



MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

PROGRAMAS PRIORITARIOS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD A EVALUAR:

- 1. SERVICIO RURAL URBANO MARGINAL EN SALUD – SERUMS**
- 2. SISTEMA NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO - SINAREME**
- 3. PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA CON
ÉNFASIS EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA - PROFAM**

Dr. Pedro DÍAZ URTEAGA
Director Adjunto

Dra. Donatila Ávila Chavez
Coordinadora Técnica

Ministerio de Salud del Perú
Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos

Descripción de los programas prioritarios de recursos humanos a evaluar

► PROGRAMA 1:

SERVICIO RURAL URBANO MARGINAL EN SALUD - SERUMS

I. NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN:

Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos –
Ministerio de Salud de la República del Perú

II. TÍTULO DEL PROGRAMA:

Programa del Servicio Rural Urbano Marginal en Salud – SERUMS

III. MISIÓN, METAS Y OBJETIVOS:

El **Programa del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUMS**, fue creado en el año 1981 teniendo como base el Servicio Civil de Graduandos - SECIGRA, que funcionó en la década de 1970. El SERUMS, es un programa de servicio a la comunidad efectuado por los profesionales de la salud titulados y colegiados, en establecimientos de salud del primer y segundo nivel del Sector.

El SERUMS, tiene por Objetivo:

- Contribuir en la atención de salud de la población más vulnerable del país;
- Desarrollar actividades preventivo promocionales en establecimientos de salud del sector, como acción complementaria para el cumplimiento de los planes de desarrollo y sectoriales de salud.

IV. EXPECTATIVAS DEL PROGRAMA EN LO QUE RESPECTA A PRODUCCIÓN, RESULTADOS E IMPACTOS GENERALES SOBRE EL SISTEMA DE SALUD:

- Dotar con Médico, Enfermero y Obstetra al 100% en los distritos pobres (Quintil I, II, III)
- Mejorar el acceso a los servicios de salud y la atención de salud en las poblaciones en extrema pobreza, muy pobre y pobre
- Desarrollar competencias en los profesionales de la salud SERUMS, en atención primaria de salud.

V. DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES CONCRETAS QUE SE HAN ADOPTADOS PARA LOGRAR CADA UNO DE LOS OBJETIVOS FIJADOS

Metas del programa a corto, mediano y largo plazo e indicadores para cada uno de sus objetivos:

OBJETIVOS	ACCIONES CONCRETAS ADOPTADAS
<p>Contribuir en la atención de salud de la población más vulnerable del país</p> <p>Dotar con Médico, Enfermero y Obstetra al 100% en los distritos pobres (Quintil I, II, III)</p>	<p>Incremento de financiamiento para 500 cupos por año para profesionales SERUMS:</p> <p>Con financiamiento MINSA y Gobiernos Regionales</p> <p>2006 = 1577</p> <p>2013 = 7834</p> <p>2016 = 9334</p>
<p>Desarrollar actividades preventivo promocionales en establecimientos de salud del sector, como acción complementaria para el cumplimiento de los planes de desarrollo y sectoriales de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preventivo promocionales en la comunidad - Atención Integral de Salud, y actividades administrativas - Educación para la salud - Capacitación continua y permanente - investigación en servicio - Elaboración de un plan integral de salud local 	<p>Desarrollar competencias en atención primaria de salud, en los profesionales de las ciencias de la salud SERUMS</p>

Estrategias Pendientes

- Incremento de financiamiento MINSA, para 500 Profesionales de la Salud SERUMS, por año.
- Implementar una Política de Remuneraciones, Incentivos y Bonificaciones: remuneración diferenciada que considere ubicación, acceso geográfico y logros sanitarios.
- Disminuir la brecha entre las competencias del profesional y las necesidades del Servicio.
- Alinear el Programa del Servicio SERUMS, con la propuesta de Carrera Sanitaria, como puerta de entrada al Sistema de Salud.
- Planificación integral: Reubicación de plazas, articulación con Presupuesto por Resultados, articulación con actores claves.
- Actualización del marco normativo SERUMS.
- Fortalecer la Red Virtual "Comunícate SERUMS".
- Autorización de establecimientos de salud para el Programa SERUMS
- Plan de Capacitación con enfoque de competencias.
- Implementación de nuevas estrategias de capacitación: Proyectos de Telesalud (Telemedicina).

VI. DESCRIBIR EL CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLO ELPROGRAMA

Describir la magnitud de los problemas de RHS a que el programa se dirige:

- Población de las zonas de menor desarrollo sin acceso a la atención de salud
- Atención de Salud recuperativa, sin tener en cuenta las actividades Preventivo promocionales en la comunidad; educación para la salud; capacitación continua y permanente; investigación en servicio y elaboración de un plan integral de salud local.
- Altos indicadores de daños a la salud poblacional
- Programa de Servicio de Graduandos en Medicina Humana SECIGRA, profesionales no titulados y vista como una acción educativa
- Ausencia de reconocimiento y bonificaciones en el Programa SECIGRA
- Explosión de Universidades formadoras de profesionales de las ciencias de la salud

VII. IDENTIFICAR CUÁLES DE LAS METAS DE RHUS ESTÁN VINCULADAS AL PROGRAMA

- Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, con la Dotación de profesionales de la salud SERUMS, que permita disminuir la inequidad en salud
- Desarrollo de competencias de los profesionales de la salud para el cuidado integral de la salud.

Vinculado con:

- El proceso de descentralización del país.
- La Promoción de la ciudadanía de los más pobres.
- El desarrollo local y la interacción cultural.

PRIMER DESAFÍO DE LA DÉCADA DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

“Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, logrando una distribución equitativa de los trabajadores de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con las diferentes necesidades de salud de la población”.

(Llamado a la Acción, OPS Toronto 2005)

VIII. IDENTIFICAR EL (LOS) PROGRAMA (S) DE SERVICIOS DE SALUD QUE TIENEN ENLACES O SOPORTA LA META O LAS METAS:

- Estrategia de Atención Integral de Salud
- Organización de Servicios de Salud
- Sistema Integral de Salud
- Desarrollo de Capacidades en Salud
- Planificación de Recursos Humanos en Salud
- Proyectos de Inversión Pública

IX. DETALLE EL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS:

▪ **Programa del Servicio Rural Urbano Marginal - SERUMS**

Durante este año 2013, se oferta un total de 7834 para profesionales de la salud con una inversión de aproximadamente 180 millones de nuevos soles.

