De conformidad con la Primera Disposición Complementaria Final de la Ley N° 30112, publicada el 28 noviembre 2013, se precisa que, en la presente Ley, la referencia a Asistente Social comprende al Trabajador Social y viceversa, de conformidad con la Ley 27918, Ley de Creación del Colegio de Trabajadores Sociales del Perú.

- a) Trabajo de producción para el autoconsumo, que comprende la producción de bienes y servicios para uso final propio.
- b) Trabajo en la ocupación, que comprende el trabajo realizado para terceros a cambio de remuneración o beneficios.
- c) Trabajo en formación no remunerado, que comprende el trabajo realizado para terceros, sin remuneración, para adquirir experiencia o competencias en el lugar de trabajo.
- d) Trabajo voluntario, que comprende el trabajo sin remuneración y no obligatorio realizado para terceros.
- e) Otras actividades productivas (no definidas en dicha Resolución)

En función de lo anterior, para fines de este trabajo haremos uso de estas denominaciones del siguiente modo:

- **Ocupación con nivel de competencia alto: profesionales de la salud con título universitario:** Profesionales de medicina humana, enfermería, obstetricia, odontología, psicología, etc.); profesionales con título expedido por un Instituto de Educación Superior (profesionales de enfermería técnica, laboratorio, etc.); profesionales con título de segunda especialidad (especialistas de medicina humana en pediatría, cardiología, oncología, medicina de familia etc., especialistas en salud familiar, salud mental, enfermería neonatal, etc.)
- **Ocupaciones con nivel de competencia media:** auxiliares de enfermería o auxiliares asistenciales.
- **Ocupaciones no clasificadas en ninguna parte:** agentes comunitarios, voluntarios en salud.

1.3.2. Marco normativo de las profesiones del sector Salud

En el caso del sector Salud, las profesiones que intervienen en sus funciones se encuentran reguladas por leyes específicas, sin embargo, en el caso de las profesiones técnicas, estas se regulan en conjunto por la **Ley N° 28561, Ley que regula el trabajo de los técnicos y auxiliares asistenciales de salud, y su reglamento**²⁷.

Respecto a su rol, el artículo 2 de la citada Ley señala que los Técnicos y Auxiliares Asistenciales de Salud forman parte del equipo de salud en los procesos de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, a través del cuidado de la persona, teniendo en cuenta el contexto social, cultural y económico en el que los pacientes se desarrollan, a fin de contribuir con elevar su calidad de vida y bienestar.

En cuanto a la función principal, de acuerdo con su normativa, los Técnicos Asistenciales de Salud, según las áreas de su competencia, **participan** en los procesos de promoción, recuperación y rehabilitación que realiza el equipo de salud, mientras que los Auxiliares Asistenciales de Salud **apoyan**, según su competencia, en las funciones que realiza el equipo de salud conforme a la legislación vigente.

Comprende dentro de sus alcances a los técnicos y auxiliares que desarrollan actividades en los servicios de Enfermería, Obstetricia, Laboratorio, Farmacia, Rayos X, Medicina Física y Rehabilitación, Nutrición, Odontología y cualquier otro servicio asistencial del sector Salud²⁸.

²⁷ Aprobada y publicada el 29 de junio de 2005. Disponible en el siguiente enlace: <https://spji.minjus.gob.pe/spji-ext-web/detallenorma/H895112>

²⁸ Dicha precisión fue incorporada en el artículo 1 del Decreto Supremo N° 012-2011-SA, aprobado el 24 de julio de 2011. Disponible en el siguiente enlace: <https://spji.minjus.gob.pe/spji-ext-web/detallenorma/H1036139>

El marco normativo reconoce plenamente el lugar que ocupan las profesiones técnicas y, de forma general, las funciones que desempeñan en el sector Salud, siendo indispensable la consideración de estas funciones en la normalización de competencias. Por su parte, con relación a la normativa de las profesiones del sector Salud, a continuación, se presenta brevemente la denominación de las normas y sus objetivos, así como la función principal establecida:

Figura 14
Profesiones de la Salud

Ley de Trabajo del Médico	Ley de Trabajo de la Obstetiz	Ley del Trabajo de la Enfermera(o)		
Aprobada mediante Decreto Legislativo N°559 del 29 de marzo de 1990	Aprobada mediante Ley N° 27853 del 23 de octubre de 2002	Aprobada mediante Ley N° 27669 del 16 de febrero de 2002.		
Ley del Trabajo del Profesional de la Salud Tecnólogo Médico	Ley de Trabajo del Biólogo	Ley de Trabajo del Cirujano Dentista		
Aprobada mediante Ley N° 28456 del 4 de enero de 2005.	Aprobada mediante Ley N° 28847 del 26 de julio de 2006.	Aprobada mediante Ley N° 27878 del 14 de diciembre de 2002.		
Ley del Trabajo del Químico Farmacéutico	Ley del Ejercicio Profesional del Nutricionista	Ley de Trabajo del Profesional de la Salud Médico Veterinario	Ley del Ejercicio Profesional del Trabajador Social	Ley del trabajo del Psicólogo
Aprobada mediante Ley N° 28173 del 17 de febrero de 2004.	Aprobada mediante Ley N° 30188 del 9 de mayo de 2014.	Aprobada mediante Ley N° 31151 del 31 de marzo de 2021.	Aprobada mediante Ley N° 30112 del 28 de noviembre de 2013.	Aprobada mediante Ley N° 28369 del 29 de octubre del 2004.

Elaboración propia

Adicionalmente, a las profesiones mencionadas anteriormente, encontramos a los **agentes comunitarios de salud** (ACS) que, conforme al Documento Técnico: Orientaciones para el Fortalecimiento de la Labor del Agente Comunitario de Salud²⁹ (2014), son las personas elegidas y/o reconocidas por su comunidad, que desarrollan de manera voluntaria acciones de **promoción de la salud prevención de la enfermedad**, en coordinación con el establecimiento de salud de su ámbito, y que cumple un rol articulador entre la comunidad y las autoridades.

La Ley N° 30825, Ley que fortalece la labor de los agentes comunitarios de salud³⁰, fortalece y consolida la labor de los agentes comunitarios de salud como actores fundamentales en la implementación de la estrategia de atención primaria en salud en sus comunidades. De acuerdo con el artículo 5 de la mencionada Ley, la capacitación de los agentes comunitarios se encuentra a cargo del MINSA y los gobiernos regionales y locales en el ámbito de sus competencias. Asimismo, sobre la certificación, señala que el MINSA, en coordinación con el MINEDU (Sineace), certifica los saberes, conocimientos ancestrales y competencias de los agentes comunitarios de salud, a través de procesos de evaluación con pertinencia cultural.

1.4. Problemática estructural persistente en el sector Salud

En esta sección se presenta el análisis del estado situacional del sector Salud desde una mirada integral, que incluye una aproximación a los determinantes sociales, las principales problemáticas estructurales que afronta el sector, indicadores sobre la

²⁹ Aprobado con Resolución Ministerial N° 411-2014/MINSA del 3 de junio de 2014.

³⁰ Aprobada el 20 de julio del 2018. Disponible en el siguiente enlace: <https://spji.minjus.gob.pe/spji-ext-web/detallenorma/H1211989>

morbilidad y mortalidad en el país, así como problemáticas develadas en la pandemia causada por la COVID-19.

Este análisis permite resaltar aquellos problemas de personal en salud en los que un proceso de certificación de competencias puede contribuir con su resolución. Por ejemplo, los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias en el Perú. Las condiciones de pobreza, vivienda, saneamiento básico, trabajo, educación, entre otros, determinan la situación de salud en el país, por lo que deben ser abordados si es que se quiere mejorar el estado de salud de la población peruana. En los últimos años, en el Perú han mejorado varios de estos indicadores, pero de manera insuficiente. Por ejemplo, la proporción de población en pobreza monetaria disminuyó entre 2004 y 2019 de 58,7% a 20,2% a nivel nacional; no obstante, con la pandemia, esta situación retrocedió, con lo que agrava la situación previa.

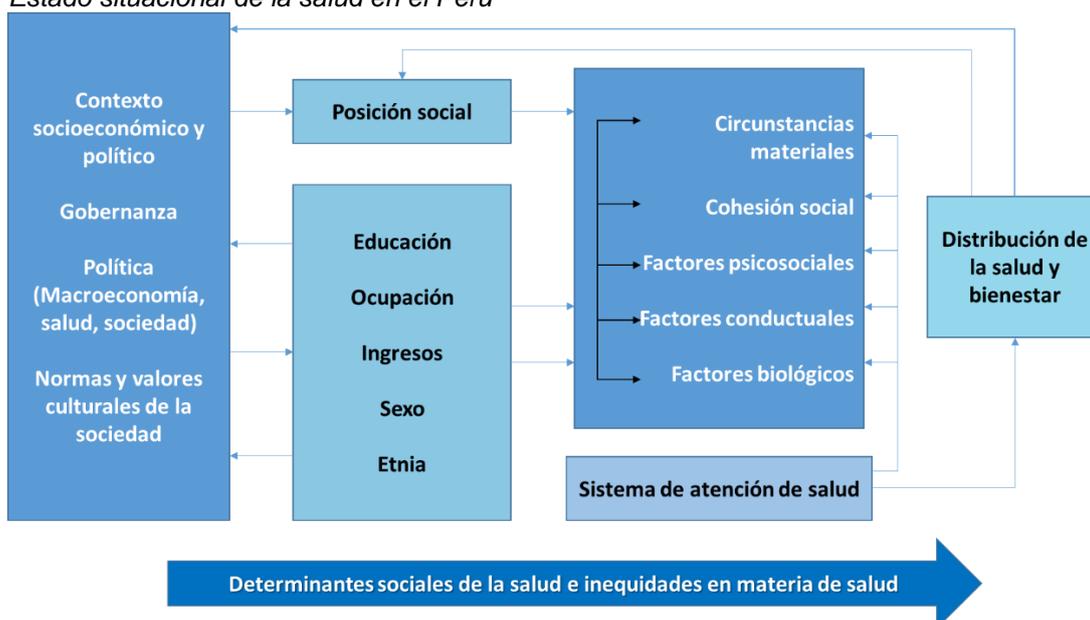
Esto quiere decir que su abordaje desde el sector Salud es crucial; no porque a este sector le corresponda resolver el problema, sino, porque se requiere liderar acciones multisectoriales para un abordaje integral. En ese sentido, la valoración de las competencias del personal de salud vinculadas a las Funciones Esenciales de Salud Pública constituye un aspecto crucial.

Determinantes sociales de la salud

En el 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (DSS) para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigar las inequidades. En el informe final la Comisión propuso tres (3) recomendaciones: i) mejorar las condiciones de vida cotidianas; ii) luchar con la distribución desigual del poder y los recursos; y iii) medir y analizar las desigualdades (OMS, 2009). Por otro lado, esta Comisión, propuso un modelo para especificar los determinantes sociales de la salud (DSS), explicar su interrelación, los mecanismos por los cuales generan inequidades y brindar un marco conceptual para señalar qué DSS son los más importantes a intervenir en la región (WHO, 2010).

Los DSS se definen como "*las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana*" [extraído de su página web] (OPS, s.f.). En el abordaje de los DSS se ha hecho hincapié en la importancia de la acción multisectorial en materia de salud y la salud como derecho humano. Para ello, es necesario reconocer las causas complejas y duraderas de la mala salud y la inequidad en materia de salud mediante el impulso de investigaciones multidisciplinarias desde las ciencias sociales y las ciencias biológicas, de salud, entre otras disciplinas.

Figura 15
Estado situacional de la salud en el Perú



Fuente: Adaptado por la OMS de Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).

Acorde con la **Figura 15**, los determinantes sociales de la salud e inequidades en materia de salud son seis (6): clase socioeconómica, educación, trabajo, ingresos, género y raza/etnicidad. A continuación, se resumirá brevemente la situación de algunos de estos DSS en el Perú.

Con relación a la pobreza monetaria, según el estudio “Perú: Estado de la Población en el año del Bicentenario, 2021” (INEI, 2021), la proporción de población en pobreza monetaria disminuyó entre 2004 y 2019 de 58,7% a 20,2% a nivel nacional, con un ligero predominio en el área rural con respecto a la urbana y con mayor valor en la Selva, respecto a la Sierra y Costa. Sin embargo, en el 2020 tanto la pobreza como la pobreza extrema volvieron a incrementarse. De esta forma, al 2020 la pobreza afectó al 30,1% de la población, mientras que la pobreza extrema se elevó de 2,9% en el 2019, a 5,1% en el 2020.

Por otro lado, las tasas de analfabetismo en el país, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) de 2020, el 5,5% de la población de 15 y más años no sabe leer ni escribir; asimismo, se visualiza que esta tasa se mantiene constante entre el 2016 al 2020. Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, se observa que al 2020, son más mujeres las que registran porcentajes de analfabetismo a nivel nacional (8,1%) que los hombres (3%). Con relación al área de residencia, el analfabetismo afecta en mayor proporción a la población del área rural. Así, mientras que en el área urbana incidió en el 3,6% de la población, en el área rural lo hizo en el 13,8%, es decir, casi cuatro veces más.

Respecto a la tasa de matrícula en el 2020 disminuyó el porcentaje de matrículas en los tres (3) niveles de educación básica con especial énfasis en el nivel inicial, donde se observa que cayó 8,7% respecto al 2019. Por su parte, la tasa de deserción acumulada en el nivel secundaria entre las edades de 13 y 19 años con secundaria incompleta llegó al 2020 a 6,4%; 0,5% más que el 2019.

Con relación a la situación de los estudiantes universitarios, la tasa de deserción acumulada registró en el 2020 el 31%, mientras que en el 2019 la cifra alcanzaba al

19,3%; es decir, entre uno y otro año se observan 11,7 puntos porcentuales de diferencia. Asimismo, los hombres (32,2%) evidencian una mayor tasa de deserción acumulada que las mujeres (29,9%). Con relación al área geográfica, se advierte que la zona urbana registró para el 2020 un 31,9%, frente a la zona rural que registró 22,7%; en ambos casos se verifica el incremento respecto al 2019.

Respecto a las tasas de empleo en el Perú, en los resultados del Censo Nacional del 2017 se estima que la PEA está compuesta por 16 456 809 personas³¹, de las cuales 15 677 384 (95,3%) de personas están ocupadas, mientras alrededor de 779 425 (4,7%) conforman la PEA desempleada. De igual manera, el 53,5% de la PEA son hombres y el 46,5% son mujeres, evidenciando la diferencia de aproximadamente 1 157 439, es decir, 7 puntos porcentuales menos de mujeres en la PEA.

Por otro lado, la tasa de desempleo registrada en el 2017 fue de 4,7%, mientras que, en el segundo trimestre del 2021, el INEI reportó una tasa de 5,5% de desempleo a nivel nacional. En el caso de los jóvenes de 15 a 29 años que no estudian ni trabajan (NiNi), en el año 2019, se estima que el 16,8% de la población de 15 a 29 años, no estudia ni trabaja (NiNi). Asimismo, se visualiza que este problema afecta en mayor proporción al área urbana (17,5%) que al área rural (14,1%) (ENAHO, 2019).

Con relación a los avances en materia de equidad de género, el Índice de Desigualdad de Género (IDG) en el Perú ha mostrado una disminución sostenida desde 0,526 a 0,386 entre los años 2000 y el 2019 (INEI, 2020). El Perú actualmente cuenta con la Política Nacional Multisectorial de Igualdad de Género, aprobada mediante Decreto Supremo N° 008-2019-MIMP, la cual aborda la problemática de la discriminación estructural de las mujeres, a través de la implementación de cincuenta y dos (52) servicios a cargo de diversas entidades intervinientes³², gobiernos regionales y gobiernos locales.

No obstante, de acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2019 (INEI, 2020), el 54,8% de mujeres entre 15 a 49 años, experimentaron violencia ejercida por el esposo o compañero. Asimismo, entre las formas de violencia, se advierte que el 50,1% ha sido víctima de violencia psicológica y/o verbal; mientras que la violencia física alcanza el 27,1% y el 6% indica haber sufrido violencia sexual por parte de su esposo o compañero.

Por su parte, en el Censo Nacional del 2017, se incorporó dos (2) preguntas para identificar la pertenencia étnica: (i) la lengua materna aprendida en la niñez y (ii) auto identificación o autopercepción de pertenencia étnica. Según sus resultados, el castellano es el idioma que la mayoría (82,6%) de la población de 5 y más años del país aprendió hablar en su niñez, seguido del quechua (13,9%), aimara (1,7%); otra lengua nativa (0,8%) y otro tipo de lengua (0,3%). Además, el Censo reveló que las oportunidades educativas están más al alcance de las poblaciones cuya lengua aprendida en la niñez es el castellano. Así, el 38,3% que aprendió castellano logró insertarse en la educación superior (15,9% superior no universitaria y 22,5% educación universitaria); mientras que la población que aprendió una lengua nativa y logró estudiar educación superior sólo es una pequeña parte de este grupo poblacional.

Finalmente, si bien el acceso nacional a agua potable por red pública alcanzó en 2017 al 83% de las viviendas (78,3% dentro y 4,7% fuera de ellas), un 7,3% de las viviendas

³¹ De acuerdo con una nota de prensa del INEI, de fecha 16 de agosto de 2021, en el II trimestre de 2021, la PEA a nivel nacional alcanzó a 16 848 600 personas; es decir, 391 791 personas más que las registradas en el Censo Nacional del 2017. Disponible en el siguiente enlace: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/ocupados-a-nivel-nacional-alcanza-16-millones-848-mil-600-personas-en-el-ii-trimestre-de-2021-13058/>

³² MIMP, MINSA, MININTER, Poder Judicial, Ministerio Público Fiscalía de la Nación, MINJUSDH, MINAM, PRODUCE, MINCETUR, INPE, MTPE, SERVIR, MINEDU, ONPE, JNE, MIDAGRI (ANA), MVCS (COFOPRI, SENCICO), MIDIS, INEI, MEF.

se abastecen de pozo y 9,7% presentan déficit de cobertura ya que se abastecen de agua por camión cisterna, manantial o puquio, río, acequia, lago, laguna, de vecino u otra fuente. Adicionalmente, el acceso a red pública no ha sido homogénea en todos los departamentos, siendo Loreto el que presenta el mayor déficit de cobertura de agua ya que el 45,3% de las viviendas se abastecen de pozo o tienen déficit de cobertura (MINSA, 2019).

Acceso a la atención y cobertura universal de salud

El acceso y la cobertura universal de salud implican que todos los ciudadanos accedan, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades de la región, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

De acuerdo con la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030³³, la visión para el 2030 en la Región propone lograr el grado más alto posible de salud con equidad y bienestar para todas las personas a lo largo del curso de la vida, con acceso y cobertura universal a la salud, sistemas de salud resilientes y servicios de salud de calidad. De igual manera, el párrafo 26 de la Agenda 2030 enfatiza en la importancia crítica de promover la salud, el bienestar físico y mental y prolongar la esperanza de vida de todas las personas, logrando la cobertura sanitaria y el acceso a una atención médica de calidad universal, sin exclusiones.

Ello requiere, además, la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. Al respecto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda cuatro (4) acciones claves para garantizar el acceso a la salud universal (OPS, s.f.):

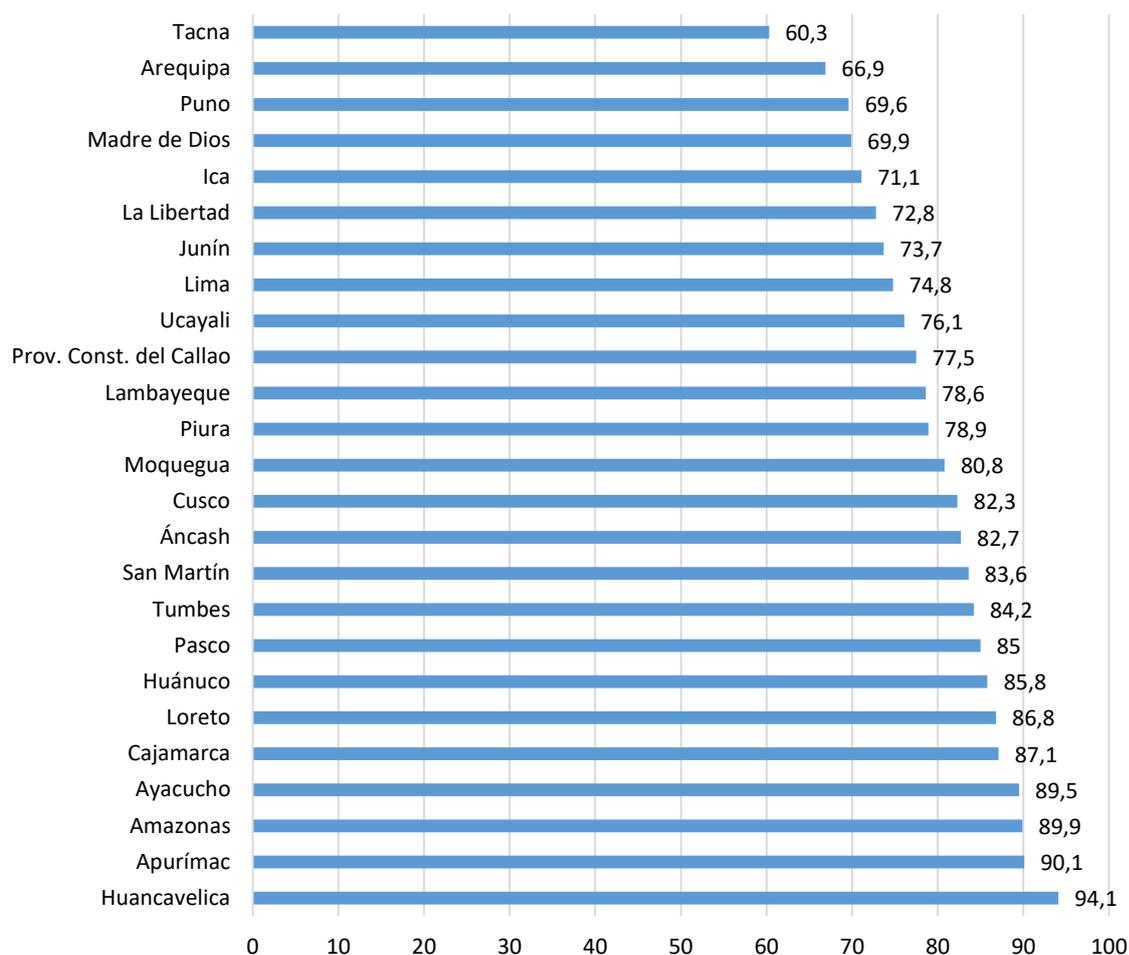
- a) Gobernanza, planificación estratégica.
- b) Acceso a medicamentos, vacunas y productos sanitarios.
- c) Recursos humanos en salud.
- d) Financiamiento en salud.

Por su parte, de acuerdo con el Sistema de Monitoreo y Seguimiento de los Indicadores de los ODS del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la proporción de la población con seguro de salud al 2019 fue de 77,7%, es decir, en el 2019 habría existido una brecha de alrededor de 22,3% en la cobertura del aseguramiento de la salud a nivel nacional. Asimismo, la región con una mayor proporción de la población con un seguro de salud fue Huancavelica (94,1%), mientras la región con una menor proporción fue Tacna (60,3%):

³³ Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49169/CSP296-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Figura 16

Proporción de la población en el Perú con seguro de salud al 2019



Fuente: Sistema de Monitoreo y Seguimiento de los Indicadores de los ODS
Elaboración propia

Respecto a la cobertura del SIS, Mezones et al. (2019), advirtieron el incremento de cobertura del 34% a 47% entre el 2009 al 2019. Por su parte, en EsSalud la cobertura se elevó entre el 2009 al 2013 de 22,8% a 26,4%. Asimismo, precisan que las brechas en el aseguramiento en salud continúan, por lo que se requieren políticas públicas dirigidas a las poblaciones no aseguradas.

Brechas de infraestructura y equipamiento del sector Salud

De acuerdo con información estadística del Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) (2021) de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), en el Perú existen 8 783 Establecimientos de Salud (ES) del Primer Nivel de Atención (PNA), de los cuales, el 97,65% cuenta con capacidad instalada inadecuada al 2021 (MINSA, 2022)³⁴. Se observa que las regiones de Callao, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Tacna y Ucayali tienen el 100% de sus ES del PNA con capacidad instalada inadecuada; mientras que Cajamarca presenta la mayor cantidad de ES con capacidad instalada inadecuada (863 ES) a nivel nacional, que representa al 99% de sus establecimientos de PNA. Por otro lado, la región que presenta una menor brecha en términos porcentuales es Ayacucho con el 87,41%.

³⁴ Diagnóstico de Brechas de infraestructura y Equipamiento del Sector Salud. El documento forma parte del Programa Multianual de Inversiones 2023-2025 del Sector Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 118-2022-MINSA del 27 de febrero de 2022. Disponible en el siguiente enlace: <https://www.gob.pe/institucion/MINSA/normas-legales/2772157-118-2022-MINSA>

Respecto al porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada, a diciembre del 2020, el RENIPRESS contabilizó 247 hospitales de segundo y tercer nivel de atención a nivel nacional, de los cuales 139 son de categoría II-1; cuarenta y nueve (49) son de categoría II-2; 22 de categoría II-E; treinta y uno (31) de categoría III-1 y seis (6) corresponden a la categoría III-E. De este total, al 2021, el 97,57% (241) de hospitales cuenta con capacidad instalada inadecuada. Asimismo, veinte (20) regiones suman en total 180 hospitales con 100% de su capacidad instalada inadecuada. Las cinco (5) regiones restantes oscilan entre 80% y el 96,43%.

