



**ORGANISMO ANDINO DE SALUD  
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE**

# CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS **PUESTOS DE TRABAJO** DEL **PERSONAL DE SALUD**

*Posibilidades de elección de su  
desempeño en zonas subatendidas*





**ORGANISMO ANDINO DE SALUD  
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE**

# CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS **PUESTOS DE TRABAJO** DEL **PERSONAL DE SALUD**

*Posibilidades de elección de su  
desempeño en zonas subatendidas*

2023



Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

Condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo por parte del personal del sector salud, y las posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas. ORAS-CONHU, Lima, 2023.

187 pág. Ilus.

SALUD/ RECURSOS HUMANOS EN SALUD/ TALENTO HUMANO / TÉCNICOS EN SALUD/  
REGIÓN ANDINA/ Remuneración / Políticas públicas / Retención/ Derechos / Igualdad

#### Comité Editorial:

**Dra. María del Carmen Calle Dávila**, Secretaria Ejecutiva.

**Dra. Marisela Mallqui Osorio**, Secretaria Adjunta.

**Mag. Yadira Salas G.**, Coordinadora del Comité Andino de Recursos Humanos en Salud

**Bach. Forlly Chávez**, Equipo técnico del Comité Andino de Recursos Humanos en Salud

**Mag. Rafaela M.G. Consuelo Grigoriu**, Consultora Responsable de la Investigación

#### Coordinadora de Publicación:

**Lic. Yaneth Clavo**, Responsable de Comunicaciones

ISBN: 978-612-49039-6-0



Lima, Perú.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2023-02069

Primera edición digital, Febrero 2023

ISBN: 978-612-49039-6-0

Libro digital disponible en: [www.orasconhu.org](http://www.orasconhu.org)

© **ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE**

Av. Paseo de la República N° 3832 – San Isidro. Tercer Piso. Lima - Perú

Teléfonos: (00-51-1) 422 6862 / 611 3700 <http://www.orasconhu.org> / [contacto@conhu.org.pe](mailto:contacto@conhu.org.pe)



Atribución-NoComercial-CompartirIgual

CC BY-NC-SA

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) y el Programa Subregional para América del Sur - OPS/OMS bajo el criterio de Acceso Abierto. La obra puede ser reseñada, usada, traducida y reproducida con fines académicos No Comerciales y en todo uso que se haga debe indicarse la fuente.



## **ORGANISMO ANDINO DE SALUD CONVENIO HIPÓLITO UNANUE 2023**

**Dr. Jeyson Marcos Auza Pinto**

MINISTRO DE SALUD DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

**Dra. Ximena Aguilera Sanhueza**

MINISTRA DE SALUD DE CHILE

**Dra. Carolina Corcho Mejía**

MINISTRA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA

**Dr. José Leonardo Ruales Estupiñán**

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

**Dra. Rosa Gutiérrez Palomino**

MINISTRA DE SALUD DEL PERÚ

**Abog. Magaly Gutiérrez Viña**

MINISTRA DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE VENEZUELA

### **SECRETARÍA EJECUTIVA**

**Dra. María del Carmen Calle Dávila**

SECRETARIA EJECUTIVA

**Dra. Marisela Mallqui Osorio**

SECRETARIA ADJUNTA



## **COMITÉ ANDINO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD Y RESPONSABLES DE REVISIONES Y APORTES**

### **Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia**

Dr. Jorge Gerardo Suárez  
Dra. Silvia Cuencas

### **Ministerio de Salud de Chile**

Dra. Claudia Godoy Cubillos  
Dra. Olga Correa

### **Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia**

Dra. Edilma Marlen Suárez castro

### **Ministerio de Salud Pública del Ecuador**

Dra. Alicia Zavala

### **Ministerio de Salud del Perú**

Dra. Alfonso Quispe Chuquicondo  
Dra. Betsy Moscoso Rojas

### **Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela**

Mag. Elsy Betancourt

### **Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud**

Mag. Hernán Sepúlveda  
Asesor regional de Recursos Humanos para la Salud

### **Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue**

Mag. Yadira Salas González  
Coordinadora del Comité Andino de Recursos Humanos para la Salud

Bach. Forlly Chavez  
Equipo técnico del Comité Andino de Recursos Humanos para la Salud

Mag. Rafaela M.G. Consuelo Grigoriu  
Consultora Responsable de la Investigación

# CONTENIDO



PRESENTACIÓN	14
ANTECEDENTES	16
JUSTIFICACIÓN	18
OBJETIVO DEL ESTUDIO	21
METODOLOGÍA	23
<b>DESARROLLO DEL ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE CATEGORÍAS</b>	<b>26</b>
<b>1. AMBIENTES QUE IMPACTAN EN LA ATRACCIÓN Y RETENCIÓN DE RHS</b>	<b>27</b>
1.1 Ambiente internacional. Los factores del contexto internacional que, en el momento coyuntural, influyen en la retención o no de los RHS	28
1.2 Ambiente nacional. Los factores del contexto nacional que, en el momento coyuntural, influyen en la retención o no de los RHS	38
Bolivia	38
Chile	43
Colombia	53
Ecuador	54
Perú	63
Venezuela	70
1.3 Ambiente social. Las relaciones de los RHS con la comunidad	70
1.4 Ambiente familiar. Las relaciones de los RHS con su familia	72
1.5 Ambiente laboral. Condiciones de trabajo y relaciones en el trabajo	74
1.6 Ambiente individual. Como me siento yo conmigo mismo	76
<b>2. ACTORES EN LA TOMA DE DECISIONES EN POLÍTICAS DE ATRACCIÓN Y RETENCIÓN DE RHS</b>	<b>79</b>
2.1 Dirección de salud. Entidad responsable de planificación, selección y gestión de RHS	80
2.2 Ministerio de salud. Cabeza del sector con poder real variable, según la estructura del sistema y la red de servicios en cada país	82
Bolivia	82
Chile	85
Colombia	86
Ecuador	87
Perú	89
Venezuela	90

2.3 Servicio público. Sector estatal que suele ser el único en zonas subatendidas	94
Sistema de Salud Boliviano	94
Sistemas de Aseguramiento en Salud en Chile	95
Funcionamiento del Sistema de Salud Colombia	96
Funcionamiento Sistema Salud Ecuador	97
Funcionamiento Sistema de Salud Perú	98
Funcionamiento Sistema de Salud Venezuela	99
2.4 Otros Ministerios. Educación, finanzas, Obras Públicas y otros responsables de la oferta de condiciones de trabajo, vida y desarrollo profesional	100