X. IDENTIFICAR SI EL PROGRAMA ESTÁ EN DESARROLLO, LLEVADO A CABO, O SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN OPERACIÓN O SE HA TERMINADO:

Se encuentra en funcionamiento y los criterios para la planificación de los profesionales de las ciencias de la salud SERUMS, son los siguientes:

- **Identificación del ámbito para la dotación de profesionales:**
 - Distritos de extrema pobreza, muy pobres o pobres (quintil I, II y III) del total de departamentos del país.
- **Criterios para la dotación:**
 - **Medicina, Enfermería, Obstetricia.**
 - Brecha de Recursos Humanos por Departamento.
 - Establecimiento de Salud del 1º nivel de atención.
 - Duplicidad de Recursos Humanos en el EESS.
 - **Nutrición.**
 - Departamentos del ámbito de JUNTOS-CRECER.
 - Establecimiento de Salud del I-4, ó, I-3.
 - Existencia o no de Recursos Humanos en el EESS.
 - **Biología.**
 - Departamentos con reportes de alguna enfermedad metaxémica.
 - Establecimiento de Salud II-1, ó, I-4.
 - Existencia o no de Recursos Humanos en el EESS
 - **Medicina Veterinaria.**
 - Departamentos con algún reporte de Rabia.
 - Establecimiento de Salud del I-4, ó I-3.
 - Existencia o no de Recursos Humanos en el EESS

– **Ingeniería Sanitaria.**

- Departamentos del ámbito CRECER.
- Establecimiento de Salud I-4, ó, I-3.
- Existencia o no de Recursos Humanos en el EESS

XI. DURACIÓN DEL TIEMPO EN QUE EL PROGRAMA HA ESTADO EN FUNCIONAMIENTO:

- **El SERUMS, es un programa creado en el año 1981 mediante Ley N° 23330 y su reglamento aprobado por D.S. N° 005-97-SA el año 1997,** destinado principalmente a brindar atención integral de la Salud a poblaciones más vulnerables del país, la que es realizada por profesionales de la salud Médicos Cirujanos, Odontólogos, Enfermeras, Obstetras, Químicos-Farmacéuticos, Nutricionistas, Tecnólogos Médicos, Asistentes Sociales, Biólogos, Psicólogos, médicos Veterinarios e Ingenieros Sanitarios en los establecimientos del primer y segundo nivel de atención.
- El SERUMS es requisito indispensable para:
 - Ingresar a laborar en los establecimientos del Sector Público en la condición de nombrados, contratados o por servicios no personales.
 - Ingresar a los Programas de Segunda Especialización a nivel nacional.
 - Recibir del Estado becas u otras ayudas equivalentes para estudio de perfeccionamiento en el País o en el extranjero
- Las modalidades para el desarrollo del SERUMS:
 - **Modalidad Remunerada:** Mediante contrato, debiendo realizar el servicio preferentemente en establecimientos de salud ubicados en las CATEGORÍAS I y II. Si no alcanzan las plazas podrían intentar en la siguiente modalidad.
 - **Modalidad de Equivalente (Ad Honorem):** en una entidad pública o no pública previamente determinada por la autoridad competente.
 - **Modalidad de Acuerdo de Partes:** es otra modalidad del servicio, a

establecerse mediante un convenio entre el Ministerio de Salud y las Instituciones no públicas, con el compromiso de estas últimas, de financiar el SERUMS de los profesionales que presten sus servicios por doce (12) meses en sus dependencias.

- Los requisitos para efectuar el Servicio Rural y Urbano Marginal son los siguientes:
 - a. Ser profesional de la Salud, titulado, colegiado y registrado en la Oficina Ejecutiva de Personal del Ministerio de Salud, o en la Oficina Similar de la Región de Salud o Subregión de Salud correspondiente.
 - b. Acreditar mediante Certificado expedido por una Institución de Salud del Estado, de gozar de buena salud física y mental. El Certificado será visado por el Comité Médico.

XII. IDENTIFICAR EL CALENDARIO DEL PROGRAMA:

- 2006 = 1577
- 2013 = 7834
- 2014 = 8334
- 2015 = 8834
- 2016 = 9334

XIII. HACER UNA LISTA DE LOS SOCIOS (PARTNERS) QUE PARTICIPAN EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA Y SU IMPLEMENTACIÓN:

Participan en el desarrollo del Programa SERUMS, con decisión política y con financiamiento para los profesionales SERUMS; los representantes de las Instituciones Prestadoras de Salud:

- Seguridad Social – EsSalud;
- Sanidades de la Fuerzas Armadas FF.AA (Ejército, Marina y Fuerza Aérea);
- Policía Nacional del Perú PNP;
- Ministerio de Salud – MINSA
- Gobiernos Regionales
- Instituciones Privadas con Convenios

XIV. IDENTIFICAR A LOS SOCIOS Y LAS PARTES INTERESADAS QUE SE VEN AFECTADOS POR EL PROGRAMA, INCLUYENDO TODOS LOS BENEFICIARIOS.

- Percepción de los participantes que ven retrasados en un año su especialización

XV. DECRIBIR CUALQUIER SEGUIMIENTO O PROCESO DE EVALUACIÓN EN RELACIÓN CON EL PROGRAMA:



✓ El gráfico muestra que el Programa SERUMS, ha incorporado y priorizado los profesionales SERUMS en los distritos de extrema pobreza, muy pobres y pobres (Q1-Q3), llegando a cubrir el 83.13% de estos Distritos, el resto se encuentra en los Q4 y Q5 (9.71%).

✓ Asimismo se observa que en el Q1 se tiene el 92.97% de cobertura de profesionales SERUMS, en el Q2 se llega al 75.18% y en el Q3 se alcanza al 72.29% de cobertura por profesionales SERUMS.

✓ Finalmente del total de distritos del país, el 79.01% ya cuenta con profesionales SERUMS, expresión de la contribución del estado, a través del sector salud, con la Inclusión Social y el Derecho a la Salud.

