



# Resolución Ministerial

Lima, 10 de JUNIO del 2014

**Visto**, el Expediente N° 14-035103-001 que contiene el Informe N° 057-2014-DGRH-DT/MINSA, de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, el Informe N° 144-2014-OGPP-OP/MINSA, de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, el Memorándum N° 1326-2014-DGSP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas, y el Memorándum N° 843-2014-OGGRH-OARH-EPP/MINSA, de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, y;

**CONSIDERANDO:**

Que, el numeral II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo 1161, señala que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política nacional de salud y es la máxima autoridad en materia de salud;

Que, a través del artículo 67-A del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA y sus modificatorias, la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, es el órgano responsable de la Gestión de Capacidades y del Trabajo en el Sistema Nacional de Salud y está a cargo entre otras funciones de conducir la planificación estratégica de la formación, especialización, capacitación y dotación de los recursos humanos para el Sistema Nacional de Salud;

Que, mediante el documento del visto, la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, propone para su aprobación el proyecto de Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención, cuya finalidad es promover la implementación de estrategias de dotación de recursos humanos en salud para servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención en el marco de la Reforma del Sector Salud, el Aseguramiento Universal en Salud y la



P. GIUSTI



D. CESPEDES M.



H. Rebaza I.



J. Zavala S.



L. HERRERA



E. García Cabrera

Descentralización, siendo su ámbito de aplicación los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención del Ministerio de Salud, Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud, y podrá ser de uso referencial para otras organizaciones del Sector Salud;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos;

Con el visado del Director General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, del Director General de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y de la Viceministra de Prestaciones y Aseguramiento en Salud;



H. Reboza I.

De conformidad con lo previsto en el Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.-** Aprobar la GUIA TECNICA PARA LA METODOLOGIA DE ESTIMACIÓN DE LAS BRECHAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION, la misma que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.



P. COSTI

**Artículo 2°.-** Encargar a la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos la difusión de lo dispuesto en la citada Guía Técnica.

### Artículo 3°.-

Los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención pertenecientes al Ministerio de Salud, Instituto de Gestión de Servicios de Salud, Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs) o Gerencias Regionales de Salud (GERESAs), son responsables del cumplimiento y aplicación de la Guía Técnica precitada, dentro del ámbito de sus respectivas jurisdicciones.



D. CESPEDES M.

**Artículo 4°.-** Encargar a la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud en la dirección electrónica: <http://www.minsa.gob.pe/portal/transparencia/normas.asp>.



J. Zavala S.

Regístrese, comuníquese y publíquese



L. HERRERA S.

*Habich*

MIDORI DE HABICH ROSPIGLIOSI  
Ministra de Salud



Dr. Hernán R. García Cabrera  
Gerente General

# GUÍA TÉCNICA PARA LA METODOLOGÍA DE ESTIMACIÓN DE LAS BRECHAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

## I. FINALIDAD

Promover la implementación de estrategias de dotación de recursos humanos en salud para servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención en el marco de la Reforma del Sector Salud, el Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización.

## II. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo general:

Establecer la metodología para la estimación de las brechas de recursos humanos en salud de los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención, considerando la demanda efectiva de prestaciones y la oferta de los servicios de salud.

### 2.2 Objetivos específicos:

- a) Establecer los procedimientos para la estimación de las *necesidades* de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención.
- b) Establecer los procedimientos para la estimación de la *disponibilidad* de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención.
- c) Establecer los procedimientos para la estimación de la *brecha* de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención.



Dr. Hernán E. García Cabrera  
Director General

## III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica es de aplicación en todas las unidades orgánicas o dependencias del Ministerio de Salud, establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs) o Gerencias Regionales de Salud (GERESAs) o la que haga sus veces en el ámbito regional, y podrá ser de uso referencial para las otras organizaciones del Sector Salud.

## IV. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR

Estimación de la brecha de recursos humanos en salud (RHUS) para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención.

## V. CONSIDERACIONES GENERALES

### 5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:

#### 5.1.1 Brecha de recursos humanos:

Es el tercer momento metodológico del proceso de estimación de la brecha de RHUS para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención, el cual es la resultante de la diferencia entre la necesidad estimada y la disponibilidad actual de RHUS asistenciales.

### 5.1.2 Carga de trabajo<sup>5</sup>:

Es la cantidad de tiempo asignado a cada RHUS para el desarrollo de actividades asistenciales, administrativas y capacitación.

En general, su medición se realiza en períodos anuales y se expresa en horas como unidad de tiempo.

### 5.1.3 Cartera de servicios de salud<sup>4</sup>:

Es el conjunto de diferentes prestaciones que brinda un establecimiento de salud y responde a las necesidades de salud de la población y las prioridades de políticas sanitarias sectoriales.

### 5.1.4 Categorías de Establecimiento de Salud<sup>2</sup>:

Clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales comunes, para lo cual cuentan con Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que en conjunto determinan su capacidad resolutive, respondiendo a realidades socios sanitarios similares y diseñados para enfrentar demandas equivalentes

### 5.1.5 Demanda efectiva<sup>7,8</sup>:

Es el número de atenciones de salud (preventivas, recuperativas) que demanda la población demandante efectiva.

### 5.1.6 Disponibilidad de recursos humanos:

Es el segundo momento metodológico del proceso de estimación de brecha de RHUS para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención, el cual tiene como producto obtener la información exacta de los RHUS que están laborando en el establecimiento de salud del cual se estimará la brecha.

### 5.1.7 Establecimiento de Salud<sup>3</sup>:

El establecimiento de salud, constituye la Unidad Operativa de la oferta de servicios de salud, según nivel de atención y clasificado en una categoría; está implementado con recursos humanos, materiales y equipos, realiza actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, asistenciales y de gestión para brindar atenciones de salud a la persona, familia y comunidad.

