



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

**INICIATIVA DE POLÍTICAS
EN SALUD**

Implementación de la política de incentivos no dinerarios

La experiencia de la Microrred
San Luis de Shuaro – Red Chanchamayo
DIRESA Junín - 2008-2009

Sistematización de experiencia



Implementación de la política de incentivos no dinerarios

Microrred San Luis de Shuaro
Red Chanchamayo

Sistematización de experiencia

Octubre 2009

© *Implementación de la política de incentivos no
dinerarios*
Octubre 2009

© USAID | Iniciativa de Políticas en Salud

Jefa del Proyecto

Patricia Mostajo Vallenás

Equipo Responsable:

Elaboración de contenidos

Javier Alva Gambini

Félix Caycho Valencia

Revisión:

Luisa Hidalgo Jara

Eva Miranda Ramón

Iniciativa de Políticas en Salud es un proyecto de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), implementado por Futures Group International, bajo los términos del contrato N° GPA-I-00-03-0040-00.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de USAID | Perú. Las opiniones expresadas en el documento no reflejan necesariamente los puntos de vista de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.

La información contenida en este material puede ser reproducida total o parcialmente, siempre y cuando se mencione la fuente de origen.

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú 2009- I 3570

Diagramación e impresión

Chataro editores

Psje Juan de Arona 151, Los Olivos

chataroeditores@yahoo.com

Impreso en el Perú

500 ejemplares

Agradecimiento:

A todos los que hicieron posible esta experiencia:

Dirección Regional de Salud Junín

Víctor Cárdenas - Director de la Oficina de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos
Soledad Casallo Vertiz - Jefa de Capacitación
Maria Nuñez Zurita - Jefa Bienestar Social de Personal
Virginia Poma - Responsable de Cooperación Externa
Wilmer Ubillus Bendezu - Coordinador del Consejo Regional de Salud

Red de Salud Chanchamayo

Lenin Sánchez Pastor - Director
Alida Veinrich Rodriguez - Jefa de Logística
Isabel Rodriguez Andrade - Jefa de Bienestar de Personal
Danio Angel Rutte Taipe - Jefe de Recursos Humanos
Esther Marin Acuña - Jefa de Salud de las Personas
Edith Villogas Silva - Coordinadora CDC
Soledad Rojas Tone - Responsable de Nutrición

Microrred de Salud San Luis de Shuaro

Rocío Pizarro Martinez - Jefa MR
Mercedes Garay Tadeo - Jefa de Recursos Humanos
Diana Leiva Guerra - Responsable Etapa Niño

Municipalidad de San Luis de Shuaro

Luis Meza Reyes - Alcalde
Roberto Romero Meza - Jefe de la Oficina de Desarrollo Local
Trufino Soto Travezaño - Jefe de Administración
Vilma Rosa Cabezas Pardo - Gobernadora

Índice

Presentación	9
I. Marco general de los incentivos no dinerarios	11
II. San Luis de Shuaro	15
III. Situación inicial	19
IV. Desarrollo de la experiencia	23
Antecedentes	23
• Primera etapa: Alineamiento institucional del sector salud con la política regional de RHUS	25
• Segunda etapa: Acondicionamiento del espacio local	28
• Tercera etapa: Desarrollo local de la política de incentivos	29
V. Resultados	35
VI. Factores facilitadores y obstaculizadores del proceso	37
VII. Lecciones aprendidas	45
VIII. Perspectivas	49
Bibliografía	53

Abreviaturas frecuentes

CE	Centros Educativos
CS	Centro de Salud
COTEDI	Comité Técnico Distrital
CRS	Consejo Regional de Salud
DIRESA	Dirección Regional de Salud
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
GRJ	Gobierno Regional de Junín
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IPA	Índice Parasitario Anual
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
MDSLS	Municipio Distrital de San Luis de Shuaro.
MINSA	Ministerio de Salud
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MR	Micro-red de Salud
OGGRH	Oficina General de Recursos Humanos
PEA	Población Económicamente Activa
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PRCS	Plan Regional Concertado de Salud
PS	Puesto de Salud
RM	Resolución Ministerial
ROF	Reglamento de Organización y Funciones
RHUS	Recursos Humanos en Salud
SEPAR	Servicios Educativos Promoción y Apoyo Rural
TBC	Tuberculosis
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
TM	Tasa de Mortalidad
UTES-CH	Unidad Territorial de Salud de Chanchamayo
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Presentación

Se reseña la experiencia de implementación de la política de incentivos no monetarios del distrito de San Luis de Shuaro (Chanchamayo, Junín) con participación del gobierno local realizado por USAID | Iniciativa de Políticas de Salud en el marco del desarrollo de la Política Regional de Recursos Humanos de la Región Junín.

Esta experiencia busca encontrar caminos para estimular el desempeño y reconocer la dedicación de los trabajadores de salud, en un contexto donde las políticas laborales del sector aún tienen limitado desarrollo y no han cerrado las brechas causadas por la falta de regulación laboral y que condujeron a la precarización del empleo y del salario, que marcaron la década pasada.

Entre marzo del 2008 y abril del 2009 se desarrolló la experiencia, con la conducción e involucramiento de los niveles de gestión de la DIRESA Junín, la Red Chanchamayo y la Microrred de Shuaro que impulsaron decididamente este proceso, logrando el compromiso del gobierno local y la comunidad organizada.

La existencia de un municipio emprendedor como el de Shuaro y la existencia del Comité Técnico Distrital (COTEDI) que articula concertadamente a las organizaciones e instituciones locales, permitieron que el proceso efectuado cuente con una legitimidad política y social muy importante.

En el espacio local se organizaron una serie de mecanismos y procedimientos para la implementación de la política de incentivos no monetarios, con un trabajo conjunto de la DIRESA y USAID | Iniciativa de Políticas de Salud en la sensibilización, generación de capacidades y construcción de consensos. El gobierno local, el COTEDI y la Microrred de Salud, lideraron y organizaron una serie de pasos que condujeron a la elección del mejor trabajador de salud del año 2008, en un proceso público, participativo y transparente.

En el documento se hace una revisión del enfoque de incentivos no monetarios, se describen las principales características del contexto local y se desarrollan las etapas en que la experiencia fue desenvolviéndose.

Así mismo se analizan los elementos que facilitaron y obstaculizaron el proceso y se presentan los resultados y los aprendizajes que pueden permitir la proyección de lo realizado en contextos similares en las microrredes y servicios de salud de las regiones.

I. Marco general de los incentivos no dinerarios

Los incentivos constituyen uno de los tres componentes de las remuneraciones, junto con el salario y las prestaciones. Mientras que el salario base es una cantidad fija recibida de manera regular por un determinado periodo de tiempo (días u horas) y las prestaciones son retribuciones indirectas que reciben los trabajadores de acuerdo a normas y derechos adquiridos y protegidos (seguros de salud, pensiones, vacaciones, protección del desempleo, etc.), los incentivos buscan recompensar o premiar los niveles de compromiso, rendimiento o desempeño de los trabajadores a través de diferentes mecanismos.

De igual manera, mientras el salario apunta a reponer la fuerza de trabajo y las prestaciones a dotarla de las condiciones para su continuidad, los incentivos buscan estimular o motivar el rendimiento y la calidad del trabajo realizado.

Para aclarar la definición, incentivo significa todo aquello que mueve o incita a desear o hacer una cosa, y pueden ser de carácter material en dinero o ser no dinerarios. Asimismo los incentivos no dinerarios, (también denominados en la literatura como incentivos no financieros, no económicos, no monetarios o no salariales) pueden ser de carácter simbólico (reconocimiento), de carácter social (aceptación por parte de los demás) o estar relacionados con el poder o con una posición (prestigio)¹.

Dentro de los diversos mecanismos de incentivos no dinerarios, se encuentran las distinciones, el tiempo libre, capacitación, liderazgo de proyectos y los obsequios².

- Las distinciones se otorgan al trabajador del mes, por cumplimiento de años de servicio, por cumplimiento de servicios distinguidos, por contribución a logros institucionales.

[1] Martín José. "Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud". Rev. Adm. Sanit. 2005; 3(1): 11-30.

[2] Gómez – Mejía L, Balkin D. y Cardy R. "Gestión de Recursos Humanos". Prentice Hall. Madrid, 1997.

- El tiempo libre, comprende la concesión de horas, días o semanas libres, que no son parte del derecho a vacaciones, por logros alcanzados o por compensación por horas adicionales brindadas.
- La capacitación permite la actualización del trabajador con nuevos conocimientos o practicas adquiridas, mediante la asistencia a congresos, charlas, conferencias o seminarios
- El liderazgo en proyectos especiales para canalizar las capacidades de trabajadores talentosos, encargando tareas o responsabilidades.
- Los obsequios pueden ser determinados artículos de lujo (lapiceros, relojes) electrodomésticos, cenas en restaurantes, fines de semana pagados, pasajes, etc.

En el Perú se han desarrollado algunas normas relacionadas con el tema de incentivos, es así que en la administración pública y entre ellos el Ministerio de Salud (MINSA) le brinda mayor relevancia a los incentivos dinerarios evidenciado por la abundante normatividad que se presenta³.

En 1990 se identificó como un componente de los programas de incentivos, el reconocimiento de las acciones excepcionales o de calidad extraordinaria relacionada directa o indirectamente con la función desempeñada⁴ o el reconocimiento especial por desempeño excepcional evidenciado⁵.

El MINSA oficializó en el año 2005 una Directiva con los procedimientos para elegir al mejor trabajador de sus dependencias⁶. En ella se señala que es un proceso anual a cargo de las Oficinas de Recursos Humanos, donde el personal postula candidatos al mejor trabajador, para ser evaluados por una comisión calificadora aplicando criterios de evaluación, los jefes de las dependencias de procedencia del trabajador propuesto presentarán evidencias, empleando los formatos de calificación que la Directiva adjunta⁷.

[3] Resolución Ministerial N° 223-2003-SA/DM –Directiva N°003-MINS/OGRRHH-V.01 “Normas para la asignación de Incentivos laborales y la Asignación Extraordinaria de Trabajo asistencial

[4] Art. 140° del REGLAMENTO DE LA LEY DE BASES DE LA CARRERA ADMINISTRATIVA DEL SECTOR PÚBLICO. DS N° 005-90-PCM.