QUINTIL DISTRITAL	N° DE DISTRITOS	DISTRITOS CON SERUMS	COBERTURA CON PROFESIONALES SERUMS
I	811	754	92.97
II	689	518	75.18
III	231	167	72.29
SUB TOTAL	1731	1439	83.13
IV	55	7	12.73
V	48	3	6.25
SUB TOTAL	103	10	9.71
TOTAL	1834	1449	79.01

CUADRO DE LA OFERTA POR PROCESO POR INSTITUCION 2013	
INSTITUCION	SUB TOTAL
Ministerio de Salud	6265
Gobiernos Regionales	1566
Seguro Social ESSALUD	626
Sanidades: PNP/EP/FAP/MG	342
Convenios otras Instituciones	47
Total	8,846

**DISTRITOS CONSIDERADOS POBRES, CON QUE CUENTAN CON PROFESIONAL
SERUMS, AÑO 2012**

Quintil	N° distritos	Oferta plazas MINSA y Gob. Regional	Distrito con profesional SERUMS	Cobertura
Quintil I, extremo pobre	811	755	745	99%
Quintil II, muy pobre	689	519	513	99%
Quintil III, pobre	231	169	163	96%

Descripción de los programas prioritarios de recursos humanos a evaluar

► PROGRAMA 2:

SISTEMA NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO - SINAREME

I. NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN:

Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos
Ministerio de Salud de la República del Perú

II. TÍTULO DEL PROGRAMA:

Sistema Nacional de Residentado Médico - SINAREME

III. MISIÓN, METAS Y OBJETIVOS:

El Sistema Nacional de Residentado Médico es el responsable de la coordinación del proceso de formación de especialistas en las diversas ramas de la Medicina Humana; debiendo buscar el logro de niveles óptimos, tanto en el proceso formativo como en la prestación de servicios a través de una adecuada utilización de la infraestructura existente y de la aplicación actualizada del conocimiento médico-científico.

Asimismo contribuirá a través de sus acciones a la aplicación y desarrollo de la Política Nacional de Salud

Son objetivos del Sistema Nacional de Residentado Médico:

- a) Garantizar que la formación especializada para médicos se desarrolle con los mejores niveles de calidad y de acuerdo a las reales necesidades y posibilidades del país.
- b) Brindar al Médico Residente un conocimiento integral de la realidad nacional con particular énfasis en lo referente a su especialidad, promoviendo en el profesional una profunda disposición de servicios a la comunidad.
- c) Desarrollar en el Médico Residente una voluntad de continuo perfeccionamiento de sus conocimientos, destrezas y actitudes.

IV. EXPECTATIVAS DEL PROGRAMA EN LO QUE RESPECTA A PRODUCCIÓN, RESULTADOS E IMPACTOS GENERALES SOBRE EL SISTEMA DE SALUD:

- Mejorar el acceso de la población a la atención especializada en los establecimientos de salud
- Cerrar las brechas del déficit de Médicos Especialistas a nivel nacional

V. DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES CONCRETAS QUE SE HAN ADOPTADOS PARA LOGRAR CADA UNO DE LOS OBJETIVOS FIJADOS

Metas del programa a corto, mediano y largo plazo e indicadores para cada uno de sus objetivos:

OBJETIVOS	ACCIONES CONCRETAS ADOPTADAS
a) Garantizar que la formación especializada para médicos se desarrolle con los mejores niveles de calidad y de acuerdo a las reales necesidades y posibilidades del país.	- Ministerio de Salud ha Incrementado el financiamiento de 600 plazas para la formación de médicos especialistas 2013 = 600 + 943 históricas (1543)
b) Brindar al Médico Residente un conocimiento integral de la realidad nacional con particular énfasis en lo referente a su especialidad, promoviendo en el profesional una profunda disposición de servicios a la comunidad.	- Autorización de Campos Clínicos para la formación de médicos especialistas, con base en los instrumentos de evaluación - Elaboración de estándares de formación de especialidades y subespecialidades
c) Desarrollar en el Médico Residente una voluntad de continuo perfeccionamiento de sus conocimientos, destrezas y actitudes.	- Monitoreo y Seguimiento de los Comités Hospitalarios - Reuniones con las instituciones prestadoras de servicios de salud y las

	<p>instituciones formadoras de recursos humanos en salud para consensuar las necesidades de especialistas y su número de plazas a ofertar</p> <p>- Cálculo de brechas de médicos especialistas en el segundo y el tercer nivel de atención</p>
--	--

VI. DESCRIBIR EL CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLO ELPROGRAMA

Describir la magnitud de los problemas de RHS a que el programa se dirige:

- Población sin acceso a la atención especializada de salud
- Grave déficit de médicos especialistas a nivel nacional y expansión de la infraestructura hospitalaria de los últimos 50 años.
- El Ministerio de Salud sin rectoría para la regulación de la formación de especialistas en sus establecimientos de salud (prioridades de especialidades prioritarias, campos clínicos, para la formación y retorno de la inversión)
- Una explosión de Universidades con Facultades de Medicina a nivel nacional principalmente con universidades privadas
- Escenarios clínicos y socio sanitario de formación de especialistas sin evaluación

VII. IDENTIFICAR CUÁLES DE LAS METAS DE RHUS ESTÁN VINCULADAS AL PROGRAMA

El Programa de Residentado Médico, está vinculado a los ejes de la reforma en salud: cobertura universal, fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud y el fortalecimiento del primer nivel de atención basada en la Atención Primaria de la Salud con énfasis en salud familiar y comunitaria

Asimismo está vinculado con el proceso de descentralización del país.

PRIMER DESAFÍO DE LA DÉCADA DE LOS RECURSOSHUMANOS EN SALUD

“Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, logrando una distribución equitativa de los trabajadores de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con las diferentes necesidades de salud de la población”.

SEGUNDO DESAFÍO DE LA DÉCADA DE LOS RECURSOSHUMANOS EN SALUD

Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.

QUINTO DESAFÍO DE LA DÉCADA DE LOS RECURSOSHUMANOS EN SALUD

“Generar mecanismos de articulación entre las instituciones educativas e instituciones prestadoras de servicios de salud para producir profesionales sanitarios sensibles a las necesidades de la comunidad y calificados”.

