



Revista Médica Herediana
ISSN: 1018-130X
ISSN: 1729-214X
juan.miyahira@upch.pe
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Análisis de políticas públicas en salud: el caso de recursos humanos en el Perú

Llanos Zavalaga, Luis Fernando; Castro Quiroz, José Alberto; Cerna Silva, Carolina

Análisis de políticas públicas en salud: el caso de recursos humanos en el Perú

Revista Médica Herediana, vol. 33, núm. 3, 2022

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338073337003>

DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v33i3.4338>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.


Análisis de políticas públicas en salud: el caso de recursos humanos en el Perú


Analysis of the development of human resources policies in health in Peru

Luis Fernando Llanos Zavalaga ^{a c *}
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú
luis.llanos@upch.pe

 <https://orcid.org/0000-0001-6050-6001>

DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v33i3.4338>
Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338073337003>

José Alberto Castro Quiroz ^{aa d}
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú
 <https://orcid.org/0000-0002-2006-3637>

Carolina Cerna Silva ^{b e}
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú
 <https://orcid.org/0000-0002-9672-397X>

Recepción: 28 Agosto 2021
Aprobación: 27 Julio 2022

RESUMEN:

Objetivo: Analizar el desarrollo de políticas de recursos humanos en salud en Perú. **Material y métodos:** Estudio transversal de análisis de Políticas de recursos humanos en Salud. Se identificaron lineamientos de política, se analizó grado de cumplimiento considerando tres herramientas de implementación: regulación, persuasión e incentivos. El análisis histórico consideró: acción política, respuesta sociedad civil y adaptación estatal. **Resultados:** Entre 1980 y 2020 se identificaron 11 lineamientos de política sectorial (cinco con un lineamiento en recursos humanos) y dos lineamientos de política específicos de recursos humanos; no necesariamente coincidentes. Los instrumentos de implementación de políticas más utilizadas fueron control, incentivo y mixtas. Los incentivos incluyeron, mayores salarios y puntajes al postular a especialidad. Hubo distorsiones tipo boomerang. **Conclusiones:** No se identificó Política de Estado en recursos humanos en salud. Los limitados efectos de las políticas sectoriales se basaron en la escasa participación de actores sociales, la alta rotación de funcionarios, el limitado control y el uso incompleto de incentivos.

NOTAS DE AUTOR

- a Médico Cirujano
- c Maestría en Políticas, Planificación y Financiamiento en Salud
- aa Médico Cirujano
- d Maestría en Programas y Proyectos Sociales
- b Enfermera
- e Maestría en Administración y Gerencia en Salud

Correspondencia: Luis Fernando Llanos Zavalaga. Dirección: Calle Las Lilas 435 – Urb. San Eugenio. Lince Teléfono: (511)-999660680.
Correo electrónico: luis.llanos@upch.pe

DECLARACIÓN DE INTERESES

- * Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

La eficacia y sostenibilidad de una política requiere apropiación, liderazgo, financiamiento y armonización de las herramientas de implementación.

PALABRAS CLAVE: Política pública, recursos humanos en salud, formulación de políticas, estudio de evaluación.

ABSTRACT:

Objective: To analyze the development of human resources policies in health in Peru. *Methods:* Cross-sectional analysis study of Health Human Resources Policies of the Ministry of Health. To this end, various Policy documents developed in Peru were reviewed, before and after the Toronto Call to Action and its degree of implementation, through three implementation tools: controls (sticks), persuasion (sermons) and incentives (carrots). The historical analysis considered: political action, civil society response and state adaptation. *Results:* 11 Sector Policy Guidelines were identified (five with a human resource guideline) and two specific Policy Guidelines by Line Directions; both groups not necessarily coincident. In its implementation, mainly control and persuasion policy tools were used, as well as mixed tools. Mostly control and persuasion policy tools (as well as mixed tools) were used. Incentives included better salaries and higher scores when applying for specialty positions; however, it presented distortions as an unsatisfactory motivator. *Conclusions:* no State Policy in human resources was identify (long term). The policies implemented are fundamentally sticks and sermons and had limited effect, due to high staff turnover and little participation by social actors, with the consequent weakening of initiatives. Incomplete use of incentives generated boomerang-like results. The effectiveness and sustainability require, harmony and continuity between Policies, and Management appropriates, leads and finances them, the harmonization of the three tools to their full potential.

KEYWORDS: Public policy, human resources in health, policy making, evaluation study.