### **3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN DE ELEGIR Y MANTENERSE EN UN PUESTO DE TRABAJO EN ZONAS SUBATENDIDAS**

Resultados de las preguntas relacionadas con la matriz de análisis	116
3.1 Origen y valores personales. Ámbito que deriva de la historia personal de cada profesional, y que va más allá de los sistemas de incentivos	116
3.2 Aspectos familiares y comunitarios. Condiciones para el desarrollo de una vida familiar armónica y segura	127
3.3 Condiciones de vida y trabajo. Presencia de condiciones para un correcto ejercicio de la profesión y características propias de la localidad	132
3.4 Aspectos profesionales. Posibilidad de perfeccionamiento, supervisión, retroalimentación para crecimiento profesional	138
3.5 Aspectos económicos. Incentivos proporcionales a dificultad y responsabilidad; acceso a prestaciones similares a las zonas urbanas	142
3.6 Servicio Social Obligatorio. Contrato o servicio obligatorio, que ha logrado otorgar cobertura, sin mayor impacto en retención	146

<b>4. OFERTA LABORAL EN ZONAS SUBATENDIDAS</b>	<b>151</b>
Chile	151
Colombia	158
Ecuador	160
Perú	162
Resumen Incentivos Bolivia	164
Resumen Incentivos Chile	165
Resumen incentivos Colombia	167
Resumen Incentivos Ecuador	172
Resumen Incentivos Perú	173
Resumen Incentivos Venezuela	176

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	178
BIBLIOGRAFÍA	183

# INDICE DE TABLAS



Tabla 1. Técnicas utilizadas _____	<b>23</b>
Tabla 2. Matriz de Categoría de Análisis _____	<b>24</b>
Tabla 3. Chile. Repartición de la actividad económica por sector _____	<b>43</b>
Tabla 4. Conformación de las Macro zonas según Región y Servicio de Salud _____	<b>48</b>
Tabla 5. Sistema de Aseguramiento en Salud en Chile _____	<b>95</b>
Tabla 6. Distribución porcentual de la Población urbana y rural según regiones _____	<b>154</b>
Tabla 7. Densidad de personal sanitario. Colombia 2019 _____	<b>159</b>
Tabla 8. Incentivos Bolivia _____	<b>164</b>
Tabla 9. Normatividad colombiana relacionada con incentivos para el talento humano en salud _____	<b>168</b>
Tabla 10. Incentivos de Ecuador _____	<b>172</b>
Tabla 11. Incentivos de Perú _____	<b>173</b>
Tabla 12. Resumen Incentivos con la República Bolivariana de Venezuela _____	<b>176</b>

# INDICE DE FIGURAS



Figura 1: Entornos que impactan en atracción y retención	19
Figura 2. Factores que influyen en la decisión de desplazarse en zonas remotas o rurales permanecer en ellas o partir	19
Figura 3. Red de Servicios de Salud en Chile	45
Figura 4. Proyectos Hospitalarios marzo 2022. Plan Nacional de Inversiones	50
Figura 5. APS Terminados: 102 en total. Marzo 2022. Plan Nacional de Inversiones	52
Figura 6. La Salud como derecho	55
Figura 7. PIB per cápita real de Ecuador. 2009 - 2022	57
Figura 8. Ingresos Percibidos por Impuestos	57
Figura 9. Presupuesto del Ministerio de Salud Pública	58
Figura 10. Acciones para garantizar acceso a salud en la pandemia	58
Figura 11. Presupuesto devengado MSP por nivel de atención. Enero – julio 2018 – 2020 (porcentajes)	60
Figura 12. Presupuesto devengado de medicamentos por actividad, enero-septiembre 2020 (USD millones y porcentaje)	60
Figura 13. Acciones para garantizar acceso a salud en la pandemia	61
Figura 14. Acciones en Cooperación Internacional	62
Figura 15. Sistema de Salud de Bolivia	94
Figura 16. Funcionamiento sistema de salud colombiano	96
Figura 17. Funcionamiento Sistema Salud Ecuador	97
Figura 18. Funcionamiento Sistema de Salud de Perú	98
Figura 19. Sistema de Salud de la República Bolivariana de Venezuela	99
Figura 20. Encuestados según edad y Sexo	105
Figura 21. Encuestados según nacionalidad	106
Figura 22. Encuestados según estado civil	107
Figura 23. Encuestados según profesión y sexo	108
Figura 24. Encuestado con o sin postgrado o especialidad	109
Figura 25. Encuestados según institución donde estudiaron	111
Figura 26. Encuestados según país donde estudiaron	112
Figura 27. Encuestados según tipo de contrato y sexo	113
Figura 28. Trabajo en zonas subatendidas y años de trabajo	114
Figura 29. Encuestados según trabajo en lugar donde nació y forma de acceso al puesto	116
Figura 30. Percepción de los encuestados respecto a la clase a que pertenecen	118
Figura 31. Percepción sobre la importancia de los valores personales	119
Figura 32. Percepción sobre la importancia de los valores profesionales	120
Figura 33. Percepción sobre los cargos apropiados para hombres o mujeres	121

