



PROYECTO DE LEY QUE AUTORIZA POR UNICA VEZ, EL NOMBRAMIENTO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO, PROFESIONAL DE LA SALUD, PERSONAL DE LA SALUD, TECNICO Y AUXILIAR ASISTENCIAL DE LA SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE SE ENCUENTREN BAJO LA MODALIDAD CONTRACTUAL DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1057, CAS REGULAR MODIFICANDO LA LEY DE BASES DE LA CARRERA ADMINISTRATIVA Y DE REMUNERACIONES DEL SECTOR PÚBLICO DECRETO LEGISLATIVO N° 276.

Los congresistas de la República que suscriben, miembros del Grupo Parlamentario Perú Libre, a iniciativa del Congresista **SEGUNDO TORIBIO MONTALVO CUBAS**, ejerciendo el derecho a iniciativa legislativa que les confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú; y, en concordancia con los artículos 22°, inciso c), 67, 75 y 76 del Reglamento del Congreso de la República, presenta el siguiente Proyecto de Ley:



FÓRMULA LEGAL

PROYECTO DE LEY QUE AUTORIZA EL NOMBRAMIENTO, POR UNICA VEZ, DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO, PROFESIONAL DE LA SALUD, PERSONAL DE LA SALUD, TECNICO Y AUXILIAR ASISTENCIAL DE LA SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD QUE SE ENCUENTRE BAJO LA MODALIDAD CONTRACTUAL DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1057, CAS REGULAR MODIFICANDO LA LEY DE BASES DE LA CARRERA ADMINISTRATIVA Y DE REMUNERACIONES DEL SECTOR PÚBLICO DECRETO LEGISLATIVO N° 276.

Artículo 1.- Objeto de la Ley.

La presente Ley tiene como objetivo el nombramiento, por única vez y progresivamente, del personal administrativo, profesional de la salud, personal de la salud, técnico y auxiliar asistencial de la salud del Ministerio de Salud que se encuentre bajo la modalidad contractual del Decreto Legislativo N°1057. CAS regular, con excepción de los que se encuentren con licencia sin goce de haberes y trabajo remoto.

Artículo 2.- Finalidad de la Ley.

La presente ley tiene como finalidad, que el personal administrativo, profesional de la salud, personal de la salud, técnico y auxiliar asistencial de la salud del Ministerio de Salud, que se encuentre bajo la modalidad contractual del Decreto Legislativo N°1057, con excepción de los que se encuentren con licencia sin goce de haberes y trabajo remoto, por única vez y de manera progresiva, sea nombrado, con la finalidad de brindar un trato igualitario y garantizar el derecho al trabajo sin discriminación.

Artículo 3.- Requisitos para el nombramiento del personal de Salud que también ejercieron funciones de manera vital, durante la crisis sanitaria del Covid-19.

3.1. Contar con vínculo laboral vigente, bajo la modalidad contractual del Decreto Legislativo N°1057, a la entrada en vigencia de la presente ley.

3.2. Estar laborando por 3 años continuos, bajo la modalidad contractual del Decreto Legislativo N°1057, al momento de la entrada en vigencia de la presente ley.

3.3. No contar con procesos administrativos disciplinarios, ni haber sido sancionado con suspensión o destitución.

3.4. Haber ingresado por concurso público de méritos, conforme a lo establecido en el Decreto Legislativo 1057, que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios.

3.5. No serán considerados para el ámbito de aplicación de la presente ley el personal administrativo, profesional de la salud, personal de la salud, técnico y auxiliar asistencial de la salud del Ministerio de Salud que se encuentre con licencia, sin goce de haberes y trabajo remoto, a la entrada en vigencia de la presente ley.

3.6. El personal administrativo, profesional de la salud, personal de la salud, técnico y auxiliar asistencial de la salud del Ministerio de Salud que cumpla con los requisitos establecidos en líneas precedentes, adquieren el derecho al nombramiento de manera automática.



Artículo 4.- Modificación del artículo 15° del Decreto Legislativo N° 276 Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público.

Modifícase el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 276 Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público.

**CAPITULO II
DEL INGRESO
(...)**

Artículo 15.- La contratación de un servidor para realizar labores administrativas de naturaleza permanente no puede renovarse por más de tres años consecutivos. Vencido este plazo, el servidor que haya venido desempeñando tales labores podrá ingresar a la Carrera Administrativa, previa evaluación favorable y siempre que exista la plaza vacante, reconociéndosele el tiempo de servicios prestados como contratado para todos sus efectos.



La contratación de un servidor del Ministerio de Salud bajo la norma que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios, al servidor que haya venido desempeñando tales labores con una antigüedad mayor de tres años podrá ingresar a la Carrera Administrativa, previa evaluación favorable y siempre que exista la plaza vacante, reconociéndosele el tiempo de servicios prestados como contratado para todos sus efectos que tiene por objeto garantizar los principios de méritos, capacidad, igualdad de oportunidades y profesionalismo de la administración pública.

Lo dispuesto en este artículo no es aplicable a los servicios que por su propia naturaleza sean de carácter accidental o temporal.

Artículo 5.- Creación de la comisión encargada de la calificación para el nombramiento.

Crease la Comisión encargada de la calificación para el estudio, análisis e investigación de la viabilidad y factibilidad de las estrategias que permitan el nombramiento del personal administrativo, profesional de la salud, personal de la salud, técnico y auxiliar asistencial de la salud del Ministerio de Salud, que se encuentre bajo la modalidad contractual del Decreto Legislativo N°1057, con excepción de los que se encuentren con licencia sin goce de haberes y trabajo remoto. La Comisión estará integrada por los siguientes representantes:

- Un representante del Ministerio de Salud (MINSA), quien lo presidirá.
- Un representante del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).
- Un representante de la Dirección General de Operaciones en Salud.
- Un representante de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización del Ministerio de Salud. (MINSA).
- Un representante de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

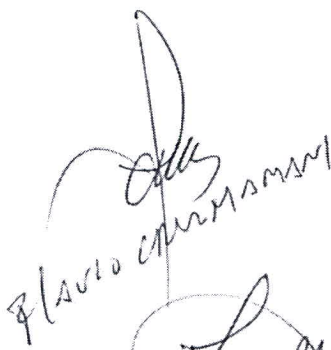
PRIMERA. - Normas complementarias y/o reglamentarias

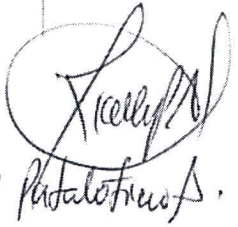
El Ministerio de Salud, dentro de los treinta (30) días calendario computados desde la entrada en vigencia de la presente ley, a través de sus órganos competentes, adecuará las normas reglamentarias y complementarias, que sean necesarias para el adecuado cumplimiento.

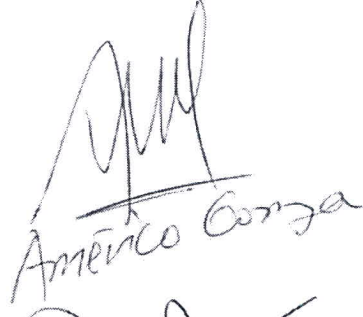
SEGUNDA. - Deróguense los dispositivos legales que se opongan a la presente Ley.

TERCERA. - La presente Ley entra en vigencia al día siguiente de su publicación en el Diario oficial El Peruano.

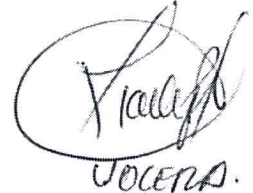

SEGUNDO TORIBIO MONTALVO CUBAS
CONGRESISTA DE LA REPUBLICA


Flavia Cruz

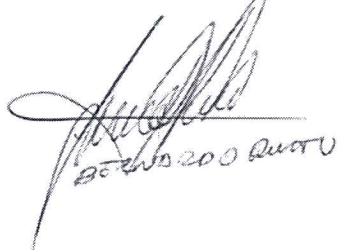

Kelly Pitalotruco

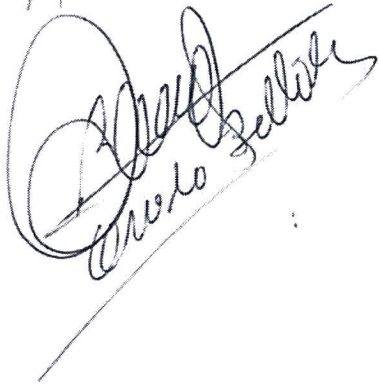

Américo Conza


Milagros Rivas


Volena


Margo Palacios


Benito 200 Quoru


Amaro Salazar



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **20** de **septiembre** del **2022**

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición **N° 3082/2022-CR** para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de:

1. PRESUPUESTO Y CUENTA GENERAL DE LA REPÚBLICA.



.....
JOSÉ F. CEVASCO PIEDRA
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La presente ley tiene como finalidad, que el personal administrativo, profesional de la salud, personal de la salud, técnico y auxiliar asistencial de la salud del Ministerio de Salud, que se encuentre bajo la modalidad contractual del Decreto Legislativo N°1057, con excepción de los que se encuentren con licencia con goce de haberes, sin goce de haberes y trabajo remoto, por única vez, sean nombrados progresivamente, con la finalidad de brindar un trato igualitario y garantizar el derecho al trabajo sin discriminación.