Por otro lado, en el Perú existe el Instituto Nacional de Salud (INS), organismo público ejecutor del MINSA, encargado de proponer políticas y normas, promover, desarrollar y difundir la investigación científico-tecnológica y brindar servicios de salud en diferentes campos, conformado por seis (6) centros nacionales³⁵. Los centros nacionales cuentan con cuarenta y uno (41) laboratorios de salud a nivel nacional, de los cuales, treinta y nueve (39) cuentan con capacidad instalada inadecuada, lo cual representa el 96% del total de laboratorios del INS.

Con relación a los laboratorios regionales de salud pública al 2021, la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública está conformada por un (1) Laboratorio de Referencia Nacional (LRN) que es la cabeza de la red, veinticinco (25) Laboratorios de Referencia Regional (LRR) y cuatro (4) Laboratorios de Referencia (LR)³⁶. Al respecto, el diagnóstico del MINSA advierte que veintitrés (23) LRR cuentan con capacidad instalada inadecuada.

Finalmente, en cuanto a la proporción de Centros de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC), se advierte que el MINSA cuenta con 625 centros implementados en veintidós (22) regiones del país, con excepción de Ayacucho, Callao y Ucayali. En ese sentido, la entidad advierte una brecha de 1 393 CPVC, que representa el 69% del óptimo total de CPVC a nivel nacional.

1.4.1. Problemas de salud persistentes en el Perú

En esta sección presentamos un análisis situacional de la problemática de salud en el país, las cuales el Estado, a través del SNS, intenta resolver a través de la producción de bienes y servicios. A partir del contexto de la pandemia, como se describió en el apartado anterior, el Estado ha concentrado sus esfuerzos en mejorar el sistema de salud en dos aspectos cruciales, como son el acceso y aseguramiento de la salud y la infraestructura de hospitales, postas, entre otros. No obstante, de la revisión de los principales indicadores de mortalidad y morbilidad, se advierten algunas características persistentes en la salud de las personas:

- a) La persistencia de un número elevado de pérdida de años de vida saludable en la población por causas evitables.
- b) La persistencia de inadecuados hábitos, conductas y estilos de vida en la población peruana.
- c) Limitada cobertura y acceso a servicios integrales de salud que tiene la mayoría de la población peruana.

³⁵ Conformado por los siguientes centros nacionales: i) Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Medio Ambiente para la Salud (CENSOPAS); ii) Centro Nacional de Salud Pública (CNSP); iii) Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CNAN); iv) Centro Nacional de Productos Biológicos (CNPB); v) Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI); vi) Centro Nacional de Control de Calidad (CNCC).

³⁶ Red de Laboratorios en Salud Pública. Disponible en el siguiente enlace: <https://web.ins.gob.pe/es/salud-publica/enfermedades-transmisibles/unidad-de-red-de-laboratorios-en-salud-publica>

- d) Inadecuadas condiciones de vida que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud de la población.

Por ejemplo, tal como se explica en los siguientes apartados del documento, entre el 2000 y 2016, en el Perú se han perdido entre 81,8 y 116,4 años de vida potenciales (AVPP) por cada mil habitantes a nivel nacional, sin embargo, este número de años no se habrían perdido de haberse desarrollado acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención o cuidado integral.

Respecto a los indicadores de morbilidad, de acuerdo con información del MINSA, en el 2016 los trastornos mentales y del comportamiento ocuparon el primer lugar con 12,7% del total de la carga de enfermedad, seguido de las lesiones no intencionales, las enfermedades cardiovasculares y las condiciones perinatales. En la actualidad, la pandemia causada por la COVID-19, ha impactado de manera significativa en la modificación de estos porcentajes, por lo que se prevé que las enfermedades e infecciones respiratorias tendrán un nuevo protagonismo epidemiológico. De modo similar al tema de la mortalidad, este aspecto desafiante para el cuidado y la atención de la salud puede ser también abordado desde el proceso de certificación de competencias, incidiendo en aquellas funciones relacionadas a dicho cuidado y atención con un enfoque integral, por etapas de vida y considerando al entorno familiar y comunitario de las personas.

Indicadores de mortalidad

Entre los años 2000 y el 2016 en el Perú se han perdido entre 81,8 y 116,4 años de vida potenciales (AVPP) por cada mil habitantes a nivel nacional. Esta situación no ha ocurrido en forma homogénea en todo el país, siendo Huancavelica, Puno y Madre de Dios los departamentos con mayores muertes prematuras, mientras que Callao, Lima y Ucayali los departamentos con menos muertes prematuras. En Ucayali, las muertes prematuras disminuyeron 68% entre el 2000 y 2016, en comparación con disminuciones entre 24% y 40% en el resto de los departamentos.

De acuerdo con el estudio de Carga de Enfermedad en el Perú (MINSA, 2018), se estima que durante el 2016 se perdieron 5 315 558 años de vida saludables (AVISA)³⁷ en el país, donde el 66,2% se debe a enfermedades no transmisibles, el 21,4% a enfermedades transmisibles, perinatales y nutricionales, y el 12,5% a accidentes y lesiones. En términos poblacionales, se pierden 168,8 AVISA por cada mil habitantes (MINSA, 2018). Cabe señalar que actualmente existe un análisis de la carga de enfermedades en el Perú al 2020, trabajada con datos del 2018, cuyos resultados se encuentran desarrolladas por regiones.

Con relación a la tasa de mortalidad neonatal al 2020, fue de ocho (8) por cada 1,000 nacidos. De otro lado, con relación a la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años al 2020 en Perú, fue de 16 puntos. Cabe precisar que, en el 2020, la tasa de mortalidad en menores de cinco (5) años fue de 38,2 puntos; es decir, en 20 años, la tasa ha disminuido en 22,2 puntos (INEI, 2020).

El 2018 se registraron en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del MINSA 362 muertes maternas por causas directas e indirectas, por ello, se priorizó la reducción

³⁷ Años de Vida Saludables Perdidos. Los AVISA son indicadores compuestos que miden los años saludables perdidos en el futuro como resultado de la mortalidad precoz (Años de vida perdidos por muerte prematura - AVP) y la duración de discapacidad (Años vividos con discapacidad - AVD) en la población. Así, los AVISA resultan de la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años perdidos por discapacidad (AVD) que son ponderados por la gravedad de la discapacidad. El cálculo proviene de la sumatoria de la cantidad de AVISA identificada por grupo población, que contiene a su vez el análisis de incidencia por grupos, categorías y subcategorías de enfermedades. Los grupos etarios analizados en el estudio del MINSA (2018) fueron: i) niños menores de 5 años; ii) niños de 5 a 14 años; iii) grupo de 15 a 44 años; iv) grupo de 45 a 59 años; y v) grupo de 60 años a más.

de la mortalidad materna como parte de uno de los objetivos estratégicos institucionales para el periodo 2019-2024. A pesar de ello, el 2020 se reportó un incremento de muertes maternas que alcanzó una cifra de 430, siendo que el 56,3% de estas fue por causas directas, siendo los trastornos hipertensivos (21,4%) y hemorragias obstétricas (18%), las causas con mayor incidencia. Asimismo, con relación a las causas indirectas, el 15,3% de estas muertes estuvieron vinculadas con enfermedades desarrolladas por la COVID-19.

Indicadores de morbilidad

Cuando se analiza qué patologías lideran la carga de enfermedad, tenemos que los trastornos mentales y del comportamiento ocupan el primer lugar con 12,7% (668 114 años) que tienden a generar algún tipo de discapacidad (AVP: 1%, AVD: 99%). En segundo lugar, siguen las lesiones no intencionales con un alto porcentaje de muerte (AVP: 56,7%; AVD: 43,3%). Las enfermedades cardiovasculares y las condiciones perinatales contribuyen al total de la carga de enfermedad con un 8,2% y 7,3% respectivamente con un alto porcentaje de muerte prematura (AVP: 56,7%, 54,8%) (MINSa, 2018).

Las enfermedades que tienden a generar algún tipo de discapacidad, adicional a los trastornos mentales y del comportamiento anteriormente mencionado, que resultan más frecuentes son las enfermedades que afectan los órganos de los sentidos (AVD: 99,7%), las enfermedades orales (AVD: 99,6%), las enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo (AVD: 96,3%), las deficiencias nutricionales (AVD: 96%) y las condiciones neurológicas (AVD: 93%). Por el contrario, con un alto porcentaje de muerte prematura fueron los tumores malignos (AVP: 91,8%), las infecciones respiratorias (AVP: 86,6%), la tuberculosis (86,2%) y el VIH/SIDA (MINSa, 2018).

Debilitamiento de la salud mental

La pandemia y las restricciones impuestas como estrategias para la contención de la enfermedad generaron un contexto propicio para el aumento y agudización de problemas de salud mental. El aislamiento social, los contagios, la crisis económica y la suspensión de los servicios de salud mental conllevaron a que la población experimentara altas tasas de incidencia de estrés, depresión y angustia, tal y como lo señalan varios estudios realizados al respecto.

Un estudio del MINSa (2021) sobre salud mental en población adulta peruana en el contexto de la COVID-19 evidenció que el 13,1% de los encuestados presentaba pensamientos o ideaciones suicidas, 34,9% sintomatología moderada a severa de depresión con mayor afectación en personas de 18 a 24 años (49,6%) y mujeres (40,7%). Asimismo, un 60% de las personas con un diagnóstico previo de salud mental tuvo dificultades en acceder a los servicios de salud mental. Estos resultados permitieron al MINSa confirmar que los problemas de salud mental se estaban incrementando por el impacto de la pandemia y que era necesario fortalecer los servicios de salud en el primer nivel de atención sustentando la formulación del Plan de Salud Mental (en el contexto COVID-19).

Otro estudio realizado por el MINSa, en alianza con UNICEF (2021), muestra que 36,4% de niñas y niños peruanos de 1 a 5 años se encontraría en riesgo de presentar un problema de salud mental de tipo emocional, conductual o atencional; siendo necesario poner en marcha planes de acción nacionales para abordar sus necesidades, articulando acciones de salud, educación e inclusión social. Cabe precisar que, dicho estudio no reporta el número de niños que actualmente presenta algún problema de salud mental.

1.4.2. Contexto de la pandemia causada por la COVID-19

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades sanitarias de la República Popular China, informaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la presencia de casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, una ciudad ubicada en la provincia china de Hubei. Una semana más tarde confirmaron que se trataba de un nuevo coronavirus que ha sido denominado SARS –CoV-2. El 30 de enero de 2020, el Comité de Emergencias para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de la OMS, declaró que el brote de “COVID-19”, como una “emergencia de salud pública de importancia internacional”.

La Organización Mundial de la Salud solicitó la activación de la política de gestión de crisis con el fin de que los países se preparen para esta situación (OMS 2020), proponiendo ocho pilares de las respuestas nacionales: 1) coordinación, planificación y seguimiento a nivel de país; 2) comunicación de riesgos y participación de la comunidad; 3) vigilancia, equipos de respuesta rápida e investigación de casos; 4) puntos de entrada; 5) laboratorios nacionales; 6) prevención y control de infecciones; 7) manejo de casos; y 8) apoyo operativo y aspectos logísticos.

La estrategia³⁸ frente a la COVID-19 de la OMS (actualización del 14 de abril de 2020), plantea un rol central a los gobiernos en la contención de la pandemia. Esta misión fue asumida por los gobiernos de América Latina y el Caribe de forma heterogénea. Como señala la CEPAL y la OPS (2021), los países de la región se caracterizan por presentar condiciones estructurales de desigualdad, inequidad, vulnerabilidad y exclusión social que se combinan y reproducen con la informalidad y precariedad del empleo, la debilidad de los sistemas de protección social y las estructuras productivas con escaso nivel de integración y limitadas capacidades para mantener niveles de crecimiento sostenibles. Estas condiciones han llevado a los países a tener sistemas de salud sub financiados, segmentados y fragmentados; y sistemas de protección social débiles e insuficientes.

El 6 de marzo de 2020, el gobierno peruano anunció el primer caso de COVID-19 en el país. El número de casos se incrementó de manera acelerada, lo que ocasionó que el 16 de marzo de 2020 se instauren medidas de restricción social cuya finalidad buscaba disminuir la diseminación de casos en el territorio nacional. Así, se dictaron medidas urgentes y excepcionales destinadas a reforzar el sistema de vigilancia y respuesta sanitaria frente a la COVID-19 en el territorio nacional mediante el Decreto Supremo N° 008-2020-SA, por un plazo de noventa (90) días calendario y se dicta medidas de prevención y control de la COVID-19, disponiendo el aislamiento social obligatorio (cuarentena), por las graves circunstancias que afectan la vida a consecuencia de la COVID-19. Se buscaba con esto evitar la propagación de la enfermedad y el colapso de los servicios de salud, particularmente por la demanda de camas de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (que eran solo alrededor de 250 en ese momento).

La pandemia por COVID-19 exacerbó muchas problemáticas que agudizaron la pandemia y debilitaron la respuesta de los servicios públicos. En muchos casos las medidas tomadas por el Estado apuntaron a compensar estas dificultades de forma

³⁸ “Los gobiernos deben liderar y coordinar la respuesta de todos los partidos para activar y empoderar a todas las personas y comunidades de modo que se impliquen en la respuesta mediante la comunicación, la educación, la participación, la creación de capacidades y el apoyo. Los gobiernos también deben reutilizar y hacer uso de toda la capacidad disponible en el ámbito público, comunitario y privado para ampliar rápidamente el sistema de salud pública para detectar y realizar pruebas a posibles casos, aislar y atender a los casos confirmados (tanto en el hogar como en un centro médico) e identificar a los contactos, rastrearlos, ponerlos en cuarentena y brindarles apoyo. Al mismo tiempo, los gobiernos deben prestar al sistema sanitario el apoyo necesario para tratar a los pacientes de COVID-19 de manera efectiva y mantener el resto de servicios sanitarios y sociales básicos para todos. Si necesitan más tiempo para poner en marcha las medidas anteriores, es posible que los gobiernos tengan que implantar medidas generales de distanciamiento físico y restricciones de movimiento proporcionales a los riesgos sanitarios que afronta la comunidad”.

rápida. A continuación, exploramos algunos de esos desafíos y las respuestas dadas por el Estado, como se relatan en el Reporte Especial Tiempos de Pandemia 2020-2021 (MINSa, 2021).

Con relación a la infraestructura, el sector Salud enfrentó desafíos para la ejecución de inversiones, principalmente debido a las medidas de aislamiento social obligatoria establecidas para evitar la propagación del COVID-19, las cuales impactaron directamente en la ejecución de las obras públicas, aunado a las dificultades operativas que tuvieron implicancia en la gestión de las inversiones, que no hicieron posible la ejecución acelerada y eficiente de la inversión pública orientada a fortalecer la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud a nivel nacional para la atención de pacientes afectados por el COVID-19.

Una de las medidas para incrementar la capacidad de respuesta del sector Salud durante la primera y segunda ola de la pandemia, fue la instalación de los Ambientes de Hospitalización Temporal (AHT)³⁹ y Ambientes de Atención Crítica Temporal (AACT)⁴⁰ los cuales estuvieron a cargo del Programa nacional de Inversiones en Salud (PRONIS), Proyecto Especial Legado Juegos Panamericanos y Parapanamericanos y la Autoridad para la Reconstrucción con Cambios, tanto en Lima Metropolitana como en el interior del país.

El AHT y el AACT, como extensión temporal de la oferta de servicios de salud de un Establecimiento de Salud de II o de III nivel de atención, funcionan bajo la responsabilidad del director médico o responsable del cuidado de salud, en el marco de lo dispuesto por el Decreto de Urgencia N° 055-2020 y sus modificatorias. El personal contratado por el Ministerio de Salud para los AHT y AACT depende del control de asistencia, permanencia, programación y otros aspectos del establecimiento de salud al cual pertenecen.

Además, se designó al PRONIS la función de ampliar la oferta de las instituciones prestadoras de servicios de salud y reforzar la respuesta sanitaria en el marco del estado de emergencia nacional por el COVID-19, asignándole para tal efecto la implementación y operación de los Centros de Atención y Aislamiento Temporal (CAAT) en los distintos departamentos del Perú. Al 28 de junio de 2021, se habían implementado diecinueve (19) CAAT, en las 12 regiones comprendidas dentro del Decreto de Urgencia N° 055-2020, N° 067-2020 y N° 080-2020 (MINSa, 2021).

Respecto a los tratamientos para enfermedades crónicas suspendidos, mediante Decreto de Urgencia N° 032-2020 del 26 de marzo de 2020, se creó el Hospital Emergencia Ate Vitarte (HEAV) sobre la estructura física del Hospital Lima Este y a partir de esa fecha se convierte en el hospital referencial para todos los pacientes COVID-19 positivos que requieren soporte ventilatorio mecánico. Si bien es cierto el HEAV durante los primeros días de la pandemia recibió la mayor cantidad de pacientes, el pico de la denominada primera ola obligó a que todos los hospitales del país adaptaran su estructura física para realizar la atención de pacientes COVID-19 mediante la adecuación de ambientes para la atención de la covid y quienes no se encontraban infectados, que en algunos casos requirió el cierre de la atención de pacientes crónicos y de cirugías programadas.

³⁹ El Ambiente de Hospitalización Temporal (AHT) comprende ambientes de estructuras desplegadas (módulos, tienda de campaña y contenedores), como instalaciones físicas del establecimiento utilizadas para la atención del paciente de casos según criterio médico y están destinadas a brindar cuidados de enfermería y atención clínica.

⁴⁰ El Ambiente de Atención Crítica Temporal (AACT) comprende ambientes de estructuras desplegadas, adecuados o acondicionados para expansión interna o externa habilitadas para la atención del paciente crítico destinadas a brindar soporte vital avanzado y especializado en medicina intensiva.

La alta contagiosidad del virus, el número de casos confirmados y de muertes, las dificultades para acceder al cuidado en salas de hospitalización y de cuidados intensivos, generó en la población miedo, angustia y tristeza, afectando desfavorablemente su salud mental. En este contexto, se priorizó la atención en hospitales y se postergó el funcionamiento de los servicios de salud del primer nivel de atención. Inicialmente, esta medida involucró a los centros de salud mental comunitaria; pero ante la existencia de personas con problemas de salud mental a las que se agregaban nuevos casos, se diseñaron estrategias para favorecer la accesibilidad a la atención especializada en salud mental, como, por ejemplo (MINSA, 2021):

- Implementación de líneas telefónicas de apoyo. Comprendió el apoyo psicosocial para ayudar a la población a gestionar sus emociones frente a los retos emergentes. En la línea 113 opción 5, ayuda psicológica a la población, se atendieron 59 870 llamadas, en promedio de 657 llamadas por día, siendo el estrés el principal motivo de consulta.
- Mantener en funcionamiento los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) con atención presencial y virtual para atender las necesidades de salud mental de la población. Dada su ubicación en el primer nivel atención, en muchos lugares constituyeron la única opción de tratamiento especializado, especialmente para las personas más pobres o con dificultades en la conectividad. Incluso se realizaron visitas domiciliarias para apoyar la continuidad del cuidado, la entrega de medicamentos y la recuperación de las personas, sean nuevos casos o con trastornos mentales preexistentes.
- Desarrollo del marco normativo específico para la atención de salud mental en el contexto de la pandemia.
- Implementación del Plan de Salud Mental en el contexto covid-19, Perú, 2020 – 2021. Fue aprobado con Resolución Ministerial N° 363- 2020-MINSA con el objetivo de “reducir el impacto de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de la población, fortaleciendo sus recursos individuales y comunitarios de afrontamiento y atendiendo a las personas con problemas mentales en el contexto de la crisis económica y social derivada de ella”.

En el marco del distanciamiento social y la prevención del COVID-19, se aprobaron **iniciativas para el fortalecimiento de la Telesalud**. Como se señala en el portal del Estado peruano⁴¹, se trata de un servicio de salud a distancia brindado por personal de salud a través de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) como computadoras, teléfonos, aplicativos, sistemas, etc., y tiene por objetivo brindar información y atención en salud especializada, oportuna y de calidad, independientemente de dónde se encuentre el paciente. Asimismo, la telesalud integra su vez servicios como la teleinterconsulta⁴², la teleconsulta⁴³, la teleorientación⁴⁴, telemonitoreo⁴⁵ y el teleapoyo al diagnóstico de telemamografía⁴⁶.

⁴¹ Información disponible en: <https://www.gob.pe/11729-que-es-telesalud-servicios-de-telemedicina>

⁴² Comunicación a distancia entre un personal de la salud y un profesional de la salud (médico, enfermera, obstetra, psicólogo, odontólogo, nutricionista, entre otros), quien brindará las recomendaciones para un tratamiento.

⁴³ Comunicación a distancia a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) que realiza el usuario en salud con un profesional de la salud sobre su estado de salud, brindándole un diagnóstico y tratamiento, según criterio del profesional.

⁴⁴ Comunicación entre un usuario de salud y un profesional de la salud, mediante las tecnologías de la información y comunicación como puede ser una plataforma web, computadora, laptop o teléfono fijo o móvil, para recibir consejería en salud a fin de disminuir el riesgo de una enfermedad o mejorar la calidad de vida.

⁴⁵ Dirigido a pacientes que presentan enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, enfermedad renal, cáncer, entre otros y gestantes o niños menores de 5 años.

⁴⁶ Consiste en la toma de la imagen de mamografía en el establecimiento de salud donde te atiendes, para que sea vista por un médico especialista que se encuentra en otro establecimiento de salud.

1.5. Problemática referida al recurso humano en el sector Salud

En línea con el objetivo 3 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible⁴⁷, en el 2016 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la “Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: Personal de salud 2030”, mientras que la Comisión de Alto Nivel sobre Empleo y Crecimiento Económico en Salud, convocada por las Naciones Unidas, instó a los diversos países miembros la inversión para la contratación de personal de salud como estrategia de crecimiento económico de los países. Dicho proceso culminó en la 70° Asamblea Mundial de la Salud (2017), con la adopción del “Plan de acción quinquenal para el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo (2017-2021)”.

Por otro lado, de acuerdo con la Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud de la OMS (2017), en América Latina existe una costumbre de restar importancia al rol de los RHUS como factor de cambio y bienestar social, basado en la creencia de que su financiamiento constituye para las economías un gasto y no una inversión para mejorar la salud y el desarrollo del país. Ello condiciona la persistencia de inequidades en la disponibilidad, distribución y calidad del personal de salud, así como “(...) una escasa retención en áreas rurales, altas tasas de movilidad y migración, precariedad en las condiciones de trabajo, baja productividad y limitada calidad del desempeño, lo que impide la expansión progresiva de los servicios, sobre todo en el primer nivel de atención”. (p.3) Asimismo, la OMS advierte que dichos RHUS, en su mayoría, adolecen del perfil y competencias adecuadas, más aún, carecen de un enfoque intercultural, por lo que no contribuyen en la mejora de la salud de las comunidades.

En esta Estrategia se definen tres (3) líneas estratégicas de acción que sirven como marco orientador para los Estados Miembros en la formulación de políticas y planes vinculados a los RHUS, adaptándolos a su contexto nacional (OPS, 2018):

- “a) Fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría de los recursos humanos para la salud.*
- b) Desarrollar condiciones y capacidades de los recursos humanos para la salud para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad.*
- c) Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.” (p.2)*

En el 2018, la OPS publicó el “Plan de Acción sobre Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud 2018-2023”, el cual contiene 10 objetivos prioritarios para cada línea de acción propuesta en dicha Estrategia, indicadores de medición, línea de base al 2018 y metas establecidas al 2023. Así, los Estados Miembros podrían operar de manera eficiente la Estrategia propuesta, facilitando la ejecución del plan adecuado a los contextos, prioridades y necesidades de cada país (OPS, 2018).

⁴⁷ “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”.

Tabla 6.