(Llamado a la Acción, OPS Toronto 2005)

VIII. IDENTIFICAR EL (LOS) PROGRAMA (S) DE SERVICIOS DE SALUD QUE TIENEN ENLACES O SOPORTA LA META O LASMETAS:

- Estrategia de Atención Primaria de Salud
- Formación de recursos humanos especializados
- Planificación de Recursos Humanos en Salud
- Prioridades de especialidades para la formación de médicos especialistas

IX. DETALLE EL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS:

▪ **Programa del Sistema Nacional de Residentado Médico**

En la actualidad el Estado financia aproximadamente el 99 % de las plazas del Residentado Médico en cumplimiento de dotar de médicos especialistas, de acuerdo a las necesidades prioritarias del País, garantizando atención de calidad, equidad con inclusión social.

X. IDENTIFICAR SI EL PROGRAMA ESTÁ EN DESARROLLO, LLEVADO A CABO, O SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN OPERACIÓN O SE HA TERMINADO:

El Programa de Residentado Médico, se encuentra en funcionamiento y en estos momentos está en pleno proceso de admisión al residentado médico 2013:

En el año 2012, el SINAREME ha ofertado 1699 plazas para la formación de especialistas y en el año, 2013 con un total de 2592, plazas, evidenciándose un incremento de 893. Asimismo observamos que el presente año 2013 se han presentado para postular 5,409 profesionales médicos, 5269 para Especialidades y para las Subespecialidades 140 especialistas.

XI. DURACIÓN DEL TIEMPO EN QUE EL PROGRAMA HA ESTADO EN FUNCIONAMIENTO:

- El Programa de Residentado Médico, fue creado en el año 1976, por Decreto Supremo N° 055-75-SA y regulado por Decreto Supremo N° 008-88-SA, Normas Básicas del SINAREME y su modificatoria Decreto Supremo N° 010-2010-SA y el Reglamento aprobado con Resolución Ministerial N°002-2006-SA, y su modificatoria aprobada por Resolución Suprema N° 013-2008-SA y la Resolución Ministerial N° 286-2012/MINSA que establece las Especialidades y Subespecialidades prioritarias de formación.

Cuando se aprobó el Decreto Supremo N° 008-88-SA existía en el Comité Nacional del Residentado Médico un equilibrio entre las instituciones formadoras y prestadoras, toda vez que en el ámbito nacional existían aproximadamente seis Facultades de Medicina que formaban especialistas en medicina humana y las prestadores de servicios de salud en número de 06 igualmente.

En la actualidad se ha incrementado exponencialmente las Facultades de Medicina que forman especialistas (22), conllevando a un desequilibrio en la toma de decisiones entre las instituciones formadoras y las instituciones

prestadoras de servicios de salud, a favor de las primeras, que no necesariamente se identifican con las prioridades establecidas por el Ministerio de Salud, órgano rector y que tiende a agravarse a medida que más universidades empiecen a ofrecer programas de segunda especialidad en medicina.

En julio del año 2011, se aprueba el Decreto Supremo N° 010-2011-SA, que modifica los artículos 9° y 10° del Decreto Supremo N° 008-88-SA, actualmente vigente.

Artículos 9° y 10° del Decreto Supremo N° 008-88-SA:

Artículo 9°.- El Comité Nacional de Residencia Médica es el máximo organismo del Sistema Nacional de Residencia Médica, y está integrado por:

a) Institución Rectora:

- El Director General de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, quien preside y tiene voto dirimente.

b) Instituciones Formadoras en Residencia Médica:

- 01 representante de cada una de las cuatro Universidades Públicas con mayor número de médicos residentes matriculados en el año inmediato anterior.
- 01 representante de cada una de las dos Universidades Privadas con mayor número de médicos residentes matriculados en el año inmediato anterior.

c) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

- 02 representantes de las Sedes Docentes de EsSalud.
- 01 representante de las Sedes Docentes del MINSU.
- 01 representante de las Sedes Docentes de los Gobiernos Regionales de Salud, acreditado por la Secretaría Ejecutiva del Comité Intergubernamental de Salud -CGIS.

- 01 representante de las Sedes Docentes de las Sanidades del Ministerio del Interior.

- 01 representante de las Sedes Docentes de las Sanidades del Ministerio de Defensa.

d) Instituciones Representativas:

- 01 representante de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina – ASPEFAM.

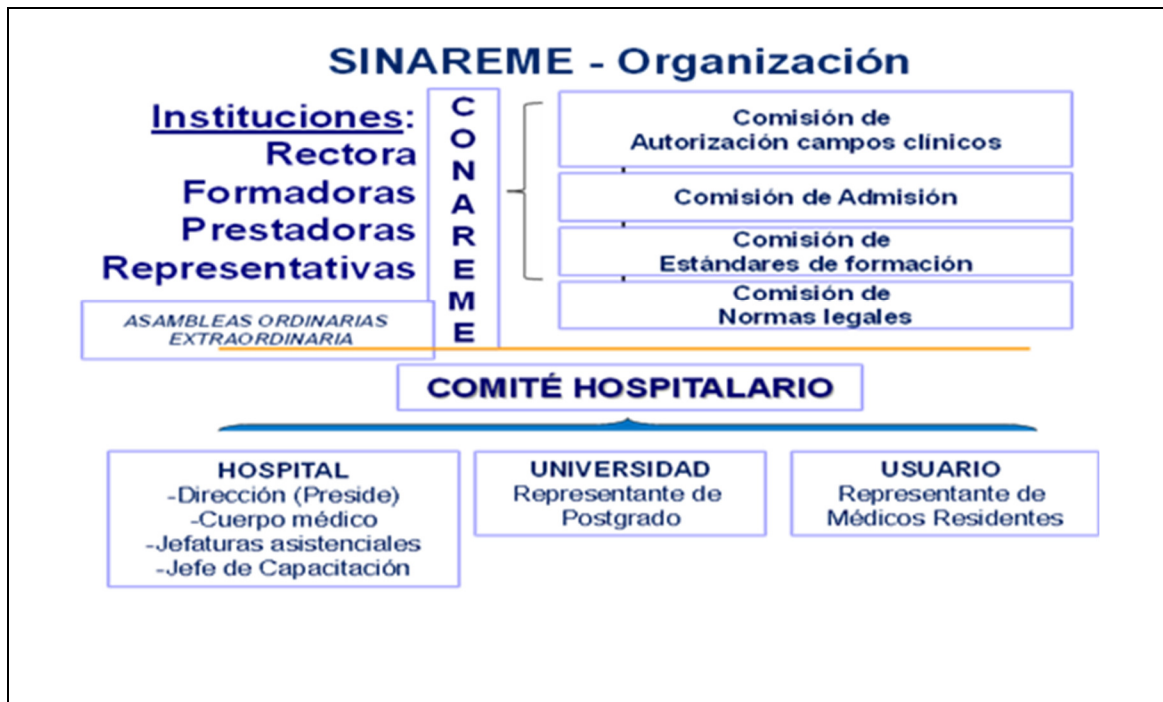
- 01 Representante del Colegio Médico del Perú.

