



PERÚ

Ministerio
de Salud

Documento Técnico: Perfil de competencias esenciales que orientan la formación de los profesionales de la salud

**Primera Fase: Médico (a) y
Enfermero (A) Peruano (a)**



Dirección General de Personal de La Salud
Dirección de Planificación de Personal de la Salud
Serie Bibliográfica
Recursos Humanos en Salud N° X
Lima - Perú



DOCUMENTO TÉCNICO: PERFIL DE COMPETENCIAS ESENCIALES QUE ORIENTAN LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

PRIMERA FASE: MÉDICO (a) y ENFERMERO (a) PERUANO (a)

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

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

Documento Técnico: Perfil de competencias esenciales que orientan la formación de los profesionales de la salud. Primera fase: médico (a) y enfermero (a) peruano (a)

Dirección General de Personal de la Salud.

Dirección de Planificación de Personal de la Salud

Ministerio de Salud - Perú

Formulación del marco teórico-metodológico y coordinación general.

Mg. Irma Carrasco Meza.

Coordinadora.

Área Organización de Personal de la Salud.

Apoyo técnico para la elaboración del perfil de competencias del médico (a)

Dra. María Llosa Inerich.

Ex Directora.

Dirección de Fortalecimiento de Capacidades del Personal de la Salud.

MC. Verónica Palomino.

Equipo Técnico.

Área Organización de Personal de la Salud.

Mg. Rafael Domínguez-Equipo Técnico.

Coordinador.

Área Docencia -Servicio.

Apoyo técnico para la elaboración del perfil de competencias del enfermero (a)

Enf. Christian Reyes Ricaldi.

Equipo Técnico.

Área Organización de Personal de la Salud.

Enf. Edith Huamán Ávila.

Directora.

Dirección de Fortalecimiento de Capacidades del Personal de la Salud.

Enf. Lily Cortez Yacila.

Equipo Técnico.

Dirección de Fortalecimiento de Capacidades del Personal de la Salud.

Editor

Mg. Irma Carrasco Meza.

© MINSA

Ministerio de Salud

Dirección General de Personal de la Salud

Av. Arequipa N° 810, Lima 11-Perú

Telf.: (51-1) 3156600 - Anexo 5207

<http://www.minsa.gob.pe>

webmaster@minsa.gob.pe

Impreso: Agosto, 2021

Tiraje: 1,000 unidades

VIGO ALVA DANIEL EDGARDO

mz. F lote 8 santa Bárbara alta. Km 36- puente piedra / Telf. 943282696 / impresionesdeva@gmail.com



Dr. Hernando Cevallos Flores
MINISTRO DE SALUD

Dr. Gustavo Martín Rosell De Almeida
VICEMINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Bernardo Elvis Ostos Jara
VICEMINISTRO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD

Dra. Claudia María Teresa Ugarte Taboada
DIRECTORA GENERAL
DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL DE LA SALUD

Econ. Ciro Ginard Echegaray Peña
DIRECTOR
DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN DE PERSONAL DE LA SALUD

Lic. Elva Edith Huamán Ávila
DIRECTORA
DIRECCIÓN DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DEL PERSONAL DE LA SALUD

Índice

AGRADECIMIENTO	7
RESOLUCIÓN MINISTERIAL	14
PRESENTACIÓN	17
INTRODUCCIÓN	19
I. FINALIDAD	21
II. OBJETIVO	21
III. BASE LEGAL	21
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN	22
V. DEFINICIONES OPERATIVAS	23
VI. JUSTIFICACIÓN	34
6.1 Situación actual de formación del personal de salud	34
6.2 Acuerdos y compromisos regionales respecto a la mejora de la calidad de la formación	38
6.3 Rectoría del Ministerio de Salud y la calidad de los recursos humanos en salud	40
6.4 Tendencias del sector salud peruano	41
6.5 Las profesiones de salud y su rol en la sociedad	62
6.6 El enfoque de competencias en la formación profesional	64
VII. PERFIL DE COMPETENCIAS	65
7.1 El Perfil de competencias como instrumento de articulación formación- trabajo	65
7.2 Metodología para la formulación del perfil de competencias	66
7.3 Perfil de competencias del/de la médico (a) peruano (a)	67
7.4 Perfil de competencias del/de la enfermero (a) peruano (a)	78
VIII. RESPONSABILIDADES	89
IX. BIBLIOGRAFÍA	90

Agradecimiento

ORGANOS DEL MINSA

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública- DGIESP.
Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional-DGAIN.
Dirección General de Operaciones en Salud-DGOS.
Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-CDC.
Dirección General de Salud Ambiental-DIGESA.
Secretaría de Coordinación del Consejo Nacional de Salud – SECCOR.

ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Dirección Regional de Salud Callao.
Dirección de Red Integrada de Salud-DIRIS Lima Norte.
Dirección de Red Integrada de Salud- DIRIS Lima Centro.
Dirección de Red Integrada de Salud- DIRIS Lima Este.
Dirección de Red Integrada de Salud -DIRIS Lima Sur.
Instituto Nacional Materno Perinatal.
Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja.
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.
Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
Hospital Sergio E. Bernales – Collique.
Hospital de Huaycán.
Hospital San Juan de Lurigancho.
Hospital Almenara de ESSALUD.
Hospital Militar “Coronel Luis Arias”.
Hospital de la Base Naval de la Marina de Guerra del Perú.
Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.
Hospital Central de la Policía.
Red Prestacional Almenara.
Policlínicos de la Policía Nacional del Perú.
Clínica Angloamericana.
Oncosalud.

ENTIDADES FORMADORAS CON FACULTADES/ESCUELAS DE ENFERMERIA

Universidad Nacional Hermilio Valdizán.
Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.
Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.
Universidad Nacional de Centro del Perú.

Universidad Peruana Cayetano Heredia.
Universidad Nacional de Piura.
Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Universidad Nacional San Agustín de Arequipa.
Universidad Nacional de Huancavelica.
Universidad Nacional del Altiplano de Puno.
Universidad Nacional Federico Villareal.
Universidad Nacional de Trujillo.
Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica.
Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.
Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.
Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.
Universidad Nacional de Cajamarca.
Universidad San Martín de Porres.
Universidad Peruana Unión.
Universidad Peruana San Juan Bautista.
Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.
Universidad Científica del Sur.
Universidad Privada Antenor Orrego.
Universidad Católica Sedes Sapientiae.
Universidad Norbert Wiener.

ENTIDADES FORMADORAS CON FACULTADES DE MEDICINA HUMANA

Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Universidad Nacional Federico Villareal.
Universidad Nacional de Trujillo.
Universidad Nacional de Tumbes.
Universidad Nacional de Centro del Perú.
Universidad Nacional San Agustín de Arequipa.
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman.
Universidad Nacional Hermilio Valdizan.
Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.
Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
Universidad Nacional del Altiplano.
Universidad Nacional de Cajamarca.
Universidad Nacional San Antonio de Abad.
Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.
Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.
Universidad Peruana Cayetano Heredia.
Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
Universidad San Martín de Porres.
Universidad Ricardo Palma.
Universidad Peruana Unión.
Universidad Antenor Orrego de Trujillo.
Universidad Católica Santa María de Arequipa.
Universidad San Juan Bautista.
Universidad Norbert Wiener.

Universidad Alas Peruanas.
Universidad Científica del Sur.
Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez.
Universidad Privada San Pedro.
Universidad Andina del Cusco.
Universidad Privada César Vallejo.
Universidad Peruana Los Andes.
Universidad Privada de San Pedro.
Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

SOCIEDAD CIVIL

Colegio de Enfermeros del Perú-CEP
Concejos Regionales del Colegio de Enfermeros -CRCE
Asociación Peruana de Facultades de Enfermería - ASPEFEM
Academia Nacional de Enfermería
Federación de Enfermeras del Ministerio de Salud del Perú-FEDEMINSAP.
Colegio Médico del Perú-CMP.
Concejos Regionales del Colegio Médico.
Asociación Peruana de Facultades de Medicina – ASPEFAM.
Academia Nacional de Medicina.
Foro de la Sociedad Civil en Salud-FOROSALUD.
Academia Peruana de Salud.

ORGANISMO REGULADOR DE LA CALIDAD EDUCATIVA

Sistema Nacional de Evaluación Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa -SINEACE.

ORGANISMOS COOPERANTES

Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud-OMS/OPS.
Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue - ORAS – CONHU.

EXPERTOS PARA LA ELABORACION DEL PERFIL DE COMPETENCIAS DEL ENFERMERO (A)

LC. Rosa Manrique Nicho.
LC. Hilda Capcha Misayauri.
LC. María Millone Olaya.
LC. Doris Velasquez Carranza.
LC. Yissella Acuache Quispe.
LC. Celia Carrillo Alfaro.
LC. Lucia Aranda Moreno.
L.C. Hortensia Ramírez Leandro.
L.C. Rula Aylas Salcedo.
L.C. Nilda Salvador Esquivel.
L.C. Rosa Barrueta Rojas.
L.C. Maricela Curisinche.
L.C. Elvia Campos Zavala.
L.C. Enha Dávila Valenzuela.
L.C. Nidia Alcántara Gómez.
L.C. Judith Vidal Campos.
L.C. Martha Ríos Carranza.

L.C. Mercedes Arévalo Guzmán.
L.C. Laura Beramendi Benites.
L.C. Maricarmen Alfaro Rodríguez.
L.C. Sonia Amuy Atapoma.

EXPERTOS PARA LA ELABORACION DEL PERFIL DEL MEDICO (A)

MC. Víctor Zamora Mesía.
MC. Walter Mendoza De Sousa.
MC. Cesar Cabezas Sánchez.
MC Gustavo Rosell de Almeyda.
MC. Alfredo Oyola García.
MC. Edgardo Nepo Linares.
MC. Michan Malca Casavilca.
MC. Henry Mormontoy Calvo.
MC. Ricardo Zevallos Gómez.
MC. Sebastián Céspedes Espinosa.
MC. Carlos Virú Bazán.
MC. Luis Suarez Ognio.
MC. Sergio Ronceros Medrano.
MC. Carlos Arosquipa Rodríguez.
MC. Juan Carlos Arrasco Alegre.
MC. Herman Vildózola Gonzales.
MC. Gabriela Minaya Martínez.
MC. Oswaldo Salaverri Garcia.
MC. Moisés Ernesto Rosas Febres.
ABOG. Alexandro Saco Valdivia.
ECON. Margarita Petrerera Pavone.

PARTICIPANTES EN LA VALIDACION DEL PERFIL DE COMPETENCIAS DEL ENFERMERO (A)

Nombre y Apellidos	Institución
LIC. Dimna Alfaro Quezada	Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería-ASPEFEM.
LIC. Juana Molina Salas	Instituto Nacional Materno Perinatal.
LIC. Gregoria Vilma Días Ríos	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
LIC. Dora Valverde Romero	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
LIC. María Elena Baldeón Estares	Hospital de Huaycán.
LIC. Victoria Sallo Acostupa	Dirección de Red Integrada de Salud- Lima Norte.
LIC. Rocio Melgar Vilca	Hospital San Juan de Lurigancho.
LIC. Albina Salas Ordoño	Hospital Sergio E. Bernales.
LIC. Ines Silva Matheus	Universidad Peruana Cayetano Heredia.
LIC. Norah Palomares Villanueva	Colegio de Enfermeras del Perú.
LIC. Mónica Ríos Torres	Colegio de Enfermeras del Perú.
LIC. Domitila Huamán Baltazar	Dirección General de intervenciones Estratégicas en Salud Publica-DGIESP MINSA.
LIC. Margarita Gamboa Urbina	Hospital Militar Central del Perú.
LIC. Tula Espinoza Moreno	Sociedad Peruana de Enfermería en Salud Pública y Comunitaria.
LIC. Morayma Custodio Reyes	Clínica Anglo Americana.
LIC. Milena Calderon Bedoya	DIRESA CALLAO.
LIC. Lucia del Pilar Lozano Velásquez	Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.
LIC. Mabel Reynoso	Centro Médico Naval.
LIC. Zayra Rivas palomino	Instituto de Salud Mental “Honorio delgado -Ydeyo”
LIC. Nelly Rocha Zapana	Universidad Nacional del Altiplano.
LIC. Sonia Velásquez Rondón	Universidad San Agustín de Arequipa.
LIC. Fabiola Lévano Santiago	Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja.
LIC. Margarita Arana Panduro	Dirección General de Personal de la Salud.
LIC. Leticia Gil Cabanillas	Universidad Nacional Federico Villareal.
LIC. Ana Astocondor Fuentes	Universidad Nacional Federico Villareal.
LIC. María Espinoza Cueva	Universidad Nacional Federico Villareal.
LIC. Mariela Pecho Tataje	Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica.
LIC. Viviana Loza Félix	Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica.
LIC. Vilma Vega Padile	Hospital de la Fuerza Aérea del Perú.
LIC. Higinia Avendoño Rojas	Colegio de Enfermeros del Perú.
LIC. Edda Coyotopa Fernández	Colegio de Enfermeros del Perú.
LIC. Katerin Alvares Leonardo	ONCOSALUD.
LIC. Laura Nayhua Gamera	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
LIC. Iris Jara Huayta	Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.
LIC. Nancy Castañeda Farro	Universidad San Martin de Porres.
LIC. Viviana Santillán Medianero	Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
LIC. Mistral Carhuapoma Acosta	Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

LIC. Hilda Capcha Misayauri	Pontificia universidad Católica del Perú.
LIC. Carmen Díaz de Cordova	Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.
LIC. Sonia Tello Huaranca	Hospital de la Policía Nacional del Perú.
LIC. Marlene Suasnabar Cayco	Federación de Enfermeras del Ministerio de Salud del Perú.
LIC. María del Rosario Gutiérrez Campos	Colegio de Enfermeros del Perú.
LIC. Luis Carrera Anchante	Colegio de Enfermeros del Perú.
LIC. Elizabeth Villafuerte Bernedo	Colegio de Enfermeros-Puno.
LIC. Marianela Villalta Contreras	Organismo Andino de Salud –Convenio Hipólito Unanue.
LIC. Gisela Rodríguez Flores	ESSALUD.
LIC. Edgar Arias Rosales	Colegio de Enfermeros del Perú.
LIC. Milagros Soto Velásquez	Federación de Enfermeras del Ministerio de Salud del Perú.
LIC. Dora Valverde Romero	Federación de Enfermeras del Ministerio de Salud del Perú.
LIC. Zoila Cotrina Díaz	Federación de Enfermeras del Ministerio de Salud del Perú.
LIC. Merino Valles	Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa.
LIC. Brigida Huaytalla Tenorio	Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa.

PARTICIPANTES EN LA VALIDACION DEL PERFIL DE COMPETENCIAS DEL MÉDICO (A)

Nombres y apellidos	Institución
M.C. Javier del Campo Sánchez	Dirección de Red Integrada de Salud Lima Norte.
M.C. Roxana Fernández Trujillo	Dirección de Red Integrada de Salud Lima Sur.
M.C. Alberto Zamora Salazar	Dirección de Red Integrada de Salud Lima Centro.
M.C. Rocio Ortega Casique	Dirección de Red Integrada de Salud Lima Este.
M.C. Renzo Delgado Rodríguez	Dirección de Red Integrada de Salud Lima Este.
M.C. Néstor Huamán Dávila	Dirección de Red Integrada de Salud Lima Sur.
M.C. Estela Flores Paredes	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
M.C. Edith Venero Bocangel	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
M.C. Janet Loayza Fernández	Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional.
M.C. Keila Shajian Torres	Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional.
M.C. Isabel Amemiya Hoshi	Escuela Nacional de salud Pública.
M.C. Luis Pro Delgado	Despacho Viceministerial del MINSA.
M.C. Carlos Saavedra Leveau	Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
M.C. José Caballero López	Universidad Peruana Cayetano Heredia.
M.C. Manuel Gutiérrez Sierra	Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
M.C. Gustavo Gonzales Zavala	Universidad Nacional de Trujillo.
M.C. Julio Huamán Berrios	Universidad Nacional del Centro del Perú.
M.C. Irmia Paz Torres	Universidad Nacional San Antonio Abad del Cuzco.
M.C. Teresa Trujillo Herrera	Universidad Nacional Federico Villareal.

M.C. Ernesto Casalino Carpio	Universidad Peruana Cayetano Heredia.
M.C. María del Socorro Alatrasta	Universidad Ricardo Palma.
M.C. Gino Patrón Ordoñez	Universidad Ricardo Palma.
M.C. Manuel Rodríguez Castro	Universidad Peruana Cayetano Heredia.
M.C. Tamara Jorquiera Johnson	Universidad San Martín de Porres.
M.C. José Carhuanchu Aguilar	Universidad San Martín de Porres.
M.C. Félix Medina Palomino	Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
M.C. Ynes Bonzan Rodríguez	Universidad Privada Antenor Orrego.
M.C. Frida Jiménez de Li	Asociación Peruana de Facultades de Medicina.
M.C. Segundo Cruz Bejarano	Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja.
M.C. Ivan Belzusarri Padilla	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
M.C. Antonio Ramos Figueroa	Instituto Nacional Materno Perinatal.
M.C. Cesar Carranza Asmat	Instituto Nacional Materno Perinatal.
M.C. Jorge Jiménez Bustamante	Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
M.C. Oscar Otoyá Petit	Hospital Sergio Bernales.
M.C. Luis Montenegro Saldaña	Hospital Almenara.
M.C. Carmen Quispe Oregon	Hospital Central de la Policía Nacional del Perú.
M.C. Víctor Espinoza Alonzo	Hospital Central de la Policía Nacional del Perú.
M.C. Cesar Bustamante Mejía	Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.
M.C. Felipe Salaverry Romo	Dirección de Salud de la Marina.
M.C. Elizabeth Peralta Nario	Dirección de la Sanidad Policial.
M.C. Jorge Salazar Quiroz	Sanidad de la Policía Nacional del Perú.
M.C. Eleodoro de la Torre Acosta	Dirección de la Sanidad Policial.
M.C. Daniel Díaz Saavedra	Asociación Peruana de Clínicas Privadas.
M.C. Jorge Jemio Ortuño	Organismo Andino de Salud –Convenio Hipólito Unanue.
M.C. Richard Torchiani Goraycochea	Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa.
M.C. Miriam Sosa Espinoza	Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa.
M.C. Zelma Heredia Sánchez	Federación Médica Peruana.
M.C. Luis Lazo Valdivia	Asociación de Foro de la Sociedad Civil en Salud-ForoSalud.
M.C. Elizabeth Rojas Jara	Asociación de Foro de la Sociedad Civil en Salud-ForoSalud.
M.C. David Jumba Armas	Asociación de Foro de la Sociedad Civil en Salud-ForoSalud.
M.C. Jaime Moran Ortiz	Colegio Médico del Perú.
M.C. Hugo Ortiz Souza	Colegio Médico del Perú.
M.C. Lourdes Alanya Pereyra	Colegio Médico del Perú.
M.C. Carlos Torres Paulino	Colegio Médico del Perú.
M.C. Mario Carrión Chontilla	Colegio Médico del Perú.
M.C. Favio Vega Galdos	Colegio Médico del Perú.
M.C. Luis Ortiz Pilco	Colegio Médico del Perú.
M.C. Oscar Torres Quiroz	Colegio Médico del Perú.
M.C. Pedro Marchena Reátegui	Colegio Médico del Perú.
M.C. Javier Saavedra Castillo	Academia Nacional de Medicina.



Resolución Ministerial



Lima, 25 de Noviembre del 2020

Visto; el Expediente N° 20-082203-001, que contiene el Informe N° 303-2020-DIPLAN-DIGEP/MINSA emitido por la Dirección General de Personal de la Salud del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que, el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional, según lo establece la Ley 26842, Ley General de Salud, tiene a su cargo la función rectora a nivel nacional, la formulación, dirección y gestión de la política nacional de salud y es la máxima autoridad rectora en el sector. Su finalidad es la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación de la salud de la población;

Que, el numeral 7) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, precisa que, es ámbito de su competencia los Recursos Humanos en Salud; asimismo, de acuerdo con el literal e) del artículo 7 de la referida norma, en el marco de sus competencias, el Ministerio de Salud tiene como función específica, promover y participar en el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades y competencias de los recursos humanos en salud;

Que, de conformidad con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1161, el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, 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 presente Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva. Asimismo, según el literal 4-A2 del artículo 4-A, el Ministerio de Salud, como ente rector del Sistema Nacional de Salud, y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: EsSalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas;

Que, en consonancia con las disposiciones legales antes citadas, el literal e) del artículo 23 del Reglamento de la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 030-2020-SA, establece que, el Sector Salud está conformado, entre otros, por las entidades públicas y privadas formadoras de Recursos Humanos en Salud;



S. YANCOURT



V. BOZANGEL



L. CUEVA



C. GARCET

Que, el artículo 114 y el literal e) del artículo 115 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA y modificatorias, establece que la Dirección General de Personal de la Salud es un órgano de línea que depende del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, competente para proponer y monitorear la planificación, gestión y desarrollo del personal de la salud a nivel sectorial; y tiene entre sus funciones, el proponer normas, lineamientos, estándares, procedimientos y protocolos en relación al desarrollo de personal de salud y los servicios complementarios que realizan los profesionales de la salud;

Que, en atención a ello, mediante el documento de Visto, la Dirección General de Personal de la Salud hace llegar la propuesta del documento técnico denominado: Perfil de Competencias Esenciales que orientan la formación de los profesionales de la salud. Primera Fase: Médico (a) y Enfermero (a) peruano, cuya finalidad es contribuir a la articulación de las carreras de salud de educación superior universitaria, con las necesidades de los servicios de salud y la sociedad en general; teniendo como objetivos: i) Establecer el marco teórico y la metodología para la formulación del perfil de competencias esenciales de los profesionales de la salud, que oriente la formación superior universitaria; y, ii) Establecer en una primera fase el perfil de competencias esenciales que oriente la formación superior universitaria del médico (a) y enfermero (a) peruano (a), de acuerdo a las necesidades de salud de la población, del sistema nacional de salud y el avance científico; asimismo, sirva como referente para procesos de gestión de recursos humanos de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, de las Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales de Salud, de EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú;



Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Personal de la Salud, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaría General y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, y;



De conformidad con lo previsto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; el Decreto Supremo N° 008-2017-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; y, el Decreto Supremo N° 030-2020-SA, Reglamento de la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:



Artículo 1.- Aprobar el Documento Técnico: Perfil de competencias esenciales que orientan la formación de los profesionales de la salud. Primera fase: Médico (a) y Enfermero (a) peruano (a); que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial en el portal institucional del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

PILAR ELENA MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud



Presentación

La Dirección General de Personal de la Salud (DIGEP) del Ministerio de Salud, en el marco de su rectoría sectorial en materia de recursos humanos presenta, el Documento Técnico: Perfil de competencias esenciales que orientan la formación de los profesionales de la salud. Primera fase: médico (a) y enfermero (a) peruano (a), el cual tiene como finalidad contribuir a la articulación de las carreras de salud de educación superior universitaria, con las necesidades de los servicios de salud y la sociedad en general.

El mencionado Documento Técnico, tiene como objetivos: i) Establecer el marco teórico y la metodología para la formulación del perfil de competencias esenciales de los profesionales de la salud, que oriente la formación superior universitaria; y, ii) Establecer en una primera fase el perfil de competencias esenciales que oriente la formación superior universitaria del/de la médico (a) y enfermero (a) peruano (a) de acuerdo a las necesidades de salud de la población, del sistema nacional de salud y el avance científico, así mismo, sirva como referente para procesos de gestión de recursos humanos de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, de las Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales de Salud, de EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú.

Considerando que, el campo de políticas relativas a los Recursos Humanos en Salud, abarca desde la formación de los futuros trabajadores de la salud hasta su inserción y desempeño en el mercado de trabajo; el presente Documento Técnico, como instrumento de regulación sectorial, establece como ámbito de aplicación a las entidades públicas y privadas que forman a los Recursos Humanos en Salud.

Los perfiles de competencia tendrán impacto en la educación y en el trabajo, en la medida que dichas exigencias sean correspondidas en la formación (durante toda la carrera) de los futuros profesionales de la salud que se incorporarán a trabajar al Sistema Nacional de Salud.

Por tanto, las entidades formadoras en salud deben reconocer en el perfil de competencias, las capacidades esenciales que sus egresados deben lograr para ser parte del Sistema Nacional de Salud, contribuyendo, de manera progresiva, al cierre de la brecha formación – trabajo y al logro de los objetivos prioritarios establecidos en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”.

El perfil de competencias definido por el Ministerio de Salud está conformado por un número mínimo de competencias esenciales que el Sistema Nacional de Salud demanda de los futuros profesionales, las cuales podrán ser complementadas con otras competencias que las escuelas o facultades de ciencias de la salud tengan a bien considerar en el marco de su autonomía universitaria.

Finalmente, resaltamos que esta medida regulatoria contribuye a garantizar el derecho fundamental de acceso a una educación universitaria de calidad, acorde a las necesidades del mercado, que ofrezca una formación integral y de perfeccionamiento continuo, centrado en el logro de un desempeño profesional competente establecido en la Política de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior Universitaria.

Dra. Claudia María Teresa Ugarte Taboada
Directora General
Dirección General de Personal de la Salud
Ministerio de Salud

Introducción

En el marco de la garantía del derecho a la salud, el Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de garantizar el derecho al acceso a los servicios de salud, acceso a la información, atención y recuperación de la salud. Así mismo, garantizar el acceso a una atención de salud por profesionales calificados y con competencias que respondan a las necesidades de salud de la población, el avance científico y a las características del sistema de salud peruano.

La agenda internacional, entre ellas, la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: Personal de salud 2030, insta a los sectores educativos a “adaptar su configuración institucional y sus modalidades de instrucción de modo que estén armonizadas con los sistemas nacionales de acreditación y las necesidades sanitarias de la población; proporcionen a los trabajadores de la salud una formación suficiente en cantidad y calidad con el fin de que estos adquieran las competencias necesarias (...)”.

Así mismo, la Comisión de Alto Nivel sobre Empleo y Crecimiento Económico en Salud convocada por las Naciones Unidas instó a “Potenciar una educación transformadora y de buena calidad y el aprendizaje permanente para que todos los trabajadores sanitarios cuenten con competencias que se adecúen a las necesidades de las poblaciones en materia de salud y puedan trabajar dando lo mejor de sí mismos”. Avanzar en el logro de los desafíos planteados propone establecer un conjunto de políticas, regulaciones e intervenciones para mejorar la alineación entre la educación, las necesidades de salud de la población y el sistema de salud.

En ese contexto, el Ministerio de Salud (MINSA) cumpliendo con su rol rector ha asumido la responsabilidad de definir el perfil de competencias del/de la médico (a) peruano (a) y del/de la enfermero (a) peruano (a), a través de un proceso de diálogo y concertación con las entidades prestadoras, formadoras y la sociedad civil, con el objetivo de orientar la formación de los futuros profesionales de la salud mencionados, que se incorporarán a trabajar al Sistema Nacional de Salud.

Para el desarrollo de los perfiles se ha tomado en consideración elementos prospectivos que recoge las necesidades de salud de población peruana como son: Concentración de población en espacios urbanos no planificados, incremento del número de personas con estilos de vida inapropiados para la salud, incremento de enfermedades crónicas, incrementos de accidentes de tránsito, actos de violencia y aparición de brotes epidémicos. A nivel demográfico, la tendencia en los próximos años conducirá al incremento de la población adulta mayor, de jóvenes y adolescentes, y disminución de la población infantil, lo que conllevará a un cambio significativo en el perfil de la demanda de salud.