INTRODUCCION

En Alma-Ata se reconoció a la salud como un derecho humano fundamental y a la atención primaria de salud (APS) como modelo de salud pública a seguir (1). Los modelos actuales promueven la cobertura universal en salud. Identificándose en América dos racionalidades en dichos procesos. La primera basada en cambios en el aseguramiento en salud, para aumentar la cobertura financiera y atender más población. La segunda, impulsando cambios en el modelo organizacional, buscando mejorar las condiciones de acceso (2). En ambos modelos los recursos humanos son el elemento central.

En el Perú la gestión de los recursos humanos en salud (RHUS) tuvo hitos trascendentales que marcaron un antes y un después y buscaron fortalecer sus competencias como: la generada en 1930 por Manuel Núñez Butrón (brigadas Rijchary con participación de curanderos, evangélicos y licenciados del ejército) que realizó las primeras actividades de capacitación pioneras de APS, así como la capacitación y formación salubrista del personal de salud iniciada en 1964 por la Escuela Nacional de Salud Pública - ENSAP (3). Ambas experiencias no constituyeron políticas públicas.

En la década de los 80s, se emiten los primeros lineamientos de política sectorial en salud y el primer lineamiento en RHUS (Lineamiento 8). En el año 2005, a partir de lo dispuesto en el “Llamado a la Acción de Toronto. 2006-2015 Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas”, se emiten los primeros Lineamientos específicos de política de RHUS, que definieron políticas y planes para adecuar la fuerza de trabajo a los cambios en los sistemas de salud (4). No obstante, los logros sanitarios y los objetivos alcanzados en recursos humanos en salud podrían ponerse en riesgo si las políticas al respecto no se consolidan. El objetivo de este estudio fue analizar las políticas de recursos humanos en salud en Perú y describir las herramientas de política utilizadas en su implementación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal de análisis de políticas de RHUS. Se revisó la base de datos de la biblioteca del MINSA, de universidades y documentos de internet, identificando los lineamientos de política sectorial del Ministerio de Salud y los lineamientos específicos de política de RHUS. La revisión de diversas fuentes secundarias y

estadísticas nacionales permitió examinar el desarrollo y grado de implementación y sostenibilidad alcanzada. Se utilizó el análisis histórico para describir la acción política, respuesta de la sociedad civil y adaptación estatal. (5)

Se profundizó el análisis de las políticas a través de un enfoque de gobernanza y el resurgimiento de variables sociales y de contexto en las políticas (*policies*) públicas (6), enfatizando en su implementación el enfoque de instrumentos específicos descritos por Bemelmans-Videc et al. (7), que los clasificó en: regulación o controles (*sticks*), medios económicos o incentivos (*carrots*) e información o persuasión (*sermons*).

Los controles son herramientas regulatorias de la autoridad. Se agrupan en generales y específicas. Las específicas pueden tener objetivos económicos o sociales, desarrollando acciones obligatorias, de orientación y permisos, que se centran en lograr su cumplimiento (8,9). Los incentivos son instrumentos de política económica afirmativa que buscan motivar el cambio de comportamiento mediante cargos, subsidios o transferencia condicional de fondos y multas. Los cargos y multas establecen límites al aumentar el costo o riesgos asociados a ellos. (10,11). La persuasión (*sermons*) constituyen programas de información que buscan motivar el comportamiento a través de información, argumentos, base moral, provisión de data fáctica o identificación de objetivos de política. (12,13,14)

RESULTADOS

En el periodo 1980-2020, se emitieron 11 lineamientos de política sectorial – LPS (algunos llamados Pilares o Prioridades de Gestión) (15,16,17,18,19,20,21,22,23) y dos lineamientos de política específicos de recursos humanos – LE RHS (24,25); cinco de los LPS establecieron específicamente al menos un lineamiento de política en RHUS. El primero en 1980 proyectó establecer una política de RHUS, el segundo en 1991 planteó revalorizar los RHUS, el tercero en 2002, una política de gestión y desarrollo de RHUS con respeto y dignidad, el cuarto en 2007, el desarrollo de los RHUS y el quinto en 2012, reformar la política de gestión de RHUS. Los 6 restantes abordaron el tema como parte de actividades, propuestas diversas o indirectamente en otro lineamiento (tabla 1).

El primero no logró establecer la política de RHUS. El segundo impulsó el desarrollo integral e interdisciplinario de los RHUS con participación de instituciones formadoras y prestadoras, para generar personal capacitado, actualizado y comprometido institucionalmente y con la población.