### 5.1.8 Grados de Dependencia<sup>6</sup>:

Categorización de atención basado en la valoración de las necesidades de las personas usuarias que permite determinar las horas para el cuidado de enfermería en un período de tiempo.

Los Grados de Dependencia que se viene aplicando actualmente en las áreas asistenciales de los establecimientos de salud son:

**GRADO I o ASISTENCIA MINIMA:** Se refiere a la persona que puede valerse por sí mismo, competente con factores de riesgo mínimo, en pre diagnóstico, preoperatorio, convaleciente, deambula, requiere de auto cuidado universal con asistencia de enfermería orientada a la educación en salud y estabilidad emocional, bajo la supervisión general de la enfermera(o).

**GRADO II o ASISTENCIA PARCIAL:** Se refiere a la persona que puede valerse por sí mismo pero con ciertas limitaciones, mediano nivel de competencia, con factores de riesgo medio, requiere ayuda parcial, con enfermedad crónica compensada, con alteración parcial de las funciones vitales, en pre y postoperatorio inmediato en cirugía de baja complejidad, con medicación oral y/o parenteral máximo cada 6 horas, uso de equipos de rehabilitación y confort.

**GRADO III o ASISTENCIA INTERMEDIA:** Referido a la persona con factores de riesgo de prioridad mayor mediana, no participa en su cuidado, crónico inestable, agudo, requiere de valoración continua y monitoreo, alteración significativa de signos vitales, con



medicación parenteral permanente y tratamiento frecuente con o sin cirugía de mediana complejidad. Puede o no tener usos de aparatos especiales de soporte de la vida.

**GRADO IV o ASISTENCIA INTENSIVA:** Persona críticamente enfermo, inestable con compromiso multiorgánico severo, con riesgo inminente de su vida o su salud, inconsciente, puede requerir sedación y/o relajación, necesita intervención terapéutica no convencional, con tratamiento quirúrgico especializado, demandante de cuidados de enfermería por personal altamente calificado, requiere valoración, monitoreo y cuidado permanente.

**GRADO V o ASISTENCIA MUY ESPECIALIZADA:** Personas sometidas a trasplante de órganos como corazón, hígado, riñón, médula ósea, pulmón, que requieren cuidados muy especializados, en unidades especiales, equipos y tratamiento sofisticado.

#### **5.1.9 Estándar de tiempo por prestación de salud:**

Es el tiempo necesario que destinan los RHUS para la realización de cada una de las prestaciones de salud bajo estándares de calidad y eficiencia.

#### **5.1.10 Horas efectivas laborales<sup>5</sup>:**

Corresponde a la diferencia entre las horas anuales contratadas equivalente a 1,800 (150 horas mensuales por 12 meses) menos 222 horas que no están destinadas a actividades laborales (150 horas por vacaciones y 72 horas por feriados que no se compensan). En términos operativos, para cada grupo ocupacional corresponde 1,578 horas efectivas laborales anuales.

#### **5.1.11 Índice de Atención de Enfermería<sup>6</sup>:**

Es el tiempo promedio en horas de atención que brinda el personal de enfermería, a la persona usuaria, en un servicio hospitalario, en un período de 24 horas.

#### **5.1.12 Necesidad de recursos humanos:**

Es el primer momento metodológico del proceso de estimación de brecha de RHUS para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención, el cual tiene como producto determinar los RHUS necesarios para la demanda efectiva de las prestaciones de salud y/o que posibilite el funcionamiento de la oferta de los servicios asistenciales.

#### **5.1.13 Oferta de Servicios de Salud<sup>3</sup>:**

Conjunto de recursos del sistema de salud para poder atender las necesidades de salud de la población. Para ello se consideran los siguientes elementos: a) **Estructura:** Constituida por los recursos humanos y tecnológicos que determinan la capacidad resolutoria de la oferta de servicios y que se organizan en Unidades Productoras de Servicios de Salud, en términos de su tamaño (cantidad de los recursos necesarios para producir servicios de salud en función del volumen de las necesidades de salud de la población) y nivel tecnológico (grado de especialización y tecnificación de los recursos necesarios para producir servicios de salud en función de la severidad de las necesidades de salud de la población); b) **Capacidad Resolutiva:** Capacidad que tienen los establecimientos de salud de producir el tipo de servicios necesarios para solucionar las diversas necesidades de la población, y c) **Capacidad de Oferta:** Es la capacidad que tienen los recursos de un establecimiento para producir el número de servicios suficientes para atender el volumen de necesidades existentes en la población (depende de la cantidad de sus recursos disponibles).

#### **5.1.14 Población Demandante Efectiva<sup>7</sup>:**

Es la parte de la población demandante potencial que efectivamente demanda atenciones de salud. Se determina de la información de los atendidos en los establecimientos de salud del área de influencia, o de los datos de atendidos por grupo poblacional de fuentes de información secundarias.

#### **5.1.15 Población Demandante Potencial<sup>7</sup>:**

Es aquella que requiere en algún momento de los servicios de atención de la salud. En los servicios preventivos, la población demandante potencial es igual a la población de



## GUÍA TÉCNICA PARA LA METODOLOGÍA DE ESTIMACIÓN DE LAS BRECHAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

referencia; mientras que en los servicios recuperativos, la demanda potencial será parcial, dependiendo del porcentaje de morbilidad del grupo poblacional.

### 5.1.16 Población de Referencia<sup>7</sup>:

Es la población localizada en el área de influencia. Para determinarla, se utiliza información de los censos de población (INEI), de las bases de datos poblacionales de la DIRESA o de otros estudios provenientes de fuentes confiables.

### 5.1.17 Prestación de Salud<sup>4</sup>:

Es la unidad básica que de manera general engloba los procedimientos que se brindan a los usuarios de los establecimientos de salud.

