

Análisis de la certificación de competencias: Una mirada funcional del **sector Salud** en el Perú



2022



Sineace

ANÁLISIS DE LA CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS: UNA MIRADA FUNCIONAL DEL SECTOR SALUD EN EL PERÚ



Serie: Documentos técnicos

Análisis de la certificación de competencias: Una mirada funcional del sector Salud en el Perú

Consejo Directivo Ad Hoc

Carlos Barreda Tamayo, presidente del Consejo Directivo Ad-Hoc
Benjamín Marticorena Castillo, representante del Concytec
Juan Miguel Malpartida Robles, representante del Ministerio de Educación

Gerencia General

Marco Castañeda Vines

Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias

Cristhian Pacheco Castillo, director

Equipo técnico

Lady Sihuay Castillo, coordinadora
Evelin Catacora Caracholi
María Rosa Malásquez Sotelo
Bernardo García Velando
Anahí Chávez Ruesta
Cristhian Pacheco Castillo

Oficina de Comunicaciones e Imagen Institucional

Angélica Gabriel Madueño, jefa

Revisión de estilo

César Cárdenas Javier

Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad (2022).
Análisis de la certificación de competencias: Una mirada funcional del sector Salud en el Perú.

1° Ed. electrónica, Lima – Perú, noviembre 2022.

92 p.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2022-10826

1. Calidad Educativa. 2. Certificación de competencias. 3. Sector Salud. 4. Normalización.
5. Mapa funcional

© **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 / <https://repositorio.sineace.gob.pe>

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

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	4
II. VISIÓN Y OBJETIVOS DEL SECTOR SALUD	6
2.1. Visión del País al 2050.....	7
2.2. Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050 (PEDN al 2050)	7
2.3. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030	10
2.4. Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) de Salud al año 2025	12
2.5. Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019 – 2024 de Salud ampliado al año 2025.....	14
2.6. Modelo de cuidado integral por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI).....	15
III. DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SALUD	24
3.1. Delimitación del sector Salud	24
3.2. Ente rector de la salud en el país	26
3.3. Análisis de funciones del Minsa	28
3.3.1. Sobre las funciones rectoras	30
3.3.2. Sobre las funciones específicas	34
3.3.3. Sobre las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP).....	39
3.4. Subsistemas de prestación de servicios.....	46
3.5. Organización de la oferta de servicios de salud	47
3.6. Profesiones/ocupaciones del sector Salud	47
3.7. Problemática pública del sector Salud.....	53
3.7.1. Problemática estructural persistente en el sector Salud	54
3.7.2. Problemática referida al recurso humano en el sector Salud	57
IV. ANÁLISIS DE LA CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES DEL SINEACE Y LA FORMULACIÓN DE UN MAPA FUNCIONAL SECTORIAL...	65
4.1. Estado actual de la certificación de competencias en el sector Salud	68
4.2. Principales limitaciones identificadas en la revisión de las normas de competencias.....	71
4.3. Sobre la necesidad de formular un mapa funcional sectorial con fines de certificación de competencias	72
4.4. Propuesta de instrumento “Mapa Funcional Sectorial de Salud”	74
4.5. Relación de las funciones del Mapa Funcional Sectorial de Salud con los actores del Sistema Nacional de Salud	88
V. CONCLUSIONES	91

I. INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (Sineace), creado mediante Ley N° 28740¹, es un organismo técnico especializado adscrito al sector educación. Se encarga de garantizar a la sociedad que las instituciones educativas públicas y privadas ofrezcan un servicio de calidad mediante la acreditación institucional y de programas de estudio, como parte del aseguramiento de la calidad. Conforme a su ley de creación y reglamento, el Sineace conduce, además la certificación de competencias profesionales en los sectores priorizados de Educación, Salud y Derecho, previstos en el artículo 23 del reglamento² de la Ley del Sineace.

La certificación de competencias profesionales se realiza a través de la evaluación de competencias de una persona respecto a una norma de competencia. Para ello, el Sineace cuenta con un marco técnico-normativo que regula los **procesos de normalización, evaluación y certificación de competencias**, permitiendo la continuidad de las trayectorias educativas, la transitabilidad educativa y contribuyendo a mejorar la empleabilidad de las personas y atendiendo las necesidades de capital humano de los sectores priorizados según su normativa vigente. Estos procesos son conducidos por la Dirección de Evaluación y Certificación de Competencias (DEC), dependencia de línea del Sineace a cargo de formular y proponer las normas y acciones referidas al proceso de evaluación con fines de certificación de competencias a profesionales³.

Al respecto, el 28 de abril de 2021 se aprobó la “Directiva para la Normalización de Competencias”⁴ y la “Guía Técnica para la Normalización de Competencias”⁵, en la que se establecen las disposiciones y lineamientos que permiten elaborar o actualizar, validar y aprobar normas de competencia para el desarrollo de procesos de evaluación con fines de certificación de competencias profesionales en el marco de las políticas públicas vigentes, el marco legal correspondiente al ámbito de normalización y los instrumentos técnicos disponibles. Dicho marco técnico-normativo establece como acción preparatoria para evaluar la viabilidad y priorización de las funciones a normalizar, la formulación de un mapa funcional sectorial; posteriormente se procede con la normalización, la elaboración y aprobación de normas de competencias que servirán de parámetros para la certificación de competencias profesionales adquiridas por las personas en el ejercicio de su trabajo.

¹ Disponible en el siguiente enlace: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H917386>

² Cabe señalar que en el marco del análisis de calidad regulatoria realizado al proyecto de Reglamento de Autorización de Entidades Certificadoras elaborado por el Sineace, culminado el 13 de octubre de 2021, la Secretaría Técnica de la Comisión Multisectorial de Análisis de Calidad Regulatoria de la Presidencia del Consejo de Ministros declaró el proyecto apto para continuar con el trámite, confirmando que el reconocimiento de aprendizajes previos que realiza el Sineace corresponde a la certificación de competencias profesionales, conforme con lo establecido en la Ley N° 28740, Ley del Sineace lo cual ha sido validado por el Decreto Supremo N° 010-2022-MINEDU, Decreto Supremo que aprueba el Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA del Sineace. Disponible en el siguiente enlace: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1320556>

³ Artículo 41 de la “Norma que define la estructura funcional no orgánica transitoria del Sineace en su calidad de entidad en reorganización”, aprobada mediante Resolución de Presidencia N° 000023-2021-SINEACE-CDAH-P del 27 de marzo de 2021.

⁴ Resolución de Presidencia N° 000051-2021-SINEACE/CDAH-P del 28 de abril de 2021. Disponible en el siguiente enlace: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1861844/Resoluci%C3%B3n%20de%20Presidencia%20N%C2%BA%20051-2021-SINEACE-CDAH-P.pdf.pdf?v=1619805518>.

⁵ Resolución de Presidencia N° 000052-2021-SINEACE/CDAH-P del 28 de abril de 2021. Disponible en el siguiente enlace: <https://www.gob.pe/institucion/sineace/normas-legales/1892026-052-2021-sineace-cdah-p>.

Asimismo, mediante Decreto Supremo N° 012-2021-MINEDU⁶ se crea el Marco Nacional de Cualificaciones del Perú - MNCP y la Comisión Multisectorial de naturaleza permanente denominada “Comisión Nacional para el Seguimiento a la Implementación del Marco Nacional de Cualificaciones del Perú - MNCP”, con el 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 formales, no formales o mediante la experiencia laboral, facilitando la formación a lo largo de la vida y permitiendo la transitabilidad del ámbito laboral al formativo, y viceversa”.

El MNCP debe permitir que las personas tengan disponibles mecanismos de transitabilidad hacia todos los niveles de cualificación usando las diferentes vías como el sistema educativo o la certificación de competencias. Todo ello permitirá mejoren sus condiciones de empleabilidad y a su vez, que los empleadores tengan las personas debidamente calificadas y con el reconocimiento adecuado.

El presente documento describe al sector Salud, presenta un análisis de la certificación de competencias y desarrolla un instrumento denominado “Mapa Funcional Sectorial de Salud” (MFSS) con fines de certificación de competencias profesionales del Sineace, formulado en base al Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI), y que constituye una herramienta técnica para analizar en forma integral las funciones del sector. Es importante precisar que el MFSS no es un instrumento de planificación sectorial o institucional, sino que recoge e integra el marco técnico-normativo, las políticas e instrumentos de gestión del sector para orientar la certificación de competencias profesionales.

El MFSS fue socializado con un conjunto de instituciones públicas y privadas con acción relevante en el sector Salud para recoger comentarios y aportes a dicho documento, los cuales han sido incorporados en la presente versión. De esta forma, el Sineace busca promover a la certificación de competencias como un mecanismo para el reconocimiento de cualificaciones del capital humano requerido por el sector que corresponda (en este caso, salud), tomando en consideración la existencia de otras vías de cualificación como las del sistema educativo.

Finalmente, consideramos que este documento técnico representa un aporte valioso para abordar de manera integral los reconocimientos de aprendizajes previos obtenidos a través de la experiencia o la práctica en el sector Salud, en el marco de la normativa vigente y de la implementación progresiva del MNCP.

⁶ Publicada el 9 de julio de 2021. Disponible en el siguiente enlace:
<https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1287077>.

II. VISIÓN Y OBJETIVOS DEL SECTOR SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), define a la salud como **“un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”**, es decir, considera el estado saludable y el adecuado funcionamiento físico mental, que les permita a las personas responder a las exigencias de la sociedad y no solo limitarse al padecimiento de enfermedades.

Con relación al panorama epidemiológico en el ámbito mundial, este se ha ido transformando con el paso de los años y, hoy en día, se encuentra conformado por una combinación amplia de patologías transmisibles y no transmisibles, además de las limitaciones territoriales e interculturales, que demandan una mayor complejidad en la atención, por lo cual se requiere de esquemas organizativos de los sistemas de salud que tengan la capacidad de respuesta ante este desafío (Minsa, 2020).

Los numerales I, II, III y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud⁷, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y es el medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. Asimismo, se señala que toda persona tiene derecho a la protección de salud en los términos y condiciones que establece la Ley, siendo de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Además, es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

En el Perú, la autoridad nacional de salud es el Ministerio de Salud (Minsa) que tiene por finalidad garantizar la prevención, control de riesgos y enfermedades de la población. De acuerdo al literal b del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud⁸, una de las funciones rectoras del Minsa, es formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de la promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno (nacional, regional y local).

La política de salud vigente es la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS) denominada “Perú, País Saludable”, liderada por el Minsa, y fue formulada de manera consensuada con los sectores responsables de intervenir en los determinantes sociales de salud⁹ priorizados y con los gobiernos regionales y locales, quienes tienen la responsabilidad de gestionar los servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones, estableciendo los cuidados y atenciones de salud que reciben las personas, familias y comunidades a lo largo de su vida y las intervenciones sobre los determinantes sociales de salud, 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 gestión territorial, la Política de Igualdad de Género, la Política Sectorial de Salud Intercultural y la Política Nacional de Gestión ante Desastres.

⁷ Publicada el 20 de julio de 1997. Disponible en el siguiente enlace:

<https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H775516>

⁸ Publicada el 7 de diciembre de 2013. Disponible en el siguiente enlace:

<https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1091541>

⁹ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas públicas adoptadas por los gobiernos de un país.

2.1. Visión del Perú al 2050

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 las aspiraciones de toda la población y describe la situación futura de bienestar que se quiere alcanzar como país. De acuerdo con el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (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.

La visión junto con la Constitución Política del Perú, las políticas de Estado, el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional y los compromisos del Perú como Estado son los principales referentes para la planificación de país a largo plazo. En ese sentido, la visión señala que:

“Al 2050, somos un país democrático, respetuoso del Estado de derecho y de la institucionalidad, integrado al mundo y proyectado hacia un futuro que garantiza la defensa de la persona humana y de su dignidad en todo el territorio nacional.

Estamos orgullosos de nuestra identidad, propia de la diversidad étnica, cultural y lingüística del país. Respetamos nuestra historia y patrimonio milenario, y protegemos nuestra biodiversidad.

El Estado constitucional es unitario y descentralizado. Su accionar es ético, transparente, eficaz, eficiente, moderno y con enfoque intercultural.

Juntos, hemos logrado un desarrollo inclusivo, en igualdad de oportunidades, competitivo y sostenible en todo el territorio nacional, que ha permitido erradicar la pobreza extrema y asegurar el fortalecimiento de la familia” (2019).

Asimismo, dicha visión contempla cinco ejes claves: (i) las personas alcanzan su potencial en igualdad de oportunidades y sin discriminación para gozar de una vida plena, (ii) gestión sostenible de la naturaleza y medidas frente al cambio climático, (iii) desarrollo sostenible con empleo digno y en armonía con la naturaleza, (iv) sociedad democrática, pacífica, respetuosa de los derechos y libres de temor y de la violencia y (v) Estado moderno, eficiente, transparente y descentralizado que garantiza una sociedad justa e inclusiva, sin corrupción y sin dejar a nadie atrás.

Respecto al sector Salud, se aspira que al 2050, **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 (Minsa, 2021).

2.2. Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050 (PEDN al 2050)

El PEDN al 2050 fue aprobado mediante Decreto Supremo N° 095-2022-PCM, publicado el 28 de julio de 2022¹⁰. Se trata de un instrumento de planeamiento estratégico, que tiene como objetivo “orientar la acción del Estado (gobierno nacional, gobiernos regionales y gobiernos locales), al mismo tiempo que orienta los esfuerzos

¹⁰ Disponible en el siguiente enlace: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1320997>

del conjunto de la sociedad (gremios, la academia, el empresariado) para alcanzar el desarrollo armónico y sostenido del país”. (extraído del portal gov.pe del Ceplan).

El PEDN al 2050 propone cuatro objetivos nacionales (ON), cada uno de ellos cuenta con indicadores de medición, una línea de base y el logro esperado al 2050:

“(…)

1. *Alcanzar el pleno desarrollo de las capacidades de las personas sin dejar a nadie atrás;*
2. *Gestionar el territorio de manera sostenible a fin de prevenir y reducir los riesgos y amenazas que afectan a las personas y sus medios de vida, con el uso intensivo del conocimiento y las comunicaciones, reconociendo la diversidad geográfica y cultural, en un contexto de cambio climático;*
3. *Elevar los niveles de competitividad y productividad con empleo decente y en base al aprovechamiento sostenible de los recursos, el capital humano, el uso intensivo de la ciencia y tecnología, y la transformación digital del país;*
4. *Garantizar una sociedad justa, democrática, pacífica y un Estado efectivo al servicio de las personas, en base al diálogo, la concertación nacional y el fortalecimiento de las instituciones”.*

La temática de salud está comprendida en el **ON 1 “Alcanzar el pleno desarrollo de las capacidades de las personas sin dejar a nadie atrás”**, el cual solo se podrá alcanzar a través del aseguramiento de los servicios educativos y de salud con calidad y pertinencia cultural; viviendas dignas con acceso a servicios elementales y un sistema de transporte integrado y sostenible, que permita elevar la calidad de vida en todo el territorio de las y los ciudadanos.

Este ON cuenta con un conjunto de retos planteados en el PEDN al 2050. Específicamente, sobre el caso del sector Salud, señalan como el Reto 3 lo siguiente: “Sistema de salud deficiente en recursos humanos y logísticos que atenta contra integridad física y mental de los ciudadanos”. Frente a este reto, el PEDN postula un conjunto de prioridades y acciones inmediatas:

Tabla N° 1. Intervenciones del Reto 3 y acciones inmediatas, según el PEDN al 2050

Intervenciones prioritarias del reto 3	Mejorar la capacidad resolutive del primer nivel de atención para brindar salud física y mental.	Asegurar los recursos humanos y logísticos para el funcionamiento del sistema de salud preventiva y especializada.	Dotar de una estrategia sanitaria de largo plazo para respuestas desde la salud ante futuras pandemias: laboratorios e institutos especializados de investigación.
Desarrollar e integrar la gestión de la salud			

Acciones inmediatas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asegurar la vacunación completa según corresponda. Así como las pruebas de diagnóstico oportunas de toda la población contra el COVID-19, mediante monitoreo de los programas sociales, haciendo énfasis en grupos vulnerables tales como personas adultas mayores y población dispersa rural. ✓ Incrementar el acceso y mejorar el funcionamiento de los sistemas de salud, con énfasis en los establecimientos de primer nivel, con la activa participación de los agentes comunitarios. ✓ Implementar la reingeniería de procesos en las redes de salud. ✓ Shock de inversiones tangibles e intangibles para mejora resolutive del primer nivel de atención de salud. ✓ Integrar los sistemas informáticos de las redes de salud en tiempo real con énfasis en telesalud e historias clínicas digitales, sobre la arquitectura digital del Estado. ✓ Asegurar la detección y la atención oportuna de enfermedades causantes de la morbilidad en el país. ✓ Implementar centros de escucha presencial y/o digital para la ayuda psicológica individual de las personas. ✓ Impulsar programas de protección social a niños, niñas, adolescentes en estado de orfandad o abandono, así como a personas con alguna discapacidad física y mental en vulnerabilidad social y económica, incluidas las personas adultas mayores vulnerables. ✓ Acceso a los servicios públicos de salud, identidad y provisión de víveres mediante las Plataformas Itinerantes de Acción Social con énfasis en poblaciones en situación de vulnerabilidad. ✓ Incrementar las actividades de educación, seguimiento y monitoreo en salud comunitaria de manera participativa mediante los comités comunitarios de salud.
----------------------------	--

Fuente: Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050.
Adaptación propia.

Asimismo, se advierten seis objetivos específicos (OE), de los cuales el OE 1.2 “Reducir los niveles de mortalidad y morbilidad garantizando el acceso universal a la salud de la población, con énfasis en los grupos más vulnerables y que las personas adopten hábitos y estilos de vida saludables, impulsando la salud digital.”, está asociado específicamente a la temática de salud, en tanto los otros se vinculan con temáticas como educación, saneamiento, bienestar social, transporte, entre otros.

Finalmente, la temática de salud cuenta con siete subtemáticas, las cuales se operarían a través de nueve acciones estratégicas:

Tabla N° 2. Objetivo Específico y Acciones Estratégicas en la temática de Salud del PEDN al 2050

Objetivo específico (OE)	Sub temáticas	Acciones estratégicas (AE)
OE 1.2 “Reducir los niveles de mortalidad y morbilidad garantizando el acceso universal a la salud de la población, con énfasis en los grupos más vulnerables y que las personas adopten hábitos y estilos de vida saludables, impulsando la salud digital.”	Salud preventiva	AE 1.2.1 Elevar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables, alimentación nutricional, de manera progresiva y extendida en toda la población; mediante prácticas educativas, la detección e intervención precoz sobre factores de riesgo, las enfermedades y daños, con énfasis en las prioridades nacionales.
		AE 1.2.2 Asegurar la detección oportuna de las distintas enfermedades causantes de la morbilidad en el país, mediante la implementación de laboratorios regionales y la incorporación de nuevas pruebas diagnósticas en el lugar de la atención y para el autotesteo, garantizando los recursos presupuestales y logísticos.
		AE 1.2.3. Alcanzar el acceso universal y equitativo a cuidados y atenciones de salud integrales y de calidad por curso de vida, centrados en la persona, familia y comunidad en el marco del Aseguramiento Universal de Salud, y en base a redes integradas de salud con capacidad resolutive suficiente e interconectados tecnológicamente; y la participación de los agentes comunitarios, con especial énfasis en el primer nivel de atención.

Objetivo específico (OE)	Sub temáticas	Acciones estratégicas (AE)
	Acceso universal a la salud	AE 1.2.3. Alcanzar el acceso universal y equitativo a cuidados y atenciones de salud integrales y de calidad por curso de vida, centrados en la persona, familia y comunidad en el marco del Aseguramiento Universal de Salud, y en base a redes integradas de salud con capacidad resolutive suficiente e interconectados tecnológicamente; y la participación de los agentes comunitarios, con especial énfasis en el primer nivel de atención.
	Salud sexual y reproductiva	AE1.2.4 Garantizar el ejercicio de los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en base a una educación sexual integral en el sistema educativo, y la ampliación y mejora de servicios especializados, con especial atención en las adolescentes.
	Salud mental	AE1.2.5 Asegurar una adecuada atención a la salud mental, con pertinencia cultural y en todo el territorio, en base al autocuidado y el cuidado mutuo comunitario.
	Entorno y condiciones para la salud	AE 1.2.6 Mejorar las condiciones de vida de la población, con énfasis en el abordaje de los factores del entorno que generan vulnerabilidad y riesgos a la salud mediante acciones intersectoriales e intergubernamentales.
	Gobernanza de la salud	AE 1.2.7. Mejorar los niveles de articulación de los actores intersectoriales e intergubernamentales, con una organización eficiente de los recursos y orientación a una cobertura y acceso universal a los servicios de salud, y la acción multisectorial sobre los determinantes sociales de la salud.

Fuente: Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050.
Elaboración propia.

2.3. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030

La política de salud vigente es la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS) denominada “Perú, País Saludable”, liderada por el Minsa, y fue formulada de manera consensuada con los sectores responsables de intervenir en los determinantes sociales de salud¹¹ priorizados y con los gobiernos regionales y locales, quienes tienen la responsabilidad de gestionar los servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones, estableciendo los cuidados y atenciones de salud que reciben las personas, familias y comunidades a lo largo de su vida y las intervenciones sobre los determinantes sociales de salud, 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, la gestión territorial, la Política de Igualdad de Género, la Política Sectorial de Salud Intercultural y la Política Nacional de Gestión ante Desastres.

Dicha política establece tres objetivos prioritarios: **“OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población; OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población; y OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud”**.

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

- **Enfoque basado en derechos humanos**, hace referencia a un conjunto de normas jurídicas nacionales e internacionales, principios éticos ejercidos individual

¹¹ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas públicas adoptadas por los gobiernos de un país.

e institucionalmente, así como las políticas públicas aplicadas por el Estado que involucran a actores públicos y privados con la finalidad de promover y proteger los derechos humanos de las personas.

- **La salud como derecho humano fundamental**, refiere a que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”, de acuerdo con la constitución de la OMS (1946). 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.
- **Enfoque diferencial**, se refiere al desarrollo progresivo del principio de igualdad y no discriminación. Si bien todas las personas son iguales ante la ley, en la práctica cada persona se ve afectada de manera distinta, ya sea por su condición de clase, género, grupo étnico – racial, edad, salud física o mental y orientación sexual. Por ello, con la finalidad de aplicar el principio de igualdad, es necesario que el trato se dé acorde con las particularidades de cada ser, reconociendo su diversidad y garantizando un tratamiento diferenciado.
- **Enfoque de equidad y de los determinantes sociales de la salud**, se refiere a aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana (OMS). Las circunstancias o factores que influyen en el desarrollo de las personas son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos. Por ello, disminuir o evitar muertes prematuras y enfermedades, requiere un abordaje integral y multisectorial. En ese sentido, 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), el 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.
- **Enfoque de cursos de vida**, se refiere a que los resultados en salud, de las personas y de la comunidad, dependen de la interacción de diversos factores protectores y de riesgo a lo largo de la vida de las personas. De esta manera, cada etapa de la vida influye en la siguiente.
- **Enfoque de género**, considera las diferentes oportunidades que tienen los varones y mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan (FAO, 2021). La transversalización del enfoque permite que se identifiquen las necesidades de mujeres y varones para tomar acciones que mejoren sus condiciones de vida a través de los servicios de salud.
- **Enfoque de discapacidad**, considera las necesidades e intereses de las personas con discapacidad, identificando las barreras del entorno y actitudinales que limitan el ejercicio de sus derechos. La finalidad es adoptar medidas que respeten y garanticen sus derechos y se construya una sociedad inclusiva.
- **Enfoque de inclusión social**, refiere al acceso de las poblaciones tradicionalmente excluidas a los servicios de salud públicos. Adicionalmente, se reconoce e incorpora los conocimientos y tradiciones en salud, lo cual permite revalorar la cultura ancestral de los pueblos indígenas u originarios, andinos, amazónicos y de la población afroperuana.

- **Enfoque intercultural**, refiere que, a los servicios de salud en todos los niveles de atención, consideren las características culturales y particulares de los grupos de la población de las localidades donde brida el servicio. El respeto del derecho a la identidad étnica y cultural de la población debe primar cuando se brindan los servicios de salud.
- **Enfoque territorial**, considera la planificación del territorio tomando en cuenta su potencialidad económica y la atención a temas sociales, culturales y ambientales. En él se integra espacios, actores, producción de bienes, servicios y las políticas públicas de intervención.
- **Enfoque de la gestión del riesgo de desastres**, implica el reconocimiento de peligros en el territorio nacional por diversos factores y que existen poblaciones en situaciones de vulnerabilidad ante los peligros. 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.