TABLA 1
Lineamientos de Política Sectorial – LPS en recursos humanos. Perú 1980-2020

Fecha	Lineamientos de Política Sectorial / Políticas RRHH	Lineamiento / Componente
1980-1985	Primer Lineamiento Política: Diagnóstico, Política y Acciones Prioritarias del Sector Salud (1982)	<p>Contiene dos lineamientos REHUS.</p> <p>Lineamiento 8: Establecer una Política de recursos humanos en salud, acorde con las necesidades del Sector y las aspiraciones del personal.</p> <p>Lineamiento 15: Promover la Investigación científica y desarrollo de tecnología apropiada al Sector.</p>
1986-1990	Segundo Lineamientos de Política Sectorial	Enfocados más a la demanda. No hay alusión expresa a los Recursos Humanos.
1991-1994	Tercero: Hacia un Sistema Nacional Regionalizado e Integrado de la Salud	Lineamiento 5: Revalorización de los Recursos Humanos.
1995-2000	Cuarto: El desafío del cambio del milenio: Un sector con equidad, eficiencia y calidad lineamientos de política de salud. Periodo 1995-2000	No hubo un Lineamiento específico para RRHH. Relacionado el Lineamiento 2: Modernizar el Sector Salud: Incorporar el Sector a la Revolución Científico – Tecnológica y Renovar los Enfoques en Salud
2002-2006	Quinto: Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002–2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Ag.2001- Jul 2006	Lineamiento 4: Política de gestión y desarrollo de recursos humanos con respeto y dignidad

TABLA 1 (CONTINUACIÓN)
Lineamientos de Política Sectorial – LPS en recursos humanos. Perú 1980-2020

2007-2011	Sexto: Lineamientos de Política Salud 2007-2020 y	Sexto: En el Plan Nacional Concertado de Salud 2007 Lineamiento 6: Desarrollo de los Recursos Humanos
	Séptimo 2: Lineamientos de Gestión (2009- 2011)	Séptimo: Relacionado a RRHH: un compromiso conjunto para definir una clara política de recursos humanos (énfasis en mejora salarial, ampliación de plazas y modalidades de contratación)
2011-2015	Tres declaratorias de Lineamientos/ Pilares o Prioridades de Política:	Sólo hubo un Lineamiento específico para REHUS julio 2012- 2014.
	Octavo: Políticas de Salud Nacionales y Regionales 2011	Octavo: Relacionado al Lineamiento 2: Garantizar que la población acceda a una atención de calidad con énfasis en la población más vulnerable. (Dando énfasis a infraestructura equipamiento y RRHH).
	Noveno: Lineamientos y medidas de Reforma del sector salud.	Noveno: Lineamiento 4: Reformar la Política de Gestión de Recursos Humanos. Tuvo además relación con el Lineamiento 2: Fortalecer la APS.
	Décimo: Bases de Reforma con pilares denominadas más salud	Décimo: REHUS mencionado y relacionado en rubro Prioridades
2016-2018	Décimo primero: Se plantearon 5 Ejes de Gestión.	Eje de Gestión 3: revalorización de los recursos humanos
2019 - 2020	No se emitieron lineamientos de política	

El tercero enfatizó la promoción de RHUS a través de sistema de méritos, línea de carrera, remuneraciones idóneas y fomento del desempeño. La ENSAP ente directivo de la gestión de los recursos humanos pasó a ser un organismo público descentralizado denominado Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos

(IDREH), el cual oficializó los primeros lineamientos de política específicos en recursos humanos en salud - LE RHS (tabla 2), desarrollando un plan de implementación mediante el cual se creó: El Sistema Nacional de Residentado Médico-SINAREME que integró profesiones, instituyó un sistema tripartito: reguladores (Colegio Médico, Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) y MINSA), prestadores (MINSA, ESSALUD) y formadores (universidades), conformando comités a nivel nacional y regional (26). Realizó un estudio de prioridades de especialización en Medicina. Propuso crear el Sistema Nacional de Articulación de Docencia, Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES) como espacio de regulación del acceso y la gestión de los campos clínicos y planteó que el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) asuma criterios para asignar plazas en espacios de escaso desarrollo y gran pobreza, logrando que el programa social Juntos, financie plazas (medicina, enfermería y obstetricia) destinadas a equipos de trabajo en provincias excluidas y extrema pobreza. Abordó la aprobación de una política integral de remuneraciones, desempeño y riesgo según el nivel de atención y reguló la formación de posgrado para adecuar la oferta de profesional a las necesidades del país. (27)