El presente proyecto ha utilizado también como referencia los siguientes proyectos de Ley:

- PL 3019-2022-CR
- PL 2756/2022-CR.
- PL 3015/2022-CR.
- PL 2935/2022-CR.
- PL 2720/2021-CR.

Este proyecto de Ley se realiza a solicitud del Equipo Técnico Nacional de los Trabajadores CAS regular – Administrativos del Sector Salud.



EQUIPO TÉCNICO NACIONAL DE LOS TRABAJADORES CAS REGULAR
ADMINISTRATIVOS DEL SECTOR SALUD

Lima 23 de agosto del 2022

Señor,
Segundo Toribio Montalvo Cubas
CONGRESISTA DE LA REPUBLICA
Ciudad.

De mi especial consideración,

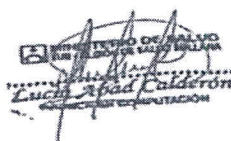
Previo un afectuoso saludo a nombre de los trabajadores CAS Regular Administrativos del Sector salud (MINSA) del Perú, y el mío propio, la presente tiene el objeto agradecer por el desprendimiento de su despacho de atender al Equipo Técnico Nacional de trabajadores Cas Regulares Administrativos del Sector.

Sobre el tema, el equipo técnico a nivel nacional constituido por diversos profesionales administrativos del sector, conocedores del sector y sus necesidades, han elaborado una propuesta que presentamos a continuación: Proyecto de Ley "LEY QUE AUTORIZA POR ÚNICA VEZ EL NOMBRAMIENTO PROGRESIVO COMO MÍNIMO DEL 25% POR AÑO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO CAS REGULAR BAJO EL RÉGIMEN DEL D.L. 1057 DEL MINISTERIO DE SALUD, SUS ORGANISMOS PÚBLICOS Y LOS GOBIERNOS REGIONALES".

Le pedimos que cualquier coordinación se efectúe mediante el Abogado Yuri Ricalde Roldán, (Cel 984884591) Delegado de la Región Cusco, miembro del Equipo Técnico Nacional de CAS Administrativos Regulares en nuestra representación.

Segura de contar con su gentil aceptación, reitero el saludo y agradecimiento de los trabajadores del sector salud CAS Regulares, haciendo votos por que nuestro creador ilumine su labor congresal en favor de todos los peruanos.

Atentamente,



LUCÍA APAD CALDERÓN
CONGRESISTA REPRESENTANTE

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

SOLICITO: NOMBRAMIENTO DE
ADMINISTRATIVOS DEL SECTOR SALUD-
MINSA.

Sr.
SEGUNDO TORIBIO MONTALVO CUBAS
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA POR UTCUBAMBA-AMAZONAS
Utcubamba.-

Por medio del presente reciba el cordial saludo y fraterno agradeciéndoles por estar con nosotros en esta lucha titánica de la que estamos seguros vamos a salir victoriosos, porque quienes estamos involucrados somos gente que no se rinde a sus objetivos a pesar de las adversidades, administrativos Profesionales, Técnicos y Auxiliares de la provincia de Utcubamba del Departamento de Amazonas para presentar nuestra triste realidad, somos administrativos con 17 años de servicio laborando como CAS trabajadores en la Red de Salud Utcubamba, Hospital Santiago Apóstol y Establecimientos de Salud. Venimos luchando desde el año 2005 a viva voz para el cumplimiento de nuestros DERECHOS Laborales, pero pareciera que nunca hubo la voluntad por parte de nuestro representantes, nuestra autoridades de escucharnos, frente a una gran DISCRIMINACION, OLVIDADOS POR EL MINSA Y EL ESTADO estamos viviendo en carne propia en pleno ciclo 21 donde resulta inconcebible creer que somos trabajadores con 17,16, 15 años discriminados, marginados y sin estabilidad laboral, con sueldos congelado de S/ 920.00 soles para los profesionales y S/ 820.00 soles los técnicos, y tenemos que sobrevivir frente a la gran situación económica que estamos atravesando donde la canasta familiar ha incrementado y percibir un sueldo inferior al sueldo mínimo es algo indignante. Trabajamos más de 8 horas diarias por que tenemos hora de ingreso más no hora de salida a diferencia de los asistenciales que solo trabajan 6 horas y tienen beneficios, en cambios los administrativos no podemos gozar ni siquiera de nuestra propias vacaciones por necesidad de servicio nos deniegan, los ADMINISTRATIVOS DEL MINSA somos los que siempre hemos puesto el hombro en el sector salud, los que también estuvimos en plena pandemia en primera línea Y con los mismos sueldos Y sin bonos, hemos visto fallecer a compañeros administrativos dejando en orfandad a su hijos pequeños sin ningún beneficio por estar contratos como CAS, somos los que pagamos a los profesionales asistenciales a tiempo sin importar la hora que sea, somos lo que reportamos al MINSA en forma oportuna la información, los que distribuyen medicamentos, los que estamos pendiente que los equipos médicos y ambulancias estén en buena condiciones, lo que hacen la limpieza, los que están

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

vigilando , los que están pendiente de los contratos del personal y muchas funciones más, todas las área administrativas del MINSA son indispensables Sr, Congresista; entonces ¿ Por qué el MINSA y el ESTADO nos tiene en total abandono a los administrativos del sector salud?. Y amparándonos en la constitución Política del Perú en el Artículo 2°.- Menciona que Toda persona tiene derecho: A la igualdad ante la ley, nadie debe ser discriminado, PERO EL MINSA Y EL ESTADO desde el año 2005 que fue el último nombramiento para ADMINISTRATIVO del sector salud nos ha sometido a una discriminación sin piedad.

Pero hoy es diferente, hoy tenemos esperanzas, Dios nos está dando esa oportunidad de no rendirse de estar en pie de lucha y podemos ver a congresistas que se han puesto de nuestro lado, por favor Sr. Congresista SEGUNDO TORIBIO MONTALVO CUBAS estamos cansados de ser esclavos del MINSA de trabajar con el temor que nos despidan sin justificación, por que actualmente los trabajos se están politizando y como no estamos nombrados, trabajamos sin estabilidad y por más que tenemos tiempo de servicio nos pueden despedir y todos tenemos una familia que sostener, nuestro mayor anhelo como trabajadores administrativos es el NOMBRAMIENTO ya que tendremos un futuro digno, poder brindar una buena educación, una buena alimentación para nuestros hijos, que son el futuro de nuestro Perú,

Basta ya de abusos!

Basta ya de discriminación!

Basta ya de divisionismo!

Basta ya de engaños!

Todos somos iguales ante la Ley.

Si sus antecesores NO PUDIERON O NO QUISIERON, Usted Sr CONGRESISTA marque la diferencia. NOMBRAMIENTO YA PARA ADMINISTRATIVOS SIN POSTERGACIONES. MUCHAS GRACIAS.


Ing. Medali Delgado
Caldorón - DNI: 41271383
Red de Salud Utcubamba
Cel. 957569590


Merlit Hernandez Lizaso
DNI: 42897924


Betty H. Cerón Reyes
46167441


MARCO A. TERÁN PUELLOS
33567612
Av. A.A.H.

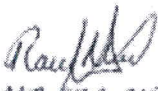

 DNI: 79443314
 /ale josi chingo Portal
 Tec. Administración de
 Empresas


 DNI: 4818076
 Rosana Montoya porihuana
 tic. computación informática

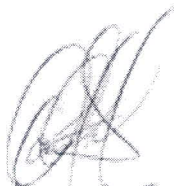

 02683427
 Solvia Sosa A.
 Sec. Rec. VE 4045 U

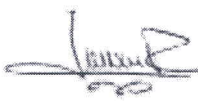

 JAAQUELINE PEREZ GUEVARA
 Tec. Informática


 Analic Serrano Calquepona
 47587911.
 C.P. contabilidad.

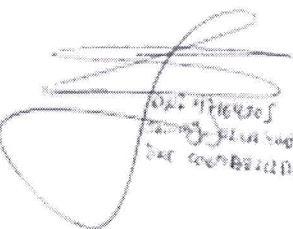

 DANI PERE RATES MIRANO
 DNI: 16783041
 TEC. ADMINISTRACION


 DNI: 40937595
 Nayra Estela Flanchola Torres
 Ing. Sist. - Estadística


 Juan C. Udaite Ocho
 DNI: 40663580
 Ing. Sistemas


 DNI: 30076078
 Josselin Vito Rodriguez
 Lic. Administración


 DNI: 70094621
 Dayre Diaz Bravo
 Tec. Contable


 DNI: 47164205
 JESSICA PEREZ
 Lic. Contabilidad


 4174513
 Tec. CONT.


 41086289.
 Tec. Contable


 46448234


David Harrozo Garmaza
41338496
Prof. de Salud. Bagua.