Cuadro I: Beneficios e incentivos al Mejor Trabajador MINSA⁵

- Agradecimiento o felicitación por escrito, con copia la legajo personal
- Diploma, medalla y pines al mérito
- Otorgamiento de becas para estudios de capacitación
- Programas de turismo interno
- Mención de reconocimiento público (por altavoz) expresando los logros personales respectivos
- Reconocimiento con publicación y fotografía en revistas institucionales y periódico mural
- Conformar equipos de trabajo con responsabilidad institucional

De acuerdo a la directiva del MINSA, los aspectos que se evalúan⁶ para elegir al mejor trabajador son los siguientes:

- Calidad en el desempeño de responsabilidades.
- Conocimiento de funciones y la superación académica
- Aportes en el área de su especialidad y otras áreas.
- Contribuciones realizadas al desarrollo de la comunidad, implementación de estrategias de la política sectorial, promoción de la salud, desarrollo de recursos humanos, disminución de inequidades, beneficio en la cultura de la paz.
- Competencias personales, referidas a responsabilidad, mejora del ámbito de trabajo, desarrollo de capacidades y metodologías, respeto y cordialidad, actos motivadores para sus compañeros y la comunidad.

La directiva señala que el reconocimiento se realizará en una ceremonia pública, en el marco de la celebración anual por el día del empleado público.

[5] Art. 18º de la Ley N° 28175, Ley Marco del Empleo Público.

[6] RM N° 954-2005. Aprueba la Directiva Administrativa N° 072-MINSA/OGGRH-V.01 "Procedimiento para la Elección del Mejor Trabajador en las Dependencias del Ministerio de Salud". 12 de diciembre del 2005.

[7] Formato A: Calificación del jefe inmediato del candidato a mejor trabajador, Formato B: Evidencias para la calificación., Formato C: Ficha de calificación de la comisión calificadora. (Directiva Administrativa N° 072-MINSA/OGGRH-V.01).

II. San Luis de Shuaro

Es un distrito ubicado en la selva central, en la provincia de Chanchamayo (Región Junín), su capital distrital esta a 22 Km. de la ciudad de La Merced, sede de la provincia. Tiene un clima cálido-húmedo, con temperaturas que alcanzan un promedio anual de 23.3° C. Presenta una precipitación pluvial anual de 1949 mm³/año y la temporada de lluvias es entre noviembre a abril⁸.

Las principales fiestas locales son por aniversario de la creación política de Shuaro (30 de octubre) y la fiesta de San Luis Gonzaga, Patrón de la localidad (21 junio).

Mapa político y de límites de la Provincia de Chanchamayo



[8] Municipalidad Distrital de San Luis de Shuaro. "Plan de desarrollo concertado del distrito de San Luis de Shuaro 2006 – 2015". SL de Shuaro, marzo del 2006

La población del distrito al año 2005⁹ fue de 7,193 habitantes, con una composición es predominantemente rural (90 %) y es el distrito con mayor población rural a nivel de la provincia. La tasa de natalidad es de 1.8 y la tasa de fecundidad es de 7.6. Su población es mayoritariamente joven (el 42 % son menores de 19 años, las mujeres en edad fértil (MEF) son el 49 % de la población femenina¹⁰.

Cuadro 2: Chanchamayo. Población por distritos, por sexo y zona de residencia⁹

Distrito	Población	Hombre		Mujer		Área urbana		Área rural	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Chanchamayo	25,565	13,150	51.4	12,415	48.6	19,983	78.2	5,582	21.8
Perené	49,781	26,421	53.1	23,360	46.9	20,457	41.1	29,324	58.9
Pichanaki	40,625	22,128	54.5	18,497	45.5	17,266	42.5	23,359	57.5
SL Shuaro	7,193	3,974	55.2	3,219	44.8	756	10.5	6,437	89.5
San Ramón	2,301	12,592	51.1	12,071	48.9	16,183	65.6	8,480	34.4
Vitoc	24,663	1,253	54.5	1,048	45.5	534	23.2	1,767	76.8
Total	150,128	79,518	52.97	70,610	47.03	75,179	50.1	74,949	49.9

La economía se basa en la actividad agrícola primaria y el comercio. Los principales productos son el café, cítricos, plátanos, paltos y piñas. Al 2001 se producían 1,482 toneladas de café y 8,786 toneladas de cítricos. La población económicamente activa (PEA) es el 30 % de la población total y el 83 % de la PEA se dedica a la agricultura. El 65 % de la población se encuentra en condición de pobreza (25 % en pobreza extrema)

El Distrito está organizado en un centro urbano (la capital distrital), 7 caseríos y 47 anexos, distribuidos en las micro-cuencas de Paucartambo, Puñizas y Sanchirio Yapaz.

Servicios públicos del distrito.

- **Servicios de salud.** La Micro-Red (MR) de San Luis de Shuaro cuenta con 06 servicios de salud (01 Centro de Salud I-2, y 05 Puestos de Salud)¹¹.
- **Servicios educativos.** El distrito tiene 32 Centros Educativos (CE), con 1,854 alumnos matriculados.

[9] INEI. "X Censo de Población y V de Vivienda". 2005.

[10] Municipalidad Provincial de Chanchamayo. "Plan de Desarrollo Concertado de la Provincia de Chanchamayo 2007 – 2016". Chanchamayo, Mayo de 2007

[11] Información de la MR SL Shuaro.

- **Servicios básicos.** Sobre un total de 1,439 viviendas, solo el 25 % de estas tienen agua potable, 12 % desagüe, y el 33 % cuentan con servicios eléctricos.
- **Vivienda.** El 67 % de casas son de madera, el 87 % de los techos son de calamina o fibra de cemento y el 74 % de los pisos son de tierra o madera.

Indicadores de salud.

- **Mortalidad.** La tasa de mortalidad infantil es de 11, en relación a la mortalidad materna, entre el periodo 2000 - 2005 no se registraron casos y el año 2006 se registro un caso.
- **Morbilidad.** En el grupo de 0-9 años las principales causas de morbilidad son las enfermedades del sistema respiratorio (48 %) y las enfermedades infecciosas y parasitarias (32 %) ¹². En el caso de las gestantes las principales causas de morbilidad, son las infecciones vaginales (35 %), infecciones del tracto urinario (20 %) y la desnutrición (13 %).
- **Infecciones respiratorias agudas (IRA).** La tasa de incidencia de neumonía en menores de 5 años bajó de 54 en 1999 a 10 en el 2007. No se registran defunciones entre el período 2001 al 2007.
- **Enfermedad diarreica aguda (EDA).** La tasa de incidencia en menores de 5 años disminuyó de 540 para el año 2002, a 254 en el 2004.
- **Desnutrición crónica.** En niños de 0 a 5 años disminuyó de 21 % a 14 % entre el 2006 al 2007 y en los niños de 6 a 9 años bajo de 39% a 30 %, entre 1999 y el 2005.
- **Enfermedades metaxénicas.** El índice parasitario anual (IPA) de la malaria disminuyó de 10.5 en el periodo 2003-2004 a 1.6 en el 2007. La tasa Leishmaniasis disminuyó de 691 en el 2006 a 309 en el 2007. En los últimos 20 años no se registraron casos de Dengue y Fiebre Amarilla.
- **Tuberculosis (TBC).** La tasa de incidencia disminuyó de 269 en el año 2000 a 108 para el 2007. La tasa de mortalidad entre el 2000 y 2001 fue de 13. No se registran casos de muerte por TBC en los últimos 8 años.
- **Atenciones de Salud Reproductiva.** El 2007 se brindó el control prenatal a 165 gestantes (23% fueron adolescentes), se atendieron 48 partos y se controlaron 82 púerperas.

[12] Microrred de San Luis de Shuaro. "Análisis de la Situación de Salud de San Luis de Shuaro". SL Shuaro, diciembre del 2007.

El distrito tiene una gestión municipal activa, con dos periodos de gobierno (2001-2010). La gestión del Alcalde Luis Meza busca responder a las necesidades del contexto agrícola local. Han desarrollado programas agropecuarios, distribuyendo 824 mil plantones de café¹³, 2,800 mil plantones de plátano orgánico y organizado 64 módulos de crianza de cuyes. Igualmente el municipio desarrolla un programa vial de construcción y reparación de carreteras y puentes. El Programa Municipal del Vaso de Leche, tiene 28 Comités y 800 beneficiarios¹⁴.

Visión del Distrito de San Luis de Shuaro¹⁵

“San Luis de Shuaro, Distrito líder integrado y organizado de la Provincia de Chanchamayo, donde hombres y mujeres y jóvenes participan en iguales condiciones. Es el centro promotor del deporte, la educación y la cultura, dentro de un ambiente seguro y saludable. Cuenta con un buen ornato y las actividades comerciales y turísticas son competitivas”.

[13] Esta iniciativa puede tener alto impacto en la vida económica local. Un estudio señala que “El café es un producto de gran importancia en la economía de selva central, por la cantidad de familias involucradas, por el empleo que genera anualmente y por la participación en la producción agrícola local... El café de Selva Central... tiene ventajas comparativas y competitivas que evidencian un alto potencial para mejorar el posicionamiento del café peruano en el mercado convencional internacional y competir en el mercado de cafés especiales”. En Huamán Martha “Diagnóstico de la cadena de valor del café de Satipo y Chanchamayo”, Catholic Relief Services CRS). Lima, marzo del 2005

[14] Rendición de cuentas 2008, Municipio de San Luis de Shuaro. 01 de marzo del 2009

[15] Lara Esperanza, Nino Alfonso, Vélez Jorge. “Construyendo Municipios Saludables. Manual para Facilitadores. Elaboremos Nuestro Plan Local”. Proyecto PAMAFRO, G&C Salud y Ambiente. Lima, 2007.

III. Situación inicial

En CS Shuaro, como en muchos otros establecimientos de salud, existían diferencias entre el funcionamiento del servicio de salud y la mirada de los usuarios, que desconocen las carencias de falta de personal, las limitaciones de recursos e infraestructura, así como el deterioro de las remuneraciones y la existencia de condiciones laborales inadecuadas, que se arrastran por más de una década en el sector salud¹⁶.

Luego de realizar visitas a los actores que toman decisiones en la MR Shuaro se encontró que a pesar de la existencia de un equipo de gestión conformado, sus integrantes eran multifuncionales y no mostraban interés para colocar en la agenda acciones relacionadas a mejorar la motivación u otorgar incentivos al personal; los temas de interés estaban centrados en las prioridades sanitarias y los procesos de salud de la región, tocando muy tangencialmente la problemática de RHUS. Asimismo se realizaban proyectos de mejora continua sin ninguna relación con la gestión de RHUS porque las personas encargadas de la gestión sanitaria no interrelacionaban ni coordinaban con los equipos responsables de la gestión administrativa, agregándose a eso la existencia de personal desmotivado, especialmente el personal contratado.