Cabe precisar que, el Minsa lidera el proceso de evaluación de la implementación de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, país saludable”, para la evaluación del mismo se analizará si los instrumentos de gestión (PESEM, PEM, PDC, PP, PEI y POI), de los sectores y las instituciones públicas involucradas, contienen objetivos estratégicos, acciones estratégicas o actividades operativas que permiten implementar esta política para la solución del problema público identificado; y para el caso de los PEI y POI, se analizará además si los servicios entregados a la población cumplen los estándares previstos en la Política Nacional Multisectorial de Salud.

2.4. Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) de Salud al año 2025

La ampliación del horizonte del PESEM de salud fue aprobada mediante Resolución Ministerial N° 364-2022/MINSA del 19 de mayo de 2022¹². Esta ampliación del PESEM se realizó al documento “Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021”¹³. En resumen, el PESEM es un instrumento de gestión que contiene las políticas de salud traducidas en las acciones estratégicas que deben conducir a mejorar la salud de la población a través de la atención de sus necesidades desde la perspectiva de los derechos de salud de la ciudadanía (Minsa, 2016).

De acuerdo con el PESEM vigente, basado en la versión anterior cuyo horizonte culminó en el 2021, el sector cuenta con tres objetivos estratégicos sectoriales:

- (i) Mejorar la salud de la población.
- (ii) Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud de la población.
- (iii) Ejercer la rectoría y gobernanza en beneficio de la población.

Respecto a las acciones estratégicas, estas representan una plataforma que facilita y permite la toma de decisiones. Las acciones estratégicas reflejan un conjunto de actividades organizadas que contribuyen al logro de un objetivo estratégico. El PESEM

¹² Disponible en el siguiente enlace: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3120821/PESEM%202016_2021%20DEL%20SECTOR%20SALUD%20AL%202025.pdf.pdf?v=1653403324

¹³ Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 367-2016/MINSA del 2 de junio de 2016. Disponible en el siguiente enlace: <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/05PlanEstrategico/Archivos/2016/RM367-2016-MINSA.pdf>

de Salud cuenta con trece acciones estratégicas y diecisiete indicadores basados en el análisis prospectivo y los indicadores de los instrumentos de política del sector.

Tabla N° 3. Objetivos estratégicos sectoriales, acciones estratégicas e indicadores del PESEM del sector Salud

OES	Indicador OES	Acciones Estratégicas	Indicador AE
OES 1. Mejorar la salud de la población	1. Razón de años de vida saludables (AVISA)	AE1.1. Reducir la mortalidad materna y neonatal	1. Razón de mortalidad materna (por cien mil nacidos vivos) 2. Tasa de mortalidad de menores de 5 años (x 1000 nacimientos vivos)
		AE1.2. Reducir la desnutrición infantil y anemia	3. Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (patrón de referencia OMS) 4. Proporción de niños de 6 meses a menos de 36 meses de edad con anemia
		AE1.3. Controlar las enfermedades transmisibles	5. Tasa de incidencia de tuberculosis por 100 mil habitantes (ESNTB) 6. Incidencia de VIH en poblaciones de alto riesgo (x 100 mil personas)
		AE1.4. Disminuir las enfermedades no transmisibles	7. Porcentaje de personas de 15 y más años que reportan tener diabetes mellitus 8. Tasa de mortalidad por cáncer por 100 mil personas
			9. Porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas en los servicios de salud mental 10. Porcentajes de mujeres de 30-59 años que se han realizado la prueba de papanicolaou en los últimos 36 meses y conocen sus resultados
			11. Tasa de mortalidad por causas externas
OES 2. Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud	2. Porcentaje de población afiliada a un seguro de salud	AE2.1. Incrementar la cobertura de aseguramiento público de la población pobre y pobreza extrema.	12. Porcentaje de población afiliada al SIS
		AE2.2. Expandir la oferta de servicios de salud.	13. Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud
		AE2.3. Modernizar la gestión de los servicios de salud.	
		AE2.4. Generar capacidades para el desarrollo e implantación de tecnologías, investigación e información sanitaria.	
OES 3. Ejercer la rectoría y gobernanza en beneficio de la población	3. Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa	AE3.1. Fortalecer la Autoridad Sanitaria.	14. Número de normas regulatorias para la conducción de las intervenciones en salud pública y sus determinantes sociales.
		AE3.2. Fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos.	15. Tiempo de espera en consulta ambulatoria
		AE3.3. Crear e implementar el Sistema de Monitoreo y Evaluación de Políticas en salud pública y de las políticas públicas con	16. Informe anual de seguimiento y evaluación de las políticas en salud pública

OES	Indicador OES	Acciones Estratégicas	Indicador AE
		impacto en la salud pública.	
		AE3.4. Reforzar los arreglos interinstitucionales para la gestión multisectorial y territorial.	17. Número de acuerdos multisectoriales e intergubernamentales vinculantes (*Salud en todas las políticas).

Fuente: PESEM 2016-2021 [ampliado al 2025]
Elaboración propia

Asimismo, el PESEM señala que estas acciones estratégicas se proyectan en el marco de la Ley N° 30423, Ley que establece medidas para fortalecer la autoridad de salud de nivel nacional, con el fin de garantizar la prevención, control de riesgos y enfermedades de la población¹⁴.

2.5. Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019 – 2024 de Salud ampliado al año 2025

La ampliación del horizonte del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2025 del Minsa fue aprobado mediante Resolución Ministerial N° 354-2022/MINSA del 16 de mayo de 2022. El PEI prioriza ocho objetivos estratégicos institucionales que buscan 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 indicadores de resultado:

Tabla N° 4. 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.
OEI.02 Garantizar el acceso a cuidados y servicios de salud de calidad organizados en redes integradas de salud, centradas en la persona, familia y comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.	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.
	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.

¹⁴ Publicada el 20 de abril de 2016. Disponible en el siguiente enlace: <https://spij.minijus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1151400>

Objetivo Estratégico Institucional	Indicador
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 pesquizados 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 2019-2025 ampliado del Minsa.
Elaboración propia.

Cuenta con cuarenta y dos acciones estratégicas que orientan el accionar del ente rector, los cuales se encuentran alineados a los objetivos estratégicos institucionales, y estos a su vez a los objetivos estratégicos sectoriales, indicadores de política y acciones estratégicas desarrolladas en el PESEM del sector Salud.

2.6. 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, para ello existen políticas nacionales, sectoriales y diversos documentos normativos y técnicos que regulan la actividad en salud.

El MCI¹⁵ 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:

- a) **Modelo de Atención Integral de Salud (2003)**, que se presentó como una estrategia que abordaba el diseño de políticas de salud, impulsando ciertos cambios a nivel organizacional y funcional de los servicios de salud. Este modelo enfrentó la problemática de la segmentación del sistema de salud y el financiamiento equitativo.
- b) **Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS – BFC) (2011)**, el modelo actualizó los alcances de la atención integral, el modelo de gestión y la organización de servicios y prestación de atenciones de salud enfocándose en la atención de la familia y la comunidad.
- c) **Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)**, que fortalece los avances alcanzados en el MAIS – BFC a través del rediseño de los procesos y procedimientos para lograr el acceso y la cobertura universal de las necesidades de salud de las personas, familias y poblaciones a las que pertenecen (2020). Justamente, el acceso y cobertura universal de las necesidades de salud de la población forman parte del propósito o razón de ser del sector.

El Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad¹⁶ es un esfuerzo del sector por mejorar con equidad, las condiciones o el nivel de salud de la población residente en el Perú mediante el modelo propuesto. El MCI establece 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.

¹⁵ Documento Técnico aprobado mediante Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA del 28 de enero de 2020. Documento de aprobación disponible en: <https://spij.minijus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1253802>

¹⁶ Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA del 27 de enero de 2020.

Gráfico N° 1. Componentes del MCI



Fuente: Rosell De Almeida, 2021.

A continuación, se presenta un comparativo entre la situación actual y el MCI que está implementando el Minsa de manera paulatina desde el 2020:

Tabla N° 5. Comparación entre la situación actual y el MCI

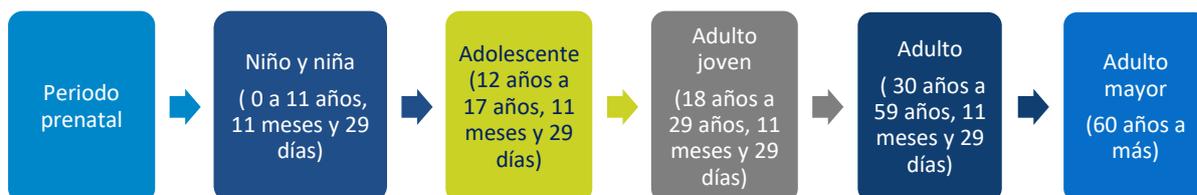
Área	Situación actual	MCI
Prestación	Profesional de salud individual.	Equipo multidisciplinario capaz de resolver las necesidades del usuario.
	Establecimientos de salud.	La oferta de servicios de salud se adecúa a los espacios de desarrollo de la persona mediante la oferta fija, móvil y telemedicina.
	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 profesos.
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: Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA del 27 de enero de 2020.

Asimismo, la implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud de la población por curso de vida está directamente vinculado al lineamiento 2.5 del objetivo prioritario: “asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población” de la Política Nacional Multisectorial de Salud, que busca asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población.

Las etapas de vida que se consideran en el Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para la persona son las siguientes:

Gráfico N° 2. Etapas de vida del cuidado integral de la salud por curso de vida



Fuente: Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad, Minsa, 2020.

Con relación al cuidado por ciclo vital de la familia, se precisa que 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. 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 promocionar 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. En ese sentido, se han identificado los siguientes abordajes de la familia, de acuerdo con sus necesidades e intervenciones:

- a) **Familia en formación:** Comprende la fase de formación de la pareja, los estados de noviazgo y matrimonio o aún libre sin hijos. En esta etapa se busca alcanzar un óptimo desarrollo como pareja, con valor y principios, desarrollar un buen funcionamiento familiar; establecer una comunicación adecuada; promover una adecuada distribución de roles, estrategias para pactar y enfrentarse a desacuerdos; desarrollar y mantener recursos familiares, fomentar deberes y responsabilidades como esposos, paternidad y maternidad responsable, reajuste con el origen de la familia.
- b) **Familia en expansión:** Esta etapa inicia con el primer embarazo de la pareja, nacimiento del primer hijo hasta que el primer hijo se independiza. El objetivo es establecer una comunicación e interacción adecuada entre los miembros de la familia acorde con la edad del hijo(a) mayor, con énfasis en los adolescentes; distribución adecuada de roles; adecuado manejo de recursos y una capacidad óptima para la resolución de problemas, entre otros.
- c) **Familia en dispersión:** Esta fase inicia cuando el primer hijo se emancipa del hogar con lo que afianza su independencia y logro de su intimidad. La finalidad de

los servicios es mantener una comunicación adecuada, redistribución de roles ante la partida de los hijos, adecuado manejo de recursos familiares adicionales a los hijos y una capacidad resolutive de problemas; aceptar el despegue de los hijos y aceptar nuevo tipo de relación con los hijos y sus familias.

- d) **Familia en contracción:** Esta fase inicia cuando el primer hijo se emancipa del hogar, puede darse de manera simultánea con la jubilación y termina cuando uno de los padres muere. En etapa se busca mantener una comunicación adecuada, redistribución de roles ante la partida de los hijos, adecuado manejo de recursos familiares y una capacidad resolutive de problemas; además, de desarrollar y mantener los recursos familiares adicionales a los hijos y aceptar nuevo tipo de relación con la pareja.

Respecto a los cuidados de la comunidad, el Minsa señala que la comunidad ha demostrado tener impacto en abordar las inequidades en la salud. El método que se utiliza es la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), que combina la medicina preventiva clínica con los enfoques comunitarios. De esta manera, se aborda los determinantes sociales de la salud y la interacción de ellos con la comunidad. Asimismo, se brinda importancia a las acciones de coordinación intersectorial y social para atacar los problemas que afecta a la persona, familia y comunidad.

Como se puede observar, cada etapa requiere de ciertos cuidados y atenciones. El Minsa indica que el cuidado integral se realiza para que las personas alcancen una vida saludable, así mismo aseguren el desarrollo de sus potenciales en función de la satisfacción de sus necesidades de salud.

A nivel de gestión, el MCI para la persona, familia y comunidad abarca los tres niveles de gobierno y reconoce la importancia de articular las acciones de manera intersectorial.

Hay funciones que son directas del Minsa como autoridad nacional de la salud en el Perú; 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:

Gráfico N° 3. Niveles de gestión del cuidado integral por curso de vida para la persona, familia y comunidad

Estado y sus sectores	<ul style="list-style-type: none"> • Decisión política para el abordaje de los determinantes sociales de la salud estructurales tales como el agua y saneamiento, educación, empleo, mejorar condiciones socioeconómicas y la lucha contra la pobreza.
Ministerio de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercer la rectoría en salud.
Gobierno regional	<ul style="list-style-type: none"> • Provisión de los cuidados a la persona, a la familia y a la comunidad. • Dirigir y organizar a los gobiernos para el abordaje de los determinantes sociales en su comunidad.
Gobierno local	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar el territorio y a las instituciones en su ámbito para responder a las necesidades de salud de la población en los diferentes escenarios de desarrollo de la persona y la familia.

Fuente: Resolución Ministerial 030-2020-MINSA

En esta sección también es importante señalar, que las actividades o funciones que ejercen los distintos niveles de gobierno se amparan en lo establecido en los siguientes documentos normativos:

a) Ley N° 27783 – Ley de Bases de la Descentralización

- La descentralización tiene como **finalidad** el desarrollo integral, armónico y sostenible del país, mediante la separación de competencias y funciones, y el equilibrado ejercicio del poder por los tres niveles de gobierno, en beneficio de la población (artículo 3).
- Las competencias compartidas son aquellas en las que intervienen dos o más niveles de gobierno, aquellas que comparten fases sucesivas de los procesos implicados. La ley indica la función específica y responsabilidad que corresponde a cada nivel (artículo 13).

En el caso del sector aplica la competencia compartida entre el Minsa y los gobiernos nacionales, regionales y locales.

- Sobre las competencias compartidas en materia de salud pública, mediante Resolución Ministerial N° 405-2005-MINSA se reconoce que las direcciones regionales de Salud constituyen la única autoridad de salud en cada gobierno regional (artículo 36).

b) Ley N° 27867 – Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales

- Los gobiernos regionales tienen por **finalidad** esencial fomentar el desarrollo regional integral sostenible, promoviendo la inversión pública y privada y el empleo y garantizar el ejercicio pleno de los derechos y la igualdad de oportunidades de sus habitantes, de acuerdo con los planes y programas nacionales, regionales y locales de desarrollo (artículo 4).
- Sobre las competencias constitucionales: g) promover y regular actividades y/o servicios en materia de agricultura, pesquería, industria, agroindustria, comercio, turismo, energía, minería, vialidad, comunicaciones, educación, **salud** y medio ambiente, conforme a Ley (artículo 9).
- Con relación a las competencias exclusivas y compartidas establecidas en la Constitución Política del Perú y la Ley de Bases de la Descentralización: La salud pública es una competencia compartida (artículo 10).
- De acuerdo con el artículo 49 de la referida norma, las funciones en materia de salud de los gobiernos regionales son:
 - Formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales.
 - Formular y ejecutar, concertadamente, el Plan de Desarrollo Regional de Salud.
 - Coordinar las acciones de salud integral en el ámbito regional.
 - Participar en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud de conformidad con la legislación vigente.
 - Promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de promoción y prevención de la salud.

- Organizar los niveles de atención y administración de las entidades de salud del Estado que brindan servicios en la región, en coordinación con los Gobiernos Locales.
- Organizar, implementar y mantener los servicios de salud para la prevención, protección, recuperación y rehabilitación en materia de salud, en coordinación con los Gobiernos Locales.
- Supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados.
- Conducir y ejecutar coordinadamente con los órganos competentes la prevención y control de riesgos y daños de emergencias y desastres.
- Supervisar y controlar la producción, comercialización, distribución y consumo de productos farmacéuticos y afines.
- Promover y preservar la salud ambiental de la región.
- Planificar, financiar y ejecutar los proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento, promoviendo el desarrollo tecnológico en salud en el ámbito regional.
- Poner a disposición de la población, información útil sobre la gestión del sector, así como de la oferta de infraestructura y servicios de salud.
- Promover la formación, capacitación y el desarrollo de los recursos humanos y articular los servicios de salud en la docencia e investigación y proyección a la comunidad.
- Evaluar periódicamente y de manera sistemática los logros alcanzados por la región en materia sanitaria.
- Ejecutar, en coordinación con los Gobiernos Locales de la región, acciones efectivas que contribuyan a elevar los niveles nutricionales de la población de la región.

c) Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades

- Los gobiernos locales son entidades, básicas de la organización territorial del Estado y canales inmediatos de participación vecinal en los asuntos públicos, que institucionalizan y gestionan con autonomía los intereses propios de las correspondientes colectividades; siendo elementos esenciales del gobierno local, el territorio, la población y la organización (artículo I del Título Preliminar).

Las municipalidades provinciales y distritales son los órganos de gobierno promotores del desarrollo local, con personería jurídica de derecho público y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines.

- En cuanto a su finalidad, los gobiernos locales representan al vecindario, promueven la adecuada prestación de los servicios públicos locales y el desarrollo integral, sostenible y armónico de su circunscripción (artículo IV del Título Preliminar).
- Relación entre los gobiernos nacionales, regionales y locales. El gobierno en sus distintos niveles se ejerce dentro de su jurisdicción, evitando la duplicidad y superposición de funciones, con criterio de concurrencia y preeminencia del interés público. Las relaciones entre los tres niveles de gobierno deben ser de cooperación y coordinación, sobre la base del principio de subsidiariedad (artículo VII del Título Preliminar).

- Sobre el saneamiento, salubridad y salud (artículo 80):

Funciones específicas compartidas de las municipalidades provinciales:

- Gestionar la atención primaria de la salud, así como construir y equipar postas médicas, botiquines y puestos de salud en los centros poblados que los necesiten, en coordinación con las municipalidades distritales, centros poblados y los organismos regionales y nacionales pertinentes.
- Realizar campañas de medicina preventiva, primeros auxilios, educación sanitaria y profilaxis local.

Funciones específicas compartidas de las municipalidades distritales:

- Gestionar la atención primaria de salud, así como construir y equipar postas médicas, botiquines y puestos de salud en los centros poblados que los necesiten, en coordinación con las municipalidades provinciales, los centros poblados y los organismos regionales y nacionales pertinentes.
- Realizar campañas locales sobre medicina preventiva, primeros auxilios, educación sanitaria y profilaxis.

A continuación, se presenta un resumen sobre las funciones compartidas y específicas de los gobiernos locales y regionales:

Tabla N° 6. Funciones en materia de salud de los distintos niveles de gobierno

Nivel de gobierno	Función	Condición	Base legal
Regional	Salud pública	Compartida	Art. 36, literal a Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización Art. 10, numeral 2, literal b de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales
	En materia de salud: a) Formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los b) Formular y ejecutar, concertadamente, el Plan de Desarrollo Regional de Salud. c) Coordinar las acciones de salud integral en el ámbito regional. d) Participar en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud de conformidad con la legislación vigente. e) Promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de promoción y prevención de la salud. f) Organizar los niveles de atención y administración de las entidades de salud del Estado que brindan servicios en la región, en coordinación con los Gobiernos Locales.	Específicas (Se desarrollan en armonía con las políticas nacionales)	Art. 49 de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales

Nivel de gobierno	Función	Condición	Base legal
	<p>g) Organizar, implementar y mantener los servicios de salud para la prevención, protección, recuperación y rehabilitación en materia de salud, en coordinación con los Gobiernos Locales.</p> <p>h) Supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados.</p> <p>i) Conducir y ejecutar coordinadamente con los órganos competentes la prevención y control de riesgos y daños de emergencias y desastres.</p> <p>j) Supervisar y controlar la producción, comercialización, distribución y consumo de productos farmacéuticos y afines.</p> <p>k) Promover y preservar la salud ambiental de la región.</p> <p>l) Planificar, financiar y ejecutar los proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento, promoviendo el desarrollo tecnológico en salud en el ámbito regional.</p> <p>m) Poner a disposición de la población, información útil sobre la gestión del sector, así como de la oferta de infraestructura y servicios de salud.</p> <p>n) Promover la formación, capacitación y el desarrollo de los recursos humanos y articular los servicios de salud en la docencia e investigación y proyección a la comunidad.</p> <p>o) Evaluar periódicamente y de manera sistemática los logros alcanzados por la región en materia sanitaria.</p> <p>p) Ejecutar, en coordinación con los Gobiernos Locales de la región, acciones efectivas que contribuyan a elevar los niveles nutricionales de la población de la región.</p>		
Local	<p>Municipalidades provinciales y distritales Salud pública.</p>	Compartida	Art. 43, literal b Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización
	<p>Municipalidad provincial Gestionar la atención primaria de la salud, así como construir y equipar postas médicas, botiquines y puestos de salud en los centros poblados que los necesiten, en coordinación con las municipalidades distritales, centros poblados y los organismos regionales y nacionales pertinentes.</p>	Compartida	Art. 80, numeral 2.5 Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades
	<p>Municipalidad distrital Gestionar la atención primaria de salud, así como construir y equipar postas médicas, botiquines y puestos de salud en los centros poblados que los necesiten, en coordinación con las municipalidades provinciales, los centros poblados y los organismos regionales y nacionales pertinentes</p>	Compartida	Art. 80, numeral 4.4 Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades

Elaboración propia

III. DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SALUD

3.1. Delimitación del sector Salud

En cuanto a la delimitación sectorial de Salud, existen muchas aproximaciones, incluyendo aquella que la hace equivalente al espacio ocupado por el “sistema” de salud. Las distintas aproximaciones pueden concentrarse en tres grupos: (i) aquellas restrictivas al ámbito de intervención y bajo control directo de la autoridad sanitaria, que en nuestro país lo ejerce el Minsa; (ii) 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, (iii) 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 Salud¹⁷. A partir del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones (LOF) del Ministerio de Salud, y la modificatoria aprobada con el Decreto Legislativo N° 1504¹⁸, se brinda una definición del sector Salud diferenciándolo del Sistema Nacional de Salud (SNS); siendo el primero más amplio, dado que abarca toda la sociedad, mientras que el segundo solo comprende al conjunto de instituciones vinculadas a los servicios de salud.

En lo referido al sector salud, a través de la Ley N° 30895, Ley que Fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud¹⁹ del 27 de diciembre de 2018, se modificaron artículos de la LOF del Minsa en relación con su finalidad, naturaleza jurídica, funciones rectoras, funciones específicas de competencias compartidas y otras funciones, así como los alcances de su rectoría. Es así como el artículo 4 de citada norma señala que 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. Esto se especifica posteriormente en el artículo 23 del reglamento de la Ley N° 30895, aprobado mediante el Decreto Supremo N° 030-2020-SA²⁰.

Por su parte, el Sistema Nacional de Salud (SNS) se define, de acuerdo con el artículo 24 del Reglamento de la Ley N° 30895, 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 para garantizar la salud individual y colectiva a nivel nacional. El SNS, se encuentra bajo la conducción del Minsa como rector a nivel nacional en materia de salud y está conformado por las entidades señaladas en el Decreto Legislativo N° 1504.

¹⁷ 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.

¹⁸ Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, publicado el 11 de mayo de 2020. Disponible en el siguiente enlace: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1258981>

¹⁹ Publicada el 28 de diciembre de 2018. Disponible en el siguiente enlace: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1224440>.

²⁰ Publicado el 15 de octubre de 2020. Disponible en el siguiente enlace: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1268449>

En la siguiente tabla se muestra la comparación de la composición del sector y el sistema de salud peruano, de acuerdo con la normativa:

Tabla N° 7. Comparativo entre el sector Salud y sistema de salud

Sector Salud	Sistema de salud
El Minsa como ente rector y Autoridad Nacional de Salud.	El Ministerio de Salud, ente rector del Sistema Nacional de Salud.
Las IPRESS públicas, privadas y público-privadas.	Instancias de Coordinación Interinstitucional: a) Consejo Nacional de Salud. b) Consejos Regionales de Salud. c) Consejos Provinciales de Salud. d) Comités Distritales de Salud.
Las IAFAS y otros compradores y financiadores institucionales de los servicios de salud, públicos, privados y público – privados.	El Seguro Social de Salud - Essalud, la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, las sanidades de las Fuerza Armada, la dirección de salud del Instituto Nacional Penitenciario.
Las Unidades de Gestión de las IPRESS (UGIPRESS), públicas, privadas y público – privadas.	Los ministerios, organismos públicos, programas y proyectos del Poder Ejecutivo vinculados a la implementación de las políticas de salud.
Las entidades públicas y privadas formadoras de Recursos Humanos en Salud.	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 entidades productoras y comercializadoras de otros recursos en salud.	Otros: • Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas y privadas • Las Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas y privadas. • Las demás instituciones públicas, privadas y público privadas, vinculados a las políticas de salud.
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.	
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.	
La sociedad civil que realiza actividades vinculadas a las competencias en materia de salud.	
La población en general	

Fuente: DEC, 2021. Estudio cualitativo de demanda de la certificación de competencias en el sector Salud.