Lita Fernandez Ch.
33678277


YRENE YRIGOIN NUNEZ
33671163


Alex Custodio Nodim
DNI: 41879351


Guineia Gorgolas Huelan
DNI 33588873


Jairo Jimenez
5060207
DNI 40942970


Tania Yocunay
Segura Samanigo
DNI 42745196

PERSONAL SANITARIO¹

Los sistemas de salud solo pueden funcionar con trabajadores sanitarios; el mejoramiento de la cobertura de los servicios de salud y el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr dependen de su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Según las proyecciones de la OMS, **se estima que para 2030 habrá un déficit de 18 millones de trabajadores sanitarios**, la mayoría de ellos en países de ingresos bajos y medianos bajos. No obstante, los países de todos los niveles de desarrollo socioeconómico afrontan, en distinto grado, problemas relativos a la formación, el empleo, el despliegue, la retención y el desempeño de su personal sanitario. *(Las letras negritas son nuestras)*

En algunos países, la insuficiencia crónica de inversión en formación y capacitación de trabajadores sanitarios y las discrepancias entre las estrategias de formación y las de empleo respecto de las necesidades de los sistemas de salud y de la población están contribuyendo a perpetuar la escasez. Esto se combina con la dificultad de asignar trabajadores sanitarios a zonas rurales, remotas y desatendidas. Además, la creciente migración internacional de trabajadores sanitarios puede agravar su escasez, en particular en países de ingresos bajos y medianos bajos. Los recursos humanos de los sistemas de

¹ https://www.who.int/es/health-topics/health-workforce#tab=tab_1

información sanitaria suelen ser insuficientes para estimar los trabajadores sanitarios seleccionados del sector público.

En algunos países, los problemas que plantea el acceso universal a los trabajadores sanitarios pueden provenir también de la falta de capacidad del sector público para absorber la oferta de trabajadores sanitarios, debido a restricciones presupuestarias. En consecuencia, algunos países se enfrentan a la paradójica coexistencia del desempleo de trabajadores sanitarios, junto con importantes necesidades de salud insatisfechas.

La Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico identificó seis vías por las cuales las inversiones en el personal de salud y asistencia social pueden alentar el crecimiento económico inclusivo. El personal sanitario desempeña una función vital en el fortalecimiento de la resiliencia de las comunidades y los sistemas de salud para responder a desastres naturales o provocados por el hombre, así como a los peligros y riesgos ambientales, tecnológicos y biológicos conexos. El 70% de los trabajadores sanitarios y sociales son mujeres, por lo que la inversión en el personal sanitario ofrece una oportunidad de generar trabajo decente, en particular para las mujeres y los jóvenes.

Repercusiones en los países

La Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 es el principal documento de orientación, y en él se recogen los principios y objetivos siguientes:

Principios rectores:

Promover el derecho a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr;

Proporcionar servicios de salud integrados y centrados en la persona, exentos de estigmatización y discriminación;

Fomentar comunidades comprometidas y que colaboran;

Defender los derechos personales, laborales y profesionales de todo el personal de salud, en particular los entornos de trabajo seguros y dignos, y el derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación, coacciones ni violencia;

Eliminar la violencia, discriminación y acoso por razones de sexo;

Promover la colaboración y solidaridad internacionales, en consonancia con las prioridades nacionales;

Garantizar prácticas éticas de contratación con arreglo a las disposiciones del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud;

Movilizar y sostener el compromiso político y financiero y fomentar la integración y la colaboración entre diferentes sectores e instancias;

Promover la innovación y el uso de datos probatorios.

Alianzas

Trabajar para la Salud

El Programa Trabajar para la Salud es una iniciativa conjunta de la OMS, la OIT y la OCDE orientada a ampliar y transformar el personal sanitario y de asistencia social con el fin de impulsar el crecimiento económico y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Red dirigida/coordinada por la OMS

La Red Mundial de Personal Sanitario se estableció en 2016 a raíz de una petición formulada por algunos Estados Miembros, y sobre la base de una propuesta presentada por la Junta de la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario. La Red actúa en la OMS como un mecanismo mundial de consulta, diálogo y coordinación con las partes interesadas, en lo concerniente a políticas amplias y coherentes relativas al personal sanitario que respalden la aplicación de la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud y las recomendaciones de la Comisión.

Principales asociados nacionales y locales

Ministerios de Salud, Educación, Trabajo, Finanzas, Planificación Nacional, Género y Juventud;

Asociaciones profesionales y sindicatos;

Autoridades de reglamentación;

Proveedores privados;

Sociedad civil.

Principales asociados internacionales

Organización Internacional del Trabajo (OIT), Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), Banco Mundial, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Unión Europea, organizaciones no gubernamentales internacionales.

Ministro de Salud asegura que su gestión se enfocará en el primer nivel de atención y cerrar la brecha de personal de salud²

En su presentación ante el Congreso de la República, el titular del Ministerio de Salud (Minsa), Hernán Condori Machado, indicó que su gestión se enfocará en fortalecer el primer nivel de atención para cerrar la brecha de recurso humano.

Al ser consultado sobre el mejoramiento de los centros de salud, el ministro informó que existen expedientes técnicos avanzados de 97 establecimientos de salud de Lima y la región La Libertad, cuya ejecución iniciaría en julio de este año.

Asimismo, indicó que el gobierno ha previsto realizar una serie de inversiones en infraestructura y equipamiento hospitalario. En esa línea, anunció el mejoramiento de los hospitales Arzobispo Loayza, Cayetano Heredia, Sergio Bernales, Dos de Mayo, Huaycán, Papa Francisco de Manchay y San Juan de Lurigancho.

Y para el interior del país, el ministro manifestó que se prevé mejorar los hospitales de Motupe (Lambayeque), de Bambamarca (Cajamarca), de Tambobamba (Apurímac), el nosocomio Leoncio Prado (La Libertad); y los establecimientos de salud Pomacochas (Amazonas), Quiñota (Cusco) y Desaguadero (Puno).

"Voy a trabajar con ustedes, Poder Ejecutivo y Poder Legislativo. La realidad es que los puestos de salud del Perú profundo están cerrados porque falta el recurso humano y equipamiento respectivo", expresó el ministro.

Por otro lado, el ministro Hernán Condori indicó que se está gestionando la reactivación de obras que estaban paralizadas, como los hospitales de Quillabamba y Machu Picchu de la región Cusco, y el hospital de Andahuaylas de Apurímac. Asimismo, resaltó que en coordinación con la Autoridad para la Reconstrucción con Cambios (ARCC) se ha logrado destrabar el mejoramiento del Hospital Santa Rosa y el establecimiento de salud San Pedro, ambos de Piura.

Durante su discurso, el titular del Minsa también mencionó que su experiencia como médico de provincia le permite saber cuáles son las necesidades del sector salud en el interior del país, por lo que se comprometió a trabajar en asegurar el personal de salud que requieren los puestos de salud de las regiones.

"La sostenibilidad del primer nivel de atención se basará en la dotación estratégica de recursos humanos, esto se diseñará considerando los 65 000 trabajadores CAS COVID que hemos logrado contratar por la emergencia sanitaria (...) busquemos consensos para mejorar la atención en salud", manifestó el ministro.

² <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/590749-ministro-de-salud-asegura-que-su-gestion-se-enfocara-en-el-primer-nivel-de-atencion-y-cerrar-la-brecha-de-personal-de-salud>

Antes de culminar su presentación, Hernán Condori Machado anunció que garantizará la reglamentación de la Ley Nacional del Cáncer; un ordenamiento del Sistema Integral de Salud (SIS); la continuidad de los trabajadores CAS COVID, la compra de medicamentos oncológicos; y la continuidad de la vacunación contra la COVID-19 a las personas de 5 años a más.

"Los invito a ser parte de este cambio, Ejecutivo y Legislativo juntos por un país mejor, por menos muertes a causa del cáncer de cuello uterino, por reducir las muertes maternas, por la lucha frontal contra la anemia y la desnutrición crónica infantil, continuar con la lucha contra la COVID-19, mejorar la calidad de vida de la población, especialmente de nuestros niños y adultos mayores, y lograr las justas reivindicaciones de nuestro personal de salud", finalizó el ministro.

**DISPONIBILIDAD DE RHUS EN MINSA Y REGIONES POR GRUPO OCUPACIONAL Y
RÉGIMEN LABORAL A NIVEL NACIONAL**

GRUPO / CARGO	Régimen 276	Régimen 1057 (CAS)	Régimen 728	Servicio de terceros / Locación de servicios	Total
Profesional Asistencial	71382	21668	510	8615	102175
Médico	20848	4361	62	2690	27961
Enfermero	25023	8835	148	3235	37241
Obstetra	12095	3248	149	784	16276
Odontólogo	3477	983	64	251	4775
Biólogo	1630	646	29	170	2475
Ingeniero sanitario	12	52	0	67	131
Médico Veterinario	264	56	2	10	332
Nutricionista	1103	448	21	201	1773
Psicólogo	1640	1014	17	262	2933
Químico	39	27	0	6	72
Químico Farmacéutico	1600	826	4	383	2813
Técnicos Especializados	266	0	0	0	266
Tecnólogo Médico	1893	952	2	487	3334
Trabajadora Social	1408	220	12	69	1709
Profesional Asistencial no especificado	84	0	0	0	84
Profesional Administrativo	4323	5322	133	1419	11197
Técnico Administrativo	13813	10079	131	3399	27422
Técnico Asistencial	42524	10932	479	4941	58876
Auxiliar Asistencial	3802	974	25	414	5215
Auxiliar Administrativo	4814	5168	121	3202	13305
Total	140658	54143	1399	21990	218190

Fuente: Base INFORHUS abril 2020

Durante la pandemia, existían 218,190 de trabajadores. Los mismos que 140,658 trabajadores de salud se ubican bajo el Régimen 276, 54,143 trabajadores de salud se encuentran bajo el Régimen 1057 (CAS), 1,399 trabajadores bajo el régimen 728, y bajo el sistema de servicios de terceros/Locación de servicios 21,990 trabajadores³.