La población y las autoridades locales, tenían observaciones en relación al trato, la oportunidad de atención y sobre la resolución de los problemas de salud, que son los aspectos más sensibles en la percepción de los usuarios al acudir a los servicios de salud.

[16] Al respecto se afirma "La tendencia hacia la informalización laboral en casi todas las instituciones de salud de país ha provocado que la mayor parte de trabajadores del primer nivel de atención, excepto por el nombramiento reciente de médicos, carezcan de beneficios sociales, manteniendo la incertidumbre por su actual condición laboral y con riesgo a un despido inopinado...", en: "MINSA. "Metodología para la formulación de perfiles de competencias para trabajadores del primer nivel de atención". Serie Bibliográfica Recursos Humanos en salud N° 3. Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos. Lima, 2005

Bueno algunas personas han traído quejas, no han sido muchos pero algunos se han quejado. Hay pacientes que vienen de zonas altas, caminan tres horas y llegan aquí a veces tarde a la 1 o 2 de la tarde y está cerrado, les dicen ya no están, se han ido. Algunos se quejan fuertemente, tanto esfuerzo para que les digan ya no hay atención y tienen que pernoctar acá, quedarse. A veces se han quejado también de las enfermeras que los han tratado con dureza. (Juan Yalico. Teniente Alcalde Municipio San Luis de Shuaro)

La gente espera que en salud el personal tenga mucha paciencia en escucharlos, que tengan una respuesta de buena forma, una respuesta contundente que la persona se vaya satisfecha, que les expliquen bien, que le resuelvan su problema. Muchas personas lo único que desean es de ser escuchados. (Vilma Cabezas. Gobernadora del Distrito).

El personal de salud de la DIRESA conoce cómo se desenvuelve el funcionamiento de los servicios de salud y también tiene una mirada crítica sobre el desempeño del personal. Al respecto se señala la falta de integración y compromiso frente a los problemas sanitarios que enfrentan.

Como que cada uno sólo se dedicaba a cumplir su función y punto, cada uno por su lado, no tenían una visión y responsabilidades compartidas. Si es que hay una muerte materna el problema es de la obstetra y del médico, el resto piensa que no tiene nada que ver con eso. (Soledad Casallo. DIRESA Junín)

Estos señalamientos comprenden al personal administrativo y técnico, pero también a los profesionales.

Ellos deseaban entrevistarse con el médico y no estaba. Las razones por las que no está se debería de analizar; muchas veces es porque el médico está en una capacitación o haciendo gestiones, pero también puede no estar cumpliendo con su función de estar presente en el establecimiento como debería de ser. (Soledad Casallo. DIRESA Junín)

Por otro lado, las relaciones laborales al interior de los establecimientos de salud, no eran de las mejores, se mencionan conflictos interpersonales entre el propio personal, repercutiendo en el funcionamiento del mismo.

Debemos recordar que Junín fue, luego de Ayacucho el segundo departamento de la región central más afectado por la violencia política que asoló al país¹⁷. Shuaro

[17] Pena Salvador. "Cifras y cronología de la violencia política en la región central del Perú. 1980-1991".SEPAR. Huancayo, 1992.

también sufrió esa violencia, el Alcalde del período 1985-1990 fue asesinado en 1986 y en algún momento el servicio de salud tuvo que cerrar.

Shuaro ha sido un lugar golpeado por la época del terrorismo y un poco desolado el distrito, con el tiempo poco a poco fue poblándose y también fue mejorando con respecto a salud. La gente estaba temerosa, desconfiada, pero hemos ido concientizando en el tema con las enseñanzas a su equipo, poco a poco, hemos ido viendo su entusiasmo de toda la comunidad. (Personal de salud de la Red Chanchamayo)

Indudablemente las secuelas todavía se pueden todavía apreciar, lo que obliga a seguir mejorando las relaciones entre el Estado y la población, uno de cuyos pilares son los servicios públicos, en particular los servicios de salud.

...jóvenes, mujeres, huérfanos que han quedado chiquitos, pero hoy son jóvenes, pero todavía están con ese resentimiento social que hasta el momento no son resarcidos, entonces ese dolor todavía existe en la sociedad, tanto nos hiere, que de alguna manera se les debe ayudar a esa gente. (Vilma Cabezas. Gobernadora del Distrito).

IV. Desarrollo de la experiencia

Antecedentes

En esta experiencia se tuvieron en cuenta algunos aspectos del contexto nacional, regional y local que permitieron la puerta de entrada y legitimizar la experiencia de incentivos no dinerarios:

- **En el año 2004** el distrito de Shuaro como parte del proceso de Municipios Saludables, aprueba la ordenanza municipal para su implementación¹⁸ y se forma el COTED¹⁹ como espacio de concertación y legitimización de las políticas públicas locales, donde participan los principales sectores y organizaciones distritales liderados por el Gobierno Local. Funciona con planes de trabajo anuales y se reúne de manera periódica una vez por mes.
- **En el año 2005** el Ministerio de Salud oficializa los Lineamientos de Política Nacional de Recursos Humanos en Salud²⁰, considerado un instrumento que marca un hito en la gestión de los Recursos Humanos y que forma parte de la Década de los Recursos Humanos en Salud²¹.

[18] Ordenanza Municipal N° 002-2007/MDSLSH. SL de Shuaro, 24 de Mayo del 2004. Aprueba la implementación de la Estrategia de Municipios Saludables en el distrito de San Luis de Shuaro.

[19] Ordenanza Municipal N° 018-2004/MDSLH. SL de Shuaro, 03 de Setiembre del 2004. Conformar el Comité Técnico Distrital (COTEDI), con la finalidad de implementar la estrategia de Municipios Saludables en la jurisdicción.

[20] Resolución Ministerio N° 1007-2005 que oficializa los "Lineamientos de Política Nacional de Recursos Humanos en Salud"

[21] Década de los Recursos Humanos en Salud. Desafíos del Llamado a la Acción de Toronto para una Década de Recursos Humanos en Salud 2006-2015, se trata de "colocar a las personas adecuadas en los lugares adecuado, consiguiendo una distribución equitativa de profesionales de la salud en las diferentes regiones, de acuerdo con las diferentes necesidades de salud de la población".

El Plan Regional Concertado de Salud (PRCS) de la Región Junín,²² del año 2005 estableció las políticas y prioridades regionales de salud. En cuanto a los recursos humanos en salud (RHUS) considera que estos son el aspecto fundamental de la gestión y visiona alcanzar RHUS competentes, motivados y satisfechos.

La política N° 12 del PCRS referida al desarrollo de RHUS basado en competencias, señala que la implementación será a través de a) Implementación y desarrollo de los Centros de desarrollo de competencias (CDC), b) Competencias genéricas y específica, c) Mecanismos de incentivos, d) Modelo regional de gestión de RHUS.

- **En el año 2006** se aprueban ocho lineamientos de política regional para el desarrollo y gestión de los RHUS en la Región Junín, y se forma el Comité Técnico Regional de RHUS instancia que pertenece al Consejo Regional de Salud²³. De igual manera para poder implementar las políticas de RHUS a nivel local en la Red Chanchamayo en agosto del 2006 se conformó el Comité de Gestión y Desarrollo de RHUS²⁴, que posteriormente es reforzado con nuevos integrantes en diciembre de ese año²⁵.

En la MR de San Luis de Shuaro con la participación de los integrantes del COTEDI, la Dirección Regional de Salud Junín (DIRESA) y la Red Chanchamayo, se identificaron y priorizaron los problemas de RHUS, lo cuales estuvieron enfocados en dos aspectos centrales: el trato a los usuarios y las necesidades de capacitación del personal de salud, diseñándose recomendaciones y estrategias.

La DIRESA Junín desarrolló una política de incentivos en base a la evaluación del desempeño, que en diciembre tuvo una norma regional²⁶ que oficializó los procedimientos para la elección del mejor trabajador en la DIRESA.

[22] Ordenanza Regional N° 024-GRJ/CR. Aprueba el Plan Regional Concertado de Salud Junín 2005-2012. Huancayo, 31 de Agosto 2005

[23] Ordenanza Regional N° 047-GRJ/CR. Ordenanza Regional que Aprueba Ocho Políticas Regionales de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la Región Junín y oficializa el Comité Técnico Regional de Recursos Humanos en Salud. Huancayo, 05 de Agosto del 2006.

[24] Resolución Directoral N° 090-06/GR-Junín/UTES-CH. conformó el Comité de gestión y desarrollo de RHUS de la UTES Chanchamayo. La Merced, 14 de agosto del 2006.

[25] Resolución Directoral N° 119-06/GR-Junín/UTES-CH. Incorpora miembros al Comité de gestión y desarrollo de RHUS de la UTES Chanchamayo. La Merced, 15 de diciembre del 2006.

[26] Resolución Directoral N° 792-2006-DRS/OEGDRH. Aprobación de la Directiva Administrativa N°004-2006-DRS-OEGDRRH, Procedimiento para la elección del mejor trabajador en las unidades ejecutoras de la DIRESA Junín. 06 de Diciembre 2006.

- **En el año 2007**, la asistencia técnica realizada por USAID a través del Proyecto “Mejorando la salud de los peruanos”²⁷, apoyó el desarrollo de políticas regionales de RHUS de la DIRESA Junín. Para impulsar estas políticas se conformó el Comité Técnico de RHUS²⁸ en el Consejo Regional de Salud (CRS) de Junín y el Comité de RHUS a nivel de la DIRESA Junín, diseñándose una serie de políticas e instrumentos con el eje de las competencias.

En la Red Chanchamayo, se implementó una norma sobre incentivos²⁹, realizándose la designación del mejor trabajador de la Red³⁰.

Para analizar y discutir la propuesta de incentivos la MR San Luis de Shuaro, re conformó su equipo de gestión administrativa³¹. A nivel del Municipio se reactivó y fortaleció el COTEDI, luego de un mapeo rápido se renovó la representación de las juntas vecinales de la localidad y se formalizó su reconocimiento, mediante acuerdo municipal³². Ese año también se avanzó en la formulación de una Resolución de Alcaldía sobre los incentivos³³.