Línea y objetivos estratégicos del Plan de Acción sobre Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud 2018-2023

Línea estratégica	Objetivo priorizado	Número de indicadores estimados por la OPS
Línea estratégica de acción 1: Fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría de los recursos humanos para la salud	1.1 Consolidar la rectoría a través de la formulación e implementación de una política nacional de recursos humanos para la salud, orientada a la transformación de los sistemas hacia la salud universal, acordada intersectorialmente y al más alto nivel.	2
	1.2 Fortalecer las capacidades de planificación estratégica de la fuerza laboral, incluyendo el análisis de la movilidad profesional, con el fin de proyectar y responder a las necesidades del personal de salud a mediano y largo plazo, con el apoyo de un sistema nacional de información de recursos humanos.	3
	1.3 Ampliar la inversión pública en recursos humanos de salud, mejorando la oferta de empleo y las condiciones de trabajo, especialmente en el primer nivel de atención.	2
Línea estratégica de acción 2: Desarrollar condiciones y capacidades de los recursos humanos para la salud para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad	2.1 Promover una dotación equitativa y la retención del personal de salud a través del desarrollo de una política de incentivos profesionales y económicos que considere la perspectiva de género y que sea acorde a las necesidades específicas de cada comunidad, especialmente en las áreas desatendidas.	3
	2.2 Conformar equipos interprofesionales en el primer nivel de atención cuya combinación de competencias permita un abordaje integral y con capacidad resolutoria de los problemas de salud, con enfoque de interculturalidad y de los determinantes sociales de la salud.	1
	2.3 Formular e implementar una regulación del ejercicio profesional que permita el máximo despliegue de las competencias de los profesionales de la salud con el fin de ampliar la cobertura y la calidad de la atención, según modelos adecuados de coordinación y supervisión.	2
	2.4 Mejorar el diálogo y las alianzas, incluidos los arreglos multilaterales y bilaterales, a fin de abordar los retos de la migración del personal de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud.	1
Línea estratégica de acción 3: Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud	3.1 Desarrollar mecanismos de articulación permanente y acuerdos de alto nivel entre los sectores de la educación y la salud para alinear la formación y el desempeño de los recursos humanos con las necesidades presentes y futuras de los sistemas de salud	2
	3.2 Disponer de sistemas de evaluación y de acreditación de carreras de la salud con estándares en los que se consideren las competencias científico-técnicas y sociales de los egresados	2
	3.3 Desarrollar mecanismos de regulación y un plan de formación para las especialidades prioritarias en los que se contemple el número de especialistas requeridos por el sistema de salud y un incremento de la formación en salud familiar y comunitaria	3

Fuente: Plan de Acción sobre Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud 2018-2023.

Elaboración propia

Por su parte, en el Perú la PNMS al 2030 refiere como una de las tres (3) causas directas del problema público que aborda, a la “Causa Directa 2: La limitada cobertura y acceso de la población a servicios integrales de salud”, dentro de esta se encuentra el lineamiento 2.3 “Limitado acceso a una atención personalizada, debido a brechas en Recursos Humanos en Salud”. En este lineamiento el MINSA reconoce, citando un informe de su misma autoría (2011)⁴⁸, la existencia de una brecha entre las instituciones formadoras y las necesidades de los servicios públicos de salud, precisando la inadecuación de los profesionales formados en relación con las competencias requeridas y las referidas al cálculo del número de personal que debe ser formado para adaptarse a las necesidades del Sector.

⁴⁸ Arroyo J, Hartz J, Lau M. Recursos humanos en salud de Perú: Segundo informe al país. Nuevos elementos para la toma de decisiones y políticas públicas [MINSA Perú]. Lima; 2011.

En el 2018 el MINSA aprueba los Lineamientos de Política de Recursos Humanos en Salud 2018-2030⁴⁹ donde señalan lo siguiente respecto a la problemática del RHUS en el Perú:

- Débil rectoría de la autoridad sanitaria que ocasiona desregulación de la oferta demanda de recursos humanos.
- El número de profesionales de la salud registra un incremento importante entre 1980 y 2017, en paralelo a una mayor demanda pública y privada, debido a una oferta educativa sin coordinación con las entidades formadoras de recursos humanos en salud; también una inadecuada distribución de los recursos humanos, que está altamente concentrado en las grandes ciudades como Lima, reportándose brechas de recursos en salud y en especial de médicos especialistas.
- Existe escasa integración de las actividades de desarrollo de capacidades de los recursos humanos en salud a planes de carrera con enfoque meritocrático y con enfoque interdisciplinario.
- Déficit en las condiciones laborales en aspectos esenciales del trabajo del personal de salud que presta servicio a la población más vulnerable.
- Bajo rendimiento del personal de salud para prestar servicios con calidad y cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Asimismo, en respuesta a ese diagnóstico establecen un conjunto de cinco (5) objetivos prioritarios, cada uno de ellos cuenta con lineamientos, indicadores y responsables en los distintos niveles de gobierno central, regional y local:

Tabla 7.

Objetivos estratégicos y lineamientos de la Política de Recursos Humanos en Salud 2018-2030

Objetivo priorizado	Lineamientos
OP1: Fortalecer la rectoría del MINSA en el campo de los RHUS, inter y multisectorialmente y en los diferentes niveles de gobierno.	<p>Fortalecer la capacidad de gestión en el campo de los RHUS a las autoridades del nivel regional.</p> <p>Potenciar la capacidad de captación, gestión y racionalización de recursos financieros para la gestión y desarrollo de los recursos humanos en salud.</p> <p>Implementar un sistema de control gerencial y rendición pública de cuentas para la gestión e implementación de la política de los recursos humanos en salud.</p>
OP2: Disponer de Recursos Humanos en Salud suficientes, disminuyendo la inequidad de RHUS a nivel nacional	<p>Formular estrategias de dotación de RHUS para el cierre de brechas de RHUS y la distribución equitativa a nivel nacional, regional y local, orientadas a mejorar la densidad de RHUS hacia estándares internacionales.</p> <p>Formular mecanismos para el reclutamiento, selección y retención de RHUS en las instituciones del Sistema de Salud según el análisis de puestos y perfiles definidos.</p> <p>Fortalecer el Sistema de Información integrado de las entidades del Sector Salud, basado en los procesos de seguridad y control de calidad en el nivel nacional, regional y local.</p>
OP3: 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.	<p>Conducir la articulación docencia-servicio, gestionando las acciones necesarias para que la formación de estudiantes de salud (pregrado universitario, segunda especialidad profesional y técnicos) sea con calidad y pertinente a la realidad nacional, regional y local.</p> <p>Contar con equipos de salud multidisciplinarios con las competencias adecuadas para implementar el modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad; y redes integradas, con compromiso institucional y satisfacción laboralmente.</p> <p>Implementar procesos eficientes de monitoreo y evaluación del desarrollo de capacidades de los recursos humanos en salud a través del fortalecimiento del Sistema de Información de Formación y Desarrollo de Capacidades de los recursos humanos en salud.</p>
OP4: Incrementar las condiciones laborales según aspectos esenciales del trabajo decente del personal de salud que presta servicios a la población más vulnerable	<p>Regular la revalorización del trabajo del personal de salud a través de criterios para las compensaciones y entregas económicas, establecidos en una carrera pública para el sector salud.</p> <p>Incentivar el desarrollo de los procesos de bienestar y seguridad del trabajo del personal de salud en las instituciones del sistema nacional de salud.</p>

⁴⁹ Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 1357-2018-MINSA del 29 de diciembre de 2018.

Objetivo priorizado	Lineamientos
OP5: Lograr el rendimiento laboral eficiente de los Recursos Humanos en Salud que permita el cumplimiento de objetivos y metas institucionales	Instituir los mecanismos en los espacios de diálogo y procesos de participación del personal de salud en la toma de decisiones para la mejora de sus condiciones laborales.
	Reconocer y valorar el aporte del personal de salud en el cumplimiento de los objetivos y metas de rendimiento laboral.
	Incentivar las intervenciones que contribuyan a mejorar o mantener el rendimiento laboral del personal de salud considerando los resultados de la evaluación y seguimiento.

Fuente: Lineamientos de Política de Recursos Humanos en Salud 2018-2030
Elaboración propia

De esta forma, en los últimos años el SNS ha incrementado la disponibilidad de médicos, enfermeras y obstetras en el primer nivel de atención, a través de diferentes estrategias como el aumento de plazas por el Servicio Urbano Marginal en Salud (SERUMS) y contratación de profesionales de la salud por Presupuesto por Resultados. Sin embargo, la evidencia indica que dichas estrategias no terminan por resolver la inequidad en la distribución de recursos humanos en los ámbitos de los Gobiernos Regionales (MINSA, 2021).

Por ejemplo, el déficit de médicos en el país se agudizó en el contexto de la pandemia por la COVID-19. Según las estimaciones del MINSA, hasta el 2020 la densidad a nivel nacional fue de 14,5 médicos por cada 10 mil habitantes, el cual es un índice menor respecto al promedio de países que integran la OECD (3,6 por cada mil habitantes en el 2019) (OECD, 2021), situándonos en evidente desventaja respecto a la disponibilidad de RHUS en sus sistemas de salud. Las regiones más rezagadas son Piura, Cajamarca y Loreto, que no llegan a 9 médicos, seguidos por San Martín, Amazonas y Ucayali, que no llegan a 10 médicos por cada 10 mil habitantes, es decir, aquellos con mayor incidencia de pobreza monetaria. Cabe precisar que, ninguna región cumple con el número mínimo de médicos recomendado. Las regiones que presentan mayor disponibilidad de RHUS son el Callao (22,3), Moquegua (20,4) y Lima (19,5).

En abril de 2022, el MINSA publicó un nuevo compendio estadístico con información actualizada al 2021, en la cual el país registra 16,79 médicos por cada 10 mil habitantes; es decir, 2,29 puntos más que el año anterior. Los profesionales de enfermería lideran la densidad a nivel nacional registrando 20,3 profesionales por cada 10 mil habitantes; sin embargo, se precisa que este es un índice aún por debajo de lo registrado por países miembros de la OCDE (solo al 2019 se registraron 8 enfermeras por cada mil habitantes), seguido por los profesionales obstetras, quienes alcanzan un 6,36 índice de densidad. Es decir, a nivel nacional existen 43,45 profesionales médicos, enfermeros y obstetras por cada 10 mil habitantes. En ese sentido, las brechas en la distribución del personal de salud en las regiones nos indican que actualmente el SNS no garantizaría contar con la cantidad de profesionales de salud mínima recomendada por la OCDE por cada 10 mil habitantes.

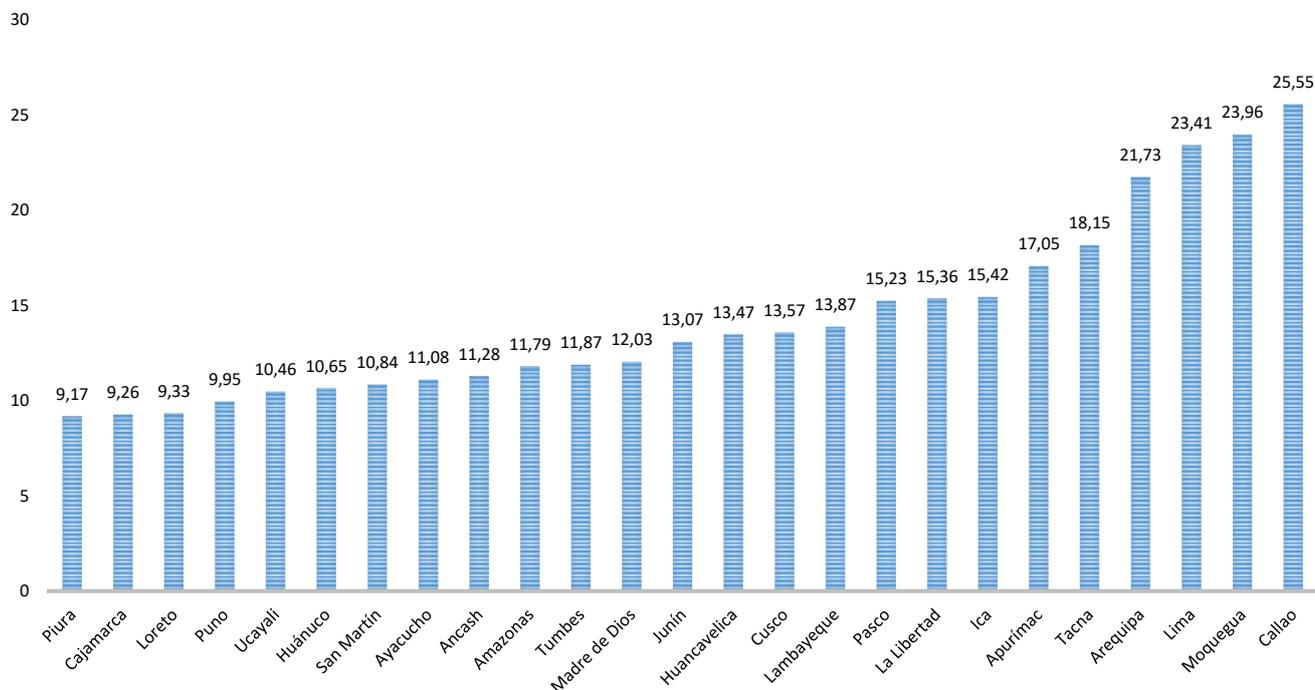
De acuerdo con las estadísticas del MINSA, el déficit de médicos especialistas que laboran en el MINSA y gobiernos regionales es alarmante, a nivel nacional suman 19,379 profesionales, de los cuales 12,669 (65,4%) trabaja en el MINSA y gobiernos regionales; 5,577 en ESSALUD (28,8%) y 1,133 (5,8%) especialistas médicos distribuidos en otras instituciones y empresas privadas⁵⁰ (MINSA, 2021). Asimismo, la Dirección General de Personal de la Salud (DIGEP), respecto a la disponibilidad de médicos especialistas para la atención oncológica en el sector público reporta que el 70% de los especialistas están concentrados en Lima y Callao, mientras que en diez (10) regiones no hay ningún especialista y siete (7) regiones que cuentan solo con uno (1).

⁵⁰ Se distribuye de la siguiente forma: FFAA 604 (3,1%); PNP 208 (1,1%); Ministerio Público 100 (0,5%) y sector privado 221 (1,1%).

A continuación, se presenta una figura que da cuenta de la densidad de profesionales médicos por cada 10 mil habitantes en cada región a nivel nacional:

Figura 17

Densidad de médicos por cada 10 mil habitantes en el 2021, por región



Fuente: Información de Recursos Humanos en el sector Salud. Perú 2021.
Elaboración propia

Asimismo, entre los componentes del MCI se encuentra el componente de Gestión para provisión de los cuidados, que tiene entre sus características la gestión de la calidad, referida a contar con servicios de salud que cumplan con estándares de calidad que respondan a las necesidades y demandas de la población. Para ello se requiere la cantidad de personal adecuado que cuente con las competencias necesarias para garantizar la adecuada implementación del MCI de manera equitativa en todo el país.

El MCI puntualiza la importancia de contar con equipos multidisciplinares de salud en cantidades adecuadas que posibiliten la implementación de este modelo, que desarrolle actividades para la APS con un enfoque individual, familiar y comunitario, con énfasis en la promoción de salud y la prevención de la enfermedad. Además de los profesionales multidisciplinares, precisan la necesidad de tener un grupo humano gestor del RIS para las labores administrativas, labores de coordinación intersectorial y gobiernos locales.

Reconoce, además, la deficiencia de personal en el SNS, por tanto, el objetivo de la gestión de recursos humanos de la salud debe orientarse a superar de manera progresiva las barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización, étnicas y de género, a fin de que todas las comunidades puedan acceder de manera equitativa y sin discriminación a servicios integrales de salud adecuados, oportunos y de calidad.

Desde el inicio de la pandemia la DIGEP ha buscado revertir la brecha, elevar la cantidad y calidad de los recursos humanos para la atención de COVID-19 por parte del sector público. Para ello, se realizaron las siguientes acciones:

- Aprobación del SERVICER (Servicio Especial COVID), por el cual se permite que los profesionales de la salud puedan trabajar para el estado sin haber realizado el SERUMS (Servicio Rural y Urbano Marginal en salud).
- Contratación de CAS COVID (Contratación rápida sin concurso) con financiamiento directo para este fin.
- Aprobación de una escala salarial referencial para el COVID con salarios superiores a los habituales (RM N° 420-2020/MINSA).
- Creación de la Bonificación extraordinaria o Bono COVID para el personal asistencial y de apoyo a la labor asistencial que realizaban trabajo presencial.
- Servicios Complementarios en Salud (Horas Extras) para el personal asistencial del II y Tercer nivel de atención.
- Se acortó el tiempo del SERUMS.

Para mejorar las condiciones de empleo y trabajo se desarrollaron las siguientes acciones:

- Aprobación de una escala salarial referencial para el COVID con salarios superiores a los habituales (RM N° 420-2020/MINSA)
- Otorgamiento de seguro de vida a todo el personal asistencial a nivel nacional.
- Fortalecimiento de los ingresos por los servicios complementarios y bonificación extraordinaria.

Para mejorar las competencias:

- Capacitaciones sobre diversos temas en relación a la emergencia sanitaria y la COVID 19 a través de telecapacitaciones.
- Pasantías para manejo de pacientes críticos.
- Se logró la reincorporación de los internos de ciencias de la salud en el sistema sanitario en el primer nivel de atención.

Además, en este periodo de octubre 2020 a junio del 2021 se ha logrado la aprobación y financiamiento de:

- Servicios Complementarios en Salud (Horas Extras) para el personal asistencial del I nivel de atención con la finalidad de repotenciar el primer nivel de atención.
- Prestaciones adicionales en Salud (Horas Extras) para los técnicos y auxiliares del I, II y III nivel de atención para complementar la atención de los profesionales de la salud en la pandemia contra la COVID-19.

Para el logro de todas estas medidas, relacionadas a recursos humanos y la atención de la pandemia contra la COVID-19, se aprobó un incremento de la inversión en recursos humanos adicional de 3 660 84 millones de soles.

Otra medida que permitió ampliar los recursos humanos fue permitir el ingreso de otros especialistas en el manejo y supervisión de las Unidades de Cuidados Intensivos o Áreas de Soporte Ventilatorio Mecánico. Estas fueron instaladas en áreas específicas y los pacientes estaban bajo el manejo directo del médico especialista en Medicina Intensiva; sin embargo, se amplió el recurso humano a otras especialidades de atención del paciente críticamente enfermo, como Medicina de Emergencias y Desastres; Anestesiología y Reanimación y Neumología. Medicina Interna mereció un espacio especial en la lucha contra la pandemia por la COVID-19, pues si bien es cierto al inicio los pacientes fueron referidos al Hospital Emergencia Ate Vitarte, muy pronto los hospitales entraron en la necesidad de implementar áreas para la atención de pacientes

en estado crítico y que además de necesitar soporte ventilatorio, requerían monitoreo y manejo intensivo.

Por otro lado, respecto a los principales problemas relacionados con el ejercicio laboral y profesional de los profesionales de la salud (MINSA, 2020):

- Falta de alineamiento entre el desempeño laboral y las competencias que presentan los egresados de las carreras profesionales de las ciencias de la salud, que genera como consecuencias problemas en el desempeño de dichos profesionales en el cuidado de la salud, labores de gestión y atención en salud.
- Estrategias insuficientes para dimensionar las necesidades del sector respecto al capital humano, recursos e infraestructura.
- Existe un marcado énfasis hacia la atención de segundo y tercer nivel de atención, sin considerar los niveles de menor complejidad y la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), con tendencia hacia la especialización y subspecialización. Esto incluso afecta la elaboración de planes de estudio que resaltan la cual enfatiza la atención hospitalaria.
- Proliferación de facultades y/o escuelas de ciencias de la salud que propicia la sobresaturación de los campos de formación y el consecuente conflicto entre las instituciones formadoras y las sedes docentes que compiten por los espacios de práctica en los establecimientos de salud de mayor complejidad.
- El número de profesionales de la salud se incrementó de manera considerable entre 1980 y 2017, en paralelo a una mayor demanda pública y privada, pero sin coordinación con las entidades formadoras de recursos humanos en salud, lo que ha generado una brecha importante, especialmente de médicos especialistas.

Respecto a la problemática relacionada con la formación de los profesionales de la salud:

- Existe un grave deterioro del proceso de enseñanza-aprendizaje de la medicina y las competencias de los profesionales egresados.
- Débil articulación de las sedes docentes con las instituciones formadoras para la programación y ejecución de actividades de Docencia Asistencial.
- Alta asignación de alumnos por tutor, sin tutoría permanente.
- Sedes docentes que no cuentan con programación conjunta con la universidad.
- Existe una saturación de servicios por estudiantes de medicina humana de diversas universidades, sin regulación en su número y predominancia de hospitales de referencia nacional, en lugar de la formación fundamental en establecimientos del primer nivel de atención.
- La educación profesional de la carrera de medicina humana se desarrolló con un currículo fragmentado, obsoleto y estático que produce graduandos mal equipados.

En consecuencia, se advierten problemas sistémicos como la descoordinación entre las competencias y las necesidades de los pacientes y de la población; deficiente trabajo en equipo; estratificación de los géneros en el estatus profesional; enfoque técnico limitado sin un entendimiento conceptual; desbalances cuantitativos y cualitativos en el mercado laboral profesional y un débil liderazgo para mejorar el rendimiento de los sistemas de salud.

Toda esta situación presentada invita a formular interrogantes centrales respecto a los recursos humanos del sector salud: ¿El personal de salud tiene las competencias adecuadas para impulsar el modelo de cuidado integral de la persona por etapas de vida, a las familias y a las comunidades considerando los determinantes sociales de la

salud?, ¿Las universidades están formando profesionales de ciencias de la salud con perfil adecuado para la implementar este modelo de salud? ¿la certificación de competencias podría ser un aliado para reconocer competencias en personas que cumplan o desarrollen funciones requeridas por el modelo? Estas preguntas aún no tienen respuestas certeras. El proceso de certificación de competencias en salud, en especial de aquellas funciones vinculadas a la implementación del nuevo modelo, avanza siguiendo esa perspectiva: incidir en aquellas acciones que mejoren la producción de servicios de salud para revertir esta situación.

II. LA CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS EN EL SECTOR SALUD DEL PERÚ DESDE LA EXPERIENCIA DEL SINEACE

El último párrafo del artículo 11 de la Ley N° 28740, Ley del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa, señala que la certificación es el reconocimiento público y temporal de las competencias adquiridas dentro o fuera de las instituciones educativas para ejercer funciones profesionales o laborales. Asimismo, el Reglamento de la Ley N° 28740, aprobado por Decreto Supremo 018-2007-ED, establece la obligatoriedad de evaluar con fines de certificación a los profesionales del derecho, educación y salud; por lo que la certificación de competencias dentro de este último sector ha sido una prioridad para la institución. En este capítulo se describe la experiencia del Sineace en la certificación de competencias del sector Salud.

En virtud de la aprobación de la Ley N° 30220⁵¹, Ley Universitaria quedaron derogados los tres (3) órganos operadores (IPEBA, CONEAU y CONEACES) creados por ley en el 2006. Asimismo, se estableció la reorganización del Sineace que significaba alinear el accionar de la institución con las disposiciones de dicha ley y las políticas nacionales. Cabe precisar que la obligatoriedad prevista en el artículo 23 del Reglamento de la Ley N° 28740, sobre la evaluación con fines de certificación para los profesionales de derecho, educación y salud, se desarrolla bajo los lineamientos técnicos establecidos por el Sineace y en el marco de las políticas nacionales vigentes.

Actualmente, el proceso de certificación de competencias profesionales se encuentra regulado por la Directiva N° 000002-2021-SINEACE/P “Directiva de Evaluación y Certificación de Competencias” aprobada mediante la Resolución de Presidencia N° 000051-2021-SINEACE/CDAH-P, que lo define como el reconocimiento público de la competencia demostrada por una persona natural, y valorada en el mercado laboral, de acuerdo a las normas emitidas por el Sineace, que no sustituye a un grado académico o título técnico/profesional emitido por una institución educativa pública o privada. Cabe precisar que el Sineace no cuenta con un procedimiento denominado “recertificación de competencias”, de conformidad con su Ley de creación y reglamento.

En consecuencia, el necesario alineamiento de la normativa interna con el marco legal y las políticas nacionales obligó a realizar la evaluación del impacto y la calidad de los procesos de certificación implementados hasta la fecha. El presente capítulo aborda las deficiencias halladas que han limitado la generación de beneficios que la certificación de competencias puede generar tanto para las personas como para los empleadores del sector Salud. Además, con la finalidad de afrontar estos retos, la respuesta debe apoyarse en las políticas de estado y en las experiencias internacionales de países con condiciones similares al Perú. Ambos aspectos son abordados en las dos (2) últimas secciones.

2.1. Estado situacional de la certificación de competencias en el sector Salud

La primera norma de competencia del sector Salud fue aprobada en el 2010 y la primera Entidad Certificadora Autorizada (ECA) del sector Salud fue el Colegio de Enfermeros del Perú, mediante Resolución N° 032-2010-SINEACE/P del 15 de octubre de 2010.

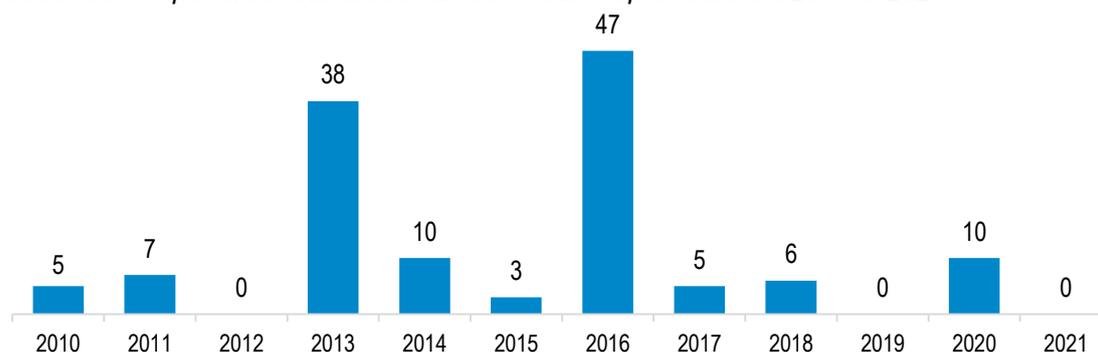
⁵¹ Mediante la Décima Segunda Disposición Complementaria Transitoria de la Ley N° 30220 se declaró en reorganización el Sineace, autorizando al Ministerio de Educación, a que mediante resolución ministerial constituya un Consejo Directivo Ad Hoc, para el Sistema, para que ejecute las funciones necesarias para la continuidad del organismo y los procesos en desarrollo, hasta la aprobación de su reorganización, lo cual se realizó mediante la Resolución Ministerial N° 396-2014-MINEDU del 28 de agosto de 2014.