³ Proyecto de Ley 5463/2020-CR

**DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN AL SERVICIO
DEL MINISTERIO DE SALUD Y LOS GOBIERNOS REGIONALES, ABRIL 2020**

DIRESA / GERESA	Médico	Profesional Asistencial	Profesional Administrativo	Técnico Asistencial	Técnico Administrativo	Auxiliar Asistencial	Auxiliar Administrativo	TOTAL
AMAZONAS	163	832	6	997	117	41	72	2 228
ANCASH	296	1 384	2	1 113	242	9	31	3 077
APURIMAC	294	1 585	12	1 093	165	16	105	3 270
AREQUIPA	383	1 609	4	824	153	59	104	3 136
AYACUCHO	253	1 708	17	867	213	26	74	3 158
CAJAMARCA	410	2 170	20	1 972	221	72	88	4 953
CALLAO	207	661	14	404	124	81	481	1 972
CUSCO	412	1 877	9	1 115	269	15	109	3 806
HUANCABELICA	234	1 240	5	849	154	43	26	2 551
HUANUCO	327	1 883	11	1 208	174	39	44	3 686
ICA	198	872	8	374	170	7	37	1 666
JUNIN	308	1 498	12	1 066	181	44	82	3 191
LA LIBERTAD	314	1 241	7	839	105	25	126	2 657
LAMBAYEQUE	206	957	6	598	97	24	154	2 042
LIMA REGIÓN	373	1 308	4	1 087	355	38	178	3 343
LIMA METROPOLITANA	373	1 308	4	1 087	355	38	178	3 343
LORETO	237	908	24	1 625	198	85	151	3 228
MADRE DE DIOS	72	356	2	348	62	42	15	897
MOQUEGUA	86	388	1	253	41	7	71	847
PASCO	114	449		395	33	15	6	1 012
PIURA	464	1 939	32	2 187	452	309	154	5 537
PUNO	380	1 964	2	911	117	44	33	3 451
SAN MARTIN	203	708	8	1 087	156	70	46	2 278
TACNA	142	556	1	276	61	11	35	1 082
TUMBES	88	280	11	197	76	39	18	709
UCAYALI	151	619	21	776	125	105	60	1 857
TOTAL	7 784	33 140	382	25 669	5 818	1 481	3 497	77 771

Fuente:

BD del Registro del Personal de la Salud, abril 2020

Disponibilidad de recursos humanos en el primer nivel de atención al servicio del ministerio de salud y los gobiernos regionales, abril 2020.⁴

Respecto al Capítulo II De Los Derechos Sociales y Económicos de la Constitución Política del Perú

Conforme establece el Capítulo II De Los Derechos Sociales y Económicos de la Constitución Política del Perú, el trabajo es considerado la base del bienestar social y sirve como un medio de realización para las personas, asimismo, debe ser prioridad del Estado promover las condiciones necesarias para el progreso social y económico, en especial mediante políticas de fomento del empleo productivo y de educación para el trabajo, Ninguna relación laboral puede limitar el cumplimiento de los derechos constitucionales, ni discriminar.

Todos los trabajadores tienen derecho a una remuneración justa, imparcial y digna que le permita un adecuado desarrollo material y espiritual para él y los suyos.

El empleador deberá priorizar respecto de cualquier otra obligación económica, el pago de la remuneración y beneficios sociales.

⁴ Proyecto de Ley 5463/2020-CR

Toda relación laboral deberá respetar los siguientes principios:

1. Igualdad de oportunidades sin discriminación.
2. Carácter irrenunciable de los derechos reconocidos por la Constitución y la ley.
3. Interpretación favorable al trabajador en caso de duda insalvable sobre el sentido de una norma.

“Trabajo, libertad de trabajo y derecho al trabajo

(...)

Escribe el magistrado Jelio Paredes Infanzón, juez superior de la Corte Superior de Justicia de Ayacucho.

(...)

3. Derecho al trabajo

El derecho al trabajo se dirige a promocionar el empleo de quienes no lo tienen, acceder a un puesto de trabajo y asegurar el mantenimiento del empleo de los que ya lo poseen. El año 1848, con ocasión de la revolución de febrero en Francia, históricamente por primera vez se enuncia el derecho al trabajo, como parte de las demandas del movimiento de trabajadores. El gobierno provisional francés, el 25 de febrero de 1848, mediante una próclama reconoció el derecho al trabajo.

Blancas Bustamante, haciendo un recuento de las constituciones políticas que reconocen el derecho al trabajo, señala constituciones europeas como la de Grecia (art. 22.1), Luxemburgo (art. 11.4), Portugal (art. 59) y España (art. 35.1), que reconocen explícitamente el «derecho al trabajo». La Federación Rusa (art. 37.3) y la de Rumania (art. 38) también. En el ámbito latinoamericano son quince las constituciones que consagran el derecho de toda persona al trabajo. Estas son: Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela.

En la Constitución Política del Perú de 1993, tenemos dos artículos referidos al derecho al trabajo.

**Artículo 22.- Protección
y fomento del empleo**

El trabajo es un deber y un derecho. Es base del bienestar social y un medio de realización de la persona.

Artículo 23.- El Estado y el trabajo

El trabajo, en sus diversas modalidades, es objeto de atención prioritaria del Estado, el cual protege especialmente a la madre, al menor de edad y al impedido que trabajan. El Estado promueve condiciones para el progreso social y económico, en especial mediante políticas de fomento del empleo productivo y de educación para el trabajo.

Ninguna relación laboral puede limitar el ejercicio de los derechos constitucionales, ni desconocer o rebajar la dignidad del trabajador.

Nadie está obligado a prestar trabajo sin retribución o sin su libre consentimiento.

Por su parte el Tribunal Constitucional ha precisado el contenido esencial del derecho al trabajo en el Exp. 1124-2001-AA/TC

El derecho al trabajo está reconocido por el artículo 22º de la Constitución. Este Tribunal estima que el contenido esencial de este derecho constitucional implica dos aspectos. El de acceder a un puesto de trabajo, por una parte y, por otra, el derecho a no ser despedido sino por causa justa. Aunque no resulta relevante para resolver la causa, cabe precisar que, en el primer caso, el derecho al trabajo supone la adopción por parte del Estado de una política orientada a que la población acceda a un puesto de trabajo; si bien hay que precisar que la satisfacción de este aspecto de este derecho constitucional implica un desarrollo progresivo y según las posibilidades del Estado. El segundo aspecto del derecho es el que resulta relevante para resolver la causa. Se trata del derecho al trabajo entendido como proscripción de ser despedido salvo por causa justa

Toyama Miyagusuku, señala que el derecho al trabajo ha tenido una interpretación constitucional que ha evolucionado notablemente, a tal punto que es, seguramente, el derecho que suele ser más utilizado por el Tribunal Constitucional en las sentencias de amparo laborales.

Por su parte Neves Mujica, en referencia al derecho al trabajo que se aborda en el Exp. 1124-2001-AA/TC, indica que "el derecho de quien carece de empleo a que se le procure uno y el de quien ya lo tiene a no ser privado de él sin la justificación ni el procedimiento debidos."

Landa Arroyo, indica que los alcances del derecho al trabajo tienen una dimensión subjetiva o individual y una dimensión objetiva o institucional. Como derecho subjetivo, el derecho al trabajo supone el derecho al acceso al empleo

y el derecho a la protección adecuada frente al despido arbitrario. Desde la perspectiva institucional, el derecho al trabajo impone al Estado el deber de generar políticas, planes y programas que en la mayor medida posible logren el pleno empleo en el país.

Compartimos las ideas de Landa Arroyo, cuando señala que en relación con el derecho de acceso al empleo, este supone que toda persona que cumple los requisitos y condiciones exigidas por el empleador (público o privado) para acceder a un empleo no puede ser discriminado; siempre que se le haya adjudicado la plaza laboral ofertada, debería ser contratado y en los hechos realizar el trabajo para el cual fue elegido (derecho a la ocupación efectiva), que en el ámbito público, en cualquiera de las modalidades y regímenes laborales aplicables, el acceso al empleo se realiza mediante concurso público.

(...)

En cuanto a las normas internacionales de derechos humanos, referidos al derecho al trabajo tenemos, a la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que en el artículo 23.1 señala:

Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.

Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, el Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador, de 1988, también abordan el derecho al trabajo, así como otros instrumentos internacionales.

**PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS
ECONÓMICOS, SOCIALES Y
CULTURALES**

Artículo 6

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho a trabajar, que comprende el derecho de toda persona a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente escogido o aceptado, y tomarán medidas adecuadas para garantizar este derecho.

2. Entre las medidas que habrá de adoptar cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto para lograr la plena efectividad de este derecho deberá figurar la orientación y formación técnico profesional, la preparación de programas, normas y técnicas encaminadas a conseguir un desarrollo económico, social y cultural constante y la ocupación plena y productiva, en condiciones que garanticen las libertades políticas y económicas fundamentales de la persona humana.