Tal como se observa en la **Tabla 7**, el sector Salud incluye a todos los actores públicos, privados y públicos - privados, cuyas actividades impactan directa o indirectamente en la salud de la población o en sus determinantes sociales, esto incluye, a la sociedad civil y la población en general. Dentro del sector Salud, un elemento fundamental es el sistema de salud, que como ya se señaló, son todas las instituciones u organizaciones vinculadas directamente con la producción de todo tipo de servicios de salud. Las características de estos actores se detallan más adelante al abordar los subsistemas de salud.

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.

3.2. Ente rector de la salud en el país

El 5 de octubre de 1935, al conmemorarse el 50 aniversario del fallecimiento del mártir de la medicina peruana Daniel Alcides Carrión, fue promulgado el D.L. 8124 que crea el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social. En su trayectoria, el Minsa se adaptó a los cambios y necesidades de la sociedad, modificando su organización y en dos oportunidades su denominación. En 1942 adopta el nombre de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en 1968 se le empieza a llamar como en la actualidad: Ministerio de Salud.

En la actualidad se rige por el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. El ministerio se define en el artículo 2 como *“un organismo del Poder Ejecutivo, órgano rector en materia de salud a nivel nacional, con personería jurídica de derecho público y constituye un pliego presupuestal”*.

Los alcances de la rectoría del Minsa comprende la facultad que tiene para normar, supervisar, fiscalizar y, cuando corresponda, sancionar, en los ámbitos que comprenden la materia de salud (artículo 4-A1); asimismo, el Minsa, *“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”* (artículo 4-A2).

La estructura orgánica que establece y desarrolla la estructura y las funciones correspondientes al Despacho Ministerial, Despachos Viceministeriales, Secretaría General, Órganos de Línea, de Administración Interna y de Control Institucional, se regulan en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA y modificado mediante Decreto Supremo N° 011-2017-SA; siendo la siguiente:

Alta dirección

1. Despacho Ministerial.
2. Despacho Viceministerial de Salud Pública.
3. Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.
4. Secretaría General.
 - 4.1 Oficina de Transparencia y Anticorrupción.
 - 4.2 Oficina de Gestión Documental y Atención al Ciudadano.

Órganos consultivos

1. Consejo Nacional de Salud.

Órgano de control

1. Órgano de Control Institucional.
 - 1.1 Oficina de Servicio de Control Posterior.
 - 1.2 Oficina de Servicios de Control Simultáneo y Servicios Relacionados.

Órgano de defensa jurídica

1. Procuraduría Pública.

ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN INTERNA

Órganos de asesoramiento

1. Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.
 - 1.1 Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos.
 - 1.2 Oficina de Programación Multianual de Inversiones.
 - 1.3 Oficina de Organización y Modernización.
 - 1.4 Oficina de Presupuesto.
2. Oficina General de Gestión Descentralizada y Secretaría de Coordinación.
3. Oficina General de Asesoría Jurídica.
4. Oficina General de Cooperación Técnica Internacional.

Órganos de apoyo

1. Oficina General de Administración.
 - 1.1 Oficina de Abastecimiento.
 - 1.2 Oficina de Contabilidad.
 - 1.3 Oficina de Tesorería.
 - 1.4 Oficina de Cobranzas y Ejecución Coactiva.
2. Oficina General de Gestión de Recursos Humanos.
 - 2.1 Oficina de Desarrollo de Recursos Humanos.
 - 2.2 Oficina de Administración de Recursos Humanos.
3. Oficina General de Tecnologías de la Información.
 - 3.1 Oficina de Gestión de la Información.
 - 3.2 Oficina de Soporte e Infraestructura Tecnológica.
 - 3.3 Oficina de Innovación y Desarrollo Tecnológico.
4. Oficina General de Comunicaciones.
 - 4.1 Oficina de Información Pública.
 - 4.2 Oficina de Comunicación Estratégica.

ÓRGANOS DE LÍNEA

Despacho Viceministerial de Salud Pública

1. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
 - 1.1 Dirección de Salud Mental.
 - 1.2 Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad.
 - 1.3 Dirección de Salud Sexual y Reproductiva.
 - 1.4 Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas.
 - 1.5 Dirección de Prevención y Control del Cáncer.
 - 1.6 Dirección de Salud Bucal.
 - 1.7 Dirección de Inmunizaciones.
 - 1.8 Dirección de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis.
 - 1.9 Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis.
 - 1.10 Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis.
 - 1.11 Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral.
 - 1.12 Dirección de Promoción de la Salud.
2. Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria- DIGESA.
 - 2.1 Dirección de Certificaciones y Autorizaciones.
 - 2.2 Dirección de Control y Vigilancia.
 - 2.3 Dirección de Fiscalización y Sanción.
3. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.

- 3.1 Dirección Productos Farmacéuticos.
- 3.2 Dirección de Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- 3.3 Dirección de Inspección y Certificación.
- 3.4 Dirección de Farmacovigilancia, Acceso y Uso.
- 4. Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud.
- 5. Dirección General de Donaciones, Trasplantes y Banco de Sangre
 - 5.1 Dirección de Donaciones y Trasplantes.
 - 5.2 Dirección de Banco de Sangre y Hemoterapia - PRONAHEBAS.

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

- 1. Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional.
 - 1.1 Dirección de Aseguramiento en Salud.
 - 1.2 Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud.
- 2. Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias.
 - 2.1 Dirección de Telemedicina.
 - 2.2 Dirección de INFOSALUD.
 - 2.3 Dirección de Servicios de Atención Móvil de Urgencias.
- 3. Dirección General de Operaciones en Salud.
 - 3.1 Dirección de Monitoreo y Evaluación de la Gestión en Salud.
 - 3.2 Dirección de Equipamiento y Mantenimiento.
- 4. Dirección General de Personal de la Salud.
 - 4.1 Dirección de Planificación del Personal de la Salud.
 - 4.2 Dirección de Fortalecimiento de Capacidades del Personal de la Salud.

Órganos desconcentrados

- 1. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
- 2. Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud.
- 3. Direcciones de Redes Integradas de Salud.
- 4. Institutos Nacionales Especializados.
- 5. Hospitales.

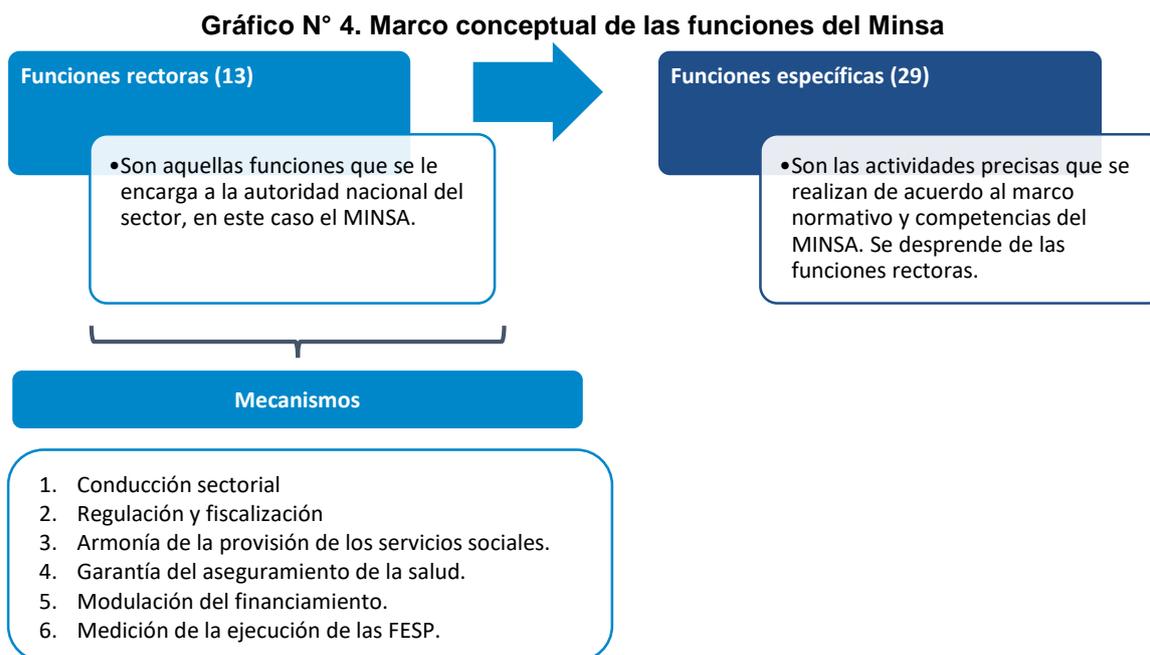
3.3. Análisis de funciones del Minsa

Para identificar las funciones del Minsa, es necesario tener en cuenta que las áreas de su competencia, de acuerdo con el artículo 3 de su Ley de Organización y Funciones:

- a) Salud de las personas.
- b) Aseguramiento en salud.
- c) Epidemias y emergencias sanitarias.
- d) Salud ambiental e inocuidad alimentaria.
- e) Inteligencia sanitaria.
- f) Productos farmacéuticos y sanitarios, dispositivos médicos y establecimientos farmacéuticos.
- g) Recursos humanos en salud.
- h) Infraestructura y equipamiento en salud.
- i) Investigación y tecnologías en salud.

Existen tres tipos de funciones establecidas por Ley: funciones rectoras, específicas y esenciales.

Las **funciones rectoras** son aquellas funciones que se le encarga al Minsa como autoridad nacional del sector Salud. Por su parte, las **funciones específicas** son funciones desagregadas que contribuyen a cumplir las funciones rectoras. Finalmente, las **funciones esenciales** son aquellas que permiten una mejor práctica de la salud pública.



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

Tal como se observa en el **Gráfico N° 4**, para ejercer de manera idónea las funciones rectoras del Minsa, existen seis mecanismos para el desarrollo de dichas funciones. Estos mecanismos son: conducción sectorial, regulación y fiscalización, armonía en la provisión de los servicios sociales, garantía del aseguramiento en salud, modulación del financiamiento y medición de la ejecución de 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.

Gráfico N° 5. Mecanismos para el desarrollo de las funciones rectoras en el sector Salud



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

Para lograr el propósito del sector e implementar sus funciones, se necesita de la intervención de distintos actores públicos, privados, academia y sociedad civil, quienes realizan diversas actividades relacionadas directamente con la salud individual y colectiva en el país.

3.3.1. Sobre las funciones rectoras

A continuación, se presenta el análisis de las trece funciones rectoras del Minsa, identificando la acción, tema, ámbito y actores que intervienen en la implementación dicha función. La clasificación de actores que conforman el sector Salud se realiza de acuerdo con lo señalado en el artículo 23 del Reglamento de la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.

Tabla N° 8. Análisis de las funciones rectoras del Minsa

N°	Funciones rectoras	Acción	Tema	Mecanismo	Ámbito	Actores
1	Conducir, regular y supervisar el Sistema Nacional de Salud.	Conducir, regular y supervisar	Sistema Nacional de Salud	Conducción sectorial	Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • IPRESS públicas, privadas y público privadas. • IAFAS y otras compradoras y financiadores institucionales de los servicios de salud, públicos, privados y públicos – privados.
2	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.	Formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial	Política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud y buenas prácticas en salud	Conducción sectorial	Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa
3	Supervisar y evaluar la implementación de políticas, acciones e intervenciones en materia de investigación, innovación y tecnologías en salud, vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria	Supervisar y evaluar la implementación de políticas	Implementación de políticas, acciones e intervenciones en materia de investigación, innovación y tecnologías en salud, vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria	Regulación y fiscalización	Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa
4	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.	Definir y asignar	Recursos financieros necesarios para la atención de la población con equidad	Armonía de la provisión de los servicios sociales Garantía del aseguramiento en salud	Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • IPRESS públicas, privadas y público privadas. • IAFAS y otras compradoras y financiadores institucionales de los servicios de salud,

N°	Funciones rectoras	Acción	Tema	Mecanismo	Ámbito	Actores
				Modulación del financiamiento		públicos, privados y públicos – privados.
5	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.	Regular y dictar	Normas de organización para la oferta de salud integral y equitativa para la población	Conducción sectorial Regulación y fiscalización Garantía del aseguramiento en salud	Externo e interno	• Minsa
6	Regular y fiscalizar los recursos, bienes y servicios del sector Salud en el ámbito nacional.	Regular y fiscalizar	Recursos, bienes y servicios	Regulación y fiscalización Garantía del Aseguramiento en Salud Modulación del financiamiento	Interno	• Minsa • IPRESS públicas, privadas y público privadas. • IAFAS y otras compradoras y financiadores institucionales de los servicios de salud, públicos, privados y públicos – privados.
7	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 con ley.	Realizar el seguimiento y evaluación	Desempeño y resultados alcanzados de las políticas, planes y programas en materia de su competencia	Conducción sectorial Medición de la ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)	Externo e interno	• Minsa • IPRESS públicas, privadas y público privadas. • IAFAS y otras compradoras y financiadores institucionales de los servicios de salud, públicos, privados y públicos–privados.
8	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 del sector; así como	Dictar normas y lineamientos técnicos	Ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, gestión de los recursos del sector;	Regulación y fiscalización	Externo	• Minsa

N°	Funciones rectoras	Acción	Tema	Mecanismo	Ámbito	Actores
	para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia		otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia			
9	Otorgar, reconocer derechos a través de autorizaciones y permisos, de acuerdo con las normas de la materia, en el ámbito de su competencia	Otorgar y reconocer derechos	Autorizaciones y permisos	Regulación y fiscalización	Interno y externo	<ul style="list-style-type: none"> Minsa
10	Establecer las normas y políticas para fortalecer y garantizar el acceso al aseguramiento universal en salud en el país.	Establecer las normas y políticas	Acceso al aseguramiento universal en salud en el país	Garantía del Aseguramiento en Salud Armonía de la provisión de los servicios sociales	Interno	<ul style="list-style-type: none"> Minsa IPRESS públicas, privadas y público privadas. IAFAS pública, privada o público – privadas.
11	Ejercer la Autoridad de Sanidad Internacional, para el control epidemiológico en aeropuertos, puertos y puestos de control de fronteras, ante una epidemia o pandemia.	Ejercer la autoridad de sanidad internacional	Control epidemiológico en aeropuertos, puertos y puestos de control de fronteras, ante una epidemia o pandemia	Conducción sectorial Regulación y fiscalización	Externo	<ul style="list-style-type: none"> Minsa
12	Ejercer la diplomacia en salud en los espacios de integración global, subregional y regional.	Ejercer la diplomacia en salud	Diplomacia en salud en los espacios de integración global, subregional y regional	Conducción sectorial	Externo e interno	<ul style="list-style-type: none"> Minsa
13	Las demás funciones que se establezca por Ley.	No especifica	No especifica	No especifica	No especifica	No especifica

Elaboración propia.

De la **Tabla N° 8** se precisa lo siguiente:

- El Minsa tiene como acciones fundamentales el formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar, evaluar, dictar normas y lineamientos técnicos, regular, dar seguimiento, otorgar y reconocer derechos, vigilar, promover, y establecer normas y políticas, aplicando el marco normativo vigente.
- Los temas que trabajan son: la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud y buenas prácticas en salud; recursos del sector, otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia; el Sistema Nacional de Salud; el desempeño y resultados alcanzados de las políticas, planes y programas en materia de su competencia; autorizaciones y permisos; recursos, bienes y servicios y el acceso al aseguramiento universal en salud en el país, entre otros.
- De las trece funciones rectoras, seis están directamente vinculadas a los mecanismos de conducción sectorial y regulación y fiscalización. Seguido de ello, cuatro se vinculan con el mecanismo de la garantía del aseguramiento en salud, mientras que los demás se vinculan con los otros mecanismos.

3.3.2. Sobre las funciones específicas

De la misma manera que las funciones rectoras, a continuación, se presenta el análisis de las veintinueve funciones específicas, contenida en la LOF del Minsa y modificadas por la Ley N° 30895:

Tabla N° 9. Análisis de las funciones específicas del Minsa

N°	Funciones específicas	Acción	Tema	Mecanismo	Ámbito	Actores
1	Realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación del estado de salud de la población.	Realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación	Estado de salud de la población	Medición de la ejecución de las FESP	Interno y externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • Población en general
2	Realizar la vigilancia, investigación y el control de los riesgos y amenazas para la salud pública.	Realizar la vigilancia, investigación y el control	Riesgos y amenazas para la salud pública	Medición de la ejecución de las FESP	Interno y externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa
3	Realizar seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas en materia de promoción de la salud.	Realizar seguimiento, monitoreo y evaluación	Políticas en materia de promoción de la salud	Conducción sectorial Medición de la ejecución de las FESP	Interno y externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa
4	Promover el fortalecimiento de la participación social en la salud.	Promover el fortalecimiento	Participación social en la salud	Medición de la ejecución de las FESP	Interno y externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. • Población en general
5	Formular y proponer políticas, lineamientos, estrategias y normas técnicas para el cumplimiento de los fines y objetivos en el marco de las políticas nacionales desarrolladas por el Estado.	Formular y proponer políticas, lineamientos, estrategias y normas técnicas	Políticas nacionales desarrolladas por el Estado	Conducción sectorial Medición de la ejecución de las FESP Regulación y fiscalización	Interno y externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • Sociedad civil²¹
6	Fortalecer la capacidad institucional de planificación en salud.	Fortalecer la capacidad institucional	Planificación en Salud	Medición de la ejecución de las FESP	Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa
7	Evaluar y promover el acceso equitativo a los servicios de salud.	Evaluar y promover	Servicios de salud	Medición de la ejecución de las FESP Garantía del Aseguramiento en Salud	Interno y externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa
8	Promover la capacitación y el desarrollo de los recursos humanos en salud.	Promover la capacitación y el desarrollo	Recursos Humanos en Salud	Medición de la ejecución de las FESP	Interno y externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • Entidades formadoras de recursos humanos en salud. • Personal de salud.
9	Promover la calidad del servicio de salud.	Promover	Calidad del servicio de salud	Medición de la ejecución de las FESP	Interno y externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • IPRESS • IAFAS

²¹ Para formular y proponer políticas, lineamientos, estrategias y normas técnicas, el Minsa convoca a los colegios profesionales, quienes pertenecen a la sociedad civil.

N°	Funciones específicas	Acción	Tema	Mecanismo	Ámbito	Actores
						<ul style="list-style-type: none"> Entidades formadoras de recursos humanos en salud y otros.
10	Promover la investigación en salud.	Promover	Investigación en salud	Medición de la ejecución de las FESP	Interno y externo	<ul style="list-style-type: none"> Minsa Entidades formadoras de recursos humanos en salud
11	Promover la planificación estratégica de la gestión de riesgos de desastres, de acuerdo con la legislación de la materia.	Promover	Planificación estratégica de la gestión de riesgos de desastres	Medición de la ejecución de las FESP	Interno	<ul style="list-style-type: none"> Minsa
12	Brindar cooperación técnica a los entes descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios para garantizar el desarrollo de las capacidades institucionales requeridas para la plena ejecución de sus atribuciones.	Brindar cooperación técnica	Entes descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios	Medición de la ejecución de las FESP	Interno	<ul style="list-style-type: none"> Minsa Otros entes descentralizados o desconcentrados como: <ul style="list-style-type: none"> Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud Direcciones de Redes Integradas de Salud Institutos Nacionales Especializados, Hospitales, entre otros
13	Promover y organizar campañas de salud preventiva y control de epidemias, en coordinación con los gobiernos regionales y locales.	Promover y organizar	Campañas de salud preventiva y control de epidemias	Medición de la ejecución de las FESP	Interno	<ul style="list-style-type: none"> Minsa
14	Supervisar el normal y adecuado abastecimiento de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, de conformidad con la normativa del sector.	Supervisar	Abastecimiento de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitario	Regulación y fiscalización	Interno	<ul style="list-style-type: none"> Minsa IPRESS IAFAS y otros compradores y financiadores institucionales de los servicios de salud
15	Formular y ejecutar programas de apoyo y protección a niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad que se encuentren en estado de abandono.	Formular y ejecutar	Programas de apoyo y protección a niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad que se encuentren en estado de abandono	Medición de la ejecución de las FESP	Interno	<ul style="list-style-type: none"> Minsa Entidades que pertenecen al Estado con actividades de impacto sobre salud y determinantes sociales (MIMP, MIDIS, Conadis y Minedu)

N°	Funciones específicas	Acción	Tema	Mecanismo	Ámbito	Actores
16	Promover una cultura de ética y transparencia en toda gestión administrativa y profesional de la salud en los gobiernos regionales y locales	Promover	Cultura de ética y transparencia	Medición de la ejecución de las FESP	Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • IPRESS • IAFAS, y otros
17	Regular la organización y prestación de servicios de salud.	Regular	Organización y prestación de servicios	Regulación y fiscalización	Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa
18	Conducir, regular y controlar a los órganos desconcentrados, así como supervisar a los organismos públicos del sector.	Conducir, regular, controlar, supervisar	Órganos descentralizados y desconcentrados, y públicos	Regulación y fiscalización Medición de la ejecución de las FESP	Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • Essalud • IPRESS • IAFAS, y otros
19	Establecer la política de aseguramiento en salud, regular a las entidades y los procesos vinculados a ésta.	Establecer y regular	Política de aseguramiento en salud	Garantía del Aseguramiento en Salud Medición de la ejecución de las FESP	Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa
20	Ejercer la potestad sancionadora por trasgresión o incumplimiento de las políticas nacionales sectoriales y normas sanitarias de nivel nacional. La regulación y tipificación de las infracciones y sanciones se establece mediante reglamento.	Ejercer la potestad sancionadora	Incumplimiento de las políticas nacionales sectoriales y normas sanitarias de nivel nacional	Regulación y fiscalización Medición de la ejecución de las FESP	Interno y externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa
21	Promover y participar en el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades y competencias de los recursos humanos en salud.	Promover y participar	Desarrollo y fortalecimiento de las capacidades y competencias de los recursos humanos en salud	Medición de la ejecución de las FESP	Interno y externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • Entidades formadoras de recursos humanos en salud.
22	Planificar y establecer las prioridades para el financiamiento de la atención de la salud y de la inversión nacional en salud.	Planificar y establecer	Prioridades para el financiamiento de la atención de la salud y de la inversión nacional en salud.	Modulación del financiamiento	Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa
23	Promover, articular y desarrollar estrategias para el adecuado cumplimiento de las funciones transferidas en el marco de la descentralización.	Promover, articular y desarrollar	Cumplimiento de las funciones transferidas en el marco de la descentralización	Conducción sectorial	Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa y sus órganos descentralizados y desconcentrados
24	Coordinar con organismos multilaterales y bilaterales de la cooperación internacional, así como canalizarla a los organismos públicos u órganos desconcentrados del Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Relaciones Exteriores y la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI).	Coordinar	Organismos multilaterales y bilaterales de la cooperación internacional y organismos públicos	Medición de la ejecución de las FESP	Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • Entidades que pertenecen al Estado con actividades de impacto sobre salud y determinantes sociales (Ministerio de Relaciones Exteriores y APCI)
25	Coordinar la defensa jurídica de las entidades bajo su competencia.	Coordinar	Defensa jurídica de las entidades bajo su competencia	Medición de la ejecución de las FESP	Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa
26	Intervenir, mediante asistencia técnica, acompañamiento y movilización de recursos, en todo o en parte del territorio nacional, por	Intervenir, acompañar y movilizar recursos	Necesidad de salud pública, emergencias sanitarias o desastres	Modulación del financiamiento	Interno y externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • Entidades que pertenecen al Estado con actividades de

N°	Funciones específicas	Acción	Tema	Mecanismo	Ámbito	Actores
	razones de necesidad de salud pública, emergencias sanitarias o desastres.			Armonización de la provisión de los servicios de salud Medición de la ejecución de las FESP		impacto sobre salud y determinantes sociales.
27	Asegurar la acción preventiva, oportuna y eficaz en la protección de los derechos de los ciudadanos usuarios de los servicios de salud.	Asegurar la acción preventiva, oportuna y eficaz	Protección de los derechos de los ciudadanos usuarios de los servicios de salud	Medición de la ejecución de las FESP	Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • Prestadores de servicios de salud y servicios médicos de apoyo, públicos y privados
28	Proponer la gestión de procesos a fin de reducir las inequidades.	Proponer	Gestión de procesos	Medición de la ejecución de las FESP	Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa
29	Otras funciones que se señalen por ley".	No específica	No específica	No específica	No específica	<ul style="list-style-type: none"> • No específica

Elaboración propia

De la **Tabla N° 9** se precisa lo siguiente:

- Las funciones específicas están ligadas a las acciones de monitorear, evaluar, vigilar, investigar, controlar, promover, formular, proponer, capacitar, desarrollar, establecer alianzas, ejercer potestad sancionadora, intervenir, acompañar, asegurar, coordinar, entre otros.
- Los temas que tratan las funciones específicas son: estado de salud de la población, riesgos y amenazas para la salud pública, políticas en materia de promoción de la salud, participación social en la salud, políticas nacionales desarrolladas por el Estado, planificación en salud, recursos humanos en salud, calidad del servicio de salud, investigación en salud, planificación estratégica de la gestión de riesgos de desastres, entes descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios, campañas de salud preventiva y control de epidemias, campañas de salud preventiva y control de epidemias, abastecimiento de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitario, programas de apoyo y protección a niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad que se encuentren en estado de abandono, cultura de ética y transparencia, organización y prestación de servicios, política de aseguramiento en salud, incumplimiento de las políticas nacionales sectoriales y normas sanitarias de nivel nacional, desarrollo y fortalecimiento de las capacidades y competencias de los recursos humanos en salud, entre otros.
- De las veintinueve funciones específicas, veinticuatro están directamente vinculadas al mecanismo de “medición de la ejecución de las Funciones Esenciales en Salud Pública”. Asimismo, cinco están vinculadas al mecanismo de “regulación y fiscalización”, tres están vinculadas al mecanismo de “conducción sectorial”, 2 están relacionadas a la “garantía del aseguramiento en salud”, dos al mecanismo de “modulación del financiamiento” y uno al mecanismo de “armonización de la provisión de los servicios de salud”.
- La función específica que estaría asociada a la certificación de competencias es “promover la calidad del servicio de salud”, ya que, al contar con personal altamente calificado para realizar determinadas funciones, se asegura la calidad del servicio que se brinda.