El cuarto dio énfasis al capital humano como instrumento fundamental para lograr el cambio responsable del sistema de salud, estableció que la gestión de RHUS debe responder a las necesidades del sector; así como, garantizar su formación y motivación con una política de incentivos y énfasis en ámbitos desfavorables, fortaleciendo la oferta en el primer nivel de atención. El quinto, cambió de denominación a Dirección General de Personal de Salud, dirección que posteriormente en el 2018 actualizaría los lineamientos específicos de política de recursos humanos, generando el segundo lineamiento específico de política - LE RHS con 11 postulados (tabla 2).

Se identificaron un conjunto de herramientas de política con las cuales el MINSA implementó las políticas de REHUS. Los tipos fueron de regulación o controles (*sticks*), medios económicos o incentivos (*carrots*) e información o persuasión (*sermons*) (tabla 3). Fueron expresiones de control acompañadas con algo de persuasión, las intervenciones que promovieron la rectoría del MINSA como CONAREME; Comité de Articulación, Docencia, Atención en Salud e Investigación (CONADASI); comité central y regionales del SERUMS, entre otros. Las herramientas de persuasión encaminaron la disposición para conformar equipos de salud familiar y comunitaria, como del equipo básico de salud. Las iniciativas que promovieron la articulación con otros actores sociales utilizaron la persuasión (con algo de control), como SINAPRES y SINAREME, en tanto que a través de herramientas de incentivos desarrollaron con universidades el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM) dirigido a los equipos básicos de salud (EBS) y el pago de bonos de salud pública como reconocimiento del desarrollo del PROFAM.

Se desarrollaron herramientas de incentivos en el marco de la generación de relaciones laborales saludables. En el caso del SERUMS se aplicó respecto del personal en asignaciones priorizadas (zonas alejada o fronteriza, zona de emergencia). Estos incentivos se plasmaron en mejores salarios y mayores puntajes para cuando los profesionales de salud decidieran postular a plazas para realizar especialidades.

TABLA 2
Gestión y Políticas de RRHH por estructura interna
(Dirección encargada) MINSA. Periodo 1964 – 2020

	Periodo 2002 - 2006	Periodo 2017-2020
Dirección encargada	Instituto Desarrollo de Recursos Humanos – IDREH Dos áreas: Dirección de Políticas y la Dirección de Formación y Perfeccionamiento (que incluyó funciones de ex ENSAP).	Dirección General Personal de Salud – DGPS. D.E Planificación de Personal de Salud y D.E Fortalecimiento de Capacidades de Personal de la Salud.
Enfoque	Llamado a la acción de Toronto - 2006-2015: Una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas.	Llamado a la acción de Toronto. Polít. Regionales RH.
Lineamientos Política	Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud.	Lineamientos de Política de Recursos Humanos en Salud 2018-2030
Específicos	Estrategia para el abordaje de los nuevos desafíos del campo de los RHUS Lineamiento 1. Formación de REHUS basado en el MAIS, perfil demográfico, sociocultural y epidemiológico, considerando particularidades región/ local. Lineamiento 2. Planificación estratégica de REHUS con equidad, considerando perfil demográfico, sociocultural y epidemiológico y necesidades de salud de la población. Lineamiento 3. Gestión descentralizada de RHUS como parte de gestión de servicios, reconociendo la centralidad e integralidad de RH en desarrollo organizacional. Lineamiento 4. Gestión de procesos eficaces, eficientes y equitativos para desarrollo de capacidades del personal de salud, a fin de contribuir a la mejora de su desempeño y de la atención de salud de la población	Lineamiento 1: Fortalecer capacidad de gestión autoridades del nivel regional. Lineamiento 2: Potenciar la capacidad de captación, gestión y racionalización para gestión y DRH. Implementar Sistema de control gerencial rendición cuentas. Lineamiento 3: Estrategias de dotación, para cierre brechas y distribución equitativa personal orientadas a mejorar la densidad. Lineamiento 4: Formular mec. reclutamiento, selección y retención de REHUS según análisis de puestos y perfiles.