Entre el 2010 y el 2020, el Sineace aprobó un total de 131 normas de competencias (contabilizadas a nivel de unidades de competencia), las cuales representaban un 26% del total de normas aprobadas (508) a lo largo de la existencia de la institución. Cabe precisar que, el 2021 no se aprobó ninguna norma de competencia debido a que se buscaba asegurar que los procesos de certificación sean realizados siempre que se asegure pertinencia. Parte de esta evaluación implicó buscar establecer una forma de estimar la demanda real de certificación de competencias en los diversos sectores de interés, lo cual sustenta la elaboración del presente documento.

El siguiente gráfico muestra que el 2013, 2016, 2020 fueron los años en el que se elaboró una mayor cantidad de normas de competencia vinculadas al sector Salud. Sin embargo, no existe evidencia de que hayan sido normas demandadas por el sector Salud. Asimismo, no se cuenta con el sustento necesario de que hayan sido motivadas por necesidades reales de reconocimiento de cualificaciones de las personas o identificadas por el sector Salud. Finalmente, no se tiene evidencia sobre la generación de valor público significativo en las personas certificadas, sobre todo de niveles de cualificación superiores (nivel profesional), dado que los procesos de certificación de competencias buscaban tener una cobertura poblacional, sin considerar los mecanismos de cualificación existentes en el sistema educativo.

Figura 18

Normas de competencias vinculadas al sector Salud aprobadas del 2010 al 2021

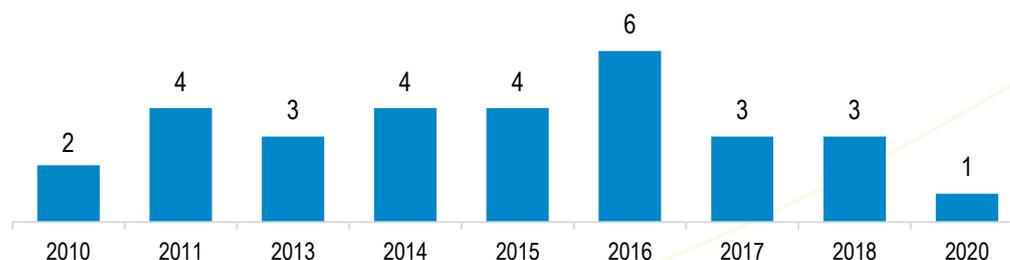


Fuente: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace.
Elaboración propia.

Por otro lado, hasta la fecha el Sineace autorizó a 103 entidades certificadoras (ECA), de las cuales veintitrés (23) fueron autorizadas en las normas de competencias vinculadas al sector Salud; asimismo, se resolvieron siete (7) renovaciones o ampliaciones de autorización, por lo cual se contabilizan treinta (30) ECA vinculadas al sector salud. Las ECA son principalmente colegios profesionales, centros de educación superior y empresas.

Figura 19

ECA vinculadas al sector Salud aprobadas del 2010 al 2020



Fuente: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace.
Elaboración propia.

En cuanto a la certificación de competencias, se atendieron a dieciséis (16) profesiones/ocupaciones, de las cuales una (1) corresponde al nivel de educación de básica y técnico productivo, nueve (9) del nivel de educación superior universitario y seis (6) del nivel de educación superior no universitario; con un total de 22 910 certificaciones, que representa a 11 066 personas certificadas. De esta cifra, el 60% se encuentra vigente mientras que el 40% se encuentra no vigente.

Las certificaciones de competencias autorizadas en normas de competencia del sector Salud representaba el 62% del total de certificaciones autorizadas por el Sineace. El cuadro muestra que las profesiones/ocupaciones que tienen un mayor número de certificaciones y personas certificadas son las profesiones/ocupaciones de obstetricia, enfermería y técnico en enfermera:

Tabla 8

Número de certificaciones autorizadas y personas por nivel educativo, ocupación/profesiones vinculadas al sector Salud del 2010 al 2020

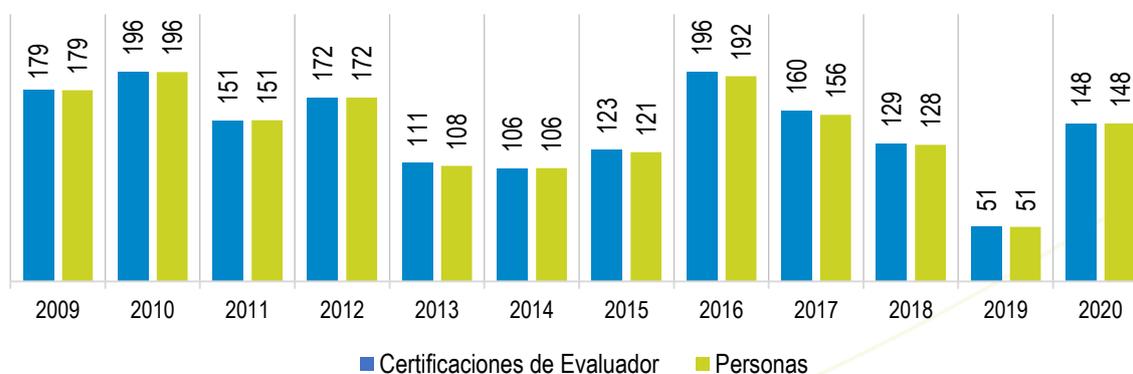
Nivel	Ocupación / Profesión	Certificaciones	Personas
EBTP	Agente Comunitario de Salud	86	52
	Biología	477	207
	Enfermería	6 376	4 179
ESU	Médico	131	90
	Nutrición	270	151
	Obstetricia	6 651	2 622
	Odontología	455	454
	Psicología	476	191
	Tecnólogo Médico	461	263
	Químico Farmacéutico	1 440	895
	Técnico en Enfermería	5 475	1 758
	Técnico en Farmacia	180	60
	Técnico en Laboratorio Clínico	411	137
IEES	Técnico en Optometría	21	7
	Técnico en Prótesis Dental	0	0
	Técnico en Fisioterapia y Rehabilitación	0	0
	Total	22 910	11 066

Fuente: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace. Elaboración propia.

En el sector Salud, se han autorizado un total de 1 722 certificaciones como evaluador de competencias, los cuales representan a 1 354 evaluadores, de los cuales el 35% tiene autorización vigente, mientras que el 65% restante se encuentra no vigente. Cabe precisar que, un requisito para tener la autorización como ECA era contar con evaluadores de competencias, es por ello, que se registran evaluadores desde el 2009.

Figura 20

Certificación de evaluadores vinculada al sector Salud aprobadas del 2009 al 2020



Fuente: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace. Elaboración propia.

Asimismo, el Sineace estableció mecanismos de recertificación de personas y evaluadores, los cuales no se encontraban establecidos en su Ley y reglamento. Sin embargo, de la revisión de los procesos de recertificación estos tenían una cobertura bastante baja, lo que significaba que un porcentaje importante de certificaciones perdían vigencia de dicho reconocimiento, por tanto, ya no serían útiles para la transitabilidad educativa o la mejora en las condiciones de empleabilidad de las personas.

2.2. Deficiencias identificadas en la certificación de competencias del Sineace en el sector Salud

Entre las primeras deficiencias identificadas podemos mencionar que las normas de competencias del sector Salud no fueron elaboradas en base a una visión o propuesta sectorial que permita identificar las funciones clave del sector, las funciones transversales y la relación entre ellas, de tal forma que puedan ser asociadas con las demandas de capital humano calificado. Asimismo, dado que no se identificaron las funciones asociadas a una necesidad de certificación de competencias no se podía dimensionar ni comprender la contribución de este proceso hacia el propósito principal del sector Salud. En consecuencia, las normas de competencia fueron formuladas focalizando el análisis en forma exclusiva en la ocupación/profesión y no en qué funciones sectoriales requerirían profesionales con las competencias y reconocimientos necesarios.

Por otro lado, se observó que la elaboración de estas normas de competencias no se sustentó en políticas sectoriales, documentos de planificación, instrumentos de gestión y programas presupuestales, por lo tanto, no se encontró el debido alineamiento con la política pública del sector Salud. Además, se advirtió que los procesos de normalización en los cuales se sustentaron la elaboración y aprobación de estas normas de competencias no tuvieron en cuenta la identificación del problema que se deseaba atender con su implementación, el valor público a generar y tampoco se identificó la demanda y público objetivo que las entidades proyectaban atender. Por lo tanto, no se reconoce el impacto que la certificación de competencias generó en las personas certificadas y en los sectores productivos.

Tampoco se observan prácticas que permitan garantizar la participación exhaustiva de profesionales o representantes de instituciones con experiencia pertinente en la elaboración y validación de las normas de competencia. Asimismo, se advierte una escasa o nula participación institucional del MINSA en la elaboración y/o validación de las normas de competencias. Más bien, se observó que las normas de competencias fueron establecidas a partir de requerimientos particulares de normalización, en torno a profesionales u ocupaciones específicas, sin priorizar las necesidades del sector Salud.

Hasta enero de 2021, la elaboración de mapas funcionales de profesiones estuvo a cargo de consultores que, en muchos casos, no consideró la participación de actores claves del sector Salud, comenzando por el ente rector. Todo ello ha ocasionado que los mapas funcionales existentes en el Sineace no constituyan un referente relevante para la normalización de competencias y que exista una diversidad de normas de competencias que no sustentan su necesidad de aprobación.

La revisión de las normas de competencias permitió identificar que algunas entidades certificadoras autorizadas entendían a la certificación de competencias profesionales como un mecanismo para subsanar las brechas y deficiencias de los procesos formativos en las instituciones educativas de nivel superior de las que provenían los candidatos a certificar. En este marco se advirtieron normas de competencias cuyas unidades de competencias eran similares a las unidades de competencia de programas de estudio impartidos en institutos, escuelas y universidades del país.

Respecto a la cobertura de certificación en el sector Salud, hasta el 2020 el Sineace asumía que la certificación profesional en las profesiones debía tener una cobertura poblacional, haciendo una lectura literal del artículo 23 del reglamento de la Ley del Sineace, asumiendo que los recursos públicos y la capacidad operativa institucional y de las entidades certificadoras eran ilimitadas y sin considerar la necesidad de generar valor público real en las personas y en el sector Salud.

De acuerdo con este enfoque cuantitativo poblacional, si se mantuvieran tales criterios para la determinación de la demanda de certificación de profesionales en el ámbito de Salud, se tendría que certificar a un total de 187 166 profesionales (solo en el Estado), de acuerdo con la información del Ministerio de Salud (INFORHUS, 2019). Respecto a esa data, en doce (12) años el Sineace solo avanzó en certificar al 5% del total de profesionales de la salud que laboran en el Estado. Además, se debe considerar a los nuevos profesionales que actualmente se encuentran en su etapa formativa y profesionales que laboran en otras entidades públicas y en el sector privado.

En ese sentido, para lograr la certificación de todo el personal de salud del MINSA, de acuerdo con la proyección realizada, le tomaría al Sineace alrededor de 240 años cubrir a los profesionales del sector Salud solo en el ámbito público, con lo que se concluye que resulta un objetivo inviable e inconsistente con las políticas públicas, las necesidades del país y los recursos presupuestales que dispone el Estado.

En resumen, a la fecha no se cuenta con un dimensionamiento real de las demandas de certificación de competencias en el sector Salud, que se presume son específicas y concordantes con determinadas problemáticas relacionadas con diversas funciones del sector Salud. Esto resulta indispensable determinar para que la certificación de competencias profesionales se convierta en una herramienta de política que proporcione capital humano calificado y reconocimiento distinto al otorgado por el sistema educativo, dado que actualmente todas las carreras de salud cuentan con mecanismos de reconocimiento de competencias generales establecidos en las instituciones educativas, a través del otorgamiento de grados académicos, títulos, certificados y diplomas.

2.3. Instrumentos de política que respaldan el desarrollo de la certificación de competencias profesionales

El Estado peruano cuenta con la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública⁵², que identifica los siguientes problemas en la gestión pública y en el desempeño del Estado (PCM, 2013):

- a) Ausencia de un sistema eficiente de planeamiento y problemas de articulación con el sistema de presupuesto público.
- b) Deficiente diseño de la estructura de organización y funciones.
- c) Inadecuados procesos de producción de bienes y servicios públicos.
- d) Infraestructura, equipamiento y gestión logística insuficiente.
- e) Inadecuada política y gestión de recursos humanos.
- f) Limitada evaluación de resultados e impactos, así como seguimiento y monitoreo de los insumos, procesos, productos y resultados de proyectos y actividades.
- g) Carencia de sistemas y métodos de gestión de la información y el conocimiento.
- h) Débil articulación intergubernamental e intersectorial.

⁵² Si bien este instrumento de política pública tuvo vigencia hasta el 2021, de acuerdo con la información del portal institucional de la Presidencia de Consejo de Ministros, a la fecha se encuentran en proceso de actualización de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública (PNMGP), rumbo al 2030, lo que permitirá al Perú seguir impulsado e implementando medidas y acciones para mejorar los bienes y servicios al ciudadano.

En el marco del cuarto pilar de la Política de Modernización de la Gestión Pública, el Servicio civil meritocrático, se ha establecido un conjunto de medidas institucionales por las cuales se articula y gestiona a los servidores públicos, armonizando los intereses de la sociedad y los derechos de los servidores públicos; tiene como propósito principal el servicio al ciudadano, orientando la profesionalización de la función pública en todos los niveles, buscando atraer a personas calificadas a los puestos clave de la administración pública; y, priorizando la meritocracia en el acceso, promoción, evaluación y permanencia a través de un sistema de gestión del capital humano del sector público, acorde con las nuevas tendencias del empleo a nivel mundial (PCM, 2013).

El impulso y desarrollo del Servicio Civil en todo el Estado peruano busca los siguientes objetivos centrales:

- a) Establecer un sistema de derechos y deberes para el adecuado funcionamiento del empleo público.
- b) Contar con un personal idóneo para el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- c) Fortalecer la institucionalización del Sistema de Gestión de personas del Estado.

La disponibilidad de recursos humanos calificados es por lo tanto una preocupación central del Estado. Este marco general nos permite revisar las políticas nacionales aprobadas en los últimos años enfocándonos en los aspectos que orientan el trabajo del reconocimiento de competencias en el país, indicando la necesidad de atender con pertinencia las demandas de capital humanos de los sectores productivos y de apoyar la transitabilidad educativa de las personas.

2.3.1. Política Nacional de Educación Superior y Técnico Productiva (PNESTP)

La Política Nacional de Educación Superior y Técnico Productiva (PNESTP), aprobada mediante Decreto Supremo N° 012-2020-MINEDU⁵³ del 31 de agosto de 2020, tiene como uno de sus ejes el *“Fomento de trayectorias educativas flexibles y diversas”*, con lo cual se *“apuesta por una ESTP más flexible y modular, que permita la transitabilidad entre los distintos niveles y alternativas formativas, así como por un incremento de la oferta educativa que responda a las necesidades de los estudiantes a lo largo de la vida”*.

La PNESTP desempeña un rol importante para el desarrollo y la competitividad del país debido a que se orienta a mejorar las competencias del recurso humano, contribuye con garantizar su empleabilidad, promueve el compromiso de los egresados de todas las instituciones del nivel de educación superior y técnico productiva para la resolución de diversas problemáticas de su localidad y región, contribuyendo de esta manera con el desarrollo de los sectores productivos.

Respecto a los objetivos prioritarios de la PNESTP, el instrumento cuenta con seis (6) Objetivos Prioritarios y 23 Lineamientos, de este conjunto de objetivos, dos (2) objetivos prioritarios y dos (2) lineamientos se encuentran vinculados con facilitar la transitabilidad en la población entre alternativas formativas y fortalecimiento el aseguramiento de la calidad, de manera articulada, en las instituciones educativas de ESTP orientada a la excelencia:

⁵³ Disponible en el siguiente enlace: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1265397>

Tabla 9

Objetivos prioritarios y lineamientos de la PNESTP vinculados con el fortalecimiento de capacidades y la certificación de competencias

Objetivo prioritario	Lineamientos	Responsable
O5. Fortalecer la gobernanza de la Educación Superior y Técnico-Productiva, y el rol rector del Ministerio de Educación	L.5.2. Facilitar la transitabilidad en la población entre alternativas formativas de la ESTP.	Minedu Organismo acreditador
	L.5.3. Fortalecer el aseguramiento de la calidad, de manera articulada, en las instituciones educativas de ESTP orientada a la excelencia.	Minedu Sunedu Organismo acreditador

Fuente: PNESTP.
Elaboración propia

En ese sentido el, Objetivo Prioritario 5, plantea como uno de sus lineamientos el “*Facilitar la transitabilidad entre las alternativas formativas de la ESTP*”, con el objetivo de que la población cuente con mayores oportunidades para el aprendizaje a lo largo de la vida”. En ese sentido, se establece el mecanismo de “reconocimiento de aprendizajes previos a través de la convalidación y certificación de competencias educativas”.

Por otro parte, el PNESTP reconoce como una de las causas indirectas de tener una “**Población con inadecuadas competencias para ejercer su profesión y desarrollar investigación e innovación**”, el sesgo generalizado en la población hacia la educación superior universitaria, en detrimento de otras alternativas formativas de la Educación Superior. Esto se evidencia en la distribución de la matrícula por alternativa de Educación Superior, en que la educación universitaria concentra más de la mitad, como se puede observar en el siguiente cuadro:

Tabla 10

Matrícula según alternativa formativa (2019)

Alternativa formativa	Nº de Instituciones	Matrícula
Universidades	92	65,78 %
Institutos tecnológicos	824	20,57 %
CETPRO	1,803	11,08 %
Institutos pedagógicos	184	2,30 %
ESFA	32	0,28 %

Fuente: PNESTP, con datos del SRI, Siries, Escale, ANR y Sunedu, a agosto de 2020.

La PNESTP indica que “*la preferencia por la educación universitaria responde a los incentivos sociales de mayor prestigio y mayores retornos*” (Benavides, 2008). Sin embargo, este fenómeno está conduciendo a una sobreoferta de profesionales universitarios, en tanto la demanda ocupacional es inversamente proporcional a la matrícula en educación superior. Como evidencia de esto, la PNESTP cita la Encuesta de Demanda Ocupacional (EDO) del 2018, en que tan solo el 31,9% del mercado de trabajo requiere de profesionales con educación superior, el 25,4% requiere egresados de la educación superior tecnológica y tan solo el 6,5% de la educación superior universitaria.

Tabla 11

Personal por contratar según nivel educativo (2018)

Nivel educativo	Personal por contratar
Profesional universitario	6,5 %
Profesional técnico	8,9 %
Técnico	16,5 %
Educación básica	68,1 %

Fuente: PNESTP, con datos de la EDO 2018.

Esto conduce a tener una oferta de recursos humanos poco pertinentes para el sistema productivo y que, paradójicamente, como señalan Yamada y Lavado (2017), citado en

la PNESTP), estaría derivando hacia una baja de los retornos y tasas ascendentes de subempleo y sobreeducación.

2.3.2. Plan Nacional de Competitividad y Productividad

El Plan Nacional de Competitividad y Productividad, aprobado por Decreto Supremo 237-2019-EF, define objetivos y lineamientos necesarios para el logro de los Objetivos Prioritarios (OP) de la Política Nacional de Competitividad y Productividad, en ese sentido es *“el marco y hoja de ruta de acción que da soporte a una intervención gubernamental articulada, eficaz y eficiente”*.

Dentro de estos objetivos prioritarios, el Objetivo Prioritario N° 2, “Fortalecer el capital humano”, es de especial relevancia para la certificación de competencias, al establecer como Lineamiento de Política 2.1 “Optimizar los servicios para el fortalecimiento de capacidades de la fuerza laboral a través del mejoramiento de la formación para el empleo, la certificación de competencias laborales y mecanismos para incentivar la capacitación laboral en el ámbito privado”.

Al respecto, el Plan Nacional de Competitividad y Productividad establece dos (2) medidas de política orientadas a la certificación de competencias. La primera es la creación y funcionamiento de Consejos Sectoriales de Competencias, los cuales “permitirán a los sectores productivos (sector privado) liderar la identificación de estándares de competencias que orienten la oferta formativa y la certificación de competencias, de manera que contribuyan a la innovación y competitividad de la economía peruana”. Estos consejos sectoriales conducirán a una mejor articulación entre la oferta formativa y la demanda laboral, así como al reconocimiento de habilidades y conocimientos adquiridos fuera del sistema educativo regular.

En consecuencia, la segunda medida de política es la creación e implementación progresiva del Marco Nacional de Cualificaciones del Perú (MNCP), que ordene y establezca equivalencias entre las cualificaciones, considerando una estructura de niveles. Una cualificación es un reconocimiento formal de las habilidades desarrolladas, bien en un proceso educativo o formativo dentro de un mismo país o por fuera de él, o a partir de la experiencia de un trabajador.

2.3.3. Marco Nacional de Cualificaciones del Perú (MNCP)

Mediante Decreto Supremo N° 012-2021-MINEDU del 9 de julio de 2021, se aprobó el Marco Nacional de Cualificaciones del Perú (MNCP) y la conformación de la comisión multisectorial de naturaleza permanente denominada “Comisión Nacional para el seguimiento a la implementación del Marco Nacional de Cualificaciones del Perú (MNCP)”.

El MNCP se constituye como un instrumento estructurado, jerarquizado, consensuado y único para el desarrollo, la articulación, la clasificación y el reconocimiento de las cualificaciones expresadas en términos de conocimientos, destrezas y competencias para desempeñarse en el mercado laboral, y abarcar todos los sectores productivos y niveles educativos, así como los aprendizajes obtenidos en instituciones educativas o a lo largo de la vida con miras a la inserción laboral.

Asimismo, plantea como objetivo general establecer una herramienta única para el desarrollo, la clasificación y el reconocimiento de las cualificaciones, presentándolas de forma ordenada en una estructura gradual de niveles, de acuerdo con la secuencialidad y complejidad de los aprendizajes adquiridos en programas de estudio, la formación no convencional o adquiridos a través de la experiencia laboral, facilitando la formación a

lo largo de la vida y permitiendo la transitabilidad del ámbito laboral al formativo, y viceversa.

Por su parte, la “Comisión Nacional para el seguimiento a la implementación del Marco Nacional de Cualificaciones del Perú”, tiene por objeto realizar el seguimiento de la implementación progresiva del MNCP; así como emitir informes técnicos referidos al reporte de la articulación entre los segmentos educativos y formativos, y las necesidades del desarrollo productivo. Para ello, la Comisión Nacional presenta al Ministerio de Educación un informe anual sobre el cumplimiento de los objetivos y de la implementación del MNCP.

Está conformada por representantes del Ministerio de Educación, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, el Ministerio de la Producción, el Consejo Directivo del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa, el Consejo Privado de Competitividad y la Confederación Nacional de Instituciones Empresariales Privadas.