### 5.1.18 Ratio de carga de trabajo:

Es un indicador resultante de la comparación entre la disponibilidad y la necesidad de RHUS. Sus valores permiten evaluar la situación de la dotación de cada grupo ocupacional en los establecimientos de segundo y tercer nivel de atención clasificándolos como establecimientos de salud con dotación equilibrada, insuficiente y suficiente.

### 5.1.19 Recursos Humanos en Salud (RHUS)<sup>1</sup>:

Personas que en el sistema de salud realizan acciones para el logro de resultados en el campo de la salud. De esta manera, las personas no son recursos sino que tienen recursos, contando con conocimientos, valores, habilidades y experiencia para desarrollar sus acciones; por lo tanto, quien gestiona recursos humanos en salud hoy en día, en realidad administra talentos, competencias y valores, que en última instancia definen y caracterizan los servicios que serán producidos, así como el impacto que tendrán dichos servicios sobre la condición de salud de las personas.

### 5.1.20 Unidad Productora de Servicios (UPS)<sup>2</sup>:

Es la unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros), organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad.

### 5.1.21 Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS)<sup>2</sup>:

Es la UPS organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad, y están referidas a los procesos operativos (UPSS de Atención Directa de Salud, UPSS de Investigación, y Docencia) y a los procesos de soporte (UPSS de Atención de Soporte de Salud) del establecimiento de salud, y que a través de los servicios que produzcan resuelven necesidades de salud individuales de un usuario en el entorno de su familia y comunidad.

## 5.2 CONCEPTOS BÁSICOS:

La Planificación de Recursos Humanos en Salud es el proceso continuo de estimación del número, tipo de conocimientos, habilidades y actitudes del personal de salud necesarias para lograr los objetivos de salud <sup>10</sup>

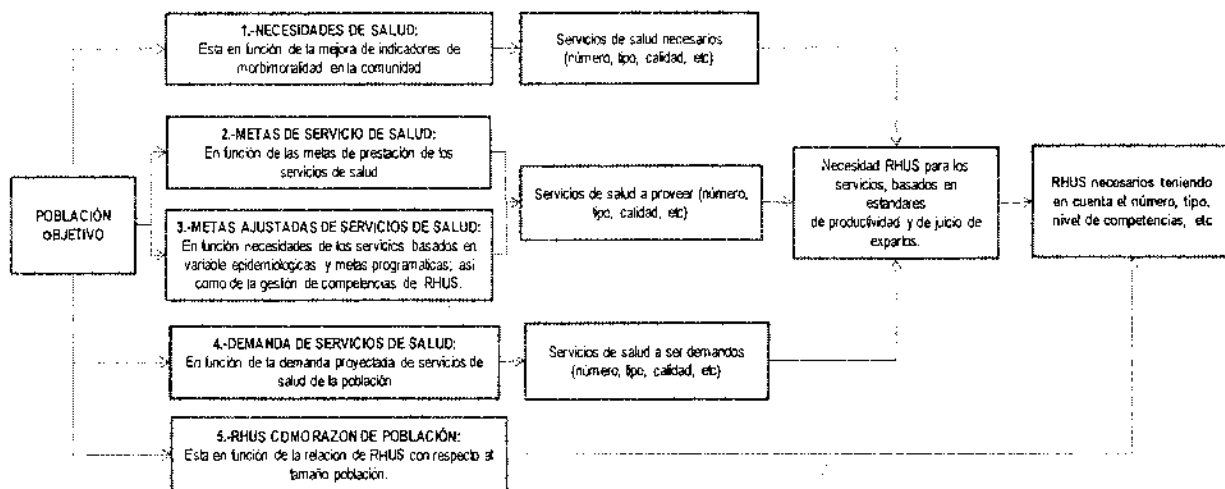
Tomar decisiones para la estimación de las brechas de RHUS, implica integrar aspectos técnicos, políticos, y económicos que en conjunto permitan la dotación de un número tal de personal de salud, que garanticen el cumplimiento de los objetivos sanitarios.

Los enfoques para estimar las necesidades de RHUS se encuentran agrupados en cinco métodos (Ver Gráfico N° 01) <sup>9</sup>:



Gráfico N° 01

Representación esquemática de los cinco métodos de estimación de necesidades de Recursos Humanos en Salud (RHUS)



En general existen diferentes limitaciones en las metodologías de estimación de brechas de RHUS propuestas tanto en el país como a nivel internacional, tales como:

- Desvinculación entre el proceso técnico de estimación de necesidades de RHUS con las políticas nacionales, las necesidades de la población y los resultados sanitarios priorizados;
- Escasa información para su implementación;
- Escasa consideración del impacto de la mejora de competencias sobre el rendimiento y el cierre de brechas cuantitativas;
- Planificación en función de un grupo ocupacional aislado; y
- En algunos casos la falta de consideración de los aspectos presupuestales destinados a la atención de salud.



Dr. Herián E. García Cabrera  
Director General

En tal sentido, la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud (DGRH-MINSA) en el marco de la conducción de la planificación estratégica de la dotación de los recursos humanos para el Sistema Nacional de Salud, pone a disposición de los equipos de gestión y planificación de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención, del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, así como de las Unidades Formuladoras de Proyectos de Inversión del Ministerio de Salud, Direcciones Regionales de Salud (DIREAS) o Gerencias Regionales de Salud (GERESAs) u otras instituciones del sector, una propuesta metodológica con dos enfoque para determinar la brecha de RHUS asistenciales del segundo y tercer nivel de atención. La finalidad es generar estrategias de dotación que permitan responder a las necesidades de salud de la población, garantizando con ello, el acceso a la atención de salud con criterios de eficiencia, calidad, equidad y dignidad, en consonancia con la Reforma del Sector Salud, el Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización.

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS:

Recursos Humanos:

Personal capacitado en la aplicación de la metodología.