**PROTOCOLO ADICIONAL A LA
CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE
DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE
DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y
CULTURALES O PROTOCOLO DE SAN
SALVADOR**

Artículo 6. Derecho al trabajo

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, el cual incluye la oportunidad de obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa a través del desempeño de una actividad lícita libremente escogida o aceptada.

2. Los Estados partes se comprometen a adoptar las medidas que garanticen plena efectividad al derecho al trabajo, en especial las referidas al logro del pleno empleo, a la orientación vocacional y al desarrollo de proyectos de capacitación técnico-profesional, particularmente aquellos destinados a los minusválidos. Los Estados partes se comprometen también a ejecutar y a fortalecer programas que coadyuven a una adecuada atención familiar, encaminados a que la mujer pueda contar con una efectiva posibilidad de ejercer el derecho al trabajo.

4. Conclusiones

- El trabajo es la actividad humana fundamental para la vida que está encaminada a la utilización o transformación de las fuerzas naturales y a la consecución de bienes y servicios.
- La libertad de trabajo es el derecho que tiene toda persona a decidir si trabaja o no, en qué actividad y para quién.
- El derecho a la libertad de trabajo comprende dos libertades: la libertad de contratar y la libertad contractual.
- El contenido esencial del derecho al trabajo abarca dos aspectos: el derecho a acceder a un puesto de trabajo, por una parte y, por otra, el derecho a no ser despedido sino por causa justa.⁵

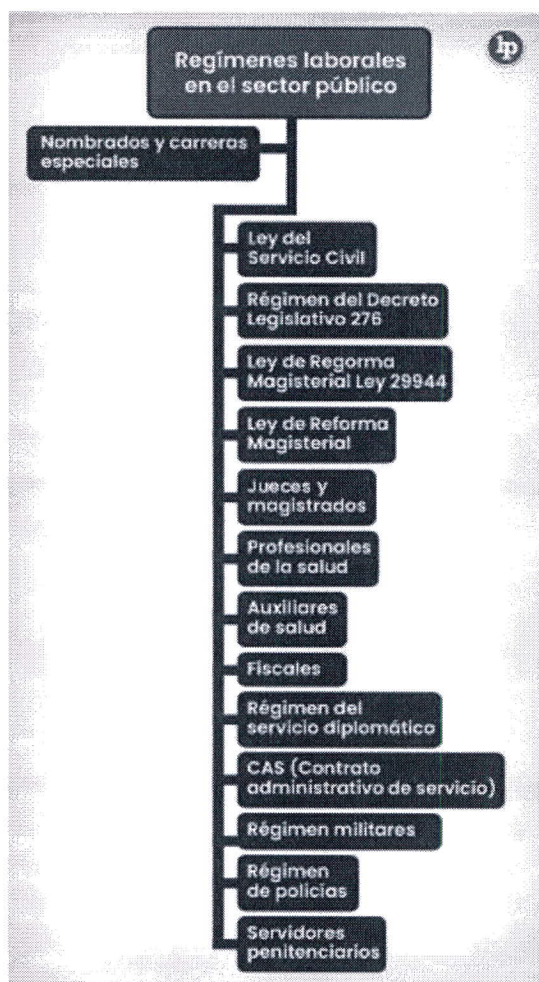
⁵ <https://lpderecho.pe/trabajo-libertad-trabajo-derecho-trabajo/>

“¿Cuáles son los regímenes laborales en el Perú?”

(...)

3.2 Régimen laboral del sector público

En el sector público no hay un solo método de contratación o régimen laboral. De hecho, actualmente existen hasta cuatro tipos de formas de trabajar en el sector público, además de las carreras especiales. A modo de resumen compartimos el siguiente cuadro:



Ley del Servicio Civil: Ley Servir – Ley 30057

Actualmente, para que un trabajador pueda ser parte de este régimen, la institución empleadora debe concluir la Fase 1 (Tránsito de Entidades Públicas al Régimen del Servicio Civil). El pase a este régimen es de carácter voluntario para los servidores que opten por participar en los Concursos Públicos de Méritos organizados por la entidad de la que forman parte o de alguna otra entidad pública que se encuentre en una instancia similar.

Carrera de bases en la administración pública (trabajador nombrado): Promulgan la Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público – **Decreto Legislativo 276**

Profesorado: Ley de Reforma Magisterial – **Ley 29944**

Jueces o magistrados: Ley de carrera Judicial – **Ley 29277**

Profesionales de la salud: Ley Que Establece las Normas Generales Que Regulan el Trabajo y la Carrera de los Profesionales – **Ley 23536**

Auxiliares de salud: Ley que regula el trabajo de los técnicos y auxiliares asistenciales de salud – **Ley 28561**

Fiscales: Ley Orgánica del Ministerio Público – **Decreto Legislativo 052**

Régimen del servicio Diplomático de la República: Ley del Servicio Diplomático de la República – **Ley 28091**

Contrato administrativo de servicio (CAS): Que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios **Decreto Legislativo 1057**

Militares: Ley de situación militar de los oficiales de las fuerzas armadas **Ley 28359**

Régimen de policías: Ley Orgánica de la Policía Nacional del Perú – **Ley 27238**

Régimen de los servidores penitenciarios: Ley de la Carrera Especial Pública Penitenciaria – **Ley 29709**

Régimen de los Gerentes Públicos: Decreto Legislativo que crea y regula el cuerpo de gerentes públicos – **Decreto Legislativo 1024**

(...)

4. Conclusiones

En nuestro ordenamiento jurídico se han regulado diversas normas para diferentes tipos de trabajadores. Los regímenes del sector público por carreras especiales y los servidores de carrera en distintos tipos de contratación: 276, 728, CAS. Asimismo, se está implementando progresivamente la inclusión al régimen del Servicio Civil (Ley 30057).

En el sector privado se pueden clasificar 3 tipos de regímenes laborales: según la actividad o tamaño de la empresa; por la naturaleza del trabajo o por la forma de prestación del servicio; además, de acuerdo a las condiciones especiales del trabajador.”⁶

“Escúchame, protégeme, prepárame, apóyame y cuida de mí. El personal de salud necesita más que aplausos.

⁶ <https://lpderecho.pe/cuales-son-los-regimenes-laborales-en-el-peru-bien-explicado/>

May 8, 2020 por Diana Pinto

En muchos países se están llevando a cabo iniciativas para hacer variados homenajes en masa agradeciendo al personal de salud por su heroica labor en el diagnóstico, seguimiento y atención de pacientes durante la pandemia del COVID-19.

Sin duda estas expresiones de gratitud y admiración son una importante fuente de motivación para el personal de salud, pero el verdadero apoyo va más allá de los aplausos. La protección integral del personal de salud no sólo consta de las medidas físicas para prevenir el contagio, sino que debe incorporar la protección de su salud mental y de la calidad de vida. En las circunstancias actuales, el personal de salud no solo está lidiando con los cambios sociales y el estrés emocional que enfrentan todas las personas, sino que también enfrentan un mayor riesgo de exposición a la enfermedad, cargas de trabajo extremas, dilemas morales y un entorno de práctica impredecible, y que cambia día a día. Y como si fuera poco, tristemente, a pesar de exponer sus vidas por los enfermos, el personal de salud está enfrentando también violencia y estigma ocasionados por temores mal infundados de la población.

Lecciones de epidemias pasadas

Tenemos que aprender de epidemias anteriores. Al igual que con el COVID-19, durante la epidemia de SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Grave) el personal de salud que tuvo que someterse a cuarentena experimentó efectos graves en su salud mental, incluyendo trastornos de estrés agudo, depresión, abuso de alcohol y síntomas de estrés postraumático incluso tres años después de este evento. Esto se está corroborando en la actual pandemia, pues investigaciones preliminares en China muestran altas tasas de problemas de salud mental en el personal de salud de enfermería y de primera línea, que incluyen depresión, ansiedad, insomnio y angustia.

¿Cuáles son las necesidades del personal de salud?

Ellos mismos nos lo cuentan en términos bastante claros:

Escúchame, protégeme, prepárame, apóyame y cuida de mí.

Las medidas de apoyo que se adopten deben encaminarse a resolver las fuentes de ansiedad y temor que el personal de salud manifiesta:

Tener acceso al equipo de protección personal adecuado,

Exponerse al COVID-19 en el trabajo y llevar la infección a su familia

No tener acceso rápido a las pruebas diagnósticas si desarrollan síntomas de COVID-19 y miedo concomitante a propagar la infección en el trabajo,

Tener incertidumbre acerca de si su empleador atenderá sus necesidades personales y familiares en caso de infección,

Poder contar con cuidado de los niños durante el aumento de las horas de trabajo y el cierre de escuelas

Poder contar con apoyo para otras necesidades personales y familiares (alimentación, hidratación, alojamiento, transporte) que se incrementan con las horas de trabajo adicionales

Poder brindar atención clínica competente si se es trasladado a otra área de atención (por ejemplo, pasar de atención general a unidad de cuidado intensivo) y Falta de acceso a información y comunicación actualizadas.

¿Qué deben hacer las autoridades?

La psiquiatra Jessica Gold es contundente: "La salud mental del personal de salud no puede ser una idea tardía al enfrentar una pandemia".