Para continuar la operacionalización de las políticas de RHUS formuladas por la DIRESA Junín y en respuesta a la situación local de los RHUS, USAID | Iniciativa de Políticas en Salud brindó la asistencia técnica para impulsar el proceso de implementación de las políticas de incentivos no monetarios en Shuaro, entre los meses de marzo del 2008 y abril del 2009.

Primera etapa: Alineamiento institucional del sector salud con la política regional de RHUS. Marzo - Mayo 2008.

Entre la formulación de las políticas de salud (2005) y del desarrollo de las políticas regionales de recursos humanos (2006 - 2007) a la fecha de inicio de la asistencia técnica del proyecto en la región, había transcurrido un lapso de tiempo durante el cual se habían renovado los equipos de gestión de la DIRESA y de la Dirección de Recursos Humanos (RHUS).

[27] Implementado por PATHFINDER INTERNATIONAL

[28] Resolución Directoral DIRESA Junín. Conformo el Comité Técnico de RHUS de la DIRESA Junín. 2007.

[29] Resolución Directoral Red Chanchamayo. Reconocimiento de Incentivos. 2007.

[30] Resolución Administrativa N° 091-07/GR-Junín/Red-S-CH. Reconoce a la mejor trabajadora del año 2006. La Merced, 04 de mayo del 2007.

[31] Resolución Directoral N° 090-07/GR-Junín/UTES-CH. Conformación del Equipo de Gestión de la MR Shuaro. La Merced, 18 de agosto del 2007.

[32] Acuerdo de Consejo 015-2007/MD SLSH. Reconocimiento de la directiva de la Junta de Vecinos 2007-2008. Shuaro, 13 de julio del 2007

[33] Resolución de Alcaldía N° 0143-2007-A/MDSLSH. Procedimiento para la Elección del Mejor Trabajador en Salud de la Jurisdicción de San Luis de Shuaro. Shuaro, 03 de Agosto del 2007.

Por ello se buscó en un primer momento homogenizar los enfoques sobre las políticas de RHUS y fortalecer los equipos de gestión de RHUS tanto a nivel de la DIRESA, como de las Redes y Micro-Redes de servicios de salud, realizándose un intensivo trabajo de fortalecimiento de capacidades y de alineamiento en los niveles regional, provincial y distrital del sector en torno a las políticas formuladas.

En esta etapa se identificaron actores claves que deberían ser sensibilizados (Equipo de gestión de la DIRESA, Red, MR, Alcalde del distrito, regidor de salud, responsable de la Oficina de Desarrollo Local, entre otros). Se realizaron reuniones de trabajo con la Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos de la DIRESA, agendando la gestión de RHUS basado en competencias y la implementación de las políticas regionales de RHUS relacionadas con la motivación del personal.

Es así que la DIRESA Junín tomó la decisión de realizar intervenciones orientadas a establecer políticas de incentivos no monetarios. Se constituyó el Comité de Recursos Humanos de la DIRESA para conducir la implementación de las Políticas Regionales de RHUS. Este comité integra a funcionarios vinculados a la gestión de los RHUS, con el encargo de establecer el marco conceptual de referencia para los planes, acciones y estrategias para aplicar y alcanzar las políticas de gestión de los RHUS; así como las políticas de gestión de la calidad, regulación y protección de los derechos en salud³⁴.

En este espacio se planificó la implementación de la política de incentivos y motivación del personal y se formularon los criterios de selección de las Microrredes de Salud (MR) que participarían en la experiencia inicial.

Cuadro 3: Criterios de selección de Microrredes para la implementación de la Política de Incentivos

- Población mayor a 3000 habitantes
- Presencia de cabecera de MR
- Implementación de la estrategia de municipios saludables
- Adecuada accesibilidad geográfica
- Experiencia previa de coordinación con el GL
- Equipo de gestión MR activo
- Gerencia de Desarrollo Local activo y dinámico
- Responsable de Recursos Humanos de la MR

[34] Resolución Directoral N° 197-2008-DRS]/OEGDRH. Aprueba conformar comité técnico de gestión de Recursos Humanos en salud, gestión de la calidad y regulación y derechos en salud de la DIRESA Junín. Huancayo, 25 de abril del 2008.

Por lo que en función de estos criterios la DIRESA y las Redes de Servicios de Salud identificaron ámbitos de intervención inicial para aplicar la experiencia de incentivos, en la que fueron seleccionados la MR Pichanaki, Acolla, San Luis de Shuaro y Pucara³⁵.

La Red de Servicios de Salud Chanchamayo quien participo en la identificación de los ámbitos de intervención, identifico a la MR Shuaro para implementar esta experiencia de incentivos:

...hicimos una primera evaluación para determinar el lugar y ver que potencialidades tenían, y se determinó que había una correlación con el gobierno local y con la comunidad, es así como se elige al distrito de Shuaro.
(Personal de salud de la Red Chanchamayo)

Para contar con instrumentos que nos permita evaluar la intervención de incentivos una vez culminado, se impulso el taller de “Metodología del Estudio del Clima Organizacional”³⁶ con la asistencia técnica de la DIRESA Junín, el Ministerio de Salud (MINSA) y USAID a través del Proyecto de Iniciativa de Política en Salud, dirigido a los equipos de las Redes y MR priorizadas, que posteriormente fueron replicadas en las MR formulando planes de trabajo locales.

A nivel de la Red se impulso la conformación de Comités de Recursos Humanos, integrado por los jefes de las unidades orgánicas de la Red, de igual manera en las MR se realizaron reuniones de sensibilización³⁷. La Red Chanchamayo dispuso la re conformación del equipo de gestión de la MR SL Shuaro³⁸, incorporando al responsable de Recursos Humanos.

En el nivel local se realizaron reuniones de sensibilización en el espacio del Comité Técnico Distrital y dado que una de las conclusiones a las que llegaron tanto los equipos de salud, como el gobierno local y la comunidad organizada era conocer la problemática de los RHUS en los establecimientos de salud de la MR San Luis de Shuaro, acordaron realizar un trabajo conjunto para desarrollar el diagnostico participativo en recursos humanos en salud e identificar las percepciones y perspectivas sobre la situación de los mismos en el nivel local. Para tal efecto se realizó el “Taller de Diagnóstico Participativo de Recursos Humanos en Salud”, con

[35] Resolución Directoral N° 498-2008-DRSJ/OEGDRH. Selecciona sedes de intervención inicial para implementar las políticas del Plan Concertado Regional de Salud a MR de Pichanaki, Acolla, San Luis de Shuaro y Pucara. Huancayo, 11 de junio del 2008.

[36] Acta de compromiso del Taller de Metodología del Estudio del Clima Organizacional. Huancayo 07 de agosto del 2008.

[37] Resolución Directoral N°065-08-GR/JUNIN/RED S.CH “Conformación del Comité de Implementación de las Políticas de Recursos Humanos de la Red Chanchamayo

[38] Resolución Directoral N° 108-08-GR/Junín/Red SCH. Conformo equipo de gestión administrativa de la MR SL Shuaro. La Merced, 18 de agosto del 2008

participaron de las Redes, MR, puestos y centros de salud, Gobierno Local, Juntas Comunales y Vecinales, agentes comunitarios de salud y los integrantes del COTEDI.

En el taller se analizó la situación de la gestión de los recursos humanos en salud. Los problemas priorizados fueron la inexistencia de una propuesta institucional de incentivos para el personal, y el escaso interés de los servicios de salud por los aspectos de bienestar social de los trabajadores.

En esa reunión se hace el diagnóstico... recabando las opiniones de cómo la población es atendida por el personal de salud, para ver lo que es satisfacción usuario externo y también como el usuario interno, o sea el personal, en que condiciones labora, como es tratado por su jefe, así pues acerca el clima laboral. Se ha visto que el primer problema era la desmotivación del personal, no se sentía motivado para poder trabajar con mayor interés, con dedicación, incluso a los que daban más de su tiempo, no había ese reconocimiento, ni de jefatura y menos de las autoridades... (Personal de salud de la Microred San Luis de Shuaro)

El análisis causal desarrollado en el taller, consideró los siguientes aspectos:

- La polifuncionalidad del personal de salud,
- La inadecuada comunicación,
- Las deficientes relaciones interpersonales,
- La falta de valoración al trabajador como ser humano (se le considera como un recurso más),
- La sobrecarga de trabajo en el personal, por su reducido número.

Una de las estrategias priorizadas para enfrentar los problemas descritos fue el desarrollo de una propuesta de incentivos no dinerarios, con el involucramiento de la comunidad y el gobierno local.

Segunda etapa: Acondicionamiento del espacio local. Junio - Julio 2008.

En esta etapa se generaron las condiciones para la implementación local de la política de incentivos. La MR de Shuaro con la asistencia técnica de USAID | Iniciativa de Política en Salud, buscó sensibilizar y comprometer a las organizaciones sociales y al gobierno local con la propuesta de incentivos.

Se trabajó con el gobierno local (Alcalde, Regidores, Oficina de Desarrollo Local) para sensibilizar a la gestión municipal hacia el tema de los RHUS y la política de incentivos, ampliando el enfoque de salud existente (concentrado en los aspectos de

infraestructura y equipamiento de servicios de salud) hacia un enfoque de promoción de la salud, propiciando su intervención hacia el desarrollo de capacidades, para que el gobierno local conduzca la salud pública en el ámbito distrital.

El equipo municipal acogió la propuesta, canalizando sus preocupaciones sobre la marcha de los servicios de salud y valorando la oportunidad de extender el campo de acción del gobierno local. El municipio reforzó la Oficina de Desarrollo Local con nuevos recursos humanos, incorporando el tema RHUS e incentivos en la agenda de esta oficina. Igualmente se comprometió en la reactivación del COTEDI.

Con el COTEDI se trabajó el fortalecimiento de capacidades dando un nuevo impulso a este espacio que tenía una tradición de diálogo y concertación sobre los problemas locales y de acción en temas sanitarios, reactivando su agenda con los temas de RHUS y la política de incentivos. Un importante aspecto que se trabajó fue el papel de las organizaciones comunitarias en la vigilancia ciudadana del proceso.

Asimismo para que haya una participación efectiva y organizada de la comunidad en el tema de incentivos, se realizó incidencia para el reconocimiento de las juntas comunales y vecinales por parte del Gobierno Local³⁹.

Tercera etapa: Desarrollo local de la política de incentivos. Agosto 2008 – Abril 2009.