Figura 34. ¿Por qué se considera apropiados o no los cargos? _____	<b>123</b>
Figura 35. Percepción de centros de atención apropiados para hombres o mujeres _____	<b>124</b>
Figura 36. ¿Por qué se considera apropiados o no los cargos? _____	<b>126</b>
Figura 37. Encuestados según si sus hijos viven en su lugar de trabajo_	<b>127</b>
Figura 38. Opinión sobre los centros de enseñanza según si sus hijos viven en el lugar donde trabajan _____	<b>128</b>
Figura 39. Opinión sobre seguridad según si sus hijos viven en el lugar donde trabajan _____	<b>129</b>
Figura 40. Opinión sobre cómo se siente en su lugar de trabajo, según si sus hijos viven en el lugar donde trabajan _____	<b>131</b>
Figura 41. Encuestados según experiencia de violencia o acoso de cualquier tipo _____	<b>132</b>
Figura 42. Encuestados según experiencia de violencia o acoso por tipo de violencia o acoso _____	<b>133</b>
Figura 43. Responsables del acoso o violencia _____	<b>134</b>
Figura 44. Casos de Acoso o violencia por tipo según agresor _____	<b>135</b>
Figura 45. Importancia de factores de vida y trabajo que influyen en la elección y permanencia en zonas subatendidas _____	<b>136</b>
Figura 46. Importancia de los factores profesionales que influyen en la elección y permanencia en zonas subatendidas _____	<b>138</b>
Figura 47. Factores importantes no consignados _____	<b>139</b>
Figura 48. Opiniones respecto al salario en zonas subatendidas _____	<b>142</b>
Figura 49. Conformidad con el salario en Perú _____	<b>144</b>
Figura 50. Otros incentivos económicos _____	<b>145</b>
Figura 51. ¿Usted realizó Servicio Social? _____	<b>146</b>
Figura 52. Opinión sobre el Servicio Social según si lo realizó _____	<b>147</b>
Figura 53. Otros factores para el Servicio Social obligatorio _____	<b>148</b>
Figura 54. Porcentaje de Población Área Urbana -Rural, según censos del periodo 1992 – 2017 _____	<b>152</b>
Figura 55. Porcentaje de distribución población urbana - rural según región _____	<b>152</b>
Figura 56. Profesionales y técnicos de salud a nivel nacional a diciembre 2021 _____	<b>155</b>
Figura 57. Profesionales y Técnicos de Salud a nivel nacional a diciembre 2021, según macrozona _____	<b>156</b>
Figura 58. Profesionales médicos, enfermeros, matrones y técnicos de salud con desempeño en zonas subatendidas, según complejidad del establecimiento de desempeño al mes de diciembre de 2021 _____	<b>156</b>
Figura 59. Profesionales médicos, enfermeros, matrones y técnicos de salud con desempeño en zonas subatendidas, según región y servicio de salud del establecimiento de desempeño al mes de diciembre de 2021 _____	<b>157</b>
Figura 60. Profesionales médicos, enfermeros, matrones y técnicos de salud con desempeño en zonas con mayor población urbana, según complejidad del establecimiento de desempeño al mes de diciembre de 2021 _____	<b>158</b>

Figura 61. Profesionales médicos, enfermeros, matrones y técnicos de salud con desempeño en zonas con mayor población urbana, según región y servicio de salud del establecimiento de desempeño al mes de diciembre de 2021 _____	<b>158</b>
Figura 62. Establecimientos y RHS en zonas subatendidas por tipo, según zona, provincia y cantón Ecuador _____	<b>160</b>
Figura 63. Mapa de Ecuador, Zonas Y Provincias _____	<b>161</b>
Figura 64. Zona con establecimientos subatendidos en Ecuador _____	<b>161</b>
Figura 65. Perú: Disponibilidad de RHS por grupo ocupacional en los establecimientos de salud de zonas alejadas y de frontera, enero 2022 _____	<b>162</b>

## ABREVIATURAS Y SIGLAS



APS	Atención Primaria en Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIDOB	Barcelona Centre for International Affairs
CIMPDS	Comité Interinstitucional de las metas del PDES y de Desarrollo Sostenible de Bolivia
CLAP	Comités Locales de Abastecimiento y Producción
COVAX	Fondo de Acceso Global para Vacunas Covid-19
EAPB	Empresas Administradoras de Planes de Beneficio
ELAM	Escuela Latinoamericana de Medicina
EsadeGeo	Centro de Economía Global y Geopolítica
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FMI	Fondo Monetario Internacional
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPASME	Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes
IPS	Instituciones prestadoras de servicios de salud
IPSFA	Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas
IVSS	Instituto Venezolano de los Seguros Sociales
MB	Banco Mundial
MGI	Medicina General Integral
MPPS	Ministerio del Poder Popular para la Salud
OCHA	Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMA	Oficina de País de la OMS / OPS
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de Salud
OPS/OMS	Organización Panamericana de Salud
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue
PDES	Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020
PDVSA	Petróleos de Venezuela
PET	Población en Edad de Trabajar
PGG	Política General de Gobierno
PIB	Producto Interior Bruto
PNIRIS	Redes Integradas de Salud
REPS	Registro especial de prestadores
RHS	Recursos Humanos en Salud
RISS	Redes integradas de prestación de servicios de salud
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SERUM	Servicio Rural y Urbano Marginal

SIHCE	Sistemas de historia clínica electrónica
SIS	Seguro Integral de Salud
SUS	Sistema Único de Salud
THS	Talento Humano en Salud
UDAPE	Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas
UPC	Unidad de Pago por Capitación
SSSRO	Servicio Social de Salud Rural Obligatorio
SEDES	Servicios Departamentales de Salud
PROSALUD	Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud
SUBDERE	Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo de Chile

# PRESENTACIÓN

El ORAS – CONHU como organismo de integración Subregional, cuyo objetivo es coordinar y apoyar los esfuerzos que realizan los países miembros, individual o colectivamente, a favor de la salud y bienestar de las poblaciones de nuestros 6 países, a más de 168 millones de personas.

Con el inicio de la pandemia por COVID-19 se incrementaron los problemas en la gestión y rectoría de los recursos humanos, escasez de profesionales en áreas críticas y disminución en la cantidad formándose en la misma; heterogeneidad en la distribución geográfica de los profesionales, concentrándose en las grandes urbes dejando los centros de salud de zonas vulnerables o subatendidas sin presencia de profesionales.

Parte del compromiso de alcance regional asociado a la generación y disseminación de información y conocimiento del Comité Andino de Recursos Humanos en Salud se enmarco en la línea de acción: migración y retención, con el objetivo de explorar aspectos motivacionales que involucre de manera integral diferentes dimensiones que expliquen las decisiones laborales y de desarrollo profesional de los integrantes del equipo de salud, teniéndose en consideración las variables: ambientes que impactan en la atracción y retención de RHS, los actores en la toma de decisiones en políticas de atracción y retención de RHS, los Factores que influyen en la decisión de elegir y mantenerse en un puesto de trabajo en zonas subatendidas (orígenes y valores personales, aspectos familiares y comunitarios, condiciones de vida y trabajo, aspectos profesionales, aspectos económicos y el servicio social obligatorio), así como los Métodos de Retención para estas zonas.

Un total de 2.207 profesionales y técnicos de salud (médicos/as, enfermeros/as, matronas y/o partera) de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela participaron en esta investigación. Se reafirma la feminización de la fuerza laboral en todos los países, la mayoría de participantes de este estudio son mujeres; la proporción va desde el 85% en Venezuela al 51% en Bolivia. Siendo en Chile el 78,9%, en Colombia 68,5%, en Ecuador 66,7 y en Perú el 75%.