Ya mismo se puede tomar acción. En el nivel institucional es indispensable contar con los equipos de protección, entrenamiento adecuado, los suministros y otros elementos para la atención clínica requerida y un plan de salud ocupacional actualizado a las necesidades que van emergiendo. Se pueden adoptar medidas de salud mental tanto preventivas (ayudas para reducción del estrés, atención plena y materiales educativos), de apoyo en tiempo real (líneas directas, apoyo de crisis) y tratamientos (telepsiquiatría para terapia, y medicación si es necesario). Los equipos de salud deben contar con programas de promoción y prevención que incluyan pausas, espacios para conectarse virtualmente con sus familiares, acceso a zonas verdes y actividad física, alimentación adecuada, ejercicios de relajación (cuando ello es posible), entre otras.

Algunos hospitales han implementado grupos de apoyo psicosocial para todos con prioridad para las unidades funcionales de urgencias, unidades de cuidado intensivo y hospitalización. Estos equipos tienen acceso a consultas virtuales las 24 horas, y a sesiones de apoyo grupal semanales. Es importante también incluir al personal administrativo y de seguridad de los hospitales en estos programas, ya que ellos también están expuestos a un estrés elevado y condiciones de trabajo demandantes. Hay que tener el radar puesto para identificar mejores prácticas que van creciendo a medida que los países adquieren mayor experiencia durante la pandemia.

El nivel gubernamental puede proveer regulación, información y elaboración de protocolos nacionales, apoyar su implementación y vigilar el cumplimiento de condiciones óptimas de trabajo. También es clave comenzar ya a monitorear e investigar el efecto de la pandemia en el personal de salud. El trabajo colaborativo va a ser muy importante. Por ejemplo, en Chile, se estableció un equipo internacional liderado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, para investigar los efectos de la pandemia por coronavirus en la salud mental de los trabajadores sanitarios de más de 20 países

Asegurar y mantener un recurso humano adecuado para el cuidado de la salud en esta crisis requiere de medidas para apoyar al personal sanitario para que pueda desempeñar todo su potencial durante un intervalo de tiempo prolongado. Ello no solo en la fase aguda de la pandemia sino también tomando en cuenta que muchos problemas aparecen a mediano y largo plazo, cuando se ha vuelto a la “normalidad”. Como reflexión final, paradójicamente hay una oportunidad para al fin intervenir en serio, desde los sistemas de salud, para mejorar las condiciones del talento humano.”⁷

“Características y capacitaciones en administración en el personal que trabaja en el sector salud de la ciudad y periferia de Huancayo, Perú

...SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un trabajo de tipo transversal analítico, que se basó en la realización de una encuesta al personal que trabaja en establecimientos de salud del departamento de Junín. Esta población es importante, ya que forma parte de uno de los cinco departamentos más grandes del Perú y se ubica en la serranía central de los Andes peruanos por lo que comparte características similares con los trabajadores del sector salud de muchas ciudades de los Andes. Esto hace que el personal encuestado forme parte de una de las redes de salud más importantes, ya que conecta muchas zonas por su ubicación central.

Se incluyó al personal que trabajaba en una institución de salud en octubre de 2016 y que aceptó participar. Se excluyeron 70 encuestas por ser duplicadas o por tener datos sugerentes de falsificación (un 7% de tasa de exclusión).

Se realizó el cálculo del mínimo tamaño muestral requerido para encontrar una diferencia del 5% entre las variables (con el programa Stata v. 11.1), para un intervalo de confianza al 95%, una potencia del 80% y muestra única. Con esto se alcanzó un tamaño mínimo de 784 encuestados, a lo que se le sumó el 10% en caso de rechazo. La muestra se obtuvo de forma no probabilística.

Se tomaron las variables de sexo (masculino/femenino), edad (en años cumplidos), tipo de profesión (médicos, enfermeras, técnicos, obstetras, personal administrativo, otro personal de salud y otro personal que no fuera del sector salud), lugar de trabajo (Ministerio de Salud, seguro social, primer nivel de atención o clínica/consultorio) y características del trabajo (hace cuántos años

trabajaba en la institución y si tuvo un cargo administrativo). Además, se realizaron tres preguntas que indagaban la posibilidad de realizar actividades en el área de administración: si postularía a un cargo administrativo, si se sentía preparado para dicho cargo administrativo y si realizaría un curso de posgrado en el tema de administración (estas preguntas tuvieron tres posibles respuestas: de acuerdo, indiferente o en desacuerdo).

⁷ <https://blogs.iadb.org/salud/es/personal-salud-aplausos-coronavirus/>

Después de la obtención de las encuestas, se realizó la transcripción a una ficha en el programa Microsoft Excel mediante una guía para la transcripción estándar. Posteriormente, se ejecutó un control de calidad de los datos en dos etapas, la primera en donde se verificaba la buena transcripción de los datos y la segunda en donde se realizaron filtros para la evaluación de la calidad de los datos (integridad y coherencia). Posteriormente, se exportó la base al programa estadístico Stata, en donde se obtuvieron frecuencias y porcentajes de las variables categóricas, así como las medianas y rangos intercuartílicos para las variables cuantitativas (esto debido a la evaluación de la normalidad con la prueba estadística de Shapiro-Wilk). Después se realizó la estadística analítica, para lo cual se usaron las pruebas de chi al cuadrado (para el cruce de las variables categóricas) y la suma de rangos (para el cruce de una variable categórica frente a una cuantitativa).

El proyecto se sometió a la evaluación de un comité de ética avalado por el Instituto Nacional de Salud del Perú. Los datos identificativos se manejaron con suma reserva, y una vez armada la base se eliminaron de ésta los datos confidenciales.

RESULTADOS

De los 1.002 encuestados, la mayoría de mujeres trabajaba en el área rural (50,2%), en comparación de los hombres, que la mayoría lo hacía en el área urbana (60,8%). Las profesiones que tenían mayor presencia en el área rural fueron las obstetras (74,4%) y las enfermeras (53,1%); en cambio, médicos (63,9%) y administrativos (63,4%) tenían más presencia en el área urbana. Los otros valores descriptivos se muestran en la **tabla I**.

Los trabajadores de la seguridad social (EsSalud) trabajaban más en el área urbana ($p < 0,001$) y hace más años ($p = 0,003$); los que trabajaban en el primer nivel de atención lo hacían más en el área rural ($p < 0,001$); por último, los que trabajaban en una clínica o consultorio lo hacían más en el área urbana ($p < 0,001$). En todas las instituciones evaluadas, el rango de haber tenido un cargo administrativo era del 25,0-43,2%, y no hubo diferencias estadísticamente significativas dependiendo de si se trabajaba en el área urbana o rural (**Tabla II**)

TABLA I

Tabla I. Características del personal de salud según la sede de trabajo en una ciudad de la sierranía peruana.

		Rural	Urbano	p
Sexo	Femenino	320 (50,2%)	317 (49,8%)	0,001 ^b
	Masculino	140 (39,2%)	217 (60,8%)	
Edad (años)		36 (30-47) ^a	37 (31-51) ^a	0,014 ^c
Tipo de profesión	Médicos	117 (37,1%)	198 (63,9%)	< 0,001 ^b
	Enfermeras	111 (53,1%)	98 (46,9%)	
	Técnicos	107 (45,2%)	130 (54,9%)	
	Obstetras	58 (74,4%)	20 (25,6%)	
	Administrativos	26 (36,6%)	45 (63,4%)	
	Otros de salud	35 (50,0%)	35 (50,0%)	
	Otros de no salud	8 (44,4%)	10 (55,6%)	
Años de egresado		9 (4-20) ^a	10 (5-22) ^a	0,021 ^c

^aMediana y, entre paréntesis, rango intercuartílico;

^b χ^2 ;

^cSuma de rangos

TABLA II

Tabla II. Características del lugar de trabajo según la sede de trabajo en una ciudad de la sierranía peruana.

		Rural	Urbano	p
Ministerio de Salud	Trabaja actualmente	242 (65,1%)	282 (61,2%)	0,249
	Cuántos años	4 (2-15) ^a	5 (2-16) ^a	0,420
	Tuvo cargo administrativo	86 (38,1%)	80 (31,3%)	0,117
Seguridad social	Trabaja actualmente	27 (8,9%)	151 (38,1%)	< 0,001
	Cuántos años	3 (2-6) ^a	7 (3-16) ^a	0,003
	Tuvo cargo administrativo	7 (28,0%)	38 (29,0%)	0,919
Primer nivel de atención	Trabaja actualmente	256 (64,7%)	126 (32,9%)	< 0,001
	Cuántos años	3 (1-10) ^a	4 (2-9) ^a	0,191
	Tuvo cargo administrativo	91 (40,4%)	48 (43,2%)	0,624
Clínica o consultorio	Trabaja actualmente	60 (18,8%)	164 (41,2%)	< 0,001
	Cuántos años	2 (1-5) ^a	3 (1,5-7) ^a	0,061
	Tuvo cargo administrativo	15 (30,6%)	35 (25,0%)	0,443

^aMediana y, entre paréntesis, rango intercuartílico.

El 55% sí postularía a un cargo administrativo, el 68% se siente preparado para asumir un cargo administrativo y el 72% estaría dispuesto a participar en un curso de posgrado del tema administrativo (**Figura**).

Al realizar el análisis bivariado no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la posibilidad de postular a un cargo administrativo ($p = 0,324$),

en sentirse preparado para afrontar dicho cargo ($p = 0,693$) y en realizar un curso de posgrado en el tema administrativo ($p = 0,544$), o según si se trabajaba en la zona rural o urbana (**Tabla III**).