3.3.3. Sobre las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)

De acuerdo con el artículo 14 del Reglamento de la Ley N° 30895, las FESP son aquellas funciones que permiten una mejor práctica de la salud pública. Estas funciones se operan a través de las siguientes acciones:

- El seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud.
- La vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la salud pública.
- La promoción de la salud.
- La participación de los ciudadanos en la salud.
- El desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.
- El fortalecimiento de la capacidad institucional y regulación y fiscalización en materia de salud pública.

- La evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- El desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- La garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
- La investigación en salud pública.
- La reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

Cabe señalar, que un mecanismo que permite el desarrollo de las funciones rectoras es la “medición de la ejecución de las FESP”.

Asimismo, al igual que las funciones rectoras y específicas, se presenta a continuación un análisis de dichas acciones:

Tabla N° 10. Análisis de las FESP

N°	Funciones esenciales	Acción	Tema	Mecanismo	Ámbito	Actores
1	El seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud.	Dar seguimiento, evaluar y analizar	Situación de la salud	Medición de la ejecución de las FESP	Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • IPRESS
2	La vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la salud pública.	Vigilar	Salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la salud pública		Interno y externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa
3	La promoción de la salud.	Promocionar	Salud		Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa
4	La participación de los ciudadanos en la salud.	Promover la participación	Ciudadanos en la salud		Interno y externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • Sociedad civil • Población en general
5	El desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.	Desarrollo	Políticas y capacidad institucional de planificación y gestión	Conducción sectorial Medición de la ejecución de las FESP	Interno y externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • Sociedad civil
6	El fortalecimiento de la capacidad institucional y regulación y fiscalización en materia de salud pública.	Fortalecer	Capacidad institucional y regulación y fiscalización	Regulación y fiscalización Medición de la ejecución de las FESP	Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa
7	La evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.	Evaluar y promocionar	Acceso equitativo a los servicios de salud	Garantía del Aseguramiento en Salud Medición de la ejecución de las FESP	Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • IPRESS
8	El desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.	Desarrollar y capacitar	Recursos humanos	Medición de la ejecución de las FESP	Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • Entidades formadoras de recursos humanos en salud.
9	La garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.	Garantizar y mejorar	Calidad de los servicios de salud individual y colectiva	Medición de la ejecución de las FESP	Interno y externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • IPRESS

N°	Funciones esenciales	Acción	Tema	Mecanismo	Ámbito	Actores
10	La investigación en salud pública.	Investigar	Salud Pública	Medición de la ejecución de las FESP	Interno y externo	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • IPRESS • Entidades formadoras de recursos humanos en salud.
11	La reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.	Reducir	Impacto de las emergencias y desastres en la salud	Medición de la ejecución de las FESP	Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Minsa • Entidades que pertenecen al Estado con actividades de impacto sobre salud y determinantes sociales.

Elaboración propia.

De la **Tabla N° 10** se precisa lo siguiente:

- Las funciones esenciales están ligadas a las acciones de desarrollar, monitorear, evaluar, analizar, vigilar, promocionar, promover, fortalecer, capacitar, mejorar garantizar, investigar y reducir.
- Los temas que abarcan las once funciones esenciales son: situación de la salud; salud pública, investigación y control de riesgos y daños en la salud pública; ciudadanos en la salud, políticas y capacidad institucional de planificación y gestión, capacidad institucional y regulación y fiscalización; acceso equitativo a los servicios de salud, recursos humanos, calidad de los servicios de salud individual y colectiva, salud pública e impacto de las emergencias y desastres en la salud.
- La función esencial que está directamente alineada a la certificación de competencias es “la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva”, debido a que con la certificación se asegura la calidad del servicio que brindan los profesionales del sector.
- Las once funciones esenciales están directamente vinculadas al mecanismo o estrategia de “medición de la ejecución de las funciones de las FESP”.

Por su parte, a raíz del contexto de la pandemia causada por la COVID-19, la OPS presentó en el 2020 un renovado marco conceptual de las funciones esenciales de salud pública (FESP) para América del Norte, Central y del Sur, con el objetivo de fortalecerlas y brindar “mayor claridad conceptual y operatividad al nuevo campo de acción de la salud pública y llenar el vacío existente en las propuestas conceptuales sobre fortalecimiento de los sistemas de salud.

Entre las motivaciones que sustenta la renovación conceptual y metodológica de las FESP están las siguientes:

- Cambios en el panorama de la salud pública
- Desafíos pendientes de la salud pública
- Estrategias regionales recientes sobre salud pública
- Estrategias mundiales recientes sobre salud pública

Esta actualización responde también a una evolución conceptual sobre las funciones de salud pública, organizando las funciones sobre la base del ciclo de políticas públicas, que responde a dos problemas detectados por la OPS; presentan una configuración fragmentada y tienen escasa prioridad e incidencia en las agendas de reformas y fortalecimiento de los sistemas de salud.

Por tanto, la propuesta se organiza en un ciclo de cuatro etapas que se retroalimenta: 1) evaluación, 2) desarrollo de políticas, 3) asignación de recursos y 4) acceso. A continuación, se presenta la caracterización de las FESP en el abordaje integrado de la salud pública:

Gráfico N° 6. Etapas de abordaje integrado de la salud pública y las FESP renovadas



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020).
Elaboración propia

Resultante de esta propuesta, la OPS formuló las siguientes FESP renovadas:

Tabla N° 11. FESP renovadas y sus objetivos

FESP		Objetivos
EVALUACIÓN	FESP 1. Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud	Fortalecer las capacidades de las autoridades de salud para implementar los procesos de monitoreo y evaluación, incluyendo el uso de tecnologías de la información, la administración de datos, la previsión y la configuración de escenarios.
	FESP 2. La vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias	Fortalecer las capacidades institucionales y de conducción de las autoridades de salud para garantizar una adecuada vigilancia, control, gestión y respuesta a los riesgos para la salud, incluyendo los brotes de enfermedades transmisibles, las emergencias y los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, la salud mental y lesiones, entre otros temas.
		Realizar vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y la vigilancia en el ámbito de la salud pública para subsidiar la toma de decisiones sobre medidas de prevención y control de eventos relacionados con la salud (riesgos y daños) o para recomendar acciones de promoción de la salud.
		Realizar vigilancia de los determinantes de la salud en un territorio concreto, bajo la responsabilidad del gobierno local, fuertemente vinculada a las prácticas individuales y colectivas de promoción de la salud y desde una perspectiva intersectorial.
FESP 3. Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud	Generar conocimiento científico y su integración al proceso de formulación de políticas de salud de las autoridades de salud para el fortalecimiento de los sistemas de salud y la salud pública.	

FESP		Objetivos
DESARROLLO DE POLÍTICAS	FESP 4. Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población	<p>Desarrollar las capacidades de las autoridades de salud para formular e implementar políticas sectoriales que aborden los problemas de salud de la población y estén informadas por el mejor conocimiento disponible y relevante.</p> <p>Fortalecimiento de la influencia de las autoridades de salud sobre la producción de un cuerpo legislativo que defina una estructura institucional formal y regulatoria del sector de la salud.</p>
	FESP 5. Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia	La sociedad civil y la comunidad organizada intervienen e influyen directamente en la organización, el control, la gestión y la fiscalización de las instituciones y del sistema de salud en su conjunto.
ASIGNACIÓN DE RECURSOS	FESP 6. Desarrollo de recursos humanos para la salud	Ejecución de políticas, reglamentos e intervenciones relacionados con la capacitación, el empleo y las condiciones de trabajo, la movilidad interna y externa, y la reglamentación de la educación y la práctica profesional, así como la distribución de los recursos humanos para la salud pública.
	FESP 7. Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces	Regulación y fiscalización de la seguridad, la calidad y la eficacia de medicamentos y otras tecnologías sanitarias
		Selección, la evaluación, la incorporación y el uso racional de medicamentos y tecnologías sanitarias esenciales;
		Promoción, la provisión y el financiamiento de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales.
FESP 8. Financiamiento de la salud eficiente y equitativo	Abarca las diferentes funciones del modelo de financiamiento del sistema de salud, con una perspectiva de integración de todas las acciones de salud pública, tanto individuales como colectivas, con el objetivo de mejorar la equidad y la eficiencia del sistema de salud	
	Esta FESP asume un papel facilitador de la realización de este abordaje integral de las FESP, como herramienta de financiamiento del conjunto de dichas FESP	
	Abarca las funciones institucionales del proceso de recaudación de ingresos de diversas fuentes y la mancomunación, la asignación y la planificación estratégica de recursos financieros en el ámbito de la salud.	
ACCESO	FESP 9. Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad	Esta función incluye las acciones para garantizar el acceso a servicios de salud pública integrales y de calidad, ampliados progresivamente, y coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional, a través de la organización y la gestión de servicios de salud centrados en la persona, con enfoque de riesgo familiar y comunitario, curso de vida, determinantes sociales de la salud y salud en todas las políticas.
		La ejecución de esta FESP abarca la integración y la coordinación de los servicios de salud con otros actores públicos y privados, sectores del desarrollo y gobiernos locales para abogar y abordar las necesidades de las personas y las prioridades de salud.
ACCESO	FESP 10. Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables	Esta función contempla las acciones para garantizar el acceso al conjunto de intervenciones de salud pública cuyo objetivo es reducir la exposición a los factores de riesgo y favorecer los entornos saludables.
	FESP 11. Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud	Abarca el conjunto de iniciativas intersectoriales que están enfocadas en abordar factores estructurales de tipo socioeconómico que afectan la salud, aunque gran parte de estos no se encuentren bajo el control directo del sector de la salud.
Las autoridades de salud deben actuar como socios en el desarrollo y la implementación de las iniciativas que contempla estas FESP. Se busca promover una gobernanza de salud en todas las políticas.		

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020).
Elaboración propia

Al organizar las FESP bajo la mirada del ciclo de políticas se les da un sentido integral con el que abordar las problemáticas del sector. Permite asimismo evaluar los problemas para encontrar las causas principales de los mismos, con el fin de optimizar la respuesta del sector.

3.4. Subsistemas de prestación de servicios

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) planteó que 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 (2006)²². Dicho de otra manera, 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 los siguientes:

- a) **Fragmentación**, que se refiere a la coexistencia de subsistemas pequeños no integrados que dificulta la garantía de acceso y la prestación de servicios en condiciones similares de salud, entre los afiliados a cada uno de los subsistemas.
- b) **Segmentación**, que supone la existencia de subsistemas centrados en el aseguramiento de segmentos bien definidos y acotados de población.
- c) **Predominio del pago directo (pago de bolsillo)**, como mecanismo de financiación del sistema, la cual condiciona la prestación en salud a la capacidad de pago del paciente, generando una mayor inequidad en el sistema (suelen pagar más lo más pobres).

Con base en los lineamientos de la OPS, se puede afirmar que en el Perú el sistema de salud tiene las tres características descritas (fragmentado, segmentado y con un predominio de pago directo); lo que ha dado origen a cinco subsistemas:

- a) **El subsistema público abierto de salud**, 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 DIRESA y GERESA.
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.
- 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. Este subsistema tiene dos regímenes: el régimen contributivo de la seguridad social a cargo de Essalud y el régimen estatal a cargo del Minsa²³.
- c) **El subsistema público cerrado de salud**, conformado por las sanidades de las Fuerzas Armadas (Ejército, Marina y FAP) y la Sanidad de la Policía Nacional del Perú.
- 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, etc.
- e) **Subsistema de salud tradicional**, no referenciado ni aceptado como existente, pero que sin embargo subsiste en amplias franjas poblacionales y en la que se encuentra un

²² OPS (2006). "Análisis del sector Salud: una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos".

²³ De acuerdo con lo establecido en la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (Essalud) y el artículo 1 de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

conjunto heterogéneo de operadores vinculados a la tradición sanitaria precolombina. En este subsistema se encuentran los curanderos, chamanes, hueseros, parteras tradicionales, entre otros.

3.5. Organización de la oferta de servicios de salud

El sistema de salud peruano se ha organizado en tres niveles de atención para brindar servicios de salud: primer, segundo y tercer nivel, las cuales relacionan la magnitud y severidad de las necesidades de la salud, con la capacidad resolutive cualitativa y cuantitativa de la oferta (Minsa, 2021).

Cada nivel cuenta con un conjunto de IPRESS, las cuales han sido agrupadas en categorías por cada nivel. Los niveles se han planificado en función a la complejidad del servicio de salud que se brinda en cada uno de ellos.

Gráfico N° 7. Niveles de atención

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: Minsa, 2020

Respecto a los niveles de atención, en 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, señala lo siguiente:

- Primer nivel de atención:** es la puerta de entrada de la población al sistema de salud. 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 el nivel de salud con mayor capacidad resolutive 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 resolutive 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.

3.6. Profesiones/ocupaciones del sector Salud

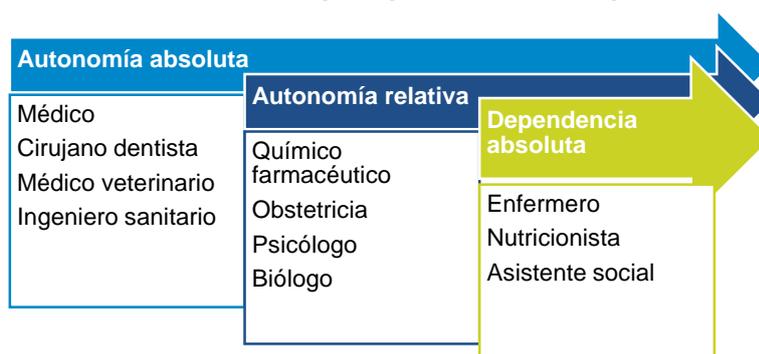
El sistema de salud no podría funcionar sin la labor que realiza el personal o recurso humano del sector Salud. Por ello, en la presente sección se describe las profesiones y ocupaciones, así como su nivel de dependencia en el trabajo asistencial que realiza el personal de salud.

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

Como se señaló, la 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-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 salud²⁷, 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:

Gráfico N° 8. 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.

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:

a) Decreto Legislativo N° 559 - Ley de Trabajo del Médico²⁸

El referido decreto legislativo señala que el trabajo del médico es un trabajo de alta complejidad y de especial responsabilidad en defensa de la vida y en el proceso de atención de salud de la persona, en especial para el desarrollo económico – social y la productividad nacional. El artículo 3 del decreto legislativo indica que el trabajo del médico es el conjunto de acciones altamente especializadas que se requieren de una decisión profesional del médico cirujano, dentro del proceso de atención integral de la salud, que se dirige a las personas, familia y la comunidad.

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

²⁶ De conformidad con la Primera Disposición Complementaria Final de la Ley N° 30112, publicada el 28 noviembre de 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.

²⁷ aprobado con Decreto Supremo N° 00019-83-PCM Publicada el 25 de diciembre de 1982. Disponible en el siguiente enlace: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H726861>

²⁸ Link: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H747059>

Asimismo, el médico participa a través de sus instituciones representativas en la formulación, aplicación y evaluación de la Política Nacional de Salud, en todos los organismos que se ocupan de la salud.

b) Ley N° 27853 - Ley de Trabajo de la Obstetriz²⁹

El profesional de obstetricia se encarga de proveer, ofertar y administrar atención obstétrica de salud en el ámbito de su competencia, a la mujer, familia y comunidad, en forma científica, tecnológica, sistematizada y coordinada con los demás profesionales de salud. Su participación se da principalmente en la aplicación de las políticas de salud y en la atención integral de la mujer, con relación al embarazo, parto y puerperio, para lo cual desarrolla sus labores en las áreas asistenciales, administrativa, docente, investigación y preventivo-promocional.

El artículo 8 establece como obligaciones de la obstetra, el proteger la vida y la salud de las personas, en especial de la madre gestante y del que está por nacer; cumplir con los preceptos establecidos en el Código de Ética y Deontología del Colegio de Obstetras del Perú; desarrollar el trabajo profesional dentro de las políticas de salud establecidas y cumplir las obligaciones y prohibiciones que establece el Decreto Legislativo 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público.

c) Ley N° 27669, Ley del Trabajo de la Enfermera(o)³⁰

El trabajo de la enfermera/o se centra en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población.

De acuerdo con el artículo 3 de la Ley N° 27669, el trabajo de la enfermera/o se desarrolla a través de un conjunto de acciones orientadas a la solución de los distintos problemas de naturaleza bio-psico-social del individuo, la familia y la comunidad, desarrollándose básicamente en las áreas: asistencial, administrativa, docente y de investigación.

Asimismo, el artículo 7° de la citada norma señala que las entre las funciones de la enfermera/o se encuentran: brindar cuidado integral de enfermería, basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE); encomendar actividades de menor complejidad al personal no profesional de enfermería: ejercer funciones de enfermería, tanto en el sector público como en el sector privado, en los centros de salud y en los diferentes niveles de complejidad, desarrollar actividades preventivo promocionales en el área de su competencia del personal de enfermería; participar con los cuidados de enfermería en los centros de atención al adulto mayor, entre otros.

d) Ley N° 28456 - Ley del Trabajo del Profesional de la Salud Tecnólogo Médico³¹

De acuerdo con el artículo 7 de la Ley N° 28456, el profesional que ejerce la ciencia de la Tecnología Médica se denomina Tecnólogo Médico y se desarrolla en las áreas de terapia física y rehabilitación, laboratorio clínico y anatomía patológica, radiológica, optometría, terapia ocupacional y terapia del lenguaje.

²⁹ Link: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H834314>

³⁰ Link: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H821426>

³¹ Link: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H882251>

De igual manera, el artículo 9 señala que, el tecnólogo médico es el profesional de la ciencia de la salud que la Ley reconoce en las áreas de su competencia y responsabilidad, como la defensa de la vida, la promoción y el cuidado integral de la salud, su participación conjunta en el equipo multidisciplinario de salud, en la solución de la problemática sanitaria del hombre, la familia y la sociedad, así como en el desarrollo socioeconómico.

Dentro de sus principales funciones del tecnólogo médico, está participar en la defensa de la vida, la promoción y el cuidado integral de la salud, en el diseño, planificación, elaboración, ejecución, supervisión y aplicación de los procesos y programas, protocolos, evaluaciones, exámenes y/o tratamientos inherentes a su profesión en todos los niveles de atención de salud y en las políticas de salud, para la solución de la problemática sanitaria del hombre, familia y la sociedad.

e) Ley N° 28847- Ley de Trabajo del Biólogo³²

De acuerdo con el artículo 2 de la Ley N° 28847, el rol del biólogo es diseñar e implementar proyectos de conservación y explotación nacional de los recursos naturales renovables, implementar programas de investigación científica y tecnológica en las áreas que impliquen el manejo de los seres vivos en toda su dimensión y el efecto mutuo de éstos entre el ambiente y el hombre.

Asimismo, el ámbito de intervención de la profesión del biólogo, sin carácter de exclusivo o excluyente, es la actividad científica, académica, técnica, humanística, ya que sea en el ámbito público o privada.

De igual manera, es responsabilidad del biólogo, sin tener el carácter de exclusivo o excluyente; la conservación de los ecosistemas y la biodiversidad, la promoción del bienestar social; la investigación, docencia y administración en los campos de su competencia; la participación en grupos de trabajo interdisciplinarios en las áreas que le competen y la suscripción de todo informe o documento que contenga los resultados de su trabajo.

Respecto a sus funciones, la Ley N° 28847 señala que las principales funciones del biólogo son: estudio, identificación y clasificación de los organismos vivos, así como sus restos y señales de su actividad; identificación, selección, mejoramiento, transformación, conservación, producción y control de calidad de materiales de origen biológico, utilizados en las industrias; identificación, estudio y control de los agentes biológicos que afectan la conservación de toda clase de materiales y productos, estudios y control de la acción de productos químicos y biológicos de utilización en la sanidad, agricultura, industria y servicios; detección, identificación y estudio de agentes biológicos patógenos y de sus productos tóxicos, entre otros.

f) Ley N° 27878 - Ley de Trabajo del Cirujano Dentista³³

El cirujano dentista como profesional de la ciencia de la Salud presta sus servicios en forma científica, técnica y sistemática en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud bucal, mediante la interacción de la persona, la familia y la comunidad, considerando a cada una de ellas dentro del contexto sociocultural, económico, ambiental en los que se desenvuelven, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población en general.

³² Link: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H922070>

³³ Link: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H837222>

g) Ley N° 28173- Ley del Trabajo del Químico Farmacéutico³⁴

El químico farmacéutico es el profesional de las ciencias Médicas, que participa en la formulación, evaluación y aplicación de la Política Nacional de Salud y la Política del Medicamento, desarrollando actividades dentro del proceso de atención integral de salud, destinadas a la persona, la familia y la comunidad; como integrante del equipo de salud.

El artículo 3 de la Ley N° 28173 señala que, los campos de actualización son la docencia, regencia de establecimientos farmacéuticos públicos y privados, laboratorio de análisis clínicos y bioquímicos, bromatológicos, toxicológicos, laboratorios de radiofármacos, dirección técnica de laboratorios farmacéuticos y productos naturales, cosméticos, laboratorios de control de calidad, y en la sanidad de la Fuerza Armada y Policía Nacional.

Asimismo, el artículo 5 de la citada norma, indica que entre las principales funciones del químico farmacéutico está las siguientes: brindar atención farmacéutica en farmacias y boticas del sector público y privado; planificar, organizar, dirigir, coordinar, controlar y evaluar las actividades en la farmacia, servicio de farmacia, departamento de farmacia, en los laboratorios de la producción, en las droguerías y afines; cumplir y hacer cumplir la Ley General de Salud y otras normas conexas; elaborar las fórmulas oficiales y magistrales; asegurar la suficiente provisión de materia prima y suministro de medicamentos, entre otros.

h) Ley N° 30188 - Ley del Ejercicio Profesional del Nutricionista³⁵

El nutricionista, como profesional de las ciencias de la Alimentación, Nutrición y Salud, puede participar en la prestación de los servicios de salud integral y de alimentación con el objetivo de facilitar el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población. Asimismo, puede participar en la formación y capacitación en la educación alimentaria y nutricional de la población, de acuerdo con ley.

El artículo 4 de la Ley N° 30188, señala que las funciones del nutricionista son: brindar cuidado integral, docencia, consultoría y asesoría en alimentación y nutrición en organismos de gobierno, no gubernamentales, privados y de cooperación nacional e internacional, peritaje judicial en el ámbito de sus competencias; auditorías en el campo de la alimentación y nutrición en las instituciones públicas y privadas; participar en actividades preventivas, promocionales y terapéuticas en el área de su competencia en todos los niveles de atención; emitir opinión técnica con relación a materiales y equipos dentro de su competencia, entre otras.

i) Ley N° 30112 – Ley del Ejercicio Profesional del Trabajador Social³⁶

El trabajador social es el profesional que tiene una comprensión amplia de los procesos que viven las personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades, y a partir de ello participa en la formulación de políticas sociales, contribuye al desarrollo humano y promueve el ejercicio de los derechos y deberes de los ciudadanos.

De acuerdo con el artículo 3 de la citada ley, las especialidades en donde se puede ejercer la profesión del trabajador social son: salud y salud mental, rehabilitación, bienestar de personal, terapia familiar, infancia y adolescencia, violencia familiar, gerontología social, orientación y

³⁴ Link: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H859654>

³⁵ Link: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1101392>

³⁶ Link: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1090852>

bienestar del educando, mediación y conciliación de conflictos, peritaje social, docencia e investigación, gerencia social, proyectos sociales, ética, consejería familiar, entre otras.