El 23 de agosto de 2021, mediante Resolución Ministerial N° 321-2021-MINEDU, se aprobó el documento “Estructura, contenido y criterios para la agrupación y priorización del Marco Nacional de Cualificaciones del Perú (MNCP)”, que precisa los **Niveles de cualificación**, que son los escalones del sistema jerárquico del MNCP, y agrupa a cualificaciones del mismo grado de complejidad, aunque puedan consistir en combinaciones diferentes de conocimientos, destrezas y competencias y aplicarse en más de un campo económico y/o profesional, estructurados en ocho (8) niveles de cualificación:

Tabla 12
Niveles del MNCP

Niveles del MNCP	Descripción	Oferta educativa y formativa actual
Nivel 1	Reconoce conceptos o contenidos relacionados con su propia experiencia; ejecuta actividades simples, con procedimientos altamente estructurados y con instrucciones precisas; resuelve situaciones simples que se presentan en actividades inmediatas. Actúa bajo estrecha y cercana supervisión constante.	Empíricos
Nivel 2	Recuerda hechos que suceden en su trabajo; ejecuta procedimientos básicos y sencillos, y resuelve problemas que surgen de la propia actividad. Actúa bajo instrucción y supervisión intermitente.	Capacitados
Nivel 3	Comprende y relaciona elementos relativos a su propio trabajo; ejecuta actividades técnicas de rutina sencillas y claramente definidas; resuelve problemas y preguntas que surgen en la misma actividad. Actúa bajo orientación y supervisión general.	Auxiliares Técnicos
Nivel 4	Aplica conceptos propios de su campo a las actividades a su cargo; desarrolla actividades no rutinarias, pero panificables, con procedimientos técnicos estandarizados, resuelve problemas y preguntas que surgen en más de una actividad. Actúa bajo supervisión de algunas acciones o procesos específicos.	Técnicos
Nivel 5	Identifica y analiza procedimientos; desarrolla actividades técnicamente complejas y resuelve los problemas propios de su campo, siguiendo parámetros bien definidos sobre cantidad y calidad. Actúa con autonomía para organizar el trabajo y realizar operaciones técnicas, reportando resultados a sus inmediatos superiores.	Profesionales técnicos
Nivel 6	Domina conocimientos sobre procesos de un campo específico; evalúa una amplia gama de actividades; aplica enfoques para resolver problemas específicos. Actúa dentro de las normas aceptadas en un campo o en la organización, bajo parámetros amplios previamente especificados y rinde cuentas a niveles superiores.	Profesionales
Nivel 7	Domina el conocimiento abstracto existente en un campo especializado; evalúa prácticas relevantes o actividades estratégicas y aplica enfoques innovadores para resolver problemas complejos. Se desenvuelve con alta autonomía y rinde cuentas a las esferas superiores de la organización.	Maestrías
Nivel 8	Domina el conocimiento abstracto avanzado, con producción original, en uno o varios campos. Diseña prácticas relevantes y actividades estratégicas y desarrolla procesos altamente especializados para enfrentar problemas	Doctorados

Niveles del MNCP	Descripción	Oferta educativa y formativa actual
	<p>estratégicos y críticos, generando soluciones creativas y nuevas. Asume plena responsabilidad por el impacto inmediato y futuro de las acciones propias o de su equipo de trabajo o su organización y rinde cuentas a las esferas más altas de su organización o sector.</p>	

Fuente: MINEDU, 2021.

Elaboración propia

El MNCP es la herramienta orientadora que permite al Sineace reconocer los niveles de cualificación en su ámbito de competencia y, en articulación con sus objetivos, a mejorar la pertinencia de la oferta educativa y a orientar al sector productivo y laboral para conciliar la demanda con la oferta de cualificaciones.

Es en esos dos aspectos que el MNCP se articula con la PNCP y la PNESTP, que en conjunto conminan al Sineace a adoptar medidas orientadas a implicar a los actores más relevantes de los sectores productivos priorizados, que vienen a ser los entes rectores sectoriales, así como a diseñar normas de competencia que se articulen con las trayectorias educativas y profesionales y las potencien, sin tratar de reemplazar las alternativas formativas existentes.

Es en este contexto que la labor referida a la certificación de competencias profesionales que realiza el Sineace cobra una gran importancia, al sentar las bases de un sistema de reconocimiento de competencias profesionales que forma parte estructural en la reforma de la Educación Superior y Técnico Productiva, así como en la competitividad de la matriz productiva nacional.

III. METODOLOGÍA PROPUESTA PARA LA ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA DE CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS DEL SECTOR SALUD DEL PERÚ

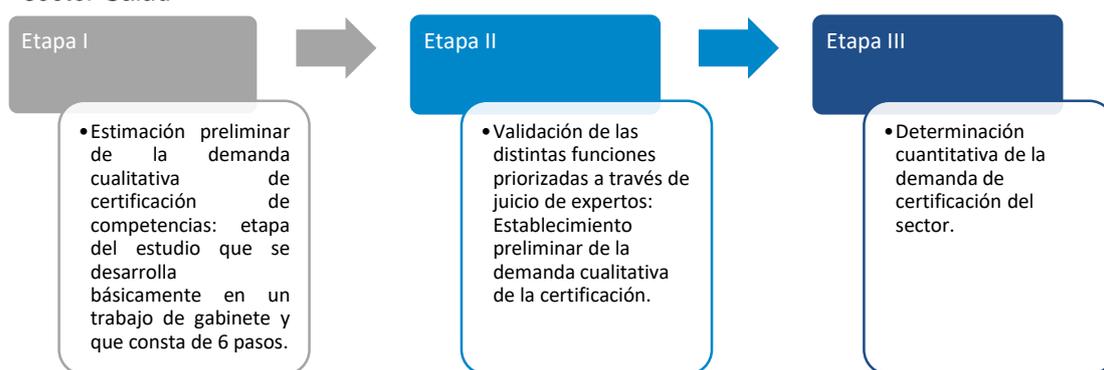
Con relación a la demanda para la certificación de competencias profesionales, hasta el 2020, en el Sineace se mantuvo un enfoque poblacional como variable de referencia para cuantificar la demanda de población a certificar, teniendo como base para la certificación a la PEA activa de los diversos sectores, entre ellos, el sector Salud. Ello suponía la certificación de todos los profesionales del sector Salud, obviando la factibilidad para la institución de realizar procesos de ese nivel de complejidad y, sobre todo, desestimando la existencia de otros mecanismos de reconocimiento de competencias, como las obtenidas en el sistema educativo formal. Ello trajo consigo dificultades para generar valor público relevante en las personas certificadas y en el sector Salud.

Por ello, el Sineace, advirtió la necesidad de contar con una metodología que permita estimar la demanda de certificación de competencias en los sectores priorizados por nuestra normativa, comenzando por el sector salud. Cabe señalar que se trata de una metodología inédita, por lo cual tiene un carácter preliminar. Dicha aproximación fue elaborada en gabinete, por lo cual requiere de una posterior validación de expertos y operadores representativos del sector, durante las acciones previas de los procesos de normalización de competencias. Asimismo, luego de su validación, se proyecta que la metodología propuesta pueda aplicarse tanto en el sector Salud como en otros sectores priorizados, según la normativa del Sineace.

El modelo final de la metodología está estructurado en tres etapas que tienen por objetivo estimar la demanda cualitativa y cuantitativa de funciones y ocupaciones del sector Salud. Así, la Etapa I corresponde a la estimación preliminar de la demanda de certificación de competencias; la Etapa II, a la validación de dicha estimación preliminar a través del juicio de expertos representativos del sector o sistema; y, la Etapa III, en la que se realiza la determinación cuantitativa de la demanda de certificación de competencias:

Figura 21

Etapas del proceso de estimación de la demanda de certificación de competencias en el sector Salud

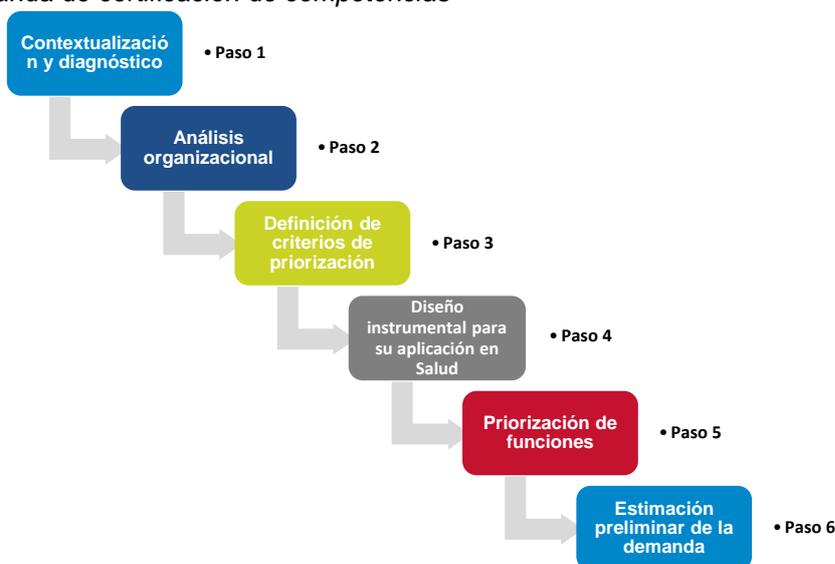


Elaboración: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace.

En ese sentido, el presente documento corresponde al desarrollo de la primera etapa que indica la figura precedente. Esquemáticamente, la Etapa I de este proceso puede describirse del siguiente modo:

Figura 22

ETAPA I: Esquema del proceso de construcción de la metodología para la estimación de la demanda de certificación de competencias



Elaboración: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace.

Con relación a las etapas II y III, la primera de ellas se compone de tres (3) pasos a seguir para su realización: i) Diseño de instrumentos de validación; ii) la identificación y selección; y finalmente iii) proceso de validación de la demanda cualitativa de certificación de competencias. Por último, en la Etapa III se proyecta estimar cuantitativamente la demanda de certificación de competencias, en función a las ocupaciones y funciones priorizadas validadas por los actores claves del sector.

3.1. Etapa I: Estimación cualitativa de la demanda de certificación de competencias profesionales en el sector salud

La Etapa I implica un trabajo de gabinete que consta de diecisiete (17) procedimientos distribuidos en seis (6) pasos, que parten de un análisis de instrumentos de política pública, reconocimiento de la organización del Sector, definición de criterios para la priorización de ocupaciones y funciones, basándonos en el MCI, entre otros que se presentan de manera resumida en la siguiente figura:

Figura 23

Pasos y procedimientos que estructuran la metodología propuesta para estimar la demanda de certificación de competencias profesionales en el sector Salud – Etapa I

	Paso 1 Contextualización y diagnóstico sectorial	Paso 2 Análisis organizacional	Paso 3 Definición de criterios para la priorización	Paso 4 Diseño instrumental	Paso 5 Priorización de funciones	Paso 6 Estimación de la demanda cualitativa de certificación de competencias
PROCEDIMIENTOS	Análisis normativo	Descripción funcional y organizacional del sector	Definición de criterios para la evaluación de la problemática	Formulación de instrumentos prototipo para la priorización	Análisis de la problemática de la producción de bienes y servicios	Identificación de las ocupaciones relacionadas a las funciones priorizadas
	Análisis de instrumentos de política pública nacionales y sectoriales	Identificación preliminar de actores claves del sector	Definición de criterios para la evaluación de funciones	Validación de los instrumentos prototipos	Análisis de las funciones relacionadas a la problemática	Identificación de la demanda cualitativa de certificación de competencias en el sector
	Análisis situacional de los problemas del sector	Identificación del modelo de producción de bienes y servicios	Definición de criterios para la priorización de ocupaciones		Priorización de las funciones establecidas	
		Clasificación de las ocupaciones relacionadas al sector				

Elaboración: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace.

A continuación, se muestran los resultados de la aplicación de la Etapa I de la metodología propuesta por el Sineace, aplicada en la estimación de la demanda de certificación de competencias en el sector salud:

3.1.1. Paso 1: Contextualización y Diagnóstico Sectorial

El Paso 1 consta de tres (3) procedimientos que implicó la revisión de normativa, instrumentos de política y gestión de carácter sectorial y multisectorial, así como información estadística que detalle los principales problemas que atraviesa el sector Salud, indicadores de morbilidad y mortalidad de la salud en el Perú, entre otros que afectan una adecuada prestación del servicio. Es decir, se realizó el reconocimiento de aspectos neurálgicos que conforman el sector Salud en el Perú. Al respecto, este análisis se encuentra desarrollado a lo largo del Capítulo I y II del presente documento.

El siguiente cuadro resume los procedimientos y tipos de documentación revisados para desarrollar el análisis:

Tabla 13
Procedimientos del Paso 1

Nº de procedimiento	Procedimiento	Actividades
Procedimiento 1	Análisis del marco normativo relacionado al sector	Análisis del marco normativo relacionado a la definición y delimitación del sector. Análisis del marco normativo relacionado a la identificación de subsectores o subsistemas de salud Análisis del marco normativo relacionado a las funciones claves desarrolladas en el sector.
Procedimiento 2	Análisis de los instrumentos de política pública y de gestión de alcance nacional y específicos del sector Salud.	Análisis de la visión de país al 2050, de los objetivos de desarrollo nacional establecidos por el CEPLAN y relacionadas al sector. Establecimiento de los objetivos prioritarios de la política sectorial, objetivos y acciones estratégicos.
Procedimiento 3	Análisis situacional de los problemas del sector.	Descripción de la problemática del sector, la cual se intenta resolver a través de la producción de bienes o servicios. Análisis de los problemas claves para cuya resolución contribuye de manera central el proceso de certificación de competencias en el sector.

Elaboración propia

El **Procedimiento 1** permitió **analizar el marco normativo que sustenta al sector, su definición y el modelo de producción de bienes y servicios a ser utilizado como base para la priorización**. Para poder establecer la descripción funcional del sector ámbito de la certificación de competencias, primero se estableció el ámbito funcional de la autoridad nacional en el sector Salud. Así, la revisión de la normativa nos permitió reconocer la diferenciación legal-normativa que distingue entre sector Salud y sistema de salud. El sector Salud implica una definición muy amplia, donde se considera a la población como parte integrante. En función a ello, para fines de la estimación de la demanda, el ámbito de la certificación de competencias en salud corresponde a las funciones descritas en el MCI y las ocupaciones demandadas por el SNS peruano.

De lo anterior, el **Procedimiento 2** consistió en el **análisis de los instrumentos de política pública y de gestión de alcance nacional y específicos del sector Salud**. A partir del análisis de la visión de país al 2050, de los objetivos de desarrollo nacional relacionadas al sector establecidos por el CEPLAN, observamos que el marco de referencia estratégico se centra en el bienestar de las personas, lo cual se sustenta en la Constitución Política del Perú, en un conjunto de compromisos nacionales entre la sociedad peruana y su Estado, así como en compromisos globales, normativas nacionales, políticas de Estado y políticas nacionales; todas ellas llamadas a orientar el quehacer de las entidades que conforman el SINAPLAN. El cometido de dichas

entidades es gestionar los asuntos públicos para proveer bienestar a las personas, mediante respuestas coherentes, articuladas y factibles de ser desarrolladas en los tres (3) niveles de gobierno, apoyando así a la sociedad en su conjunto.

Por su parte, para el logro de los objetivos prioritarios establecidos en la PNMS la 2030, se deben desplegar las acciones vinculadas a la función de atención de la persona en el contexto familiar (OP 1); mejorar la disponibilidad y distribución equitativa de recursos humanos con competencias adecuadas a las necesidades de salud y demandas de servicios de salud. Sobre este aspecto, la certificación de competencias claves del personal del sector salud cobra vital importancia (OP 2); y finalmente, se deben ejecutar las acciones vinculadas a la función de atención a la comunidad y a las Funciones Esenciales de Salud Pública (OP 3).

Finalmente, el **Procedimiento 3** permitió la realización de la sección 1.6 del Capítulo I a través de la presentación del **análisis situacional de los problemas del sector**, en el cual se detalla las principales problemáticas del sector, indicadores de mortalidad y morbilidad, así como, los problemas referidos al recurso humano, cuya resolución contribuye de manera central al proceso de certificación de competencias en el sector.

3.1.2. Paso 2: Análisis organizacional del sector

El Paso 2 cuenta con un total de siete (7) procedimientos donde se desarrolla la descripción funcional del sector Salud en el ámbito de la certificación de competencias, la identificación de actores claves relacionados al proceso de certificación en el sector Salud, la identificación del modelo de producción de bienes o servicios y presenta propuesta de clasificación de profesiones/ocupaciones relacionadas al sector Salud para el proceso de certificación de competencias.

Así, el **Procedimiento 4**, consistió en la **descripción funcional del sector Salud en el ámbito de la certificación de competencias**, a través del reconocimiento del ámbito funcional del MINSA como autoridad nacional del sector Salud; la identificación de la estructura organizacional del sector Salud, sus subsectores, subsistemas, niveles de producción de los bienes y servicios, niveles de atención, entre otros aspectos que han sido plasmados en el Capítulo I del presente estudio, específicamente en la sección 1.2 y 1.3.

En el **Procedimiento 5** se realizó la **identificación de actores claves relacionados al proceso de certificación en el sector Salud**. Con base a la estructura organizacional identificada en el paso anterior, se procedió a diseñar las dos (2) matrices respectivas con las siguientes características:

Figura 24

Modelo de organizador para la identificación de actores claves del SNS

SISTEMA DE SALUD						
Instancias institucionales	Público abierto de salud		Seguridad social	Público cerrado de salud	Subsistema privado de salud	Subsistema de salud tradicional
	MINSA	GORES				
Instancia de máxima jerarquía						
NIVEL DE ATENCIÓN						
Primer nivel de atención						
Segundo nivel de atención						
Tercer nivel de atención						

Elaboración: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace.

También se diseñó una matriz para la identificación de actores claves externos al SNS:

Figura 25

Diseño del organizador para la identificación de actores claves externos al SNS

OTRAS INSTITUCIONES VINCULADAS A LA CERTIFICACIÓN EN SALUD		
Período formativo en salud	Mercado Laboral	Instituciones autoreguladoras, sociedad civil, Consejos nacionales

Elaboración: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace.

El **Procedimiento 6** consistió en la **identificación del modelo de producción de bienes o servicios**. Para ello, utilizamos el Modelo de Cuidado Integral (MCI), el cual se desprende de los OP de la PNMS al 2030, como el principal ordenador para instrumentar el proceso de determinación cualitativa de la demanda de certificación de competencias del sector salud, dado que permite la organización del análisis de la problemática por etapas de la vida, además de la del entorno familiar y comunitario y tiene un público objetivo definido al cual dirige la producción de bienes y servicios de salud.

A partir del análisis de la estructura y funciones del sector, así como el análisis y sistematización de la clasificaciones ocupacionales existentes⁵⁴, se formuló el **Procedimiento 7**, que consistió en una **propuesta de clasificación de profesiones/ocupaciones relacionadas al sector Salud para el proceso de certificación de competencias**, incorporando ocupaciones algo relegadas pese a su creciente importancia para impulsar el nuevo MCI de salud, como las profesiones cuyo ejercicio especializado es de carácter multidisciplinario (especialistas en salud familiar, epidemiología, etc.) u ocupaciones que no necesariamente forman parte del sistema educativo formal, como es el caso de los agentes comunitarios en salud:

Tabla 14

Clasificación de ocupaciones en el sector Salud

Nº	Clasificación	Ocupaciones
1	Profesiones con formación universitaria del sistema de salud	Medicina humana, odontología, farmacia y bioquímica, obstetricia, enfermería, medicina veterinaria, biología, psicología, nutrición, ingeniería sanitaria, trabajo social, química, tecnología médica (terapia física y rehabilitación, laboratorio clínico y anatomía patológica, radiología, optometría, terapia ocupacional y terapia de lenguaje en el campo de la salud).
2	Profesiones con formación universitaria del sistema de salud que prestan servicios interdisciplinarios	Especialista en salud familiar, especialista en epidemiología, especialista en salud mental, especialista en gestión en salud, especialista en salud pública (salubrista), especialista en gestión de políticas de recursos humanos en salud, otras especialidades vinculadas a la implementación de la APS y la gestión de las FESP.
3	Profesiones técnicas	Técnico especializado, enfermería técnica, farmacia técnica, laboratorio clínico y anatomía patológica, técnico de salud pública, técnico en prótesis dental, técnico en rehabilitación.
4	Ocupaciones relacionadas a la salud	Auxiliares asistenciales de salud, trabajadores del cuidado de personas en servicios de salud, trabajadores del cuidado de personas en instituciones, trabajadores del cuidado de personas a domicilio, agentes comunitarios, voluntariado en salud y otras ocupaciones para el cuidado de personas en servicios de salud.

Elaboración: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace.

⁵⁴ Clasificación nacional de ocupaciones del INEI (2015), el clasificador nacional de programas e instituciones de educación superior, la división de los grupos ocupacionales en el sector público, la relación y funciones de los cargos en salud según el manual de clasificador de cargos, así como las definiciones y clasificaciones internacionales (OIT, Chile, Colombia y México).

Respecto al marco normativo relacionado a las ocupaciones vinculados al sector, se sistematizaron y analizaron los modelos de clasificación de las ocupaciones y profesiones, incluyendo la última Clasificación Nacional de Ocupaciones del INEI (2015), el Clasificador Nacional de Programas e Instituciones de Educación Superior, la división de los grupos ocupacionales en el sector público, la relación y funciones de los cargos en salud según el manual de clasificador de cargos, así como las definiciones y clasificaciones internacionales de la OIT y de los propios países analizados. Asimismo, se sistematizó y analizó la regulación de las profesiones de salud, lo que incluye la Ley que regula el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud, así como las leyes específicas de once (11) profesiones de la salud⁵⁵.

3.1.3. Paso 3: Definición de criterios de priorización de funciones y ocupaciones del sector Salud y diseño instrumental para su aplicación

Con base a las experiencias realizadas en sistemas de salud europeos para el establecimiento de prioridades en salud, para fines de este documento, hemos considerado el Método de Hanlon como base para la definición de los criterios de priorización, el mismo que consiste en la aplicación a los elementos de análisis de cuatro principales criterios: Magnitud (A); Gravedad (B); Eficacia o resolutivez (C); Factibilidad de la intervención (D).

La relevancia de basarnos en el Método de Hanlon para establecer los criterios de priorización de las funciones para la certificación de competencias radica en que estos elementos se corresponden con los criterios más utilizados para el establecimiento de prioridades en el área de salud pública. Es un instrumento que clasifica los problemas y los recursos existentes, priorizando la problemática a partir de la ponderación de cada uno de los cuatro componentes:

$$\text{Prioridad} = (A+B) \times C \times D$$

Para operar dicha ecuación, se adaptaron las ponderaciones de cada elemento para fines de esta propuesta metodológica. Asimismo, a continuación, se explicará cada elemento de análisis utilizado en el proceso de priorización, a través de la explicación de los 3 procedimientos que conforman el Paso 3:

El **Procedimiento 8** consiste en la **definición de criterios para la evaluación cualitativa de la problemática del Sector**. Para ello, se definieron operativamente los criterios que permitan la i) valoración cualitativa de la magnitud (A) y gravedad (B) del problema a enfrentar y ii) el establecimiento de la escala ordinal de valoración de la magnitud (A) y gravedad (B) del problema analizado.

La definición de operación de magnitud (A) se entiende como la evaluación cualitativa de la dimensión donde la población objetivo de una intervención de salud se ve afectada por el problema. Por su parte, la definición operacional de gravedad (B) es la apreciación cualitativa del grado de severidad con la que afecta el problema de salud a la población objetivo de la intervención o función.

Respecto al establecimiento de la escala ordinal de valoración de la magnitud (A) y gravedad (B), la siguiente tabla describe el puntaje asignado tanto para el cálculo de la magnitud (A) como la gravedad (B) del problema a analizar, cuya escala de valoración va de 1 a 4:

⁵⁵ Medicina Humana, Enfermería, Obstetricia, Odontología, Tecnología Médica, Nutrición, Biología, Farmacia Y Bioquímica, Psicología, Trabajo Social, Medicina Veterinaria.

Tabla 15*Criterios de evaluación de la problemática del cuidado integral por curso de vida*

Criterios de evaluación de la problemática del cuidado integral por curso de vida	
Magnitud del problema (A)	Gravedad del problema (B)
<p>Escala de valoración:</p> <p>1 = su impacto se restringe a un mínimo de la población objetivo</p> <p>4 = Su impacto implica de manera amplia a la población objetivo</p>	<p>Escala de valoración:</p> <p>1 = El problema analizado tiene consecuencias leves en la población objetivo</p> <p>4 = El problema analizado tiene consecuencias muy severas en la población objetivo</p>

Elaboración: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace.

Sobre la valoración de la magnitud, se le asigna el puntaje 1, si su impacto se restringe a un mínimo de la población objetivo; y el puntaje 4, si su impacto implica, de manera amplia, a la población objetivo.

Con relación a la valoración de la gravedad, se asigna el puntaje 1, si el problema analizado tiene consecuencias leves en la población objetivo; y el puntaje 4, si tiene consecuencias muy severas en la población objetivo.

Posterior, se aplica el siguiente **Procedimiento 9**, que consiste en la **definición de criterios para la priorización cualitativa de las funciones del sector**. Ello requirió de lo siguiente: i) definición operacional de los criterios que permitan la valoración cualitativa de la eficacia o resolutivez (C) y la factibilidad (D) de las funciones implicadas en la problemática identificada; y ii) establecimiento de la escala ordinal de valoración de la eficacia o resolutivez (C) y la factibilidad (D) de las funciones analizadas.

La definición operacional de eficacia o resolutivez (C) es la valoración cualitativa de la posibilidad de modificar el problema con los recursos y tecnologías disponibles en el ámbito de intervención. De otro lado, la definición operacional de factibilidad (D) es la percepción cualitativa de la posibilidad de que la intervención pueda ser aplicada a la problemática analizada.

Respecto al establecimiento de la escala ordinal, la siguiente tabla describe el puntaje asignado tanto para el cálculo de la eficacia o resolutivez (C) como la factibilidad (D) del problema a analizar, cuya escala de valoración va de 1 a 4:

Tabla 16*Criterios de evaluación de las funciones relacionadas a los problemas identificados del cuidado integral por curso de vida*

Eficacia de la intervención/función para resolver el problema identificado (C)	Factibilidad de ejecución de la intervención/función para la resolución del problema (D)
<p>Escala de valoración:</p> <p>1 = La ejecución de la función impacta en el problema relacionado de manera marginal (lo modifica muy poco).</p> <p>4 = La ejecución de la función impacta en el problema relacionado de manera altamente eficaz (lo modifica mucho).</p>	<p>Escala de valoración:</p> <p>1 = La implementación de la función analizada es muy baja (baja factibilidad).</p> <p>4 = La implementación de la función analizada es muy alta (alta factibilidad).</p>

Elaboración: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace.