FIGURA

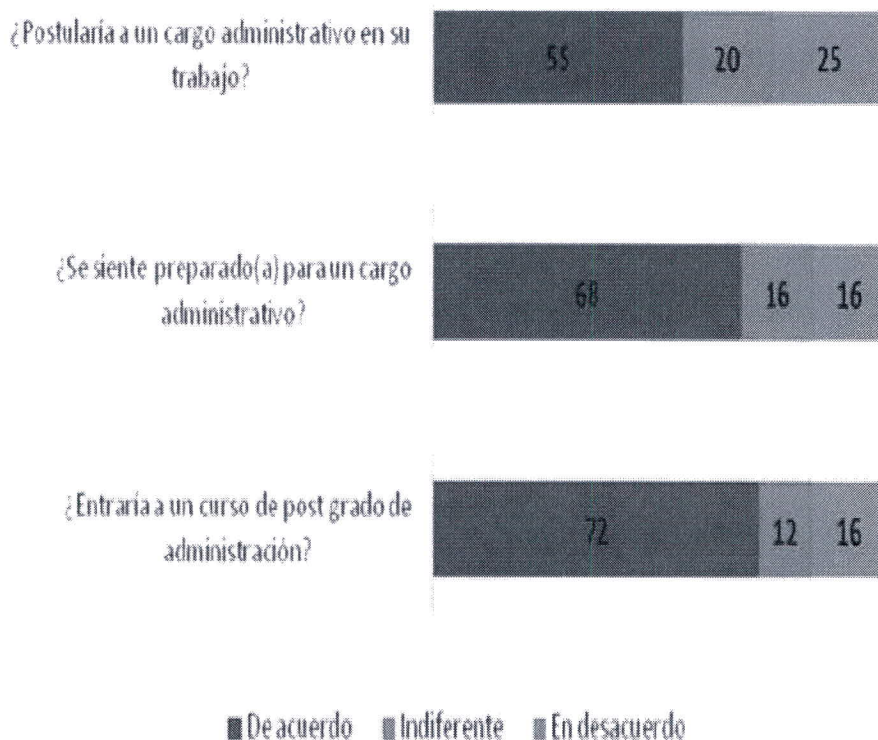


Figura. Participación en capacitación y cargos administrativos entre el personal del sector salud de una ciudad de la serranía peruana

TABLA III

Tabla III. Análisis bivariado del informe de una posible participación y capacitación en temas administrativos según el trabajo en un área rural entre el personal del sector salud de una ciudad de la sierranía peruana.

		Zona rural		p^a
		Sí	No	
Postularía al cargo	Sí	259 (47,7%)	284 (52,3%)	0,324
	No	201 (44,6%)	250 (55,4%)	
Se siente preparado	Sí	310 (46,2%)	361 (53,8%)	0,693
	No	154 (47,5%)	170 (52,5%)	
Haría curso del tema	Sí	337 (47,1%)	378 (52,9%)	0,544
	No	126 (45,0%)	154 (55,0%)	

^aLos valores p se obtuvieron con la prueba de χ^2

DISCUSIÓN

La importancia de la investigación radica en la necesidad de que los recursos humanos en salud tengan una adecuada y continua educación en los temas que van a realizar, lo que hace que haya flexibilización en su formación, para que adapten algunos programas formativos antiguos según las necesidades que su profesión les demande. Esto generalmente se realiza a través de la educación clásica, que debería formarlos también en los desafíos contemporáneos que enfrentarán, sobre todo basándose en la experiencia. Incluso hoy existen posibilidades de capacitación virtual o basados en procesos de autoevaluación continuos, todo con la finalidad de que el profesional se adapte a las necesidades que se requieran para la mejora de la salud pública.

Las obstetras y enfermeras trabajaban más en el área rural; en cambio, los médicos y administrativos, más en el área urbana. Esto demuestra que aún el área urbana tiene mayor presencia de personal médico y de quienes se encuentran en el sector de gestión de los establecimientos, dejando a otros profesionales la atención rural, lo que podría traducir la inequidad de recursos humanos en salud en las áreas periféricas. Esta inequidad se ha evidenciado en algunos artículos nacionales e internacionales, como lo descrito por la Escuela de Salud Pública de Chile, que hace referencia a una distribución geográfica inequitativa de médicos, ya que se evidencia la tendencia hacia la concentración en lugares con menor grado de pobreza (tres veces más cantidad de médicos en zonas no pobres). Las instituciones estatales tienen conocimiento de que la gran mayoría de los pacientes se encuentra en estas zonas de pobreza, por lo que han ideado múltiples estrategias para que esta brecha disminuya; para ello se debe incentivar la realización de investigaciones e intervenciones que traten de mejorar esta realidad.

Los profesionales que trabajan en la seguridad social o en la práctica privada están más presentes en las zonas urbanas; en cambio, los del primer nivel de atención, en el sector rural. Este hecho se ha descrito en múltiples artículos, en donde los países en vías de desarrollo tienen una predominancia del primer nivel de atención en las zonas alejadas, cuando debería estar presente en ambas zonas por igual, ya que los niveles de mayor complejidad se saturarán si un sistema de salud no se basa en el primer nivel de atención, generando que la densidad de recursos humanos en salud sea mucho menor a lo recomendado internacionalmente. Esto genera que se presenten efectos negativos debido a la mala organización y gestión del personal disponible.

Según el lugar donde trabaja, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el haber ocupado un cargo administrativo, la posibilidad futura

de hacerlo o capacitarse en estos temas. Esto muestra que en ambos lugares de trabajo se tienen similares frecuencias, y esto es distinto a lo que debería encontrarse, ya que se supone que los profesionales que trabajan en las zonas urbanas deberían estar más inmersos en estos temas por la mayor oferta académica que tienen a mano. No se han encontrado informes que muestren esta realidad en nuestro medio. Sin embargo, existen investigaciones que muestran similares deficiencias en la prestación de la seguridad social según las características de la sede de trabajo de múltiples médicos a nivel nacional, lo que sería un aproximado a la realidad del descuido global que se tiene por el cuidado en la capacitación que se le puede brindar al recurso humano que atiende a la población peruana. Esto es fruto de una inadecuada inversión económica y un mal uso de los pocos recursos que se tienen a disposición, y así se refiere en una investigación mexicana, que muestra que hay una mala administración global de los distintos niveles de salud en ese país. Se recomienda que se haga más investigación en esta temática.

Un poco más de la mitad postularía a un cargo administrativo y 7 de cada 10 se sienten preparados para asumir estos cargos o capacitarse en temas administrativos. Esto demuestra que muchos de los encuestados no desean inmiscuirse en temas de gestión o administración, lo que genera que haya escasez en los profesionales de la salud inmiscuidos en ellos. Sobre todo, porque las técnicas de dirección modernas requieren nuevos métodos que faciliten el buen desempeño de la gestión y saber explotar las ventajas que aportan las tecnologías de la información y las comunicaciones, así como sus entornos virtuales de enseñanza y aprendizaje, que favorecen un cambio de paradigma en la esfera de la dirección en salud. Se han encontrado informes de distintos modelos de salud que integran las herramientas tecnológicas y los procesos de la gestión del conocimiento atendiendo al contexto donde se crea el conocimiento. Esto es similar a lo que han descrito estudios que demuestran que los temas de gestión no se inculcan o tienen en cuenta desde el pregrado y hasta el posgrado, como se comunicó en una investigación que demuestra que las sociedades estudiantiles cuentan con limitados recursos de gestión para su administración.

Estos resultados encontrados son importantes, ya que dan una visión general de la intención de capacitación en temas administrativos por parte del personal de salud de una ciudad de la serranía peruana, que se encontró que es aún deficiente, lo que hace que los puestos de gestión no tengan la capacitación necesaria, uno de los puntos básicos para poder mejorar.

Se tuvo la limitación del sesgo de selección, ya que no se realizó un muestreo por conveniencia. Ello no permite inferir los resultados para obtener prevalencias específicas. Sin embargo, los resultados obtenidos pueden servir para mostrar una realidad de los recursos humanos en el sector salud de una importante

ciudad de la serranía peruana, y esto es muy parecido a la realidad de otras zonas de Perú y otros países con características similares. Otra posible limitación fue el sesgo de información, ya que en trabajos de encuestas siempre se depende de la veracidad de las respuestas; sin embargo, se cree que este sesgo fue disminuido al mínimo al preguntar acerca de temas no delicados y al hacer una depuración exhaustiva de los datos.

Según los datos analizados, se concluye que las obstetras y las enfermeras trabajan más en el sector rural; en cambio, los médicos y administrativos, más en el sector urbano. Los trabajadores de la seguridad social trabajan más en el

área urbana y hace más años; los encuestados del primer nivel de atención están más en el área rural y los de clínicas/consultorios lo hacen más en el área urbana. El rango de haber tenido un cargo administrativo estuvo en el 25,0-43,2% (sin diferencias estadísticas según la zona). Un poco más de la mitad postularía a un cargo administrativo, y 7 de cada 10 profesionales se sienten preparados para

asumir un cargo administrativo y estarían dispuestos a participar en un curso de posgrado del tema administrativo (sin diferencias estadísticas según la zona)."⁸

Ocronos - Editorial Científico-Técnica

Auxiliares Administrativos y su trabajo en el Hospital

21/12/2020

Introducción

Los hospitales son establecimientos destinados para la atención y asistencia a enfermos por medio de diferentes profesionales que constituyen el equipo de atención hospitalaria, personal médico, enfermería, personal auxiliar y de servicios técnicos durante 24 horas, todos los días del año y que dispone de tecnología, aparatología instrumental y farmacología adecuadas.