**Materiales:**

Aplicativo para la estimación de la brecha de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales para el segundo y tercer nivel de atención (APLICATIVO: MODULO RHUS II y III NIVEL V. 01. DGGDRH-MINSA). La Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos pondrá a disposición dicho aplicativo a través de un medio digital.

**VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS**

**6.1 Proceso de estimación de brecha de recursos humanos en salud (RHUS) para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención**

**6.1.1 Marco metodológico para la estimación de la brecha**

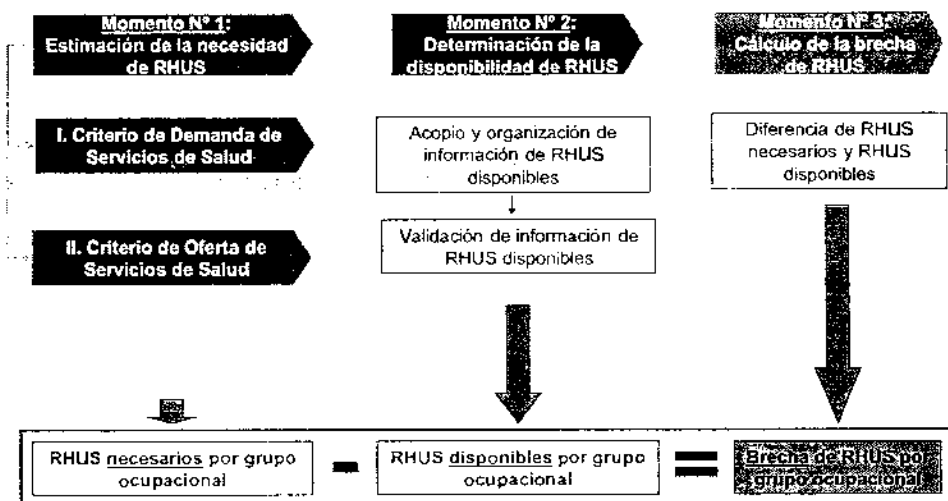
La estimación de la brecha de RHUS para los servicios asistenciales por los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención, tendrá dos enfoques metodológicos a considerar:

1. Identificar la brecha de RHUS que permita responder a la demanda efectiva de las prestaciones de salud, procedente de la población de referencia del establecimiento.
2. Identificar la brecha de RHUS que permita el funcionamiento de la oferta de servicios de salud existente.

Ambos enfoques metodológicos se realizan en tres momentos, tal como se indica en el gráfico siguiente:

**Gráfico N° 02**

**Proceso de estimación de la brecha de RHUS para el Segundo y Tercer Nivel de Atención**



Cada momento tiene a su vez un conjunto de pasos metodológicos, los cuales se desarrollan en detalle en las demás secciones de la presente Guía Técnica.

**6.1.2 Unidad de estimación y análisis de la brecha de recursos humanos**

La unidad de estimación y análisis de la brecha de RHUS lo constituyen los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención.

**6.1.3 Organización para la estimación de la brecha**

La aplicación de la metodología propuesta puede ser realizada por el equipo de gestión del establecimiento de salud del segundo o tercer nivel de atención; y, adicionalmente, será de aplicación de las Unidades Formuladoras de Proyectos de Inversión, del



Hernán E. Alcía Cabrera  
Director General



Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, para la estimación en sus estudios de pre-inversión del componente brechas de RHUS asistenciales, lo cual se realizará en coordinación con el Instituto de Gestión de Servicios de Salud o la DIRESA/GERESA según corresponda.

#### 6.1.4 Insumos de la metodología

Los insumos necesarios para el desarrollo de la metodología son los siguientes:

- Enfoque de demanda:
  - Demanda efectiva
  - Cartera de servicios
  - Estándar de tiempo por prestación de salud
  - Porcentaje de actividad no asistencial
  - Reglas de redondeo para la estimación final de las necesidades de RHUS
- Enfoque de oferta:
  - Oferta de servicios de salud
  - Criterios de programación del RHUS según oferta
  - Porcentaje de actividad no asistencial
  - Reglas de redondeo para la estimación final de las necesidades de RHUS

### 6.2 Momento 1: Estimación de la necesidad de RHUS para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención

#### 6.2.1 Enfoque de demanda:

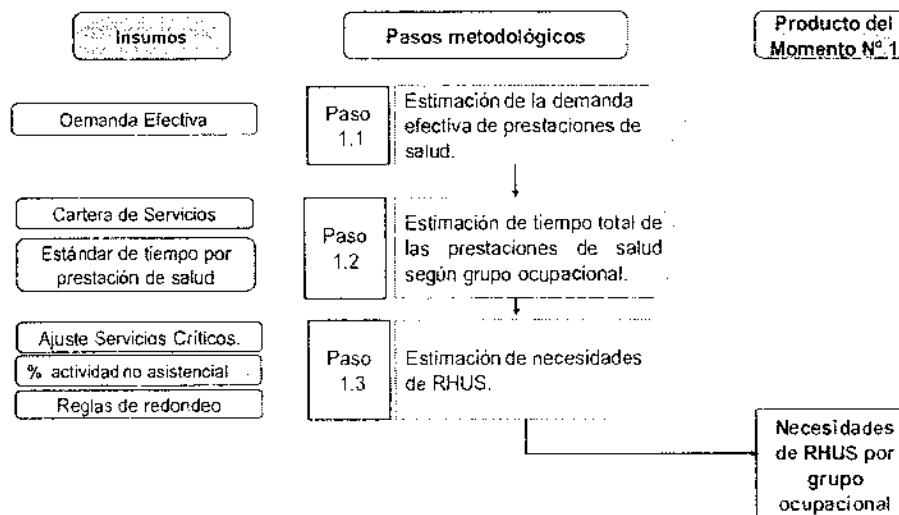
Este primer momento está destinado a estimar las necesidades de RHUS para la demanda efectiva de las prestaciones de salud, de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención y se desarrolla en tres pasos metodológicos secuenciales que se muestran en el gráfico siguiente y se describen a continuación:



Dr. Hernán García Cabrera  
Director General

**Gráfico N° 03**

#### Momento 1: Estimación de la Necesidad de RHUS según enfoque de demanda



#### **6.2.1.1 Paso 1.1: Estimación de la demanda efectiva de prestaciones de salud**

Este paso está destinado a obtener la demanda efectiva de las prestaciones de salud de todas las UPSS del establecimiento de salud del segundo y tercer nivel de atención, los cuales deben ser otorgados a la población en un período anual.