Con relación a la valoración de la eficacia o resolutivez (C), se le asigna el valor de 1, cuando la ejecución de la función, por cada etapa de vida, familia y comunidad, impacta en el problema de salud relacionado de manera marginal (lo modifica muy poco); y

obtiene el puntaje 4, cuando el impacto en el problema relacionado de manera altamente eficaz (lo modifica mucho).

Para la valoración de la factibilidad (D), el puntaje 1 se asigna cuando la implementación de la función analizada, por cada etapa de vida, familia y comunidad, es muy baja (baja factibilidad); o en su defecto obtiene un puntaje 4, cuando es muy alta (alta factibilidad).

Por otra parte, el **Procedimiento 10** consiste en la **definición de criterios para la priorización de ocupaciones que demandan certificación de competencias en el sector Salud**, se definieron los siguientes criterios:

Tabla 17

Escala de puntuación de los criterios para la priorización de ocupaciones que demandan certificación

Disponibilidad por parte de las ocupaciones de mecanismos de certificación académica	Exigencia legal de colegiación para el ejercicio de las funciones de las ocupaciones	Obtención de competencias laborales exclusivamente a través del trabajo	Densidad de participación de la ocupación en las funciones priorizadas por cada etapa de vida, familia o comunidad.
<p>1 = Sí dispone de mecanismos de certificación académica para el ejercicio de sus funciones en el sector Salud.</p> <p>2 = NO dispone de mecanismos de certificación académica para el ejercicio de sus funciones en el sector Salud.</p>	<p>1 = Sí tiene la exigencia legal de colegiación para el ejercicio de sus funciones en el sector Salud.</p> <p>2 = NO tiene la exigencia legal de colegiación para el ejercicio de sus funciones en el sector Salud.</p>	<p>2 = Sí obtuvo sus competencias laborales exclusivamente a través del trabajo en el sector Salud.</p> <p>1 = NO obtuvo sus competencias laborales exclusivamente a través del trabajo en el sector Salud.</p>	<p>4= La ocupación que tiene un porcentaje de participación en las funciones priorizadas, de más de 80%.</p> <p>3 = La ocupación que tiene un porcentaje de participación en las funciones priorizadas de entre 50% a 80%.</p> <p>2 = La ocupación que tiene un porcentaje de participación en las funciones priorizadas de entre 25% a 49%.</p> <p>1 = La ocupación que tiene un porcentaje de participación en las funciones priorizadas de menos del 25%.</p>

Elaboración: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace.

Para la definición operacional de los criterios que permitan la valoración cualitativa de la demanda de certificación de las ocupaciones en salud se identificaron los siguientes criterios de valoración:

- **Disponibilidad por parte de las ocupaciones de mecanismos de certificación académica**: este factor corresponde a la condición de que la ocupación analizada cuente o no con alguna certificación que avale sus competencias para el ejercicio de sus funciones en salud; es decir, un título expendido a nombre de la nación por instituto, escuela de educación superior o una universidad en alguna carrera de ciencias de la salud.
- **Exigencia legal de colegiación para el ejercicio de las funciones de las ocupaciones**: corresponde a la obligación legal de la habilitación de un colegio profesional de las profesiones de la salud.
- **Obtención de competencias laborales exclusivamente a través del trabajo**: implica que el personal de salud que ejerce la ocupación no tiene ningún mecanismo de certificación previa al ingreso laboral; por lo tanto, las competencias con las que ejerce la ocupación en los servicios de salud se generan exclusivamente durante el ejercicio de sus funciones en el trabajo.
- **Densidad de participación de la ocupación en las funciones priorizadas**: es el grado de participación de la ocupación evaluada en la ejecución de las funciones priorizadas por cada etapa de vida, familia o comunidad para implementar el modelo de cuidado integral de salud por curso de vida.

Con relación al establecimiento de la escala de valoración de los criterios referidos, para establecer la escala del indicador: “Densidad de participación de la ocupación en las funciones priorizadas”, se establecieron las siguientes actividades:

- 1) Análisis de la participación de cada ocupación por cada función priorizada: corresponde dar un valor de 1 por cada función en la que lo hace y 0 en caso contrario.
- 2) Realización de la suma algebraica de la valoración anterior en cada ocupación analizada: el resultado de esta suma establece el grado de participación de la ocupación en las funciones priorizadas.
- 3) Ordenamiento de mayor a menor de las ocupaciones en función de la puntuación anteriormente obtenida.
- 4) Cálculo de la densidad: es el porcentaje obtenido entre el valor total de puntuación de la ocupación y el número de funciones priorizadas en una matriz de cálculo de densidad elaborada para este fin.

La escala de valoración de este indicador es la siguiente:

- i. Agrupamiento de las ocupaciones en cuatro bloques en función del porcentaje que expresa la participación de cada ocupación en las funciones priorizadas (densidad), del siguiente modo:
 - Primer bloque: aquellas ocupaciones que obtienen más del 80% de densidad.
 - Segundo bloque: aquellas ocupaciones que obtienen entre 50% y 80% de densidad.
 - Tercer bloque: aquellas ocupaciones que obtienen entre 25% y 49% de densidad.
 - Cuarto bloque: aquellas ocupaciones que obtienen menos del 25% de densidad.
- ii. Escala de valoración del indicador “Densidad de participación de la ocupación en las funciones priorizadas”:
 - Al primer bloque se le asigna un valor de 4.
 - Al segundo bloque se le asigna un valor de 3.
 - Al tercer bloque se le asigna un valor de 2.
 - Al cuarto bloque se le asigna un valor de 1.

3.1.4. Paso 4: Diseño instrumental para su aplicación en Salud

Se han definido los objetivos del estudio de demanda de certificación, planteando la necesidad de sistematizar documentación y definir los criterios de priorización. Asimismo, se han establecidos los procesos que requiere dicho proceso de priorización, los cuales implican un ordenamiento de problemas, funciones y ocupaciones en función de una puntuación realizada por expertos. Por lo tanto, ahora se requiere desarrollar un conjunto de herramientas que faciliten el desarrollo del conjunto de tareas.

Para lograr este propósito debe desarrollarse los siguientes dos (2) procedimientos:

Procedimiento 11: Formulación de prototipos de herramientas a diseñar.

En este procedimiento, se identificaron los procesos que requieren herramientas para su desarrollo. Así, en función de la definición de los pasos y procedimientos establecidos en la metodología, se identificaron los siguientes procesos pasibles de instrumentación:

- Sistematización documentaria.
- Identificación de problemática por etapas de vida, familia y comunidad.
- Definición de funciones para abordar la problemática identificada por etapas de vida, familia y comunidad.
- Priorización de funciones por etapas de vida, familia y comunidad.
- Identificación de ocupaciones relacionadas a las funciones priorizadas.
- Determinación de la densidad de participación de la ocupación analizada en las funciones estratégicas priorizadas.
- Priorización de las ocupaciones relacionadas a las funciones priorizadas (demanda cualitativa de certificación)

Luego se procedió con la formulación de prototipos. Este proceso es una construcción de ensayo y error, mediante el cual se fueron perfeccionando las herramientas diseñadas para la priorización de las funciones por etapas de vida, familia y comunidad.

Procedimiento 12: Validación de prototipos de herramientas diseñados.

Este procedimiento comprende tres (3) procesos:

a) Validación preliminar de gabinete. Consistió en la aplicación de las herramientas con la finalidad de comprobar su funcionalidad. Para ello, se diseñó una matriz en Excel y se aplicó criterios a las funciones por cada etapa de vida, familia y comunidad.

b) Ajustes al prototipo de herramienta en función de validación preliminar. Esta acción transforma al prototipo en "herramienta".

c) Validación por expertos del conjunto de herramientas. Esta acción se deberá ejecutar en la Etapa II del proceso de determinación de la demanda de certificación de competencias en el sector Salud.

3.1.5. Paso 5: Priorización de funciones claves del sector

Con base al análisis de contexto, la estructura organizacional y funcional del sector, en este paso corresponde la priorización de las funciones claves del sector, en el marco del modelo de producción de bienes o servicios del sector, en el caso de Salud se trata del MCI, aplicando los criterios establecidos previamente. En primer lugar, se aplica los criterios previamente establecidos para la valoración de la problemática en cada periodo de vida.

Para lograr este propósito debe desarrollarse los siguientes tres (3) procedimientos:

Procedimiento 13: Análisis de la problemática de la producción de servicios o bienes, según modelo.

Implica la aplicación de criterios definidos anteriormente para valorar la magnitud y gravedad del problema identificado, por lo que corresponde:

- Identificar la problemática por cada etapa de vida, ciclo familiar y comunidad, haciendo uso de la matriz de identificación de problemas, disponible en la caja de herramientas.
- Analizar y valorar la magnitud y gravedad del problema identificado, aplicando la escala valórica definida previamente. Con base a información sistematizada de la documentación revisada y experiencia del equipo de expertos del CIES, responsable de preparar la propuesta metodológica, se analizó cada problema identificado; se aplicaron los criterios de valoración, dando como resultado, la problemática de cada etapa de vida, familia y comunidad, analizada en términos de magnitud y gravedad.

Procedimiento 14: Análisis de las funciones relacionadas a la problemática identificada.

Este procedimiento comprende dos (2) procesos:

- Formulación de las funciones a partir del análisis de la problemática establecida en el procedimiento anterior. Con la ayuda de la matriz disponible en la caja de herramientas, se formularon el conjunto de funciones que deberían desarrollarse para enfrentar la problemática identificada, por cada etapa de vida, familia y comunidad.
- Análisis y valoración del impacto y factibilidad de la ejecución de la función en la problemática identificada (aplicación de criterios definidos). A cada función definida, por cada etapa de vida, familia y comunidad, se le aplicaron los criterios de valoración definidos previamente, dando como resultado a un conjunto de funciones analizadas y valoradas en función del impacto de su implementación y de la factibilidad.

Procedimiento 15: Priorización de las funciones establecidas.

Para lograr la priorización de las funciones, se procedió en el siguiente orden:

- a) Organización de las funciones analizadas, considerando la puntuación obtenida por cada función (anterior procedimiento) ordenándolas de manera descendente desde aquellas que obtuvieron la mayor puntuación. Con el uso de la matriz de priorización disponible en la caja de herramientas, se procedió al ordenamiento de las funciones de manera descendente desde aquellas que obtuvieron la mayor puntuación hasta las de menor puntuación.
- b) Aplicación del principio de Pareto⁵⁶ a las puntuaciones de cada función ordenada anteriormente, con lo cual se obtiene un listado de funciones ordenadas por su puntuación, expresada en porcentaje acumulado. Con la ayuda de la matriz de

⁵⁶ El principio de Pareto, también conocido como la regla del 80-20 y ley de los pocos vitales, se usa para clasificar la información de mayor a menor relevancia, con el objetivo de reconocer los problemas más importantes en los que debería enfocar cualquier intervención para lograr una mayor eficacia y eficiencia. En la mayoría de las situaciones el 80% de los problemas en una organización se debe al 20% de las causas. Así, aunque muchos factores contribuyan a la persistencia de un problema, son pocos los responsables de que el problema persista. Existen múltiples factores que provocan los problemas de salud, si se lograra identificar aquellos que, siendo poco numerosas (no más del 20%), explican la mayor parte de la problemática identificada (el 80%); y, si, además, se identifican aquellas funciones que son más eficaces y eficientes en la solución de la misma, la probabilidad de éxito de las intervenciones que se generen para ello es muy alta. En esta línea, el documento establece la priorización de la intervención de la certificación, basada en criterios que permiten evaluar la magnitud y gravedad de la problemática identificada, así como la eficacia y factibilidad de las funciones relacionadas a su abordaje; con lo cual, al incidir en pocas funciones que tienen una mayor eficacia y factibilidad de ejecución (20%) se contribuirá en la solución de la problemática que impacta en un gran porcentaje de la población objetivo (80%).

aplicación del principio de Pareto disponible en la caja de herramientas, se procedió a ordenar las funciones en relación al porcentaje acumulado. Este proceso se realizó por cada etapa de vida, familia y comunidad, dando como resultado un conjunto de funciones priorizadas en función de concentrar un mayor impacto en la resolución de los problemas identificados, lo que le da una mayor pertinencia si es que son certificadas.

Figura 26

Ejemplo de matriz para la priorización de funciones según los criterios descritos en el Paso 3

Provisión de cuidados (Modelo de cuidado integral)	PRIORIZACIÓN DE FUNCIONES SEGÚN CRITERIOS (ADAPTACIÓN DE LOS CRITERIOS DE HANLON) (Valoración de la problemática de los cuidados integrales del NIÑO-NIÑA, en relación a su magnitud y gravedad; valoración de las funciones, vinculadas a la problemática identificada, en relación a su eficacia y factibilidad)	Criterios de priorización			Aplicación del principio de Pareto		
		Fórmula: (Magnitud + gravedad) x (eficacia x factibilidad)			%	Acumulado	% acumulado
		Análisis de la problemática	Análisis de las funciones vinculadas	VALOR TOTAL			
Cuidados individuales a la niñan	Realizar el tamizaje neonatal	8	16	128	17.58%	128	17.58%
Cuidados individuales a la niñan	Realizar el Control de crecimiento y desarrollo (CRED).	8	16	128	17.58%	256	35.16%
Cuidados individuales a la niñan	Atender las prioridades sanitarias y enfermedades prevalentes nacionales regionales y locales.	8	16	128	17.58%	384	52.75%
Cuidados individuales a la niñan	Realizar el Tamizaje de violencia intrafamiliar.	6	9	54	7.42%	438	60.16%
Cuidados individuales a la niñan	Realizar la evaluación odontológica y salud bucal.	6	9	54	7.42%	492	67.58%
Cuidados individuales a la niñan	Evaluar la agudeza visual y auditiva.	6	9	54	7.42%	546	75.00%
Cuidados individuales a la niñan	Brindar educación en cuidados de salud mental, autoestima y habilidades sociales ocasional	5	6	30	4.12%	576	79.12%
Cuidados individuales a la niñan	Realizar la visita y atención domiciliar según cronograma.	5	6	30	4.12%	606	83.24%
Cuidados individuales a la niñan	Realizar la atención inmediata y completa del recién nacido.	5	6	30	4.12%	636	87.36%
Cuidados individuales a la niñan	Realizar el tamizaje de hemoglobina.	4	4	16	2.20%	652	89.56%
Cuidados individuales a la niñan	Brindar educación a la familia sobre cuidados del recién nacido	4	4	16	2.20%	668	91.76%
Cuidados individuales a la niñan	Evaluar el índice de masa corporal para niños mayores de 5 años	4	4	16	2.20%	684	93.96%
Cuidados individuales a la niñan	Desarrollar acciones de inmunización dentro del calendario vacunal.	4	3	12	1.65%	696	95.60%
Cuidados individuales a la niñan	Brindar suplementación de hierro y tratamiento de la anemia.	3	2	6	0.82%	702	96.43%
Cuidados individuales a la niñan	Brindar suplementación de vitamina A.	3	2	6	0.82%	708	97.25%
Cuidados individuales a la niñan	Realizar el Tamizaje de habilidades sociales de 8 años en adelante.	3	2	6	0.82%	714	98.08%
Cuidados individuales a la niñan	Brindar consejería de lactancia materna y alimentación complementaria.	3	2	6	0.82%	720	98.90%
Cuidados individuales a la niñan	Realizar el tamizaje de parásitos y prescripción de antiparasitarios.	3	2	6	0.82%	726	99.73%
Cuidados individuales a la niñan	Realizar consejería en higiene.	2	1	2	0.27%	728	100.00%

Elaboración: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace.

- c) Obtenida la priorización de funciones, procede la selección de aquellas funciones que tienen el mayor porcentaje acumulado, hasta aquella función cuyo porcentaje acumulado es igual o cercano al 80%, tal como se observa en el ejemplo precedente.
- d) Finalmente, se obtiene un listado de un conjunto de funciones priorizadas para el proceso de certificación (demanda funcional para la certificación).

3.1.6. Paso 6: Estimación de la demanda cualitativa de certificación de competencias en el sector correspondiente

En este paso, que consta de dos (2) procedimientos, corresponde identificar la demanda de certificación de competencias en el sector correspondiente. Para efectos del presente documento, del sector Salud.

El **Procedimiento 16** consiste en la **identificación de las ocupaciones relacionadas a las funciones priorizadas**, para ello es necesario:

- i) Formular el listado de ocupaciones que interactúan en el mercado de trabajo del sector y que tienen marco normativo para el desarrollo de sus funciones.

Tabla 18.

Listado de ocupaciones identificadas en el sector Salud

Tipo de ocupación en Salud	Categoría ocupacional	Nivel de competencia según el Clasificador Nacional de Ocupaciones (CNO) 2015	Grupos ocupacionales en el sector público
Profesiones con formación universitaria del sistema de salud			
Medicina Humana	Gran Grupo 2: Profesionales científicos e intelectuales	Nivel de Competencia 4	Profesionales
Odontología			
Farmacia y Bioquímica			
Obstetricia			
Enfermería			
Medicina Veterinaria			
Biología			
Psicología			
Nutrición			
Ingeniería Sanitaria			
Trabajo Social			
Química			
Tecnología Médica (Terapia Física y Rehabilitación, Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica, Radiología, Optometría, Terapia Ocupacional y Terapia de Lenguaje en el campo de la salud)			
Profesiones con formación universitaria del sistema de salud que prestan servicios interdisciplinarios			
Especialista en salud familiar	Gran Grupo 2: Profesionales científicos e intelectuales	Nivel de Competencia 4	Profesionales
Especialista en epidemiología			
Especialista en salud mental			
Especialista en Salud Pública			
Gestor de Atención Primaria de Salud (APS) o de Salud Pública, o Especialista en gestión pública (salubrista)			
Especialista en Gestión en Salud			
Especialista en gestión de políticas de recursos humanos en salud			
Otras especialidades vinculadas a la implementación de la APS y la gestión de las FESP			
Profesión técnica con formación en los Institutos de Educación Superior			
Enfermería Técnica	Gran Grupo 3: Profesionales técnicos	Nivel de Competencia 3	Técnico
Farmacia Técnica			
Laboratorio Clínico Técnico			
Salud Pública Técnica			
Técnico en Prótesis Dental			
Rehabilitación Técnica			
Trabajadores en el cuidado de personas en instituciones o domicilio			
Nutrición Técnica			
Técnico Especializado			
Otras ocupaciones vinculadas al cuidado de la salud			
Auxiliar Asistencial			
Piloto de ambulancia			
Voluntario de salud			
Agente Comunitario			
Agente Comunitario del subsistema de salud tradicional (curandero, partera, huesero, chaman, etc.)			
Podología			
Óptica Técnica			
Esteticistas			
Asistentes de Medicina Veterinaria			

Elaboración: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace.

Lo siguiente es completar la priorización de ocupaciones mediante el cálculo de la "Densidad de participación de las ocupaciones en funciones priorizadas". En el paso 5 se determina un subgrupo de funciones priorizadas por etapa de vida, ahora, a partir de ese ejercicio se determina un conjunto de ocupaciones relacionadas a las funciones

priorizadas por cada etapa de vida, familia y comunidad a partir de su densidad de participación.

Finalmente, el **Procedimiento 17** para la **identificación de la demanda cualitativa de certificación de competencias en el sector Salud**, consiste en los siguientes procesos:

- Valoración de las ocupaciones con la aplicación de los cuatro criterios establecidos en el Paso 3. Usando la matriz de priorización de ocupaciones, se valoraron las que habían sido identificadas en el procedimiento anterior (procedimiento 16) por cada etapa de vida, familia y comunidad
- Ordenamiento (de mayor a menor puntaje) de las ocupaciones analizadas en función del puntaje final obtenido en el procedimiento anterior, obteniendo un conjunto de ocupaciones, relacionadas a las funciones priorizadas por cada etapa de vida, familia y comunidad.
- Definición de prioridad para el proceso de certificación de competencias. Se califican a las ocupaciones en función de su puntuación total obtenida: las que tienen las dos mayores puntuaciones serán la **primera prioridad** para la certificación de competencias del sector, las subsiguientes, segunda prioridad, tercera prioridad, entre otros subsiguientes.

Figura 27

Ejemplo de matriz para la priorización de las ocupaciones vinculadas a la demanda cualitativa de certificación de competencias en el sector Salud

OCUPACIÓN	Disponibilidad por parte de las ocupaciones de mecanismos de certificación académica	Exigencia legal de colegiación para el ejercicio de las funciones de las ocupaciones	Obtención de competencias laborales exclusivamente a través del trabajo	Densidad de participación de la ocupación en las funciones priorizadas	TOTAL	PRIORIDAD
	Escala de valoración: 1 = SI dispone de mecanismos de certificación académica para el ejercicio de sus funciones. 2 = NO dispone de mecanismos de certificación académica para el ejercicio de sus funciones.	Escala de valoración: 1 = SI tiene la exigencia legal de colegiación para el ejercicio de sus funciones. 2 = NO tiene la exigencia legal de colegiación para el ejercicio de sus funciones.	Escala de valoración: 1 = NO obtuvo sus competencias laborales exclusivamente a través del trabajo. 2 = SI obtuvo sus competencias laborales exclusivamente a través del trabajo.	Escala de valoración: 4 = La ocupación tiene una densidad de participación de más de 80% 3 = La ocupación tiene una densidad de participación de 50% a 80% en las funciones priorizadas. 2 = La ocupación tiene una densidad de participación de 25% a 49% en las funciones priorizadas. 1 = La ocupación tiene una densidad de participación menor de 25% en las funciones priorizadas.		
Agente Comunitario						
Auxiliar Asistencial						
Biología						
Enfermería						
Enfermería Técnica						
Especialista en Epidemiología						
Especialista en Gestión de RHUS						
Especialista en Gestión en Salud						
Especialista en Salud Familiar						
Especialista en Salud Mental						
Especialista en Salud Pública						
Farmacia Técnica						
Farmacia y Bioquímica						
Gestor de Atención Primaria de Salud-APS o de Salud Pública (Salubrista)						
Ingeniería Sanitaria						
Laboratorio Clínico Técnico						
Medicina Humana						
Medicina Veterinaria						
Nutrición						
Obstetricia						
Odontología						
Psicología						
Química						
Rehabilitación Técnica						
Salud Pública Técnica						
Técnico Especializado						
Técnico Prótesis Dental						
Tecnología Médica						
Trabajadores en el Cuidado de Personas en Instituciones o Domicilio						
Trabajo Social						

Elaboración: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace.

IV. PRINCIPALES RESULTADOS DE LA ESTIMACIÓN CUALITATIVA DE LA DEMANDA DE CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS DEL SECTOR SALUD

En la presente sección, se presentan los principales resultados obtenidos a partir de la aplicación de la metodología para la estimación cualitativa de la demanda de certificación de competencias en el sector Salud. Esta estimación resulta indispensable para el Sineace, pues representa una primera aproximación al reconocimiento de las necesidades del sector en cuanto a los recursos humanos y sus cualificaciones a través de la certificación de competencias, que permita elaborar normas de competencias pertinentes que atiendan estas necesidades sectoriales.

Es importante precisar que esta aproximación parte de un enfoque cualitativo y se ha realizado considerando aspectos sustantivos, pero de ningún modo pretende sustituir a una mirada mucho más amplia desde los expertos en cada una de las intervenciones analizadas por curso de vida. En ese sentido, se reconoce que esta demanda deberá ser validada a través de talleres o espacios de discusión técnica, en donde se dé cabida a la experiencia y conocimiento de los expertos en cada uno de las complejas funciones de salud analizadas.

En síntesis, aplicados los pasos establecidos por la metodología planteada en el capítulo anterior, y aplicados los criterios diversos definidos para la valoración de los distintos momentos de la metodología, se ha determinado la demanda de certificación de las siguientes funciones en salud, la cual se resume en la siguiente tabla:

Tabla 19.
Resumen de los resultados

Etapas de vida	Funciones del sector analizadas	Funciones del sector priorizadas	Ocupaciones identificadas y analizadas	Resultado de las ocupaciones priorizadas por etapas de vida (Primera prioridad)
Período Prenatal	17	3	30 ocupaciones organizadas de la siguiente manera:	5
Etapa niño-niña	36	7	- 13 ocupaciones de profesionales de la salud con títulos universitarios.	6
Etapa Adolescente	35	7	- 7 de carácter multidisciplinario	5
Etapa joven	28	5	- 7 ocupaciones de profesiones técnicas	5
Etapa Adulto	33	7	- 3 correspondientes otras a ocupaciones vinculadas al sector salud	2
Etapa Adulto mayor	39	7		3
Ciclo Familiar	19	6		8
Comunidad	7	3		3
TOTALES	214	45	-	-

Elaboración: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace.

El primer resultado detalla la identificación y priorización de las funciones que requieren ser certificadas en función de los objetivos prioritarios de la PNMS al 2030 y los objetivos del modelo de salud basado en el MCI por curso de vida. Por otro lado, el segundo resultado versa en torno a las ocupaciones priorizadas por cada etapa de vida, de acuerdo con las funciones priorizadas identificadas. Finalmente, a partir de un simple ejercicio aritmético, proponemos una priorización transversal de ocupaciones para fines de certificación.