Los perfiles de competencia tendrán impacto en la educación y en el trabajo, en la medida que dichas exigencias sean correspondidas en la formación (durante toda la carrera) de los futuros profesionales de la salud que se incorporarán a trabajar al Sistema Nacional de Salud.

Por tanto, las entidades formadoras en salud, deben reconocer en el perfil de competencias, las capacidades esenciales que sus egresados deben lograr para ser parte del Sistema Nacional de Salud, contribuyendo, de manera progresiva, al cierre de la brecha formación – trabajo y al logro de los objetivos prioritarios establecidos en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”.

El perfil de competencias definido por el Ministerio de Salud está conformado por un número mínimo de competencias esenciales que el Sistema Nacional de Salud demanda de los futuros profesionales, las cuales podrán ser complementadas con otras competencias que las escuelas o facultades de ciencias de la salud tengan a bien considerar en el marco de su autonomía universitaria.

En esta primera fase, se brindan las competencias del/de la médico (a) y del/de la enfermero (a), posteriormente se definirán las competencias para las demás profesiones de salud, considerando el marco teórico del presente documento técnico.



DOCUMENTO TÉCNICO:

PERFIL DE COMPETENCIAS ESENCIALES QUE ORIENTAN LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

PRIMERA FASE: MÉDICO (A) Y ENFERMERO (A) PERUANO (A)

I. FINALIDAD

Contribuir a la articulación de las carreras de salud de educación superior universitaria, con las necesidades de los servicios de salud y la sociedad en general.

II. OBJETIVOS

- Establecer el marco teórico y la metodología para la formulación del perfil de competencias esenciales de los profesionales de la salud, que oriente la formación superior universitaria.
- Establecer en una primera fase el perfil de competencias esenciales que oriente la formación superior universitaria del/de la médico (a) y enfermero (a) peruano (a) de acuerdo a las necesidades de salud de la población, del sistema nacional de salud y el avance científico, así mismo, sirva como referente para procesos de gestión de recursos humanos de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, de las Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales de Salud, de EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú.

III. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 28044, Ley General de Educación.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- Ley N° 23536, Ley que establece las normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud.
- Ley N° 29889, Ley de Salud Mental.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

- Ley N°27669, Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
- Decreto Legislativo N° 559, que promulga la Ley del Trabajo Médico.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 019-83-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley que establece las normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud.
- Decreto Supremo N° 024-2001-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley de Trabajo Médico.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 003-2015-MC, que aprueba la Política Nacional para la transversalización del enfoque intercultural.
- Decreto Supremo N° 016-2016-SA, que aprueba la Política Sectorial de Salud Intercultural.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 056-2018-PCM, que aprueba la Política General de Gobierno al 2021.
- Decreto Supremo N° 019-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud-RIS.
- Decreto Supremo N° 26-2018-PCM, que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, país saludable”.
- Decreto Supremo N° 004-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera.
- Decreto Supremo N° 030-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 1204-2006/MINSA, Establece que la gestión de la atención primaria de la salud, es el desarrollo de los procesos de planeamiento, programación, monitoreo, supervisión y evaluación de la atención integral de salud que se realiza en el ámbito local.
- Resolución Ministerial N° 251-2014/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la identificación de competencias, diseño de estándares e instrumentos de evaluación de competencias específicas con el enfoque funcional”.
- Resolución Ministerial N° 366-2017/MINSA, que aprueba los “Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú”.
- Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)”.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Documento Técnico es de aplicación para las instituciones de educación superior universitaria y los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, de las Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales de Salud, de EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú.

V. DEFINICIONES OPERATIVAS

Actor Social¹. Sujeto individual o colectivo que desde sus intereses detecta la capacidad de intervenir o influir en forma significativa en una población o situación, o que cuenta con recursos de poder que lo hace estratégico en procesos de construcción comunitaria.

Acceso Universal a la Salud². Ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud.

Agentes Comunitarios de Salud³. Son aquellas personas representativas de la comunidad, que habiendo sido elegidos libremente por ella, asumen la responsabilidad de acuerdo a su disponibilidad de tiempo de velar por la salud y desarrollo de su comunidad. El agente comunitario de salud desempeñará un rol importante en la ejecución del programa.

Abogacía^{4,5}. Es el conjunto de acciones dirigidas a quienes toman decisiones para apoyar una causa política específica. Está siempre dirigido a influir en políticas, leyes, normas, programas u obtener financiamiento. Las decisiones se toman en los niveles más altos de las instituciones del sector público y privado.

La abogacía permite poner en la agenda política la afectación de derechos y la responsabilidad de las autoridades en asegurar el acceso y ejercicio de estos, como parte del desarrollo social de sus comunidades. Incluso permiten visibilizar las acciones políticas que limitan el ejercicio de estos derechos y que son necesarios de eliminar en cumplimiento de las leyes.

Aseguramiento Universal de Salud⁶. Es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

Atención de Salud⁷. Se denomina así a cada uno de los servicios que recibe o solicita un usuario o paciente de las IPRESS. Pueden ser de prevención, promoción, recuperación o rehabilitación en salud, según corresponda; y pueden brindarse dentro del establecimiento de salud (atenciones intramurales) o en la comunidad (atenciones extramurales).

Atención Integral de Salud⁷. Es el conjunto de intervenciones sanitarias en los ámbitos personal, familiar y comunitario, enfocadas en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, teniendo en cuenta los aspectos físico, mental y social; provistas de manera conjunta y continua por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) en términos de calidad, equidad y oportunidad; de acuerdo a su nivel resolutivo y la capacidad de oferta de los servicios de salud que brindan.

Atención Primaria de la Salud⁸. Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del

sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. La APS se desarrolla en los tres (3) niveles de atención del Sistema de Salud, y no debe confundirse con el Primer Nivel de Atención.

Atención Primaria de Salud Renovada⁸. La atención primaria de la salud renovada se entiende como el cuidado de la salud, a través de intervenciones en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, en los diferentes niveles de atención, tales como institutos, hospitales, centros de salud y puestos de salud, con énfasis en promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Es una estrategia coordinada, efectiva y sostenible, para abordar las necesidades de salud prioritarias y sus determinantes, que permite resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad, fortaleciendo los mecanismos de vigilancia, la participación ciudadana y el empoderamiento de la persona, familia y comunidad en el autocuidado de la salud. Los pilares y valores sobre los cuales se sustenta la APS son la equidad, la solidaridad y la universalidad de la salud, como derecho humano fundamental.

Cartera de Servicios de Salud⁷. Es el conjunto de servicios que produce una IPRESS, y por extensión una red de salud. Debe responder a las necesidades de salud de la población y las prioridades sanitarias establecidas por la ANS. No se refiere a los servicios como unidades orgánicas de las IPRESS.

Capacidad Resolutiva de la IPRESS⁷. Alude a la capacidad efectiva de una o un conjunto de IPRESS para satisfacer las necesidades y demandas de atención de salud de la población de su ámbito o jurisdicción, y resolver oportuna e integralmente los daños o patologías que la afecta. La capacidad resolutiva es una función de la disponibilidad y operatividad de los recursos con los que cuenta la o las IPRESS, y de las atenciones que oferta o servicios que produce.

Ciclo de Vida⁷. Ciclo de vida de la persona es el proceso que se desarrolla en ella a partir de la reproducción, siguiendo por su nacimiento hasta su muerte. Ese ciclo se cumple a través de diversas etapas.

Comunicación y Educación para la Salud³. Se refiere al proceso sociocultural permanente, que permite el desarrollo de habilidades personales y valores en los miembros de la familia para tener comportamientos saludables y cuidar el ambiente. Se empodera a las personas y familias a través de diferentes estrategias educativo comunicacionales, informando sobre comportamientos saludables, a fin que sean incorporados en su práctica **cotidiana**.

Comunidad³. Es el conjunto de personas que comparten una cultura, objetivos comunes y que viven en un mismo espacio geográfico. Se ubican tanto en áreas urbanas y **rurales**.

Conductas Saludables³. Es la combinación de los conocimientos, prácticas y actitudes que contribuyen a comportamientos saludables. El comportamiento saludable puede ayudar a mejorar y mantener un nivel adecuado de **salud**.

Cobertura Universal de Salud⁹. Capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento. La cobertura universal de salud implica

que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para que toda **la población** tenga acceso sin discriminación alguna, a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras o empobrecimiento, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad. Se basa en reconocer que la salud es un derecho humano fundamental, y la equidad es un aspecto primordial para hacerlo efectivo.

Continuidad de Servicios de Salud⁷. Característica del Sistema de Salud de poder asegurar que los pacientes puedan ser atendidos de acuerdo al nivel de complejidad que requieran según la patología que les afecte, en las IPRESS de los diferentes niveles de atención, sin interrumpir la atención o tratamiento. Esto implica tener un operativo, adecuado y oportuno flujo de referencia y contra referencia.

Cuidado de la Salud⁷. Acción de proteger, cautelar, preservar, de manera empática, el Derecho a la Salud de los individuos, el entorno familiar y la comunidad en la que vive; estas acciones pueden ser realizadas por las personas, las organizaciones, la sociedad o el Estado.

Cuidados Integrales de la Salud⁷. Son las acciones e intervenciones personales, familiares y colectivas que son realizadas para promover hábitos y conductas saludables; buscan preservar la salud, recuperarla de alguna dolencia o enfermedad, rehabilitarse, paliar el sufrimiento físico o mental, fortalecer la protección familiar y social.

Comprende, por un lado, las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud en torno a la persona, familia y comunidad, en el Sistema de Salud, considerando las dimensiones bio psico sociales de los individuos, aplicando los enfoques de derechos humanos, género, interculturalidad y equidad en salud, que conduzca a fortalecer relaciones simétricas de intercambio de información, saberes y conocimientos entre el proveedor del cuidado y el receptor.

Por otro lado, comprende las intervenciones intersectoriales e intergubernamentales sobre las Determinantes Sociales de la Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, abordando el marco socio económico político cultural, las determinantes estructurales y las determinantes intermedias, incluido el Sistema de Salud, con la finalidad de construir un país y una sociedad saludables.

Cuidados Paliativos⁷ (CP). Es la atención que se ofrece a pacientes y familias, que sufren alguna enfermedad severa, generalmente crónica, progresiva, incurable e intratable, que limita o acorta la vida, y que se acompaña de una serie de síntomas y signos que requieren tratamiento. Como parte de la atención integral de salud, está comprendida dentro de la intervención sanitaria de recuperación en salud.

Los Cuidados Paliativos (CP) procuran:

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal;
- Prevenir y aliviar el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicológico, social o espiritual.

Los CP reafirman el valor de la vida, y reconocen que la muerte es parte del proceso normal de todo ser humano, y en este sentido, brindan el acompañamiento necesario, sin pretender acelerarla o retardarla, evitando el sufrimiento innecesario y respetando la dignidad de la persona hasta el desenlace final. Los cuidados paliativos no terminan con la muerte de la persona, sino que continúa con el soporte del duelo a la familia.

Desarrollo Humano¹⁰. Consiste en la ampliación de las capacidades, entendidas como las libertades de las personas para elegir lo que efectivamente puedan disfrutar. Estas libertades incluyen tanto las oportunidades que tienen de vivir de las maneras que consideran valiosas, como de su papel como agentes capaces de escoger libremente entre tales oportunidades y de influir en su sociedad para hacerla más plenamente humana, igualitaria y sostenible. Por esta situación, el desarrollo humano es la meta que las personas deberían alcanzar. Si lográramos el máximo grado de desarrollo humano habremos dado un paso adelante en la reducción de las inequidades sociales, entre las cuales se encuentra el limitado acceso a los servicios de salud. Es también preciso mencionar, la necesidad de intervenir a nivel de instancias rectoras para la formulación de políticas, que lleguen de manera efectiva a ser desarrolladas en los niveles nacionales, regionales y locales.

Derechos Humanos¹¹. Se fundamenta en el respeto a la dignidad de toda persona, quien nace con derechos inherentes por su sola condición de ser humano. Según este enfoque, el ser humano es el centro de las diversas esferas de acción del Estado. Los principios reconocidos y garantizados jurídicamente desde este enfoque son la universalidad, la interdependencia, la indivisibilidad, la integralidad, la complementariedad e inalienabilidad. La violación o descuido de los derechos humanos puede tener consecuencias graves para la salud de las personas. Asimismo, la vulnerabilidad de la población puede disminuir tomando medidas para respetar, proteger y hacer cumplir los derechos humanos.

Derecho a la Salud¹¹. Es un derecho inclusivo y amplio que no solo abarca la atención oportuna y apropiada de la salud, el acceso a servicios y medicamentos esenciales, a sistema de atención sanitaria culturalmente aceptable y de calidad, así como a libertades fundamentales y el derecho de estar exento de toda forma de discriminación, sea cultural, racial, de género; también está referido a los principales determinantes de la salud tales como: la equidad de género, el ambiente saludable, acceso a adecuación y los servicios de salud, ingresos económicos, agua potable, saneamiento, información relacionada con la salud, nutrición entre otros.

El Derecho a la salud, reconocido por la Constitución Política del Perú, los convenios internacionales ratificados por el Estado Peruano, Sentencias del Tribunal Constitucional y normas legales vigentes, el Derecho a la salud es un derecho fundamental de la persona sin distinción alguna, y corresponde al Estado y sus instituciones garantizarlo, respetarlo, promoverlo y protegerlo. No se limita únicamente al acceso a los servicios de salud.

El derecho a la salud es más que el derecho al acceso a la atención de salud, y requiere la concreción de otros derechos como el acceso a alimentación en condiciones de inocuidad y seguridad, a agua potable y saneamiento básico, al fomento de ambientes saludables en la familia, el trabajo y la comunidad, y al acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, aplicando los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Determinantes Sociales de la Salud⁷ (DSS). Son las circunstancias en que las personas son concebidas, nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas 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 adoptadas, y explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en lo que respecta a la situación sanitaria.

El término «determinantes sociales» resume el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, biológicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud de la población y sus diferencias entre un país y otro, e incluso dentro de un mismo país. Comprende a los determinantes estructurales y a los determinantes intermedios, y a las condiciones de vida que ellos generan en la población.

Resultan de la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades en salud, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

El contexto socio económico y político incluye el ejercicio de la gobernanza, el modelo de desarrollo predominante, las políticas macroeconómicas, sociales y sanitarias, que estructuran los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen las diferencias sociales, como: el mercado laboral, el sistema educativo, las instituciones políticas y otros valores culturales y sociales.

Los determinantes estructurales incluyen a los estratificadores estructurales que generan la gradiente social: ingresos, nivel educativo, ocupación, clase social, género, raza / etnia.

Los determinantes intermedios incluyen a las condiciones materiales en las que se vive; las circunstancias psicosociales; los comportamientos o estilos de vida, los factores biológicos; y el propio sistema de salud como un determinante social.

Determinantes Sociales de la Salud, abordaje de los⁷. Implica la decisión de superar las inequidades en salud actuando sobre las DSS. Esto requiere la comprensión de que:

- a) La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes inequidades en salud en los países están provocadas por una distribución desigual, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida saludable y próspera.
- b) El Sistema de Salud, al ser uno de los determinantes intermedios, no es suficiente para resolver las inequidades en salud.

El abordaje de las DSS pasa por dejar de tener un enfoque medicalizado del proceso salud enfermedad, y entender que las posibilidades de la población de enfermar, acceder a la atención y de curarse, dependen de la acción sobre los determinantes estructurales, y definir políticas públicas de salud que los modifiquen.

Las acciones sobre los determinantes estructurales demandan mayor capacidad de intervención, toman más tiempo en mostrar resultados, pero sus posibilidades de impacto son mayores. Las acciones sobre los determinantes intermedios pueden obtener resultados a corto o mediano plazo, pero su sostenibilidad en el tiempo es poco probable.

La acción sobre los DSS es un reto del Estado para un trabajo multisectorial, pero corresponde a la Autoridad Nacional de Salud en el ejercicio de la Rectoría en Salud, incluirlo en la agenda política y liderar las acciones a desarrollar.

Entornos Saludables³. Comprende los espacios físicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y ecológicos en los que la persona desarrolla su vida diaria, donde se establecen condiciones no sólo para proteger la salud sino para potenciarla al máximo e incrementar el nivel de calidad de vida.

Equidad¹¹. Concepto ético asociado a los principios de derechos humanos y justicia social que postula que es la necesidad, y no la ventaja social, la que determina la asignación de los recursos. En consecuencia, no todas las desigualdades son inequidades, sino solo aquellas consideradas injustas y evitables y asociadas con diferentes niveles de privilegio social.

Equidad de Género en Salud¹¹. Se refiere al logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos y situaciones específicas. Para modificar esas inequidades de género que afectan la salud integral y el desarrollo humano de mujeres y varones, es importante la aplicación del principio de relevancia, según el cual deben adaptarse las siguientes medidas de acción afirmativa: Promover el acceso, y la utilización de servicios que aborden problemáticas específicas de mujeres y varones como grupos diferenciados, asignar de manera diferenciada recursos de acuerdo a las necesidades particulares de salud de cada sexo y en cada contexto socioeconómico y exigir aporte financiero en función de la capacidad de pago, distribuir justa y equitativamente, responsabilidades, poder y beneficios entre mujeres y varones en la atención formal e informal de salud prestada en los hogares, la comunidad y las instituciones del sistema de salud, y finalmente asegurar la participación equitativa de mujeres y varones en los procesos de diseño, implementación y evaluación de las políticas, programas y servicios de salud.

Enfoque Territorial¹². Concibe al territorio como un espacio de relaciones entre los diferentes actores y sectores claves de la sociedad civil, sus organizaciones, instituciones, el medioambiente, las formas de producción, distribución y consumo, tradiciones e identidad cultural.

Equidad en Salud^{13,14}. Significa que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad.

En términos prácticos es darle la oportunidad de acceder al cuidado y la atención de su salud, a quien no la ha tenido. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad. No es darle a todos lo mismo.

La equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Amartya Sen, miembro de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, señaló que “la equidad en salud no concierne únicamente a salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humana. Ciertamente la equidad en salud no trata sólo de la distribución de la salud, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la asistencia sanitaria. En efecto, la equidad en salud tiene un alcance y una relevancia enormemente amplios”.

Enfoque de Derechos Humanos⁸. El enfoque de derechos se basa en el reconocimiento de que las personas son titulares de derechos fundamentales, universales, inalienables, interdependientes, indivisibles que generan obligaciones para el Estado en el ámbito de su garantía y de la creación de condiciones para el ejercicio de los mismos. Este enfoque plantea un cambio en la forma de aproximación a la ciudadanía, como sujeto de participación, y de concepción de las políticas públicas, que se constituyen en herramientas que requieren para su construcción de la dinámica e interrelación entre diferentes actores/as y que sirven para potenciar el ejercicio de derechos y la exigibilidad de los mismos.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos estableció como ideal una base mínima de igualdad que debería ser común a todos los seres humanos. Pero este ideal estuvo y está muy lejos de la realidad. Recién después de más de medio siglo, el 2005 sus Estados miembros decidieron por unanimidad integrarlos en sus políticas nacionales.

Sin embargo, la desigualdad no se reduce y las evidencias sobre los Determinantes Sociales de la Salud lo confirman: la desigualdad es el factor que más influye en las injustas diferencias de la salud de las poblaciones, como lo señala la Conferencia sobre los Determinantes Sociales de la Salud de Río de Janeiro el 2011, “Cerrando la brecha”.

Enfoque Intercultural⁸. El Perú es un país multicultural, la opción intercultural propone generar un trato horizontal entre las distintas culturas sobre la base del diálogo, en el marco de nuevos circuitos de intercambio cultural. La Interculturalidad debe ser transversal y multisectorial a las políticas de gobierno y uno de sus objetivos consiste en abrir verdaderos espacios de participación a las diferentes culturas existentes. Por ello es necesario generar canales para que las culturas que han sido excluidas puedan participar activamente en la esfera pública nacional asumiendo el poder y la responsabilidad de su propia representación política.

La incorporación de la interculturalidad implica fundamentalmente un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permita una interacción horizontal y sinérgica, sustentada.

Etapas de Vida⁷. Se denomina así a los varios estadios de desarrollo que atraviesa la persona a lo largo del ciclo vital natural, desde antes del nacimiento hasta la muerte. En cada una de ellas se producen cambios físicos, emocionales, intelectuales, psicológicos, y otros atributos diferentes en cada persona, y que pueden variar de una persona a otra según su origen social, biológico o cultural, que hacen que cada persona sea diferente a las demás, por esto no se puede decir con exactitud cuándo inicia o culmina una etapa de vida en el desarrollo del ser humano; sin embargo, por convencionalismo, se suele establecer como referencia la edad para definir el inicio o el fin de cada una de ellas.

Entornos Saludables³. Es aquel espacio físico de residencia que propicia condiciones satisfactorias para la persona y la familia, reduciendo al máximo los factores de riesgo existentes en su contexto geográfico, económico, social y técnico.

Familia³. Conjunto de personas que tienen lazos afectivos y/o de consanguinidad que consumen alimentos preparados en “una misma olla” y comparten una vivienda de manera continua.

Familia Saludable³. Es aquella en la que sus miembros se encuentran en la búsqueda continua de su bienestar físico, psíquico, social y mantienen condiciones favorables para preservar y fomentar su desarrollo, respetando su dignidad, sus expectativas y sus necesidades; viven resolviendo adecuadamente los conflictos entre sus miembros y en un entorno saludable, siendo además responsables de sus decisiones individuales y familiares, promoviendo principios, valores y actitudes positivas para la vida.

Género en Salud¹⁵. Tiene como objetivo lograr una mayor equidad en la atención de salud de mujeres y varones, modificando las inequidades que afectan su salud integral y su desarrollo humano, favoreciendo procesos que brinden iguales oportunidades.

Gestión Territorial en Salud (GTS). Es un modelo de gestión que la autoridad del territorio del nivel local, regional o nacional implementa con el objetivo de desarrollar condiciones favorables en salud para la población de su ámbito, a través de acciones coordinadas y articuladas para el abordaje de las determinantes sociales de la salud y garantizando la atención integral de salud en las IPRESS de su jurisdicción.

La GTS implica que la Autoridad del territorio planifica, organiza, dirige y controla las acciones que involucra a las entidades del ámbito público, las organizaciones privadas y las personas, concertando con ellas para impulsar el acceso equitativo a la salud y al desarrollo de entornos saludables, y en concordancia con las prioridades y políticas públicas establecidas por el Ministerio de Salud, como rector del Sector Salud.

La Red o IPRESS fomenta, promueve y contribuye a que la Autoridad local y Regional desarrollen la GTS⁷.

Interculturalidad en Salud¹⁶. Es la relación de respeto que se establece entre las personas de diversos contextos culturales y étnicos, respecto a la manera en que cada uno tiene para entender el proceso salud enfermedad, considerando sus conocimientos, creencias, interpretaciones y prácticas, así como, sus formas de fundamentarlas.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)⁷. Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como, aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.

Igualdad en Salud⁷. Es la condición en la que toda la población recibe las mismas alternativas para acceder al cuidado y la atención de la salud. Esta condición admite como única diferencia el riesgo de enfermar por razones biológicas. Así, hay patologías que son propias de las mujeres y otras que solo afectan a varones; esto constituye una desigualdad en salud.

El problema con esta situación es que en la población hay quienes tienen más recursos para poder ejercer su derecho a la salud, y otros que tienen menos o muy escasos recursos, generando brechas que constituyen inequidades en salud (no desigualdades en salud); si en este escenario, se les da a todos lo mismo, las brechas se mantendrán y no se habrán resuelto las condiciones de exclusión.

Inequidad en Salud⁷. Se refiere a la diferencia que existe entre las personas para ejercer su derecho a la salud, por causas que no responden a causas biológicas, y por tanto son injustas y evitables. Esas diferencias suelen obedecer a razones de estratificación social, económica, geográficas, étnicas, de género, entre otras.

- **Intervenciones Sanitarias**⁷. Son aquellas acciones del ámbito de la Salud Pública, que en conjunto permiten brindar atención integral en las IPRESS. Las intervenciones sanitarias son cuatro: prevención de enfermedades, promoción de la salud, recuperación de la salud y rehabilitación de la salud.

Prevención de Enfermedades. Acciones que tiene como objetivo evitar que las personas se enfermen, o que en caso de enfermar se presente un cuadro clínico menos grave y con menos complicaciones. Es importante reconocer que la realización de la prevención de las enfermedades depende principalmente del involucramiento de las personas.

Promoción de la Salud. Como intervención sanitaria, es el conjunto de acciones que tiene como objetivo transmitir información para que las personas puedan incorporar conocimiento y desarrollar prácticas y estilos de vida saludables.

Recuperación de la Salud. Conjunto de acciones orientadas a restablecer la salud, que incluyen la evaluación clínica, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y el seguimiento, de la persona afectada por un daño o enfermedad. En el ciclo natural de una enfermedad, las personas afectadas pueden sanarse, mejorar, quedar con limitaciones, y en algunos casos, inevitablemente morir. Por ello dentro de esta intervención sanitaria, la recuperación de la salud incluye los cuidados paliativos.

Rehabilitación de la Salud. Es el conjunto de acciones destinadas a lograr que las personas afectadas por alguna enfermedad puedan recuperar las capacidades que tenían antes de enfermar, hasta el nivel más óptimo, de manera que puedan reinsertarse en el menor tiempo posible a sus actividades habituales y productivas. El objetivo es evitar, idealmente, situaciones incapacitantes, temporales y permanentes.

Justicia Social¹⁷. Se refiere a la organización de la sociedad tendiente a lograr el bien común para todos, para lo cual se prevé la contribución de todas las partes involucradas. La promoción y el respeto de la justicia social significan ser parte de una sociedad donde todos los miembros, sin considerar sus antecedentes, cuenten con los derechos humanos básicos y un acceso equitativo a las riquezas y los recursos de la comunidad.

Modelo de Atención de Salud¹². Modalidad mediante el cual los paradigmas del proceso de salud – enfermedad se implementan a través de prácticas sociales de atención a la salud.

Modelo de Atención Integral de Salud¹² (MAIS). Es el marco conceptual de referencia con el que se define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que,

operando coherentemente, garantizan la atención integral a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (necesidades que son percibidas o no percibidas por la población).

Ellos orientan los términos bajo los cuales se organizan los servicios de salud y desarrollan sus actividades; la forma como otros sectores se complementan con el Sector Salud y la forma como los recursos del Estado son orientados para mejorar el estado de salud de la población del país.

Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC)¹². Es un conjunto de estrategias, procedimientos y herramientas que al complementarse organizan el Sistema de Salud, con el fin de responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los niveles de atención de salud.

Objetivos de Desarrollo Sostenible¹⁸. Son fruto del acuerdo alcanzado por los Estados Miembros de las Naciones Unidas y se componen de una Declaración, 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas. Los Estados Miembros han convenido en tratar de alcanzarlos para 2030.

Paciente⁷. Persona que por su condición, enfermedad o molestia que lo aqueja necesita recibir atención de salud en una IPRESS y es atendida.