Las desigualdades en la disponibilidad, la distribución y la calidad del personal de salud se producen entre países, pero también al interior de los países. Existen brechas de habilidades e inequidades en áreas rurales y remotas que generalmente no cuentan con los servicios necesarios.

Es preciso tener acceso a datos e indicadores de los RHS y disponer de capacidad para analizar estos datos de cara al mercado laboral del sector salud, para afrontar el desafío de aumentar la disponibilidad de los RHS con el fin de alcanzar la cobertura y el acceso universal a la salud, así como lograr sistemas de salud más resilientes.

***Dra. María del Carmen Calle Dávila***  
Secretaria Ejecutiva  
ORAS – CONHU



# ANTECEDENTES

La subregión andina presenta, dentro del conjunto de países de América Latina, varios rasgos característicos e identitarios, el adjetivo andino le provee una identidad que excede lo geográfico para extenderse a lo histórico y cultural. Los seis países que conforman esta subregión -Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela- cuentan con sistemas de salud mixtos, con coberturas poblacionales y nivel de financiamiento que se combinan en diferentes proporciones entre los subsectores públicos, de la seguridad social y privado, que constituyen a su vez un diversificado y heterogéneo “polo empleador” de la fuerza laboral en salud.

Existen preocupaciones en el desempeño de los trabajadores de salud, la migración de los profesionales, la ausencia de mecanismos de gestión del trabajo, conflictos del régimen laboral flexible, frente a nuevos desafíos globales y nacionales como son los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la salud universal, el fortalecimiento de la atención primaria en salud y, en el 2020, la pandemia de COVID-19.

Los países andinos están desarrollando significativos esfuerzos para transformar sus sistemas de salud en sistemas integrados y basados en la Atención Primaria en Salud (APS). Un factor crítico para avanzar en este proceso es la disponibilidad de Recursos Humanos

de Salud (RHS), siendo esencial contar, cuantitativa y cualitativamente, con el personal necesario, no solo para realizar las acciones de salud allí donde se requieren, sino también, para liderar el proceso de cambio que permita la instalación plena del modelo de atención.

A pesar de los esfuerzos realizados por los países, se sigue identificando un conjunto de problemas persistentes, que coinciden con los visibilizados en los procesos de planificación de RHS y las recomendaciones técnicas de respuesta para la optimización de la disponibilidad, la seguridad y condiciones de trabajo del personal de salud antes y en el contexto de la COVID-19 (OPS/OMS 2020), entre los que cabe destacar:

- Feminización de la fuerza laboral.
- Desequilibrios de la oferta y la demanda de asistencia sanitaria.
- Disponibilidad, necesidad y brechas de RHS
- Desequilibrios en la calidad, en el nivel de la cobertura y de acuerdo a variaciones geográficas.
- Insuficientes medidas de seguridad y apoyo psicológico para el personal.
- Medidas de protección social e incentivos para el personal de salud poco desarrollados e implementados.
- Presencia de condiciones laborales inadecuadas que afectan la calidad de vida laboral.

- Escaso desarrollo de sistemas de carrera sanitaria o desconocimiento de las características que debieran tener en un contexto basado en sistemas integrados de servicios de salud.

Enfrentar estos desafíos demanda una serie de esfuerzos de diversos actores del campo de Recursos Humanos de

Salud, así como también, requiere mejorar el conocimiento sobre políticas y estrategias utilizadas para enfrentar exitosamente los problemas señalados, siendo uno de los prioritarios, los problemas de atracción y retención de los equipos de salud, especialmente médicos y personal de enfermería, en áreas tradicionalmente desatendidas.

# JUSTIFICACIÓN

Abordar el tema de los derechos de las poblaciones y personas a una salud universal y de calidad, es un tema que hace a la determinación social de la salud del que la calidad, concebida como aspecto técnico y actitudinal del personal, es central para lograr que no solo la cobertura sino sobre todo el acceso a la salud sin exclusión de género, origen o cultura sea real (...) permitiéndole responder de manera cálida y por ende más equitativa a las inequidades y exclusiones que la sociedad las tiene arraigadas .

Desde el llamado a la Acción de Toronto formulado para su cumplimiento entre 2006 a 2015, la Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de la Salud y su Plan de Acción, para avanzar en la implementación de políticas y planificación de equipos de salud entre 2018 a 2023, la Política y Plan Andino de Recursos Humanos para la Salud 2018-2022 establecen compromisos en el campo de los RHS y en el requerimiento de fortalecer las capacidades institucionales para asegurar gobernanza y gobernabilidad en el campo de los recursos humanos en los países de la subregión andina en estos términos "(...) los países de la Región Andina podrán exhibir avances significativos intra e intersectoriales en conformar una fuerza laboral sostenible, dimensionada, en proceso de formación continua, comprometida con calidad y pertinencia de los servicios de salud, promotora de una accesibilidad y cobertura universales, con competencias en articulaciones

*institucionales y facilitación de procesos participativos, y comprometidos con el efectivo ejercicio del derecho a la salud de las comunidades a quienes sirve"*<sup>2</sup>.

Los compromisos regionales de la Política Andina y Plan de Recursos Humanos para la Salud 2018-2022, línea estratégica 4 Migración y retención – componente: zonas subatendidas, objetivo 4.2. plantea *Garantizar la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud de toda la población de la Región Andina a través de estímulos económicos y extraeconómicos y de regulaciones de las migraciones internas y externas para la radicación de equipos interprofesionales que respondan a las necesidades de la población en zonas actualmente subatendidas*<sup>3</sup>.

Finalmente, un estudio realizado sobre la retención de RHS concluye que una necesidad transversal a toda la región y el globo es generar investigación en este ámbito que por una parte, permita seguir evaluando cuáles de estos incentivos van demostrando ser más efectivos en retener los RHS; así como también relacionar estas políticas con el impacto en el desempeño de los sistemas sanitarios en zonas urbanas y rurales, dado que existe muy poca evidencia respecto de si la retención logra finalmente mejorar la salud de la población en los países de la subregión.