- 01 Representante de la “Asociación Nacional de Médicos Residentes del Perú.

El Artículo 10°, es Derogado por el Artículo 4°, del Decreto Supremo N° 010-2011-SA, que establecía que la Presidencia se alternaba entre la Asociación Peruana de Facultades de Medicina ASPEFAM y la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos; durante un año.

Actualmente el Decreto Supremo N° 010-2011-SA, regula la estructura de CONAREME dentro del marco de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo; y aún más, siendo la propuesta temporal, deja en manos del CONAREME, adoptar la estructura a los fines del Sistema Nacional de Residentado Médico, para lo cual le otorga un plazo de 180 días.

El Sistema Nacional de Residentado Médico - SINAREME está conformado por 22 universidades con programas de segunda especialización y por el Ministerio de Salud, la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos – DGRH, EsSALUD, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú; y las instituciones representativas: el Colegio Médico, ASPEFAM y la Asociación Nacional de Médicos Residentes.



XII. IDENTIFICAR EL CALENDARIO DEL PROGRAMA:

- 2006 = 943
- 2013 = 2592
- 2014 = 3092
- 2015 = 3592
- 2016 = 4092

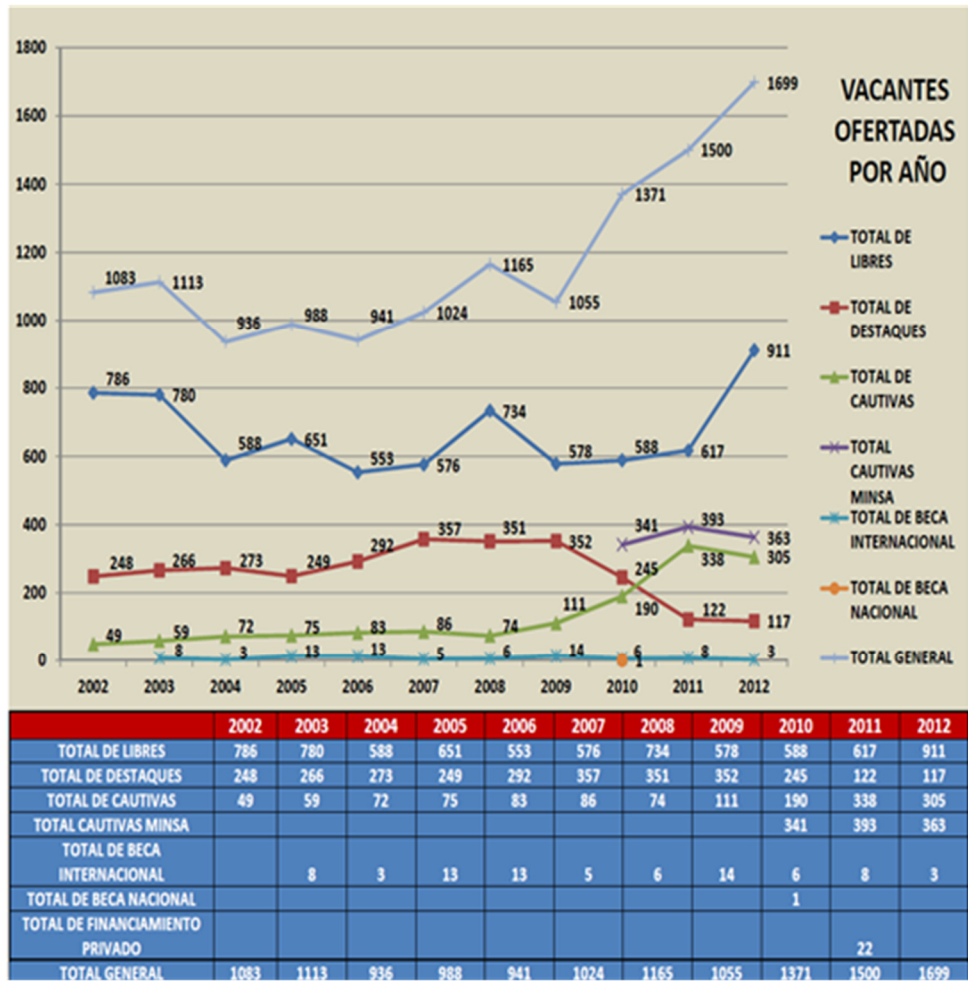
XIII. HACER UNA LISTA DE LOS SOCIOS (PARTNERS) QUE PARTICIPAN EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA Y SU IMPLEMENTACIÓN:

Participan en el desarrollo del Programa SERUMS, con decisión política y con financiamiento para los profesionales SERUMS; los representantes de las Instituciones Prestadoras de Salud: Ministerio de Salud, la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos – DGRH, Gobiernos Regionales, EsSALUD, Sedes Docentes de ESSALUD, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú; y las instituciones representativas: el Colegio Médico, ASPEFAM y la Asociación Nacional de Médicos Residentes del Perú.

XIV. IDENTIFICAR A LOS SOCIOS Y LAS PARTES INTERESADAS QUE SE VEN AFECTADOS POR EL PROGRAMA, INCLUYENDO TODOS LOS BENEFICIARIOS.