Participación Ciudadana en salud¹¹. Es un derecho que involucra la generación de mecanismos, procedimientos y orientación de recursos por parte de los Estados, para promover, proteger y garantizar el derecho de la ciudadanía a participar en la toma de decisiones, en los planos nacional, regional y comunitario; en la promoción de la salud, la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, y en la organización del sector salud, incluyendo la participación en las políticas públicas y presupuestos. Incluye la transparencia y la rendición de cuentas; el desarrollo de mecanismos sectoriales de participación y exigibilidad de derechos; la remoción de barreras para la participación, la construcción de capacidades y la ampliación de oportunidades para una participación inclusiva, plural e intercultural.

Políticas Públicas¹⁹. Son diseños que sustentan la acción del gobierno. Basadas en políticas nacionales del Estado, los gobiernos de turno, establecen prioridades de gobierno claras y pertinentes, tomando en cuenta también las demandas y necesidades de la población, que luego las entidades públicas expresarán en objetivos, metas y los respectivos procesos que los convertirán en productos institucionales: regulaciones, procedimientos administrativos, bienes y servicios públicos, todos los cuales tendrán un impacto positivo en el ciudadano, dados determinados recursos disponibles.

Promoción de la Salud⁸. La Promoción de la Salud, como función esencial de salud pública, es un ámbito específico de desarrollo de acciones y competencias de los sistemas de salud, para alcanzar el objetivo de la salud pública, que es alcanzar la equidad en salud.

La Promoción de la Salud busca fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos para tener mayor control sobre su salud y mejorarla, logrando un estado de bienestar físico, mental y social. Esto se hace como parte de la Atención Integral de la Salud, junto a las otras tres intervenciones sanitarias (prevención de las enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud), en el establecimiento de salud y en la comunidad.

También la Promoción de la Salud busca modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas en las que viven las personas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual, mediante el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud. Estas acciones de Promoción de la Salud se implementan a través de procesos políticos y sociales, que involucran necesariamente al Estado y la sociedad, y requieren de la coordinación y sinergia intersectorial, e intergubernamental, así como del empoderamiento y participación social como elementos esenciales de su sostenibilidad.

Protección Social en Salud²⁰. Es “la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo”.

La protección social en salud constituye un marco de referencia para la concreción del acceso a niveles adecuados de cuidados de la salud entendiendo a ésta como un derecho o un bien preferencial que la sociedad ha consagrado. Las políticas de protección social en salud deben orientarse a la universalidad, garantizando el acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera de las personas, familias y comunidad. Sin embargo, aunque universales, estas políticas deben estar atentas a producir respuestas especiales para necesidades especiales, siendo permeables al enfoque de género y proactivas en la atención de las necesidades de las minorías étnicas y culturales.

Red Integrada de Salud (RIS)²¹. Conjunto de organizaciones que presta, o hace los arreglos institucionales para prestar una cartera de atención de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación, y que rinde cuentas por los resultados sanitarios y administrativos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

Salud Intercultural⁷. Es el proceso de articulación de diferentes enfoques conceptuales de la atención de la salud existentes, en un espacio físico o social, de una manera horizontal y respetuosa entre ellos, basada en el intercambio y discusión de ideas, prácticas y experiencias. Tiene por objeto crear estrategias de atención conjunta para abordar la salud y la enfermedad basadas en el derecho a la vida y la salud.

Salud Pública⁷. Se reconocen dos acepciones:

1. La Salud Pública es un campo de acción que afecta el estado de salud en un determinado territorio (casi siempre un país o una región) en el que se desarrolla la vida de las personas, su familia, la comunidad / sociedad, y el medio ambiente correspondiente; dicho campo de acción lo constituye la praxis social, la aplicación de la tecnología científicamente probada, las políticas públicas y las acciones del Estado, y el desempeño de diversas organizaciones públicas y privadas, y de las propias personas.

Es el resultado del accionar de factores determinantes y de las políticas públicas vigentes que responden al marco socio económico y político, las que a su vez son reflejo del accionar (o inacción) del Estado y del modelo de desarrollo imperante; así como de los factores que influyen, positiva o negativamente, para alcanzar el goce de la Salud (no solo cuando hay

enfermedad); reflejando la mayor o menor posibilidad a vivir con salud de esa población a lo largo del curso de vida, y de alcanzar incluso llegar a tener mayor capacidad productiva, expectativa de vida y longevidad creativa. Se expresa en el nivel alcanzado de Equidad en Salud, que depende de las mayores o menores posibilidades y condiciones que tienen las personas y sus familias, de vivir con salud, de vivir saludablemente o, por el contrario, de vivir privado de ella y en condiciones de vulnerabilidad originada por su posición social. Por tanto, no se limita al grado de acceso a un sistema de salud, pues este no es capaz de modificar la inequidad existente. La Salud Pública es “pública” porque concierne a todos, es de interés de todos, y no se puede enajenar o apropiar individualmente; no es correcto asumir que es “pública” porque “pertenezca” al Estado; sin embargo, corresponde al Estado ser el primer responsable de ella, como parte importante del rol del Estado de crear el bien común. Dentro del Estado corresponde a la Autoridad Nacional de Salud asumir dicha responsabilidad, pero hay otros actores, institucionales, privados, e individualmente, quienes también son responsables de la Salud Pública, en lo que les corresponda. Se suele confundir “establecimientos de salud pública” para referirse a los ES que son del Estado, sean del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales, en especial. Estos son “establecimientos de salud públicos”, y no de Salud Pública.

2. Salud Pública como cuerpo conceptual amplio y extenso, que se basa inicialmente en la Medicina, para luego haberse enriquecido de las ciencias naturales, sociales y económicas. Su objeto de estudio es la Vida y la Salud de la población, y de los factores que le influyen, dañándola o protegiéndola. Esta Salud Pública es del ámbito del mundo académico, que la estudia, analiza, sistematiza, propone intervenciones y estrategias, y concluye, para que la Autoridad de Salud pueda decidir Políticas Públicas de Salud, basadas en evidencias.

Sector Salud²². El sector salud está conformado por el Ministerio de Salud 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 el Decreto Legislativo 1161, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva.

VI. JUSTIFICACION

6.1 Situación actual de la formación de los Recursos Humanos en Salud-RHUS

Una de las lecciones aprendidas de la década de los Recursos Humanos en Salud (RHS) 2006-2015 ha sido que, la problemática de RHUS requiere un abordaje integral. En ese sentido, el marco de referencia propuesto por la OMS sobre el mercado de trabajo en salud,²³ resulta de mucha utilidad al mencionar que el campo de políticas de RHUS debe ser conceptualizado como un sistema en sí, desde la “producción” y la formación de los futuros trabajadores de salud hasta su inserción y desempeño en el mercado de trabajo.

Respecto a la educación en el Perú, Juan Arroyo (2006) menciona que existe un desequilibrio entre el desempeño laboral y las competencias del egresado de las carreras de las ciencias de la salud y persistencia de modelos de formación tradicionales, centrados en la enfermedad y no en los problemas del primer nivel de atención. Este dimensionamiento se debe²⁴:

- En primer lugar, a la inadecuación de los profesionales formados en relación con las competencias requeridas, lo que se traduce en la dificultad para ejercer las competencias para el cuidado de la salud en las personas, así como para desarrollar labores de gestión del cuidado y la atención en salud.
- En segundo lugar, al distanciamiento que se da en el desarrollo de estrategias insuficientes para el real dimensionamiento de la formación en salud y cómo esta debería adaptarse a las necesidades del sector y no basarse en presupuestos establecidos por los centros de formación con respecto a una percepción del sector muchas veces equivocada.

Estas desconexiones, podrían ser consecuencia del marcado privilegio hacia la atención de segundo y tercer nivel de atención, lo que influye en la elaboración de planes de estudio que resaltan la atención hospitalaria sin considerar los niveles de menos complejidad y la estrategia de la Atención Primaria de la Salud -APS, con tendencia hacia la especialización y sub-especialización.

Por otro lado, la creciente proliferación de facultades y/o escuelas de ciencias de la salud ha propiciado la sobresaturación de los campos de formación y el consecuente conflicto entre las instituciones formadoras y las sedes docentes que compiten por los espacios de práctica en los establecimientos de salud de mayor complejidad.

Así mismo, el Segundo Informe al País sobre Recursos Humanos en Salud realizado el año 2011²⁴, plantea dos dimensiones en las que se expresa una brecha entre las instituciones formadoras y las necesidades de los servicios públicos de salud, la que podríamos calificar de dimensiones cualitativa y cuantitativa respectivamente. La dimensión cualitativa alude a la inadecuación de los profesionales formados en relación con las competencias requeridas, y la dimensión cuantitativa referida al cálculo del número de personal que debe ser formado para adaptarse a las necesidades del sector.

En el 2012, la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA (actualmente Dirección General de Personal de la Salud) recogió información sobre Recursos Humanos a nivel de las DIRESAS; se identificó como situación problemática entre otros, las siguientes²⁵:

- La saturación de campos clínicos y número excesivo de alumnos de pregrado;
- Débil articulación de las sedes docentes con las instituciones formadoras para la programación y ejecución de actividades de Docencia Asistencial;
- Alta asignación de alumnos por tutor, sin tutoría permanente;
- Sedes docentes que no cuentan con programación conjunta con la universidad.

El Consejo Nacional de Salud²⁶ en el Acuerdo N°723-2017/CNS ha manifestado su preocupación por la calidad de la formación de los profesionales de la salud, por las siguientes evidencias:

- El estudio “Aproximación a la Línea Base de Competencias en Profesionales Médicos, Obstetras y Enfermeros que van a realizar el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) 2016-I, en las Regiones La Libertad, Loreto y Piura”, llevado a cabo por el Ministerio de Salud, en coordinación con el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa, el CONADASI, la Autoridad Nacional del Servicio Civil y la Superintendencia Nacional

de Educación Superior Universitaria. La muestra estuvo constituida por 254 profesionales (31% médicos, 42% enfermeros y 27% obstetras), concluyendo que solo 166 (65%) son calificados como “competentes”.

- En el caso de los médicos (79), que se encontraban realizando su SERUMS en la región La Libertad y en relación a la competencia “atención de la paciente con emergencia obstétrica en el primer nivel de atención”, solo 6 fueron calificados como “competentes” (8%) y 73 como “en proceso de adquirir la competencia” (92%).
- En el caso de los enfermeros (106), que se encontraban realizando su SERUMS en las regiones La Libertad, Loreto y Piura y en relación a la competencia “Controlar el crecimiento y desarrollo del niño niña menor de 5 años según normativa vigente y planes de cuidado de Enfermería”, 102 fueron calificados como “competentes” (95%) y 4 como “en proceso de adquirir la competencia” (5%).
- El Informe Final sobre Educación Médica en el Perú de la Comisión de Alto Nivel, conformada con Resolución Ministerial N° 810-2016/MINSA. Entre sus conclusiones expresa que hay un grave deterioro del proceso de enseñanza aprendizaje de la medicina y de la calidad del producto final.
- El promedio de los resultados entre el 2008 y el 2015, del Examen Nacional de Medicina (ENAM) rendido anualmente por los estudiantes de medicina humana en el último año de su formación en una escala vigesimal fueron: 12,27; 12,01; 11,34; 10,80; 11,34; 9,90; 10,64 y 11,66 respectivamente, lo que implica un porcentaje de desaprobados de alrededor del 50%²⁷.
- El Informe Final del Grupo de Trabajo encargado de revisar la normativa vinculada a la calidad de la formación y del entrenamiento, a nivel de pre y post grado, de los médicos cirujanos en el Perú, conformado por el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Colegio Médico del Perú y la Academia Nacional de Medicina, a través de la Resolución Suprema N° 010-2017-SA²⁸, señaló en sus conclusiones y recomendaciones lo siguiente²⁹:
 - Los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud deben anteponerse a cualquier otra disposición, en concordancia con lo que señala la Ley N° 29414, que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
 - La calidad de la prestación de servicios de salud que realiza el personal se encuentra estrechamente vinculada a la formación recibida en el pregrado.
 - Hay un 50% de los estudiantes de medicina humana que rinden el Examen Nacional de Medicina desaprueban.
 - Existe una saturación de servicios por estudiantes de medicina humana de diversas universidades, sin regulación en su número y a predominio en hospitales de referencia nacional, en lugar de la formación fundamental en establecimientos del primer nivel de atención.
 - Recomendó que el Ministerio de Salud determine la necesidad de médicos cirujanos para el Perú, en términos cuantitativos y cualitativos, a nivel nacional y por regiones.

A nivel internacional, una Comisión de 20 líderes académicos sobre profesionales de salud para el nuevo siglo señala que:³⁰

“La educación profesional no se ha desarrollado al ritmo de estos retos, fundamentalmente por contar con un currículo fragmentado, obsoleto y estático que produce graduandos mal equipados. Los problemas son sistémicos: una descoordinación entre las competencias y las necesidades de los pacientes y de la población; deficiente trabajo en equipo; una persistente estratificación de los géneros en el estatus profesional; un enfoque técnico limitado sin un entendimiento conceptual más amplio; encuentros episódicos en lugar de un cuidado de salud continuo; una predominante orientación hacia los hospitales a expensas de la atención primaria; desbalances cuantitativos y cualitativos en el mercado laboral profesional y un débil liderazgo para mejorar el rendimiento de los sistemas de salud”.

Para superar la brecha cualitativa de la formación de RHUS, los líderes académicos, los expertos en salud pública, los organismos internacionales, entidades nacionales y representantes de la sociedad civil han brindado entre otras las siguientes recomendaciones:

- Las entidades formadoras deben adecuar la formación profesional a las necesidades de la población, integrándose con el sistema de salud para producir profesionales que tengan la capacidad de operar en este sistema.
- Considerar las orientaciones de la OPS, enfocada a la concepción del médico orientado hacia la salud de las personas, a la búsqueda de la equidad en salud y el humanismo médico, y que las facultades y escuelas de medicina, definan y asuman contratos sociales que legitimen su razón de ser frente a la sociedad.
- Hacer un cambio de la clásica medicina promulgada por Abraham Flexner, con enfoque centrado en los aspectos biológicos hacia una medicina social, en la cual el profesional de la salud debe no solo saber atender la enfermedad sino conocer los problemas sociales que aquejan a esa población y participar en la prevención de los mismos.
- Considerar a la estrategia de la Atención Primaria de la Salud como el eje central de la discusión y la transformación de los programas de Ciencias de la Salud y así, superar las inequidades en salud.
- Las Facultades de Salud o Medicina, deben estar atentos a las condiciones epidemiológicas y demográficas y hacer que los estudiantes y egresados coparticipen de las necesidades y respuestas que requieren las comunidades.
- El perfil del médico debe estar direccionado hacia un profesional con formación holística para atención integral del paciente, enfatizarse en la prevención y promoción de la salud, considerando que existen otros espacios fuera del ámbito hospitalario que tienen mucho que ver con la salud/enfermedad, con competencias desarrolladas en comunicación, liderazgo y con un profundo sentido de la ética.
- Según la Organización Mundial de la Salud, la educación de los profesionales de salud debe orientarse hacia los principios de la educación interprofesional.
- Añadir a la formación el aprendizaje de la salud intercultural, siendo lo deseable que no se etiquete como una asignatura, sino como un proceso de conocimiento/habilidad/actitud/valores/acciones que se incluya en forma transversal, de tal modo que cualquier asignatura no deje de estudiarse, describirse y analizarse en función de la mirada intercultural.

La calidad en la prestación de servicios de salud es fundamental y se encuentra estrechamente vinculada a las competencias y capacidades del personal de salud, las cuales son adquiridas durante su formación y fortalecidas durante su ejercicio profesional. Por tanto, las instituciones educativas tienen una responsabilidad ineludible para transformar y mejorar la realidad socio-sanitaria en busca de la equidad y el derecho a la salud.

De igual manera, los servicios de salud son los escenarios docentes para garantizar la formación de los profesionales de salud y deben por tanto tener características adecuadas y definir el número de estudiantes que pueden recibir.

6.2 Acuerdos y compromisos regionales respecto a la mejora de la calidad de la formación

El Perú, como miembro de los organismos internacionales y firmantes de los acuerdos mundiales y regionales, ha asumido un compromiso político y social con sus propios ciudadanos y con la comunidad internacional, en ese sentido, en los últimos años nuestro país y los países de la Región han avanzado hacia la universalización de los sistemas de salud mediante la reforma de las políticas y cambios que hacen hincapié en el derecho a la salud y la reafirmación de la atención primaria de la salud (APS). Se ha reconocido la importancia de adoptar eficazmente los valores y principios de la estrategia de la atención primaria de la salud, en especial mediante el enfoque integral y multisectorial para abordar los determinantes de la salud. Aun así, persisten retos como avanzar hacia la cobertura integral de los servicios, reducir los copagos y otros desembolsos directos de los usuarios y garantizar beneficios similares para todos. Otros retos importantes incluyen mejoras a la calidad de la atención y la adaptación de la capacidad de respuesta de los servicios a la demanda de la atención de salud³¹.

En octubre 2007, la vigésima séptima Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó la Resolución CSP27.R7 titulada Metas Regionales en materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015³². La citada resolución instaba a los Estados Miembros a elaborar planes nacionales de Recursos Humanos para la Salud y comprometerse con las 20 Metas Regionales propuestas. Un informe final sobre el tema fue presentado al 54º Consejo Directivo en septiembre 2015; en él, se sugería a los Estados Miembros considerar la adopción de una nueva agenda regional de recursos humanos para la salud post 2015³³.

En respuesta a la necesidad de una nueva agenda, en la reunión realizada en Buenos Aires en septiembre del 2015, los países abordaron los desafíos de los Recursos Humanos en Salud (RHUS) para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, y coincidieron en avanzar en un conjunto de temas prioritarios, entre ellos el siguiente:

“Fortalecer la capacidad de rectoría y gobernanza, equidad en la dotación y distribución de los recursos humanos y reorientar la formación de los profesionales de la salud hacia la atención primaria”.

Del mismo modo, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una nueva Agenda para el Desarrollo Sostenible 2030, con un ambicioso marco de acción que pone en relieve la salud,

estableciendo en el objetivo 3: “*garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*”. La meta 3.8 relativa al objetivo 3 plantea: “*lograr la cobertura sanitaria universal*”, y la meta complementaria de implementación 3.c demanda el “*aumento sustantivo de la financiación de la salud y la contratación, **el desarrollo**, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados Insulares en desarrollo*”³⁴.

En consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”, en el año 2016 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: Personal de salud 2030, la cual insta a los sectores educativos y se aboque a que:

*“Las instituciones educativas adapten su configuración institucional y sus modalidades de instrucción de modo que estén **armonizadas con los sistemas nacionales de acreditación y las necesidades sanitarias de la población**; proporcionen a los trabajadores de la salud una formación suficiente en cantidad y calidad con el fin de que estos adquieran las competencias necesarias (...)*”.

Así mismo, la Comisión de Alto Nivel sobre Empleo y Crecimiento Económico en Salud convocada por las Naciones Unidas instó a invertir en empleo de calidad en salud como estrategia de crecimiento económico de los países, y brindó la siguiente recomendación:

*“Potenciar una educación transformadora y de buena calidad y el aprendizaje permanente para que todos los trabajadores sanitarios cuenten con **competencias que se adecúen a las necesidades de las poblaciones** en materia de salud y puedan trabajar dando lo mejor de sí mismos*”.

Finalmente, en el marco de la Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud, los países abordaron los desafíos de los recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y coincidieron en avanzar hacia una Estrategia de Recursos Humanos. Esta estrategia, está dirigida a guiar las políticas nacionales de recursos humanos para la salud, teniendo en cuenta que la disponibilidad, accesibilidad, pertinencia, relevancia y competencia de dichos recursos son factores clave para alcanzar los objetivos de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Plantea entre otras la siguiente línea estratégica vinculada a la formación:

“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”.

Avanzar en el logro de los desafíos planteados propone establecer un conjunto de políticas, regulaciones e intervenciones para mejorar la alineación entre la educación y las necesidades de

salud de la población, el sistema nacional de salud y los avances científicos y tecnológicos. Pero también, exige el análisis de la complejidad del campo de recursos humanos (la formación de los futuros trabajadores de la salud hasta su inserción y desempeño en el mercado de trabajo) y particularmente su carácter intersectorial y pluri-institucional.

6.3 Rectoría del Ministerio de Salud y la calidad de los recursos humanos en salud.

La salud como derecho humano, es un asunto social, económico, y político; y como derecho humano fundamental, la Constitución Política del Perú reconoce en su artículo 7, el derecho a la protección de la salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. En ese sentido, en el marco de la Política Nacional de Salud, se garantiza a todos, el acceso equitativo a los servicios de salud, reconociendo que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo.

La Ley N° 26842, Ley General de Salud (LGS), establece que: *“El Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud de nivel nacional”* (LGS Art. 123); asimismo, la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, señala que, los “Ministerios asumen la rectoría” y diseñan, establecen, ejecutan y supervisan las políticas nacionales y sectoriales (LOPE, Art. 22°; 2.2.). Por tanto, la rectoría solo es ejercida por la Autoridad de Salud Nacional (ASN)³⁵. Siendo ello así, de conformidad con el artículo 2 del Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, el Ministerio de Salud es 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.

Así mismo, el Artículo 23 del Decreto Supremo 030-2020 SA, Reglamento de la Ley 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, precisa en su artículo 23 que, el sector salud esta conformado entre otros por el Ministerio de Salud como ente rector y Autoridad Nacional en Salud, así como las entidades públicas y privadas formadores de recursos humanos en salud. Aunado a ello, el numeral 16.3 del artículo 16 de la norma en comento, señala que las políticas nacionales, sectorial y multisectoriales en materia de salud tienen carácter vinculante para todos los que forman parte del Sector Salud.

La Rectoría Sectorial en Salud es una función indelegable e ineludible del Estado, ejercida a través de la Autoridad de Salud Nacional (ASN). Es la capacidad del Estado para conducir el Sector Salud y asumir responsabilidad por la salud y el bienestar de la población. El Ministerio de Salud ejerce dicha rectoría en el Sector Salud y vela por el bien público en materia de salud³⁵.

La función de Regulación de la ASN implica establecer las reglas y estándares oficiales (que son el referente del marco jurídico sanitario) y el marco jurídico y normativo de obligatorio cumplimiento (que aplica en personas naturales y jurídicas, bienes y servicios, de naturaleza pública o privada, según corresponda), así como asegurar los mecanismos legales de control y fiscalización, con la finalidad de proteger la salud de la población y de lograr la equidad y universalidad en su acceso a la atención³⁵.

Esta función exclusiva de la ASN, permite concretar lo que el Estado quiere y se proponen hacer en relación a la Salud Pública en el país. Implica la formulación y diseño de políticas públicas en salud,

y que se traducen por lo general en leyes, reglamentos, normas, directivas y otros instrumentos legales, que plasman de manera escrita las decisiones que han sido tomadas en el nivel político del Estado³⁵.

Así, la protección de la salud es de interés público, por lo que es responsabilidad del Ministerio de Salud (MINSA) regularla, vigilarla y promoverla. De igual manera, es responsable de promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad³⁶.

La calidad es condición irrenunciable en la atención que se preste a los usuarios de los servicios de salud como fin último, y ésta se encuentra relacionada estrechamente a la idoneidad de los profesionales de la salud, influida por variables como la formación de pre grado, la especialización, la capacitación y otros que determinan las competencias de los profesionales de la salud.

En el marco de la garantía del derecho a la salud, el Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de garantizar el derecho al acceso a los servicios de salud, acceso a la información, atención y recuperación de la salud. Así mismo, garantizar el acceso a una atención de salud por profesionales calificados y con competencias que respondan a las necesidades de salud, el avance científico y a las características del sistema de salud³⁷.

Finalmente, es responsable de concretar el objetivo de reforma³⁸ que establece al personal de la salud como uno de los factores críticos a atender, señalando la necesidad de impulsar y regular, bajo la rectoría del Estado y la coordinación intersectorial y supervisión del Ministerio de Salud, la formación de calidad de profesionales de la salud en centros acreditados, en base a las necesidades presentes y futuras de la población en todo el país.

Por lo expuesto, el Ministerio de Salud asume la responsabilidad de definir las competencias del personal de salud en base al análisis situacional y prospectivo del contexto nacional y la realidad sanitaria del Perú. De esta manera, se aborda el complejo campo de los recursos humanos en salud que abarca desde la formación de los futuros trabajadores de la salud hasta su inserción y desempeño en el mercado de trabajo, ejerciendo así su rectoría sectorial.

6.4 Tendencias del Sector Salud

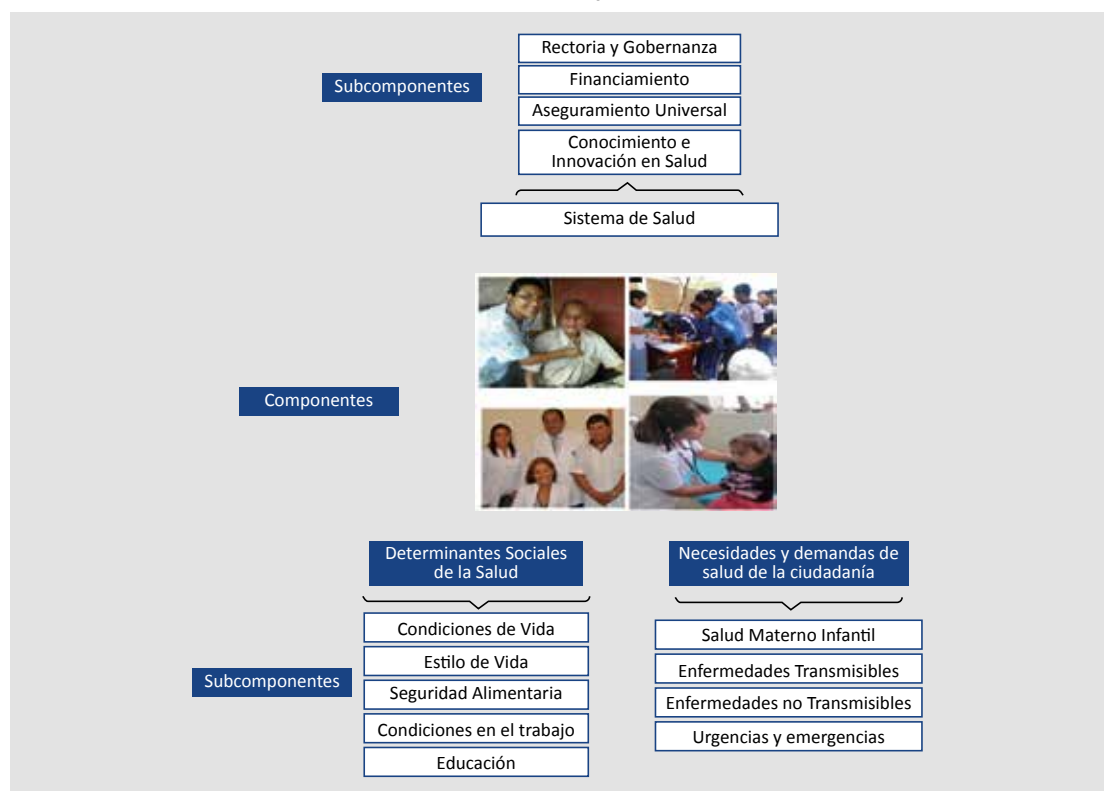
Establecer el perfil de competencias que sirva de referente a las entidades de educación superior universitaria para la formulación del perfil de egreso y currículum de formación, implica abordar y analizar las tendencias de los principales determinantes de la salud que impactarán en el perfil epidemiológico y, por lo tanto, cambiarán el patrón de demanda de los servicios de salud. Así mismo, requiere dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Qué sistema de salud necesitamos como país?