TABLA 2 (CONTINUACIÓN)
Gestión y Políticas de RRHH por estructura interna
(Dirección encargada) MINSA. Periodo 1964 – 2020

Lineamiento 5. Valoración de agentes comunitarios como RH relevantes del SS, y su contribución a la salud y desarrollo, en ámbitos local, regional y nacional	Lineamiento 5: Fortalecer Sistema de Información Integrado acorde a procesos de seguridad y control de calidad.
Lineamiento 6. Marco normativo laboral integral que considere el ingreso en base a perfiles ocupacionales por competencias y promoción en la carrera pública, beneficios e incentivos con justicia y equidad.	Lineamiento 6: Articulación. docencia-servicio, gestionando acciones para que formación de estudiantes (preuniversitario, segunda especialidad profesional y técnica) sea calidad y pertinencia a realidad.
Lineamiento 7. Mejoramiento de las condiciones de trabajo, promoción y compromiso del trabajador para renovada cultura organizacional y entrega de servicios de calidad.	Lineamiento 7: Equipos multidisciplinarios con competencia adecuadas para implementar MAIS-BFC y redes integradas.
Lineamiento 8. Concertación y negociación en las relaciones laborales, basados en el respeto y dignidad del trabajador para el logro de la misión institucional.	Lineamiento 8: Procesos monitoreo y evaluación desarrollo de capacidades - fortalecimiento del Sistema Información de Formación.
	Lineamiento 9: Regular la revalorización del trab. del personal a través de criterios para compensaciones, establecidas en carrera pública.
	Lineamiento 10: Procesos de bienestar y seguridad del trabajo del personal institucional.
	Lineamiento 11: Espacios de dialogo y participación del personal de salud en la toma de decisiones para la mejora condiciones laborales.
	Lineamiento 12: Aporte del personal en el cumplimiento de los objetivos y metas de rendimiento laboral.
	Lineamiento 13: Incentivar las intervenciones para mejorar el rendimiento laboral considerando los resultados de la evaluación y seguimiento

TABLA 3
Herramientas de política utilizadas en implementación de Políticas
REHUS MINSA concordancia con Líneas de Acción de Toronto.

	Lineamientos Llamado a la Acción Toronto	Herramientas de Política		
		Controles (<i>sticks</i>)	Persuasión (<i>sermons</i>)	Incentivos (<i>carrots</i>)
1	Políticas y planes de largo plazo.	No Política de Estado -RRHH. 5 lineamientos de Política con mención RRHH. Rector: Comité de Articulación, Docencia, Atención en Salud e Investigación (CONADASI). Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME). Comité Central y Regionales del SERUMS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud (ORHUS) y el CONAPRES: Comité Nacional de Pre-Grado Salud.	Dos lineamientos específicos de Políticas de REHUS.	
2	Personas adecuadas en los lugares adecuados.	Imposibilidad de trabajo en el estado si no han realizado su SERUMS. Decreto Legislativo D.L. 1153, en su extremo de, creación del Registro Nacional del Personal de la Salud.	Implementación del Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria - PROFAM; que se desarrolla a través de las universidades y está dirigido a los equipos básicos de salud (EBS) del primer nivel de atención.	Formación de personal nombrado en el MINSA, bono de salud pública, incentivos económicos para zonas de frontera y bono de especialista. El SERUM reformado. Ley Servir.
3	Regular desplazamientos y migraciones.	Diversos convenios con Países de reconocimiento de grados y títulos.	Determinación de brechas de recursos humanos.	D.L 1153 que regula política integral compensaciones y entregas económicas (incentivos monetarios con

TABLA 3 (CONTINUACIÓN)
Herramientas de política utilizadas en implementación de Políticas
REHUS MINSA concordancia con Líneas de Acción de Toronto.

			énfasis en los EESS de los ámbitos de gobiernos regionales). Ley de Reinserción Económica y Social para Migrante Retornado y Contrato a Investigadores que migraron.
4	Generar relaciones laborales entre trabajadores y organizaciones de salud que promuevan ambientes de trabajo saludables.	Decreto Supremo N°009-2005-TR, que aprueba el reglamento de salud y seguridad en el trabajo. SINAPRES: iniciativas de articulación entre los diversos sectores (prestador, regulador y formador).	Conformación de equipo de salud familiar y comunitaria en el equipo básico de salud. Con la autoridad nacional del servicio civil (servir), ha diseñado los perfiles de competencia para los gerentes de servicios de salud y capacita profesionales para ocupar cargos de directores de hospitales y redes de asistencia del país
5	Desarrollar mecanismos de interacción entre instituciones formadoras (universidades, institutos) y servicios de salud.	Se asignan al puesto, de acuerdo a situaciones excepcionales y particulares relacionadas con el desempeño. Las que tienen mayor relación con el primer nivel de atención son: Atención especializada, para puestos estratégicos de primer y segundo nivel.	SINAREME. Ampliación de Oferta sin garantía de Calidad. Creación de SUNEDU Perú, Instancias de Articulación de las Políticas de Educación y Trabajo: Comité Nacional de Pre grado en Salud, Comité Nacional Residentado Médico, Comité Nacional Residentado Odontológico y Convenio con el Ministerio de Educación, orientado a fortalecer las capacidades de los trabajadores del sector.
			SERUMS con Asignaciones priorizadas: Zona alejada o fronteriza, Zona de emergencia, APS: se entrega a puestos en el primer de atención destinados a realizar intervenciones de APS a las familias y comunidades, debiendo cumplir con el perfil definido. Puntajes de SERUMS.
			Diversas iniciativas para estimular a los académicos (mayor puntaje en la postulación al Residentado).