Dentro de las principales funciones están la de participar en la gestión, formulación, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos sociales dirigidos a mejorar las condiciones y calidad de vida de la población, en las instituciones públicas y privadas; participar en el diseño, administración y ejecución de programas de bienestar social, bienestar laboral, seguridad social y salud ocupacional; participar en los programas y proyectos de desarrollo social en organismos gubernamentales y no gubernamentales; formular propuestas de políticas públicas para mejorar las condiciones y calidad de vida de la población, entre otros.

j) Ley N° 31151 - Ley de Trabajo del Profesional de la Salud Médico Veterinario³⁷

El médico veterinario es el profesional de las Ciencias Médicas y la Salud, con grado y título universitario, revalidado o reconocido e inscrito ante la autoridad competente; colegiado, a quien la ley reconoce las funciones dentro de las áreas de su competencia y responsabilidad en la propuesta, elaboración, aplicación y gestión de actividades, normas y políticas transversales y específicas de salud pública, salud animal, producción animal sustentable y salud ambiental, así como su intervención en equipos multidisciplinarios de salud, en la problemática sanitaria del ser humano, la familia y la sociedad (artículo 4, Ley N° 31151).

El médico veterinario desarrolla sus labores en la gestión, dirección, administración, investigación, asesoría, inspección, peritaje, certificación y docencia conforme a las leyes vigentes.

k) Ley N° 28369 - Ley del Trabajo del Psicólogo³⁸

El psicólogo es el profesional de la conducta humana, con competencia en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud mental de la persona humana, la familia y la comunidad, en el ámbito psico-social (artículo 2).

De igual forma, brinda atención profesional directa a la persona, la familia y la comunidad basada en el empleo racional y apropiado de la ciencia y la tecnología. Su actividad se orienta a la identificación, promoción, desarrollo y rehabilitación de las funciones psicológicas que aseguren un adecuado desarrollo humano de todas las personas en el ámbito educativo, de salud, laboral, sociocultural, económico, recreativo y político. Desarrollándose, así mismo, en el área administrativa, docente y de investigación (artículo 3).

El ejercicio profesional del psicólogo se desarrolla en las siguientes especialidades: Psicología Clínica y de la Salud, Psicología Jurídica, Psicología Organizacional, Psicología Educativa, Psicología Policial-Militar, Psicología del Deporte, Psicología Social-Comunitaria, Psicología del Adulto Mayor, Psicología de las Emergencias y Desastres, Psicología de la Familia, Psicología de las Adicciones, Psicología Ambiental, Psicología Política y Psicología Penitenciaria, y otras que podrían crearse (artículo 4).

Por otro lado, en el sector Salud intervienen profesiones técnicas cuyas sus funciones 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**³⁹. Respecto a su rol, el artículo 2 de la citada Ley señala que los técnicos y auxiliares asistenciales de salud forman parte del equipo

³⁷ Link: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1279624>

³⁸ Link: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H877379>

³⁹ Aprobada y publicada el 29 de junio de 2005. Disponible en el siguiente enlace: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H895112>

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 Salud⁴⁰.

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 Salud⁴¹ (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 salud⁴², 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.

3.7. Problemática pública del sector Salud

El problema público que plantea el sector Salud en la PNMS al 2030 “Perú, país saludable” son los años de vida saludables perdidos por causas evitables en la población. Las causas directas del problema son los inadecuados hábitos, conductas y estilos de vida; la limitada cobertura y acceso de la población a servicios integrales de salud y las inadecuadas condiciones de vida que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud de la población. Este último es un efecto directo de los determinantes sociales de la salud.

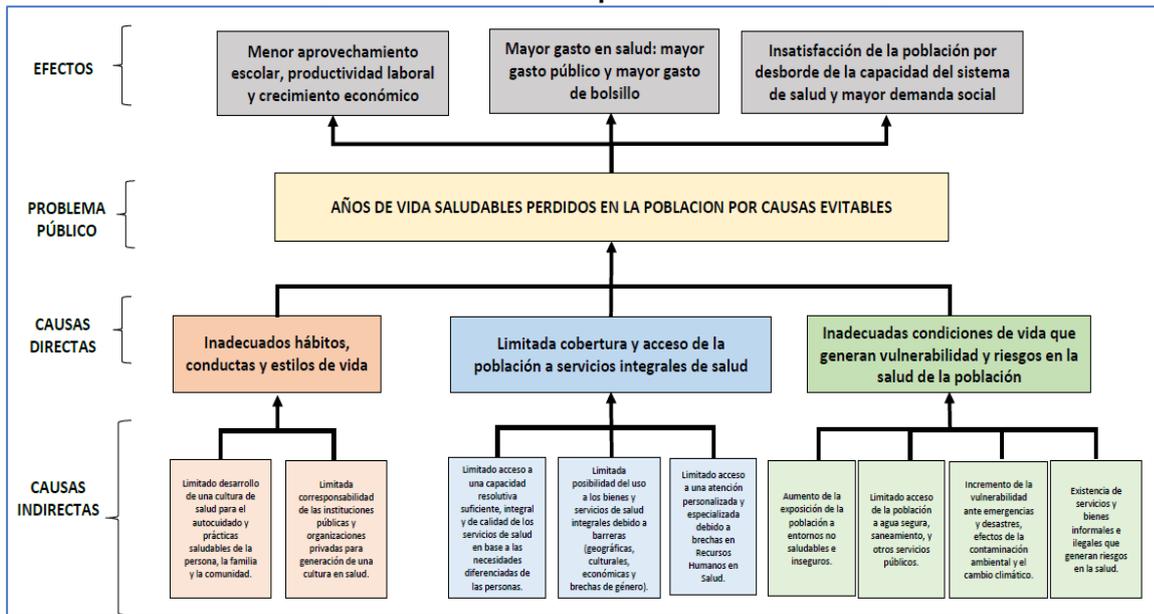
Dichas causas directas orientan el propósito del sector, por ende, el objetivo es disminuir los años de vida perdidos por razones que pudieron evitarse.

⁴⁰ 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://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1036139>.

⁴¹ Aprobado con Resolución Ministerial N° 411-2014/MINSA del 3 de junio de 2014.

⁴² Aprobada el 20 de julio de 2018. Disponible en el siguiente enlace: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1211989>.

Gráfico N° 9. Árbol de problemas del sector Salud



Fuente: Minsa, 2020.

La identificación de la problemática y sus causas ha motivado a que se promueva la articulación multisectorial y se prioricen servicios de salud dentro del sistema para mejorar la calidad de vida de las personas y no solo para reducir su mortalidad.

3.7.1. 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 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.

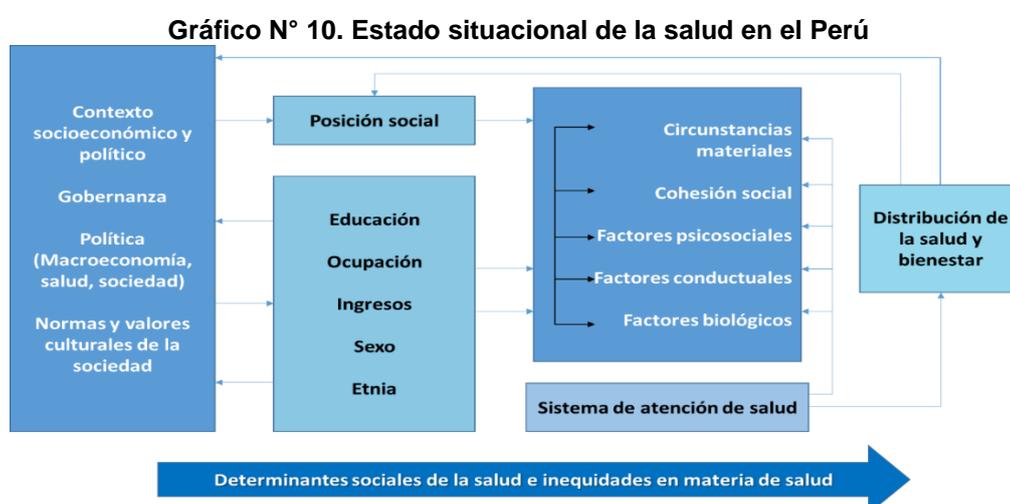
Esto quiere decir que su abordaje desde el sector Salud es crucial; no porque a este sector le corresponda resolver el problema, sino, porque se requiere liderar acciones multisectoriales para un abordaje integral. En ese sentido, la valoración de las competencias del personal de salud vinculadas a las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



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 el gráfico, los determinantes sociales de la salud e inequidades en materia de salud son seis: 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 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 de 2017 se estima que la PEA está compuesta por 16 456 809 personas⁴³, 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 de 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%) (ENAH0, 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 servicios a cargo de diversas entidades intervinientes⁴⁴, gobiernos regionales y gobiernos locales.

No obstante, de acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 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.

En cuanto a la diversidad étnica del país, en el Censo Nacional de 2017, se incorporó dos 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

⁴³ 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 de 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/>.

⁴⁴ 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.

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 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).

3.7.2. Problemática referida al recurso humano en el sector Salud

En línea con el objetivo 3 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible⁴⁵, 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 se resta 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 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, p.2):

- 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.*

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 diez objetivos prioritarios para cada línea de acción propuesta en dicha Estrategia, indicadores de

⁴⁵ “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”.

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).

Tabla N° 12. 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 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)⁴⁶, 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.

⁴⁶ 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 2018-2030⁴⁷ 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 objetivos prioritarios, cada uno de ellos cuenta con lineamientos, indicadores y responsables en los distintos niveles de gobierno central, regional y local:

Tabla N° 13. 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.	Fortalecer la capacidad de gestión en el campo de los RHUS a las autoridades del nivel regional.
	Potenciar la capacidad de captación, gestión y racionalización de recursos financieros para la gestión y desarrollo de los recursos humanos en salud.
	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.
OP2: Disponer de recursos humanos en salud suficientes, disminuyendo la inequidad de RHUS a nivel nacional	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.
	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.
	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.
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.	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.
	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 satisfecho laboralmente.
	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.

⁴⁷ Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 1357-2018-MINSA del 29 de diciembre de 2018.

Objetivo priorizado	Lineamientos
OP4: Incrementar las condiciones laborales según aspectos esenciales del trabajo decente del personal de salud que presta servicios a la población más vulnerable	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.
	Incentivar el desarrollo de los procesos de bienestar y seguridad del trabajo del personal de salud en las instituciones del sistema nacional de salud.
	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.
OP5: Lograr el rendimiento laboral eficiente de los Recursos Humanos en Salud que permita el cumplimiento de objetivos y metas institucionales	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.

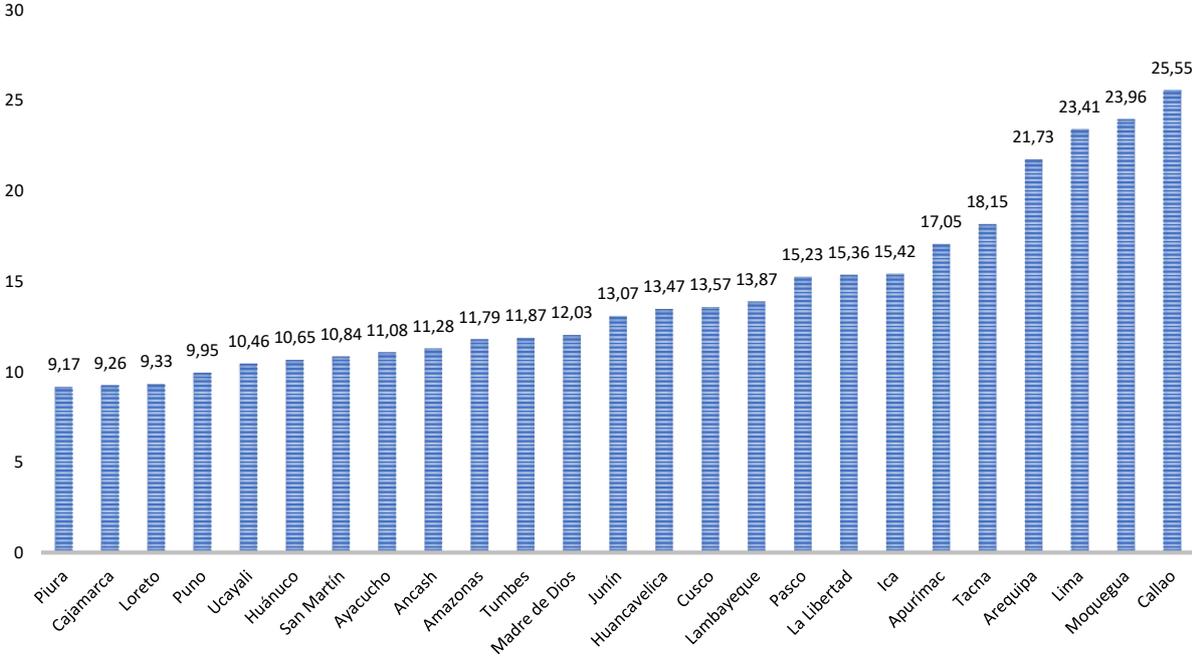
De acuerdo con las estadísticas del Minsa, el déficit de médicos especialistas que laboran en el Minsa y gobiernos regionales es alarmante, a nivel nacional suman 19,379 profesionales, de los cuales 12,669 (65,4%) trabaja en el Minsa y gobiernos regionales; 5,577 en Essalud (28,8%) y 1,133 (5,8%) especialistas médicos distribuidos en otras instituciones y empresas privadas⁴⁸ (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

⁴⁸ 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%).

público reporta que el 70% de los especialistas están concentrados en Lima y Callao, mientras que en diez regiones no hay ningún especialista y siete regiones que cuentan solo con uno.

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

Gráfico N° 11. 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 multidisciplinarios 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 multidisciplinarios, 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-19 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.

Asimismo, para mejorar las competencias se implementó:

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

Además, en el periodo de octubre 2020 a junio de 2021 se logró 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 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 que 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, los problemas referidos al recurso humano en salud tienen un origen en los problemas de la educación superior. Como ya se mencionó, la PNESTP define como el problema público de la educación superior la “Población con inadecuadas competencias para ejercer su profesión y desarrollar investigación e innovación”; una problemática que también afecta a la formación en profesiones de salud.

El proceso de licenciamiento institucional conducido por Sunedu reveló grandes brechas de calidad en la oferta universitaria peruana. Se evidenció que las instituciones con licencia denegada tenían muy graves deficiencias; lo que empujó a nivel nacional a que 95 instituciones –entre las cuales 63 obtuvieron la licencia de funcionamiento– descontinuaron el uso de 266 locales que tenían serias deficiencias. Ello se dio a nivel nacional, aunque principalmente en la oferta privada, y, a su vez, en instituciones con sede en la sierra. Por su parte, 29 entidades –de las cuales 16 obtuvieron la licencia– retiraron más de 5 mil programas que no reunían criterios mínimos de calidad académica. La mayoría de estos conducían al grado de bachiller, y, asimismo, eran ofertados por entidades con sede en la ciudad capital (Sunedu, 2022).

Estos resultados evidencian que la educación superior universitaria peruana, en un proceso de reforma, partió de una situación de aguda precariedad. De las causas directas identificadas por la PNESTP, “el *débil proceso formativo integral de ESTP*” es el elemento que más ha llamado la atención con relación a las profesiones de salud. Diferentes indicadores y evaluaciones han alertado sobre las deficiencias con la que muchas personas estarían egresando de las facultades y escuelas profesionales de salud. Al respecto, el Consejo Nacional de Salud, en el Acuerdo N° 723-2017/CNS ha manifestado su preocupación por la calidad de la formación de los profesionales de la salud. Asimismo, el Informe Final sobre Educación Médica en el Perú de la Comisión de Alto Nivel, conformada con Resolución Ministerial N° 810-2016/MINSA, concluye que hay un grave deterioro del proceso de enseñanza aprendizaje de la medicina y de la calidad del producto final.

El indicador más objetivo disponible es el Examen Nacional de Medicina – ENAM, Desde el año 2003 mide la capacidad académica de los estudiantes que cursan el último año de la carrera. Se trata de una prueba escrita de 200 preguntas de opción múltiple, que abarca las áreas de Medicina (30%), Cirugía (15%), Pediatría (18%), Ginecología y Obstetricia (17%), Salud Pública y Gestión (10%) y Ciencias Básicas (10%). Con los años este examen ha cobrado mayor importancia, pues representa un 70% de la nota final para adjudicar una plaza al Servicio Rural Urbano Marginal en Salud (SERUMS), además, de ser un porcentaje para la adjudicación de una plaza en la especialidad médica en Perú y es un referente para el ranking de universidades y licenciamiento de las escuelas de medicina.

Entre el 2009 y 2019 la nota mediana no ha superado la cifra de 12,2, en una escala vigesimal. Un estudio del 2021 de Mendoza-Chuctaya encuentra que, en dicho periodo, cuatro de cada diez estudiantes de medicina humana en el último año de su formación, desaprovecha el ENAM. Al 2019, la mediana de notas fue de 11,3.

El estudio también destaca diferencias significativas. Se encontró que desaprobaban en mayor frecuencia los que eran de universidades privadas, los que estudiaron en una universidad de Lima, en Bolivia, en Cuba, en Venezuela, en otros países de Latinoamérica y

en otros lugares del mundo; en cambio, desaprobaron menos los de universidades de la sierra peruana.

En atención de esta problemática se han desarrollado políticas e instrumentos orientados a elevar la calidad de la educación en medicina y las profesiones de salud en general con la finalidad de contribuir a una adecuada provisión de los servicios médicos y favorecer así la calidad de vida de la ciudadanía.

Desde el 2019, Sunedu viene implementando el licenciamiento de programas de pregrado de medicina (LPPM). Este proceso busca evaluar el cumplimiento de ocho Condiciones Básicas de Calidad (CBC):

1. Propuesta académica
2. Gestión de la investigación
3. Gestión administrativa del programa de estudios
4. Desarrollo del programa de estudios
5. Infraestructura y equipamiento
6. Seguridad y bienestar
7. Transparencia
8. Programas nuevos

Al 16 de junio de 2022, diez programas de medicina han obtenido el licenciamiento, doce están ejecutando su respectivo plan de adecuación; mientras que dieciséis programas se encuentran aún en evaluación.

Por otra parte, el Ministerio de Salud, ha publicado dos documentos técnicos denominados "Perfil de competencias esenciales que orientan la formación de los profesionales de la salud". La primera fase, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 960-2020-MINSA, aborda las competencias esenciales del médico/a y el enfermero/a; la segunda fase, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 316-2022/MINSA, aborda las competencias esenciales del químico/a farmacéutico/a, psicólogo/a, nutricionista y cirujano/a dentista peruano/a.

Estos documentos buscan orientar la formación superior universitaria de acuerdo con las necesidades de salud de la población, del sistema nacional de salud y el avance científico; así como ser referente para procesos de gestión de recursos humanos de los establecimientos de salud del Minsa, de las gerencias regionales de Salud, direcciones regionales de Salud, Essalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú. Se espera que tenga impacto en la educación y en el trabajo, en la medida que las competencias sean desarrolladas en la formación de los futuros profesionales de la salud; además de mejorar la empleabilidad de los individuos, de dotar al Sistema Nacional de Salud de profesionales de la salud competentes, de garantizar una atención con la máxima calidad y eficiencia, y de promover en la sociedad estilos de vida saludables con prevención de riesgos y daños.

IV. ANÁLISIS DE LA CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES DEL SINEACE Y LA FORMULACIÓN DE UN MAPA FUNCIONAL SECTORIAL

El último párrafo del artículo 11 de la Ley del Sineace 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 N° 018-2007-ED, establece la obligatoriedad de evaluar con fines de certificación a los profesionales del derecho, **salud** y educación; por lo que la certificación de competencias dentro de este último sector representa una prioridad para la institución.

En virtud de la aprobación de la Ley N° 30220, Ley Universitaria, quedaron derogados los tres 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, la certificación de competencias profesionales conducida por el Sineace se encuentra regulada por los siguientes documentos: (i) Reglamento de Autorización de Entidades Certificadoras de Competencias⁴⁹; (ii) Directiva de Seguimiento y Evaluación de Entidades Certificadoras de Competencias⁵⁰; (iii) Guía Técnica de Evaluación y Certificación de Competencias⁵¹ (modificatoria); (iv) Directiva de Evaluación y Certificación de Competencias⁵²; (v) Guía Técnica “Procedimiento de Autorización de Entidades Certificadoras de Competencias”⁵³; (vi) Directiva para la Normalización de Competencias⁵⁴; (vii) Guía Técnica para la Normalización de Competencias⁵⁵. Cabe precisar que los documentos técnico-normativos en mención, se encuentran alineados a la estructura funcional transitoria no orgánica aprobada mediante Resolución de Presidencia N° 000023-2021-SINEACE/CDAH-P.

En atención a esta reorganización y cambios institucionales, la DEC realizó la revisión de todas las normas de competencias aprobadas por el Sineace y registradas en el Sistema de Gestión de Información de la Certificación (SIGICE). El desarrollo de este proceso fue reportado en el Informe N° 000032-2021-SINEACE/P-DEC y posibilitó la evaluación de las normas de competencias y la emisión de la Resolución de Presidencia N° 000075-2021-

⁴⁹ Aprobado mediante Resolución de Consejo Directivo N° 000029-2021-SINEACE/CDAH. Publicado el 22 de octubre de 2021. Disponible en el siguiente enlace: <https://www.gob.pe/institucion/sineace/normas-legales/2256500-000029-2021-cdah>

⁵⁰ Documento de aprobación: Resolución de Presidencia N° 000014-2022-SINEACE/P del 23 de febrero de 2022. Disponible en el siguiente enlace: <https://www.gob.pe/institucion/sineace/normas-legales/2768599-000014-2022-sineace-p>.

⁵¹ Modificada mediante Resolución de Presidencia N° 000018-2022-SINEACE/P del 14 de marzo de 2022. Disponible en el siguiente enlace: <https://www.gob.pe/institucion/sineace/normas-legales/2821015-000018-2022-sineace-p>.

⁵² Aprobada mediante Resolución del Consejo Directivo N° 000010-2022-SINEACE/CDAH del 14 de marzo de 2022. Disponible en el siguiente enlace: <https://www.gob.pe/institucion/sineace/normas-legales/2821392-000010-2022-sineace-cdah>.

⁵³ Aprobada mediante Resolución de Presidencia N° 000102-2021-SINEACE/P del 26 de noviembre de 2021. Disponible en el siguiente enlace: <https://www.gob.pe/institucion/sineace/normas-legales/2469586-000102-2021-sineace-p>

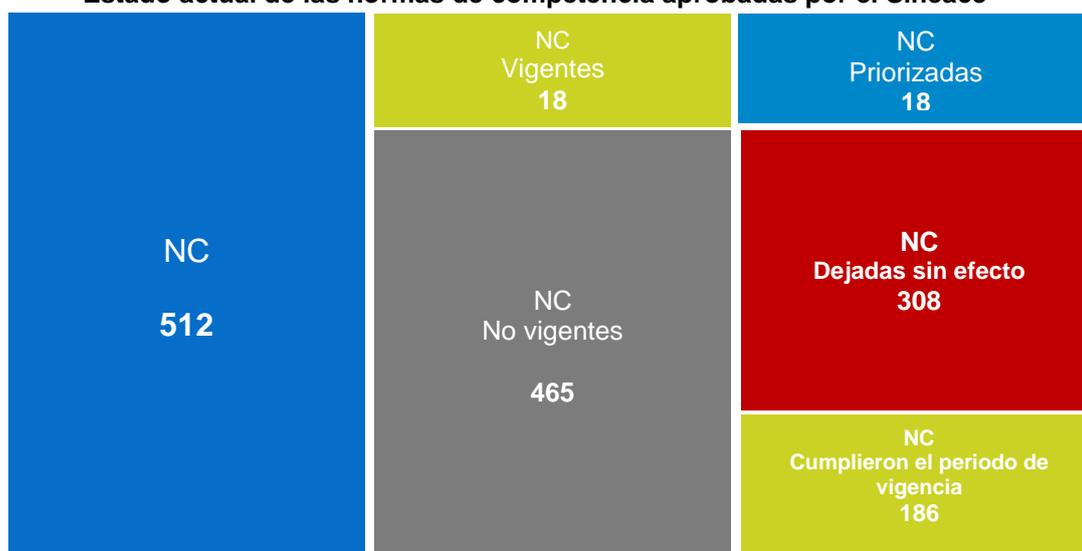
⁵⁴ Aprobada mediante Resolución de Presidencia N° 000051-2021-SINEACE/CDAH-P del 28 de abril de 2021. Disponible en el siguiente enlace: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1861844/Resoluci%C3%B3n%20de%20Presidencia%20N%C2%BA%20051-2021-SINEACE-CDAH-P.pdf.pdf?v=1619805518>.

⁵⁵ Aprobada mediante Resolución de Presidencia N° 000052-2021-SINEACE/CDAH-P. Disponible en el siguiente enlace: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1861875/Resoluci%C3%B3n%20de%20Presidencia%20N%C2%BA%20052-2021-SINEACE-CDAH-P.pdf.pdf>.