La estimación se realiza correlacionando la población de referencia del establecimiento, con su correspondiente población demandante potencial y población demandante efectiva, siguiendo el procedimiento establecido por el marco normativo vigente<sup>7,8</sup>.

Esta estimación será realizada por las correspondientes Unidades de Planeamiento del establecimiento y en el caso de los estudios de preinversión esta demanda provendrá de lo estimado por cada Unidad Formuladora.

#### **6.2.1.2 Paso 1.2: Estimación del tiempo total de las prestaciones de salud según grupo ocupacional**

##### **6.2.1.2.1 Sub-Paso 1.2.1: Estimación de tiempos para la entrega de las prestaciones del segundo y tercer nivel de atención por grupo ocupacional**

Para calcular la entrega del total de las prestaciones a la población del establecimiento de salud del segundo y tercer nivel, en un período anual se debe estimar el número de horas totales que cada grupo ocupacional.

La estimación se realiza al correlacionar la demanda efectiva de cada uno de las prestaciones con los tiempos estándar consignados para cada grupo ocupacional. Dado que los grupos ocupacionales intervienen en más de una prestación, el tiempo total será la sumatoria de cada tiempo parcial calculado en cada prestación.

Los estándares de tiempo de cada prestación para el segundo y tercer nivel de atención serán las que especifique el marco normativo vigente.

Para el caso de personal de enfermería se deberá correlacionar para los servicios de hospitalización, cuidados críticos y otras áreas que correspondan, el Grado de Dependencia e Índice de Atención de Enfermería.

##### **6.2.1.2.2 Sub-Paso 1.2.2: Estimación de tiempos para la entrega de prestaciones de los servicios críticos**

Para la estimación de tiempos se deberá ajustar el número de horas totales que cada grupo ocupacional debe destinar para la entrega del total de prestaciones con las horas que permitan garantizar el funcionamiento de los servicios críticos (Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios, Unidad de Quemados), para lo cual se necesita contar con la permanencia del RHUS para cubrir la atención durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

#### **6.2.1.3 Paso 1.3: Estimación de necesidades de RHUS para el segundo y tercer nivel de atención por grupo ocupacional**

##### **6.2.1.3.1 Sub-Paso 1.3.1: Estimación de la necesidad de RHUS**

Dado que la carga de trabajo del RHUS en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención, no es exclusivamente asistencial; resulta necesario integrar un factor de ajuste que permita incluir el componente no asistencial (Realización de actividades administrativas, capacitación, etc.) y para fines metodológicos se ha estimado un porcentaje de ajuste del 20%.

La estimación del número necesario de cada grupo ocupacional se obtiene del cociente entre las horas estimadas para el desarrollo del total de



D<sup>r</sup>. Hernán E. García Cabrera  
Director General

prestaciones de salud por grupo ocupacional dividido por las horas efectivas laborales de cada grupo ocupacional, la cual ha sido estimada en 1,578 horas.

Para la cuantificación de las necesidades de enfermería, en relación a las camas de los diferentes servicios hospitalarios, se deberá realizar la distribución entre el profesional enfermero(a) y el técnico(a) asistencial de enfermería.

**6.2.1.3.2 Sub-Paso 1.3.2: Estimación exacta de las necesidades de RHUS por grupo ocupacional**

Dado que los estimados, casi siempre, arrojarán cifras con decimales es necesario establecer reglas para el redondeo y obtener cifras enteras. El impacto de redondear un número hacia arriba o hacia abajo es mayor en los establecimientos de salud con pocos RHUS, por lo que se establecen las reglas de redondeo que se usarán para la aplicación de la presente Guía:

<b>Cuadro N°01: Reglas de redondeo para la estimación exacta de necesidades de RHUS<sup>13</sup></b>
0.1 - 1.1 será redondeado en 1 y si es > 1.1 - 1.9 será redondeado en 2
2.0 - 2.2 será redondeado en 2 y si es > 2.2 - 2.9 será redondeado en 3
3.0 - 3.3 será redondeado en 3 y si es > 3.3 - 3.9 será redondeado en 4
4.0 - 4.4 será redondeado en 4 y si es > 4.4 - 4.9 será redondeado en 5
5.0 - 5.5 será redondeado en 5 y si es > 5.5 - 5.9 será redondeado en 6
6.0 - 6.6 será redondeado en 6 y si es > 6.6 - 6.9 será redondeado en 7
7.0 - 7.7 será redondeado en 7 y si es > 7.7 - 7.9 será redondeado en 8
8.0 - 8.8 será redondeado en 8 y si es > 8.8 - 8.9 será redondeado en 9
9.0 - 9.9 será redondeado en 9; a partir de este valor se redondeará al límite inferior