Luego de la sensibilización y capacitación de los actores locales en torno a la propuesta de incentivos (Gobierno Local, Equipo de Gestión de la MR, representantes de las Juntas Vecinales y Comunales y Agentes Comunitarios en Salud) y del fortalecimiento del COTEDI, se desarrollaron los pasos para la implementación local de la política de incentivos.

a) Formulación de los procedimientos para designar al mejor trabajador.

Se realizaron reuniones de trabajo con cada uno de los actores locales, para determinar los mecanismos mediante los cuales se designaría o elegiría al mejor trabajador de salud de la MR.

[39] Resolución de Alcaldía N° 096. "Reconocimiento de los Agentes Comunitarios de Salud"
Resolución de Alcaldía N° 098 "Reconocimiento de las Juntas Comunales y Vecinales"

Cuadro 4: Orientaciones generales para el proceso de elección de Mejor Trabajador de Salud

- Debe ser un proceso realizado por los propios trabajadores,
- Debe tener garantías explícitas para su realización participativa
- Es un proceso público
- Busca reconocer los esfuerzos y logros en el cumplimiento del trabajo de salud

Con la MR de Salud, la DIRESA y la asistencia técnica de USAID | Iniciativa de Política en Salud se trabajó la adecuación al nivel local de la Directiva de reconocimiento del mejor trabajador, elaborada y oficializada por la DIRESA Junín en el 2006⁴⁰.

Los acuerdos y recomendaciones de la MR sobre la Directiva, fueron en torno a los factores de evaluación basados en competencias, los aspectos organizativos del proceso de elección del mejor trabajador (formación de una comisión evaluadora) y los aspectos de difusión pública⁴¹.

Con el Gobierno Local, se revisó la propuesta de Directiva presentada por la MR de Salud. La propuesta inicial del Municipio era desarrollar la experiencia en otros sectores del distrito acordándose empezar la experiencia con el sector salud.

Tuvimos una reunión del COTEDI y queríamos premiar al mejor trabajador público. Yo también pedí como alcalde que se premiara a los de la municipalidad, el teniente de la policía dijo yo también, el del colegio también, pero decidimos todos iniciar con salud, y más adelante con las otras instituciones. (Luis Meza. Alcalde Municipio San Luis de Shuaro)

Para facilitar el diseño, institucionalización y legitimización se acordó incorporar en la Comisión Evaluadora a los representantes de las juntas vecinales y comunales, así como al encargado de la Oficina de Desarrollo Local del Gobierno Local. También se acordó realizar el reconocimiento del mejor trabajador de salud en un acto público, como parte de las actividades centrales por el aniversario del distrito en el mes de junio.

[40] Resolución Directoral N°792-2006-DRSJ/OEGDRH "Procedimientos para elegir al Mejor Trabajador de Salud " del 06 de diciembre de 2006.

[41] Taller COTEDI. Implementación de la Directiva de Mejor Trabajador de Salud. Shuaro, 30 de agosto del 2008.

Con el COTEDI, en un taller se revisó la propuesta, precisándose los tipos de beneficios e incentivos⁴². Asimismo se incorporó en el instrumento de evaluación un puntaje adicional al personal de salud que participe en procesos de mejora continua de la calidad del establecimiento de salud.

Los representantes vecinales propusieron la incorporación de mecanismos de vigilancia ciudadana en el proceso y solicitaron asumir el rol de veeduría durante la evaluación y calificación del mejor trabajador.

b) Constitución del Comité Evaluador.

Luego de ser consensuada la directiva, se estableció una comisión calificadora y evaluadora⁴³, con representantes de los tres sectores comprometidos y se estableció un cronograma de trabajo con el conjunto de actividades del proceso.

Cuadro 5: Integrantes de la Comisión Evaluadora

- Alcalde Distrital
- Jefe de la Oficina de Desarrollo Local de la Municipalidad
- Jefe de la MR de Salud
- Jefe de la Unidad de Recursos Humanos de la MR,
- Representantes de los Trabajadores
- Representantes de las Juntas Comunales y Vecinales

La comisión definió una serie de incentivos no dinerarios para el personal seleccionado como mejor trabajador de salud de la MR.

Estos incentivos buscan documentar el reconocimiento (Resolución de Alcaldía, diploma), realizar su difusión pública (publicaciones, perifoneo) y otorgan beneficios tangibles para los trabajadores (programas de turismo, días libres).

Cuadro 6: Incentivos no dinerarios seleccionados

- Agradecimiento o felicitación por escrito a través de una Resolución de Alcaldía con copia a legajo
- Diploma, medalla y pines de mérito, becas de estudios y/o capacitación
- Programas de turismo
- Reconocimiento público (por altavoz), expresando los logros personales respectivos
- Otorgamiento de días libres con goce de haber
- Reconocimiento con publicación y fotografía en revistas institucionales y periódico mural
- Conformar equipos de trabajo de responsabilidad institucional

[42] Acta de fecha 01 de septiembre de 2008. "Conformación del Comité calificador y Evaluador a Mejor Trabajador de Salud".

[43] Acta de la reunión extraordinaria del COTEDI SL Shuaro. Shuaro, 01 de setiembre del 2008.

Igualmente la comisión revisó y preparó los instrumentos de calificación⁴⁴ para el proceso de elección del mejor trabajador.

c) Elección del Mejor Trabajador de Salud.

Se realizó la sensibilización al conjunto del personal de salud de los establecimientos de la MR, indicando el propósito de la elección, los plazos y procedimientos a seguir.

Uno de los mecanismos establecidos considera que los jefes de los establecimientos de salud proponen a los candidatos ante el Comité Evaluador, con el respaldo del 50 % del personal del establecimiento.

Posteriormente, a fines de octubre del 2008⁴⁵ la comisión evaluadora realizó la selección del mejor trabajador de la MR, aplicando los instrumentos establecidos.

Fueron seleccionados dos trabajadores, técnicos de enfermería, uno de los servicios de salud de la MR como establecimiento y el otro de un puesto de salud de la MR (periferia).

d) Resolución de Alcaldía de Reconocimiento al Mejor Trabajador.

Luego de presentado el informe de la comisión el Gobierno Local acordó en sesión de consejo expresar el reconocimiento a los trabajadores seleccionados mediante Resoluciones de Alcaldía promulgados en octubre del 2008^{46,47}.

Posteriormente el boletín municipal editado por el aniversario del distrito hizo una reseña sobre los trabajadores seleccionados⁴⁸.

e) Ceremonia de Premiación.

La ceremonia de premiación se realizó en abril del 2009, en un evento público, en el auditorio municipal, el gobierno local entregó las resoluciones de Alcaldía,

[44] Se aplicaron los formatos que el MINSa diseñó el 2005 en la Directiva N° 072-MINSa/OGGRH-V.01 (Procedimientos para elegir al mejor trabajador). Formato A: Calificación del jefe inmediato del candidato al mejor trabajador; Formato B: Evidencias para la calificación, y; Formato C: Calificación del comité evaluador y calificador del candidato al mejor trabajador.

[45] Acta de evaluación para elección del mejor trabajador de la MR de SLSH. 23 de octubre del 2008.

[46] Resolución de Alcaldía N° 273-2008/MDSLS. 27 de octubre del 2008

[47] Resolución de Alcaldía N° 274-2008/MDSLS. 27 de octubre del 2008

[48] Boletín 31° Aniversario de creación política del distrito de San Luis de Shuaro. Municipalidad de San Luis de Shuaro.

diplomas y artículos electrodomésticos a los trabajadores seleccionados en el proceso.

f) Evaluación y proyección del trabajo

Se realizó una evaluación del proceso de implementación de los incentivos no monetarios en un taller con la participación de los actores locales involucrados, representantes de la DIRESA Junín y el Proyecto.

El Alcalde hizo un recuento de las actividades realizadas, señalando el significado de los incentivos y los roles desempeñado por los diferentes sectores en la experiencia. Reafirmó el compromiso del gobierno local para su continuación de la experiencia y la propuesta de ampliar el proceso de elección del mejor trabajador involucrando a todas las entidades públicas de la localidad (educación, municipio y policía nacional).

La DIRESA Junín presentó una hoja de ruta sobre la proyección de la experiencia, presentando los pasos y compromisos a desarrollar a nivel de la DIRESA, Redes y MR de la región.

V. Resultados

- Se ha desarrollado la implementación de la política de incentivos no dinerarios a nivel local, en base a la interacción del sector salud, con los actores locales, el municipio distrital y las organizaciones sociales articuladas en el COTEDI.
- Se ha realizado el proceso de elección del mejor trabajador de la MR, de manera transparente y participativa, despertando el interés de los trabajadores de salud.
- Se ha abierto un camino inicial para desplegar el rol del gobierno local como conductor de las políticas sociales de la localidad, en la perspectiva de la gestión municipal de la salud y la educación que demanda la descentralización.
- Se han dado pasos importantes para la institucionalización de la experiencia, con un marco normativo del gobierno local, la cogestión en el financiamiento de componentes de la experiencia por parte del municipio y la conducción local de la MR.

...el hecho del incentivo es que es casi una ley, esta ayudando a que a los responsables de salud de aquí, de esta zona, tomen mayor conciencia del compromiso y eso lógicamente mejora el servicio de salud, ha sido una cuestión importante eso de los incentivos, premiar a los mejores del personal de salud, nosotros no podemos dar ahorita resultados grandes porque recién es nuestra primera experiencia, esto se va a ver dentro de algunos años, ya lo estamos viendo, el compromiso que están tomando las personas, porque ya esta una normativa y cuando es normativa municipal, ya es una cosa mas seria. (Juan Yalico. Teniente Alcalde Municipio San Luis de Shuaro)

- Se ha consolidado la relación de trabajo entre el gobierno local y la MR, generándose la inversión del municipio en salud. En el presupuesto participativo se ha considerado acciones relacionadas a incentivos.

- Se ha fortalecido el rol rector de la DIRESA Junín y sus niveles de organización (Red, MR), en la conducción y asistencia técnica del proceso.
- Se ha empezado a responder a las necesidades del personal de salud, estimulando el buen desempeño profesional y técnico, sujetos a la opinión ciudadana; y se ha contribuido a fortalecer la autoestima y dedicación del personal de salud.