SINEACE/P, que señala las normas de competencias que fueron adecuadas como producto de esta revisión⁵⁶.

Asimismo, tras la revisión, se clasificó las normas de competencias de acuerdo con los sectores priorizados y sectores no priorizados por el Sineace, conforme con el artículo 23 del Reglamento de la Ley del Sineace, los resultados previos y la relevancia de las políticas públicas asociadas. La distribución actual de las normas de competencias es la siguiente:

Gráfico N° 12.
Estado actual de las normas de competencia aprobadas por el Sineace



Fuente: SIGICE
Elaboración propia

A continuación, se expone brevemente las acciones realizadas en el marco del ordenamiento de las normas de competencias del Sineace, diferenciando entre sectores no priorizados y sectores priorizados, según su normativa vigente:

Sectores no priorizados

En el caso de las normas de competencias de los “sectores no priorizados” a la fecha, se desarrollaron las siguientes acciones:

- El 20 de agosto de 2021, mediante Resolución del Consejo Directivo N° 000025-2021-SINEACE/CDAH dispone en su artículo primero: “Dejar sin efecto el documento técnico normativo, denominado ‘Elaborar Normas de Competencia’ aprobado mediante Resolución de Presidencia N° 000118-2020-SINEACE/CDAH-P del 30 de julio de 2020”.
- El 2 de agosto de 2021, mediante Resolución de Presidencia N° 000071-2021-SINEACE/P se dispone: “Dejar sin efecto la Resolución de Presidencia N° 169-2020-SINEACE/CDAH-P del 15 de octubre de 2020, que aprobó el documento técnico normativo denominado Norma de Competencia: ‘Evaluar Programas de Estudio e Instituciones de Educación Superior’”.
- El 25 de octubre de 2021, mediante Resolución del Consejo Directivo N° 000033-2021-SINEACE/CDAH, se dispone a dejar sin efecto 79 normas de competencias y se

⁵⁶ Cabe precisar que, en el Informe N° 000032-2021-SINEACE/P-DEC del 27 de julio de 2021, la DEC contabilizó las normas de competencias aprobadas a partir de sus unidades de competencias, debido a que la certificación de competencias se realizaba por unidad de competencia y además permite uniformizar las modalidades diversas que se utilizaron en el tiempo para aprobar normas de competencias en el Sineace.

actualicen los registros correspondientes a estas normas de competencias en el Sistema de Gestión de la Información de Certificación – SIGICE.

- d) El 25 de noviembre de 2021, mediante Resolución del Consejo Directivo N° 000035-2021-SINEACE/CDAH se dispone a dejar sin efecto 23 normas de competencias y se actualicen los registros correspondientes a estas normas de competencias en el Sistema de Gestión de la Información de Certificación – SIGICE.
- e) El 29 de enero de 2022, mediante Resolución del Consejo Directivo N° 000005-2022-SINEACE/CDAH se dispone a dejar sin efecto 38 normas de competencias y se actualicen los registros correspondientes a estas normas de competencias en el Sistema de Gestión de la Información de Certificación – SIGICE.
- f) El 14 de marzo de 2022, mediante Resolución del Consejo Directivo N° 000009-2022-SINEACE/CDAH se dispone a dejar sin efecto 77 normas de competencias y se actualicen los registros correspondientes a estas normas de competencias en el Sistema de Gestión de la Información de Certificación – SIGICE.

Sectores priorizados

En el caso de las normas de competencias de los “**sectores priorizados**”, se han desarrollado las siguientes acciones:

- a) El 9 de agosto de 2021, mediante Resolución de Presidencia N° 000075-2021-SINEACE/P se dispuso la **adecuación** de las 13 normas de competencia⁵⁷.
- b) El 25 de octubre de 2021 mediante Resolución de Consejo Directivo N° 000031-2021-SINEACE/CDAH se dispuso a dejar sin efecto las normas de competencias del Profesional Universitario Psicólogo, aprobadas mediante Resolución de Consejo Superior N° 068-2013-SINEACE/P, del 2 de agosto de 2013, que autorizó al Colegio de Psicólogos del Perú como entidad certificadora, como consecuencia accesorio de la denegatoria de la solicitud de renovación de dicha entidad certificadora.
- c) El 25 de octubre de 2021 mediante Resolución de Consejo Directivo N° 000032-2021-SINEACE/CDAH se dispuso a dejar sin efecto las normas de competencias del Profesional Universitario Obstetra aprobada mediante Resolución N° 007-2011-SINEACE/P, del 22 de julio de 2011 que autorizó al Colegio de Obstetras del Perú como entidad certificadora, como consecuencia accesorio de la denegatoria de la solicitud de renovación y autorización de dicha entidad certificadora.
- d) El 29 de enero de 2022 mediante Resolución de Consejo Directivo N° 000006-2022-SINEACE/CDAH se dispuso a dejar sin efecto las normas de competencias “Diagnosticar el estado nutricional mediante la aplicación del proceso de valoración de la persona, según protocolo establecido” y “Establecer el tratamiento dietético a la persona según diagnóstico nutricional y de acuerdo con protocolo establecido”, aprobadas por Resolución de Presidencia del Consejo Superior N° 021-2013-SINEACE/P.
- e) El 20 de abril de 2022 mediante Resolución del Consejo Directivo N° 000014-2022-SINEACE/CDAH se dispuso la aprobación de la **actualización** de la norma de competencia “Gestionar el Desarrollo e Inclusión Social a Nivel Local”.
- f) El 20 de abril de 2022 mediante Resolución del Consejo Directivo N° 000013-2022-SINEACE/CDAH se dispuso la aprobación de la **actualización** de las normas de competencias “Atender las Necesidades Básicas y de Desarrollo Integral de las Niñas y Niños de 6 a 36 Meses” y “Fortalecer en las Familias las Prácticas de Atención de Necesidades Básicas y de Cuidado de Niñas y Niños de 0 a 36 meses”.

⁵⁷ De acuerdo con el criterio de contabilización de normas de competencias desarrollada en el Informe N° 000032-2021-SINEACE/P-DEC.

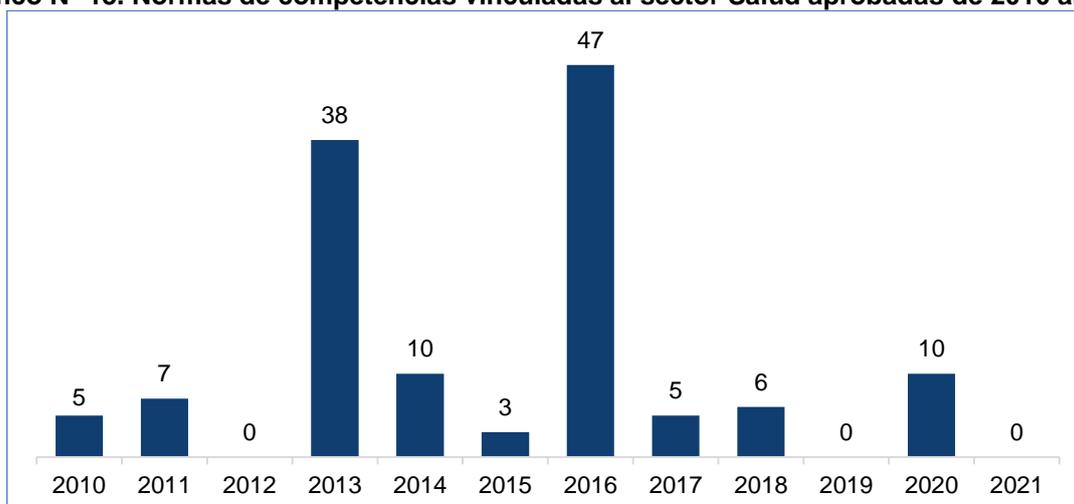
- g) El 6 de mayo de 2022, mediante Resolución del Consejo Directivo N° 000018-2022-SINEACE/CDAH se dispuso a dejar sin efecto las Normas de competencias del Profesional Tecnólogo Médico, aprobadas mediante Resolución de Presidencia del Consejo Superior N° 130-2013-COSUSINEACE/P del 5 de diciembre de 2013, que autorizó al Colegio Tecnólogo Médico del Perú como entidad certificadora, como consecuencia accesoria de la conclusión del procedimiento administrativo de renovación.
- h) El 30 de mayo de 2022, mediante Resolución del Consejo Directivo N° 000029-2022-SINEACE/CDAH se dispone a **dejar sin efecto** 21 normas de competencias y se actualicen los registros correspondientes a estas normas de competencia en el Sistema de Gestión de la Información de Certificación (SIGICE).
- i) El 26 de julio de 2022 mediante Resolución del Consejo Directivo N° 000051-2022-SINEACE/CDAH se dispuso la aprobación de la **actualización** de las de la norma de competencia “Experto en Tecnologías Productivas Familiares – Yachachiq Productivo”, la cual se denominará en adelante “Fortalecer las capacidades del usuario en el sistema de producción familiar, mejora de vivienda productiva y gestión de emprendimientos rurales inclusivos”. Asimismo, dejar sin efecto nueve normas de competencias del Promotor de Servicios Financieros en Ámbitos Rurales – Yachachiq Financiero y del Experto en Tecnologías Productivas en la Amazonía.
- j) El 27 de agosto de 2022, mediante Resolución del Consejo Directivo N° 000056-2022-SINEACE/CDAH, se dispone a dejar sin efecto ocho normas de competencias, así como la actualización de los registros correspondientes a dichas normas de competencia en el Sistema de Gestión de la Información de Certificación (SIGICE).
- k) Finalmente, el 8 de noviembre de 2022, mediante Resolución del Consejo Directivo N° 000073-2022-SINEACE/CDAH, se dispone a dejar sin efecto veintinueve normas de competencias, así como la actualización de los registros correspondientes a dichas normas de competencia en el Sistema de Gestión de la Información de Certificación (SIGICE).

4.1. Estado actual de la certificación de competencias en el sector Salud

Entre el 2010 y el 2020, el Sineace aprobó un total de 131 normas de competencias vinculadas al sector Salud, contabilizadas a nivel de unidades de competencia, las cuales representaban un 26% del total de normas aprobadas 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.

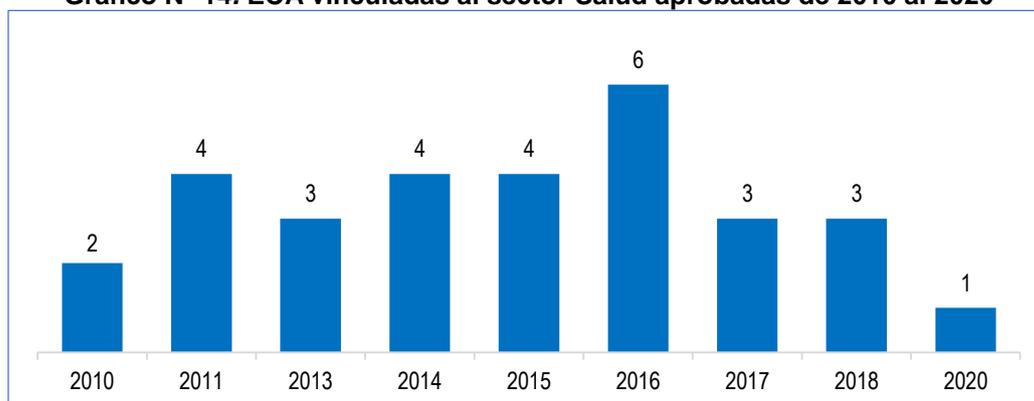
Gráfico N° 13. Normas de competencias vinculadas al sector Salud aprobadas de 2010 al 2021



Fuente: DEC, 2021.
Elaboración propia.

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

Gráfico N° 14. ECA vinculadas al sector Salud aprobadas de 2010 al 2020



Fuente: DEC, 2021.
Elaboración propia.

En cuanto a la certificación de competencias, se atendieron a dieciséis profesiones/ocupaciones, de las cuales una corresponde al nivel de educación de básica y técnico productivo, nueve del nivel de educación superior universitario y seis del nivel de educación superior no universitario; con un total de 22 910 certificaciones, que representa a 11 066 personas certificadas.

Las certificaciones de competencias autorizadas en normas de competencia del sector Salud representaba el 62% del total de certificaciones autorizadas por el Sineace. La siguiente tabla 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:

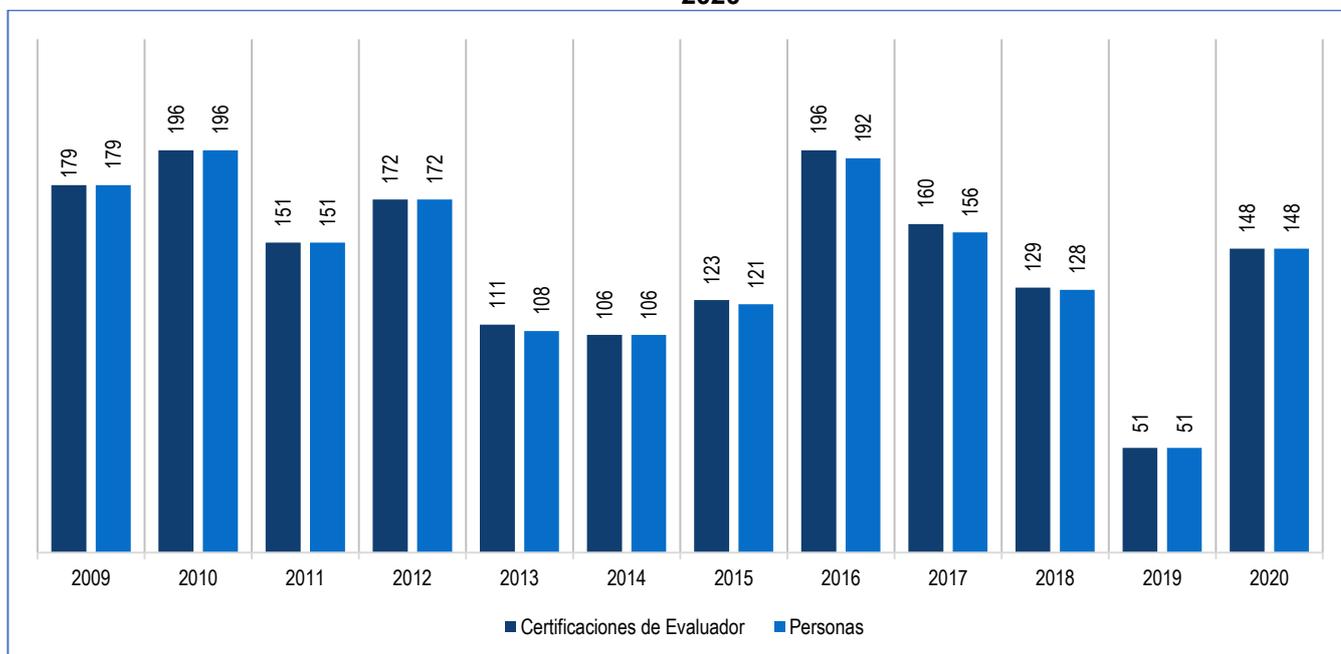
Tabla N° 14. Número de certificaciones autorizadas y personas por nivel educativo, ocupación/profesiones vinculadas al sector Salud de 2010 al 2020

Nivel	Ocupación / Profesión	Certificaciones	Personas
EBTP	Agente Comunitario de Salud	86	52
ESU	Biología	477	207
	Enfermería	6 376	4 179
	Médico Cirujano	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
IEES	Técnico en Enfermería	5 475	1 758
	Técnico en Farmacia	180	60
	Técnico en Laboratorio Clínico	411	137
	Técnico en Optometría	21	7
	Técnico en Prótesis Dental	0	0
	Técnico en Fisioterapia y Rehabilitación	0	0
Total		22 910	11 066

Fuente: DEC, 2021.
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.

Gráfico N° 15. Certificación de evaluadores vinculadas al sector Salud aprobadas de 2009 al 2020



Fuente: DEC, 2021 con fecha de corte en julio de 2022.
Elaboración propia.

4.2. Principales limitaciones identificadas en la revisión de las normas de competencias

La revisión del total de normas de competencias permitió identificar oportunidades de mejora en los procesos y el análisis realizados para conducir procesos de normalización y elaboración de normas de competencias. De esta forma, a continuación, se menciona brevemente aquellas limitaciones advertidas:

- ✓ En su mayoría, las normas de competencias analizadas fueron elaboradas formuladas focalizando el análisis en forma exclusiva en la ocupación/profesión y no en las funciones y competencias demandas por el sector.
- ✓ Se observó la falta de vinculación con los objetivos sectoriales y no se encontró evidencia de que las funciones u ocupaciones normalizadas hayan tenido una necesidad de certificación de competencias, por lo tanto, no se puede dimensionar ni describir su contribución con los propósitos del sector en materia de capital humano.
- ✓ La formulación y promoción de las normas de competencias analizadas no se fundamentaron en políticas nacionales, sectoriales, documentos de planificación, instrumentos de gestión y/o programas presupuestales, ni hace mención del marco legal vigente referido a las normas de competencias; por lo tanto, en la revisión no se encontró un alineamiento pertinente con los propósitos del sector.
- ✓ Los procesos de normalización que permitieron la elaboración y aprobación de estas normas de competencias no tuvieron en cuenta la identificación de una problemática que la certificación de competencias debía atender con su implementación, no se dimensionó el valor público a generar y tampoco se identificó la demanda de certificación, así como el público objetivo que las entidades promotoras proyectaban atender.
- ✓ Las normas de competencias no estiman el impacto que la certificación de competencias debió generar tanto en las personas certificadas como en los sectores productivos.
- ✓ No se aseguró la participación del ente rector, en el proceso de definición de las normas de competencias. También es usual observar una limitada participación de otros actores públicos o privados vinculados al sector, como los empleadores.
- ✓ Por mucho tiempo la certificación de competencias fue percibida como un mecanismo para subsanar brechas y deficiencias generadas en 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 cursos de programas de estudio ofertados en institutos, escuelas y universidades del país.
- ✓ La mayor parte de normas han sido establecidas a partir de una demanda de normalización planteada por las entidades proponentes, más no como resultado del análisis de demanda del sector o de las personas interesadas en certificarse, limitando la elaboración de normas de competencias pertinentes.

A partir de las problemáticas expuestas, el Sineace está promoviendo acciones que permitan una aproximación a las demandas reales de certificación de competencias del sector Salud. El reconocimiento de la demanda real de certificación de competencias profesionales permitirá al Sineace garantizar la pertinencia y viabilidad de las normas de competencia elaboradas y aprobadas, que evidencien alineamiento con los propósitos de los sectores, a fin de generar valor público en las personas certificadas y en el sector Salud. Además, se espera que la certificación de competencias se convierta en un mecanismo que coadyuve con la transitabilidad educativa de las personas certificadas hacia niveles superiores de cualificación y que favorezca su empleabilidad.

a) Sobre la estimación de la demanda de certificación de competencias 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. Adicionalmente a ello, en los últimos años se aprobaron políticas nacionales relevantes (PNPC y PNESTP) que orientan el trabajo del reconocimiento de competencias en el país, indicando la necesidad de atender con pertinencia las demandas de capital humano de los sectores productivos y de apoyar la transitabilidad educativa de las personas.

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 Salud⁵⁸ (INFORHUS, 2019). Respecto a esa data, en doce 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, no se contaba 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 cualificaciones establecidos en las instituciones de educación superior, a través del otorgamiento de grados académicos, títulos y diplomas.

4.3. Sobre la necesidad de formular un mapa funcional sectorial con fines de certificación de competencias

El Sineace, a través de la DEC, cumple con la función de certificación de competencias. Asimismo, de acuerdo con lo señalado en el artículo 23 del reglamento de la Ley del Sineace, respecto a los casos de obligatoriedad de la certificación profesional, los sectores priorizados son derecho, educación y salud.

De igual manera, el artículo 25 de la Ley N° 28044⁵⁹, Ley General de Educación, señala que el Sistema Educativo Peruano es integrador y flexible porque abarca y articula todos sus elementos y permite a los usuarios organizar su trayectoria educativa. Se organiza en etapas, niveles, modalidades, ciclos y programas.

⁵⁸ Registro Nacional del Personal de la Salud – INFORHUS. En:

http://www.minsa.gob.pe/reunis/recursos_salud/index_recursos_salud.asp

⁵⁹ Publicada el 29 de julio de 2003. Disponible en el siguiente enlace: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H848903>

En ese sentido, la mayoría de las instituciones adscritas al sector educación se centran en la educación de las personas y en el aseguramiento de su calidad y acceso; mientras que el Sineace, a través de la certificación de competencias, reconoce un conjunto de atributos (conocimientos, habilidades y comportamientos asociados al trabajo) que se utilizan en diversas combinaciones para que las personas lleven a cabo actividades profesionales, las cuales son reconocidas en una norma de competencia.

Asimismo, las políticas nacionales que sustentan el trabajo que realiza el Sineace son: i) la Política Nacional de Competitividad y Productividad (PNCP) y ii), la Política Nacional de Educación Superior y Técnico Productiva (PNESTP), debido a que existen objetivos y lineamientos relacionados a mejorar la competitividad de las personas, siendo la certificación de competencias un mecanismo que contribuye a ello. A continuación, se detallan los objetivos y lineamientos que están directamente vinculados con la certificación de competencias:

- a) El 31 de diciembre de 2018, mediante Decreto Supremo N° 345-2018-EF, se aprueba el Política Nacional de Competitividad y Productividad (PNCP)⁶⁰, que define en el Objetivo Prioritario N° 2 (Fortalecer el capital humano), el 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”*.
- b) El 22 de agosto de 2020, mediante Decreto Supremo N° 012-2020-MINEDU, se aprueba la Política Nacional de Educación Superior y Técnico Productiva (PNESTP), cuyo Objetivo Prioritario 5 (Fortalecer la gobernanza de la Educación Superior y Técnico Productiva, y el rol rector del Ministerio de Educación (Minedu), el cual contiene el Lineamiento 5.2, *“Facilitar la transitabilidad en la población entre alternativas formativas de la Educación Superior Técnico-Productiva”* y el lineamiento 5.3, *“Fortalecer el aseguramiento de la calidad, de manera articulada, en las instituciones de ESTP orientada a la excelencia”*.

Además, señala como servicio educativo y/o prestacional de la PNESTP al Marco Nacional de Cualificaciones de la Educación Superior Técnico-Productiva (ESTP) como un *“instrumento organizador que permite contar con un sistema articulado y coherente a través del reconocimiento y desarrollo de los distintos niveles de aprendizaje de la ESTP”*, permitiendo *“el desarrollo de procesos adecuados para la certificación, convalidación, reconocimiento y revalidación de competencias educativas y demás mecanismos para garantizar la continuidad de las trayectorias educativas en la ESTP”*. Por ello, el Marco Nacional de Cualificaciones (MNC) *“no sólo facilita la transitabilidad de los resultados de aprendizaje obtenidos en el sistema educativo, sino que incluye también el reconocimiento de aprendizajes previos a través de la certificación de competencias laborales. De acuerdo con ello, el Minedu y el MTPE articularán las estrategias respectivas para la adecuada implementación del MNC”*.

De esta forma, el Sineace se asegura de que las normas de competencia sean pertinentes y viables, considerando que su actividad se realiza haciendo uso de recursos públicos y que además debe encontrarse alineada a las políticas nacionales para asegurar la generación de valor público relevante. Para lo primero, evalúa la existencia de una demanda real del sector de la certificación de competencias bajo dicha norma y para lo segundo, evalúa a los actores, las capacidades y los medios para asegurar la progresividad de dicha certificación.

⁶⁰ Posteriormente, mediante Decreto Supremo 237-2019-EF se aprueba el Plan Nacional de Competitividad y Productividad (PNCP), publicado el 28 de julio de 2019. Disponible en el siguiente enlace: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1240633>

Es importante precisar que la certificación de competencias no tiene una función formativa o educativa, se trata de una vía de cualificación de personas adicional a las ya reconocidas en el país, de acuerdo con lo establecido en el Marco Nacional de Cualificaciones del Perú (MNCP). Asimismo, **la certificación de competencias profesionales no es un mecanismo de subsanación de un proceso formativo deficitario ni tampoco un mecanismo de habilitación profesional.** Tampoco incluye, desde la actividad del Sineace, un componente formativo, por lo que **solo se certifican competencias existentes, no competencias futuras.**

Complementario a ello, la certificación de competencias es un mecanismo funcional siempre que no existan otras vías de cualificación o, en caso existan, no tienen el reconocimiento necesario de los sectores productivos (empleadores de las personas certificadas). De esta manera, la certificación de competencias debe ayudar a que las personas certificadas transiten a niveles superiores de cualificación, lo que requiere de una construcción técnica y normativa que debe realizarse a través de la implementación del Marco Nacional de Cualificaciones del Perú (MNCP).

Para ejercer la función de certificación de competencias desde el Sineace, la DEC ha identificado y regulado cuatro procesos claves: normalización de competencias, autorización de entidades certificadoras, certificación de evaluadores y certificación de personas (profesionales).