Dr. Hernán E. García Cabrera  
Director General

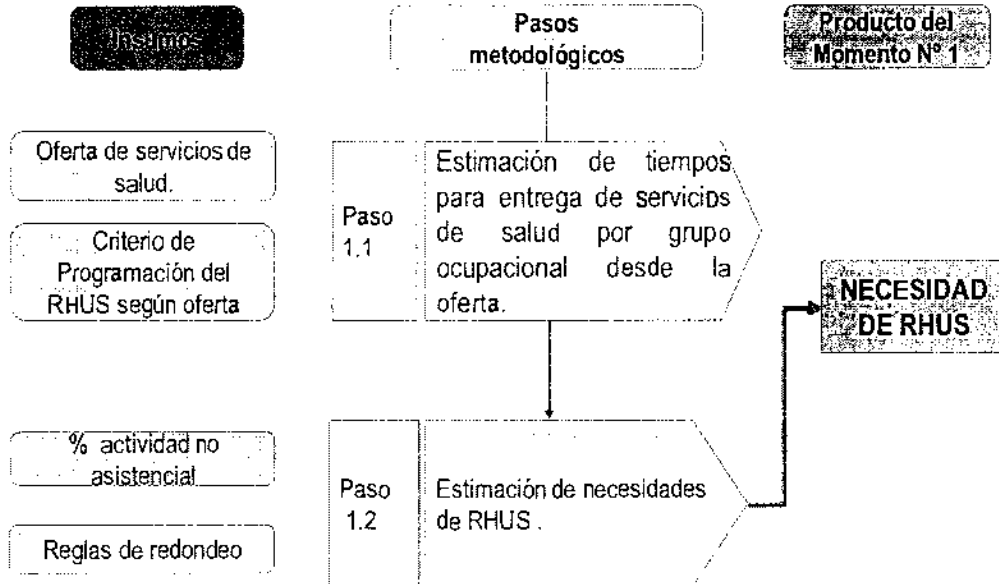
Los intervalos de redondeo planteados asumen que cada RHUS puede desarrollar de manera adicional hasta un 10% de su carga de trabajo sin comprometer la calidad y eficiencia de su desempeño laboral. Por tanto, si el valor de la fracción decimal es igual o menor al 10% del número entero de la cantidad estimada del RHUS se redondeará hacia el límite inferior; es decir, el redondeo corresponderá al mismo número entero calculado. Por el contrario, si el valor decimal es superior al 10% el redondeo será hacia el límite superior, es decir se redondeará incorporando una unidad al número entero establecido en la estimación.

**6.2.2 Enfoque de oferta:**

Este primer momento está destinado a estimar las necesidades de RHUS que posibilite el funcionamiento de la oferta de los servicios asistenciales en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención y se desarrolla en dos pasos metodológicos secuenciales que se muestran en el gráfico siguiente y se describen a continuación:

**Gráfico N° 04**

**Momento 1: Estimación de la Necesidad de RHUS según enfoque de oferta**



**6.2.2.1 Paso 1.1: Estimación del tiempo total para el funcionamiento de la oferta de servicios de salud del establecimiento del segundo y tercer nivel de atención según grupo ocupacional**

En este paso se estima el número de horas totales anuales, que cada grupo ocupacional debe destinar para el funcionamiento de la oferta de servicios de salud (Número turnos, número de camas, número de ambientes, número de equipos biomédicos representativos, etc.), de cada UPSS del establecimiento de salud del segundo y tercer nivel de atención.

La estimación del tiempo total será la sumatoria de todos los tiempos por cada UPSS donde interviene cada grupo ocupacional, considerando para el estimado los criterios de programación de RHUS según marco normativo vigente.

**6.2.2.2 Paso 1.2: Estimación de necesidades de RHUS para el segundo y tercer nivel de atención por grupo ocupacional**

**6.2.2.2.1 Sub-Paso 1.2.1: Estimado de la necesidad de RHUS**

Dado que la carga de trabajo del RHUS en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención, no es exclusivamente asistencial; resulta necesario integrar un factor de ajuste que permita incluir el componente no asistencial (Realización de actividades administrativas, capacitación, etc.) y para fines metodológicos se ha estimado un porcentaje de ajuste del 20%.

El estimado del número necesario de cada grupo ocupacional se obtiene del cociente entre las horas estimadas para el desarrollo del total de prestaciones de salud por grupo ocupacional dividido por las horas efectivas laborales de cada grupo ocupacional, la cual ha sido estimada en 1,578 horas.

Para el caso de personal de enfermería se deberá correlacionar para los servicios de hospitalización, cuidados críticos y otras áreas que correspondan, el Grado de Dependencia e Índice de Atención de Enfermería, y, posteriormente realizar la distribución entre el profesional enfermero(a) y el técnico(a) asistencial de enfermería.



Dr. Hernán E. García Cabrera  
Director General

**6.2.2.2 Sub-Paso 1.2.2: Estimación exacta de las necesidades de RHUS por grupo ocupacional**

Dado que los estimados, casi siempre, arrojarán cifras con decimales es necesario establecer reglas para el redondeo y obtener cifras enteras. El impacto de redondear un número hacia arriba o hacia abajo es mayor en los establecimientos de salud con pocos RHUS por lo que se establecen las reglas de redondeo que se usarán para la aplicación de la presente Guía:

<b>Cuadro N°02: Reglas de redondeo para la estimación exacta de necesidades de RHUS<sup>13</sup></b>	
0.1 - 1.1	será redondeado en 1 y si es > 1.1 - 1.9 será redondeado en 2
2.0 - 2.2	será redondeado en 2 y si es > 2.2 - 2.9 será redondeado en 3
3.0 - 3.3	será redondeado en 3 y si es > 3.3 - 3.9 será redondeado en 4
4.0 - 4.4	será redondeado en 4 y si es > 4.4 - 4.9 será redondeado en 5
5.0 - 5.5	será redondeado en 5 y si es > 5.5 - 5.9 será redondeado en 6
6.0 - 6.6	será redondeado en 6 y si es > 6.6 - 6.9 será redondeado en 7
7.0 - 7.7	será redondeado en 7 y si es > 7.7 - 7.9 será redondeado en 8
8.0 - 8.8	será redondeado en 8 y si es > 8.8 - 8.9 será redondeado en 9
9.0 - 9.9	será redondeado en 9; a partir de este valor se redondeará al límite inferior

Los intervalos de redondeo planteados asumen que cada RHUS puede desarrollar de manera adicional hasta un 10% de su carga de trabajo sin comprometer la calidad y eficiencia de su desempeño laboral. Por tanto, si el valor de la fracción decimal es igual o menor al 10% del número entero de la cantidad estimada del RHUS se redondeará hacia el límite inferior; es decir, el redondeo corresponderá al mismo número entero calculado. Por el contrario, si el valor decimal es superior al 10% el redondeo será hacia el límite superior, es decir se redondeará incorporando una unidad al número entero establecido en el estimado.