4.1. Funciones y ocupaciones priorizadas para fines de certificación de competencias en el sector Salud según las etapas de vida del MCI

En esta sección se detallan los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los procedimientos correspondientes a los pasos 4 y 5, cuyos resultados son indispensables para la estimación cualitativa de las demandas de certificación de competencias en el sector Salud.

El primer resultado detalla la identificación y priorización de las funciones que requieren ser certificadas en función de los objetivos prioritarios de la PNMS al 2030 y los objetivos del modelo de salud basado en el MCI por curso de vida. Sobre este aspecto, se analizaron las funciones contenidas en el MCI, modelo de producción de bienes o servicios del sector desde la cual parte la presente propuesta metodológica, aplicando los criterios establecidos previamente en el paso 3 (Definición de criterios de priorización), para valorar la magnitud y gravedad del problema identificado, los cuales se muestra en la tabla que presentamos a continuación, que resume las cuarenta y cinco (45) funciones priorizadas por etapa de vida del MCI:

Tabla 20.

Funciones priorizadas, según los criterios descritos en el Paso 3 basados en el MCI

Etapa de vida	Provisión de cuidados (Modelo de Cuidado Integral)	Priorización de funciones según criterio (adaptación de los criterios de Hanlon)	Criterios de priorización (Magnitud+gravedad) x (eficacia x factibilidad)	% acumulado a partir de la aplicación del principio de Pareto
Período prenatal	Cuidados individuales a la gestante	1. Producir un conjunto de actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto para lograr el nacimiento de un(a) recién nacido(a) sano(a), sin deterioro de la salud de ninguno de los dos (Atención Prenatal Reenfocado-APR)	192	35,29%
		2. Proveer cuidados preconceptionales a la mujer, incluyendo intervenciones de promoción de hábitos saludables, prevención de enfermedades y desarrollo emocional, promoviendo la participación de la pareja.	128	58,82%
		3. Atender el parto en una institución de salud con condiciones para una atención de calidad. Esta atención es de carácter universal y se desarrolla con adecuación cultural cuando corresponde. El cuidado integral del puerperio es la regla.	128	82,35%
Niño-niña	Cuidados individuales a la niña-niño	1. Realizar el tamizaje neonatal.	128	17,58%
		2. Realizar el Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED).	128	35,16%
		3. Atender las prioridades sanitarias y enfermedades prevalentes nacionales, regionales y locales.	128	52,75%
		4. Realizar el tamizaje de violencia intrafamiliar.	54	60,16%
		5. Realizar la evaluación odontológica y salud bucal.	54	67,58%
		6. Evaluar la agudeza visual y auditiva.	54	75,00%
		7. Brindar educación en cuidados de salud mental, autoestima y habilidades sociales ocasional.	30	79,12%
Adolescente	Cuidados individuales a la adolescente	1. Brindar consejería/orientación en salud sexual y reproductiva de manera profesional.	128	15,46%
		2. Desarrollar actividades de prevención de alcoholismo, uso de	128	30,92%

Etapa de vida	Provisión de cuidados (Modelo de Cuidado Integral)	Priorización de funciones según criterio (adaptación de los criterios de Hanlon)	Criterios de priorización (Magnitud+gravedad) x (eficacia x factibilidad)	% acumulado a partir de la aplicación del principio de Pareto
		tabaco, nicotina y sustancias adictivas.		
		3. Desarrollar de manera rutinaria y proactiva sesiones educativas para la prevención de embarazo e higiene menstrual.	128	46,38%
		4. Realizar tamizaje de conductas de riesgo.	128	61,84%
		5. Promover estilos de vida saludables: buenas prácticas de higiene, alimentarias y de actividad física.	54	68,36%
		6. Realizar de manera integral el tamizaje de violencia intrafamiliar.	54	74,88%
		7. Evaluar de manera rutinaria e integral la agudeza visual y auditiva.	30	78,50%
Joven	Cuidados individuales a jóvenes	1. Desarrollar acciones de prevención de alcoholismo, uso de tabaco y sustancias adictivas.	128	20,09%
		2. Realizar el tamizaje de enfermedades transmisibles y no transmisibles.	128	40,19%
		3. Realizar el despistaje de cáncer de cuello uterino.	128	60,28%
		4. Brindar orientaciones en acciones de cuidados de la salud mental, autoestima, habilidades sociales.	80	72,84%
		5. Realizar el tamizaje de violencia intrafamiliar.	48	80,38%
Adulto	Cuidados individuales al adulto	1. Desarrollar de manera rutinaria el tamizaje de enfermedades transmisibles: ITS/VIH entre otros.	128	13,45%
		2. Realizar tamizaje de violencia familiar.	128	26,89%
		3. Desarrollar despistaje de cáncer de cuello uterino, de mama, de próstata.	128	40,34%
		4. Brindar los cuidados de la salud mental, fortalecimiento del autoconocimiento, autoestima, autocuidado, habilidades sociales.	128	53,78%
		5. Desarrollar evaluación de la salud ocupacional a través de la verificación del cumplimiento de la ergonomía en el trabajo, riesgos del entorno, tiempo de exposición, actividades laborales del trabajador, uso de equipos de protección personal, saneamiento básico del centro laboral, entre otros.	128	67,23%
		6. Prevenir las complicaciones de enfermedades crónicas: pie diabético, retinopatía, insuficiencia renal, entre otras.	54	72,90%
		7. Identificar y manejar problemas de salud mental: estrés, ansiedad, depresión, alcoholismo, es solo cuando el hecho se produce con una búsqueda activa de casos.	54	78,57%
Adulto mayor	Cuidados individuales a los adultos mayores	1. Realizar los tamizajes de enfermedades no transmisibles: dislipidemias, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, entre otras.	128	14,61%
		2. Desarrollar acciones de prevención de complicaciones de enfermedades crónicas: pie	128	29,22%

Etapa de vida	Provisión de cuidados (Modelo de Cuidado Integral)	Priorización de funciones según criterio (adaptación de los criterios de Hanlon)	Criterios de priorización (Magnitud+gravedad) x (eficacia x factibilidad)	% acumulado a partir de la aplicación del principio de Pareto
		diabético, retinopatía, insuficiencia renal, entre otras.		
		3. Fomentar la participación de las PAM en los círculos/club del adulto mayor en los establecimientos de salud para el desarrollo de actividades de promoción y prevención, actividades educativas, recreativas y eso del tiempo libre.	128	43,84%
		4. Brindar orientación para un envejecimiento activo, productivo y saludable.	128	58,45%
		5. Desarrollar acciones para el cuidado de la salud mental, autoestima, habilidades sociales, manejo de emociones, prevención de la ansiedad, depresión entre otras.	84	68,04%
		6. Brindar orientación en la prevención de caídas.	54	74,20%
		7. Realizar visita y atención domiciliaria integral.	54	80,37%
Ciclo familiar	Cuidados para la familia en formación	1. Orientar en el desarrollo de valores y principios.	128	17,44%
		2. Orientar en la distribución adecuada de roles con la pareja y los hijos.	128	34,88%
		3. Orientar en la redistribución de roles entre los miembros de la familia.	128	52,32%
		4. Orientar en la preparación para el retiro o jubilación no se desarrolla.	128	69,75%
		5. Realizar la consejería en preparación para la paternidad y maternidad responsable.	30	73,84%
		6. Orientar en los cuidados del recién nacido.	30	77,93%
Comunidad	Cuidado Integral de Salud a la Comunidad	1. Realizar el diagnóstico de situación de salud de la población considerando la participación de la comunidad en su elaboración.	128	32,16%
		2. Fortalecer el liderazgo de la autoridad local.	128	64,32%
		3. Desarrollar espacios de concertación abiertos y organizados para priorizar áreas de intervención y estrategias con participación y responsabilidades compartidas.	54	77,89%

Elaboración: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace.

El segundo resultado es el referido a las ocupaciones priorizadas por cada etapa de vida. Para ello, aplicamos los procedimientos 16 y 17 descritos en el capítulo precedente, obteniéndose: i) lista de ocupaciones que interactúan en el mercado de trabajo del sector con marco normativo para el desarrollo de sus funciones; y ii) identificación de la demanda cualitativa de certificación de competencias en el sector Salud.

A continuación, presentamos el resumen del resultado de las ocupaciones priorizadas para fines de certificación de competencias en el sector Salud, enfocándonos en aquellas ocupaciones que se encuentran como primera y segunda prioridad de acuerdo con la aplicación de la metodología propuesta.

Tabla 21.

Resumen de la identificación de la demanda cualitativa de certificación de competencias en el sector Salud

Etapa de vida	N°	Profesión/ocupación	Disponibilidad por parte de las ocupaciones de mecanismos de certificación académica	Exigencia legal de colegiación para el ejercicio de las funciones de las ocupaciones	Obtención de competencias laborales exclusivamente a través del trabajo	Densidad de participación de la profesión/ocupación en las funciones priorizadas (1° y 2)	Total	Prioridad
			Escala de Valoración 1 = Sí ⁵⁷ 2 = No ⁵⁸	Escala de Valoración 1 = Sí ⁵⁹ 2 = No ⁶⁰	Escala de Valoración 1 = Sí ⁶¹ 2 = No ⁶²	Escala de Valoración (1, 2, 3, 4) ⁶³		
Periodo prenatal	1	Agente Comunitario	2	2	2	4	10	Primera prioridad
	2	Auxiliar Asistencial	2	2	2	4	10	
	3	Enfermería Técnica	1	2	1	4	8	
	4	Especialista en Salud Mental	1	2	1	4	8	
	5	Laboratorio Clínico Técnico	1	2	1	4	8	
Niño-niña	1	Agente comunitario	2	2	2	2	8	Primera prioridad
	2	Trabajadores en el cuidado de personas en instituciones o domicilio	2	2	2	2	8	
	3	Especialista en Salud familiar	1	2	1	4	8	
	4	Auxiliar asistencial	2	2	2	1	7	
	5	Enfermería	1	1	1	4	7	
	6	Medicina humana	1	1	1	4	7	
Adolescente	1	Especialista en Salud familiar	1	2	1	4	8	Primera prioridad
	2	Agente comunitario	2	2	2	2	8	
	3	Auxiliar asistencial	2	2	2	2	8	
	4	Medicina humana	1	1	1	4	7	
	5	Enfermería	1	1	1	4	7	
Joven	1	Agente comunitario	2	2	2	4	10	Primera prioridad
	2	Auxiliar asistencial	2	2	2	4	10	
	3	Enfermería Técnica	1	2	1	4	8	
	4	Especialista en Salud familiar	1	2	1	4	8	
	5	Trabajadores en el cuidado de personas en instituciones o domicilio	2	2	2	2	8	
Adulto	1	Auxiliar asistencial	2	2	2	4	10	Primera prioridad
	2	Agente comunitario	2	2	2	3	9	
Adulto mayor	1	Auxiliar asistencial	2	2	2	4	10	Primera prioridad
	2	Agente comunitario	2	2	2	4	10	
	3	Especialista en Salud familiar	1	2	1	4	8	
Ciclo familiar	1	Auxiliar asistencial	2	2	2	4	10	Primera prioridad
	2	Agente comunitario	2	2	2	4	10	
	3	Especialista en Salud familiar	1	2	1	4	8	
	4	Especialista en Epidemiología	1	2	1	4	8	
	5	Especialista en Salud mental	1	2	1	4	8	
	6	Especialista en Salud Pública	1	2	1	4	8	
	7	Enfermería Técnica	1	2	1	4	8	
	8	Trabajadores en el cuidado de personas en instituciones o domicilio	2	2	2	2	8	
Comunidad	1	Auxiliar asistencial	2	2	2	4	10	Primera prioridad
	2	Agente comunitario	2	2	2	4	10	

⁵⁷ Dispone de mecanismos de certificación académica para el ejercicio de sus funciones.

⁵⁸ No dispone de mecanismos de certificación académica para el ejercicio de sus funciones

⁵⁹ Tiene la exigencia legal de colegiación para el ejercicio de sus funciones.

⁶⁰ No tiene la exigencia legal de colegiación para el ejercicio de sus funciones.

⁶¹ Obtuvo sus competencias laborales exclusivamente a través del trabajo.

⁶² No obtuvo sus competencias laborales exclusivamente a través del trabajo.

⁶³ 1 = La ocupación tiene un porcentaje de participación en las funciones priorizadas de menos del 25%.

2 = La ocupación tiene un porcentaje de participación en las funciones priorizadas de entre 25% a 49%.

3 = La ocupación tiene un porcentaje de participación en las funciones priorizadas de entre 50% a 80%.

4 = La ocupación tiene un porcentaje de participación en las funciones priorizadas de más de 80%.

Etapa de vida	N°	Profesión/ocupación	Disponibilidad por parte de las ocupaciones de mecanismos de certificación académica	Exigencia legal de colegiación para el ejercicio de las funciones de las ocupaciones	Obtención de competencias laborales exclusivamente a través del trabajo	Densidad de participación de la profesión/ocupación en las funciones priorizadas (1° y 2°)	Total	Prioridad
			Escala de Valoración 1 = Sí ⁵⁷ 2 = No ⁵⁸	Escala de Valoración 1 = Sí ⁵⁹ 2 = No ⁶⁰	Escala de Valoración 1 = Sí ⁶¹ 2 = No ⁶²	Escala de Valoración (1, 2, 3, 4) ⁶³		
	3	Trabajadores en el cuidado de personas en instituciones o domicilio	2	2	2	4	10	
	4	Especialista en Salud familiar	1	2	1	4	8	
	5	Especialista en Epidemiología	1	2	1	4	8	
	6	Especialista en Salud mental	1	2	1	4	8	
	7	Especialista en gestión en salud	1	2	1	4	8	
	8	Especialista en Salud Pública	1	2	1	4	8	
	9	Especialista en Gestión de RHUS	1	2	1	4	8	
	10	Gestor de Atención Primaria de Salud-APS o de salud pública(salubrista)	1	2	1	4	8	
	11	Técnico Especializado	1	2	1	4	8	
	12	Enfermería Técnica	1	2	1	4	8	
	13	Farmacia Técnica	1	2	1	4	8	
	14	Laboratorio Clínico Técnico	1	2	1	4	8	
	15	Salud pública técnica	1	2	1	4	8	
	16	Rehabilitación técnica	1	2	1	4	8	
	17	Técnico Prótesis Dental	1	2	1	4	8	

Elaboración: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace.

Recordemos que, para obtener estos resultados, se realizó la valoración de las ocupaciones con la aplicación de los cuatro (4) criterios establecidos en el Procedimiento 10 del Paso 3. Usando la matriz de priorización de ocupaciones, se valoraron las que habían sido identificadas en el Procedimiento 16 por cada etapa de vida, familia y comunidad. Posterior a ello, se organizaron las ocupaciones analizadas en función del puntaje final obtenido, obteniendo un conjunto de ocupaciones, relacionadas a las funciones priorizadas por cada etapa de vida, familia y comunidad. De esta forma, definimos la priorización de funciones y ocupaciones para la certificación de competencias desde un enfoque cualitativo.

Al analizar los resultados de la priorización para la certificación de ocupaciones, se encontró algunos detalles que ratifica la pertinencia de este enfoque y la metodología propuesta. Por ejemplo, si analizamos las ocupaciones de primera y segunda prioridad para la certificación de funciones priorizadas para la atención del período prenatal, no aparece la profesión de obstetricia dentro de las ocupaciones priorizadas, tal como se esperaría debido a la relación de esta profesión con el desarrollo de acciones para el cuidado en dicho período de vida. Aparecen, más bien, un conjunto de ocupaciones que comúnmente no son valoradas cuando se analizan la ejecución de funciones vinculadas a esta etapa de vida, pese a que en los servicios tienen un papel importante.

Dentro de las ocupaciones identificadas con alta prioridad para la certificación, se encuentra al auxiliar asistencial y al técnico de enfermería, quienes intervienen en apoyo en la atención brindada por el profesional de obstetricia. Asimismo, el técnico de laboratorio participa en el desarrollo de análisis de laboratorio cruciales para fines de control y seguimiento de la gestante. El especialista en salud mental interviene en el cuidado psicológico de la mujer. Por último, el agente comunitario participa de manera

protagónica en la ejecución de acciones que viabilizan el acceso del personal profesional a las familias y la comunidad.

Por otro lado, cuando se analiza la etapa de vida del adulto, aparece la profesión de obstetricia como ocupación candidata a ser certificada de manera priorizada. Aparentemente, existiría una inconsistencia en los resultados obtenidos pues, por un lado, en la etapa prenatal, la profesión “estrella” es la obstetricia; sin embargo, esta no aparece como ocupación priorizada hasta en la etapa adulta. Al respecto, se precisa que la clave está en el análisis de las funciones relacionadas y priorizadas para el proceso de certificación de competencias.

En el primer caso, en la etapa prenatal, las funciones priorizadas son: i) *“Producir un conjunto de actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto”*; ii) *“Proveer cuidados preconcepcionales a la mujer, incluyendo intervenciones de promoción de hábitos saludables, prevención de enfermedades y desarrollo emocional, promoviendo la participación de la pareja”*; y iii) *“Atender el parto en una institución de salud con condiciones para una atención de calidad”*. En el segundo caso, en la etapa del adulto, las funciones que ocuparon los tres puntajes más altos de priorización son: i) *“Desarrollar de manera rutinaria el tamizaje de enfermedades transmisibles: ITS/VIH entre otros”*; ii) *“Realizar tamizaje de violencia familiar”*; y iii) *“Desarrollar despistaje de cáncer de cuello uterino, de mama, de próstata”*.

Es pertinente puntualizar que ninguna de estas funciones las desarrolla de manera exclusiva y excluyente una profesión u ocupación. En realidad, las desarrolla un equipo multidisciplinario. En el primer caso, esta particularidad es crucial para entender la pertinencia de la selección de ocupaciones distintas a la obstetricia para ser certificadas con prioridad. Se entiende que dicha certificación corresponderá a competencias específicas de dichas ocupaciones, las cuales se relacionarán a las acciones de apoyo, por ejemplo, a las que despliega un auxiliar o técnico de enfermería para producir cualquiera de las tres (3) funciones seleccionadas o aquellas acciones que complementan a la atención de la gestante. En cambio, el profesional obstetra orienta sus competencias en la atención del parto. No obstante, es importante precisar que estos profesionales ya cuentan con diversos mecanismos de certificación para sus competencias, como las obtenidas en su proceso de su titulación; la habilitación de su colegio profesional; además de la certificación de competencias realizada por el Sineace.

Por otra parte, obstetricia aparece como prioridad para el proceso de certificación en la etapa Adulto, por lo que se requiere una justificación para esta inconsistencia. Si analizamos las funciones con mayor puntaje de priorización, podemos constatar que son poco abordadas por el sistema de salud en su conjunto. Existe un déficit marcado del desarrollo de acciones de prevención de riesgos para la vida y la salud como el tamizaje de infecciones de transmisión sexual, la violencia familiar y la detección precoz del cáncer de cuello uterino y de próstata. Por la naturaleza de sus funciones, este se relaciona con jóvenes y adultos en relación con la salud sexual, lo que, considerando que la violencia familiar impacta con mayor fuerza en la mujer, el papel de esta profesión es muy importante en las citadas funciones. No obstante, en términos de certificación, estos aspectos no son valorados en la amplitud y profundidad que se requiere.

Esto quiere decir que, al analizar con mayor detalle los resultados de las ocupaciones priorizadas para la certificación con relación a funciones priorizadas, podemos identificar la vinculación y coherencia en su priorización: es altamente pertinente que en la etapa prenatal sean priorizadas para la certificación respectiva las ocupaciones distintas a la de obstetricia y en la etapa adulta, es totalmente válido que esta profesión cobre importancia para su certificación.

Adicionalmente, realizamos un ejercicio aritmético que nos permita establecer una priorización transversal de ocupaciones priorizadas para fines de certificación.

(a) Valoración de las ocupaciones con la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada etapa o ciclo de vida.

(b) Medición de la necesidad de certificación de cada ocupación como un porcentaje respecto a la puntuación máxima posible, restando la puntuación mínima posible:

$$(\sum PV-24)/56$$

PV: Puntajes en cada etapa de vida

(c) Definición prioridad para el proceso de certificación de competencias. – Se califican a las ocupaciones en función de la necesidad de certificación (porcentual):

- i. Primera prioridad: entre 100% y el 75%
- ii. Segunda Prioridad: entre el 74,9% y el 50%
- iii. Tercera prioridad: entre el 49,9% y el 25%
- iv. Cuarta prioridad: menos de 24,9%

Tabla 22.

Priorización transversal de ocupaciones para la certificación de competencias en el sector Salud

N°	Ocupaciones priorizadas	Total ⁶⁴ (A)	Necesidad de certificación (B)	Prioridad
1	Agente comunitario	75	91,07%	Primera prioridad
2	Auxiliar asistencial	75	91,07%	
3	Especialista en Salud familiar	63	69,64%	Segunda prioridad
4	Trabajadores en el Cuidado de Personas en Instituciones o Domicilio	59	62,50%	
5	Enfermería Técnica	58	60,71%	
6	Especialista en Salud Mental	56	57,14%	
7	Medicina Humana	55	55,36%	
8	Enfermería	54	53,57%	
9	Psicología	51	48,21%	
10	Especialista en Epidemiología	45	37,50%	
11	Laboratorio Clínico Técnico	45	37,50%	
12	Trabajo Social	44	35,71%	
13	Especialista en Salud Pública	43	33,93%	Tercera prioridad
14	Salud Pública Técnica	43	33,93%	
15	Obstetricia	42	32,14%	
16	Farmacia Técnica	41	30,36%	
17	Rehabilitación Técnica	41	30,36%	
18	Técnico Prótesis Dental	41	30,36%	
19	Tecnología Médica	40	28,57%	
20	Nutrición	40	28,57%	
21	Especialista en Gestión en Salud	40	28,57%	
22	Gestor de Atención Primaria de Salud-APS o de Salud Pública (Salubrista)	40	28,57%	
23	Técnico Especializado	40	28,57%	Cuarta prioridad
24	Especialista en Gestión de RHUS	39	26,79%	
25	Odontología	37	23,21%	
26	Farmacia y Bioquímica	37	23,21%	
27	Biología	32	14,29%	
28	Medicina Veterinaria	31	12,50%	
29	Química	31	12,50%	
30	Ingeniería Sanitaria	31	12,50%	

Elaboración: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace.

⁶⁴ Corresponde a la sumatoria de los puntajes obtenidos en los siguientes periodos de vida: i) Prenatal; ii) Niño-niña; iii) Adolescente; iv) Joven; v) Adulto; vi) Adulto mayor; vii) Ciclo familiar; y viii) Comunidad.

Luego del despliegue de todas las acciones planificadas, finalmente, producto del presente estudio se han generado:

- Un conjunto de funciones definidas para desarrollar el MCI por etapas de vida, además de aquellas relacionadas al ciclo familiar y a la salud comunitaria; todas las cuales fueron analizadas aplicando criterios previamente definidos, dando como resultado, 214 funciones identificadas y analizadas.
- Con base al análisis anterior, se priorizaron funciones para el proceso de certificación por cada etapa de vida, dando como resultado cuarenta y cinco (45) funciones priorizadas.
- Basándose en las funciones priorizadas, se identificaron a las ocupaciones que son necesarias para su ejecución en cada etapa de vida, la familia y comunidad, priorizándose a algunas de ellas para que tengan la primera opción de certificación (Primera prioridad) según el siguiente detalle: cinco (5) ocupaciones para el desarrollo de las funciones priorizadas en el período prenatal; seis (6), en la etapa niña-niño; cinco (5), en la etapa adolescente; cinco (5), en la etapa joven; dos (2), en la etapa adulta; tres (3), en la etapa adulta mayor; ocho (8), para el ciclo familiar; y, diecisiete (17) para la salud comunitaria.

Estos resultados ayudarán a los gestores claves del proceso de certificación de competencias en el sector Salud a tomar decisiones que les permitirán, entre otros aspectos, a establecer un orden de prelación para el proceso de certificación de competencias, con la ventaja comparativa de que, de producirse la certificación, la misma estará articulada a los objetivos priorizados de la Política nacional multisectorial de salud, a los objetivos estratégicos del sector y a los planes específicos que han sido definidos por la autoridad sanitaria en función de las prioridades sanitarias.