Por lo antes expuesto, son insumos fundamentales para analizar las tendencias de los determinantes de la salud, el documento de planeamiento estratégico “Documento prospectivo al 2030 del Sector Salud”³¹, del cual suscribimos el modelo conceptual, la identificación de tendencias y variables estratégicas relevantes del sector, y la construcción de escenarios de futuro, el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM)³⁹, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”, el Análisis de Situación de Salud del Perú y sus Regiones- 2018, y el informe de la

Comisión de Protección Social (CPS)⁴⁰, que recomienda propuestas en materia económica “para financiar la cobertura universal de aseguramiento de salud y protección previsional, y mejorar la protección frente al desempleo, sin afectar la sostenibilidad fiscal ni generar informalidad en el mercado de trabajo”, y consigne mecanismos para la implementación y seguimiento de sus recomendaciones.

El Documento prospectivo del Sector Salud establece el modelo conceptual del Sector Salud (Gráfico N° 1) y analiza las tendencias que afectan a los determinantes sociales de la salud y ha identificado y priorizado las tendencias y variables. Estas últimas se derivan del modelo conceptual y la tendencia que lo impacta.

Gráfico N° 1. Modelo Conceptual del Sector Salud



Fuente: Documento prospectivo al 2030 Sector Salud. Oficio N° 095-2016-CEPLAN/DNCT

En el siguiente apartado se presentan y analizan el escenario tendencial⁴¹ de los determinantes de la salud de la población y lo concerniente al sistema de salud, con información procedente de los documentos mencionados previamente, y en ausencia de información se tomará en cuenta aquella que tenga cierto rigor académico y que a la vez refleje los mayores niveles de consenso a nivel nacional e internacional.

El Documento Prospectivo del Sector Salud 2030, mediante consulta a expertos determinó las principales tendencias que afectarán al sector salud, al no poseer conocimiento absoluto del futuro. A continuación, se presentan las principales tendencias agrupadas por su ámbito de acción³¹.

6.4.1 Tendencia Social

La salud en el Perú adquiere características nacionales específicas y otras relacionadas con los efectos de las tendencias globales que tienen una particularidad especial en nuestro país, como se muestra en la Tabla N°1.

Tabla N° 1 Comportamiento de la tendencia social por ámbito de acción

Ámbito de acción	Comportamiento
Estructura demográfica	Incremento progresivo y sostenido del grupo poblacional mayores de 60 años.
Urbanización	Mayor concentración de población en espacios urbanos no planificados (invasiones).
Estilos de vida	Incremento de número de personas con estilos de vida inapropiados para la salud (sedentarismo, alimentación con comida rápida, consumo de bebidas alcohólicas, entre otros)
Educación	Incremento en el nivel de educación e instrucción de las personas y conocimiento de sus derechos como usuario de servicios.
Exposición a riesgos urbanos	Aumento de accidentes de tránsito, actos de violencia y aparición de brotes epidémicos en grandes ciudades.
Condiciones en el trabajo	Mantenimiento de condiciones inseguras e inadecuadas en el trabajo (en especial en centros laborales informales).

Fuente: ibíd.

La estructura demográfica en Perú se caracterizará por una elevación progresiva de la mortalidad (que se concentrará en la población de mayor edad, debido al envejecimiento demográfico), una reducción de la fecundidad a niveles por debajo de la tasa de reemplazo y un cambio dramático en la estructura por edades: primero por la expansión de la población joven y adulta y luego (desde 2020) por un envejecimiento paulatino, inevitable y prácticamente irreversible de la población⁴².

Según el INEI, al año 2020, la población total del país será cercana a los 33 millones. Superará los 37 millones en 2035 y pasará de los 40 millones para 2050. Así mismo, se proyecta que la población peruana alcanzará un estado estacionario con cifras similares de nacimientos y defunciones. Por tanto, el reto del crecimiento poblacional aún no ha concluido. Se necesitarán más viviendas, más servicios de salud de mayor complejidad, más y mejor transporte colectivo, y, sobre todo, más y mejores empleos, así como expandir los servicios de protección para los adultos mayores⁴².

En efecto, los nacimientos disminuirán de 563 000/año (a 2020) a 484 000/año (a 2050) lo que permitirá una mayor cobertura de partos institucionales y de la educación inicial, si se mantiene o incrementa el gasto social para la primera infancia. El descenso en los nacimientos, cuyo máximo

número se registró a inicios de la década de 1990, responde a una reducción sostenida de la tasa global de fecundidad (el número promedio de hijos/por mujer entre 45-49 años), la cual se estima en 2,15 hijos por mujer en 2020. Esta alcanzará el nivel de reemplazo poco después de 2035 y estará por debajo de este nivel para el final del período analizado, con 1,8 hijos por mujer. Este descenso sostenido de la fecundidad tiene importantes implicancias en las oportunidades de trabajo y educación terciaria para la mujer⁴².

En cuanto a la mortalidad, el número de defunciones irá aumentando y se duplicará hacia el final de este período, no por una peor salud sino debido al envejecimiento de la población, al concentrarse las muertes en las poblaciones de 60 y más años. En efecto, la mortalidad infantil se reducirá a casi la mitad y la esperanza de vida al nacer aumentará a más de 79 años. El cuadro N° 1 resume los principales indicadores demográficos estimados al año 2050 según datos oficiales del INEI⁴².

Cuadro N° 1. Indicadores demográficos de la población peruana 2015-2050

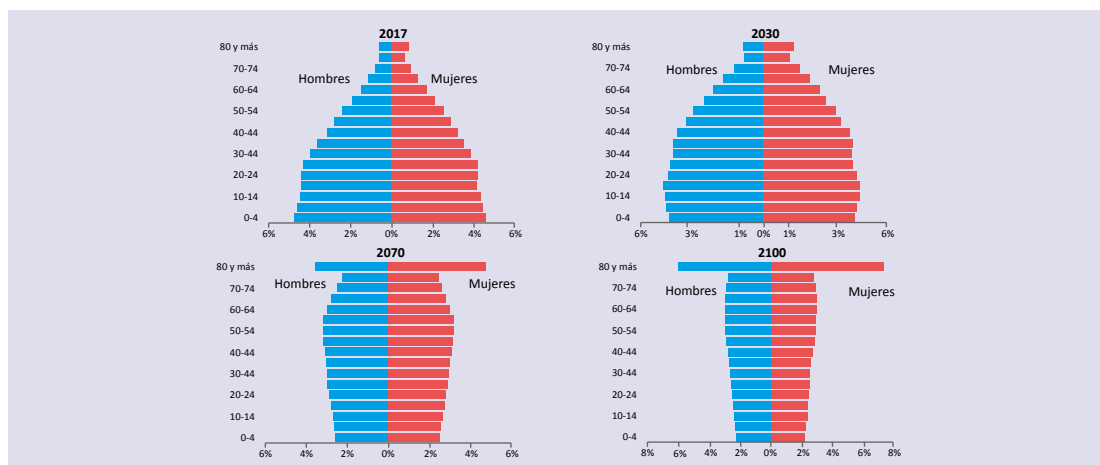
Indicador	2015	2020	2035	2050
Población total	31 151 643	32 824 358	37 243 725	40 111 393
Crecimiento anual absoluto	337 995	325 675	247 825	124 593
Tasa de crecimiento (x 1000)	10,85	9,92	6,65	3,11
Nacimientos anuales	578 130	563 344	523 758	484 166
Tasa bruta de natalidad	18,56	17,16	14,06	1,07
Tasa global de fecundidad	2,29	2,15	1,92	1,84
Defunciones anuales	175 589	191 411	263 029	354 963
Tasa bruta de mortalidad	5,64	5,83	7,06	8,85
Tasa de mortalidad infantil	17,56	15,71	11,88	9,55
Esperanza de vida (años)	74,61	75,51	77,62	79,34

Fuente: Documento prospectivo al 2030 Sector Salud. Oficio N° 095-2016-CEPLAN/DNCT

A largo plazo el desafío es atender a la población Adulta Mayor, debido a que tendrá un aumento explosivo, pues aumentarán en poco menos de 6 millones en las próximas tres décadas, en especial a partir de 2020. Por otro lado, habrá una disminución de la población infantil y de menores, aumento de la población adolescente y joven, por lo que tendrá implicancias para las políticas de salud materno-infantil en el primer caso y la salud sexual y reproductiva en el segundo caso⁴².

El cambio más notable especialmente a largo plazo seguirá siendo el envejecimiento rápido de la población, por lo que, afrontar este reto supone mejorar la salud preventiva⁴². El gráfico N° 2 ilustra en forma clara el proceso de envejecimiento de la población entre 2017 y 2100.

Gráfico N° 2: Pirámides de población 2017, 2030, 2070 y 2100



Fuente: Naciones Unidas 2017

El aumento de la longevidad de la población supone un aumento de las necesidades de salud, tanto por el diagnóstico de nuevas enfermedades relacionadas con el hecho de vivir más años como por un incremento de la consulta en los servicios de salud. Vivir más no solo incrementa la probabilidad de que se diagnostiquen enfermedades nuevas, sino que también aumenta la posibilidad de diagnosticar un mayor número de patologías en una misma persona. El cáncer, las enfermedades cardio-vasculares, las enfermedades mentales y la patología incapacitante constituyen el grupo de enfermedades que aparecen asociadas al aumento progresivo de la esperanza de vida de la población⁴³.

Esta situación, exige prever la implementación de servicios, orientados a la continuidad y longitudinalidad asistencial que precisan las personas afectadas por varias enfermedades y a satisfacer las necesidades generadas por el carácter crónico de las mismas. Asimismo, los conceptos de cuidar y de calidad de vida aparecen asociados al desarrollo de servicios de salud específicos para la vejez de carácter integral, que comprenden desde la prevención de enfermedades y promoción de la salud hasta la rehabilitación y paliación. A ello se une el desarrollo emergente de nuevas formas asistenciales, como la asistencia a domicilio, residencias asistidas, entre otros⁴³.

La urbanización es un proceso a escala mundial que está cambiando el paisaje social y ambiental de todos los continentes. Es el resultado de la inmigración de grupos humanos desde las zonas rurales hacia las ciudades, además del crecimiento natural de la población urbana (OMS 2010). Actualmente, más del 50% de la población del planeta habita en zonas urbanas, y hacia el año 2050 se prevé que más del 70% de las personas vivirán en dichas zonas. En el Perú, la migración hacia las ciudades se intensificó en número y volumen a partir de la década de 1960, pasando de una concentración urbana de 41% en 1950 a 76,9% el año 2010, y llegaremos a un 86% hacia el año 2050⁴⁴.

Una de las principales consecuencias de la urbanización está asociada a la modificación de los hábitos relacionados con el estilo de vida. De esta manera, podemos enumerar algunas consecuencias vinculadas a los «nuevos» hábitos cotidianos en las ciudades, por ejemplo:

- La inactividad física;
- El consumo de dietas malsanas;
- Consumo de alcohol;
- Consumo de tabaco;

Estos hábitos están relacionados con el grupo de enfermedades crónico-degenerativas, que son las enfermedades que más afectan la salud de las personas a escala global, siendo responsables del 63% de las muertes, según la OMS.

Los Estilos de Vida, refiere a la forma de vivir que adopta una persona o grupo, sus reacciones habituales y los patrones de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Ello incluye la manera de ocupar el tiempo libre, el tipo de consumo, las costumbres alimentarias, los hábitos higiénicos entre otros.

Las enfermedades relacionadas con el estilo de vida comparten factores de riesgo semejantes a los de la exposición prolongada a tres conductas modificables también relacionadas con el estilo de vida -- el tabaquismo, una dieta poco saludable y la inactividad física -- y que tienen como resultado el desarrollo de enfermedades crónicas, especialmente enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares, diabetes, obesidad, síndrome metabólico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y algunos tipos de cáncer⁴⁵.

La Educación brinda a las personas mayor posibilidad de acceso a información y conocimientos relacionados con la salud. A modo de ejemplo, si bien una formación letrada no garantiza que el sujeto sea capaz de asumir un modo de vida saludable constituye una contribución muy importante.

En la actualidad, existe un consenso acerca del impacto que tiene la educación sobre el crecimiento económico y la reducción de las desigualdades socioeconómicas (Galor 2011). Por ello, el afán de la gran mayoría de países, no es solo ampliar la cobertura de sus sistemas educativos, sino mejorar la calidad de los mismos, buscando que las capacidades cognitivas y socioemocionales de sus ciudadanos respondan a las exigencias del mundo que se avecina⁴⁶.

Es probable que el avance de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en la educación terciaria termine transformando el panorama de la formación profesional del futuro. La posibilidad de graduarse (como bachiller, magíster o doctor) en cualquier universidad del mundo, dependerá de la capacidad de acceso a las TIC de cada individuo, así como del desarrollo de habilidades complementarias, tales como el manejo del idioma del programa y conocimientos básicos de informática. Definitivamente las Massive Open Online Course (MOOC) y las escuelas abiertas modificarán la configuración de la educación superior en el mundo. Muchos expertos hablan de sistemas de educación superior paralelos a los universitarios clásicos; en esta tendencia, Sebastián Thrun, profesor de Inteligencia Artificial de la U. de Stanford, está convencido que en el futuro solo necesitaremos 10 universidades en todo el mundo⁴⁶.

Según las proyecciones sobre acceso a banda ancha, el Perú tiene una alta brecha respecto al mundo y América Latina. Especialmente en el periodo del bono demográfico, que es el periodo en el que deberíamos aprovechar nuestra ventaja poblacional⁴⁶.

En el caso peruano, las proyecciones indican que recién en el año 2030 el 99% de niños en edad escolar estará formalmente matriculado, tal como sucede actualmente en Corea del Sur⁴⁶.

Escenario Tendencial de variables estratégicas priorizadas

Para el ámbito social se priorizó las siguientes variables estratégicas derivadas del modelo conceptual y de las tendencias que lo impactan³¹. El escenario tendencial de las variables se muestra en la Tabla N° 2.

Tabla N° 2 Escenario Tendencial de las Variables Estratégicas

Variable	Indicador	Valor Actual	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2030
Nivel de educación en mujeres	Porcentaje de Población femenina de 17 años y más con al menos secundaria completa (ENAH0)	57,9	59,3	60,8	62,2	63,7	65,1	66,6	78,2
Acceso a una alimentación saludable	Personas que consumen al menos 5 porciones de frutas y/o verduras al día (ENDES)	11,8	12,8	13,8	14,8	15,8	16,8	17,8	25,8
Estado nutricional	Tasa de desnutrición crónica infantil (ENDES)	14,4	13,1	11,9	10,8	9,8	8,9	8,1	5
Nivel de ausentismo laboral	Días de incapacidad temporal laboral al año (ESSALUD)	14 990 137 (2014)	19 393-245	20 780 610	22 167 975	23 555 340	24 942 705	26 330 070	37 428 990

Fuente: ibíd.

Según la Tabla N° 2, al año 2030 se incrementará de un 62.2% a un 78.2% de mujeres que contarán con al menos secundaria completa, así mismo se incorporan hábitos saludables en la población de un 14,8% a 25,8%, que mejoran la seguridad alimentaria, permitiendo disminuir la desnutrición crónica infantil de un 10.8% a 5,0%.

6.4.2 Tendencia Económica

En las últimas dos décadas el marcado progreso socioeconómico del Perú mejoró el bienestar y sacó de la pobreza a una gran cantidad de sus habitantes, llevando a un aumento de su clase media. Hoy, el Perú aspira a convertirse en un país de ingreso alto con una clase media amplia y consolidada, donde sus ciudadanos disfruten de un alto nivel de vida. Esta visión presenta una economía que proporciona empleos formales de calidad para los ciudadanos, con el poder adquisitivo para disfrutar de los bienes de consumo y generar ingresos fiscales que sufraguen servicios públicos de alta calidad⁴⁷.

A nivel internacional, los mercados emergentes impulsarán el crecimiento económico global, se incrementará los periodos de protección de productos farmacéuticos de marca en el marco de los tratados de libre comercio, así mismo, se incrementará la inequidad de ingresos. A nivel nacional, el comportamiento de la tendencia económica se muestra en la Tabla N° 3:

Tabla N° 3. Comportamiento de la tendencia económica por ámbito de acción

Ámbito de acción	Comportamiento
Crecimiento económico internacional	Los mercados emergentes impulsarán el crecimiento económico global
Aplicación de tratados de comercio y de propiedad intelectual y patentes	Incremento de los periodos de protección de productos farmacéuticos de marca (protección de propiedad intelectual).
Inequidad de ingresos	Aumento en la inequidad de ingresos

Fuente: ibíd.

Para hacer realidad esta visión de futuro, el Perú debe llevar a cabo ambiciosas reformas a largo plazo. Ello permitiría consolidar su clase media al tiempo se reduce la pobreza y la vulnerabilidad económica. Las reformas dirigidas a mejorar el marco institucional y la legitimidad fiscal del Perú deberían a su vez mejorar la provisión de servicios públicos en las áreas de innovación, infraestructuras de transporte y logística, educación y competencias, y salud⁴⁸.

Los cambios de orientación de la economía mundial y las tendencias globales, impactarán en la aspiración que tenemos como país, para lo cual el Ministerio de Economía y Finanzas ha delimitado una serie de escenarios de situación futura, que se detallan a continuación⁴⁸

- Las protestas populares y la insatisfacción de la clase media se intensificarán durante la década de 2020 en toda América Latina. En el año 2030 la región está bien integrada tanto económica como políticamente. Las manifestaciones masivas, las marchas y las huelgas se han transformado en un movimiento social organizado y movilizado en toda la región. Empujados por la vulnerabilidad económica y la falta de confianza en el gobierno y las instituciones

públicas, la clase media está altamente organizada y es capaz de representar sus intereses y lograr concesiones de los gobiernos.

- Los gobiernos responden a estas demandas con fuertes inversiones en los servicios públicos, mejorando de forma notable la calidad de la educación y de la atención sanitaria, así como las infraestructuras públicas y las instalaciones de ocio, con el fin de cumplir con las expectativas de los ciudadanos.

6.4.3 Tendencia del Medio Ambiente

El Perú es un país multicultural y megadiverso, con abundantes ecosistemas y recursos naturales, que posee una tradición milenaria en la gestión sostenible de sus recursos. No obstante, la vulnerabilidad al cambio climático, los riesgos de desastres por fenómenos naturales, las crecientes presiones de las industrias extractivas, la urbanización no planificada y la deforestación amenazan ese patrimonio natural y el bienestar del pueblo peruano, minando lo que podrían ser las bases para un crecimiento sólido de largo plazo⁴⁹. El comportamiento de la tendencia del medio ambiente se muestra en la Tabla N°4.

Tabla N°4. Comportamiento de la tendencia del medio ambiente por ámbito de acción

Medio Ambiente	Comportamiento
Saneamiento básico: agua y desagüe	Creciente demanda de familias / hogares por agua potable y servicios de saneamiento básico y desagüe
Contaminación ambiental	Aumento de la contaminación ambiental
Fenómenos naturales y antrópicos	Incremento de la frecuencia de la ocurrencia y severidad de fenómenos naturales y antrópicos.

Fuente: ibíd.

El agua contaminada y el saneamiento deficiente están relacionados con la transmisión de enfermedades como el cólera, otras diarreas, la disentería, la hepatitis A, la fiebre tifoidea y la poliomielitis, entre otras. Los servicios de agua y saneamiento inexistentes, insuficientes o gestionados de forma inapropiada exponen a la población a riesgos prevenibles para su salud⁵⁰.

En nuestro país, si bien el acceso nacional a agua potable por red pública alcanzó en 2017 al 83,0% 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 fuente⁵¹.

Por otra parte, si bien el saneamiento por red pública alcanzó el 2017 al 76,2% de las viviendas (66,6% a alcantarillado y 18,3% a letrina con tratamiento, pozo séptico, tanque séptico o biodigestor), un 17,0% de las viviendas eliminan las excretas en pozo negro o ciego y 6,8% de viviendas particulares no tienen ningún tipo de servicios higiénicos, sus ocupantes eliminan las excretas en río, acequia, campo abierto o al aire libre⁵¹.

El cambio climático, el aumento de la escasez de agua, el crecimiento de la población, los cambios demográficos y la urbanización suponen desafíos para los sistemas de abastecimiento de agua. De aquí a 2025, la mitad de la población mundial vivirá en zonas con escasez de agua. El desafío

de “garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos” planteado por los Objetivos de Desarrollo Sostenible, exigirá no solo una mejor utilización de la infraestructura existente, sino una asignación más progresiva y focalizada de los recursos públicos a favor de la población más desfavorecida⁵⁰.

La contaminación ambiental ejerce acción sobre el estado de salud de las personas, las evidencias del impacto del cambio climático sobre la salud son cada día más consistentes. En relación a ello recientes trabajos ha concluido que nuestro país es uno de los más vulnerables al cambio climático y se está viendo afectado por los impactos de este cambio, como son el aumento de la morbilidad por olas de calor que pueden ser más frecuentes en intensidad y duración los próximos años. Otros efectos son el aumento de la contaminación por partículas finas, la disminución de la capa de ozono y la implantación de vectores subtropicales adaptados a sobrevivir en climas cálidos y más secos, lo que podrá aumentar la incidencia de enfermedades como el dengue, zika, entre otros⁵².

La disminución de la capa de ozono estratosférico y la exposición a radiaciones ultravioletas están asociadas a un aumento del cáncer de piel, cataratas y alteraciones del sistema inmunitario.

La exposición al ruido provoca trastornos auditivos, trastornos cardiovasculares, estrés, irritabilidad, alteraciones del sueño, entre otros.

Los fenómenos naturales y antrópicos, tendrán un incremento de la ocurrencia y severidad, lo que constituye un riesgo ambiental que afectará directamente la vida de las personas.

Algunos de los efectos del calentamiento global producirán en los próximos años alteraciones en los ecosistemas naturales, en la producción de alimentos, así como eventos climáticos extremos que pueden causar la pérdida de vidas humanas y efectos negativos sobre la economía⁵³.

Los cambios del clima conllevan una serie de riesgos para la salud, tales como el aumento de la mortalidad por temperaturas extremas o el cambio de la distribución de las enfermedades infecciosas. El aumento de la temperatura global modifica los niveles y la distribución estacional de partículas en áreas naturales, lo que podría incrementar la incidencia del asma. Hay aproximadamente 300 millones de personas con asma y se teme que el alza en la temperatura eleve el número de personas con dicha enfermedad⁵³.

El frío de las regiones más altas era un buen recaudo contra la malaria. No obstante, el aumento de las temperaturas está causando la propagación de esta enfermedad a mayores altitudes, según sugiere un estudio realizado por la Universidad de Michigan, EE. UU⁵³.

Escenario Tendencial de variables estratégicas priorizadas

Con respecto al medio ambiente se priorizó las siguientes variables estratégicas derivadas del modelo conceptual y de las tendencias que lo impactan. El comportamiento tendencial de las variables estratégicas se muestra en la siguiente Tabla N° 5.

Tabla N° 5. Escenario Tendencial de las Variables Estratégicas

Variable	Indicador	Valor Actual	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2030
Acceso de agua segura	Porcentaje de hogares con acceso a agua tratada (ENDES)	96,2	96,8	97,4	98,0	98,6	99,2	99,8	100
Saneamiento básico	Porcentaje de hogares con saneamiento básico (ENDES)	92,6	93,8	95,0	96,2	97,4	98,6	99,8	100

Fuente: ibíd.

Según la Tabla N° 5, para el 2030 los hogares tendrán acceso a agua tratada en un 100%, así mismo los hogares contarán con saneamiento básico en un 100% lo que significa que como país habremos superado estas limitaciones que inciden en la salud de la población.

6.4.4 Tendencia tecnológica y de innovación

La innovación tecnológica se define como aquella que resulta de la aplicación de los conocimientos científicos y técnicos a la solución de los problemas, originando un cambio en los productos, en los servicios o en la propia organización. En el caso del ámbito sanitario, si la tecnología es de nueva aplicación en la institución, se considerará una innovación, esté o no comercializada, cuando esta introduzca mejoras de tipo diagnóstico, terapéutico o pronóstico, contribuya a disminuir el tiempo de tratamiento, a mejorar el seguimiento de la enfermedad, evite costes o tratamientos posteriores, mejore la calidad de vida del paciente, etc. En este sentido, cada vez es más habitual que las nuevas tecnologías sanitarias financiadas por el Sistema Nacional de Salud deban aportar una adecuada evidencia de su valor terapéutico y social con relación a su costo⁵⁴. El comportamiento de la tendencia tecnológica e innovación por ámbito de acción se muestra en la siguiente Tabla N° 6.

Tabla N° 6. Comportamiento de la tendencia tecnológica e innovación por ámbito de acción

Tecnología e innovación	Comportamiento
Tecnologías de la Información y Comunicación, Tecnología Médica e Innovación	Expansión de los avances de la tecnología de información y comunicación en la organización, gestión y provisión de servicios de salud
Nuevos tratamientos	Progresivo descubrimiento y disponibilidad de nuevos tratamientos para enfermedades.

Fuente: ibíd.

Los avances tecnológicos, la constante innovación y aplicación de conocimiento científico a distintos elementos o temas relacionados con la salud han contribuido a cambios significativos en los diagnósticos, tratamientos y recuperación de pacientes afectados por alguna enfermedad.

Esta serie de constantes innovaciones que van de la mano de los avances tecnológicos seguirán influyendo constantemente en distintos aspectos de la salud y con el tiempo se espera que nos lleven a superar muchas enfermedades o afecciones que actualmente son irreversibles o incurables.

En esta dirección hay una serie de investigaciones que se vienen desarrollando; tal es el caso del campo de la nanotecnología, el proyecto del genoma humano, los biosensores, la telemedicina, la clonación de órganos, la impresión en 3D de órganos y huesos, entre otras⁵³.

Según la agrupación realizada por Envisioning Technology Research Foundation, centro de investigación tecnológica con sede en Brasil, se puede presentar los avances tecnológicos y de innovación en seis componentes principales⁵³:

Regeneración: Con avances relacionados a la elaboración de sangre (científicos del Hospital de Niños de Boston han diseñado una micro partícula que es capaz de oxigenar la sangre por sí sola), tejidos regenerativos, músculos, células, impresión de órganos en 3D, la clonación de órganos y fabricación de órganos artificiales como las retinas.

Tratamientos: los avances se enmarcan desde la impresión 3D de medicamentos (a partir de componentes básicos), tratamiento con células madre, manipulación genética prenatal, terapia genética, hasta el tratamiento con medicina a partir de nanocompuestos.