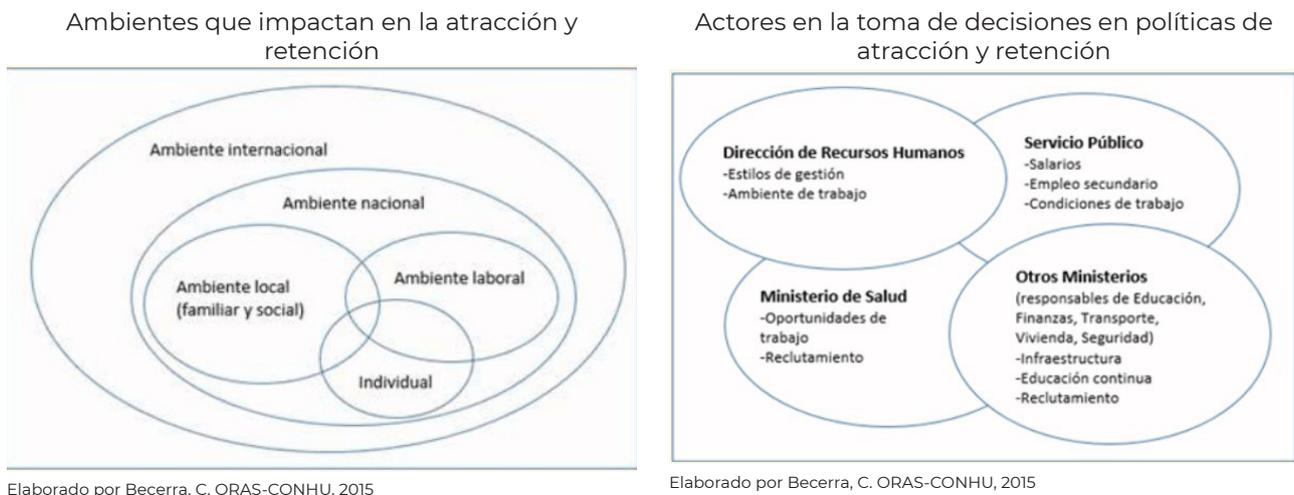
1 Feminización y monitoreo de la práctica laboral en la profesión médica en la subregión andina – Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Lima: ORAS-CONHU; 2019.

2 Política y Plan Andino de Recursos Humanos para la Salud 2018-2022 Lima: ORAS-CONHU, 2019

Es claro que, los entornos que impactan en las decisiones de los RHS para elegir y /o permanecer en un puesto de trabajo, son complejos y van más allá de lo cotidiano e inmediato extendiéndose hasta el complejo entramado de las condiciones generadas por los

contextos nacionales e internacionales. Por otro lado, en el ámbito de las decisiones de políticas y estrategias en materia de RHS, las mismas no son privativas de los Ministerios de Salud o del Sector Salud, sino que dependen de decisiones de otros sectores y actores.

Figura 1. Entornos que impactan en atracción y retención



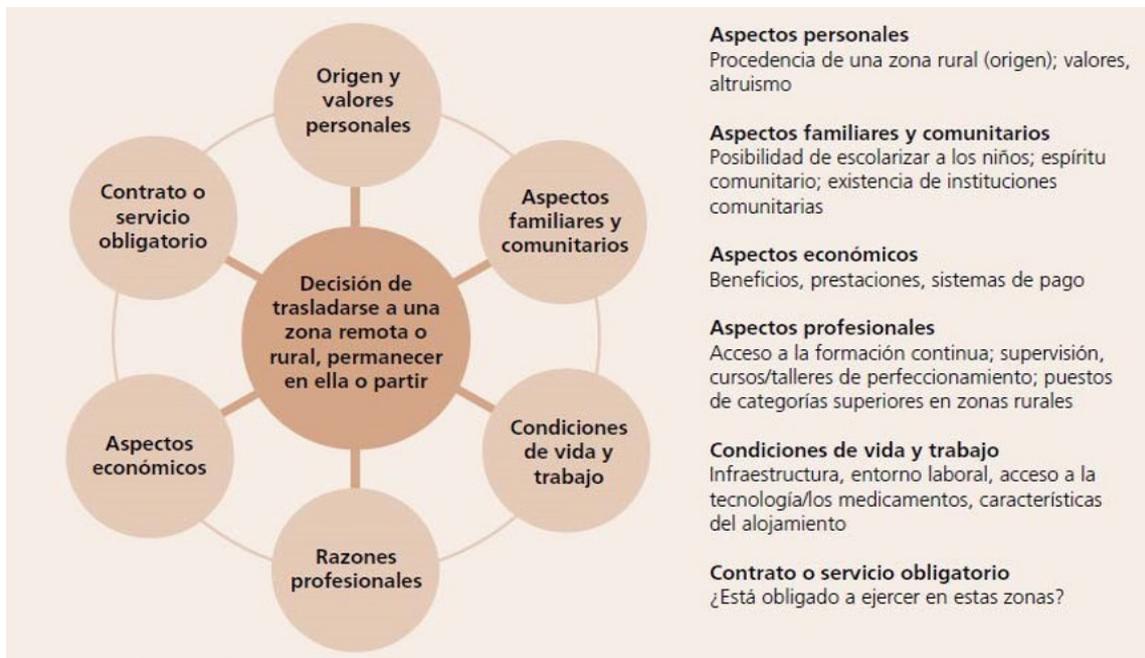
Elaborado por Becerra, C. ORAS-CONHU, 2015

Elaborado por Becerra, C. ORAS-CONHU, 2015

Comprendidos los ambientes y los actores que impactan en la atracción y retención de recursos humanos es necesario ser conscientes de los

factores que, desde un punto de vista individual, influyen sobre la decisión de elegir y mantenerse en un lugar de trabajo.

Figura 2. Factores que influyen en la decisión de desplazarse en zonas remotas o rurales permanecer en ellas o partir



**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

De acuerdo con lo señalado y considerando la priorización hecha por los países, el ORAS-CONHU incluyó dentro de las actividades programadas la realización de un estudio cualitativo acerca de los intereses, las motivaciones profundas y las condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo por parte del personal del sector salud y las posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas; promoviendo el intercambio de experiencias entre los países para la atracción y la retención de recursos humanos en dichas zonas.

Asimismo, conocer cuáles de las intervenciones para las cuales existe evidencia y portanto son recomendadas por la OMS, se han implementado y con cuánto éxito en los diferentes países con especial atención en la regulación de los flujos de movilidad profesional

entre países, subsectores y regiones urbanas y evaluación de las opciones para la “migración circular” (rotaciones, pasantías) del personal del sector de la salud, para facilitar intercambios y desarrollo de aptitudes, conocimientos y transferencias tecnológicas en beneficio común.