DISCUSIÓN

En los últimos 40 años se emitieron 11 lineamientos de políticas del MINSA, de los cuales 5 tuvieron un lineamiento expreso referente a recursos humanos. En dicho periodo se emitieron dos lineamientos de política específicos, el primero a cargo del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos y el segundo por la Dirección General de Personal de la Salud. No hubo continuidad entre ellos, observándose limitaciones para establecer una Política de Estado (política a largo plazo) para el desarrollo de recursos humanos. Esta realidad es concordante con la premisa del riesgo que representa la alta rotación de ministros y equipos de gestión en la sostenibilidad de políticas de Estado o que dificultan su implementación (28), así como que, en un sistema de salud segmentado y fragmentado, el sistema de salud presenta ineficiencias, debilitamiento del rol rector, del trabajo intersectorial y no suelen darse políticas sostenibles y eficaces (29,30,31,32,33).

Diversos estudios consideran que los avances en el campo del desarrollo y la gestión de los RHUS se orientaron al cumplimiento de metas regionales, a la expansión de la dotación de recursos a nivel nacional y el fortalecimiento de competencias y capacidades (34-36). Característica que fueron el hilo conductor en los Lineamientos de políticas específicas, que han intentado desde el 2005, fortalecer y consolidar la gobernanza y la rectoría, desarrollar condiciones y capacidades de los RHUS y concertar con el sector educativo la respuesta a las necesidades de los sistemas de salud, más no han podido implementarse adecuadamente. Consideramos que para que las políticas específicas de RHUS sean sostenibles, requieren que exista armonía con los lineamientos de política sectorial; que la alta dirección se apropie, lidere, financie y de continuidad a las políticas de RHUS y que las direcciones de línea al ejecutarlas, armonicen en todo su potencial las herramientas de política.

Conceptualmente los contextos políticos y organizativos de los últimos 40 años determinaron la elección de uno o más instrumentos en la toma de decisiones de política (7), donde la probabilidad de implementación exitosa (o no) del instrumento seleccionado se reprodujo en el proceso de selección. Por lo que los cambios en el sistema de salud, el proceso de descentralización y separación de funciones en los diversos niveles de gobierno, diversificación de actores (Ente rector, instituciones formadoras - universidades, colegios profesionales, sindicatos, SERVIR, sector privado, entre otros), agregaron nuevos componentes contextuales para el análisis.

En ese contexto, las herramientas de política utilizadas no fueron puras, sino que incluyeron elementos de más de una, deviniendo en herramientas mixtas a predominio de regulación e información. Las herramientas normativas que promovieron la rectoría del Ministerio de Salud estuvieron acompañadas con algo de persuasión a efectos de facilitar su implementación; mientras que las iniciativas que promovieron la articulación con otros actores sociales utilizaron herramientas de información (*sermon*) con algo de control a fin de facilitar la articulación.

En tanto que las herramientas que utilizaron medios económicos e incentivos (*carrots*), en un contexto de limitación de recursos económicos y recursos humanos en regiones, se orientaron más al personal de salud en su periodo SERUMS, para incentivar su desplazamiento a zonas alejadas, zonas fronterizas, o de emergencia, o realizar una especialidad (beneficio de mayores puntajes al postular a una especialidad). Sin embargo, la experiencia país muestra un uso incompleto de los incentivos económicos (a la par un factor motivador insatisfactorio según Herzber (37), como un mecanismo para mejorar sólo los salarios de los trabajadores en general, con sueldos no acordes con las profesiones, lo cual en lugar de ser un motivador de la sana competencia profesional, generaron resultados secundarios tipo boomerang o perversión de incentivos.