En lo que respecta al mapa funcional sectorial, el literal a del numeral 4.2. de la Directiva para la Normalización de Competencias indica que una acción preliminar al proceso de normalización es la elaboración del mapa funcional sectorial, el cual consiste en la identificación y análisis de las funciones vinculadas a un sector o a múltiples sectores, a través del análisis funcional. Este último permite asegurar que se identifiquen todas las funciones, que la relación entre ellas esté claramente establecida y que se comprenda la contribución hacia el propósito global del sector.

Dicho de otra manera, el mapa funcional es la representación gráfica del análisis funcional del sector o sectores, en este caso se trata del sector Salud, con fines de certificación de competencias. Posterior al mapa funcional sectorial, se evalúa la viabilidad sobre la función a normalizar y finalmente, se elaboran o actualizan normas de competencias.

La elaboración del Mapa Funcional Sectorial de Salud, el cual es un sector priorizado de acuerdo con nuestra normativa interna, consiste en formular un documento orientador para elaborar y aprobar normas con fines de certificación de competencias y que, a su vez, se encuentren alineadas con las necesidades de sector Salud de contar con personal calificado y debidamente reconocido.

En ese sentido, la formulación del mapa por parte del Sineace se encuentra alineada con la metodología establecida en la Directiva para la Normalización de Competencias y la Guía Técnica de Normalización de Competencias. Dicha propuesta fue socializada entre treinta y siete actores claves del sector Salud con el objetivo de fortalecer el instrumento con sus aportes y comentarios, lo que permitió mejorar este instrumento.

4.4. Propuesta de instrumento “Mapa Funcional Sectorial de Salud”

La presente sección desarrolla el Mapa Funcional Sectorial de Salud (MFSS) con fines de certificación de competencias. Posterior a la elaboración de este Mapa, se evaluará la viabilidad sobre las funciones a normalizar y finalmente, se elaborarán o actualizarán las normas de competencias que correspondan.

Es importante aclarar que el MFSS elaborado por el Sineace, no establece funciones distintas o adicionales a las que se encuentran reguladas actualmente para el sector Salud, por lo que su contenido no se encuentra inmerso y/o impacta en las acciones de planeamiento, presupuesto, inversión y organización institucional del Minsa, sino que corresponden a una acción preliminar al proceso de normalización para evaluar la viabilidad y priorización de las funciones a normalizar, para la posterior aprobación de normas de competencias en las que se certificarán las competencias profesionales en el sector Salud. Por tanto, **el MFSS no es un instrumento de planificación sectorial o institucional, es una herramienta técnica de desglose de funciones que permite analizar al sector para identificar y valorar espacios de normalización de competencias en el sector Salud.**

Por otra parte, el MFSS se ha diseñado teniendo en cuenta la Política Nacional Multisectorial de Salud “Perú, país saludable al 2030”, que responde a las necesidades de la población y a la problemática del sector, el propósito del sector y las funciones rectoras, específicas y esenciales para la salud pública.

Para identificar las funciones principales del sector Salud, se ha tomado como principal referencia el Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI), aprobado mediante Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA del 27 de enero de 2020, por las siguientes razones:

- a) El modelo considera la salud como derecho humano.
- b) El MCI es el modelo vigente que está siendo implementado por el Minsa, a través de la Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), para organizar el sistema de salud y los servicios que se brindan en él.
- c) El MCI comprende un conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que responden a las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad (Minsa, 2021).
- d) El modelo acoge los atributos de la atención primaria de salud, el cual considera el acceso, primer contacto, cuidado integral, longitudinalidad, continuidad y coordinación, enfatizando la creación y fortalecimiento de un vínculo de largo plazo entre las personas y los equipos multidisciplinares para mejorar la salud a lo largo del curso de vida.
- e) El modelo incorpora el enfoque de determinantes sociales, en donde reconoce la importancia de la participación de otros actores claves que tienen injerencia en la salud de las personas.
- f) El modelo contempla una serie de servicios de salud para asegurar la atención de la persona, familia y comunidad en todas las etapas de vida de la persona, desde la etapa prenatal hasta la etapa del adulto mayor.
- g) Los servicios de salud que considera el MCI involucran a los tres niveles de atención: primer, segundo y tercer nivel y a las Redes Integrales de Salud.

El Minsa estableció el Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad, como parte de sus funciones rectoras enfocadas en: (i) formulación, planeación, dirección, coordinación y ejecución de la política nacional y sectorial; (ii) dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales y la gestión de los recursos del sector y (iii) regular, vigilar y promover la cultura de la salud.

Asimismo, si bien el MCI se aprobó previamente a la Política Nacional Multisectorial de Salud “Perú, país saludable al 2030”, guarda coherencia con el lineamiento 2.5 del objetivo prioritario: “asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población, de la Política Nacional Multisectorial de Salud”.

En relación a las funciones específicas, el MCI cumple con sus funciones ligadas a: (i) realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación del estado de la salud de la población en todas sus etapas de vida; (ii) promover la participación social en salud, no solo desde la persona o individuo sino también desde la familia y su comunidad; (iii) formular y proponer políticas, lineamientos, estrategias y normas técnicas para el cumplimiento de los fines y objetivos en el marco de las políticas nacionales desarrolladas por el Estado; (iv) fortalecer la capacidad institucional de planificación en salud, entre otros. Adicionalmente, promueve el acceso equitativo a los servicios de salud y promueve la calidad del servicio de salud que brindan los distintos profesionales de la salud y el agente comunitario, que es actor clave del sector en los territorios más alejados.

Con relación a las funciones esenciales para una mejor práctica en salud, el MCI está vinculado con las funciones de seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud en todas las etapas de vida; promoción de la salud; participación de los ciudadanos en la salud; evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud y, sobre todo, a la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva. Desde el aspecto colectivo, se involucra a las familias y comunidades.

De igual forma, es importante mencionar que el instrumento fue socializado en junio del presente año a un total de treinta y siete de instituciones públicas y privadas con acción relevante en el sector Salud, con el objetivo de recoger comentarios y aportes que fortalezcan su contenido.

En ese sentido, el MFSS cuenta con la siguiente estructura: (i) Finalidad o propósito; (ii) Funciones principales: son aquellas funciones ligadas a mejorar los cuidados en las seis etapas de vida propuestas en el MCI; y, (iii) la lista de provisión de servicios de salud, aquellos servicios que se brindan a las personas, familia y comunidad.

Tabla N° 15. Esquema del Mapa Funcional Sectorial de Salud (MFSS) basado en el Modelo de Cuidado Integral de la Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)

Mapa funcional sectorial de Salud con fines de certificación de competencias			
Finalidad o propósito	Funciones principales o centrales	Provisión de servicios de salud	Descripción de los servicios
Garantizar los servicios de salud a través de un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación con un enfoque de cuidado integral de salud por cursos de vida, de acuerdo con el marco normativo vigente y a las políticas públicas.	Brindar los cuidados del periodo prenatal, de acuerdo con el marco normativo vigente.	Cuidados individuales: <ul style="list-style-type: none"> • Brindar atenciones preconcepcionales incluyendo, intervenciones de promoción de hábitos saludables, desarrollo emocional y prevención de enfermedades. • Brindar orientación sobre las prácticas de cuidado para la madre, su hijo/a y la familia en higiene, alimentación saludable, actividad física, salud mental e inmunizaciones. • Promover el control prenatal en los inicios del embarazo • Brindar atención prenatal reenfocado. • Realizar evaluación integral. • Realizar control nutricional. • Dar atención bucal. • Identificar riesgos obstétricos y perinatales. • Realizar sesiones de psicoprofilaxis junto a la pareja y familia. • Gestionar la identidad del neonato • Desarrollar acciones de apego precoz y lactancia materna. • Brindar suplementación de hierro y ácido fólico. • Brindar suplementación preventiva y recuperativa de hierro y ácido fólico hasta el puerperio inmediato. • Realizar parto institucional y cuidado del puerperio. • Brindar atención de la evolución de puerperio inmediato, mediato y tardío. • Brindar atención en anticoncepción Post-parto, post evento obstétrico (Orientación/Consejería en Planificación Familiar y entrega o aplicación de métodos anticonceptivos). • Realizar tamizaje de violencia. • Realizar consejería en lactancia materna. • Seguimiento y monitoreo de anemia en la gestante. • Brindar información, educación y comunicación sobre anemia en las gestantes. • Realizar sesiones de estimulación prenatal a la pareja y familia. • Realizar la atención oportuna y preferencial de la persona afectada por la violencia. • Prescripción de suplementación de ácido fólico, hierro y carbonato de calcio. • Atención del parto institucional con enfoque de interculturalidad incluyendo las acciones de parto humanizado, apego precoz, corte oportuno del cordón, inicio de la lactancia materna e identificación pelmatoscópica y dactilar de la madre. 	<p>De acuerdo con el Minsa (2020), la etapa prenatal constituye un periodo crítico para el desarrollo de la persona, el cual inicia con el cuidado y seguimiento preconcepcional, antes, durante y después del embarazo.</p> <p>Los cuidados de salud de este periodo están orientados a la gestante para el desarrollo de mecanismos de protección de su salud y, por ende, del feto, enfocados a lograr el bienestar físico, mental, emocional, afectivo y social; así como reducir las tasas de morbilidad y mortalidad y promover la paternidad y maternidad responsable.</p>
		Cuidados familiares: <ul style="list-style-type: none"> • Promover prácticas de higiene, provisión de alimentos y nutrición saludable. • Dar orientación en paternidad y maternidad responsable. 	Durante el periodo prenatal, la familia cumple un rol fundamental en el proceso debido a que son ellos

Mapa funcional sectorial de Salud con fines de certificación de competencias

Finalidad o propósito	Funciones principales o centrales	Provisión de servicios de salud	Descripción de los servicios
		<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar acciones extramurales en salud sexual reproductiva. • Dar consejería en salud reproductiva y planificación familiar. • Educar a la familia en signos de alarma de la gestante. • Dar orientación familiar para el cuidado del recién nacido o lactante. • Promover y fomentar la conformación de redes de apoyo para la lactancia. • Fomentar la participación de la pareja / acompañante en el parto. • Atención integral a la mujer y al grupo familiar en situación de violencia. • Promocionar, incentivar la cultura de paz y buen trato. 	<p>quienes proveen servicios de cuidados hacia la gestante. Por ello, el Minsa tiene la función de educar y sensibilizarlos sobre temas de control, cuidado, prevención y vigilancia, entre otros.</p>
		<p>Cuidados comunitarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la implementación de estrategias comunitarias en favor de la atención de la gestante. • Fomentar el funcionamiento de lactarios institucionales. • Fortalecer las competencias en los profesionales y técnicos de salud, así como a los agentes comunitarios, para contribuir a la atención a la gestante con pertinencia cultural. • Promover la implementación de estrategias [para] la atención de la gestante y del parto. 	<p>La provisión de los servicios de los cuidados de la gestante y la puérpera se otorgan no solo en la familia, sino también a la comunidad, ya sea en los espacios de desarrollo, centros de trabajo e instituciones educativas (Minsa, 2020).</p>
	<p>Brindar los cuidados por curso de vida niño o niña (0 a 11 años, 11 meses y 29 días), de acuerdo con el marco normativo vigente.</p>	<p>Cuidados individuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar atención inmediata y completa del recién nacido. • Realizar tamizaje neonatal. • Educar a la familia sobre los cuidados del recién nacido. • Dar consejería de lactancia materna y alimentación complementaria. • Realizar control de crecimiento y desarrollo (CRED) • Dar suplemento de hierro y tratamiento a la anemia. • Dar suplemento de vitamina A. • Realizar tamizaje de hemoglobina. • Tamizaje de parásitos y prescripción de antiparásitos. • Realizar evaluación de Índice de Masa Corporal para niños mayores de 5 años. • Realizar evaluación odontológica y salud bucal. • Realizar evaluación de la agudeza visual y auditiva. • Brindar educación en cuidados de salud mental, autoestima y habilidades sociales. • Realizar tamizaje de violencia intrafamiliar. • Realizar la atención oportuna y preferencial de la persona afectada por la violencia. • Realizar tamizaje de habilidades sociales de 8 años en adelante. • Realizar consejería en higiene. • Educar en cuidados en salud mental, autoestima y habilidades sociales. • Promover la alimentación saludable sostenible. 	<p>En esta etapa, se contemplan cuidados al niño o niña de acuerdo con el contexto y necesidades de la población, así como también los cuidados para prevenir la obesidad y las enfermedades crónicas.</p> <p>El objetivo es centrarse en el bienestar físico y mental, desarrollo cognitivo, psicomotor, emocional, afectivo y social, así como reducir las tasas de morbilidad y mortalidad infantil.</p>

Mapa funcional sectorial de Salud con fines de certificación de competencias

Finalidad o propósito	Funciones principales o centrales	Provisión de servicios de salud	Descripción de los servicios
		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar control cualitativo de yodo en sal. • Promover la implementación de grupos de apoyo a madres de niños menores de tres años. • Promover la implementación de quioscos saludables. • Realizar visita y atención domiciliaria según cronograma. • Atender las prioridades sanitarias y enfermedades prevalentes nacionales, regionales y locales. • Estimulación temprana o pautas para la atención temprana del desarrollo. • Realizar inmunizaciones según Esquema Nacional de Vacunación vigente. 	
		<p>Cuidados familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y complementaria hasta los dos años. • Implementar sesiones educativas y demostrativas en prácticas saludables. • Capacitar en pautas de crianza. • Promover estilos de vida saludable: prácticas de higiene, alimentación y nutrición saludable. • Cumplir con el calendario de vacunación, tamizaje de anemia y suplementación con micronutrientes. • Reforzar el entorno seguro y buen trato (manejo y prevención del bullying). • Realizar estimulación cognitiva, motora y de lenguaje. • Promover la prevención de riesgos (quemaduras, caídas, entre otras). • Promover medidas de protección frente a la radiación solar. • Dar consejería en factores de riesgo para cáncer. • Identificar síntomas de alarma de enfermedades prevalentes de la infancia. • Promover el uso racional del tiempo libre en los niños y niñas. • Promover la práctica de la actividad física en los niños y niñas. 	<p>Desde el ámbito familiar, se busca promover la lactancia materna, la alimentación saludable en los niños y niñas, la adecuada higiene, la estimulación del lenguaje, entre otros.</p>
		<p>Cuidados comunitarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar y articular acciones con servicios inicial ciclo1 (CUNAMAS) y ciclo 2 (preescolares) en las instituciones educativas para la inclusión de temas de salud en las actividades de la comunidad educativa. • Articular con las instituciones educativas para brindar de manera coordinada las siguientes actividades: evaluación de la antropometría, sesiones educativas de alimentación y nutrición saludable y monitoreo del Índice de Masa Corporal (IMC), suplementación con sulfato ferroso, tratamiento de la anemia, dosaje de hemoglobina, salud bucal, tamizaje de violencia escolar, sesiones educativas y sesiones demostrativas de prácticas y entornos saludables, entre otros. • Articular, coordinar con los sectores, entidades públicas y organizaciones comunales presentes en el territorio para la generación de espacios públicos 	<p>Desde el ámbito comunitario, se busca educar a la comunidad sobre la obesidad, las buenas prácticas alimenticias, la actividad física, entre otros. Por ejemplo, el Minsa sugiere que el Minedu promueva el acceso a los alimentos saludables en los colegios.</p>

Mapa funcional sectorial de Salud con fines de certificación de competencias

Finalidad o propósito	Funciones principales o centrales	Provisión de servicios de salud	Descripción de los servicios
		<p>saludables de juego, espacios recreativos, artísticos (música, danza, arte, entre otros), deportivos y culturales para interacción de las niñas, niños y sus familias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Articular y coordinar con los sectores, entidades públicas y organizaciones comunales presentes en el territorio para generar intervenciones articuladas para la prevención de desnutrición crónica y anemia (programas sociales y gobiernos locales). • Promover el funcionamiento de la vigilancia comunitaria para el adecuado crecimiento y óptimo desarrollo de las niñas y los niños, incluyendo la participación activa de la comunidad organizada y los agentes comunitarios. 	
	<p>Brindar los cuidados por curso de vida adolescente (12 años a 17 años, 11 meses y 29 días), de acuerdo con el marco normativo vigente.</p>	<p>Cuidados individuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar evaluación nutricional antropométrica y examen físico. • Realizar evaluación del desarrollo sexual según Tanner. • Realizar evaluación de la agudeza visual y auditiva. • Realizar evaluación odontológica y salud bucal. • Realizar inmunizaciones según el Esquema Nacional de Vacunación vigente. • Realizar tamizaje de anemia, parásitos, enfermedades transmisibles y no transmisibles. • Realizar monitoreo del Índice de Masa Corporal (IMC). • Dar suplementación de hierro y ácido fólico. • Dar consejería en el fortalecimiento de la autoestima, habilidades sociales para la vida. • Dar consejería / orientación en salud sexual y reproductiva. • Brindar información sobre el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos para reducir las inequidades en la toma de decisiones. • Realizar la toma de pruebas para el descarte de embarazo en adolescentes. • Realizar la toma de prueba rápida para la detección de VIH, sífilis y hepatitis B en adolescentes. • Realizar actividades de prevención de alcoholismo, uso de tabaco, nicotina y sustancias adictivas. • Promover estilos de vida saludables: buenas prácticas alimentarias, de higiene y actividad física. • Promover medidas de protección frente a la radiación solar. • Realizar sesiones educativas para la prevención de embarazos adolescentes, contagios de ITS / VIH-SIDA e higiene menstrual. • Realizar diagnóstico y educar en habilidades sociales. • Realizar tamizaje de violencia intrafamiliar. • Realizar la atención oportuna y preferencial de la persona afectada por la violencia. • Realizar tamizaje de conductas de riesgo. 	<p>En esta etapa, el trabajo no sólo se centra en la atención de los problemas de salud que los afecta físicamente, sino también se enfoca en la prevención de enfermedades y en fortalecer la autoestima de los/las adolescentes.</p> <p>Ésta también es una fase decisiva para el desarrollo de la persona.</p> <p>Los cuidados integrales se centran en el bienestar físico y mental y en el desarrollo cognitivo, psicomotor, emocional afectivo y social; así como también en reducir las tasas de morbilidad y mortalidad.</p>

Mapa funcional sectorial de Salud con fines de certificación de competencias

Finalidad o propósito	Funciones principales o centrales	Provisión de servicios de salud	Descripción de los servicios
		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar sensibilización en las prácticas de seguridad vial. • Sensibilizar en la preparación de desastres naturales y emergencias. • Elaborar el plan de vida y cultura previsional. • Atender las prioridades sanitarias y enfermedades prevalentes nacionales, regionales y locales. • Realizar visitas y atención domiciliaria. <p>Cuidados familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar consejería familiar para la prevención de riesgos y daños a la salud. • Dar consejería para la prevención de adicciones (ludopatía, alcohol y drogas). • Dar apoyo afectivo para su desarrollo y enfrentar problemas sociales (depresión, ansiedad, intento de suicidio, psicosis, pandillaje). • Fortalecer la consejería de principios y valores respecto a las personas en todas las etapas de vida. • Fomentar el espacio de diálogo intergeneracional. • Promover estilos de vida saludables: buenas prácticas alimentarias, de higiene y actividad física. • Educar en salud sexual y reproductiva con enfoque de género. • Atención integral a la mujer y al grupo familiar en situación de violencia. • Promocionar, incentivar la cultura de paz y buen trato. • Educar en deberes y derechos ciudadanos. • Dar acompañamiento para la comprensión de cambios. • Fortalecer las capacidades físicas e intelectuales. • Apoyar en la elaboración de plan de vida y cultura previsional. <p>Cuidados comunitarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover el acceso a espacios deportivos, recreativos y artísticos. • Fomentar la participación y expresión cultural. • Educar y sensibilizar en temas de salud sexual y reproductiva. • Sensibilizar en las prácticas de seguridad vial para la prevención de accidentes de tránsito. • Promover estilos de vida saludables: buenas prácticas alimentarias, de higiene y actividad física. • Difundir información acerca de los efectos nocivos de las drogas, alcohol y alimentos con poca calidad nutricional y con un alto contenido de grasa, azúcar y sal ("comida chatarra"). 	<p>Desde el ámbito familiar, se busca sensibilizar a las familias sobre los cambios que presentan los/las adolescentes, el apoyo afectivo y la importancia de elaborar su plan de vida.</p> <p>Desde el ámbito comunitario, el Minsa señala que la provisión de los cuidados se deberá brindar en las instituciones educativas. El Ministerio de Educación es el responsable de que estos cuidados se brinden en las instituciones.</p>
	<p>Brindar los cuidados por curso de vida joven (18 años a 29 años, 11 meses y 29 días), de</p>	<p>Cuidado individual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar evaluación nutricional antropométrica y examen físico. • Realizar evaluación de la agudeza visual y auditiva. • Realizar evaluación odontológica y salud bucal. 	<p>La finalidad del cuidado integral para el joven es el bienestar físico y mental, el desarrollo cognitivo, psicomotor, emocional, afectivo y</p>

Mapa funcional sectorial de Salud con fines de certificación de competencias

Finalidad o propósito	Funciones principales o centrales	Provisión de servicios de salud	Descripción de los servicios
	<p>acuerdo con el marco normativo vigente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar inmunizaciones según el Esquema Nacional de Vacunación vigente. • Tamizaje de enfermedades transmisibles y no transmisibles. • Realizar tamizaje de violencia intrafamiliar. • Realizar la atención oportuna y preferencial de la persona afectada por la violencia. • Realizar despistaje de cáncer de cuello uterino y otras enfermedades oncológicas. • Brindar consejería/ orientación en cáncer de cuello uterino, mama y otros. • Brindar orientación en acciones de cuidados de la salud mental, autoestima, habilidades sociales. • Trabajar en la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles. • Trabajar en la prevención del alcoholismo, uso de tabaco, nicotina y sustancias adictivas. • Trabajar en la identificación y manejo de problemas de salud mental: estrés, ansiedad, depresión y alcoholismo. • Dar consejería / orientación en salud sexual, reproductiva con enfoque de género, planificación familiar, embarazo no deseado y atención preconcepcional. • Brindar atenciones preconcepcionales incluyendo intervenciones de promoción de hábitos saludables, desarrollo emocional y prevención de enfermedades. • Realizar sesiones educativas en salud sexual y reproductiva con enfoque de género, planificación familiar y embarazo no deseado. • Realizar sesiones educativas en salud psicosocial y salud nutricional. • Educar en deberes y derechos ciudadanos. • Promover la preparación de desastres naturales y emergencias. • Promover estilos de vida saludables: buenas prácticas alimentarias, de higiene y actividad física. • Realizar monitoreo del Índice de Masa Corporal (IMC). • Promover medidas de protección frente a la radiación solar. • Atender las prioridades sanitarias y enfermedades prevalentes nacionales, regionales y locales. • Realizar visitas y atención domiciliarias. <p>Cuidado familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar consejería familiar para la prevención de riesgos y daños a la salud. • Dar consejería para el plan de vida. • Dar consejería para evitar adicciones (ludopatía, alcohol y drogas). • Promover espacios de diálogo intergeneracional. • Dar consejería de principios y valores: respeto a las personas. • Fomentar la educación en deberes y derechos ciudadanos. • Promover estilos de vida saludables: buenas prácticas alimentarias, de higiene y actividad física. 	<p>social. También busca implementar intervenciones preventivas que fomenten conductas de autocuidado, prevención y promoción de comportamientos saludables.</p> <p>Respecto a los cuidados familiares, los responsables de su implementación son los gobiernos locales en coordinación con las instituciones educativas de su territorio (Minsa, 2020).</p>