El conocimiento generado permitirá contar con un esquema de incentivos, existiendo, diferencias en el peso que puede tener cada uno de estos dominios del problema, según la presencia de estas mismas variables en las personas involucradas.

Este estudio debe ser útil para definir, a escala nacional, políticas de atracción, distribución y retención de la fuerza laboral.

# OBJETIVO DEL ESTUDIO

Sistematizar y analizar los intereses, las motivaciones y las condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo por parte del personal del sector salud y las posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas; promoviendo el intercambio de experiencias entre los países para la atracción y la retención de recursos humanos en dichas zonas.

## 1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◇ Identificar, en base a revisión bibliográfica, factores que influyen en la decisión de desplazarse a zonas remotas o rurales, permanecer en ellas o emigrar, tipos de incentivos aplicados en el sector salud, especialmente aquellos orientados a la localización del personal.
- ◇ Explorar aspectos motivacionales que involucre de manera integral diferentes dimensiones que explican las decisiones laborales y de desarrollo profesional de los integrantes del equipo de salud, abarcando, por ejemplo: decisiones de radicación a nivel nacional, desempeño en sector público o privado; tipo de especialización; opción por nivel primario u hospitalario; dedicación en cargos directivos o asistenciales, entre otras.
- ◇ Explorar las ofertas de puestos de trabajo en los países andinos para las zonas subatendidas, métodos de retención.



# METODOLOGÍA

A partir de lo establecido en los Términos de Referencia se realizaron reuniones virtuales con los puntos focales para acordar los temas relativos a la metodología y la participación de cada país en la recolección de los datos

Tabla 1. Técnicas utilizadas

Objetivo	Técnica	Responsable
1. Identificar factores que influyen en la decisión de desplazarse a zonas remotas o rurales, permanecer en ellas o emigrar.	Revisión bibliográfica	Consultora, excepto contexto nacional que lo hace punto focal de cada país.
2. Identificar categorías de análisis.	Matriz de categorías	Consultora prepara y presenta instrumento a los países antes de su implementación.
3. Explorar aspectos motivacionales que involucre de manera integral diferentes dimensiones que explican las decisiones laborales y de desarrollo profesional de los integrantes del equipo de salud.	Encuesta en línea a informantes claves	Consultora prepara y presenta instrumento a los países antes de su implementación.
4. Explorar las ofertas de puestos de trabajo en los países andinos para las zonas subatendidas, métodos de retención, etc.	Revisión y análisis bases de datos nacionales de RHS	Punto focal de cada país revisa y envía los datos solicitados a consultora para análisis.
5. Describir tipos de incentivos aplicados en el sector salud, especialmente aquellos orientados a la fidelización del personal.	Revisión y análisis de información de cada país	Punto focal de cada país revisa y envía los datos solicitados a consultora para análisis.

Fuente: elaboración propia

Establecidos estos acuerdos se elaboró la matriz de categorías de la que se partirá para el análisis de los aspectos planteados en los objetivos, los mismos que se constituyen en categorías:

**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Tabla 2. Matriz de Categoría de Análisis

Categoría	Subcategoría o variable	Definición operacional	Dimensiones	Metodología	Instrumento	Población o fuente	
<b>1. Ambientes que impactan en la atracción y retención de RHS</b>	1.1 Ambiente internacional	Los factores del contexto internacional que, en el momento coyuntural, influyen en la retención o no de los RHS	Situación económica	Revisión bibliográfica información	Guía para solicitud de información por país	Puntos focales Información disponible en Internet	
			Situación Social				
			Situación Política				
			Oportunidades para RHS				
			Percepción del RHS				
			Situación económica				
	1.2 Ambiente nacional	Los factores del contexto nacional, que, en el momento coyuntural, influyen en la retención o no de los RHS	Situación Social				
			Situación Política				
			Oportunidades para RHS				
			Percepción del RHS				
			Percepción de su lugar				
			Demandas sociales reales				
	1.3 Ambiente social	Las relaciones de los RHS con su comunidad	Demandas sociales percibidas				
			Oportunidades reales				
			Oportunidades percibidas				
			Percepción de su rol				
1.4 Ambiente familiar	Las relaciones de los RHS con su familia	Demandas familiares reales					
		Demandas familiares percibidas					
		Redes de apoyo					
		Rotaciones y Horarios					
1.5 Ambiente laboral	Condiciones de trabajo y relaciones en el trabajo	Grado de responsabilidad y su reconocimiento					
		Salario					
		Estilo de Gestión					
		Salud física y mental					
1.6 Ambiente individual	Cómo me siento yo conmigo mismo	Aspiraciones vs logros					
		Relación con la comunidad					
		Relación con autoridades locales					
		Estilos de Gestión					
<b>2. Actores en la toma de decisiones en políticas de atracción y retención de RHS</b>	2.1 Dirección de RHS	Entidad responsable de planificación, selección y gestión de RHS	Ambiente de trabajo	Revisión bibliográfica información	Guía para solicitud de información por país	Puntos focales Información disponible en Internet	
		Cabeza del sector Salud con poder real variable según la estructura del sistema y la dependencia de la red de servicios en cada país	Políticas de RHS				
	2.2 Ministerio de Salud	Sector estatal que suele ser el único en zonas subatendidas	Oportunidades de Trabajo				
		Reclutamiento	Reclutamiento				
	2.3 Servicio Público	Educación, Finanzas, Obras públicas y otros responsables de la oferta de condiciones de trabajo y desarrollo profesional	Salarios				Condiciones de trabajo
			Infraestructura				Infraestructura
			Educación continua				Educación continua
			Transporte y comunicación				Transporte y comunicación
2.4 Otros Ministerios	Vivienda	Vivienda	Vivienda				





## **DESARROLLO DEL ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE CATEGORÍAS**

1



**AMBIENTES QUE  
IMPACTAN EN  
LA ATRACCIÓN Y  
RETENCIÓN DE  
RHS**

## 1. AMBIENTES QUE IMPACTAN EN LA ATRACCIÓN Y RETENCIÓN DE RHS

### 1.1 Ambiente internacional. Los factores del contexto internacional que, en el momento coyuntural, influyen en la retención o no de los RHS