Biogerontología o biología del envejecimiento: los avances e investigaciones están relacionados con reducir la velocidad del envejecimiento o alargar la vida, la animación suspendida, la crío preservación y la extensión de la vida. Existen diversos estudios y esfuerzos orientados a este tipo de avances, como el proyecto California Life Company (CALICO) de Google que actualmente viene haciendo estudios de la secuencia completa del genoma humano de personas que viven más de 100 años y llevan una vida saludable; así, esta es la primera etapa de un proyecto mucho más ambicioso. Otro proyecto es del Centro Médico Universitario de Pittsburg, donde los médicos planean drenar sangre de un herido (de gravedad) y reemplazarla con agua salada congelada, con esto esperan lograr que los heridos entren a un estado de hipotermia y puedan ganar tiempo mientras se analizan las opciones de su tratamiento.

Telemedicina: hace uso de las tecnologías de las comunicaciones. En una primera etapa tiene aplicaciones para los diagnósticos, cirugía y triaje; luego se irá ampliando hacia la telemetría, medicina móvil, asistencia robótica e inteligencia artificial, la simulación completa del cuerpo y el cerebro para el análisis y diagnóstico, como lo propone DOCOMO.

Diagnósticos: los avances se relacionan en principio a poder contar con sistemas computarizados que permitan la apertura de historias clínicas desde cualquier ubicación; también se desarrolla una serie de biosensores que continuamente hagan seguimiento a los signos vitales y de salud de las personas, de manera que puedan lanzar alertas ante cualquier comportamiento inusual del cuerpo. Otro desarrollo que se espera alcanzar es la secuenciación genética y que cada vez sea más rápida con el fin de tener mejores diagnósticos y tratamientos para los pacientes.

Incremento de las capacidades humanas: existe toda una serie de investigaciones con el fin de incrementar las capacidades humanas, principalmente relacionadas con los sentidos. De esta manera se están desarrollando prótesis de extremidades cada vez más sofisticadas, exoesqueletos que pueden ayudar a personas con problemas de parálisis. Ciertos avances están concentrados en reparar algunas pérdidas, como el proyecto Eyeborg, que busca dotar de un ojo biónico a una persona que ha perdido la vista. A futuro se espera avanzar no solo en las reparaciones, sino en potenciar la visión, la audición y el olfato, así como lograr mejoras que permitan el incremento sensorial.

6.4.5 Tendencia del estado de salud de la población

El Documento prospectivo del Sector Salud al 2030³¹, muestra la tendencia del Perfil Epidemiológico al 2030 en la siguiente Tabla N° 7.

Tabla N° 7. Comportamiento de la tendencia del estado de salud por ámbito de acción

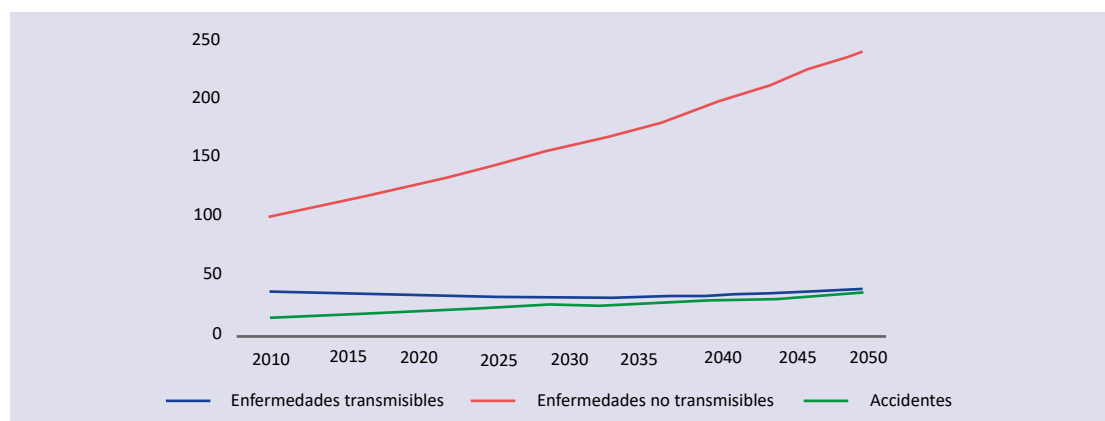
Estado de Salud	Tendencia
Perfil epidemiológico	Incremento progresivo de enfermedades psico-emocionales, crónicas y degenerativas que se agregan a problemas de salud de tipo infecciosos y zoonóticos emergentes y reemergentes.
	Aparición de necesidades de mantenimiento y cuidados de personas mayores de 60 años y en condiciones de discapacidad diversas.

Fuente: ibíd.

Según datos de la OMS (2014), en 2012, en el Perú por cada 100.000 habitantes 121 murieron a causa de enfermedades transmisibles, 364 como consecuencia de enfermedades no transmisibles y 48 a causa de accidentes.

Las comparaciones con países desarrollados hacen prever que, a medida que nos sigamos desarrollando, las enfermedades no transmisibles y accidentes se consolidarán como las principales causas de muerte. Por otro lado, si revisamos las proyecciones hacia el año 2050 —que podemos realizar con el modelo IFs (International Futures, modelo desarrollado por el Pardee Center de la Universidad de Denver, Colorado, EE. UU) observamos que las causas de muerte vinculadas con las enfermedades no contagiosas se aproximarán a las 200 mil defunciones (Gráfico N° 3), siendo su incremento el más significativo. Por otro lado, se destaca que las muertes causadas por accidentes se podrían duplicar, pasando de 18 mil en el 2010 a 36 mil en el 2050. Mientras las enfermedades contagiosas pasarían de 54 mil en el 2010 a 89 mil en el 2050⁵³.

Gráfico N° 3. Causa de muerte Perú 2010-2050 (miles de personas)



Fuente: Modelo IF's - CEPLAN

Escenario Tendencial de variables estratégicas priorizadas

Para el estado de salud de la población se priorizaron las siguientes variables estratégicas derivadas del modelo conceptual y de las tendencias que lo impactan. El comportamiento tendencial de las variables se muestra en la siguiente Tabla N° 8.

Tabla N° 8. Escenario Tendencial de las Variables Estratégicas

Variable	Indicador	Valor Actual	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2030
Nivel de mortalidad materna	Razón de Mortalidad Materna (ENDES)	83,6	81,3	79,1	77,0	74,9	72,9	70,9	49,2
Nivel de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad neonatal (ENES)	8,6	8,3	8,0	6,2	6,0	5,8	5,5	4,5
Incidencia de tuberculosis	incidencia de tuberculosis (ESNPCT/DGSP/ MINSA)	87,5	84,5	81,5	78,5	75,5	72,5	69,5	42,5
Incidencia de cáncer	Tasa de mortalidad general por cáncer (MINSAL-OEGI) (MINSAL-HIS)	117,5	119,7	121,8	123,9	126,0	128,2	130,3	147,3
Prevalencia de diabetes Mellitus	Prevalencia de diabetes (población de 20 a 79 años (ENDES)	3,2 (2013)	5,0	6,0	7,0	8,0	8,0	8,0	5,0
Mortalidad por urgencias y emergencias médicas	Tasa de letalidad alta de pacientes en emergencias de salud (SIGHOS)	4,2	4,0	3,8	3,7	3,5	3,4	3,2	2,2

Fuente: *ibíd.*

En el año 2006, la Organización Mundial de Salud (OMS) mediante un proyecto financiado al Departamento de enfermedades crónicas y promoción de la salud hace una actualización proyectando enfermedades hasta el año 2030. Las proyecciones mundiales y regionales se basan en una nueva data de la mortalidad y la carga de morbilidad por causa de enfermedades en los años 2000, 2010 y se basan en datos desde el 1990. Los daños que se mencionan en este documento son: Isquemia cardiaca, enfermedad cerebrovascular, Infecciones de vías respiratorias bajas, HIV/ AIDS, enfermedades de obstrucción pulmonar crónica, condiciones perinatales, enfermedades diarreicas, tuberculosis, cáncer de pulmón, accidentes de tránsito, diabetes mellitus, enfermedad de hipertensión, cáncer del estómago, nefritis, cánceres de colon, de recto y de hígado⁵⁵.

Enfermedades transmisibles

Para mayo del 2018 en la asamblea anual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) mencionó los principales problemas sanitarios del mundo como tuberculosis, polio, cólera, sarampión, gripe pandémica, fiebre reumática; enfermedad cardíaca reumática y enfermedades huérfanas⁵⁶.

A pesar que las proyecciones mencionan que las enfermedades no transmisibles serán las más frecuentes debido a características de la población como estilos de vida, alimentación, aspectos socio-económicos, siguen siendo las enfermedades infecciosas las que causan mayor preocupación para la salud. En 2000-04, la tasa de mortalidad para estas enfermedades fue de 58/100 000 habitantes, con más valores en países pobres. En Haití, la incidencia de tuberculosis (TB) es siete veces mayor que en la región de Latino América y el Caribe (ALC). En 2006, el 50% de todos los casos de dengue en ALC ocurrieron en Brasil. La malaria es endémica en 21 países. El VIH/ SIDA también es un problema importante y creciente, el Caribe es la segunda área más afectada en todo el mundo^{57, 58}.

Enfermedades no transmisibles

En esta misma reunión (asamblea anual de la Organización Mundial de la Salud) los delegados en la Asamblea Mundial de la Salud pidieron que se intensificara la acción en la lucha mundial contra las enfermedades no transmisibles (ENT). Así, la Asamblea reconoció que se necesita un mayor liderazgo político para acelerar la prevención y el control de las ENT, por ejemplo, mediante la aplicación de «intervenciones ventajosas» que sean costo-eficaces, viables y otras intervenciones recomendadas para prevenir y controlar las ENT. Estas medidas incluyen acciones para reducir los principales factores que aumentan el riesgo de enfermedad, a saber, el consumo de tabaco, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol y las dietas poco saludables, así como la contaminación atmosférica. Los sistemas de salud deben fortalecerse mediante la adopción de medidas eficaces que permitan detectar mejor a las personas en riesgo de sufrir ENT y ofrecer farmacoterapia y servicios para reducir las muertes por infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y diabetes⁵⁶.

La prevención y atención clínica de los trastornos mentales también requieren medidas urgentes. Una de las principales consecuencias de la urbanización está asociada a la modificación de los hábitos relacionados con el estilo de vida. De esta manera, se enumeran algunas consecuencias vinculadas a los «nuevos» hábitos cotidianos en las ciudades, por ejemplo: la inactividad física; el consumo de dietas malsanas; consumo de alcohol; consumo de tabaco; dislipidemias; estrés y deterioro de la salud mental⁵⁶.

Otros daños⁵⁹

Latino América y el Caribe tiene una de las tasas más altas de mortalidad por lesiones en el mundo. La lesión es la causa principal de muerte entre los hombres de entre 15 y 59 años⁶⁰. Las lesiones intencionales representan el 57% de la mortalidad de adultos y 25% debido a accidentes de vehículos motorizados. Los peatones son las víctimas más comunes⁶¹, ellos representan el 23% de las muertes por accidentes de tránsito en las Américas, pero representa el 43% en los países andinos, 32% en centro-américa y 31% en el cono sur (Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay)^{59, 62, 63}.

En algunas partes del Perú, los peatones representan el 80% de muertes por accidentes de tránsito, a pesar de que el país se clasifica con Guatemala, El Salvador y Ecuador entre las naciones con menos de 100 vehículos por 100 000 habitantes^{55, 64}.

Si bien, la evaluación del estado de salud de la población, se ha basado en el uso de los indicadores mencionados, que resultan útiles e importantes para identificar las enfermedades con mayor riesgo de muerte que afectan a una población o aquellas que no tuvieron una atención adecuada ni oportuna, no resulta apropiada para aquellas enfermedades que no generan mortalidad prematura, pero si elevada discapacidad.

Por las razones mencionadas, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (CDC Minsa), ha elaborado el estudio “Carga de enfermedad en el Perú: Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016”, con indicadores que miden otros aspectos del estado de salud, tales como el estado funcional y la calidad de vida.

Los resultados muestran que, en el Perú, durante el 2016 se perdieron 5 315 558 años saludables por diversas enfermedades, es decir por cada mil habitantes se perdieron 168.8 años; los hombres perdieron más años de vida saludables, concentrando el 54.7% como se muestra en la Tabla N° 9.

Se confirma la presencia de un perfil mixto de enfermedades. La depresión unipolar produjo la mayor pérdida de AVISA. Le siguen las infecciones respiratorias agudas bajas, las artrosis, la diabetes mellitus y los accidentes de tránsito.

Tabla N° 9. Distribución del número y razón de AVISA según sexo. Perú 2016

Grupo de Edad	Número	%	Razón por mil
0 a 4 años	990 943	18.6	348.2
5 a 14 años	320 670	6.0	55.1
15 a 44 años	1 909 850	35.90	125.9
45 a 59 años	891 498	16.80	196.5
60 a mas años	1 202 597	22.6	385.6
Total	5 315 558	100.0	168.8

Fuente: Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016

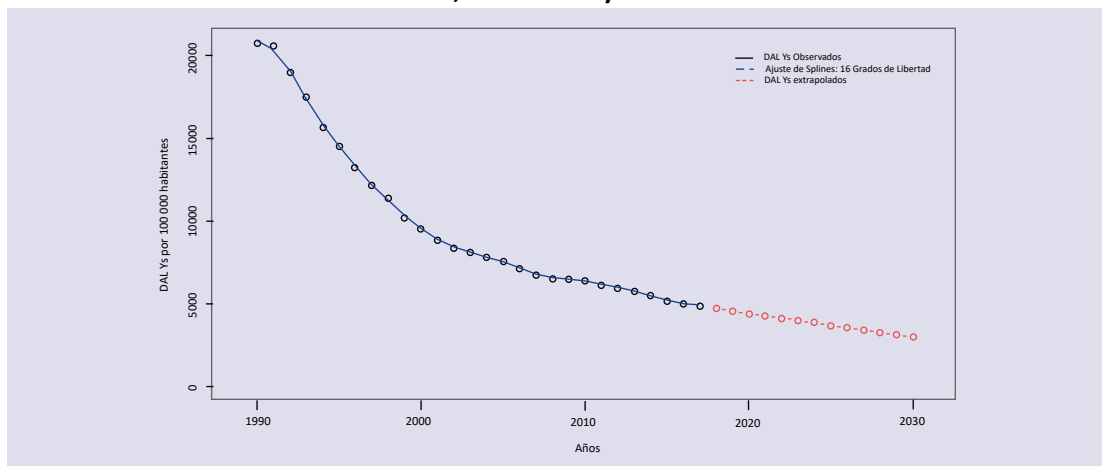
Así mismo, muestra la tendencia de la carga en los últimos 12 años, la cual muestra un descenso en un 9% en el 2016 respecto al 2004. Este descenso se debió principalmente por la reducción en la mortalidad prematura, (descenso en 18%) mientras que la discapacidad aumento en un 4%. En este periodo, la carga por Enfermedades Transmisibles y Perinatales se redujo en 17%, mientras que no hubo mayor variación en la carga por Enfermedades No Transmisibles, con incremento principalmente en las artrosis, diabetes mellitus y enfermedades cerebro vasculares e hipertensivas e hipertrofia prostática⁶⁵.

Estimación de los años de vida perdidos (DALYs) del 2018 al 2030.

El análisis predictivo de la carga de morbilidad de las enfermedades prevalentes a nivel nacional del 2018 al 2030, realizado por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (CDC Minsa), muestran los siguientes principales resultados:

- Las enfermedades transmisibles, neonatales, maternas y nutricionales en los próximos 10 años presentarán una tendencia a la disminución constante con tasas menores a los 2000 DALYs por cada 100 000 personas (Gráfico N° 4). Principalmente el VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, las enfermedades respiratorias y tuberculosis, así como las enfermedades tropicales desatendidas y malaria que presentarán tasas menores a las 200 DALYs por 100 000 habitantes.

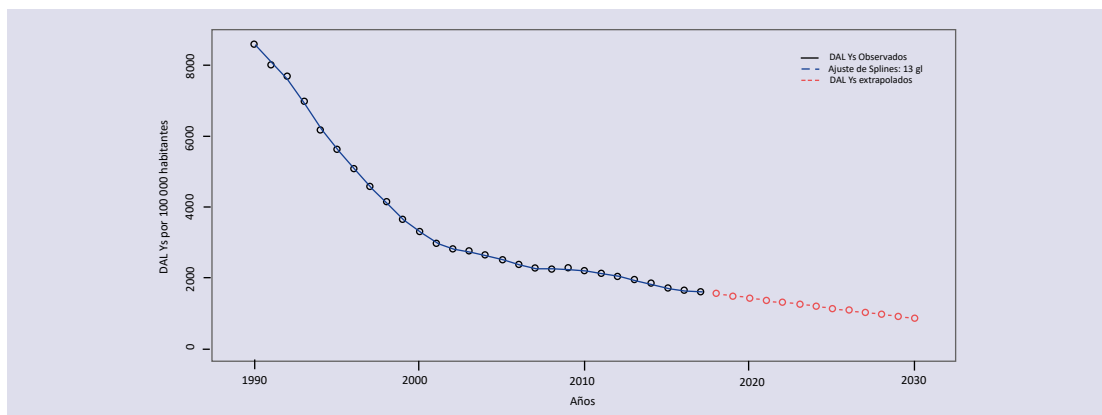
Gráfico N° 4. Estimación de los DALYs del 2018 al 2030 para las Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales



Fuente: Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016

- Las infecciones respiratorias y tuberculosis presentan una tendencia a la disminución progresiva, la estimación de DALYs hacia el 2030 nos muestra tasas cercanas a los 1000 DALYs por 100 000 hab. (Gráfico N° 5).

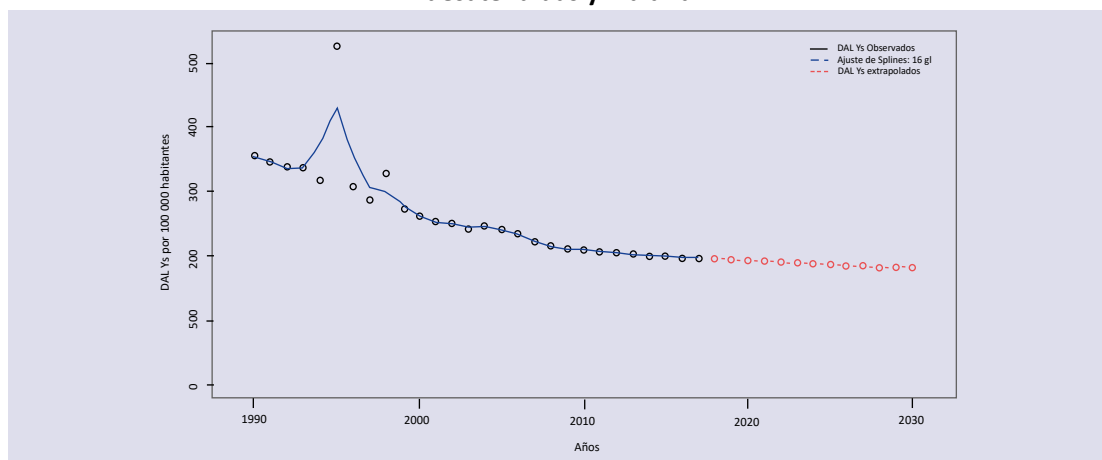
Gráfico N° 5. Estimación de los DALYs del 2018 al 2030 para Infecciones respiratoria y tuberculosis



Fuente: Carga de enfermedad en el Perú Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016

- Las enfermedades tropicales desatendidas y malaria han presentado disminución constante de años de vida perdidos. La estimación de los próximos 10 años presenta tasas entre los 100 – 200 DALYs por cada 100 000 personas (Gráfico N° 6).

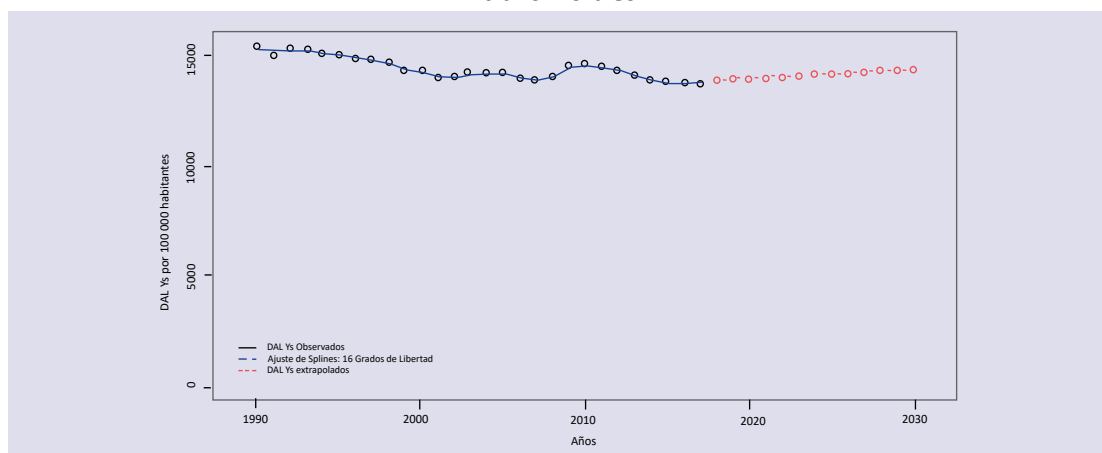
Gráfico N° 6. Estimación de los DALYs del 2018 al 2030 para enfermedades tropicales desatendidas y malaria



Fuente: Carga de enfermedad en el Perú Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016

- Las enfermedades no transmisibles (ENTs), también llamadas enfermedades crónicas, se caracterizan por ser de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento. Dentro de las principales ENTs se encuentran las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los derrames cerebrales), los cánceres, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes (WHO,2018).

Gráfico N° 7. Estimación de los DALYs del 2018 al 2030 para las Enfermedades no transmisibles

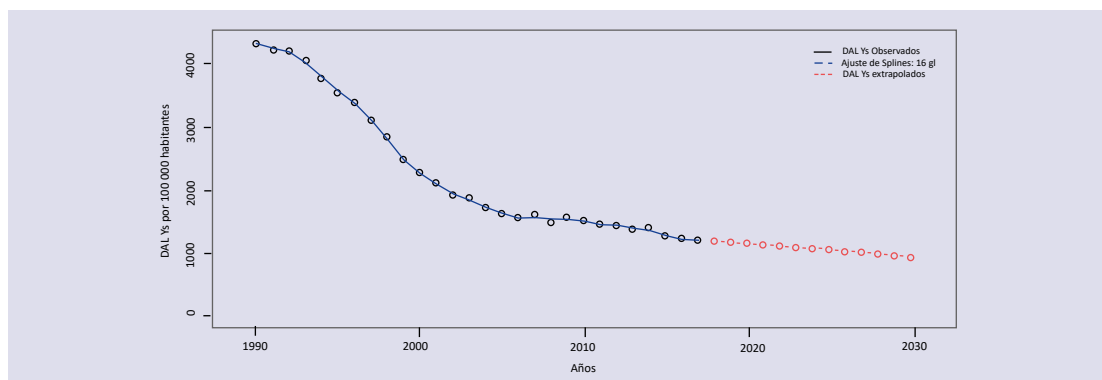


Fuente: Carga de enfermedad en el Perú Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016

Podemos observar en el presente análisis de carga de enfermedad que la tendencia de la mayoría de las ENTs seguirá en aumento (Gráfico N° 7). Principalmente las neoplasias, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades renales.

- La estimación de los DALYs a causa de lesiones accidentales disminuye constantemente, llegando a tasas menores de 1000 DALYs por cada 100 000 personas (Gráfico N° 8).

Gráfico N° 8. Estimación de los DALYs del 2018 al 2030 para lesiones accidentales



Fuente: Carga de enfermedad en el Perú Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016

6.4.6 Tendencia del sistema de salud peruano

En el sistema de salud actual es segmentado en el aseguramiento, con múltiples subsistemas de salud coexistiendo, representando una limitante en el acceso de grupos poblacionales que por sus características no encajan en los diferentes subsistemas. La prestación de servicios de salud está fragmentada, condición que limita su eficiencia y equidad en la provisión de servicios de salud y el logro del aseguramiento. Estas condiciones han promovido el desarrollo de un sistema con baja cobertura financiera y prestacional, con niveles de gasto de bolsillo alto y persistente, y con problemas de calidad a nivel prestacional⁶⁶.

Frente a este contexto, es importante mencionar que el sector ha avanzado reformas que han estado orientadas a ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento, con cambios que han atravesado cinco periodos gubernamentales. En el 2009, se aprobó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. A fines del 2013, se promulgaron 23 Decretos Legislativos que introdujeron reglas para la extensión de la cobertura de aseguramiento; el cambio en el modelo de atención por medio de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (RIAPS); la reducción de la fragmentación y segmentación del sistema de salud; políticas de inversiones y de remuneraciones; la protección de derechos en salud; y la organización del Ministerio de Salud (MINSA)³⁹.

El Aseguramiento Universal en Salud⁶ ha significado el acontecimiento más importante para la salud pública peruana de las últimas décadas porque por primera vez el Estado peruano reconoce el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna, desde el nacimiento hasta la muerte, a través de un seguro de salud que permitirá a los ciudadanos a acceder a un conjunto de

prestaciones de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, convirtiéndose en un factor dinamizador para el desarrollo económico y social del país⁶⁷, con principios destacables como la universalidad, solidaridad, unidad, integridad, equidad, irreversibilidad y participación.

Existe un consenso general en acabar con la fragmentación y segmentación del sistema de salud y se opte por un modelo de sistema que, permita avanzar en el aseguramiento y de paso a la cobertura universal como el derecho ciudadano a la salud, a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia y control epidemiológico, y la gestión del riesgo³⁹. Ello implica repensar la organización del sistema para una progresiva integración donde el ciudadano tenga acceso, pueda elegir y esté protegido, eliminando la demarcación entre subsistemas para el aseguramiento (pobres, formales, ingresos altos), permitiendo optimizar los recursos disponibles, ganar sinergias de una estrategia de inversión única y no divorciada, así como evitar competir por los recursos humanos existentes. Consiguientemente, se logrará mejorar el acceso a los servicios, expandir la protección social a nuevos grupos poblacionales, mejorar el desempeño del sistema y la calidad de la atención⁶⁶.

En esa línea propositiva, el MINSA en el marco de su rectoría ha definido en el Plan Estratégico Sectorial Multianual la visión del sector salud al 2021³⁹:

“Al 2021, el acceso al cuidado y la atención integral en salud individual y colectiva de las personas serán universales, independientemente de su condición socioeconómica y de su ubicación geográfica, con enfoques de género, de derechos en salud y de interculturalidad. Asimismo, el cuidado y la atención pública en salud serán integrales, solidarios, equitativos, oportunos, con gratuidad en el punto de entrega, de calidad, de fácil acceso y adecuados a las características del ciclo de vida de la población”.

Así, mismo la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, país saludable” ha planteado como situación futura deseada lo siguiente⁶⁸:

“Al año 2030, se ha reducido los años de vida saludables perdidos por causas evitables en un 5%, disminuyendo así la prevalencia de discapacidad y muertes prematuras”.

Escenario Tendencial de variables estratégicas priorizadas

Se ha identificado el siguiente escenario tendencial³¹ de las variables que se corresponden con alguno de los componentes del Sistema de Salud, se muestra en la Tabla N° 10.