En un contexto de incertidumbre laboral (contratos por terceros, CAS, u otros) e incipiente servicio civil meritocrático, se promulgó la Ley SERVIR, con limitada implementación fáctica en el Ministerio de Salud (38), muchos de estos incentivos propuestos como motivadores de la competencia profesional sana, han terminado convirtiéndose en bonos para todo el personal médico, sin promover mayor competitividad y con alguna discriminación sobre los profesionales no médicos. Las herramientas motivacionales requieren de mayor consenso de los diversos actores, negociaciones, estudios de eficacia y sobre todo de su sostenibilidad financiera.

Lo exhaustiva de la identificación de documentos de gestión ministerial en los periodos anteriores a la década de los 80s, tiene como limitaciones las propias de los archivos oficiales del MINSA.

En conclusión, la mayoría de gestiones ministeriales emitieron lineamientos de política, algunos tuvieron un lineamiento expreso en recursos humanos. En las dos últimas décadas se agregaron lineamientos específicos con diversos grados de implementación e instrumentos específicos de implementación.

Se recomienda que las herramientas de política se complementen con otras intervenciones y estrategias que permitan generar resultados efectivos; enfatizando aspectos comunicacionales y de marketing en su implementación. Así como que el MINSA impulse una Política de Estado sobre RHUS, teniendo en cuenta las lecciones aprendidas al implementar políticas, normativamente sólida, de carácter intersectorial e interinstitucional, con liderazgo integrador, armonización de las herramientas de implementación y financiamiento garantizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR. Geneva: WHO; 1978. (Citado el 17 de diciembre de 2019) Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. Rectoría y gobernanza hacia la salud universal. En: Organización Panamericana de la Salud Salud en las Américas 2017. Washington, DC: Organización Panamericana de la

Salud; 2017. (Citado el 17 de diciembre de 2019) Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=309&lang=es

3. Bustíos C, Díaz P. Historia de la Escuela de Salud Pública del Perú (1964-1985): Antecedentes, desarrollo y comentarios. Lima: MINSA, 2019. 129 pp.
4. Organización Panamericana de la Salud. Llamado a la Acción de Toronto 2006-2015. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud 4-7 de octubre de 2005. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
5. Gofen A, Paula P, Needham CE, Warren K, Winblad U. Negotiated Compliance at the Street Level: Personalizing Immunization in England, Israel, and Sweden. *Public Adm.* 2019;97(1): 195–209.
6. Howlett M. Managing the 'Hollow State': Procedural Policy Instruments and Modern Governance. *IPAC.* 2000;43(4):412-31.
7. Bemelmans-Videc ML, Rist RC, Vedung E. Carrots, Sticks and Sermons. Policy Instruments & their Evaluation. 1st ed. London: Transaction Publishers; 1998.
8. Kelman HC. Reflections on the Social and Psychological Processes of Legitimization and Delegitimization. En: Jost JT, Major B editors. *The Psychology of Legitimacy: Emerging Perspectives on Ideology, Justice, and Intergroup Relations*, 2001. Cambridge: Cambridge University Press. Pp. 54–73.
9. Lemaire D. The Stick: Regulation as a Tool of Government. En: Bemelmans-Videc ML, Rist RC and Vedung E. editors *Carrots, Sticks and Sermons. Policy Instruments & their Evaluation.*. London: Transaction Publishers. 1998: 59-76. 9
10. Leeuw FL. The Carrot: Subsidies as a Tool of Government- Theory and Practice. En: *Carrots, Sticks and Sermons. Policy Instruments & their Evaluation.* Bemelmans-Videc ML, Rist RC, Vedung E editors. London: Transaction Publishers. 1998. P. 77-102.
11. Schneider A, Ingram H. Behavioural Assumptions of Policy Tools. *J Polit.* 1990;52(2): 510-29.
12. John P. All Tools are Informational Now: How Information and Persuasion define the Tools of Government. *Policy Polit.* 2013;41(4): 605-20.
13. Linder S, Peters B. Instruments of Government: Perceptions and Contexts. *J Public Policy.* 1999; 1:35–58.
14. Schneider A, Ingram H. Social Construction of Target Populations: Implications for Politics and Policy. *Am Political Sci Rev.* 1993;87(2):334–47.
15. Ministerio de Salud. Diagnóstico y política y acciones prioritarias del sector salud. Lima: Ministerio de Salud; Julio 1982.
16. Ministerio de Salud. Política Nacional de salud. Principales Logros 1985-1990. Lima: Ministerio de Salud ; Junio 1990.
17. Ministerio de Salud. Hacia un sistema nacional regionalizado e integrado de salud (objetivos, políticas, metas). Gestión Gubernamental 1990-1995. Lima: Ministerio de Salud.
18. Ministerio de Salud. Lineamientos de Política de salud 1995-2000. El desafío del cambio de milenio: un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lima: Ministerio de Salud; 1996.
19. Ministerio de Salud. Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012 y principios fundamentales para el plan estratégico sectorial del quinquenio agosto 2001-julio 2006. Lima: Ministerio de Salud; Julio 2002..
20. Ministerio de Salud. Plan nacional Concertado de Salud. Lima: Ministerio de Salud; Julio 2007.
21. Ministerio de Salud. Lineamientos de Gestión: Ministro de Salud Oscar Ugarte Ubilluz. Lima: Ministerio de Salud; 2018.
22. Ministerio de Salud. Vivamos el cambio. Lineamientos y medidas de reforma del sector salud. Lima: Ministerio de Salud; Julio 2013.
23. Ministerio de Salud. Sustentación del proyecto de presupuesto del año fiscal 2017. Sector Salud Ministra Patricia García. Lima: Ministerio de Salud; 2016.