Revisando la bibliografía sobre el contexto internacional, un estudio que es el resultado de la reflexión colectiva del equipo de investigación de CIDOB en colaboración con EsadeGeo, coordinada y editada por Eduard Soler i Lecha (2020), plantea lo siguiente:

*“2020 ha sido un año de destrucción, pero 2021 podría ser sinónimo de construcción o de reconstrucción. Estamos ante una coyuntura crítica, un momento lleno de riesgos, pero también de oportunidades que pueden aprovecharse o no. 2021 es un año de acción, de decisiones individuales y colectivas cuyo impacto irá mucho más allá de este año.*

*En este ejercicio de (re) construcción, nos encontramos con una pregunta recurrente: ¿Es posible o incluso deseable volver a la normalidad perdida? Esta interrogante impregnará debates tan diversos como el de la recuperación económica, el*

*papel de EEUU en el mundo, la gestión del malestar, la movilidad, o la vigencia del modelo de construcción europea, el papel de China en la economía mundial, etc.*

*El mundo pre-coronavirus ya era profundamente desigual, pero las decisiones que se tomen pueden corregir o ampliar esas desigualdades. El gran tema de 2021 es el de la distribución de la riqueza y los ingresos. Aumentan las brechas entre los que tienen acceso al crédito y los que no, o entre los distintos niveles de preparación y adaptabilidad a la transformación tecnológica. Hay amplios sectores de la economía y sociedad para quienes la recuperación será muy débil o quizás inexistente.*

*La pandemia ha dejado al descubierto las disfunciones de la gobernanza global: organizaciones internacionales cuestionadas, una China que no encuentra su encaje y un orden liberalerosionado por aquellos que lo crearon. El mejor ejemplo tuvo lugar en Naciones Unidas. Ante uno de los peores desafíos a los que se enfrentaba la humanidad, el Consejo de Seguridad de la ONU solo fue capaz de acordar la resolución 2532 sobre la COVID-19 el 1 de julio, tras tres meses de deliberación y bloqueos y con diez millones de casos registrados en los sistemas de salud”*

La emergencia sanitaria ha dado pie a dos respuestas contradictorias. Por un lado, ha reactivado reflejos cooperativos, ha recordado que la pandemia es uno de los muchos retos que solo pueden abordarse globalmente y ha fortalecido redes de cooperación a escala regional - en África, por ejemplo - y también entre ciudades a nivel global. Por otro lado, no han faltado las reacciones proteccionistas o incluso nacionalistas. Todo esto acompañado por una voluntad renovada por parte de potencias (re)emergidas para ampliar sus áreas de influencia, utilizando la ayuda sanitaria como parte de su arsenal diplomático.

En 2021 estas dinámicas se trasladaron al ámbito de las vacunas. Hacer llegar la vacuna a los países de menor renta o a espacios en conflicto supone un reto económico, político y logístico que solo podrá realizarse con más cooperación internacional como la que encarnan iniciativas como COVAX y en la que participan gobiernos, organizaciones internacionales y fundaciones privadas. Una de las paradojas de 2021 es que aquellos países con acceso a la vacuna rápido y generalizado, son algunos de los que debieron gestionar mayores recelos de su población a vacunarse.

Junto a estos reflejos cooperativos, emerge la geopolítica de la vacuna. De la misma forma que China o Rusia se volcaron en la provisión de material sanitario de primera necesidad, en 2021 lo hicieron con sus vacunas, pero Rusia enfrentó problemas en su cadena de producción y la aparición de un incremento de los casos entre su población que determinaron incumplimiento de acuerdos con países

de nuestro continente y pérdida del espacio ganado en meses anteriores.

La Unión Europea y sus estados miembros, que habían adquirido más dosis de las que necesitan, intentan por su parte recuperar el terreno perdido en 2020 con la promesa de donar parte del excedente. Uno de los muchos efectos secundarios de la COVID-19 es la agravación de crisis humanitarias por el aumento de la pobreza, la disminución de la ayuda internacional disponible o las dificultades logísticas para hacerla llegar. Hay casos extremos como el de Yemen, pero la tendencia podría generalizarse.

La Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) advertía que, a octubre de 2020, solo había recibido el 38% de los fondos necesarios. La FAO alertaba también en su informe anual de 2020 de un aumento de entre 83 y 132 millones de personas desnutridas en el mundo. El informe preparatorio de la Conferencia de Seguridad de Múnich describe esta situación como una “polipandemia”: junto a la regresión en materia de desarrollo, pobreza y hambruna, constata un aumento de la represión, la fragilidad de algunas instituciones estatales y el arraigo de distintas formas de violencia. En esa misma línea, ONU Mujeres advertía de una “pandemia en la sombra” poniendo el foco en la mayor vulnerabilidad de las víctimas de violencia de género en un contexto de confinamiento.

Otra forma de violencia que se ha adaptado a la situación de la pandemia es la del crimen organizado, reforzando o expandiendo su control sobre la

población y el territorio, como relata un informe del International Crisis Group en el caso de Latinoamérica. Además, en 2021 las crisis humanitarias tienden a agravarse por desastres naturales cada vez más frecuentes y devastadores o con el deshielo de conflictos congelados durante la última mitad de 2020 en el Cáucaso, el cuerno de África o el Sáhara. La acumulación de crisis seguirá alimentando el debate sobre cuáles son los motivos que hacen que algunos países o sociedades estén mejor preparados para hacer frente a la pandemia y sus efectos: autoridad, cohesión o valores.

En 2021 vemos qué factores y qué modelos propician recuperaciones más rápidas, justas y sostenibles. Precisamente, la llegada de una nueva administración en Estados Unidos generará expectativas para la revitalización de un multilateralismo de geometrías variables. En algunos casos vemos un retorno a las organizaciones y agendas de carácter global, con la OMS como una de las protagonistas. En otros, ante la ausencia de soluciones de alcance global o ante la disfunción de los mecanismos que deberían facilitarlas, como sucede con los constantes bloqueos del Consejo de Seguridad o la Organización Mundial del Comercio (OMC), se avanza en clave regional o interregional y sobre la base de agendas temáticas compartidas.