CONCLUSIONES

- 6.1** El sector Salud está conformado por el MINSA como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la ley, y tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva.
- 6.2** En el Perú, el sistema de salud se caracteriza por ser un sistema fragmentado, segmentado y con un gasto de bolsillo elevado. La segmentación dio origen a la existencia de un conjunto de subsistemas de salud: i) subsistema público abierto de salud; ii) subsistema de seguridad social; iii) subsistema público cerrado de salud; iv) subsistema privado de servicios de salud y el v) subsistema de salud tradicional.
- 6.3** En referencia a los Recursos Humanos en Salud, de acuerdo con las estadísticas del MINSA, actualmente existe en el país un déficit de profesionales de la salud en el Perú. La densidad a nivel nacional al 2021 es de 16,79 médicos por cada 10 mil habitantes, el cual representa un índice menor respecto al promedio de países que integran la OCDE (36 por cada 10 mil habitantes en el 2019), situándonos en evidente desventaja respecto a la disponibilidad de RHUS en el sistema de salud. Adicionalmente se han detectado problemas relacionados con el ejercicio laboral y profesional de los profesionales y técnicos de la salud, así como con la formación de estos.
- 6.4** En años recientes, se aprobaron instrumentos de políticas públicas relevantes (PNPC, PNESTP y MNCP) que orientan el trabajo del reconocimiento de competencias en el país, advirtiendo la necesidad de atender con pertinencia las demandas de capital humano de los sectores productivos y de apoyar la transitabilidad educativa de las personas. Este marco técnico-normativo orienta y fortalece la labor del Sineace para conducir procesos de normalización sustentados en las políticas e instrumentos de gestión vigentes y diseñar normas de competencias que se articulen con las trayectorias educativas y profesionales, sin superponerse a otras vías de cualificación existentes, generando valor público tanto en las instituciones empleadoras, como en las personas certificadas.
- 6.5** Las certificaciones de competencias autorizadas en normas de competencias del sector Salud representan el 62% del total de certificaciones autorizadas por el Sineace. Respecto a la cobertura de certificación de competencias en el sector Salud, hasta el 2020 el Sineace asumió una lectura literal del artículo 23 del reglamento de su Ley de creación, con lo cual se tendría que certificar a un total de 187 166 profesionales (solo en el Estado), de acuerdo con la información del MINSA (2019). Sin embargo, en 12 años el Sineace solo avanzó en certificar al 5% del total de profesionales de la salud que laboran en el Estado.
- 6.6** A la fecha no se cuenta con un dimensionamiento real de las demandas de certificación de competencias en el sector Salud, considerando además que actualmente todas las carreras de salud cuentan con mecanismos de reconocimiento de competencias generales establecidos en sus instituciones educativas a través del otorgamiento de grados académicos, títulos y diplomas.
- 6.7** El Sineace propone una metodología para la estimación preliminar de la demanda cualitativa de certificación de competencias en el sector Salud, fundamentada en el Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para la

Persona, Familia y Comunidad (MCI); que consiste en seis (6) pasos que permite finalmente estimar de manera preliminar la demanda cualitativa de certificación de competencias, a través de la identificación de ocupaciones y funciones priorizadas para la certificación de competencias en el sector Salud. El procedimiento concluye con una escala de priorización de ocupaciones para su certificación.

- 6.8** La aplicación de la metodología dio como resultado la priorización de treinta (30) profesiones u ocupaciones vinculadas al sector Salud, entre profesiones de formación universitaria del sistema de salud, profesiones con formación universitaria interdisciplinarias, profesiones técnicas y otras ocupaciones, distribuidas en cuatro (4) niveles prioritarios. Así, nueve (9) ocupaciones transversales a las etapas de vida del MCI representan una primera y segunda prioridad para los procesos de certificación de competencias, siendo las siguientes: agente comunitario y auxiliar asistencial (primera prioridad); asimismo, están las ocupaciones del especialista en salud familiar, trabajadores en el cuidado de personas en instituciones o domicilio, enfermería técnica, especialista en salud mental, medicina humana, enfermería y psicología (segunda prioridad). En cuanto a las funciones priorizadas para los procesos de certificación (demanda funcional para la certificación), se identificaron cuarenta y cinco (45) funciones vinculadas a las ocho (8) etapas de vida y provisión de cuidados del MCI y ordenadas de acuerdo con su puntuación, según la aplicación del principio de Pareto.

BIBLIOGRAFÍA

Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. (2020). Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública* (44).

Castellanos, J. y Rubio, R. (Coords.) (2016). *Perfiles y Competencias Profesionales en Salud: Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades.* MINSALUD. Disponible en: <https://www.MINSALud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA. (2018) *Carga de Enfermedad en el Perú: Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos 2016.* Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/Cargaenfermedad2016.pdf>

CEPLAN (2011). *Plan Estratégico de Desarrollo Nacional Plan Bicentenario El Perú hacia el 2021.* Disponible en <https://www.ceplan.gob.pe/sinaplan/plan-bicentenario-2/>

Commission on Social Determinants of Health. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.* Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>

CONACEM (2015). *Manual de Procedimientos del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas,* A.C. CONACEM. Disponible en: <http://www.amimc.org.mx/wp-content/uploads/2015/01/CONACEMManPro2015.pdf>

CONACEM (2018). *Estatutos.* CONACEM. Disponible en: <https://www.conacem.org.mx/index.php/marco-juridico/estatutos-conacemDiario>

Gestión (11/05/2020) “MINSA: hay déficit de 24,000 profesionales de la salud para enfrentar pandemia”. Enlace: <https://gestion.pe/peru/MINSA-hay-deficit-de-24000-profesionales-de-la-salud-para-enfrentar-pandemia-noticia/?ref=gesr>

Foro del Acuerdo Nacional (2019). *Visión del Perú al 2050.* Disponible en: <https://www.ceplan.gob.pe/visionperu2050/>

INEI (2018). *Perú: Perfil Sociodemográfico - Informe Nacional – Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas.* INEI. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf

INEI (2020a). *Perú: Indicadores de Educación por departamentos, 2009-2019.* Disponible en el siguiente enlace: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1751/libro.pdf

INEI. (2020b). *Perú: Brechas de Género 2020 Avances hacia la igualdad de mujeres y hombres.* Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/publicaciones-digitales/>

Infografía: Historia de la certificación de los médicos especialistas en México. Certeza, nº 1 (enero – marzo 2022). <http://www.amimc.org.mx/wp-content/uploads/2015/01/CONACEMManPro2015.pdf>

MEF (2019). Plan Nacional de Competitividad y Productividad.

MINEDU (2020). Política Nacional de Educación Superior y Técnico-Productiva. Elaborado por: Grupo de Trabajo encargado de formular la Política Nacional de Educación Superior y Técnico-Productiva, creado a través de la Resolución Ministerial N.º 271-2019-MINEDU.

MIMP (2020). Plan Estratégico Multisectorial de Igualdad de Género de la Política Nacional de Igualdad de género. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/565412/Plan_Estrategico_Multisectorial_de_Igualdad_de_Genero_de_la_Politica_Nacional_Igualdad_Genero.pdf

MINSA (2016a). Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021 al año 2025. Disponible en: <https://www.MINSA.gob.pe/transparencia/index.asp?op=1001>

MINSA (2016b). Documento Prospectivo al 2030. Disponible en: <https://www.MINSA.gob.pe/transparencia/index.asp?op=1001>

MINSA (2020). Análisis de Carga de Enfermedad 2020. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/inteligencia-sanitaria/carga-de-enfermedad-y-analisis-de-la-demanda/>

MINSA (2021a). Manual de Implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad. Documento Técnico. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/MINSA/normas-legales/1682527-220-2021-MINSA>

MINSA (2021b). Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”. Disponible en: <http://spij.minjus.gob.pe/Graficos/Peru/2020/Agosto/24/DS-026-2020-SA.pdf>

MINSA (2021c). Plan Estratégico Institucional 2019-2024 ampliado. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/MINSA/normas-legales/1925089-621-2021-MINSA>

MINSA (2021d). Tiempos de pandemia 2020 – 2021

MINSA & UNICEF (2021). La Salud Mental de Niñas, Niños y Adolescentes en el Contexto de la COVID-19

MINSA (2022). Programa Multianual de Inversiones 2023-2025 del Sector Salud Ministerio de Salud de Chile (2016) Sistema de Certificación de Especialidades [Presentación de diapositivas]. MINSAL. https://www.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2016/02/Certificaci%c3%b3n-Especialidades_09062016_2.pdf

MINSALUD (2018). Política Nacional de Talento Humano en Salud. MINSALUD. Disponible en: <https://www.MINSALud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>

OECD (2021) Health at a Glance 2021: OECD Indicators. Enlace: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9->

[en.pdf?expires=1646236200&id=id&accname=quest&checksum=40E717CF6E2F9C
CFF662E4B70B7153A6](https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489)

OMS. (2010) . A conceptual framework for action on the social determinants of health. World Health Organization. Disponible en el siguiente enlace: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>

OMS (2014). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Preámbulo. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social>

OMS – OPS (2017). Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud (CSP29/10). 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana y 69ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

OPS (2005). 46^{avo} Consejo Directivo 57^{ava} Sesión del Comité Regional. Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria De Salud (Declaración de Montevideo). Recuperado de: <https://www3.paho.org/spanish/GOV/CD/cd46-decl-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (2006). Análisis del sector Salud. Una herramienta para viabilizar la formulación de políticas y lineamientos metodológicos <https://www.observatoriorh.org/es/analisis-del-sector-salud-una-herramienta-para-viabilizar-la-formulacion-de-politicas-lineamientos-1>

OPS/OMS (2014) Infecciones Respiratorias Agudas en el Perú: Experiencia frente a la temporada de bajas temperaturas.

OPS (2020) Hoja Informativa – Tuberculosis drogorresistente en las Américas

RISSALUD (2017). Remuneraciones en el sector salud: Estudio de caso sobre un grupo de países de América Latina y el Caribe. BID

Rivas, Alonso. (13/01/2022). “CMP Y CONAREME demandan aumento de plazas en residentado médico 2022”. Enlace: <https://www.cmp.org.pe/cmp-y-conareme-demandan-aumento-de-plazas-en-residentado-medico-2022/>

Legislación:

Presidencia de la República de Perú, MINSA (2013, 7 de diciembre). Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

Congreso de la República de Perú (2018, 28 de diciembre). Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.

Congreso Nacional de Chile (2004, 24 de febrero). Ley N° 19.937. Por la cual se aprueba la modificación del Decreto Ley N° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

Congreso de Colombia (2007, 3 de octubre). Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión de los Estados Unidos Mexicanos (1984, 7 de febrero). Ley General de Salud por la cual se reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

MEF (2018, 31 de diciembre). Decreto Supremo N° 345-2018-EF que aprueba la Política Nacional de Competitividad y Productividad.

MEF (2019, 28 de julio). Decreto Supremo N° 237-2019-EF que aprueba el Plan Nacional de Competitividad y Productividad.

MINEDU (2020, 31 de agosto). Decreto Supremo N° 012-2020-MINEDU que aprueba la Política Nacional de Educación Superior y Técnico Productiva.

MINEDU (2021, 9 de julio). Decreto Supremo N° 012-2021-MINEDU, Decreto Supremo que crea el Marco Nacional de Cualificaciones del Perú – MNCP.

MINEDU (2021, 23 de agosto). Resolución Ministerial N° 321-2021-MINEDU que aprobó la “Estructura, contenido y criterios para la agrupación y priorización del Marco Nacional de Cualificaciones del Perú (MNCP).

MINSA (2020, 24 de agosto). Decreto Supremo N° 026-2020-SA que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú País Saludable”.

MINSA (2020, 15 de octubre). Decreto Supremo N° 030-2020-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30895, Ley que Fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud.

Presidencia de la República de Chile (2013, 1 de julio). Decreto Supremo N° 8, de 2013, MINSAL-MINEDUC. Por el cual se aprueba el Reglamento de certificación de las especialidades médicas y odontológicas (primarias y derivadas o subespecialidades) de los prestadores individuales de salud y de las entidades que la otorgan.

ANEXOS

Tabla 23

Selección de funciones priorizadas para proceso de certificación

Etapa de vida	Provisión de cuidados (MCI)	Priorización de funciones según criterio (adaptación de los criterios de Hanlon)	Criterios de priorización (Magnitud+gravedad) x (eficacia x factibilidad)	Aplicación del principio de Pareto	Ocupaciones priorizadas para el proceso de certificación			
					Primera Prioridad	Segunda Prioridad	Tercera Prioridad	Cuarta Prioridad
Período prenatal	Cuidados individuales a la gestante	1. Producir un conjunto de actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto para lograr el nacimiento de un(a) recién nacido(a) sano(a), sin deterioro de la salud de ninguno de los dos (Atención Prenatal Reenfocado-APR)	192	35,29%	Agente Comunitario, Auxiliar Asistencial, Enfermería Técnica, Especialista en Salud Mental y Laboratorio Clínico Técnico	Especialista en Salud Familiar, Medicina Humana, Nutrición, Obstetricia, Psicología, Trabajadores en el Cuidado de Personas en Instituciones o Domicilio, Enfermería, Especialista en Epidemiología y Salud Pública Técnica	Farmacia y Bioquímica, Odontología, Tecnología Médica, Trabajo Social, Especialista en Gestión de RHUS, Especialista en Gestión en Salud, Farmacia Técnica, Gestor de Atención Primaria de Salud-APS o de Salud Pública (Salubrista), Rehabilitación Técnica, Técnico Especializado y Técnico Prótesis Dental	Biología, Especialista en Salud Pública, Ingeniería Sanitaria, Medicina Veterinaria y Química
		2. Proveer cuidados preconceptionales a la mujer, incluyendo intervenciones de promoción de hábitos saludables, prevención de enfermedades y desarrollo emocional, promoviendo la participación de la pareja.	128	58,82%				
		3. Atender el parto en una institución de salud con condiciones para una atención de calidad. Esta atención es de carácter universal y se desarrolla con adecuación cultural cuando corresponde. El cuidado integral del puerperio es la regla.	128	82,35%				
Niño-niña	Cuidados individuales a la niña-niño	1. Realizar el tamizaje neonatal.	128	17,58%	Agente Comunitario, Trabajadores en el Cuidado de Personas en Instituciones o Domicilio, Especialista en Salud Familiar, Auxiliar Asistencial, Enfermería y Medicina Humana	Especialista en Salud Mental, Enfermería Técnica, Psicología, Nutrición, Trabajo Social, Especialista en Epidemiología, Especialista en Gestión en Salud, Especialista en Salud Pública, Gestor de Atención Primaria de Salud-APS o de Salud Pública (Salubrista) y Técnico Especializado	Especialista en Gestión de RHUS, Farmacia Técnica, Laboratorio Clínico Técnico, Salud Pública Técnica, Rehabilitación Técnica, Técnico Prótesis Dental, Odontología, Tecnología Médica, Biología, Farmacia y Bioquímica, Ingeniería Sanitaria, Medicina Veterinaria, Obstetricia y Química	-
		2. Realizar el Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED).	128	35,16%				
		3. Atender las prioridades sanitarias y enfermedades prevalentes nacionales, regionales y locales.	128	52,75%				
		4. Realizar el tamizaje de violencia intrafamiliar.	54	60,16%				
		5. Realizar la evaluación odontológica y salud bucal.	54	67,58%				
		6. Evaluar la agudeza visual y auditiva.	54	75,00%				
		7. Brindar educación en cuidados de salud mental, autoestima y habilidades sociales ocasional.	30	79,12%				
Adolescente	Cuidados individuales a la adolescente	1. Brindar consejería/orientación en salud sexual y reproductiva de manera profesional.	128	15,46%	Especialista en Salud Familiar, Agente Comunitario, Auxiliar Asistencial, Medicina Humana y Enfermería	Trabajadores en el Cuidado de Personas en Instituciones o Domicilio, Psicología, Especialista en Salud Mental, Enfermería Técnica, Obstetricia, Tecnología Médica y Trabajo Social	Especialista en Epidemiología, Especialista en Gestión en Salud, Especialista en Salud Pública, Especialista en Gestión de RHUS, Gestor de Atención Primaria de Salud-APS o de Salud Pública (salubrista), Técnico Especializado, Farmacia Técnica, Laboratorio Clínico Técnico, Salud Pública Técnica, Rehabilitación Técnica, Técnico Prótesis Dental, Farmacia y Bioquímica, Nutrición, Odontología, Biología, Ingeniería Sanitaria,	-
		2. Desarrollar actividades de prevención de alcoholismo, uso de tabaco, nicotina y sustancias adictivas.	128	30,92%				
		3. Desarrollar de manera rutinaria y proactiva sesiones educativas para la prevención de embarazo e higiene menstrual.	128	46,38%				
		4. Realizar tamizaje de conductas de riesgo.	128	61,84%				
		5. Promover estilos de vida saludables: buenas prácticas de higiene, alimentarias y de actividad física.	54	68,36%				
		6. Realizar de manera integral el tamizaje de violencia intrafamiliar.	54	74,88%				

Etapa de vida	Provisión de cuidados (MC)	Priorización de funciones según criterio (adaptación de los criterios de Hanlon)	Criterios de priorización (Magnitud+gravedad) x (eficacia x factibilidad)	Aplicación del principio de Pareto	Ocupaciones priorizadas para el proceso de certificación			
					Primera Prioridad	Segunda Prioridad	Tercera Prioridad	Cuarta Prioridad
Joven	Cuidados individuales a jóvenes	7. Evaluar de manera rutinaria e integral la agudeza visual y auditiva.	30	78,50%			Medicina Veterinaria y Química	
		1. Desarrollar acciones de prevención de alcoholismo, uso de tabaco y sustancias adictivas.	128	20,09%			Especialista en Epidemiología, Especialista en Gestión en Salud, Especialista en Gestión de RHUS, Gestor de Atención Primaria de Salud-APS o de Salud pública(Salubrista), Farmacia y Bioquímica, Obstetricia, Tecnología Médica, Trabajo Social, Técnico Especializado, Farmacia Técnica, Laboratorio Clínico Técnico, Salud Pública Técnica, Rehabilitación Técnica, Técnico Prótesis Dental, Biología, Ingeniería Sanitaria, Medicina Veterinaria, Nutrición, Odontología, Química	
		2. Realizar el tamizaje de enfermedades transmisibles y no transmisibles.	128	40,19%	Agente Comunitario, Auxiliar Asistencial, Enfermería Técnica, Especialista en Salud Familiar y Trabajadores en el Cuidado de Personas en Instituciones o Domicilio	Medicina Humana, Psicología, Especialista en Salud Mental, Enfermería y Especialista en Salud Pública		
		3. Realizar el despistaje de cáncer de cuello uterino.	128	60,28%				
		4. Brindar orientaciones en acciones de cuidados de la salud mental, autoestima, habilidades sociales.	80	72,84%				
Adulto	Cuidados individuales al adulto	5. Realizar el tamizaje de violencia intrafamiliar.	48	80,38%				
		1. Desarrollar de manera rutinaria el tamizaje de enfermedades transmisibles: ITS/VIH entre otros.	128	13,45%				
		2. Realizar tamizaje de violencia familiar.	128	26,89%				
		3. Desarrollar despistaje de cáncer de cuello uterino, de mama, de próstata.	128	40,34%			Especialista en Salud Mental, Psicología, Obstetricia, Técnico Prótesis Dental, Rehabilitación Técnica, Salud Pública Técnica, Laboratorio Clínico Técnico, Farmacia Técnica, Técnico Especializado, Gestor de Atención Primaria de Salud-APS o de Salud Pública(Salubrista), Especialista en Gestión de RHUS, Especialista en Salud Pública, Especialista en Gestión en Salud, Especialista en Epidemiología, Trabajo Social, Tecnología Médica y Biología	
		4. Brindar los cuidados de la salud mental, fortalecimiento del autoconocimiento, autoestima, autocuidado, habilidades sociales.	128	53,78%	Auxiliar Asistencial y Agente Comunitario	Enfermería Técnica, Especialista en Salud Familiar, Trabajadores en el Cuidado de Personas en Instituciones o Domicilio, Enfermería y Medicina Humana		Nutrición, Farmacia y Bioquímica, Química, Odontología, Medicina Veterinaria e Ingeniería Sanitaria
		5. Desarrollar evaluación de la salud ocupacional a través de la verificación del cumplimiento de la ergonomía en el trabajo, riesgos del entorno, tiempo de exposición, actividades laborales del trabajador, uso de equipos de protección personal, saneamiento básico del centro laboral, entre otros.	128	67,23%				
		6. Prevenir las complicaciones de enfermedades crónicas: pie diabético, retinopatía, insuficiencia renal, entre otras.	54	72,90%				
Adulto mayor	Cuidados individuales a los adultos mayores	7. Identificar y manejar problemas de salud mental: estrés, ansiedad, depresión, alcoholismo, es solo cuando el hecho se produce con una búsqueda activa de casos.	54	78,57%				
		1. Realizar los tamizajes de enfermedades no transmisibles: dislipidemias, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, entre otras.	128	14,61%	Auxiliar Asistencial, Agente Comunitario y Especialista en Salud Familiar	Enfermería, Medicina Humana, Psicología, Especialista en Salud Mental, Trabajadores en el Cuidado de Personas en Instituciones o Domicilio, Enfermería Técnica, Rehabilitación Técnica,	Especialista en Epidemiología, Biología, Farmacia y Bioquímica, Odontología, Tecnología Médica, Especialista en Gestión en Salud, Especialista en Salud Pública, Especialista en Gestión de	Ingeniería Sanitaria, Medicina Veterinaria, Obstetricia y Química
		2. Desarrollar acciones de prevención de complicaciones de enfermedades crónicas: pie diabético, retinopatía, insuficiencia renal, entre otras.	128	29,22%				

Etapa de vida	Provisión de cuidados (MC)	Priorización de funciones según criterio (adaptación de los criterios de Hanlon)	Criterios de priorización (Magnitud+gravedad) x (eficacia x factibilidad)	Aplicación del principio de Pareto	Ocupaciones priorizadas para el proceso de certificación			
					Primera Prioridad	Segunda Prioridad	Tercera Prioridad	Cuarta Prioridad
		3. Fomentar la participación de las PAM en los círculos/club del adulto mayor en los establecimientos de salud para el desarrollo de actividades de promoción y prevención, actividades educativas, recreativas y eso del tiempo libre.	128	43,84%		Farmacia Técnica, Laboratorio Clínico Técnico, Salud Pública Técnica, Técnico Prótesis Dental y Trabajo Social	RHUS, Gestor de Atención Primaria de Salud-APS o de Salud Pública(Salubrista), Técnico Especializado y Nutrición	
		4. Brindar orientación para un envejecimiento activo, productivo y saludable.	128	58,45%				
		5. Desarrollar acciones para el cuidado de la salud mental, autoestima, habilidades sociales, manejo de emociones, prevención de la ansiedad, depresión entre otras.	84	68,04%				
		6. Brindar orientación en la prevención de caídas.	54	74,20%				
		7. Realizar visita y atención domiciliaria integral.	54	80,37%				
Ciclo familiar	Cuidados para la familia en formación	1. Orientar en el desarrollo de valores y principios.	128	17,44%		Enfermería, Obstetricia, Trabajo Social, Medicina Humana, Psicología, Nutrición, Especialista en Gestión en Salud,		
		2. Orientar en la distribución adecuada de roles con la pareja y los hijos.	128	34,88%	Auxiliar Asistencial, Agente Comunitario, Especialista en Salud Familiar, Especialista en Epidemiología,	Especialista en Gestión de RHUS, Gestor de Atención Primaria de Salud-APS o de Salud	Farmacia y Bioquímica, Ingeniería Sanitaria, Medicina Veterinaria, Odontología, Química y Tecnología Médica	Biología
		3. Orientar en la redistribución de roles entre los miembros de la familia.	128	52,32%	Especialista en Salud Mental, Especialista en Salud Pública,	Pública(Salubrista, Técnico Especializado, Farmacia Técnica, Laboratorio Clínico Técnico, Salud Pública Técnica,		
		4. Orientar en la preparación para el retiro o jubilación no se desarrolla.	128	69,75%	Enfermería Técnica y Trabajadores en el Cuidado de Personas en Instituciones o Domicilio	Rehabilitación Técnica y Técnico Prótesis Dental		
		5. Realizar la consejería en preparación para la paternidad y maternidad responsable.	30	73,84%				
		6. Orientar en los cuidados del recién nacido.	30	77,93%				
Comunidad	Cuidado Integral de Salud a la Comunidad	1. Realizar el diagnóstico de situación de salud de la población considerando la participación de la comunidad en su elaboración.	128	32,16%		Especialista en Salud Familiar, Especialista en Epidemiología, Especialista en Salud Mental, Especialista en Gestión en Salud, Especialista en Salud Pública, Especialista en Gestión de RHUS, Gestor de Atención Primaria de Salud-APS o de salud	Biología, Enfermería, Farmacia y Bioquímica., Ingeniería Sanitaria, Medicina Humana, Medicina Veterinaria, Nutrición, Obstetricia, Odontología, Psicología, Tecnología Médica, Trabajo Social y Química	
		2. Fortalecer el liderazgo de la autoridad local.	128	64,32%	Auxiliar Asistencial, Agente Comunitario y Trabajadores en el Cuidado de Personas en Instituciones o Domicilio	Pública(Salubrista), Técnico Especializado, Enfermería Técnica, Farmacia Técnica, Laboratorio Clínico Técnico, Salud Pública Técnica, Rehabilitación Técnica y Técnico Prótesis Dental		
		3. Desarrollar espacios de concertación abiertos y organizados para priorizar áreas de intervención y estrategias con participación y responsabilidades compartidas.	54	77,89%				

Elaboración: Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC) del Sineace.



 www.gob.pe/sineace

 Av. República de Panamá N° 3659 - 3663, San Isidro, Lima

 (511) 6371122 - 6371123

 /SINEACEOFICIAL

 @SineacePeru

 Sineace

 Sineace CalidadEducativa

 sineaceperu