...el personal que al menos se interesa en desarrollarse, ahora se han inscrito incluso en cursos a distancia, porque la intención es capacitarse y tener el diploma con el cual se va a presentar a alguna evaluación o concurso y también creo que se están cambiando algunas actitudes ya que si estamos al ojo de todos de mis compañeros y de la población, entonces debo cambiar de actitudes, desarrollar mejor mis actividades, tener mejores relaciones interpersonales. A menos se ha visto ese cambio, aunque mínimo pero se esta viendo, porque yo pienso que nadie va a querer si hay este proceso e evaluación quedarse sin entrar. Como seres humanos queremos siempre desarrollarnos, mejora, al menos eso es lo positivo que se esta viendo a la fecha. (Personal de salud de la MR San Luis de Shuaro)

VI. Factores facilitadores y obstaculizadores del proceso

Factores Obstaculizadores

Para el desarrollo de esta experiencia los actores encontraron algunas dificultades que hicieron el proceso más lento de lo que se esperaba, entre ellas podemos mencionar las siguientes:

- **Limitados procesos de coordinación en el sector salud.**

Al inicio de la intervención se evidenció las limitaciones de la coordinación entre la DIRESA Junín, la Red Chanchamayo y la MR SL Shuaro.

Al mismo tiempo se constató que la implementación de la política de incentivos constituye un nuevo campo de acción en la gestión de los RHUS, que escapa de la actividad tradicional más enfocada en los aspectos de administración del personal y concentrada en las jefaturas de las oficinas de RHUS.

- **Los RHUS no son parte de la agenda cotidiana de los actores locales.**

La demanda habitual de los actores locales (Gobierno local, líderes o representantes de organizaciones vecinales y comunales) apunta a los aspectos de infraestructura y equipamiento de los servicios de salud. Indirectamente se percibe el tema de los RHUS sólo limitado a los problemas de relaciones interpersonales entre el personal, así como la relación usuarios y prestadores en los servicios, referida a trato, resolución de problemas y cumplimiento de horarios.

La intervención de estos actores en el tema de RHUS, es también un nuevo campo, pero susceptible —con las estrategias y metodologías adecuadas— de ser incorporada en la agenda de los actores locales.

- **Bajo nivel de conocimiento sectorial en la gestión de RHUS.**

En la etapa inicial de desarrollo de la experiencia se encontró que en los diferentes niveles del sector salud, especialmente a nivel de la Red y de la MR, el conocimiento para la gestión de RHUS es limitada.

Esto se da en un contexto de fondo -como se ha señalado- de gestión tradicional de los RHUS, donde está ausente o es muy limitada la formación de equipos que conduzcan la gestión de RHUS con un nivel de conocimiento y dedicación, debido a que la acción del personal responde principalmente a la demanda de prestaciones de salud, al mismo tiempo que a la labor administrativa.

- **Movilidad y dispersión del personal capacitado.**

Al igual que en otras experiencias, se encontró una movilidad del personal por cambio de función o cambio de ubicación del personal de salud, tanto asistencial como directivo, que fueron capacitados e involucrados en el proceso de intervención.

Esto obedece a la existencia de diversas modalidades de relación laboral del personal, a los cambios por “necesidades de servicio”, y en algunos casos se debe a cambios administrativos o políticos en los niveles directivos, que traerá consigo la conformación de nuevos equipos.

Se cambia de dirección y se cambia todo, cada uno viene con su gente, esa es la realidad. Por el movimiento de personal también que hay, ya no te puedes meter en otras funciones, pero si hay compromisos, si la dirección te dijera sabes que esto va a seguir funcionando con cada persona cada tiempo, y sigues trabajando. (Personal de salud de la Red Chanchamayo)

Esta situación llevó a programar nuevas acciones de fortalecimiento de capacidades con el personal que se incorporaba a la experiencia.

- **Cultura organizacional resistente al cambio.**

La intervención requiere la acción dinámica del sector salud en el nivel local, donde se concreta la política implementada.

Las limitaciones de la gestión pública habitualmente de una gestión tradicional de los RHUS centrada en los aspectos administrativos, produce una acumulación de tensiones y un micro clima laboral con relaciones personales encontradas, poca práctica de trabajo en equipo y diversos grados de desmotivación del personal.

En esta situación el desarrollo de una propuesta innovadora en torno a los RHUS, puede ser percibida como una amenaza por algún sector del personal, como se denotó en los momentos iniciales de la experiencia, haciendo que la intervención avance lentamente, hasta que pudo desplegarse.

Los que trabajamos en salud tenemos temor al cambio, eso se ha dado al comienzo. En mi espacio uno es celoso, ¿porque otro tiene que intervenir?, eso es normal y natural. Ahí es muy importante ver el espíritu del establecimiento y su equipo, para haber logrado el cambio de actitudes de nuestro personal... (Soledad Casallo. DIRESA Junín)

El personal nombrado, el personal técnico de salud no quería ser evaluado justamente por ser nombrado, ¿cómo va ser eso?, nunca ha sucedido, yo no estoy de acuerdo y cuando se hizo la invitación, se entregó documento para que ellos participen y presenten sus documentos, pero no dieron esa observación, ni querían competir, decían yo soy antigua ¿cómo voy a competir con una nueva? (Personal de salud de la MR San Luis de Shuaro)

- **Los factores climatológicos.**

En la época de invierno las carreteras están interrumpidas por las constantes lluvias y huaycos dificultando la participación a las reuniones y talleres programados.

Factores Facilitadores

Para el desarrollo de esta experiencia se tuvo algunas condiciones que permitieron lograr el compromiso de las autoridades locales y regionales, los mismos que debemos tener en cuenta, entre los que podemos mencionar los siguientes:

- **Marco de políticas de RHUS**

El desarrollo en los últimos años de políticas de RHUS a nivel nacional y regional, que revaloran el recurso humano y que comparten el enfoque integral de la gestión moderna de los RHUS, posibilita el encuentro entre el sector y la asistencia técnica, facilitando la cooperación y la interacción de capacidades.

Las intervenciones y asistencia técnica realizada, son parte de un conjunto de intervenciones en el campo tanto de los RHUS, como de la gestión sanitaria, no es arbitrario desde las necesidades externas de un proyecto determinado, sino obedece y responde a demandas y necesidades regionales para implementar políticas previamente definidas.

- **Contexto local con historia de trabajo en salud**

San Luís de Shuaro tiene una larga experiencia relacionada a actividades e intervenciones en salud. Desde que en el 2004 se inició el trabajo de salud en la orientación de municipios saludables, se ha mantenido una continuidad de intervenciones vinculadas a diversos temas sanitarios.

Muchas de estas intervenciones se mantienen en el tiempo, como se puede constatar con la sencilla observación de un pueblo con calles limpias, con tachos de colores diferenciados para la basura, así como en la participación entusiasta y competitiva de la población en el concurso anual de barrios saludables.

La gente se emocionaba porque empezaban a hacer como una especie de concurso. Entonces entró a tallar ahí tanto el gobierno local como salud, visitando las viviendas para ponernos de acuerdo con la mayoría de las personas del campo que cocinan con leña y que debían tener un espacio para que no haya humo, no haya contaminación. Se empezó a dar charlas de donde deben botar basura, colocar tachos de basura orgánica e inorgánica; los colegios también se apersonan, porque ahí los niños ya iban con una mente más clara sobre el modo de poder hacer un movimiento saludable. (Personal de salud de la Red Chanchamayo)

Este concurso lo estamos haciendo ya 5, 6 años atrás, donde, cada año las madres limpian las calles, ponen sus tachos, pintan sus casas y adornan. Al inicio era ¿que nos va a dar el alcalde?, ¿cuanto nos va a pagar?, ¿que premio nos va a dar? poco a poco hemos tratado de cambiar esto y ahora en los últimos años, ya no piden premio y tratan de hacerlo lo mejor. Hemos tratado de bajar los premios lo mas mínimo posible y agradecemos que han tomado conciencia y ellos se sienten orgullosos de tener el pueblo hermoso, porque siempre vienen visitas de Tarma, Huancayo, Lima. Todos los presidentes de barrio han entendido eso y hemos empezado a trabajar en conjunto. (Luis Meza. Alcalde Municipio San Luis de Shuaro)

Esto propició un clima favorable para la intervención, no hay en los actores locales la sensación de extrañamiento frente a intervenciones externas, que aparecen en un determinado contexto, de tal manera que la experiencia realizada es sentida como una continuidad acumulativa de acciones en pro de la salud local.

- **Gobierno local emprendedor**

Se aprecian algunas características de dinamismo en el equipo y en la propia gestión del gobierno local, que salen del comportamiento promedio de la gestión municipal habitual.

Por un lado se aprecia el conocimiento de la problemática local y una preocupación tangible por el desarrollo centrado en la actividad principal de la población, con asistencia técnica e inversión en mejora de la producción agropecuaria local.

...el 95% de nuestro distrito se dedica a la agricultura y hemos visto que para mejorar la salud y educación es tecnificar a los agricultores, para que produzcan cantidad y calidad... Estamos colocando bastante la crianza de animales menores en cada comité de agricultores, ya están para empezar a trabajar con los huertos, tener huertos, frutas y verduras frescas, más animales menores como cuyes y gallinas ellos van a mejorar su economía y poco a poco queremos erradicar la desnutrición de estos humildes agricultores que están mas alejados. (Luis Meza. Alcalde Municipio San Luis de Shuaro)

Igualmente en cuanto al equipo que conduce el municipio, existe una comunidad de ideas, comparten una visión con valores, que se traduce en comportamientos y prácticas de buen gobierno y de solidaridad.

...veo la teología como la responsabilidad que el hombre tiene de ser consciente ante Dios de la administración total del universo, eso implica que debo ser responsable porque Dios me lo exige ante el medio ambiente, ante la creación, tengo que ser creativo, responsable en la cuestión de la justicia social, tengo que ser responsable en la organización de los pueblos, de las comunidades, de los proyectos que benefician al pobre, a los menesterosos, pero también en la propagación de valores, de principios... (Juan Yalico. Teniente Alcalde Municipio San Luis de Shuaro)

El mismo hecho de ser un gobierno reelegido en dos periodos, propicia un manejo fluido de la administración local. Cuentan con un Plan Concertado de Desarrollo Local de calidad superior al de otros distritos semejantes, realizan el presupuesto participativo y presentan de manera pública los informes de gestión en los procesos de rendición de cuentas.

El gobierno local tiene interés por liderar y desarrollar acciones en el campo de la salud, ha sido permeable en acoger nuevos enfoques como el de la intervención realizada en el terreno de los RHUS y ha incorporado en el presupuesto participativo los proyectos de municipios saludables y la casa de espera.