- Profesionales médicos que tienen nota aprobatoria y no alcanzan una plaza para formarse como especialista y que ven retrasados en un año su especialización

XV. DESCRIBIR CUALQUIER SEGUIMIENTO O PROCESO DE EVALUACIÓN EN RELACIÓN CON EL PROGRAMA:



Descripción de los programas prioritarios de recursos humanos a evaluar

▶ PROGRAMA 3:

ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, CON ÉNFASIS EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA - PROFAM

I. NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN:

Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos –
Ministerio de Salud de la República del Perú

II. TÍTULO DEL PROGRAMA:

El Programa de Especialización en Atención Primaria de Salud con énfasis en Salud Familiar y Comunitaria – PROFAM

III. MISIÓN, METAS Y OBJETIVOS:

El Programa de Especialización en Atención Primaria de Salud con énfasis en Salud Familiar y Comunitaria, tiene por finalidad, Contribuir a mejorar el Sistema de Salud basado en la Atención Primaria de Salud, en el marco de la Descentralización, equidad e inclusión social.

El PROFAM, tiene por Objetivo: Fortalecer competencias para el desarrollo de la Atención Primaria de Salud con énfasis en Salud Familiar y Comunitaria, en el primer nivel de atención a fin de satisfacer las necesidades de la población.

IV. EXPECTATIVAS DEL PROGRAMA EN LO QUE RESPECTA A PRODUCCIÓN, RESULTADOS E IMPACTOS GENERALES SOBRE EL SISTEMA DE SALUD:

- Equipos de salud multidisciplinarios del primer nivel de atención, competentes para brindar una atención integral a la persona, familia y comunidad. con el enfoque de derechos en salud, interculturalidad y equidad de género.
- 1. Conformar Equipos Básicos de Salud especializados en Salud Familiar y Comunitaria en el primer nivel de atención mediante el PROFAM.
 - Características:
 - Dirigida a equipos básicos de salud

- Primer nivel de atención: micro red
 - Certificación Progresiva hasta la Especialización
 - Modelo Pedagógico de la Problematicación
 - Titulación por competencias
 - Capacitación en servicio
 - Formación de tutores.
2. Transformación de los servicios de los establecimientos de salud del primer nivel de atención en donde se implemente el modelo de atención integral basado en salud familiar y comunitaria.
- Red docente de salud familiar y comunitaria en los diferentes niveles de atención en el marco de la Articulación educación – trabajo en salud.

INDICADORES

1. Nº de EBS con Diplomatura en AI con ESF
2. Nº de profesionales titulados con Especialidad de Salud Familiar y Comunitaria
3. Nº de médicos con Título de Medicina Familiar y Comunitaria
4. Establecimientos de Salud implementados con el Modelo de Atención Integral basado en familia y comunidad
5. Nº de redes docentes de salud familiar y comunitaria establecidas.

ESTRATEGIAS

1. Implementación de políticas de dotación e incentivos de los recursos humanos en el primer nivel de atención:
 - a. Identificación de la brecha de equipos básicos de salud en las micro redes seleccionadas.
 - b. Establecer los incentivos monetarios y no monetarios para los equipos básicos de salud del primer nivel de atención:
 - i. Contrato por tres años
 - ii. Bonificación por zona de frontera o alejada
 - iii. Desarrollo de la especialidad en salud familiar y comunitaria.
 - c. Reclutamiento, selección y contratación de equipos básicos de salud según criterios previamente definidos.
 - d. Promover que los serumistas que culminan en mayo del 2012 puedan continuar como contratados en el mismo lugar donde realizaron su SERUMS y ofrecerles como

incentivos lo señalado en el punto b.

e. Contratación de recursos humanos para completar el número de equipos básicos de salud en las micro redes a intervenir, teniendo en cuenta incentivos monetarios y no monetarios:

f. Promover la redistribución de los profesionales nombrados en base a bonificaciones por ubicación del establecimiento de salud en frontera o alejado.

2. Conformación de espacios de coordinación entre el Ministerio de Salud, las instituciones formadoras y las Direcciones Regionales de Salud.

3. Coordinación con los gobiernos regionales tanto para aspectos técnicos como financieros.

4. Desarrollo de capacidades en base a la pedagogía constructivista que logre transformación en el desempeño del personal de salud y cambios en la organización y gestión de los servicios de salud.

V. DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES CONCRETAS QUE SE HAN ADOPTADOS PARA LOGRAR CADA UNO DE LOS OBJETIVOS FIJADOS

Metas del programa a corto, mediano y largo plazo e indicadores para cada uno de sus objetivos:

Durante los años 2009-2010, se inició con la I Fase de PROFAM en los siguientes ámbitos: DIRESA Lima, DIRESA Callao, DISA Lima ciudad, DISA Lima Este, DISA Lima Sur, DIRESA Ayacucho con un total de 150 participantes, los que forman parte de equipos básicos de salud (médico, enfermero, obstetra y técnico de enfermería).

Durante los años 2011-2012, las agencias cooperantes: Programa Conjunto y Medicus Mundi - Salud sin Límites ejecutaron la I Fase de PROFAM en las regiones de Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Loreto.

En total 346 profesionales de la salud han culminado la I Fase de PROFAM, según la siguiente tabla:

Tabla 1: Número de egresados de la I Fase de PROFAM durante el período 2009-2012

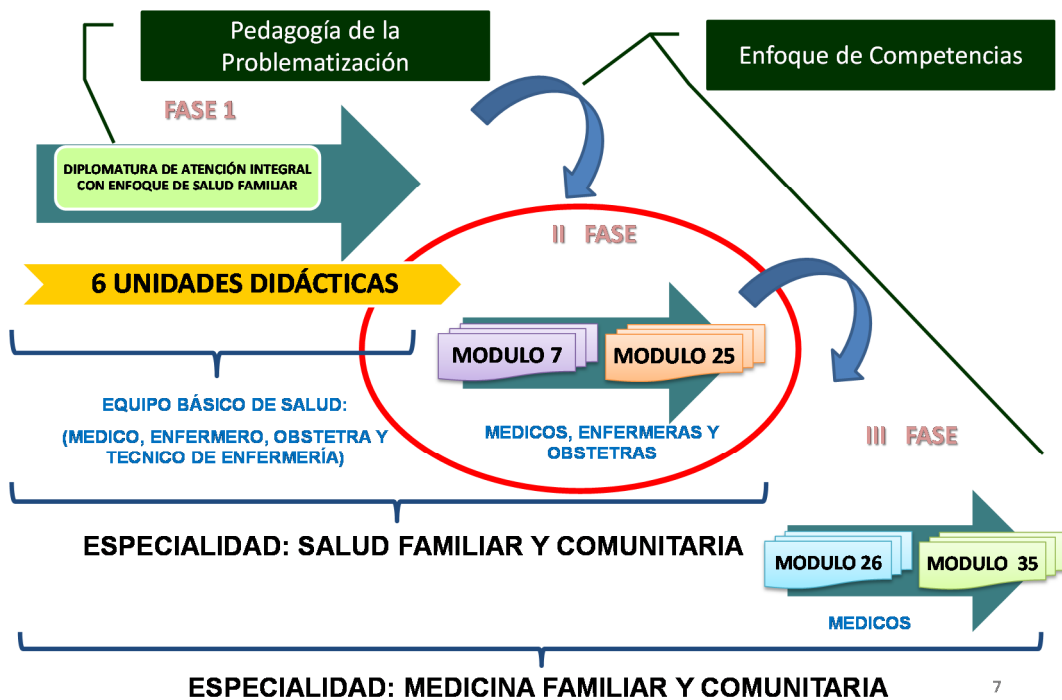
REGIONES	I COHORTE (2009)	II COHORTE (2011-2012)	III COHORTE (2012)	TOTAL
	MINSA	PROGRAMA CONJUNTO	MEDICUS MUNDI SALUD SIN LIMITES	
AYACUCHO	50	47		97
CALLAO	20			20
HUARAL	24			24
LIMA CIUDAD	15			15
LIMA SUR	20			20
LIMA ESTE	15			15
HUANCAVELICA		40	22	62
ANDAHUAYLAS		44		44
LORETO		49		49
APROBARON	144	180	22	346

El PROFAM tiene 3 etapas de formación:

- Fase 1: Diplomatura de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar dirigido al EBS: médicos, enfermeros, obstetras y técnico de enfermería
- Fase 2: Especialidad en Salud Familiar y Comunitaria dirigido a enfermeros y obstetras.
- Fase 3: Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria dirigido a médicos.

Se determinaron centros de salud piloto en las DISAS y DIRESAS en donde se ejecutó la fase 1 del PROFAM. La Diplomatura se inició en diciembre del 2009 en la DIRESA Lima, DIRESA Callao, DISA Lima ciudad, DISA Lima Este y DISA Lima Sur y en el mes de enero del 2010 en la DIRESA Ayacucho con un total de 150 participantes, los que forman parte de equipos básicos de salud, integrantes de cabeceras de micro redes (establecimientos de salud nivel de atención I-3) de las DIRESAS y DISAS citadas. La Diplomatura culminó en julio del 2010. Se firmaron convenios específicos entre las Direcciones Regionales de Salud y las universidades.

Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria



VI. DESCRIBIR EL CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLO EL PROGRAMA

Describir la magnitud de los problemas de RHS a que el programa se dirige:

- Población de las zonas de menor desarrollo sin acceso a la atención de salud
- Atención de Salud recuperativa, sin tener en cuenta las actividades Preventivo promocionales en la comunidad; educación para la salud; capacitación continua y permanente; investigación en servicio y elaboración de un plan integral de salud local.
- Altos indicadores de daños a la salud poblacional

VII. IDENTIFICAR CUÁLES DE LAS METAS DE RHUS ESTÁN VINCULADAS AL PROGRAMA

- Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, con la Dotación de profesionales de la salud SERUMS, que permita disminuir la inequidad en salud
- Desarrollo de competencias de los profesionales de la salud para el cuidado integral de la salud.

Vinculado con:

- El proceso de descentralización del país.
- La Promoción de la ciudadanía de los más pobres.
- El desarrollo local y la interacción cultural.

PRIMER DESAFÍO DE LA DÉCADA DE LOS RECURSOSHUMANOS EN SALUD

“Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, logrando una distribución equitativa de los trabajadores de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con las diferentes necesidades de salud de la población”.

(Llamado a la Acción, OPS Toronto 2005)

VIII. IDENTIFICAR EL (LOS) PROGRAMA (S) DE SERVICIOS DE SALUD QUE TIENEN ENLACES O SOPORTA LA META O LASMETAS:

- Estrategia de Atención Integral de Salud
- Organización de Servicios de Salud
- Sistema Integral de Salud
- Desarrollo de Capacidades en Salud
- Planificación de Recursos Humanos en Salud
- Proyectos de Inversión Pública

IX. DETALLE EL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS:

▪ Programa Nacional de Salud Familiar y Comunitaria PROFAM

Equipos Básicos de Salud Familiar que han culminado con la I Fase de PROFAM en regiones priorizadas (Ayacucho, Callao y Lima-Provincias y Lima Metropolitana) y que estarían iniciando la II Fase (19 Módulos): S/. 881,600.00

COSTO DE LA II FASE DEL PROGRAMA NACIONAL DE FORMACIÓN EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA -PROFAM			
REGION	N° PROFESIONALES	COSTO POR PROFESIONAL/ MES	COSTO TOTAL PROGRAMA II FASE (19 meses)
AYACUCHO	41	400	311600
CALLAO	14	400	106400
LIMA	24	400	182400
LIMA CIUDAD (LIMA V)	10	400	76000
LIMA ESTE (LIMA IV)	12	400	91200
LIMA SUR (LIMA II)	15	400	114000
TOTAL	116	400	881600

X. IDENTIFICAR SI EL PROGRAMA ESTÁ EN DESARROLLO, LLEVADO A CABO, O SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN OPERACIÓN O SE HA TERMINADO:

Se encuentra en funcionamiento: Mediante la RM 589-2009/MINSA, se conforma la Comisión Sectorial encargada de diseñar y gestionar la implementación de un Programa de Formación en Salud Familiar para los profesionales de la salud del primer nivel de atención en las Direcciones de Salud de Lima-Este, Lima-Sur, Lima-Ciudad y otras. La misma estará conformada por los representantes de las siguientes Direcciones Generales del Ministerio de Salud: Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, quien la presidirá, Dirección General de Salud de las Personas y la Dirección General de Promoción de la Salud. En su artículo 2º, establece que la Comisión Sectorial para el cumplimiento de sus funciones coordinará con los representantes de las siguientes instituciones: Consejo Regional III del Colegio Médico del Perú, Colegio de Enfermeros del Perú, Colegio de Obstetras del Perú, Asociación Peruana de Facultades de Medicina, Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería y Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Obstetricia.