Tabla N° 10: Escenario Tendencial de las Variables Estratégicas

Variable	Indicador	Valor Actual	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2030
Nivel aseguramiento de salud	Cobertura de afiliación a un seguro de salud (ENAH0)	23,5	73,5	75,5	79,5	81,5	83,5	85,5	100
Nivel de protección financiera	Porcentaje de Gastos de Bolsillo en Salud (INEN)	33.2 (2014)	29,7	28,0	26,5	25,0	23,7	22,4	13,5
Acceso a servicio de salud de calidad.	Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicio de salud (ENAH0)	49,4	50,3	51,1	52,0	52,8	53,7	54,6	61,4

Fuente: ibíd.

Según la Tabla N°10, para el año 2030 la cobertura de afiliación a un seguro de salud se dará en un 100%, disminuyendo significativamente el gasto de bolsillo actual 26,5% hasta un 13%. De igual manera se incrementará el porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud de un 52,8% hasta un 61,4%.

Si bien el MINSA ha propuesto acciones estratégicas para avanzar en la modernización de los componentes del sistema de salud actual, no ha logrado consolidar explícitamente hacia el sistema de salud que debe transitar el sector, por ello el presente documento, toma como referencia la propuesta de la Comisión de Protección Social (CPS)⁶⁶, cuya visión de largo plazo considera un sistema de salud que brinde acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad, según las necesidades de la población, con protección financiera y sostenibilidad fiscal.

Para lograr estos objetivos y siguiendo los principios antes señalados, la CPS propone un sistema con un asegurador único, financiado con recursos públicos que ofrezca una cobertura garantizada para toda la población; consolidando de esta manera el aseguramiento y brindando una cobertura financiera que disminuya los gastos de bolsillo y reduzca el riesgo de los hogares de caer en situación de pobreza, dentro de un marco de sostenibilidad fiscal. Para el logro de estos objetivos propone entre otras las siguientes acciones:

- “Que entregue el plan de beneficios universal (PEAS) financiado para toda la población vía impuestos y administrado por el Fondo Único funcionará como eje organizador de las prioridades sanitarias de país. El financiamiento del Fondo Único vía impuestos se sustenta en el principio de la realización del derecho a la salud: el financiamiento deja de asociar el aseguramiento a la condición socioeconómica de las personas o a su situación laboral, con lo que genera estabilidad y continuidad en el aseguramiento. Esto es especialmente importante en un país con altos niveles de informalidad como el Perú”.
- “Consolidación del fondo de alto costo (FONAC) definido en base a las prioridades de salud del país. De esta manera, se eliminarán las diferencias en las coberturas de servicios

del aseguramiento segmentado fortaleciendo el derecho al acceso a servicios de salud independientemente de la condición laboral y de las características socioeconómicas de las personas”.

- “Las contribuciones a la seguridad social en salud (EsSalud) se reducirán en un monto equivalente al costo esperado total del PEAS solo cuando el Gobierno garantice dichos recursos vía impuestos. Es decir, la reducción progresiva del financiamiento a través de las contribuciones a EsSalud, solo se dará en la medida que el mismo monto se pueda financiar y garantizar vía impuestos.
- “La separación de las funciones de financiamiento y de prestación de servicios mediante un proceso gradual”.
- El fortalecimiento de la rectoría del MINSA que le permita ejercer su autoridad a nivel nacional en el corto plazo”.
- “La reorganización en la prestación de servicios bajo un esquema de redes integradas organizadas territorialmente que maximicen la disponibilidad de recursos sobre la base de la priorización de los servicios cubiertos por el PEAS y una atención primaria fortalecida”.

La propuesta también contempla la “participación de aseguradores privados, que deberán estar regulados para ofrecer planes de cobertura financiera complementaria y planes de cobertura suplementaria (como hotelería). Los aseguradores privados no reemplazan la cobertura del Fondo Único, sino que amplían las opciones de dónde atenderse. Finalmente, todos los peruanos tendrán acceso a la atención de enfermedades de alto costo definidas y aprobadas en el plan de beneficios que brindará el Fondo de Alto Costo y que se financiará vía impuestos”.

6.5 Las Profesiones de la salud y su rol en la sociedad

El panorama presentado plantea un claro desafío a la formación de los futuros profesionales de la salud, que deberán estar preparados para dar una respuesta coherente e integral que preserve lo esencial de los valores profesionales en salud. En ese sentido, resulta necesario abordar y analizar el significado de las profesiones.

El enfoque de la salud como derecho, convierte a los profesionales de la salud, en garantes de ese derecho para las personas y las colectividades bajo sus responsabilidades.

Según Adela Cortina, “la profesión es social y moralmente mucho más que un medio individual de procurarse el sustento. Podríamos caracterizarla como una actividad cooperativa, cuya meta interna consiste en proporcionar a la sociedad un bien específico e indispensable para su supervivencia como sociedad humana, para lo cual se precisa del concurso de la comunidad de profesionales que como tales se identifican ante la sociedad”, además menciona que, “la finalidad de la profesión no se limita a la fuente de ingreso, es decir, a una finalidad subjetiva, sino que la profesión misma tiene su finalidad. El logro de dicha finalidad es lo que le da sentido y legitimidad social a la profesión⁶⁹.

El profesional –como afirma Diego Gracia- es siempre «un consagrado a una causa de una gran trascendencia social y humana». De ahí que el ejercicio de una profesión exija emplearse en esa

causa social -sanidad, docencia, información, etc.- que trasciende a quien la sirve, integrándose en un tipo de actividad que tiene ya sus rasgos específicos. Añade además que al profesional le es inherente ejercer la virtud física, que consiste en ser competente en las habilidades propias de la profesión, y la virtud moral, que le predispone a emplear siempre esas habilidades en el sentido que exige la profesión para prestar su servicio a la sociedad. El profesional, por tanto, debe aspirar tanto a la excelencia física como a la excelencia moral, ya que una profesión no es un oficio ni una simple ocupación⁷⁰.

Desde al ámbito académico e institucional de las profesiones de la salud se viene consolidando la propuesta de desarrollar una respuesta coherente e integral que preserve lo esencial de los valores profesionales en salud adaptándolos a las nuevas situaciones. A dicha propuesta se le ha denominado “Nuevo Profesionalismo en Salud”. El profesionalismo es la base del contrato de quienes brindan atención de salud con la Sociedad. Este pacto se basa en la exigencia de colocar el interés del paciente por encima de los profesionales de salud, estableciendo y manteniendo estándares de competencia e integridad, y proveyendo de asesoría experta a la sociedad en materias de salud.

En año 2002 se publicó simultáneamente en las revistas Lancet y Annals of Internal Medicine un documento que contiene la propuesta de un nuevo Código o Carta Constitucional para la profesión médica, que propone los ideales a los que todos los profesionales de la salud pueden y debieran aspirar. Consideramos que este código continúa más vigente que nunca.

De este marco emergen tres principios fundamentales y un conjunto de compromisos profesionales específicos.

Principio de primacía del bienestar del paciente. Este principio se basa en una dedicación a servir los intereses del paciente. El altruismo contribuye a la confianza que es fundamental en la relación profesional de la salud-paciente. Las fuerzas del mercado, las presiones sociales y las exigencias administrativas no pueden afectar este principio.

Principio de autonomía del paciente. Los profesionales de la salud deben tener respeto por la autonomía del paciente. Tienen que ser honestos con sus pacientes y darles la capacidad para tomar decisiones informadas sobre sus tratamientos. Las decisiones de los pacientes respecto a sus cuidados deben ser soberanas, en tanto esas decisiones se atengan a prácticas éticas y no den lugar a demandas de cuidados inapropiados.

Principio de justicia social. Los profesionales de la salud deben promover justicia en el sistema de atención de salud, incluyendo la distribución equitativa de los recursos asistenciales. Deben trabajar esforzadamente para eliminar la discriminación en los cuidados de salud, sea que esté basada en cuestiones de raza, género, estado socio económico, etnicidad, religión o cualquiera otra categoría social.

Conjunto de compromisos

1. Competencia profesional.
2. Honestidad con los pacientes.
3. Confidencialidad con los pacientes.

4. Mantener relaciones apropiadas con los pacientes.
5. Mejorar la calidad de los cuidados.
6. Mejorar el acceso a la atención de salud.
7. Justa distribución de recursos limitados.
8. Conocimiento científico.
9. Mantener la confianza manejando los conflictos de intereses.
10. Responsabilidades profesionales.

Tales principios y compromisos tienen amplio consenso en el ámbito de la educación y formación de los profesionales de salud y por lo tanto son un punto de partida adecuado para articularlos con los comportamientos que demuestran profesionalismo en la práctica. Así, los 10 compromisos pueden agruparse en cuatro valores esenciales⁷¹.

- *Atención de salud centrada en la persona.*
- *Integridad y responsabilidad.*
- *Búsqueda de la excelencia.*
- *Administración justa y ética de los recursos*

En definitiva, cuando nos referimos a una profesión determinada, podemos hablar de la existencia de una ética y de una deontología determinada. La primera se podría centrar en determinar y perfilar el bien de una determinada profesión (aportaciones al bien social) y la deontología por su parte, se centraría en definir cuáles son las obligaciones concretas de cada actividad.

6.6 El Enfoque de competencias en la formación profesional

Respecto a la concepción del enfoque de competencias, como país se ha avanzado en la comprensión del marco teórico y su instrumentación en procesos de formación, gestión de recursos humanos y certificación profesional. En esa consideración para definir el Perfil de Competencias, se ha considerado el enfoque funcional y el enfoque conductista, propuestos por la OIT⁷².

Enfoque Conductual: Las competencias se asocian directamente a sus atributos, conductas y comportamientos, es decir se focaliza en las características internas de las personas; que pueden generalizarse a diferentes situaciones y perdurar en el tiempo, sin prestar especial atención al contexto en que se desarrollan. Las Competencias Conductuales o Genéricas, también denominadas Competencias Blandas se enmarcan en este enfoque.

El Ministerio de Salud define a la Competencia Conductuales como Conductas necesarias para el desempeño eficiente que todo el personal de salud debe demostrar independientemente de su grupo ocupacional, nivel jerárquico o ubicación en la estructura organizacional. La identificación de competencias se realiza a partir de las personas con mejor desempeño.

Enfoque Funcional: La competencia en este enfoque se define como los resultados a lograr en términos de desempeño observable. Para este enfoque la descripción detallada de procedimientos se vuelve obsoleta rápidamente, por lo que es preciso desplazar el foco hacia objetivos o resultados esperados (qué debe lograr las personas y que capacidades ponen en juego para hacerla)

Las Competencias Técnicas o Específicas se enmarcan en este enfoque y define a la competencia como la interacción de conocimientos, habilidades, y actitudes en relación a los recursos técnicos, organizacionales y sociales con que se cuenta (Saracho 2005)⁷³. La identificación de competencias se realiza a través de la metodología del análisis funcional

Perfil de Competencias: Conjunto de enunciado conformado por Competencias Técnicas y Competencias Conductuales que cumplen el papel de referente. normalización o estandarización. Se expresa en un lenguaje de resultados clave; no necesariamente abarca y/o describe todas las competencias, sino que se centra en aspectos críticos (80/20)⁷⁴.

VII. PERFIL DE COMPETENCIAS

7.1 El Perfil de competencias como instrumento de articulación formación- trabajo

La Ley Orgánica del Ministerio de Educación, Decreto Ley N° 25762, establece que el Ministerio de Educación es el órgano central y rector del Sector Educación, en ese marco la Ley N° 30220, Ley Universitaria, tiene como fin formar profesionales de alta calidad, de manera integral y con pleno sentido de responsabilidad social de acuerdo a las necesidades del país.

Asimismo, la Ley Universitaria creó la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria – SUNEDU, como Organismo Público Técnico Especializado adscrito al Ministerio de Educación, responsable del licenciamiento para el servicio educativo superior universitario y de supervisar la calidad del servicio educativo universitario.

La Política de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior Universitaria tiene por objeto garantizar que todos los jóvenes del país tengan la oportunidad de acceder a un servicio educativo universitario de calidad, que ofrezca una formación integral y de perfeccionamiento continuo, centrado en el logro de un desempeño profesional competente⁷⁵.

En consecuencia, según lo antes descrito, el Estado ha desplegado estrategias institucionales necesarias para garantizar el derecho fundamental de acceso a una educación universitaria de calidad, acorde a las necesidades del mercado.

La formulación del perfil de competencias realizada a través del diálogo y consenso con las entidades prestadoras, entidades formadoras y la sociedad civil, tendrá 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 los siguientes beneficios:

- Al individuo/estudiante, en tanto mejora su empleabilidad (capacidades y posibilidades para ser empleado)
- Al Sistema Nacional de Salud, en tanto permite que los servicios cuenten con profesionales de la salud competentes para desempeñar su trabajo con eficiencia.
- A los usuarios, en tanto recibirán los servicios de profesionales de la salud competentes, con la garantía de una atención con la máxima calidad y eficiencia posibles.
- A la sociedad, en tanto se promuevan estilos de vida saludables y se prevengan riesgos y daños.

Queda claro que, una formación que no se corresponde con las exigencias del mundo del trabajo perjudica, consecuentemente, al profesional y al Sistema Nacional de Salud. El profesional verá afectadas sus posibilidades de acceder al mercado laboral al reconocer las limitaciones de su formación comparadas con las competencias exigidas por su futuro empleador, trayendo como consecuencia la necesidad de invertir en corregir esa brecha de capacidades o caer en el subempleo e incluso en el desempleo. El empleador por su parte, en caso de incorporar a dicho profesional, debe invertir en mejorar sus capacidades de tal manera que se alineen a sus objetivos institucionales, lo cual aumenta los costos de la incorporación y adiciona a todo ello, un tiempo necesario para que despliegue sus nuevas capacidades.

Las entidades formadoras en salud, por lo tanto, deben reconocer en el perfil de competencias, las capacidades mínimas que sus egresados deben lograr paulatinamente para ser parte del Sistema Nacional de Salud, contribuyendo, de manera progresiva, al cierre de la brecha formación – trabajo y al logro de objetivos y metas sectoriales.

Ello implica confrontar el actual currículum formativo con el perfil de competencias definidos por el Ministerio de Salud e ir incorporando las adecuaciones correspondientes, de tal manera que, progresivamente, se llegue a un alineamiento entre lo exigido por el Sistema Nacional de Salud y las capacidades adquiridas por sus egresados.

El perfil de competencias definido por el Ministerio de Salud, está conformado por un número mínimo de competencias esenciales que el Sistema Nacional de Salud demanda de los futuros profesionales, las cuales podrán ser complementadas con otras competencias que las escuelas o facultades de ciencias de la salud tengan a bien considerar en el marco de su autonomía universitaria.

Por lo anteriormente expuesto el Ministerio de Salud, en ejercicio de su rol rector del sector salud, ha asumido la responsabilidad de establecer el perfil de competencias para los profesionales de la salud, tiene un horizonte temporal el año 2030, marcando de esta manera una comunidad de visión con la Estrategia Mundial de la OMS y los Objetivos de Desarrollo Sostenibles de las Naciones Unidas.

7.2 Metodología para la formulación del perfil de competencias

La metodología para definir el perfil de competencias ha considerado el análisis de necesidades de salud de la población, las características del sistema de salud y la tecnología e innovación, del contexto actual y las tendencias que impactarán en el patrón de demanda de los servicios de salud. Incorpora como ejes transversales el marco conceptual del sector salud, los determinantes sociales de la salud, los enfoques de género, derechos, interculturalidad y medio ambiente.

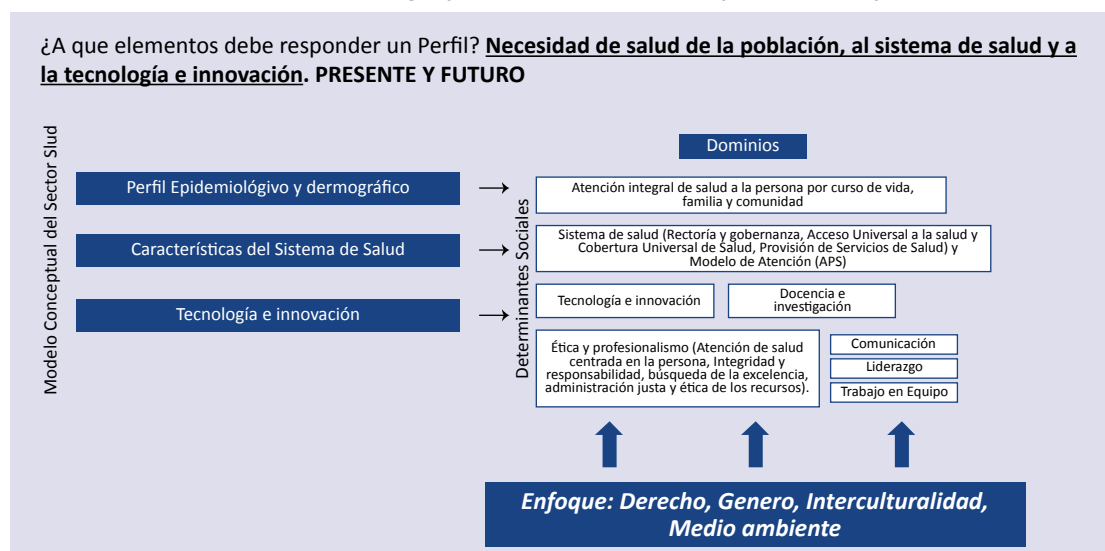
A partir del análisis mencionado, se han formulado dominios que han permitido ordenar y orientar la identificación de competencias, siendo estos dominios los siguientes: atención integral de la persona, familia y comunidad, sistema de salud y modelo de atención, tecnología e innovación, docencia e investigación, y ética y profesionalismo.

En la necesidad de contar con un perfil integral, se han identificado y priorizado un grupo de competencias conductuales que según se logre en el proceso formativo, contribuirán a un desempeño exitoso de los futuros profesionales de la salud.

Finalmente, se ha desarrollado un proceso participativo de diálogo y consenso con las entidades formadoras, prestadoras y la sociedad civil.

Así entonces, el perfil de competencia define un conjunto de rasgos que se expresa en un lenguaje de resultados clave; no necesariamente abarca y/o describe todas las competencias, sino que se centra en aspectos críticos (80/20), por tanto, cumple el papel de referente. Para una mayor precisión de contenido, alcance de la competencia que oriente el diseño curricular se han definido condiciones mínimas para el logro de la competencia técnica y conductas mínimas para el logro de la competencia conductual. En ambos casos se refiere a actuaciones idóneas que el Sistema Nacional de Salud espera de un profesional de la salud recién egresado (Gráfico N° 9).

Gráfico N° 9: Metodología para la formulación del perfil de competencias



Fuente: elaboración DIGEP.

Por los fundamentos expuestos en los capítulos precedentes, la configuración metodológica utilizada y la valoración del perfil de competencias como instrumento de articulación formación- trabajo; a continuación, se plantea el perfil de competencias del/de la médico (a) peruano (a) y del/de la enfermero (a) peruano (a) como parte inicial de un conjunto de perfiles de competencias que establecerá el Ministerio de Salud, para orientar la formación de los profesionales de la salud.

7.3 Perfil de competencias del/de la médico (a) peruano (a)

El Rol de la Medicina, en nuestro País se *“orienta al respeto a la vida y al logro de la más alta calidad de la misma. Se fundamenta en el reconocimiento de la dignidad, la autonomía y la integridad de las personas. Es una profesión científica y humanista cuya misión es promover y preservar la salud, así como aliviar y reconfortar ante la enfermedad y consolar al enfermo y sus allegados ante el sufrimiento, la agonía y la muerte”*⁷⁶.

Los principios y valores éticos de la Medicina, definen en lo social la solidaridad, la libertad y la justicia y en lo personal el respeto a su dignidad, su autonomía y la integridad de las personas.

Por otro lado, el trabajo del profesional médico en nuestro país es definido como la prestación de servicios profesionales por parte del médico-cirujano, encaminados a todos o a uno de los siguientes fines⁷⁷:

- La conservación de la vida humana,
- Las acciones de promoción, prevención y recuperación, conducentes al fomento de la salud, la rehabilitación física y psicosocial del individuo, la familia y la comunidad,
- El peritaje y el asesoramiento médico legal,
- El desarrollo de la investigación médico-científica y la adecuación y utilización de tecnologías.
- La docencia en el campo de la salud,
- La administración en salud,
- La producción de materiales, instrumentos y equipos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades,
- Otras relacionadas con el acto médico.

Según el Reglamento de la Ley que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud, el tipo de actividad que desarrolla el médico son consideradas actividades finales¹ y en el factor de dependencia profesional tienen autonomía absoluta^{2,78}

Contribuyen a la consolidación de los fines de la medicina, los planteamientos del quehacer médico que dejaron los médicos humanistas como Honorio Delgado, que asentaba *“Si se quiere iniciar los estudios de medicina con probabilidades de llegar a ser un facultativo idóneo, hay que poseer tres condiciones especiales: vocación, aptitud y preparación fundamental”*⁷⁹.

Así también, la proposición que apuntaló la practica medica del sanitarista en el periodo moderno, se inspiró en la confrontación del quehacer sanitario realizada por el Médico Manuel Núñez Butrón que apuntaba *“El Médico particular tiene su consultorio para mitigar el dolor. El Titular tiene a su cargo todos los habitantes de una provincia. El primero cura a uno y el segundo defiende la colectividad; el primero esta con el presente y el segundo esta con el porvenir; al uno le agradece una familia y al segundo muchas veces se le desconoce el bien desarrollado por la tranquilidad de muchas familias”*⁸⁰.

Por todo lo anteriormente expuesto, el Ministerio de Salud en el marco de su rectoría sectorial establece el Perfil de Competencias del/de la médico (a) peruano (a) compuesto por trece (13) competencias, de las cuales nueve (09) son competencias técnicas y cuatro (04) son competencias conductuales.

1 Actividades Finales. - A las que desempeñan los profesionales que satisfacen directamente la demanda del consultante brindándole atención integral en el diagnóstico, tratamiento y/o recuperación de su salud, bajo la forma de consulta médica, hospitalaria, de urgencia, atención ambulatoria o gineco-obstétrica.

2 Autonomía Absoluta. - Considérese en este Sub Factor a las profesiones que actúan directamente con el paciente, ejerciendo sobre él, acciones con absoluta responsabilidad en su diagnóstico, tratamiento y recuperación.





Perfil de competencias del/de la médico (a) peruano (a)

Competencias Técnicas

Propósito Mantener y recuperar la salud individual y colectiva a través de la atención médica integral, con énfasis en promoción y prevención, actuando con principios éticos y profesionalismo, aplicando la estrategia de atención primaria de salud.			
Dominios		Competencias <i>El médico es competente cuando es capaz de...</i>	Condiciones mínimas para el logro de la competencia
DETERMINANTES SOCIALES ENFOQUES DE DERECHO, GÉNERO E INTERCULTURALIDAD Y MEDIO AMBIENTE	Atención integral e integrada de salud a la persona, familia y comunidad (Estado de salud de la población, tendencias del perfil epidemiológico y demográfico)	1. Realizar la evaluación clínica centrada en la persona y establecer un plan de trabajo pertinente de acuerdo a la situación del paciente, aplicando el método científico y actuando con ética y profesionalismo, considerando el modelo de cuidado integral de salud.	1. Elabora la anamnesis completa, recabando información biomédica y psicosocial con énfasis en las necesidades de salud del usuario. 2. Realiza el examen físico completo, respetando la privacidad y las limitaciones que manifieste el paciente/usuario de salud. 3. Identifica los problemas de salud y los prioriza para abordarlos bajo la mejor evidencia científica. 4. Elabora la hipótesis diagnóstica, considerando el diagnóstico principal y los diagnósticos diferenciales, fundamentados en la mejor evidencia científica. 5. Identifica los determinantes de la salud que podrían influir en el diagnóstico y manejo de los problemas de los pacientes/usuarios de salud. 6. Diseña un plan de trabajo pertinente, en lo que respecta a exámenes auxiliares, procedimientos diagnósticos e interconsultas. 7. Realiza procedimientos básicos con fines diagnósticos, basados en la optimización de los recursos que eviten el sobre diagnóstico y sobre tratamiento. 8. Interpreta correctamente los resultados de los exámenes auxiliares solicitados y los registra en la historia clínica. 9. Valora y realiza la evolución del paciente/usuario, de acuerdo a parámetros clínicos establecidos y la registra de manera completa, comprensible y oportuna, para asegurar la continuidad de la atención. 10. Reevalúa la hipótesis diagnóstica en función a toda la información obtenida. 11. Identifica situaciones de urgencia y emergencia realizando el manejo inicial y orientando su continuidad. 12. Documenta y redacta adecuada y correctamente la historia clínica, de acuerdo a la normativa vigente.

Propósito Mantener y recuperar la salud individual y colectiva a través de la atención médica integral, con énfasis en promoción y prevención, actuando con principios éticos y profesionalismo, aplicando la estrategia de atención primaria de salud.		
Dominios	Competencias <i>El médico es competente cuando es capaz de...</i>	Condiciones mínimas para el logro de la competencia
DETERMINANTES SOCIALES ENFOQUES DE DERECHO, GÉNERO E INTERCULTURALIDAD Y MEDIO AMBIENTE	2. Realizar el tratamiento integral de los problemas y necesidades de salud de baja complejidad más frecuentes y tratamiento inicial y referencias de los de alta complejidad, centrado en la persona; aplicando el método científico y actuando con ética y profesionalismo, considerando el modelo de cuidado integral de salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establece los objetivos del tratamiento, consensuados con el paciente/usuario de salud y su familia. 2. Elabora un plan de tratamiento racional, considerando medidas farmacológicas y no farmacológicas, basadas en la mejor evidencia, considerando el contexto sociocultural, las condiciones particulares de los pacientes/usuarios de salud. 3. Decide y coordina oportunamente la referencia y la contrarreferencia. 4. Prescribe el tratamiento, de manera completa y comprensible y en denominación común internacional (DCI) 5. Comprende y alivia la dolencia del paciente/usuario de salud, aplicando habilidades de empatía que contribuyan a la humanización de la atención de salud. 6. Informa al paciente/usuario de salud y su familia, sobre la eficacia y la seguridad del tratamiento. 7. Educa y orienta al paciente/usuario de salud, respecto a su problema de salud. 8. Confirma la comprensión de la prescripción y las orientaciones. 9. Elabora y ejecuta en coordinación con los otros actores del sistema de salud un plan de seguimiento que asegure la continuidad de la atención y el tratamiento de acuerdo al nivel de atención que corresponda. 10. Realiza procedimientos terapéuticos básicos. 11. Realiza reanimación cardiopulmonar básica, de acuerdo a guías de práctica clínica. 12. Realiza el acompañamiento y cuidado a las personas con enfermedades terminales, ampliando el soporte emocional y paliativo a los cuidadores y/o familia.
	3. Realizar acciones para la mejor recuperación de la persona con secuelas de un daño físico, mental o social, para lograr su máxima participación en la sociedad, actuando con ética y profesionalismo, considerando el modelo de cuidado integral de salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orienta el proceso básico de rehabilitación a través de un plan consensuado con el paciente/usuario de salud y otros profesionales de la salud. 2. Coordina con el equipo de salud, acciones conducentes a la recuperación y a los cuidados paliativos para el paciente/usuario de salud, de acuerdo a su condición física, psíquica y la de su entorno sociocultural y económico. 3. Integra a la familia y a la comunidad en el proceso de la rehabilitación de la salud.