El municipio es el que encabeza la coordinación entre las distintas instituciones y todos tenemos una misma meta, un mismo objetivo, y el objetivo es que el municipio sea sano y saludable y para eso no basta que una sola institución haga el esfuerzo si no todas las instituciones, con eso si convergemos, nos apoyamos mutuamente, acordamos iniciativas y estamos viendo ya los logros aquí en el distrito. (Juan Yalico. Teniente Alcalde Municipio San Luis de Shuaro)

Todas estas características han permitido contar con un interlocutor privilegiado para el desarrollo de la experiencia.

- **Espacio local de concertación**

La existencia de un espacio local como el COTEDI, donde se produce el encuentro entre el gobierno local, los sectores y la comunidad ha sido muy valiosa.

La existencia del COTEDI constituye un activo social. La intervención del proyecto supo desarrollar estrategias y metodologías para su reactivación y fortalecimiento, permitiendo su paulatina recuperación, hasta cobrar nuevo dinamismo y protagonismo en el proceso de la implementación de la política de incentivos.

...el trabajo que se ve aquí en San Luis es por el trabajo en equipo, alcalde, regidores, salud, educación, juez de paz, policía, gobernación y presidente de barrio, esa es la fortaleza que tiene aquí San Luis de Shuaro, no hay ninguna autoridad que diga no, todos aportamos al trabajo que nosotros encaminamos, el COTEDI, es el comité técnico distrital, que se reúne cada mes, cada primer viernes de cada mes nos reunimos el COTEDI con todas las autoridades que he mencionado, para ver los problemas que hay de agua, de salud, de desagüe, de animales que están en la calle y vamos solucionando mes a mes nuestros problemas... (Luis Meza. Alcalde Municipio San Luis de Shuaro)

Sobre la base de las acciones de Municipio Saludable que se tocaba en estos espacios, se pudo incorporar el tema de RHUS. El vínculo de coordinación para trabajar los temas de salud generó el compromiso de las autoridades políticas del ámbito local para ver el tema de incentivos, en especial del Alcalde del distrito.

- **Experiencia del equipo a cargo de la intervención**

La existencia de un equipo técnico como el del Proyecto, con experiencia en el tema de RHUS y con trabajo previo en las áreas y zonas de intervención, es un elemento que ha permitido su desarrollo.

Esto aporta otro activo importante, en cuanto al conocimiento de las instituciones, organizaciones y personas, así como del contexto local, además de aspectos no tangibles pero de igual importancia, como vínculos de confianza, que facilitaron el proceso de intervención al disminuir las previsibles resistencias que puede generar una intervención externa que recién toma contacto y abre un trabajo en el espacio local.

Esta circunstancia descrita, ha permitido disminuir los tiempos que demanda iniciar cualquier intervención de campo en una población, factor que no es desdeñable, toda vez que los tiempos de los proyectos son siempre restringidos y cualquier prolongación generará costos adicionales.

VII. Lecciones aprendidas

- **Anclaje en un marco de políticas nacional y regional.**

La legitimidad de las acciones realizadas se engarza en un marco de mandato político superior. En el caso de la experiencia presentada, esta tiene un fuerte anclaje en las Políticas Nacionales de Recursos Humanos de dimensión nacional sectorial y en el Plan Regional de Salud de dimensión regional, de tal manera que el desarrollo de la asistencia técnica es coherente y útil en el proceso de operacionalizar las políticas formuladas.

- **Alineamiento institucional del sector salud.**

El sector salud es un actor clave en el proceso de implementación de las políticas de incentivos. El alineamiento comprende la incidencia para el desarrollo de la política, de arriba hacia abajo en los tres niveles DIRESA, RED y MR, que en general se corresponden con la organización política del país (región, provincia y distrito), importante para la interacción con los órganos de gobierno sub-nacional existentes (gobierno regional y gobiernos locales provinciales y distritales).

En cada uno de estos niveles la asistencia técnica, a través de la sensibilización, capacitación, constitución de equipos de RHUS y de la formulación de normas y el desarrollo de estrategias, logró configurar un accionar homogéneo del sector.

- **Desarrollo de los arreglos institucionales en el sector salud.**

Por las tradiciones normativas del sector y de la gestión pública, es imprescindible generar los instrumentos de política específica, que normen y orienten el proceso de implementación de la política (resoluciones, directivas, acuerdos, etc.) así como los instrumentos de aplicación (guías, manuales, hojas de ruta, etc.) en todos los niveles de gestión sectorial, de tal manera que a pesar de las posibles rigideces en el desarrollo de las acciones, existan las garantías de un proceso orgánico al sector.

De igual manera, la aplicación de la política requiere de instancias orgánicas o funcionales ad-hoc, que en la experiencia tomaron la forma de Comités de Gestión de Recursos Humanos, posibilitando la conformación de equipos con responsabilidad y especialización para conducir la implementación de la política.

- **Refuerzo del espacio de concertación local**

En la experiencia, la existencia de un espacio local ya formado, con una historia anterior de funcionamiento y actuación, ha sido uno de los elementos centrales, que posibilitaron el desarrollo de la intervención.

Esto ha permitido, contar con un espacio donde las propuestas van madurando y se recrean, recogiendo las opiniones y perspectivas de los actores involucrados, logrando consensos y compromisos de actuación, así como niveles de legitimación social e institucional.

Tener una valoración del estado orgánico, en cuanto a funcionamiento y representatividad real de estos espacios para las tareas que demanda una intervención, es un aspecto que debe tenerse en cuenta en procesos similares. En la experiencia se supo desarrollar las estrategias de incidencia necesarias y de desarrollo de capacidades de los actores participantes, para su fortalecimiento, mejorando la representatividad social, formalizando su reconocimiento y dotándola de una metodología de trabajo.

- **Incidencia en el Gobierno Local**

El peso e importancia de los gobiernos locales en el conjunto de la vida política, económica y social en localidades de dimensiones semejantes a SL de Shuaro, es un factor a tomar en cuenta en el desarrollo de experiencias similares.

Además de las características positivas encontradas en la gestión municipal, se cumple el criterio de subsidiaridad propios de este nivel de gobierno, en cuanto a la cercanía e interacción con los ciudadanos.

En la experiencia, el involucramiento del gobierno local, alcalde, regidores y oficinas municipales, ha permitido que las acciones realizadas tengan el respaldo político necesario, a la vez que ha sentado las bases en los diferentes momentos de la intervención para la construcción de su institucionalización, en la forma de acuerdos de consejo, resoluciones municipales y asignación de partidas de los presupuestos a las actividades realizadas.

Por ello, la incidencia con los decisores de este nivel, es una estrategia que debe estar presente en la perspectiva de replicar la experiencia, con el diseño de metodologías y recursos para este fin.

- **Especialización en el tema salud y RHUS en el Gobierno Local**

La estructura de los gobiernos locales de las dimensiones de localidades como SL Shuaro, son de baja densidad institucional (estructura orgánica, personal, presupuesto, etc.) para el desarrollo y conducción de los programas sociales, en general. Los únicos programas existentes en muchos municipales son el vaso de leche y las DEMUNAS, con una mínima estructura orgánica y con limitados recursos humanos.

En la experiencia se apuntó a fortalecer la oficina de desarrollo local del municipio, como la instancia del gobierno encargada de la política social, como impulsar los temas de salud y RHUS.

Esto refuerza la institucionalización de la intervención, ya que en la estructura del Estado, incluso en un pequeño gobierno local, las actividades sin el respaldo de una estructura orgánica, no existirían para efectos prácticos en la formulación del plan operativo, la programación y asignación del presupuesto anual y las responsabilidades del personal.

VIII. Perspectivas

- **Consolidar el proceso**

Con los actores claves de la localidad debe consensuarse un plan de actividades para continuar la institucionalización de la experiencia, siguiendo la hoja de ruta formulada por la DIRESA Junín.

Entre otros aspectos se recomiendan los siguientes puntos:

a) Instrumentos de gestión.

- Ajustar el Plan de Desarrollo Concertado Local, para incluir objetivos estratégicos referidos a salud e igualmente sobre el desarrollo de los recursos humanos de la localidad.
- Ajustar los Planes Operativos Institucionales del gobierno local, Microrred, para incluir los aspectos de la elección del mejor trabajador y garantizar la asignación de presupuesto.
- En el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de la oficina de desarrollo del gobierno local, se deben incluir las actividades de fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos de las instituciones de la localidad.

b) Difusión del proceso.

- Si bien se ha realizado la difusión de resultados del proceso, se requiere reforzar la difusión con una hoja informativa simple, resumiendo los objetivos del proceso, informando sobre los resultados y la premiación, así como sobre las resoluciones de alcaldía.
- El público objetivo es el personal de las diferentes instituciones que brindan servicios en la localidad.

c) Fortalecimiento de capacidades.

- Se requiere seguir fortaleciendo las capacidades del equipo de la MR, COTEDI y gobierno local, en relación a las perspectivas de extensión de la política de incentivos hacia otros sectores, que demandará mayores exigencias.

d) Mesa de diálogo

- *De miras al proceso electoral que se avecina, es recomendable formar una mesa de diálogo con los partidos y movimientos políticos locales, a fin de presentar la experiencia, consensuarla y suscribir compromisos de apoyo y continuidad.*

Para nosotros es estratégico, porque tendríamos que vender nuestro producto a todos los candidatos, decirles miren señores con el otro se hizo esto y se puede, póngalo en su plan de trabajo para que postule. (Soledad Casallo. DIRESA Junín)

Se busca con la mesa de diálogo darle continuidad a lo avanzado, posibilitando la difusión de la experiencia con los líderes políticos locales.

Creo que como hay un trabajo inicial, la población ya tiene ese concepto de cómo trabajar, la población va a exigir de las próximas autoridades que tengan ese mismo perfil. Porque hay cosas muy al margen del celo político, hay cosas muy productivas que se han hecho por el distrito, entonces hay cosas que se tienen que continuar y otras cosas que deben sacarse... (Vilma Cabezas. Gobernadora del Distrito)

e) Reconocimiento por la Red y DIRESA del proceso de Shuaro.

- Si bien la Red Chanchamayo y la DIRESA Junín están involucradas en el proceso realizado, se requiere, por el impacto en el personal de salud, la expedición de una Resolución Directoral tanto a nivel de la Red como de la DIRESA de reconocimiento a los equipos de trabajo que impulsaron este proceso sobre la elección del mejor trabajador de la MR Shuaro.