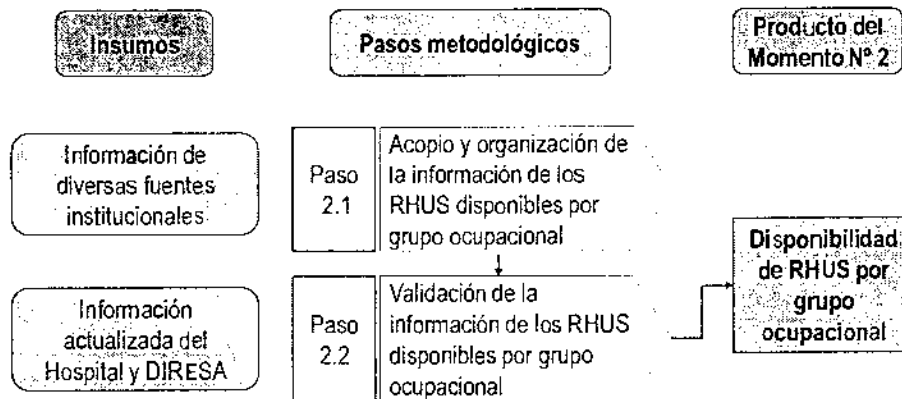


**6.3 Momento 2: Determinación de la disponibilidad de RHUS para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención**

Este momento es común tanto para el enfoque por demanda y oferta de servicios de salud y está destinado a obtener la información exacta de los RHUS que están laborando en el establecimiento de salud del cual se estimará la brecha. Se desarrolla en dos pasos metodológicos secuenciales que se muestran en el siguiente gráfico y se describen a continuación:

**Gráfico N° 05**

**Momento 2: Determinación de la Disponibilidad de RHUS**



**6.3.2 Paso 2.1: Acopio y organización de la información de los RHUS disponibles por grupo ocupacional**

Este paso está destinado a establecer el número total de RHUS por grupo ocupacional que se encuentran laborando en el establecimiento de salud del que se estimará la brecha. La información corresponde al total de RHUS que al momento de realizar el estimado de la brecha se encuentren laborando en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención independientemente de su puesto de origen, régimen laboral y modalidad contractual.

Este paso es responsabilidad de la Oficina de Recursos Humanos del establecimiento de salud del segundo y tercer nivel de atención, para lo cual deberá acopiar y organizar la información a partir de la revisión y análisis de las diferentes fuentes que consignan dicha información, dentro de las cuales se destacan:

- Planilla Laboral de Haberes (PLH) del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales
- Módulo de gestión de recursos humanos del Ministerio de Economía y Finanzas
- Registro de información laboral: T – Registro de SUNAT
- Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) del Ministerio de Economía y Finanzas
- Registro Nacional de Personal de la Salud
- Otras fuentes del Hospital/Instituto en las que se consigne esta información.

**6.3.3 Paso 2.2: Validación de la información de los RHUS disponibles por grupo ocupacional**

A través de este paso se establece el número de los RHUS disponibles por grupo ocupacional en el establecimiento de salud del segundo y tercer nivel de atención para el que se calculará la brecha.

El desarrollo de este paso implica la revisión, actualización y validación administrativo asistencial, de cada uno de los datos presentados por la Oficina de Recursos Humanos con las correspondientes Jefaturas de Departamento/Servicio.

**6.4 Momento 3: Estimación de la brecha de RHUS para los servicios asistenciales del segundo y tercer Nivel de Atención**

Este momento es común tanto para el enfoque por demanda y oferta de servicios de salud, e implica obtener y analizar de manera preliminar la diferencia y el ratio de carga

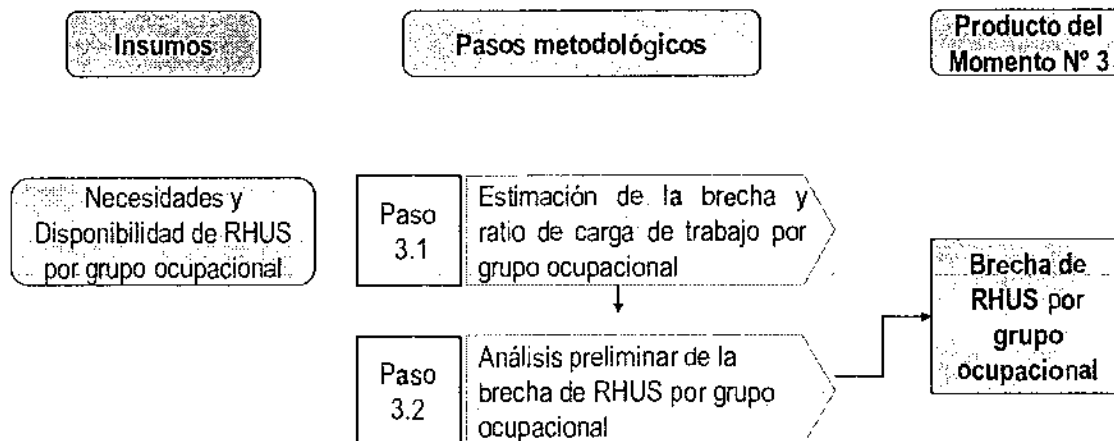


Dr. Hernán E. García Cabrera  
Director General

de trabajo de los RHUS por cada grupo ocupacional resultante de las necesidades y disponibilidad en el establecimiento de salud. Se desarrolla en dos pasos metodológicos secuenciales que se muestran en el siguiente gráfico y se describen a continuación:

**Gráfico N° 06**

**Momento 3: Estimación de la Brecha de RHUS**



Dr. Hernán E. García Cabrera  
Director General

**6.4.1 Paso 3.1: Estimación de la brecha y ratio de carga de trabajo por grupo ocupacional para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención**

Este paso es realizado de manera individual para cada grupo ocupacional y supone el desarrollo de dos tipos de estimados.