24. Ministerio de Salud. Plan nacional concertado para la década del desarrollo de los recursos humanos en salud. El camino peruano. Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos-IDREH. 2006-2015. Lima: Ministerio de Salud; 2007.
25. Ministerio de Salud. Documento Técnico Lineamientos de política de recursos humanos en salud 2018-2030. Resolución Ministerial N° 1357-2018/MINSA. Lima: Ministerio de Salud; 28 de diciembre del 2018.
26. Ministerio de Salud. Recursos Humanos en Salud al 2011: Evidencias para la toma de decisiones. Lima: Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud; 2011.
27. Ministerio de Salud. Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud, Perú 2007 - 2015. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. Lima: Ministerio de Salud; 2013.
28. Gozzer G, Canchihumán F, Chalco V, et al. Duración de la gestión ministerial y logros en salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2021;38(2):326-36. doi: 10.17843/rpmesp.2021.382.6721
29. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53avo Consejo Directivo, 66ava Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014. (Citado el 17 de diciembre de 2022). Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>
30. Lazo O, Alcalde J, Espinoza O. El Sistema de salud en Perú, situación y desafíos. Lima: Colegio Médico del Perú, REP; 2016.
31. Cuba-Fuentes M, Romero-Albino Z, Domínguez R, Rojas Mezarina L, Villanueva R. Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú a cuarenta años de Alma Ata. *An Fac med*. 2018; 79(4): 346-350. Doi:10.15381/anales.v79i4.15642
32. González C, Castillo-Laborde C, Matute I. (Ed). Serie de salud poblacional: Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Santiago, Chile: CEPS, Fac. de Medicina. CAS-UDD; 2019.
33. Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. 2019. DOI: 10.37774/9789275322642
34. Inga-Berrospe F, Arosquipa Rodríguez C. Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad de atención. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019; 36(2):312-8. doi: 10.17843/rpmesp.2019.362.4493
35. Arroyo J. Los Recursos Humanos en Salud en Perú al 2010 Informe País al Taller de San Salvador, 4 - 5 mayo 2010. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2020. (Citado el 17 de diciembre de 2022). Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/RH-Estudio-PERSMay10.pdf>
36. Ministerio de Salud. Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú 2017. Lima: Dirección General de Personal de la Salud. Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud; 2017.
37. Robbins S, Judge T. Comportamiento organizacional. Ciudad de Mexico: PEARSON; 2013.
38. Grijalva T F. Factores que limitan la implementación del servicio civil meritocrático en el Ministerio de Salud del Perú, período 2017 – 2018. Tesis de Maestría. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2019. (Citado el 12 enero 2021). Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12404/15866>

NOTAS

Declaración de financiamiento: El estudio fue financiado por los autores.

Contribución de autoría: LFLZ: Diseño del estudio, interpretación de los resultados; revisión crítica, aprobación de la versión final a ser publicada. JACQ: Diseño del estudio, recolección de datos, interpretación de los resultados; redacción del artículo. CCS: Recolección de datos, revisión crítica, responsable de la integridad científica del artículo.

ENLACE ALTERNATIVO

<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/4338/4886> (pdf)