Es así que desde enero del 2009 a abril del 2011, la Comisión Sectorial convocó a un conjunto de actores claves del campo de Recursos Humanos del país, además de las señaladas en la RM precitada, a otras instituciones como la Asamblea Nacional del Rectores, el Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Peruana Cayetano Heredia del Perú, Universidad San Luis Gonzaga de Ica, Direcciones Regionales de Salud y Direcciones de Salud, con la finalidad de construir de manera participativa y consensuada producto del mismo, se formuló el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria - PROFAM, con el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de Salud y la Embajada de Italia en Perú.

El público objetivo está constituido por los equipos básicos de salud (EBS) compuestos por profesionales de la salud de medicina, enfermería, obstetricia y técnicos de enfermería del primer nivel de atención Eventualmente, en relación a necesidades específicas, se podrá incluir a otros profesionales de la salud.

El PROFAM tiene 3 etapas de formación:

Fase 1: Diplomatura de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar dirigido al EBS: médicos, enfermeros, obstetras y técnico de enfermería

Fase 2: Especialidad en Salud Familiar y Comunitaria dirigido a enfermeros y obstetras.

Fase 3: Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria dirigido a médicos.

Se determinaron centros de salud piloto en las DISAS y DIRESAS en donde se ejecutó la fase 1 del PROFAM. La Diplomatura se inició en diciembre del 2009 en la DIRESA Lima, DIRESA Callao, DISA Lima ciudad, DISA Lima Este y DISA Lima Sur y en el mes de enero del 2010 en la DIRESA Ayacucho con un total de 150 participantes, los que forman parte de equipos básicos de salud, integrantes de cabeceras de micro redes (establecimientos de salud nivel de atención I-3) de las DIRESAS y DISAS citadas. La Diplomatura culminó en julio del 2010. Se firmaron convenios específicos entre las Direcciones Regionales de Salud y las universidades.

XI. IDENTIFICAR A LOS SOCIOS Y LAS PARTES INTERESADAS QUE SE VEN AFECTADOS POR EL PROGRAMA, INCLUYENDO TODOS LOS BENEFICIARIOS.

MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos

Dirección General de Salud de las Personas

Dirección General de Promoción de la Salud

Direcciones de Salud

PAR SALUD

GOBIERNOS REGIONALES

Direcciones Regionales de Salud

INSTITUCIONES FORMADORAS

Universidades de Lima y Regiones

SOCIEDAD CIVIL

Colegios Profesionales

Asociaciones de Facultades de las Ciencias de la Salud

ORGANISMOS INTERNACIONALES

Organización Panamericana de la Salud / OMS

Cooperación Italiana

USAID

Medicus Mundi

XII. DESCRIBIR CUALQUIER SEGUIMIENTO O PROCESO DE EVALUACIÓN EN RELACIÓN CON EL PROGRAMA:

De las encuestas y entrevistas efectuadas a docentes y diplomandos consignamos los siguientes aportes que se consideran como resultados:

1. Diplomatura implementada con un enfoque de amplia concertación entre instituciones educativas públicas y privadas y el Estado.
2. Cambios de actitud que se fueron produciendo en los EBS. Fueron creciendo como personas y profesionalmente. Como persona los ayudó a ver una realidad que se había ido perdiendo en el trabajo rutinario.
3. El nuevo enfoque de atención al paciente, permitió reflexionar y mejorar los servicios. Identificar debilidades y fortalezas en el trabajo que se efectúa en los establecimientos de salud (EESS), para mejorar el clima organizacional. Se promovieron cambios en la organización y gestión, para disminuir el tiempo de espera de los pacientes, mejorar la accesibilidad y aumentar la cobertura.
4. Comprensión de la importancia de trabajar en equipo, de manera coordinada, intramural, pero básicamente extramural, mediante las visitas domiciliarias integrales y el análisis mediante la reflexión, a partir de la realidad y el contexto de pobreza en el que trabaja el personal de salud, para brindar una atención integral, no solo al individuo, sino a la familia y a la comunidad, en sus diferentes etapas de vida.
5. Mayor comprensión sobre la importancia de relacionarse con diferentes actores sociales y trabajar conjuntamente con la comunidad. La necesidad de participar en reuniones con dirigentes de base, para conocer sus necesidades de salud y saneamiento. Mayor corresponsabilidad del trabajo con la comunidad.
6. Mayor entendimiento del trabajo a partir de los riesgos familiares, ya que no se trata tan solo de resolver los patológicos, sino que también se requiere observar y conocer a la unidad familiar. Conocer más sobre atención integral y salud familiar.
7. Cambio en la rutina de trabajo, para volver a ser creativos en la búsqueda de soluciones, fue la opinión de la mayoría de los diplomandos entrevistados.
8. El aprender haciendo, aplicando en la comunidad lo socializado en las clases de cada uno de los módulos de estudio y el compartir experiencias para mejorar el trabajo de atención, que no requiere de grandes inversiones, en muchos casos, sino aplicar la normatividad existente.
9. Sensibilizar al personal y terminar con la rutina de trabajo desde el enfoque de enfermedad para trabajar el enfoque de salud considerando como determinante la interculturalidad.
10. Entendimiento de la importancia de la aplicación de la Atención Primaria de la Salud (APS) en el primer nivel de atención, por los Equipos Básicos de Salud (EBS), poniendo énfasis en la promoción, prevención y protección de la salud.

11. Se mejoró la identificación de la población objetivo a través de la sectorización y se la ubicó en los croquis elaborados, determinando los riesgos familiares.
12. Implementación de las carpetas familiares para la atención y fichas familiares que identifican a las familias en riesgo. Se trabaja con las historias familiares y se organizan las carpetas familiares.
13. Mejoras en la accesibilidad, cobertura y sobretodo en el primer contacto con el paciente, alternativas de solución que han partido