El primero está orientado a conocer para cada uno de los grupos ocupacionales la diferencia entre la necesidad estimada y disponibilidad actual de RHUS asistenciales (Brecha RHUS = Necesidad - Disponibilidad).

El segundo mide la relación de la disponibilidad con la necesidad estimada de RHUS por grupo ocupacional (Ratio de carga de trabajo RHUS = Disponibilidad / Necesidad).

**6.4.2 Paso 3.2: Análisis preliminar de la brecha de RHUS por grupo ocupacional para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención**

La interpretación del estimado de la Diferencia para cada grupo ocupacional nos puede arrojar dos tipos de resultados:

- Diferencia (-) = Establecimiento de salud del segundo y tercer nivel de atención sin déficit del grupo ocupacional analizado para los servicios asistenciales.
- Diferencia (+) = Establecimiento de salud del segundo y tercer nivel de atención con déficit del grupo ocupacional analizado para los servicios asistenciales.

La interpretación del estimado del Ratio de carga de trabajo para cada grupo ocupacional nos puede arrojar los siguientes tipos de resultados:

- Ratio = 1; Establecimiento de salud del segundo y tercer nivel de atención con dotación equilibrada del grupo ocupacional analizado.

## GUÍA TÉCNICA PARA LA METODOLOGÍA DE ESTIMACIÓN DE LAS BRECHAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

- Ratio menor de 1; Establecimiento de salud del segundo y tercer nivel de atención con dotación insuficiente del grupo ocupacional analizado. Cuando el ratio está más alejado de la unidad, mayor será el déficit evidenciado.
- Ratio mayor de 1; Establecimiento de salud del segundo y tercer nivel de atención con dotación suficiente del grupo ocupacional analizado. Cuando el ratio está más alejado de la unidad, mayor será el exceso evidenciado.

El análisis de los resultados de ambos indicadores (diferencia y ratio de carga de trabajo) permite determinar las brechas en términos absolutos y proporcionales tanto del déficit o exceso encontrado para cada grupo ocupacional. De esta manera se obtiene información valiosa como punto de partida para iniciar el proceso de dotación estratégica de RHUS para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención.

### VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 La estimación de las brechas de los RHUS resultado de la aplicación de la presente metodología, será el insumo para que el equipo de gestión del establecimiento de salud del segundo y tercer nivel de atención en coordinación con el Instituto de Gestión de Servicios de Salud o la DIRESA/GERESA según corresponda, formulen e implementen estrategias de dotación de RHUS.
- 7.2 Para la implementación de la presente Guía Técnica, se deberá utilizar como insumos las normas nacionales vigentes aprobadas por el órgano rector competente del Ministerio de Salud (Demanda efectiva, Cartera de servicios, Oferta de Servicios de Salud, Estándar de tiempo por prestación de salud, Criterios de programación, entre otros); en caso de ausencia se podrá utilizar los insumos validados por las correspondientes jefaturas de servicios y/o departamentos.
- 7.3 El enfoque de demanda será de aplicación por las Unidades Formuladoras de Proyectos de Inversión, del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, para la estimación en sus estudios de pre-inversión, relacionados al componente brechas de RHUS asistenciales.
- 7.4 El enfoque de oferta será de aplicación para la estimación de brechas de RHUS asistenciales, de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención existentes del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales.



### Viii. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud, Perú. Documento Técnico: "Lineamientos de Política Nacional para el desarrollo de los Recursos Humanos de Salud", aprobado por Resolución Ministerial N° 1007-2005/MINSA.
2. Ministerio de Salud, Perú. "Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud", aprobado por Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA.
3. Ministerio de Salud, Perú. Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03, aprobado por Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA.
4. Ministerio de Salud, Perú. Directiva Administrativa N° 197-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud", aprobado por Resolución Ministerial N° 099-2014/MINSA.
5. Ministerio de Salud, Perú. Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención, aprobado por Resolución Ministerial N° 176-2014/MINSA.
6. Colegio de Enfermeras (os) del Perú. Documento técnico "Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero", aprobado por Resolución N° 237-08 CN/CEP.



GUÍA TÉCNICA PARA LA METODOLOGÍA DE ESTIMACIÓN DE LAS BRECHAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD  
PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

7. Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección General de Política de Inversiones. Guía Simplificada para la Formulación de Proyectos de atención Médica Básica de Salud, a Nivel de Perfil. 2011. Lima, Perú.
8. Ministerio de Economía y Finanzas. Directiva General del Sistema Nacional de Inversión Pública. Resolución Directoral N°003-2011-EF/68.01. Lima, Perú.
9. DREESCH N, ET AL. (2005). An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. Oxford Journal. Health Policy and Planning. Volumen 20 (5). Pp. 267-276. England.
10. HALL T, MEJÍA A. (1978). Health manpower planning: principles, methods, issues. World Health Organization (WHO). Geneva.
11. Ley N° 28456, Ley del Trabajo del Profesional de la Salud Tecnólogo Médico. Congreso de la República, Perú, 20 de diciembre de 2004.
12. Reglamento de la Ley de Trabajo Médico. Aprobado por Decreto Supremo N° 024-2001-SA. Lima, Perú.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2010). Workload Indicators of Staffing Need (WISN). User's Manual .World Health Organization (WHO). Geneva.



Dr. Hernán E. García Cabrera  
Director General