Propósito Mantener y recuperar la salud individual y colectiva a través de la atención médica integral, con énfasis en promoción y prevención, actuando con principios éticos y profesionalismo, aplicando la estrategia de atención primaria de salud.		
Dominios	Competencias <i>El médico es competente cuando es capaz de...</i>	Condiciones mínimas para el logro de la competencia
DETERMINANTES SOCIALES ENFOQUES DE DERECHO, GÉNERO E INTERCULTURALIDAD Y MEDIO AMBIENTE	4. Promover cambios en el comportamiento individual, colectivo y del entorno, para la generación de condiciones que conserven, mejoren la salud y fomenten el bienestar de la persona, familia y comunidad, considerando el modelo de cuidado integral de salud.	1. Cuida su propia salud, siendo coherente con lo que promueve. 2. Educa a la persona, familia y comunidad, para la adopción de prácticas y comportamientos saludables, aplicando el enfoque de derecho, género, interculturalidad y territorialidad. 3. Empodera a la persona, familia y comunidad para el cuidado de su propia salud, aplicando el principio de corresponsabilidad, autonomía y toma de decisiones compartidas. 4. Fomenta el desarrollo de espacios y mecanismos de participación de la comunidad en las acciones de salud y bienestar involucrando a los actores sociales claves de acuerdo al objetivo, situación y naturaleza de la intervención. 5. Realiza abogacía e incidencia con las autoridades y demás actores sociales para la generación de entornos que permitan favorecer el cuidado y mantenimiento de la salud, orientado al desarrollo de las potencialidades de la persona, familia y comunidad. 6. Organiza y evalúa las actividades del agente comunitario y otros voluntarios de los diferentes sectores, valorando su aporte a la salud de su localidad. 7. Promueve y participa en la implementación y evaluación de políticas públicas de salud, en los diferentes escenarios de la comunidad, de manera coordinada y articulada a nivel intrasectorial, intersectorial e intergubernamental, para el abordaje de los determinantes sociales de la salud.
	5. Realizar intervenciones de salud para disminuir exposición, riesgos y daños que afectan la salud individual y salud pública, en ámbitos poblacionales, ambientales y ocupacionales, considerando el modelo de cuidado integral de salud.	1. Realiza intervenciones para disminuir la incidencia de problemas de salud o enfermedades, actuando sobre los factores de riesgo y promoviendo los factores protectores. 2. Realiza intervenciones para reducir la prevalencia de problemas de salud o enfermedades, a través de la detección oportuna en sujetos aparentemente sanos. 3. Realiza intervenciones para minimizar los sufrimientos o daños a consecuencia de problemas de salud o enfermedades identificados. 4. Evita riesgos y daños a la salud a consecuencia de exploraciones diagnósticas y tratamientos innecesarios. 5. Participa en acciones de vigilancia epidemiológica de determinantes de riesgos y daños sujetos a notificación obligatoria. 6. Participa en acciones de vigilancia sanitaria ambiental en saneamiento básico, higiene alimentaria, protección del ambiente, zoonosis y salud ocupacional.

Propósito Mantener y recuperar la salud individual y colectiva a través de la atención médica integral, con énfasis en promoción y prevención, actuando con principios éticos y profesionalismo, aplicando la estrategia de atención primaria de salud.		
Dominios	Competencias <i>El médico es competente cuando es capaz de...</i>	Condiciones mínimas para el logro de la competencia
DETERMINANTES SOCIALES ENFOQUES DE DERECHO, GÉNERO E INTERCULTURALIDAD Y MEDIO AMBIENTE	Sistema de Salud y Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI) 6. Ejercer su profesión en concordancia con el sistema de salud del Perú y el modelo de cuidado integral de salud, asumiendo un rol transformador y facilitador del acceso equitativo a los servicios de salud, reconociendo la salud como derecho inalienable e inherente a todo ser humano.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejerce su profesión de acuerdo a la legislación vigente, impactando positivamente en la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades. 2. Reconoce la salud como un derecho humano y, promueve el acceso y la cobertura universal de salud, desde su ejercicio profesional. 3. Reconoce la contribución de la salud al desarrollo humano y económico del país, promoviendo su concreción. 4. Promueve acciones que favorecen a la reducción o eliminación de las barreras de acceso: económicas, institucionales, culturales y sociales, en pro de la equidad, solidaridad y justicia social. 5. Participa activamente en la transformación social para la mejora de la situación sanitaria en las distintas áreas de su desempeño profesional. 6. Contribuye a la expansión de la protección social a todos los grupos poblacionales. 7. Promueve el ejercicio de los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, a la información, atención y recuperación de la salud y aplicación del consentimiento informado para procedimientos, tratamientos y para participar en actividades de docencia e investigación. 8. Utiliza racionalmente los recursos destinados a la protección social en salud, según normas vigentes. 9. Analiza y utiliza el perfil epidemiológico y demográfico del ámbito territorial donde se desempeña. 10. Gestiona establecimientos de salud del primer nivel de atención, orientado a resultados y considerando los atributos de la atención primaria de la salud. 11. Elabora y aplica planes de mejora continua de la calidad de los servicios de salud, que conlleve a una atención satisfactoria para el usuario y su familia. 12. Implementa estrategias para la continuidad del proceso de atención, coordinando con otros niveles de atención según capacidad resolutive. 13. Aplica el enfoque territorial en la red de salud donde presta servicios, considerando los atributos de la atención primaria de la salud. 14. Brinda atención de salud considerando la heterogeneidad social, respetando las dimensiones culturales de las realidades locales y la medicina tradicional, aplicando los atributos de la estrategia de la atención primaria de la salud. 15. Implementa el modelo de cuidado integral de salud, considerando los determinantes sociales, los enfoques de derechos, género, interculturalidad y ambiental. 16. Desarrolla intervenciones intramurales y extramurales de salud aplicando los componentes de la prestación, según el modelo de cuidado integral de salud. 17. Aplica el nivel básico del quechua y otras lenguas originarias de acuerdo a su contexto local y resuelve barreras de comunicación verbal donde sea requerido.

Propósito Mantener y recuperar la salud individual y colectiva a través de la atención médica integral, con énfasis en promoción y prevención, actuando con principios éticos y profesionalismo, aplicando la estrategia de atención primaria de salud.			
Dominios		Competencias <i>El médico es competente cuando es capaz de...</i>	Condiciones mínimas para el logro de la competencia
DETERMINANTES SOCIALES ENFOQUES DE DERECHO, GÉNERO E INTERCULTURALIDAD Y MEDIO AMBIENTE	Docencia e investigación	7. Participar en la formación de estudiantes y en el fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en salud.	1. Planifica, ejecuta y evalúa actividades de enseñanza-aprendizaje, aplicando métodos y estrategias educativas básicas, en su práctica diaria. 2. Vela por la seguridad y el respeto de los derechos de los usuarios de salud, durante las actividades de capacitación
		8. Generar nuevo conocimiento, que contribuya en la solución de problemas sanitarios y en la toma de decisiones para el mejor desempeño del sistema de salud	1. Aplica enfoques y métodos de investigación, generando evidencias que contribuyan a la mejora de salud. 2. Desarrolla investigación prioritariamente operativa y aplicada, en base a necesidades de salud pública. 3. Utiliza su práctica profesional como ámbito de investigación, y promueve cambios. 4. Aplica los principios éticos de la investigación. 5. Respeta las normas institucionales vinculadas a la investigación. 6. Redacta documentos científicos para publicaciones.
	Tecnología e innovación	9. Aplicar la tecnología e innovación científicamente fundada, para mejorar los procesos o recursos de los servicios de salud.	1. Realizar innovaciones en los procesos o recursos en las diferentes áreas de desempeño profesional 2. Adapta creativamente la tecnología en las diferentes áreas de desempeño profesional. 3. Hace uso racional y ético de las tecnologías en salud, con atención a nuevos desarrollos, que evaluará y aplicará con sentido crítico. 4. Maneja las Tecnologías de la Información y Comunicación, en los ejes de desarrollo de la Telesalud (Telemedicina, Telegestión, Teleic, y Telecapacitación).

Competencias Conductuales

Dominios	Competencia	Conductas mínimas para el logro de la competencia
Ética y Profesionalismo	10. Demostrar compromiso con el bienestar y la salud de las personas y la sociedad, sustentado en la práctica ética, aplicando las normas y principios de respeto a la vida, la persona, la sociedad, el ambiente, y su profesión siendo ejemplo en su ejercicio profesional.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respeta los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, acceso a la información, atención y recuperación de la salud y consentimiento informado para procedimientos, tratamientos y para participar en actividades de docencia e investigación. 2. Toma decisiones y acciones considerando el modelo Biopsicosocial: dimensiones física, emocional, intelectual, espiritual y social de las personas- 3. Lleva a cabo una correcta relación médico-paciente, en el marco del respeto mutuo, derechos y deberes de los usuarios, equidad de género, autonomía y beneficencia. 4. Respeta y acepta la diversidad cultural, así como los saberes y prácticas médicas tradicionales y complementarias, favoreciendo la igualdad ciudadana. 5. Ejerce su profesión, con honestidad, integridad, compromiso, humanidad, empatía y respeto, considerando el derecho a la salud de la población y priorizándolo sobre sus intereses particulares. 6. Actúa conforme al Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú y normas correspondientes al ejercicio ético de la profesión. 7. Comprende, valora y practica el Juramento Hipocrático, según la Declaración de Ginebra. 8. Reconoce y gestiona conflictos de interés vinculado a los pacientes/usuarios de salud y la institución. 9. Cuida su imagen manteniendo una adecuada presentación personal y hace uso del uniforme de acuerdo a actividades a realizar, conforme a disposiciones institucionales. 10. Aboga por los derechos del paciente/usuario de salud, principalmente en situaciones de vulnerabilidad. 11. Ejerce en su ámbito profesional y respeta el de los otros profesionales de la salud, demostrando asertividad con los demás miembros del equipo. 12. Dirige su aprendizaje a lo largo de su carrera profesional, actualizándose permanentemente, de acuerdo a los avances del conocimiento, la ciencia y la tecnología, y los cambios ambientales, del contexto social, económico y político. 13. Promueve una cultura de calidad en sus áreas de desempeño profesional, demostrando excelencia en la práctica cotidiana. 14. Valora críticamente la información y la realidad de su entorno, para tomar acciones que conlleven al bien común. 15. Antepone los intereses de los pacientes/usuarios de salud y los de la sociedad, frente a las organizaciones o instituciones con intereses económicos o políticos. 16. Administra los recursos con eficiencia aplicando criterios de costo –beneficio. 17. Gestiona el tiempo para integrar su vida profesional, personal y familiar.

Dominios	Competencia	Conductas mínimas para el logro de la competencia
Comunicación	11. Establecer relaciones profesionales con la persona, familia y comunidad, considerando el enfoque de derecho, género y pertinencia cultural que conlleve a la satisfacción con el sistema de salud	1. Aplica el Método Clínico Centrado en la Persona para comunicarse. 2. Se comunica eficaz y asertivamente con las personas, familias, grupos, comunidades y el equipo de salud, respetando el principio de confidencialidad, haciendo uso apropiado de las diferentes redes de comunicación. 3. Comparte información para el cuidado efectivo de la salud, respetando los códigos de ética, la Ley y las normas institucionales. 4. Interpreta y responde prudente y oportunamente a las expresiones de comunicación verbal y no verbal. 5. Adecua la comunicación a las características del público receptor. 6. Utiliza procedimientos, habilidades y estrategias para comunicar malas noticias y situaciones problema.
Liderazgo	12. Influir y motivar a las personas con respeto y equidad para generar cambios que contribuyan al desarrollo de un sistema sanitario basado en la Atención Primaria de Salud.	1. Contribuye al logro de los estándares de desempeño de la institución en la que labora. 2. Propone cambios conducentes a la atención de salud de calidad. 3. Promueve una cultura del buen trato y seguridad de los pacientes/usuarios de salud. 4. Delega actividades, reforzando al equipo de salud e identificando sus necesidades para cumplirlas. 5. Involucra a los actores sociales para abordar los problemas de salud priorizados y sus determinantes sociales. 6. Gestiona conflictos en el equipo de salud y con los pacientes/usuarios de salud. 7. Trabajo en equipo, para la humanización y transparencia.
Trabajo en Equipo	13. Establecer relaciones de cooperación, compartiendo conocimientos y recursos, contribuyendo al logro de los objetivos institucionales.	1. Reconoce limitaciones, consulta a colegas cuando es necesario, refiere cuando corresponde. 2. Trabaja en forma colaborativa en el equipo multidisciplinario de salud, respetando las opiniones y reconociendo la dimensión personal de sus integrantes. 3. Comparte los conocimientos y recursos, priorizando los objetivos del equipo antes que los intereses personales.

7.4 Perfil de competencias del/de la enfermero (a) peruano (a)

El enfermero, como profesional de la ciencia de la salud, participa 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 población⁸¹.

El cuidado integral de enfermería es el servicio que la enfermera(o) brinda a la persona en todas las etapas de la vida, desde la concepción hasta la muerte, incluyendo los procesos de salud - enfermedad, implementando el método científico a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que garantiza la calidad del cuidado profesional. (Art 4 del Reglamento de la Ley del Enfermero)

El cuidado integral de enfermería constituye el fundamento del ejercicio de la profesión en las diferentes áreas de la especialidad. Se basa en el juicio crítico y ponderado de la enfermera (o) así como en la toma de decisiones que competen a su labor, por lo cual asume plena responsabilidad por los efectos y consecuencias que de ellas se originen. (Art 4 del Reglamento de la Ley del Enfermero)

La profesión de Enfermería 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, desenvolviéndose básicamente en las áreas: Asistencial, Administrativa, Docente y de Investigación. (Artículo 3. Ley de Trabajo del Enfermero)

Según el Reglamento de la Ley que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud, el tipo de actividad que desarrolla la enfermera (o) son consideradas actividades intermedias³ y en el factor de dependencia profesional tienen dependencia absoluta^{4 78}

El personal de enfermería en nuestro país, es el contingente más grande de la fuerza laboral dedicada a la atención de salud, con la obligación de tener una visión integral de la salud, enmarcada en principios éticos y valores morales aplicados en defensa de la vida y la salud de las personas, según su Código de Ética y Deontología

Por todo lo anteriormente expuesto, el Ministerio de Salud en el marco de su rectoría sectorial establece el Perfil de Competencias del enfermero (a) peruano (a) compuesto por trece (13) competencias, de las cuales nueve (09) son competencias técnicas y cuatro (04) son competencias conductuales.

3 Actividades Intermedias. - A las que desempeñan los profesionales que complementan la atención integral del paciente, brindando los elementos y/o cuidados necesarios para su tratamiento y recuperación, proporcionando el medicamento, el cuidado del enfermo, una alimentación balanceada, el conocimiento, orientación y dominio de sus problemas emocionales o un ambiente adecuado para su salud.

4 Dependencia Absoluta. - Considérase en este Sub-Factor a las profesiones que complementan la acción de otras, actuando por indicación de ellas, y por tanto están supeditadas permanentemente en el tratamiento asistencial al paciente a las profesiones con autonomía absoluta o relativa.



DASHA

HOSPITAL
PATRIA



Perfil de competencias del/de la médico (a) peruano (a)

Competencias Técnicas

Propósito			
Contribuir con el cuidado integral de la persona familia y comunidad, desde la enfermería, en la promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de la salud, para mejorar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población, actuando con principios éticos y profesionalismo, en el marco de la atención primaria de salud.			
Dominios		Competencias	Condiciones mínimas para el logro de la competencia
		<i>El enfermero (a) es competente cuando es capaz de...</i>	
DETERMINANTES SOCIALES ENFOQUES DE DERECHO, GÉNERO E INTERCULTURALIDAD Y MEDIO AMBIENTE	Atención integral e integrada de salud a la persona, familia, y comunidad (Estado de salud de la población, tendencias del perfil epidemiológico y demográfico)	1. Realizar el cuidado integral e integrado a la persona por curso de vida y su familia, aplicando los enfoques de derecho, género, interculturalidad y humanista; a través del método científico durante el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realiza la valoración del estado de salud de la persona y su familia basadas en las respuestas a problemas y necesidades de salud reales y potenciales, aplicando un modelo metodológico, fundamentos científicos y principios de enfermería. 2. Elabora el diagnóstico de enfermería, basado en la valoración y priorización de necesidades y problemas de salud de la persona, considerando su contexto familiar y social. 3. Elabora el plan de cuidados de enfermería, con participación de la persona y la familia/cuidador, considerando su contexto familiar y social. 4. Gestiona y organiza los recursos necesarios para la ejecución de las intervenciones de enfermería y los procedimientos con fines preventivos, diagnósticos y recuperativos, promoviendo la calidad de atención y seguridad del paciente. 5. Realiza la preparación física, apoyo psicológico y emocional previo a la ejecución del plan de cuidados y procedimientos con fines diagnósticos y terapéuticos, considerando su estado de salud, individualidad y condición sociocultural. 6. Ejecuta el plan de cuidados a través de intervenciones de enfermería, respetando los derechos de la persona, promoviendo su participación y autocuidado, con un enfoque humanista, de derecho e interculturalidad. 7. Evalúa los resultados de las actividades de enfermería, según estándares o criterios técnicos establecidos y replantea el cuidado según el estado de la persona. 8. Participa en la ejecución de procedimientos con fines diagnósticos y de tratamiento en condiciones estables, de urgencia y emergencia. 9. Identifica riesgos o daños que afectan la salud del paciente en situación estable, urgencia o emergencia e interviene con oportunidad y coordina con el equipo de salud, según el caso. 10. Realiza reanimación cardiopulmonar básica, de acuerdo a guías de práctica clínica. 11. Administra tratamiento farmacológico y no farmacológico con discernimiento, según fundamentos científicos, farmacológicos y prescripción escrita y en el marco de la normativa vigente. 12. Registra las actividades de enfermería en la historia clínica, ficha familiar y otros formatos establecidos. 13. Participa en los procesos de transferencia, referencia y contra referencia del paciente, para garantizar su seguridad y continuidad de la atención, con la participación de la familia/cuidador. 14. Brinda educación, orientación y consejería a la persona y su familia promoviendo el autocuidado.

Propósito

Contribuir con el cuidado integral de la persona familia y comunidad, desde la enfermería, en la promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de la salud, para mejorar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población, actuando con principios éticos y profesionalismo, en el marco de la atención primaria de salud.

Dominios		Competencias <i>El enfermero (a) es competente cuando es capaz de...</i>	Condiciones mínimas para el logro de la competencia
DETERMINANTES SOCIALES ENFOQUES DE DERECHO, GÉNERO E INTERCULTURALIDAD Y MEDIO AMBIENTE		2. Realizar acciones para el autocuidado de la persona con secuelas de un daño físico, mental o social en su entorno familiar, que conlleve a mejorar su calidad de vida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifica factores psicoafectivos, sociales y culturales que contribuyan a la reinserción familiar y social de la persona con secuelas de un daño. 2. Participa en la ejecución y seguimiento del plan de rehabilitación individualizado, promoviendo el autocuidado, involucrando a la familia, cuidador y otros trabajadores de salud.
		3. Brindar cuidados paliativos a la persona con enfermedades crónicas progresivas que generan dependencia y constituyen amenazas para la vida, a fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participa en la elaboración del plan de cuidados paliativos a pacientes oncológicos y no oncológicos, integrando el equipo multi e interdisciplinario. 2. Reconoce al paciente y familia como una unidad de cuidado holístico, para una oportuna intervención de enfermería. 3. Participa en los cuidados paliativos al paciente, que respondan a las necesidades emocionales, físicas, sociales y espirituales, incidiendo en el manejo del dolor, asegurando el confort y la calidad de vida durante el curso de la enfermedad. 4. Brinda educación, soporte y atención a la familia o cuidador para la adaptación a la enfermedad avanzada progresiva y promueve su participación activa en los cuidados paliativos, aplicando el enfoque intercultural. 5. Contribuye en la implementación y continuidad del plan de cuidado en el domicilio para el bienestar y calidad de vida de la persona con enfermedad crónica progresiva, aplicando el enfoque intercultural. 6. Participa en el soporte emocional a la familia en la etapa de duelo con empatía y respeto.

Propósito Contribuir con el cuidado integral de la persona familia y comunidad, desde la enfermería, en la promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de la salud, para mejorar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población, actuando con principios éticos y profesionalismo, en el marco de la atención primaria de salud.			
Dominios		Competencias <i>El enfermero (a) es competente cuando es capaz de...</i>	Condiciones mínimas para el logro de la competencia
DETERMINANTES SOCIALES ENFOQUES DE DERECHO, GÉNERO E INTERCULTURALIDAD Y MEDIO AMBIENTE		4. Promover cambios en el comportamiento individual, colectivo y del entorno, para la generación de condiciones que conserven, mejoren la salud y fomenten el bienestar de la persona, familia y comunidad, considerando el modelo de cuidado integral de salud.	1. Cuida su propia salud, siendo coherente con lo que promueve. 2. Participa en la educación de la persona, familia y comunidad, para la adopción de prácticas y comportamientos saludables, aplicando el enfoque de derecho, género, interculturalidad y territorialidad. 3. Empodera a la persona, familia y comunidad para el cuidado de su propia salud, aplicando el principio de corresponsabilidad, autonomía y toma de decisiones compartidas. 4. Fomenta el desarrollo de espacios y mecanismos de participación de la comunidad en las acciones de salud y bienestar involucrando a los actores sociales claves de acuerdo al objetivo, situación y naturaleza de la intervención. 5. Realiza abogacía e incidencia con las autoridades y demás actores sociales para la generación de entornos que permitan favorecer el cuidado y mantenimiento de la salud, orientado al desarrollo de las potencialidades de la persona, familia y comunidad. 6. Organiza y evalúa, las actividades del agente comunitario en salud y otros voluntarios de los diferentes sectores, valorando su aporte a la salud de su localidad. 7. Promueve y participa en la implementación y evaluación de políticas públicas de salud, en los diferentes escenarios de la comunidad, de manera coordinada y articulada a nivel intrasectorial, intersectorial e intergubernamental, para el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

Propósito

Contribuir con el cuidado integral de la persona familia y comunidad, desde la enfermería, en la promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de la salud, para mejorar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población, actuando con principios éticos y profesionalismo, en el marco de la atención primaria de salud.

Dominios		Competencias <i>El enfermero (a) es competente cuando es capaz de...</i>	Condiciones mínimas para el logro de la competencia
DETERMINANTES SOCIALES ENFOQUES DE DERECHO, GÉNERO E INTERCULTURALIDAD Y MEDIO AMBIENTE		5. Realizar intervenciones de enfermería para la prevención y control de riesgos y daños que afectan la salud individual y salud pública, participando en intervenciones socio sanitarias en ámbitos poblacionales, ambientales y ocupacionales, considerando el modelo de cuidado integral de salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realiza actividades de protección específica a la persona por curso de vida, familia y comunidad para disminuir riesgos y daños, de acuerdo a normativa vigente. 2. Identifica riesgos y daños de la salud del recién nacido, las niñas y los niños, las y los adolescentes, e interviene y/o refiere oportunamente para el logro de un crecimiento y desarrollo óptimo respetando el proceso evolutivo y considerando los aspectos biopsicosociales. 3. Identifica riesgos y daños en la salud de los jóvenes y adultos e interviene y/o refiere de manera oportuna en los aspectos físicos, psicológicos y sociales que afectan su desarrollo y productividad. 4. Identifica riesgos y daños en la salud de los adultos mayores, desarrolla estrategias orientadas a mantener su salud y sus capacidades funcionales dentro del entorno familiar y social y/o refiere oportunamente cuando corresponda. 5. Participa en la elaboración de planes de consejería integral de acuerdo a las necesidades del usuario 6. Participa en la detección de problemas de salud a nivel individual y colectivo a través de la vigilancia epidemiológica, para planificar acciones según prioridad. 7. Participa en acciones de seguridad del paciente en la prevención de eventos adversos. 8. Participa en situaciones de emergencias y desastres, aplicando guías, protocolos y normas vigentes, para la prevención y control de riesgos.

Propósito Contribuir con el cuidado integral de la persona familia y comunidad, desde la enfermería, en la promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de la salud, para mejorar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población, actuando con principios éticos y profesionalismo, en el marco de la atención primaria de salud.		
Dominios	Competencias <i>El enfermero (a) es competente cuando es capaz de...</i>	Condiciones mínimas para el logro de la competencia
DETERMINANTES SOCIALES Y ENFOQUES DE DERECHO, GÉNERO E INTERCULTURALIDAD Y MEDIO AMBIENTE	Sistema de Salud y Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI) 6. Ejercer su profesión en concordancia con el sistema de salud del Perú y el modelo de cuidado integral de salud, asumiendo un rol transformador y facilitador del acceso equitativo a los servicios de salud, reconociendo la salud como derecho inalienable e inherente a todo ser humano.	1. Ejerce su profesión de acuerdo a la legislación vigente, impactando positivamente en la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades. 2. Reconoce la salud como un derecho humano y, promueve el acceso y la cobertura universal de salud, desde su ejercicio profesional. 3. Reconoce la contribución de la salud al desarrollo humano y económico del país, promoviendo su concreción. 4. Promueve acciones que favorecen a la reducción o eliminación de las barreras de acceso: económicas, institucionales, culturales y sociales, en pro de la equidad, solidaridad y justicia social. 5. Participa activamente en la transformación social para la mejora de la situación sanitaria en las distintas áreas de su desempeño profesional. 6. Contribuye a la expansión de la protección social a todos los grupos poblacionales. 7. Promueve el ejercicio de los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, a la información, atención y recuperación de la salud y aplicación del consentimiento informado para procedimientos, tratamientos y para participar en actividades de docencia e investigación. 8. Utiliza racionalmente los recursos destinados a la protección social en salud, según normas vigentes. 9. Analiza y utiliza el perfil epidemiológico y demográfico del ámbito territorial donde se desempeña. 10. Gestiona establecimientos de salud del primer nivel de atención, orientado a resultados y considerando los atributos de la atención primaria de la salud. 11. Elabora y aplica planes de mejora continua de la calidad de los servicios de salud, que conlleve a una atención satisfactoria para el usuario y su familia. 12. Implementa estrategias para la continuidad y complementariedad del proceso de atención, a través de la interconsulta o referencia a otros profesionales de la salud en su establecimiento y con otros niveles de atención según capacidad resolutoria. 13. Aplica el enfoque territorial en la red de salud donde presta servicios, considerando los atributos de la atención primaria de la salud. 14. Brinda atención de salud considerando la heterogeneidad social, las dimensiones culturales de las realidades locales, la medicina tradicional, aplicando los atributos de la atención primaria de la salud. 15. Implementa el modelo de cuidado integral de salud, considerando los determinantes sociales, los enfoques de derechos, género, interculturalidad y ambiental. 16. Desarrolla intervenciones intramurales y extramurales de salud aplicando los componentes de la prestación, según el modelo de cuidado integral de salud. 17. Aplica el nivel básico del quechua y otras lenguas originarias de acuerdo a su contexto local y resuelve barreras de comunicación verbal donde sea requerido.