Dentro de las personas que trabajan en los hospitales como personal no sanitario encontramos la figura del Auxiliar Administrativo.

Funciones de los Auxiliares Administrativos

Los Auxiliares Administrativos desarrollan unas funciones muy importantes dentro de la organización del entorno sanitario en los hospitales, atienden al público tanto de manera presencial como telefónica, preparan y tratan los datos informáticos de los pacientes, organizan y tramitan los expedientes, gestionan las citas en el servidor, mecanografían los documentos y son encargados de realizar otras tareas administrativas.

La Ley recoge tres puntos claves con carácter general de las funciones del Auxiliar Administrativo dentro del Hospital:

- estos se encargan del apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas-asistenciales propias de la Institución.
- realizan funciones de Secretarías de planta y servicios
- y realizan funciones de preparación y tratamiento de los datos para la información.

Dentro de estas tareas enumeradas en la ley, se entienden incluidas una gran variedad de tareas administrativas de tipo auxiliar administrativo dentro del ámbito sanitario, entendiendo también que la digitalización de documentos y la

informatización masiva han transformando en cierta medida el tipo de tareas a realizar.

⁸ https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322018000100007#T1

Funciones específicas del Auxiliar Administrativo en admisión en las Urgencias hospitalarias

- Realizarán las tareas administrativas de admisión de enfermos, cumplimentando los datos de filiación, documentación y registro.
- Registro de las variaciones de ubicación del paciente dentro del Servicio de Urgencias.
- Elaboración de listas y estadísticas de actividad.
- Apoyo administrativo para la gestión de recursos del Servicio de Urgencias y del proceso asistencial del paciente.
- Localizarán e informarán a los familiares de los pacientes sobre el lugar o momento de la asistencia al servicio de Urgencias.
- Tramitarán las solicitudes de transporte sanitario.

Realización del trabajo del Auxiliar Administrativo en el Hospital

- Una de las labores que realiza el Auxiliar Administrativo en un Hospital es la atención al público, esta debe de prestarse de manera segura, eficaz, ágil y adaptada a las necesidades del paciente, tanto en la atención presencial, en el servicio de admisión de urgencias hospitalarias, como si la atención al paciente se realiza a través de medios telefónicos o telemáticos.
- Para ello el Auxiliar Administrativo en relación con la atención al paciente debe de tener un trato excelente actuando de manera profesional. Para llevar a cabo las labores administrativas dentro del ámbito sanitario, el Auxiliar Administrativo debe de realizar su trabajo en colaboración con el equipo sanitario, ya que se puede decir que hace de comunicador entre el paciente y el equipo sanitario. Un momento clave de colaboración se da en las urgencias hospitalarias siendo la persona encargada en primer momento de recibir al paciente para que posteriormente sea atendido por los profesionales sanitarios.
- Los Auxiliares Administrativos deben de tratar la información utilizando los medios informáticos para que dicha información quede siempre disponible de manera eficiente.
- Tienen el deber de guardar secreto de las informaciones que por su labor pueda conocer.

Problemas de salud de los Auxiliares Administrativos en el desarrollo de su trabajo en el Hospital

Los auxiliares administrativos que realizan sus funciones dentro de un Hospital, suelen verse afectados con ciertos problemas de salud derivados de su trabajo, entre ellos son muy frecuentes la fatiga, el estrés, las molestias musculares en

la zona del cuello y extremidades superiores generados como consecuencia de trabajos repetitivos, como el uso de teclados, trastornos lumbares y las alteraciones visuales debido al tiempo que están delante de las pantallas de visualización de datos, con independencia de los riesgos específicos asociados a la actividad desarrollada en los centros hospitalarios.

Conclusión

Las funciones que realiza un Auxiliar Administrativo en un Hospital son muy necesarias, ya que se encarga de la gestión de las citas de los usuarios, la gestión y administración de los datos en el sistema informático, entre otras muchas. Gracias a su labor contribuye al buen funcionamiento del Hospital, siendo un canal de comunicación importante ya sea proporcionando la información solicitada por los pacientes, como gestionando sus citas con el equipo médico, así como guardando toda la información existente respecto a un paciente mediante la utilización del sistema informático.”⁹

II. FUNDAMENTO JURÍDICO

- 1.- Constitución Política del Perú.
- 2.- Decreto Legislativo N° 1153.
- 3.- Decreto Supremo N° 068-2020-EF.
- 4.- Decreto de Urgencia N° 026-2020.

MARCO LEGAL CONSTITUCIONAL (...) CAPITULO II DE LA FUNCION LEGISLATIVA

Proyectos de Ley

Artículo 105.- Ningún proyecto de ley puede sancionarse sin haber sido previamente aprobado por la respectiva Comisión dictaminadora, salvo excepción señalada en el Reglamento del Congreso. Tienen preferencia del Congreso los proyectos enviados por el Poder Ejecutivo con carácter de urgencia.

⁹ <https://revistamedica.com/auxiliares-administrativos-trabajo-hospital/#:~:text=Los%20Auxiliares%20Administrativos%20desarrollan%20unas,tramitan%20los%20expedientes%2C%20gestionan%20las>

EFFECTOS DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

El presente proyecto de ley no colisiona con ninguna norma de nuestro ordenamiento jurídico, sino más bien por el contrario fortalece al Decreto Legislativo N° 1153, al Decreto Supremo N° 068-2020-EF y al Decreto de Urgencia N° 026-2020; promoviendo la igualdad a través de acciones concretas por el Estado, para incluir al personal o servidor civil que realice funciones administrativas y que presta servicios asistenciales a los profesionales de la salud, al personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, con excepción de los que se encuentren con licencia con goce, sin goce de haberes y trabajo remoto.

ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

La presente iniciativa legislativa, beneficiaría la condición laboral del personal administrativo, profesional de la salud, personal de la salud, técnico y auxiliar asistencial de la salud del Ministerio de Salud que se encuentre bajo la modalidad contractual del Decreto Legislativo N°1057, ya que al ser nombrados se mejorará su condición económica y bienestar social.

El personal administrativo, profesional de la salud, personal de la salud, técnico y auxiliar asistencial de la salud del Ministerio de Salud que se encuentre bajo la modalidad contractual del Decreto Legislativo N°1057 será reconocido por el Estado, en igualdad de condiciones y sin discriminación.

El nombramiento garantizará la presencia permanente del personal administrativo, profesional de la salud, personal de la salud, técnico y auxiliar asistencial de la salud del Ministerio de Salud.

La aprobación de la presente ley, no generará gasto adicional al erario nacional, debido a que se financiará con el presupuesto ya establecido en el pliego presupuestal presupuestal.

RELACIÓN DE LA INICIATIVA CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO Y EL ACUERDO NACIONAL.

El presente Proyecto de Ley se encuentra alineado con la política de Estado y el Acuerdo Nacional.

- **Políticas de Estado / Objetivo I Democracia y Estado de Derecho**
Sexta política de Estado: Política exterior para la paz, la democracia, el desarrollo y la integración.
- **Políticas de Estado / Objetivo I Democracia y Estado de Derecho**
Octava política de Estado: Descentralización política, económica y administrativa para propiciar el desarrollo integral, armónico y sostenido del Perú.

- **Políticas de Estado / Objetivo II Equidad y Justicia Social**

Décima política de Estado: Reducción de la pobreza.

Décima primera política de Estado: Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación.

Décimo tercera política de Estado: Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social.

Décimo quinta política de Estado: Promoción de la seguridad alimentaria y nutrición.

Décimo sexta política de Estado: Fortalecimiento de la familia, protección y promoción de la niñez, la adolescencia y la juventud.

RELACIÓN DE LA PROPUESTA LEGISLATIVA CON LA AGENDA LEGISLATIVA, APROBADA POR RESOLUCIÓN LEGISLATIVA DEL CONGRESO 002-2021-2022-CR.

La presente propuesta legislativa se encuentra vinculada de manera directa e indirecta con la agenda legislativa, aprobada por Resolución Legislativa N°002-2021-2022-CR, en los siguientes objetivos:

Objetivo I: Democracia y Estado de Derecho

Política de Estado 08.- Descentralización política, económica y administrativa para propiciar el desarrollo integral, armónico y sostenido del Perú; a través de los temas: 19. Fortalecimiento del proceso de descentralización. Y 20. Financiamiento de los gobiernos regionales y locales.

Objetivo II: Equidad y justicia social

Política de Estado 10.- Reducción de la pobreza; a través del tema: 21. Lucha contra la pobreza, seguimiento al programa hambre cero.

Política de Estado 13.- Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social; a través del tema: 31. Leyes que contribuyan con la superación de la pandemia del covid-19.

Política de Estado 15.- Promoción de la seguridad alimentaria y nutrición; a través del tema: 40. Seguridad alimentaria.

Política de Estado 16.- Fortalecimiento de la familia promoción y protección de la niñez, la adolescencia y la juventud a través del tema 41. Defensa de la mujer y la familia.