...que importante que por lo menos nos reconozcan, que importa con una carta, una resolución y que nos digan que bien está usted, felicitaciones y mejore cada día mas. Simplemente eso emociona a la persona o sea aumenta su auto estima. (Soledad Casallo. DIRESA Junín)

f) Garantizar la permanencia de los equipos locales involucrados

- Se ha señalado la importancia de la permanencia de los equipos de gestión y de los líderes participantes en el proceso, garantizar su continuidad contribuirá a asentar la institucionalización de la experiencia.

Este factor es muy sensible en el personal de salud, que percibe la posibilidad de cambios administrativos en un futuro cercano.

...el año que viene se va a cambiar toda la estructura de la DIRESA. Para el año 2010 ya no vamos a trabajar como DIRESA si no con gerencias, o sea que van a ver gerencias en Chanchamayo que va abarcar todos los organismos estatales, llámese salud, comunicación, transporte, todo lo que es personal, igual también administrar lo que son nuestras micro redes, entonces estamos en una situación inestable de cómo vamos a trabajar nuestro personal. (Personal de salud de la Red Chanchamayo)

De igual manera para el gobierno local el compromiso del sector salud se debe expresar en la continuidad del personal, al respecto tienen una opinión crítica sobre algunos cambios ocurridos en años anteriores.

...hay cierta responsabilidad también en el sector, de repente no desde aquí del distrito, pero a veces nos han cambiado, se han llevado un médico que tenía plaza acá y de un momento a otro que nos dejan en el aire ... eso fue el año pasado, y no se nos explica la razón por qué se lo llevan o qué trámites han hecho para que el médico se vaya y nos quedamos sin médico, luego estamos a las espera de que venga su reemplazante, después dicen que su plaza no es acá, o sea ese tipo de cosas de alguna manera descoordina la buena intención que tenemos las autoridades acá y también el centro de salud. (Juan Yalico. Teniente Alcalde Municipio San Luis de Shuaro)

- **Continuación de la experiencia y ampliación a otros sectores de la localidad.**

Se debe continuar la experiencia, realizando la segunda elección del mejor trabajador de salud en Shuaro, para ello deben reactivarse los mecanismos de selección, con la asistencia de la DIRESA y reforzar los aspectos de convocatoria y difusión.

De acuerdo a las condiciones locales, debe evaluarse el escenario de desarrollo más favorable, en un contexto de año electoral. Se recomienda ampliar la experiencia hacia el propio gobierno local y con la policía nacional.

En esta perspectiva de extender la experiencia, están comprometidas las principales autoridades del distrito, como señala el Alcalde en relación a los incentivos:

Si, justamente es una forma de que el trabajador eleve su autoestima, que sienta que sirve en esta gestión y vamos a ver la forma de trabajar lo mismo en la municipalidad, como en educación. (Luis Meza. Alcalde Municipio San Luis de Shuaro)

Igualmente la Gobernadora comparte esa perspectiva:

Esto ha motivado bastante, creemos de que esto es necesario se haga extensiva con las demás instituciones, ya sea educación, con la policía nacional y la misma municipalidad. Pero hemos empezado con salud y creo que acá en San Luis de Shuaro ha tenido efecto porque es bueno reconocer a las personas que dan todo de si y al máximo de su esfuerzo. (Vilma Cabezas. Gobernadora del Distrito).

- **Proyección de la experiencia en la DIRESA Junín.**

Están dadas las condiciones para una extensión generalizada del proceso en la DIRESA Junín, en ámbitos similares al de la MR.

El proceso de implementación de la política de incentivos realizada en San Luis de Shuaro es factible de replicar en otras MR debido a que existen instancias de recursos humanos en las redes y MR con capacidad y voluntad para la incorporación de acciones en el tema de incentivos, así como gobiernos locales comprometidos e involucrados en participar en las acciones de la atención primaria de salud con énfasis en la política de RHUS.

Considerando estas características, existe la experiencia de haberlo replicado con los mismos procesos en la MR Pichanaki y Acolla con participación del gobierno local y organizaciones comunitarias.

En estas MR al igual que en la MR Shuaro, se encontró mayor coordinación entre salud y gobierno local por las acciones de promoción de la salud (estrategia de municipios saludables) hecho que facilitó la implementación; además se tomo en cuenta las lecciones aprendidas que permitió acortar algunas etapas como la sensibilización.

Bibliografía

Acuerdo de Consejo 015-2007/MD SLSH. Reconocimiento de la directiva de la Junta de Vecinos 2007-2008. Shuaro, 13 de julio del 2007.

Acta de la reunión extraordinaria del COTEDI SL Shuaro. Shuaro, 01 de setiembre del 2008.

Acta de evaluación para elección del mejor trabajador de la MR de SLSH. 23 de octubre del 2008.

Acta de compromiso del Taller de Metodología del Estudio del Clima Organizacional. Huancayo 07 de agosto del 2008.

Ciudadanos al día (CAD). Boletín CAD N° 31, Lima, marzo del 2008.

DS N° 005-90-PCM. Reglamento de la Ley de Bases de la Carrera Administrativa del Sector Público.

Gómez – Mejía L, Balkin D. y Cardy R. “Gestión de recursos humanos”. Prentice Hall. Madrid, 1997.

Huamán Martha “Diagnóstico de la cadena de valor del café de Satipo y Chanchamayo”, Catholic Relief Services CRS). Lima, del 2005.

INEI. “X Censo de Población y V de Vivienda”. 2005.

Lara Esperanza, Nino Alfonso, Vélez Jorge. “Construyendo Municipios Saludables. Manual para Facilitadores. Elaboremos Nuestro Plan Local”. Proyecto PAMAFRO, G&C Salud y Ambiente. Lima, 2007.

Ley N° 28175, Ley Marco del Empleo Público.

Martín José. "Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud". Rev. Adm. Sanit. 2005; 3(1): 11-30.

Microrred de San Luis de Shuaro. "Análisis de la situación de salud de San Luis de Shuaro". SL Shuaro, diciembre del 2007.

MINSA. "Metodología para la formulación de perfiles de competencias para trabajadores del primer nivel de atención". Serie Bibliográfica Recursos Humanos en salud N° 3. Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos. Lima, 2005

Resolución Ministerial N° 223-2003-SA/DM –Directiva N°003-MINS/OGRRHH-V.01 "Normas para la asignación de Incentivos laborales y la Asignación Extraordinaria de Trabajo asistencial

Municipalidad Distrital de San Luis de Shuaro. "Plan de Desarrollo Concertado del distrito de San Luis de Shuaro 2006 – 2015". SL de Shuaro marzo del 2006.

Municipalidad Provincial de Chanchamayo. "Plan de Desarrollo Concertado de la provincia de Chanchamayo 2007 – 2016". Chanchamayo, Mayo de 2007.

Municipalidad Distrital de San Luis de Shuaro. "Rendición de cuentas 2008 del Municipio de San Luis de Shuaro". 01 de marzo del 2009

Ordenanza Municipal N° 002-2007/MDSLH. SL de Shuaro, 24 de Mayo del 2004. Aprueba la implementación de la Estrategia de Municipios Saludables en el distrito de San Luis de Shuaro.

Ordenanza Municipal N° 018-2004/MDSLH. SL de Shuaro, 03 de Setiembre del 2004. Conformar el Comité Técnico Distrital (COTEDI).

Resolución Directoral N°065-08-GR/JUNIN/RED S.CH "Conformación del Comité de Implementación de las Políticas de Recursos Humanos de la Red Chanchamayo".

Ordenanza Regional N° 024-GRJ/CR. Aprueba el Plan Regional Concertado de Salud Junín 2005-2012. Huancayo, 31 de Agosto 2005.

Ordenanza Regional N° 047-GRJ/CR. Ordenanza Regional que Aprueba Ocho Políticas Regionales de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la Región Junín y oficializa el Comité Técnico Regional de Recursos Humanos en Salud. Huancayo, 05 de Agosto del 2006.

Resolución Directoral N° 090-06/GR-Junín/UTES-CH. conformó el Comité de gestión y desarrollo de RHUS de la UTES Chanchamayo. La Merced, 14 de agosto del 2006.

Resolución Directoral N° 119-06/GR-Junín/UTES-CH. Incorpora miembros al Comité de gestión y desarrollo de RHUS de la UTES Chanchamayo. La Merced, 15 de diciembre del 2006.

Resolución Directoral N° 792-2006-DRSJ/OEGDRH. Aprobación de la Directiva Administrativa N°004-2006-DRSJ-OEGDRRH, Procedimiento para la elección del mejor trabajador en las unidades ejecutoras de la DIRESA Junín. 06 de Diciembre 2006.

Resolución Directoral DIRESA Junín. Conformación Comité Técnico de RHUS de la DIRESA Junín. 2007.

Resolución Directoral Red Chanchamayo. Reconocimiento de Incentivos. 2007.

Resolución Administrativa N° 091-07/GR-Junín/Red-S-CH. Reconoce a la mejor trabajadora del año 2006. La Merced, 04 de mayo del 2007.

Resolución Directoral N° 090-07/GR-Junín/UTES-CH. Conformación del Equipo de Gestión de la MR Shuaro. La Merced, 18 de agosto del 2007.

Resolución de Alcaldía N° 0143-2007-A/MDSLSH, Procedimiento para la Elección del Mejor Trabajador en Salud de la Jurisdicción de San Luís de Shuaro. Shuaro, 03 de Agosto del 2007.

Pena Salvador. "Cifras y cronología de la violencia política en la región central del Perú. 1980-1991".SEPAR. Huancayo, 1992.

Resolución de Alcaldía N° 273-2008/MDSLS. 27 de octubre del 2008

Resolución de Alcaldía N° 274-2008/MDSLS. 27 de octubre del 2008

Boletín 31° Aniversario de creación política del distrito de San Luis de Shuaro.

Resolución Directoral N° 108-08-GR/Junín/Red SCH. Conformación equipo de gestión administrativa de la MR SL Shuaro. La Merced, 18 de agosto del 2008.

Resolución Directoral N° 197-2008-DRSJ/OEGDRH. Aprueba conformar comité técnico de gestión de Recursos Humanos en salud, gestión de la calidad y regulación y derechos en salud de la DIRESA Junín. Huancayo, 25 de abril del 2008.

Resolución Directoral N° 498-2008-DRSJ/OEGDRH. Selecciona sedes de intervención inicial para implementar las políticas del Plan Concertado Regional de Salud.