Propósito Contribuir con el cuidado integral de la persona familia y comunidad, desde la enfermería, en la promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de la salud, para mejorar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población, actuando con principios éticos y profesionalismo, en el marco de la atención primaria de salud.			
Dominios		Competencias <i>El enfermero (a) es competente cuando es capaz de...</i>	Condiciones mínimas para el logro de la competencia
	Docencia e investigación	7. Participar en la formación de estudiantes y en el fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en salud.	1. Planifica, ejecuta y evalúa actividades de enseñanza-aprendizaje, aplicando métodos y estrategias educativas básicas, en su práctica diaria. 2. Vela por la seguridad y el respeto de los derechos de los usuarios de salud, durante las actividades de capacitación.
		8. Generar nuevo conocimiento, que contribuya en la solución de problemas sanitarios y en la toma de decisiones para el mejor desempeño del sistema de salud.	1. Aplica enfoques y métodos de investigación, generando evidencias que contribuyan a la mejora de salud. 2. Desarrolla investigación prioritariamente operativa y aplicada, en base a necesidades de salud pública. 3. Utiliza su práctica profesional como ámbito de investigación, y promueve cambios. 4. Aplica los principios éticos de la investigación. 5. Respeta las normas institucionales vinculadas a la investigación. 6. Redacta documentos científicos para publicaciones.
	Tecnología e innovación	9. Aplicar la tecnología e innovación científicamente fundada, para mejorar los procesos o recursos de los servicios de salud.	1. Realizar innovaciones en los procesos o recursos en sus diferentes áreas de desempeño profesional 2. Adapta creativamente la tecnología en las diferentes áreas de desempeño profesional. 3. Hace uso racional y ético de las tecnologías en salud, con atención a nuevos desarrollos, que evaluará y aplicará con sentido crítico. 4. Maneja las Tecnologías de la Información y Comunicación, y los sistemas de información en salud; con énfasis en los ejes de desarrollo de la Telesalud (Telemedicina, Telegestión, Teleiec, y Telecapacitación).

Competencias Conductuales

Dominios	Competencia	Conductas mínimas para el logro de la competencia
Ética y Profesionalismo	10. Realizar el cuidado enfermero centrado en la persona, con calidad y calidez, sustentado en valores y principios éticos, respetando la dignidad de la persona, siendo ejemplo en su ejercicio profesional.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respeta los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, acceso a la información, atención y recuperación de la salud y consentimiento informado para procedimientos, tratamientos y para participar en actividades de docencia e investigación. 2. Toma decisiones y acciones considerando el modelo Biopsicosocial: dimensiones física, emocional, intelectual, espiritual y social de las personas. 3. Lleva a cabo una adecuada relación enfermero-usuario-familia en el marco del respeto mutuo y los derechos y deberes de los usuarios. 4. Respeta y acepta la diversidad cultural, así como los saberes y prácticas tradicionales y complementarias, favoreciendo la igualdad ciudadana. 5. Ejerce su profesión, con honestidad, integridad, compromiso, humanidad, empatía y respeto, considerando el derecho a la salud de la población y priorizándolo sobre sus intereses particulares 6. Actúa conforme al Código de ética y deontología del Colegio de Enfermeros del Perú y normas correspondientes al ejercicio ético. 7. Reconoce y gestiona conflictos de interés vinculado a los pacientes/usuarios de salud y la institución. 8. Cuida su imagen teniendo una adecuada presentación personal y hace uso del uniforme de acuerdo a actividades a realizar, conforme a disposiciones institucionales. 9. Aboga por los derechos del paciente/usuario de salud, principalmente en situaciones de vulnerabilidad. 10. Ejerce en su ámbito profesional y respeta el de los otros profesionales de la salud, demostrando asertividad con los demás miembros del equipo. 11. Dirige su aprendizaje a lo largo de su carrera profesional, actualizándose permanentemente, de acuerdo a los avances del conocimiento, la ciencia y la tecnología, y los cambios ambientales, del contexto social, económico y político. 12. Promueve una cultura de calidad en sus áreas de desempeño profesional, demostrando excelencia en la práctica cotidiana. 13. Maneja los errores cometidos en el ejercicio profesional y los asume como oportunidad de aprendizaje y mejora. 14. Valora críticamente la información y la realidad de su entorno, para tomar acciones que conlleven al bien común. 15. Antepone los intereses de los pacientes/usuarios de salud y los de la sociedad, frente a las organizaciones o instituciones con intereses económicos o políticos. 16. Administra los recursos con eficiencia aplicando criterios de costo –beneficio. 17. Gestiona el tiempo para integrar su vida profesional, personal y familiar.

Dominios	Competencia	Conductas mínimas para el logro de la competencia
Comunicación	11. Establecer relaciones profesionales con la persona, familia y comunidad, considerando el enfoque de derecho, género y pertinencia cultural que conlleve a la satisfacción con el sistema de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplica el Método Clínico Centrado en la Persona para comunicarse. 2. Se comunica eficaz y asertivamente con las personas, familias, grupos, comunidades y el equipo de salud, respetando el principio de confidencialidad, haciendo uso apropiado de las diferentes redes de comunicación. 3. Comparte información para el cuidado efectivo de la salud, respetando los códigos de ética, la Ley y las normas institucionales. 4. Interpreta y responde prudente y oportunamente a las expresiones de comunicación verbal y no verbal. 5. Adecua la comunicación a las características del público receptor. 6. Utiliza procedimientos, habilidades y estrategias para comunicar malas noticias y situaciones problema.
Liderazgo	12. Influir y motivar a las personas con respeto y equidad para generar cambios que contribuyan al desarrollo de un sistema sanitario basado en la Atención Primaria de Salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contribuye al logro de los estándares de desempeño de la institución en la que labora. 2. Propone cambios conducentes a la atención de salud de calidad. 3. Promueve una cultura del buen trato y seguridad de los pacientes/usuarios de salud. 4. Delega actividades, reforzando al equipo de salud e identificando sus necesidades para cumplirlas. 5. Involucra a los actores sociales para abordar los problemas de salud priorizados y sus determinantes sociales. 6. Gestiona conflictos en el equipo de salud y con los pacientes/usuarios de salud. 7. Trabajo en equipo, para la humanización y transparencia.
Trabajo en Equipo	13. Establecer relaciones de cooperación, compartiendo conocimientos y recursos, contribuyendo al logro de los objetivos institucionales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconoce limitaciones, consulta a miembros de equipo cuando es necesario, refiere cuando corresponde. 2. Trabaja en forma colaborativa en el equipo multidisciplinario de salud, respetando las opiniones y reconociendo la dimensión personal de sus integrantes. 3. Comparte los conocimientos y recursos, priorizando los objetivos del equipo antes que los intereses personales.

VIII. RESPONSABILIDADES

Del Nivel Nacional

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Personal de la Salud, es responsable de promover la difusión e implementación de los perfiles de competencia esenciales de cada uno de los profesionales de la salud, en las instituciones de educación superior universitaria a nivel nacional.

Las universidades como entidades formadoras de recursos humanos en salud forman parte del sector salud, son responsables de implementar los perfiles de competencia esenciales durante el proceso formativo de los futuros profesionales de la salud que se incorporarán a trabajar al Sistema Nacional de Salud⁸².

Del Nivel Regional

A través del Comité Regional del Pregrado, las Diresas, Geresas o las que hagan sus veces, promueven la difusión e implementación de los perfiles de competencia esenciales de cada uno de los profesionales de la salud en las instituciones de educación superior universitaria del nivel regional.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. MINSA. Metodología para el análisis de situación de salud local. Documento técnico. [Plataforma digital única del Estado].; 2015 [cited 2019 agosto 15 [Resolución Ministerial N° 439-2015-MINSA]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3399.pdf> .
2. Gutierrez c, Romaní F, Wong P, Del Carmen J. Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: Un reto para la reforma de salud en el Perú. 2018 enero 04; 79(1): p. 65-70.
3. Programa de Familias y Viviendas Saludables [Plataforma digital única del Estado peruano]. Lima; 2006 [cited 2019 junio 08 [Resolución Ministerial N° 366-2017-MINSA]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/251598-402-2006-minsa>.
4. Promoviendo el derecho a la identificación para el ejercicio del derecho a la salud, en el marco del Aseguramiento Universal [Plataforma digital única del Estado peruano].; 2011 [cited 2019 junio 07 [Resolución Ministerial N° 049-2011-MINSA]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/244349-049-2011-minsa>.
5. MINSA. Manual de advocacy o abogacía en promoción de la salud.; 2005 [cited 2019 agosto 15 [Pag. 28-29]. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/136_manualabog.pdf.
6. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.; 2014 [cited 2019 agosto 16 [Artículo N° 3]. Available from: http://www.sis.gob.pe/Portal/Transparencia_pdf/decretos_supremos/DS2014_020SA.pdf.
7. MINSA. gob.pe. [Online]. 2020. Acceso 18 de octubre de 2020 [Bases Conceptuales para el ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud. Documento de gestión]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272411/Documento%20t%C3%A9cnico.pdf>.
8. Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú [Plataforma digital única del Estado peruano]. Lima; 2017 [cited 2019 junio 08 [Resolución Ministerial N° 366-2017-MINSA]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/189603-366-2017-minsa>.
9. Organización Panamericana de la salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas].; 2014 [cited 2019 agosto 10 [CD53/5, Rev. 2]. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>.
10. Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2009 [Biblioteca Nacional del Perú N° 2010-04890].; 2010 [cited 2019 junio 07 [Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD]. Available from: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/idh2009-peru-vol1-2.pdf>.
11. Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud [Plataforma digital única del Estado peruano]. Lima; 2006. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/251268-638-2006-minsa>.

12. Modelo de Atención Integral de Salud Basado en familia y Comunidad [Plataforma digital única del Estado peruano]. Lima; 2011 [cited 2019 junio 07 [Resolución Ministerial N° 464-2011-MINSA]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243559-464-2011-minsa>.
13. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? [Rev Panam Salud Publica].; 2002 [cited 2019 agosto 10 [11 (5-6): 302-309.]. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n5-6/302-309/#ModalArticles>.
14. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud [Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud].; 2011 [cited 2019 agosto 10 [RIO DE JANEIRO | BRASIL; 19-21 DE OCTUBRE DE 2011]. Available from: https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf.
15. Modelo de abordaje de promoción de la salud en el Perú [Minsa]. Lima; s.f. [cited 2019 junio 07. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf.
16. Adecuación Cultural de la Orientación / Consejería en Salud Sexual y reproductiva [a Biblioteca Nacional del Perú: N° 2008-06555]. Lima; 2008 [cited 2019 junio 06 [Biblioteca Nacional del Perú: N° 2008-06555]. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1062_DGSP263.pdf.
17. Word Meath Organización. Flashing té gap: policía insto práctica un social determinantes o Meath: discusión papel.; 2011 [cited 2019 agosto 10 [Rio de Janeiro, Brasil 19-21 octubre, 2011]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44731/9789241502405_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
18. Naciones Unidas-CEPAL. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe.; 2016 [cited 2019 agosto 11 [Objetivos de Desarrollo Sostenible]. Available from: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>.
19. DS N° 004-2013-PCM. Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021.; 2013 [cited 2019 agosto 10. Available from: <http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2015/06/DS-004-2013-PCM-Aprueba-la-PNMGP.pdf>.
20. OPS. Protección social en salud.; 1902 [cited 2019 agosto 19 [Pagina Web de la OPS, "Protección Social en Salud"]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4180:2007-proteccion-social-salud&Itemid=2080&lang=pt.
21. Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) [Diario Oficial El Peruano].; 2018 [cited 2019 agosto 17 [Artículo N° 2]. Available from: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-establece-la-conformacion-y-el-funcionamiento-de-las-ley-n-30885-1724734-2/>.
22. Decreto Legislativo 1161 [El Peruano. Normas Legales].; 2013 [cited 2019 agosto 18 [Artículo N° 4]. Available from: <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/DecretosLegislativos/01161.pdf>

23. Sousa A, M Scheffler R, Nyoni, Boerma. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. Geneva: Bulletin of the World Health Organization; 2013 [cited 2019 June 07. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-118927.pdf>. (25)
24. 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 [cited 2019 junio 05. Available from: http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/carrera_sanitaria/documentos/MANUALES%20E%20INFORMES/Recursos%20Humanos%20de%20Salud%20en%20Per%C3%BA%20do%20Informe%20al%20Pa%C3%ADs.%20Marzo%202011.pdf.
25. García H, Díaz P, Ávila D, Cuzco M. La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud [An. Fac. med.]. Lima; 2015 [cited 2019 junio 08. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000100002&lng=es.
26. Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud [Diario Oficial El Peruano]. Lima; 2002 [cited 2019 junio 05 [Consejo Nacional de Salud]. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/cns/?op=21>. Conformen La Comisión De Alto Nivel Encargada De Formular Un Informe Sobre La Educacion Medica En El Peru [Plataforma digital única del Estado peruano]. Lima; 2016 [cited 2020 octubre 22 [Resolución Ministerial N° 810-2016-MINSA]. Available from: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/192937/191663_RM_810-2016-MINSA.PDF20180904-20266-1177f57.PDF
27. Mandujano E. Carta al editor: Examen nacional de medicina (ENAM) en Perú: Universidades mejores posicionadas entre los años 2008-2013 [Rev. cuerpo méd. HNAAA]. Lima; 2017 [cited 2019 junio 04. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cuerpomedicohnaaa/v7n1_2014/pdf/a13v7n1.pdf.
28. MINSA. Resolución Suprema N°010-2017-SA. [Plataforma digital única del Estado].; 2017 [cited 2019 Agosto 15 . Available from: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189918/189412_RS_010-2017-SA.pdf20180823-24725-1i5iult.pdf
29. Grupo de Trabajo, adscrito al Ministerio de Salud, encargado de revisar la normativa vinculada a la calidad de la formación y del entrenamiento, a nivel de pre y post grado (residentado), de los médicos cirujanos en el Perú [Diario Oficial del Bicentenario El Peruano]. Lima; 2017 [cited 2019 Junio 06. Available from: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/crean-grupo-de-trabajo-adscrito-al-ministerio-de-salud-enc-resolucion-suprema-n-010-2017-sa-1530367-10/>.
30. Frenk J, Chen L, Bhutta Z, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente [Rev Perú Med Exp Salud Publica]. Lima; 2011 [cited 2019 junio 04. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a28v28n2.pdf>.
31. Documento prospectivo del Sector Salud.; 2016 [cited 2019 junio 04 [aprobado con oficio N° 095-2016-CEPLAN/DNCT]. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/transparencia/./2016/RM367-2016-MINSA.pdf>.

32. Metas Regionales En Materia De Recursos Humanos Para La Salud 2007-2015 [Organización Panamericana de la Salud].; 2007 [cited 2019 junio 05 [RESOLUCIÓN N° CSP27.R7]. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3733/csp27.r7-s.pdf>.
33. Metas regionales en Materia de Recursos Humanos Para La Salud 2007-2015: Informe Final.; 2015 [cited 2019 junio 02 [54º Consejo Directivo. CD54CD54/INF/1]. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28426/CD54-INF-1-s.pdfvvvvv>.
34. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development.; 2015 [cited 2019 junio 07 [Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. (A/70/L.1)]. Available from: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf.
35. Robles G. Luis Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. Lima; 2013 [cited 2019 junio 02 [An Fac med.];]. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v74n1/a09v74n1.pdf>.
36. Ley General de Salud. Lima; 1997 [cited 2019 junio 02 [Ley N° 26842]. Available from: http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
37. Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. Lima; 2015 [cited 2019 junio 03 [Reglamento de la Ley N° 29414]. Available from: https://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_legales/NUEVA_decreto_supremo/2015/150815_DS%20027%202015%20SA%20-%20APRUEBAN%20REGLAMENTO%20LEY%2029414%20-%20DERECHO%20DE%20PERSONAS%20USUARIAS%20DE%20LOS%20SERVICIOS%20DE%20SALUD.pdf.
38. Los Objetivos de la reforma de salud [Acuerdo nacional]. Lima; 2015 [cited 2019 junio 06 [Acuerdo nacional suscrito el 2015]. Available from: <https://acuerdonacional.pe/2015/10/los-objetivos-de-la-reforma-de-salud/?print=pdf>.
39. Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021 del Sector Salud. Lima; 2016 [cited 2019 junio 03 [Resolución Ministerial 367-2016/MINSA]. Available from: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/per158973.pdf>.
40. Propuestas De Reformas En El Sistema De Pensiones, Financiamiento En La Salud Y Seguro De Desempleo [Informe final de la comisión de protección social]. Lima; 2017 [cited 2019 Junio 05 [Resolución Ministerial N° 017-2017-EF/10]. Available from: http://trabajodigno.pe/wp-content/uploads/2017/11/Informe_Final_Comisi%C3%B3nProtecci%C3%B3nSocial.pdf.
41. Fase de Análisis Prospectivo y Fase Estratégica Nivel Regional. Lima; 2016 [cited 2019 Junio 01 [CEPLAN, planificando para el desarrollo]. Available from: https://www.ceplan.gob.pe/wp-content/uploads/2016/07/Gu%C3%ADa-Territorial_prospectiva-y-estrat%C3%A9gica_v4-compressed.pdf.

42. Aramburú C&MW. El futuro de la población peruana: problemas y oportunidades. [Debates en Sociología]. Lima; 2015 [cited 2019 Junio 02 [Fondo de Población de las Naciones Unidas, Lima, Perú]. Available from: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/debatesensociologia/article/view/14623/pdf>.
43. Jovell A. El futuro de la profesión médica [Biblioteca Josep Laporte].; 2001 [cited 2019 agosto 17. Available from: <https://www.yumpu.com/es/document/read/14596057/el-futuro-de-la-profesion-medica-fundacio-biblioteca-josep-laporte>
44. World Urbanization Prospects. The 2011 Revision [Department of Economic and Social Affairs]. New York; 2012 [cited 2019 junio 04 [United Nations]. Available from: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/urbanization/WUP2011_Report.pdf.
45. Enfermedades relacionadas con el estilo de vida: Una carga económica para los servicios de salud [Crónica ONU]. Asharej; 2010 [cited 2019 junio 07. Available from: <https://unchronicle.un.org/es/article/enfermedades-relacionadas-con-el-estilo-de-vida-una-carga-econ-mica-para-los-servicios-de>.
46. La Educación Del Futuro Y El Futuro De La Educación [Centro Nacional de Planeamiento estratégico]. Lima; 2014 [cited 2019 junio 08 [CEPLAN]. Available from: https://www.ceplan.gob.pe/wp-content/uploads/files/Documentos/foro_educacion_final_02-05-2014.pdf.
47. Logistics Performanse Index (LPI).; 2016 [cited 2019 junio 03 [Base de datos en excel]. Available from: <https://lpi.worldbank.org/>.
48. Estudio Multidimensional Del Perú. Vol. 2 Análisis Detallado Y Recomendaciones. Lima; 2016 [cited 2019 mayo 20 [OCDE]. Available from: https://www.oecd.org/dev/americas/RESUMEN_EJECUTIVO_MDCR_Peru.pdf.
49. Evaluación del desempeño ambiental. Perú 2016. Aspectos destacados y recomendaciones [Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)]. Lima; 2016 [cited 2019 mayo 15 [OCDE]. Available from: <https://www.oecd.org/environment/country-reviews/16-00313%20Evaluacion%20desempeno-Peru-WEB.pdf>. (50)
50. Agua. Datos y cifras [Organización mundial de la salud OMS].; 2018 [cited 2019 junio 03 [Acceso/Centro de prensa/Notas descriptivas/Detail]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water>. (52)
51. ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD [Ministerio de salud].; 2019 [cited 2019 05 20. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf> (51)
52. Zolezzi A. Salud y medio ambiente en el Perú actual [Acta méd.].; 2017 [cited 2019 Junio 06. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000200001&lng=es.. (53)
53. El Futuro de La Salud [Centro de Planeamiento Estratégico]. Lima; 2015 [cited 2019 Mayo 19 [CEPLAN]. Available from: https://www.ceplan.gob.pe/wp-content/uploads/2015/04/2015_el_futuro_de_la_salud.pdf. (54)

54. Blanch L, Guerra L, Lanuza A, Palomar G. Innovación y transferencia tecnológica en ciencias de la salud [Med Intensiva].; 2014 [Elsevier España]. Available from: <http://medintensiva.org/es-pdf-S0210569114001375>. (55)
55. Mathers C, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. [Plos Med.].; 2006 [cited 2019 junio 01. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1664601/pdf/pmed.0030442.pdf>. (56)
56. 71.ª Asamblea Mundial de la Salud, 24 de mayo. Ginebra; 2018 [cited 2019 Mayo 29 [Enfermedades no transmisibles]. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/detail/24-05-2018-seventy-first-world-health-assembly-update-24-may>. (57)
57. Barreto S, Miranda J, Figueroa J, Schmidt M, Munoz S, Kuri P, et al. Epidemiology in Latin America and the Caribbean: current situation and challenges [International Journal Epidemiol].; 2012 [cited 2019 junio 09. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22407860>. (58)
58. Tapia R, Méndez J, Gallardo H. The growing burden of dengue in Latin America. [cited 2019 junio 02. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1386653209702860?via%3Dihub>
59. Quistberg A, Miranda J, Ebel B. Reduciendo el trauma y la mortalidad asociada a los accidentes de tránsito en los peatones en el Perú: intervenciones que pueden funcionar [Rev.perú.med.exp.salud publica].; 2010 [cited 2019 junio 02. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000200014&lng=es.
60. Bhalla K, Harrison J, Shahraz S, Fingerhut L. Availability and quality of cause-of-death data for estimating the global burden of injuries. [Bull World Health Organ].; 2010 [cited 2019 mayo 19 [Global Burden of Disease Injury Expert Group]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21076564>. (61)
61. Murray C, Lopez A. The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary [Repositorio nacional para compartir informacion].; 1996 [cited 2019 mayo 15 [World Health Organization. All rights reserve]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41864/0965546608_eng.pdf (62)
62. Fraser B. Traffic accidents scar Latin America's roads [Lancet].; 2005 [cited 2019 Junio 01. Available from: [https://www.safetylit.org/citations/index.php?fuseaction=citations.viewdetails&citationIds\[\]=citjournalarticle_17479_19](https://www.safetylit.org/citations/index.php?fuseaction=citations.viewdetails&citationIds[]=citjournalarticle_17479_19). (63)
63. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial [OMS: WHO/NMH/NVI/15.6].; 2015 [cited 2019 junio 05 [Prevención de la violencia y los traumatismos]. Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/es/.
64. Robeson P, Dobbins M, DeCorby K, Tirilis D. Facilitating access to pre-processed research evidence in public health. [BMC Public Health].; 2010 [cited 2019 Mayo 05. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20181270>.

65. Suarez L, Miranda G, Valdez W, Driver C. Carga de Enfermedad en el Perú - Estimación de los años de vida saludable perdidos 2016 [Ministerio nacional de Salud].; 2016 [cited 2019 mayo 15. Available from: https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=445:plan-carga-2014&catid=8&Itemid=135. (67)
66. Alejandro A, Miguel J, Lorena P. Propuestas de reformas en el sistema de pensiones, financiamiento en la salud y seguro de desempleo [Comisión de protección social].; 2017 [cited 2019 mayo 14 [Resolución Ministerial N° 017-2017-EF/10]. Available from: http://trabajodigno.pe/wp-content/uploads/2017/11/Informe_Final_Comisi%C3%B3nProtecci%C3%B3nSocial.pdf
67. Informe del Comité Técnico Implementador Nacional responsable de la conducción del proceso de aseguramiento Universal en Salud [Portal MINSA].; 2011 [cited 2019 MAYO 18. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/portada/aseguramiento/Archivos/InformeAUSsetecsetin.pdf>.
68. DS N° 26-2020-SA. POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD AL 2030 “Perú, País Saludable”; 2020 [cited 2020 Octubre 22]. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/374690/version-preliminar-de-la-politica-nacional-multisectorial-de-salud.pdf>
69. Polo M. Etica Profesional [Revista De Investigación De La Facultad De Ciencias Administrativas].; 2003 [cited 2019 mayo 20. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/administracion/n12_2003/a08.pdf.
70. Gracia D. Calidad y excelencia en el cuidado de la salud [BIOÉTICA Y CUIDADO DE LA SALUD - Equidad, Calidad, Derechos].; 2000 [cited 2019 junio 10. Available from: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&alias=83-bioetica-y-cuidado-de-la-salud-equidad-calidad-derechos-1&category_slug=documentos-tecnicos&Itemid=1145#page=35. (72)
71. Ledinsong W, Ginsburg S, Hafferty F, Lucey C. Undertanding medical professionalism [ABIM Fundation Editorial Mcgraw-hill].; 2014 [cited 2019 junio 10. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/519e/9b22795bddfe474cea47a2b779f6ab0e49f4.pdf>
72. Diseñar Un Modelo Integral Y Dinámico De Gestión De Recursos Humanos Por Competencias. Módulo G1. [Centro Internacional De La Formación De La Organización Internacional Del Trabajo].; 2006 [cited 2020 octubre 22 Available from: [ttp://www.insaforp.org.sv/siab/publicaciones/oitmod1.pdf](http://www.insaforp.org.sv/siab/publicaciones/oitmod1.pdf)
73. Saracho J. Un modelo General de Gestión por Competencias [RIL Editores]; 2005 [cited 2020 Octubre 21.
74. Guía Técnica para la identificación de competencias específicas y diseño de estándares e instrumentos de evaluación de competencias específicas con el enfoque funcional [Ministerio de salud. Serie Bibliográfica: Recursos Humanos en Salud N° 18 .]; 2014 [cited 2019 Junio 10 [Aprobado mediante R.M. N° 251-2014/MINSA]. Available from: http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/libros/pdf/s1/Minsa_oga_Guiatecnica.pdf

75. DECRETO SUPREMO N° 016-2015-MINEDU; 2015 [cited 2020 Octubre 22]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minedu/normas-legales/118310-016-2015->
76. CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA [Vigente Actualmente].; 2007 [cited 2019 Junio 10 [Colegio Médico del Perú]. Available from: http://medicina.unmsm.edu.pe/etica/images/Postgrado/Instituto_Etica/Codigo_etica_cmp_OCT-2007.pdf.
77. Aprueban Reglamento de la Ley de Trabajo Médico [Plataforma digital única del Estado Peruano].; 2001 [cited 2019 junio 01. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/255644-024-2001-sa>.
78. DS N° 0019-83-PCM. Reglamenta Ley de Trabajo y Carrera de Profesionales de la Salud.; 2009 [cited 2020 Octubre 22]. Available from: <http://files.servir.gob.pe/WWW/files/normas%20legales/DS%20019-83-PCM.pdf>
79. Galli E. Galli E. Semblanza de Honorio Delgado: Humanismo y Psicopatología [Rev Med Hered].; 2000 [cited 2019 junio 10. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v11n4/v11n4ce1.pdf>.
80. Lip C, Lazo O, Brito P. El Trabajo Médico en el Perú [Organización Panamericana de Salud / Universidad Peruana Cayetano Heredia Lima].; 1990 [cited 2019 Junio 01. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=766684&pid=S1018-130X200400030000400010&lng=es.
81. LEY DEL TRABAJO DE LA ENFERMERA(O).; 2002 [cited 2019 agosto 18 [Ley N° 27669]. Available from: http://www.conaren.org.pe/documentos/ley_trabajo_enfermero_27669.pdf.
82. DS N° 030-2020-SA. Reglamento de la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.; 2018 [cited 2020 Octubre 22]. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1049792/30895.pdf>