Mapa funcional sectorial de Salud con fines de certificación de competencias

Finalidad o propósito	Funciones principales o centrales	Provisión de servicios de salud	Descripción de los servicios
		<ul style="list-style-type: none"> • Orientar en la elaboración de plan de vida y cultura previsional. • Atención integral a la mujer y al grupo familiar en situación de violencia. • Promocionar, incentivar la cultura de paz y buen trato. 	
	<p>Brindar los cuidados por curso de vida adulto (30 años a 59 años, 11 meses y 29 días), de acuerdo con el marco normativo vigente.</p>	<p>Cuidado comunitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear iniciativas para el manejo del estrés. • Generar espacios deportivos, recreativos y culturales. • Conformar redes de soporte social. <p>Cuidado individual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar evaluación integral de la salud del adulto para identificar factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y transmisibles. • Realizar evaluación nutricional antropométrica y examen físico a fin de identificar factores de riesgo de malnutrición. • Realizar tamizaje de enfermedades transmisibles: ITS/VIH, entre otros. • Realizar evaluación de la agudeza visual y auditiva. • Realizar evaluación odontoestomatológica. • Realizar inmunizaciones según el Esquema Nacional de Vacunación vigente. • Realizar evaluación odontoestomatológica. • Realizar inmunizaciones según calendario nacional de vacunación correspondiente a la persona adulta. • Realizar tamizaje de violencia familiar. • Realizar la atención oportuna y preferencial de la persona afectada por la violencia • Desarrollar despistaje de cáncer de cuello uterino, de mama, próstata y otras enfermedades oncológicas. • Prevenir complicaciones de enfermedades crónicas: pie diabético, retinopatía, insuficiencia renal, entre otras. • Educar en salud sexual, reproductiva con enfoque de género y planificación familiar y embarazo no deseado, atención preconcepcional. • Brindar atenciones preconcepcionales incluyendo intervenciones de promoción de hábitos saludables, desarrollo emocional y prevención de enfermedades. • Brindar consejería/orientación y control en menopausia y climaterio. • Realizar charlas y consejería para prevenir el alcoholismo, uso de tabaco, nicotina y sustancias adictivas. • Desarrollar los cuidados de la salud mental, fortaleciendo el autoconocimiento, autoestima autocuidado y habilidades sociales. • Educar en deberes y derechos ciudadanos. • Sensibilizar en la preparación para desastres naturales y emergencias. • Trabajar en la identificación y manejo de problemas de salud mental: estrés, ansiedad, depresión y alcoholismo. 	<p>El estado en sus diferentes niveles de gobierno es el responsable de fomentar el empleo formal y bien remunerado.</p> <p>El objetivo del cuidado integral en el adulto es lograr el bienestar físico y mental, el desarrollo cognitivo, psicomotor, emocional, afectivo y social. También busca implementar intervenciones preventivas que fomenten conductas de autocuidado, prevención y promoción de comportamientos saludables.</p>

Mapa funcional sectorial de Salud con fines de certificación de competencias

Finalidad o propósito	Funciones principales o centrales	Provisión de servicios de salud	Descripción de los servicios
		<ul style="list-style-type: none"> • Dar charlas y consejería para la educación en deberes y derechos ciudadanos. • Dar charla y consejería para la reparación para desastres naturales y emergencias en la persona adulta. • Sensibilizar en prácticas de estilos de vida saludables como: buenas prácticas de higiene, alimentación nutritiva y saludable, salud y actividad física, horas de sueño y ocio. • Realizar monitoreo del Índice de Masa Corporal (IMC). • Promover medidas de protección frente a la radiación solar. • Realizar 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. • Realizar actividades de prevención y control de la discapacidad en el adulto. • Realizar visitas y dar atención domiciliaria, así como realizar la visita en el centro laboral o el que haga sus veces. • Seleccionar las prioridades sanitarias y enfermedades prevalentes nacionales, regionales y locales. 	
		<p>Cuidado familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar consejería familiar para la prevención de riesgos y daños a la salud. • Atención integral a la mujer y al grupo familiar en situación de violencia. • Promocionar, incentivar la cultura de paz y buen trato. • Dar consejería para evitar adicciones (ludopatía, alcohol y drogas). • Fomentar espacios de diálogo intergeneracional. • Fomentar la comunicación asertiva entre los integrantes de la familia. • Fortalecer la consejería en principios y valores. • Educar en derechos y derechos ciudadanos. • Fomentar estilos de vida y prácticas saludables en higiene, alimentación, nutrición saludable y actividad física. • Orientar en la elaboración de plan de vida y cultura previsional. 	<p>El estado en sus diferentes niveles de gobierno es el responsable de proveer espacios de esparcimiento para realizar deporte, lo cual ayudará a mejorar su estado físico.</p> <p>De acuerdo con el Minsa (2020), la provisión de los cuidados del adulto se otorga al gobierno local, centros de trabajo e instituciones educativas.</p>
		<p>Cuidado comunitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la creación y uso de espacios deportivos, recreativos y culturales. • Conformar redes de soporte social. • Promover iniciativas para el manejo del estrés. • Promover la participación en los asuntos públicos. 	<p>En los cuidados comunitarios para adultos se busca coordinar y articular con los sectores, instituciones privadas y la comunidad organizada en el territorio para promocionar y promover iniciativas y conductas.</p>

Mapa funcional sectorial de Salud con fines de certificación de competencias

Finalidad o propósito	Funciones principales o centrales	Provisión de servicios de salud	Descripción de los servicios
	<p>Brindar los cuidados por curso de vida adulto mayor (60 años a más), de acuerdo con el marco normativo vigente.</p>	<p>Cuidado individual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar valoración clínica del adulto mayor. • Realizar la valoración nutricional antropométrica. • Identificar síntomas y problemas geriátricos. • Evaluar la agudeza visual y auditiva. • Realizar inmunizaciones contra la influenza, neumonía y otros. • Realizar tamizaje de violencia familiar. • Realizar la atención oportuna y preferencial de la persona afectada por la violencia. • Realizar evaluación odontológica y salud bucal. • Realizar los tamizajes de enfermedades no transmisibles: dislipidemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, cáncer al cuello uterino, mama, próstata y densitometría. • Realizar tamizaje de cuello uterino, mama, próstata y otras enfermedades oncológicas. • Realizar tamizaje de enfermedades transmisibles. • Desarrollar acciones de prevención de complicaciones de enfermedades crónicas, tales como pie diabético, retinopatía, insuficiencia renal, entre otras. • Brindar la orientación en la prevención de caídas. • Desarrollar acciones para el cuidado de la salud mental, autoestima, habilidades sociales, manejo de emociones, prevención de la ansiedad, depresión, entre otros. • Educar en derechos y derechos ciudadanos. • Brindar consejería / orientación en salud sexual. • Promover la preparación en desastres naturales y emergencias. • Fomentar estilos de vida y prácticas saludables en higiene, alimentación, nutrición saludable y actividad física. • Brindar orientación en alimentación a cuidadores de adultos mayores. • Dar consejería en autocuidado, salud mental, alimentación, nutrición saludable, depresión, alcoholismo, cuidado ocupacional, actividad física, entre otros. • Sensibilizar en el uso de tiempo libre y habilidades para la vida. • Realizar visita y atención domiciliaria integral. • Atender las prioridades sanitarias y daños prevalentes nacional, regionales y locales. • Promover la participación del adulto mayor en los círculos/club de adulto mayor en los establecimientos de salud para el desarrollo de actividades de promoción, prevención, actividades educativas y recreativas, y uso de tiempo libre. • Orientar en la elaboración de plan de vida. • Fomentar el envejecimiento activo, productivo y saludable. 	<p>Los cuidados integrales de la etapa del adulto mayor se enfocan en promover un “envejecimiento saludable”, es decir, en reducir periodos de enfermedad, evitar complicaciones crónicas, preservar el mayor tiempo la funcionalidad, evitando la dependencia.</p>

Mapa funcional sectorial de Salud con fines de certificación de competencias

Finalidad o propósito	Funciones principales o centrales	Provisión de servicios de salud	Descripción de los servicios
		<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la agudeza visual y auditiva, brindando resolución quirúrgica (cataratas) y/o audífonos (hipocusia) en mejora de la calidad de vida. <p>Cuidados familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar consejería familiar para la prevención de riesgos y daños a la salud. • Atención integral a la mujer y al grupo familiar en situación de violencia. • Promocionar, incentivar la cultura de paz y buen trato. • Desarrollar actividades y acompañar en actividades recreativas y ocupacionales. • Dar consejería para evitar adicciones (ludopatía, alcohol y drogas). • Fomentar espacios de diálogo intergeneracional. • Promover la incorporación del adulto mayor en las actividades de la familia. • Prevenir accidentes dentro de la casa y fuera de ella y promover cuidados para la prevención de caídas. • Dar acompañamiento en los cuidados preventivos. • Acompañar en las indicaciones médicas en la administración del tratamiento farmacológico. • Sensibilizar en los cuidados para mantener la autonomía el mayor tiempo posible y prepararse para atenderlo en su etapa dependiente. • Instaurar un entorno adecuado en el hogar para la seguridad y recreación de la persona adulta mayor: comodidad, seguridad y movilidad. • Brindar orientación para un envejecimiento activo, productivo y saludable. • Promover estilos de vida saludables: buenas prácticas alimentarias, de higiene y actividad física. <p>Cuidados comunitarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar las redes de apoyo social y agentes comunitarios para contribuir a la vigilancia del cuidado integral de salud de las Persona Adulto Mayor (PAM). • Promover la participación de las PAM en los Centros de Atención Integral – CIAM de la municipalidad, clubes sociales, deportivos, entre otros. • Coordinar y articular con los programas sociales que involucre a este grupo. • Promocionar la seguridad vial, incluyendo el acceso a personas con discapacidad. 	<p>El estado en sus diferentes niveles de gobierno y en coordinación con otros sectores debe garantizar el desarrollo de actividades lúdicas, incorporación a familia, prevención y viviendas adecuadas.</p>
	<p>Brindar los cuidados según Ciclo Vital Familiar</p>	<p>Cuidados para la familia en formación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar consejería en preparación para la vida en pareja. • Brindar consejería/orientación en salud sexual y reproductiva. • Realizar consejería en preparación para la paternidad y maternidad responsable. • Orientar en el desarrollo de valores y principios. • Desarrollar habilidades de comunicación asertiva. • Orientar en la distribución de roles y responsabilidades. <p>Cuidados para la familia en expansión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la maternidad saludable. 	<p>Las funciones detalladas en cada ciclo vital familiar responden a la necesidad de realizar actividades e intervenciones por tipos de familia teniendo en cuenta que en cada existen prioridades que se deben fortalecer para influir de manera positiva en las demás.</p>

Mapa funcional sectorial de Salud con fines de certificación de competencias

Finalidad o propósito	Funciones principales o centrales	Provisión de servicios de salud	Descripción de los servicios
		<ul style="list-style-type: none"> • Orientar en los cuidados del recién nacido. • Promover la distribución adecuada de roles con la pareja y los hijos. • Sensibilizar la gestión de los recursos familiares. • Sensibilizar en el crecimiento y maduración con los hijos. <p>Cuidados para la familia en dispersión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar en la preparación para el retiro o jubilación. • Preparar para el fallecimiento de la pareja. • Promover los cuidados para enfrentar riesgos a la salud. • Promover los cuidados para prevenir complicaciones de enfermedades crónicas. <p>Cuidados comunitarios a las familias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover los servicios de saneamiento básico. • Fomentar mecanismos de seguridad ciudadana. • Promover iniciativas para la seguridad alimentaria. • Promover la participación social. • Desarrollar las habilidades sociales. 	
	Brindar cuidados integrales de salud a la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el diagnóstico de situación de salud de la población con la participación de la comunidad en su elaboración. • Establecer los canales de comunicación entre los integrantes de la comunidad y los diferentes sectores intervinientes. • Socializar con la comunidad los avances en la situación de salud y cumplimiento de las intervenciones sanitarias intersectoriales. • Fortalecer el liderazgo de la autoridad local. • Desarrollar espacios de concertación abiertos y organizados para priorizar áreas de intervención y estrategias con participación y responsabilidades compartidas. • Implementar y desarrollar estrategias de intervención en salud: instituciones educativas saludables, centros laborales saludables, municipios saludables entre otras. • Desarrollar capacitaciones de salud a los integrantes de la comunidad en vigilancia epidemiológica, salud ambiental, salud ocupacional, la preparación para emergencias y desastres en salud, entre otras actividades. • Brindar atención oportuna de salud en los servicios de emergencia. 	Las funciones que se identifican en la comunidad responden a la necesidad de proveer cuidados a las comunidades a fin de que se brinde protección y seguridad a los miembros de la comunidad en espacios saludables de desarrollo.

Elaboración propia. Fuente: Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA, 2020.

4.5. Relación de las funciones del Mapa Funcional Sectorial de Salud con los actores del Sistema Nacional de Salud

Respecto a la participación de los actores del sistema de salud, el Manual de Implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad indica que se requiere la participación de diferentes niveles de gestión del sistema de salud, bajo el liderazgo del Minsa, en su calidad de Autoridad Nacional de Salud. Asimismo, el Minsa señala que la organización para el funcionamiento del MCI debe estar basada en el enfoque territorial, orientado a conseguir resultados sanitarios y a lograr la integración de los sistemas, tanto de apoyo clínico como administrativo.

En ese sentido, las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) y las Gerenciales Regionales de Salud (GERESAS) a nivel nacional implementan el MCI en su territorio, siguiendo los lineamientos del Minsa. A su vez, la implementación en las regiones se realiza a través de las Redes Integradas de Salud (RIS), Redes de Servicios de Salud (RSS), dependiendo de la existencia de la jurisdicción y los Establecimientos de Salud (EESS), siendo aplicado por el recurso humano del sector Salud a nivel nacional.

Las Redes Integradas de Salud (RIS) y Redes de Servicios de Salud (RSS) son las responsables de la provisión del cuidado integral de salud a través de una cartera de servicios de salud individual y de salud pública bajo los principios de complementariedad y continuidad en la atención entre los Establecimientos de Salud (EESS) de las RIS o fuera de ella. Las modalidades que se pueden utilizar para la prestación de servicios son las modalidades de oferta fija, oferta móvil y telesalud, garantizando la disponibilidad de los recursos necesarios, entre ellos los recursos humanos.

A continuación, se precisan las funciones de cada actor:

Tabla N° 16. Actores que intervienen en la implementación del MCI

Actor	Funciones
<p style="text-align: center;">Autoridad Nacional de Salud - Minsa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejerce la conducción, coordinación, regulación, vigilancia y evaluación de las acciones de las instituciones de salud a nivel nacional. • Ejerce el liderazgo intersectorial en salud a nivel nacional en instituciones públicas y privadas de salud. • Diseña la normativa que regula la organización de las redes integrales de salud. • Elabora documentos normativos que definan las estrategias de implementación, desarrollo y funcionamiento del MCI. • Organiza, difunde, supervisa, monitorea y evalúa la implementación del MCI a nivel nacional. • Fortalece y articula los espacios de acción intersectorial (MINEDU, MIDIS, MIMP, MINJUS, entre otros, así como con los gobiernos locales, sociedad civil y otras organizaciones públicas y privadas). • Define los mecanismos de asignación de los diferentes recursos para la implementación, mantenimiento y funcionamiento del MCI. • Establece criterios de programación para el desarrollo de las actividades del MCI. • Diseña la propuesta de los flujos de atención. • Fortalece el sistema de referencia y contrarreferencia. • Promueve y ejecuta la capacitación y formación continua en el Cuidado Integral de la Salud por Cursos de Vida para la persona, familia y comunidad. • Involucra a las autoridades regiones en la organización y conducción de los procesos operativos del MCI en su ámbito territorial. • Promueve el intercambio de experiencias exitosas en el marco del MCI a nivel nacional. • Promueve la inclusión de los temas de Cuidado Integral de Salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad en los planes curriculares educativos.

Actor	Funciones
<p style="text-align: center;">Autoridad Regional de Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dirige, implementa y evalúa las Políticas de Atención Integral de Salud en condiciones de calidad y oportunidad, en el marco de los derechos en salud a todos los habitantes de la región. • Conformar el Equipo Regional de Implementación del MCI. • Capacita en forma continua en el Cuidado Integral de Salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad. • Cumple y hace cumplir los documentos técnicos normativos. • Elabora un plan regional de implementación y diseña estrategias que se adecuan a las características sociales, económicas con pertinencia cultural. • Organiza, difunde, supervisa, monitorea y evalúa el proceso de implementación. • Conduce la gestión y articulación intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales de la salud a fin de asegurar la consolidación del MCI. • Organiza los servicios de salud para la provisión del cuidado integral de la persona, familia y comunidad con pertinencia cultural. • Planifica la conformación de equipos multidisciplinarios para el Cuidado Integral dentro y fuera de los EESS. • Brinda asesoría técnica a los gobiernos locales de su jurisdicción para la implementación del MCI. • Fortalece el sistema de referencia y contrarreferencia. • Promueve y ejecuta la capacitación y formación continua en el Cuidado Integral de la Salud por Cursos de Vida para la persona, familia y comunidad. • Promueve y difunde experiencias exitosas en el marco del MCI a nivel nacional.
<p style="text-align: center;">Redes Integradas de salud y Redes de Servicios de Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prestan servicios de salud de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, y abordan los determinantes sociales de la salud, aplicando los atributos de la estrategia de atención primaria de salud y del MCI. • Conformar el Equipo Regional de Implementación del MCI. • Elabora, ejecuta monitorea y evalúa el Plan de Implementación del MCI, en el marco de su jurisdicción. • Capacita y fortalece competencias al equipo de gestión y equipos técnicos de la RIS o RSS en habilidades de gestión, organización y provisión de los servicios de salud. • Capacita y fortalece competencias a los equipos multidisciplinarios de los EESS en habilidades de gestión, organización y provisión de los servicios de salud. • Identifica y prioriza las necesidades sanitarias para responder a los requerimientos de la provisión de cuidados integrales de salud individuales, familiares y colectivos. • Implementa y capacita el Sistema de Información e Historias Clínicas Electrónicas en los EESS. • Fortalece los procesos de referencia y contrarreferencia, con flujos de atención estandarizados y diferenciados. • Implementa los acuerdos de gestión, según los niveles de atención.
<p style="text-align: center;">Establecimientos de Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitan el acceso al cuidado integral de salud de las personas y familias de forma oportuna y con calidad, de acuerdo a sus competencias. • Conformar el Equipo Regional de Implementación del MCI. • Capacita en forma continua en el Cuidado Integral de Salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad. • Elabora el Plan Local de Implementación del MCI. • Elabora el Diagnóstico situacional. • Elabora mapeo geo socio sanitario. • Fortalece la sectorización comunitaria y asigna responsabilidades del ámbito territorial concertadas con las autoridades locales. • Implementa la Ficha familiar en el sector asignado para realizar el censo familiar, la identificación del grupo familiar, así como la definición de riesgos familiares para su intervención y el seguimiento correspondiente. • Programa equipos multidisciplinarios de salud para brindar los cuidados integrales de salud dentro y fuera del establecimiento de salud. • Prioriza y brinda la atención de salud de acuerdo con la cartera de servicio. • Registra, analiza y reporta la información de las actividades dentro y fuera del establecimiento de salud. • Implementa y difunde mecanismos de comunicación con enfoque de género, derecho e interculturalidad a la persona, familia y comunidad desde el primer contacto hasta el seguimiento extramural. • Establece el flujo de atención y circuitos para la provisión de los cuidados integrales de salud de la persona, familia y comunidad.

Actor	Funciones
	<ul style="list-style-type: none"> • Implementa y adecua las instalaciones de acuerdo con el MCI con pertinencia cultural. • Considera la participación de la comunidad durante el proceso de implementación del MCI.

Fuente: Resolución Ministerial N° 220-2021-MINSA.
Elaboración propia.

Respecto a la gestión de recursos humanos del MCI y la capacitación de los recursos humanos sobre temas del curso de vida, el numeral 5.2.2. de la Resolución Ministerial N° 220-2021-MINSA, Documento Técnico: Manual de implementación del MCI, indica que acorde a las Políticas Nacional de Salud y al Reglamento de la Ley N° 30885 – Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integrales de Salud, Direcciones Ejecutivas de Recursos Humanos, el recurso humano de organiza de la siguiente manera:

- a) Conforman el equipo de salud constituido por un/a médico (a, un/a enfermera, un/a obstetra y un/a técnico/a o auxiliar asistencial de la salud según la disponibilidad de recursos, el que puede incluir a los profesionales de acuerdo con las necesidades de salud de la población asignada.
- b) Se refuerza la atención integral para el caso de poblaciones excluidas y dispersas, a través del Equipo de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas⁶¹ (Equipo AISPED).
- c) Organiza el recurso humano acorde a la cartera de servicios de salud del EESS.
- d) Planifica, evalúa e informa los resultados sanitarios (de salud individual y salud pública) y de los recursos humanos, en concordancia a los sistemas administrativos.

⁶¹ De acuerdo con el Minsa (2009), el equipo multidisciplinario es un equipo de trabajadores de salud que, mediante la oferta móvil de salud, se desplazan a las localidades consideradas excluidas y dispersas para brindar atención integral en salud de manera complementaria con la red de servicios de salud. Asimismo, la oferta móvil está constituida por los servicios que se brindan, mediante el desplazamiento de recursos humanos y tecnológicos, el lugar donde se encuentra la población a atender.

V. CONCLUSIONES

- a) El numeral 1 del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (Minsa), establece que el Minsa es competente en la **salud de las personas**; aseguramiento en salud; epidemias y emergencias sanitarias; salud ambiental e inocuidad alimentaria; inteligencia sanitaria, productos farmacéuticos y sanitarios, dispositivos médicos y establecimientos farmacéuticos; **recursos humanos en salud**; infraestructura y equipamiento en salud e investigación y tecnologías en salud.
- b) El Minsa es la Autoridad Nacional de Salud (ANS) que tiene como principal función rectora: formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno.
- c) La política nacional del sector Salud vigente es la “Política Nacional Multisectorial en Salud al 2030 “Perú, país saludable””. Dicha política se realizó con enfoque basado en derechos humanos, enfoque diferencial, enfoque territorial, enfoque en equidad y en los determinantes sociales de la salud, enfoque de cursos de vida, enfoque de género, enfoque de discapacidad, enfoque de inclusión social, enfoque intercultural y con enfoque de Gestión de Riesgo ante Desastres.
- d) El “Modelo de Cuidado Integral de la Salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad” es el modelo vigente que actualmente está implementando el brinda para organizar la provisión de servicios que brinda. Es un modelo innovador porque no solo determina una serie de servicios necesarios para la persona, sino también identifica servicios para la familia y comunidad, entendiendo que estos últimos también influyen en el desarrollo y bienestar de la persona. Asimismo, el MCI asegura la provisión de cuidados integrales de la salud a la población sana y con enfermedad, a través de una cartera de cuidados por cursos de vida para la persona, familia y comunidad. Los servicios se brindan en los diferentes establecimientos de salud, de manera articulada con otras instituciones prestadoras de servicios de salud para la continuidad de la atención de los usuarios, según sea el caso. El MCI se centra en satisfacer las necesidades de salud de las personas por curso de vida, familia y comunidad de forma continua y permanente.
- e) El accionar del Sineace, en el ámbito de la certificación de competencias profesionales, se desarrolla actualmente en concordancia con su normativa vigente, la Política Nacional de Competitividad y Productividad, la Política Nacional de Educación Superior y Técnico-Productiva, el Marco Nacional de Cualificaciones del Perú (MNCP) y el proyecto de adhesión del Perú a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).
- f) Actualmente, la certificación de competencias profesionales conducida por el Sineace se encuentra regulada por los siguientes documentos: (i) Reglamento de Autorización de Entidades Certificadoras de Competencias; (ii) Directiva de Seguimiento y Evaluación de Entidades Certificadoras de Competencias; (iii) Guía Técnica de Evaluación y Certificación de Competencias (modificatoria); (iv) Directiva de Evaluación y Certificación de Competencias; (v) Guía Técnica “Procedimiento de Autorización de Entidades Certificadoras de Competencias” ; (vi) Directiva para la Normalización de Competencias; (vii) Guía Técnica para la Normalización de Competencias.

- g) El análisis de la certificación de competencias permitirá al Sineace promover la pertinencia y viabilidad de las normas de competencia elaboradas y aprobadas, que evidencien alineamiento con los propósitos de los sectores, a fin de que se asegure la generación de valor público en las personas certificadas y en los mismos sectores que emplean a dichas personas. Además, se espera que la certificación de competencias se convierta en un mecanismo que coadyuve con la transitabilidad educativa de las personas certificadas hacia niveles superiores de cualificación.
- h) La propuesta de Mapa Funcional Sectorial de Salud (MFSS) se ha diseñado teniendo como principal referente el MCI. De esta forma, se han identificado las funciones principales, la oferta de servicios de salud (prestación de servicios de salud) por etapas de vida (prenatal, niño/a, adolescente, joven, adulto mujer y varón y adulto mayor), por ciclo vital familiar (familia en formación, familia en expansión, familia en dispersión y familia en contracción) y por cuidados comunitarios a las familias.
- i) El Mapa Funcional Sectorial de Salud, elaborado por el Sineace, es el resultado de una revisión exhaustiva y minuciosa de las políticas, normas, planes, programas, modelos y otros documentos técnicos del sector Salud. Tras su elaboración, se identificaron un total de treinta y siete instituciones claves del sector Salud, tanto públicos como privados, con los cuales se compartió dicha propuesta, y se incorporaron los comentarios y aportes correspondientes en la presente versión.
- j) Finalmente, consideramos que este documento técnico representa un aporte valioso para abordar de manera integral los reconocimientos de aprendizajes previos obtenidos a través de la experiencia o la práctica en el sector Salud, en el marco de la normativa vigente y de la implementación progresiva del Marco Nacional de Cualificaciones del Perú (MNCP).



-  www.gob.pe/sineace
-  Av. República de Panamá N° 3659 - 3663, San Isidro, Lima
-  (511) 6371122 - 6371123
-  /SINEACEOFICIAL
-  @SineacePeru
-  Sineace
-  Sineace CalidadEducativa
-  sineaceperu



PERÚ

Ministerio
de Educación



Sineace



Siempre
con el pueblo



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024