La expansión de la COVID-19 propulsó la salud a lo más alto de la agenda internacional. Esto incluye el impulso a la cooperación internacional en materia de salud, el uso geopolítico de la vacuna, o la reivindicación de la buena o mala gestión sanitaria como uno de

los principales ingredientes del poder blando. El éxito o fracaso en materia de inmunización, o en la aparición o no de tratamientos efectivos contra la COVID-19 son factores decisivos con un fuerte impacto sobre la agenda política, económica y social a todos los niveles. Uno de los principales riesgos identificados por los epidemiólogos es el surgimiento de nuevas variantes del virus que sean más contagiosas, más letales y resistentes a las vacunas actuales. De hecho, 2021 terminó con una nueva alarma por la aparición de la variante Ómicron. Si persisten amplias bolsas de población mundial sin vacunar aumenta la posibilidad de que este tipo de situaciones sean recurrentes.

Inquieta la resistencia a vacunarse de segmentos significativos de población en sociedades que sí tienen acceso. En la mayoría de los casos, la resistencia a vacunarse es una combinación de la politización de la vacuna, la desconfianza en las instituciones, la permeabilidad de las campañas de desinformación y la fuerza del movimiento antivacunas antes de la COVID-19.

Si se complica de nuevo la situación sanitaria, resurgirán los temas que han marcado la agenda de salud global durante los dos últimos años. Si se achaca a un problema de acceso, el foco se pondrá de nuevo en la liberalización de las patentes y el acaparamiento de vacunas por parte de los países más desarrollados. Si, en cambio, el riesgo a la salud global llega de países donde hay rechazo social a las vacunas, aumentará la presión para endurecer medidas o hacer obligatoria la vacuna. En tanto que muchas medidas

afectan al conjunto de la población, puede aumentar la tensión entre los vacunados y los que rechazan hacerlo.

Desde el punto de vista estrictamente sanitario, la aparición de nuevas variantes debería poderse afrontar con menores sacrificios que durante el arranque de la pandemia. Primero, porque se sabe qué medidas funcionan y cuáles no y, sobre todo, por los avances tanto en el campo de la investigación como de producción industrial. El contrapunto es que los sistemas de salud y sus profesionales están extremadamente tensionados y difícilmente pueden aguantar mayor presión.

Otra preocupación sanitaria es que en 2022 se hagan más evidentes los efectos de haber dedicado buena parte de los recursos a la lucha contra la COVID-19 en detrimento de otras enfermedades. Este es un fenómeno que preocupa tanto en los países más desarrollados como a los que tienen menos recursos. Por ejemplo, en materia de cáncer, un estudio constataba que en España disminuyeron las citologías en un 50% y las visitas a pacientes en un 20%. El deterioro de la salud mental es un fenómeno global. Y en países menos desarrollados se reportan repuntes inquietantes en materia de tuberculosis, salud sexual y reproductiva, y enfermedades intestinales entre niños en edad escolar. La esperanza en este ámbito es que parte del refuerzo que se ha producido en sistemas universales de salud sean permanentes, que haya más presión para la reforma de mecanismos de cooperación internacional como la Organización Mundial de la Salud –que se han demostrado tan imprescindibles

como insuficientes–, y que la inversión pública y privada en innovación continúe dando frutos más allá de la lucha contra el coronavirus.

El miedo a la pandemia no ha desaparecido, pero debe compartir protagonismo con otros temores. Algunos son coyunturales, como el de la escasez y la disrupción de las cadenas de suministros, otros de carácter permanente como las consecuencias del cambio climático, el descontento social o la obsolescencia de determinados tipos de trabajo (39% de los empleados según un estudio de PWC cree que su trabajo será obsoleto en cinco años) o de formación. Se trata, en suma, del temor a no poder adaptarse personal y colectivamente a una serie de transformaciones.

Por otro lado, en el informe Panorama Social de América Latina de la CEPAL se refleja el impacto social de una crisis sin precedentes. Los efectos de la pandemia se han extendido a todos los ámbitos de la vida humana, alterando la manera en que nos relacionamos, paralizando las economías y generando cambios profundos en las sociedades. La pandemia ha evidenciado y exacerbado las grandes brechas estructurales de la región y, en la actualidad, “se vive un momento de elevada incertidumbre, en el que aún no están delineadas ni la forma ni la velocidad de la salida de la crisis” (CEPAL, 2020h, pág. 13). De lo que no cabe duda es que los costos de la desigualdad se han vuelto insostenibles y que es necesario reconstruir con igualdad y sostenibilidad, apuntando a la creación de un verdadero estado de bienestar, tarea largamente postergada en la región (CEPAL, 2020h).

El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que la COVID-19 era una emergencia de salud pública de importancia internacional. El primer caso en la región se detectó en Brasil el 25 de febrero de 2020 y, tras la notificación de casos en todos los continentes a escala comunitaria, el 11 de marzo la OMS declaró que el brote de COVID-19 podía considerarse una pandemia. Si bien esta se encuentra en constante evolución, los datos disponibles indican que América Latina y el Caribe ha sido una de las regiones del mundo más afectadas por el coronavirus, en términos tanto de número de casos como de muertes. Si bien, en 2020, en la región vivía solo el 8,4% de la población mundial, a diciembre de ese año, se concentraban en ella el 18,6% de los contagios acumulados y el 27,8% de las muertes causadas por esta enfermedad.

Los países de América Latina y el Caribe enfrentan desafíos en diversos frentes para controlar la pandemia. La propagación de la COVID-19 y sus efectos económicos y sociales se ven agravados por los problemas estructurales de la región: principalmente, los elevados niveles de desigualdad, informalidad laboral, desprotección social, pobreza y vulnerabilidad. Asimismo, la región se caracteriza por poseer sistemas de salud y protección social débiles y fragmentados y asentamientos urbanos marginados en expansión carentes de acceso a servicios básicos. También presenta grandes flujos migratorios y desplazamientos de población, así como conflictos de diversa índole, y sufre de manera desproporcionada las consecuencias de la crisis climática. La

COVID-19 llega a una región marcada por una matriz de desigualdad social, cuyos ejes estructurantes —el estrato socioeconómico, el género, la etapa del ciclo de vida, la condición étnico-racial, el territorio, la situación de discapacidad y el estatus migratorio, entre otros— generan escenarios de exclusión y discriminación múltiple y simultánea que redundan en una mayor vulnerabilidad ante los efectos sanitarios, sociales y económicos de esta enfermedad.

En el ámbito de la salud, estas desigualdades se expresan en la cobertura, el acceso efectivo y los resultados de los servicios de salud, así como en las condiciones basales de salud de las personas<sup>5</sup>.

Sin embargo, las desigualdades se ven frecuentemente invisibilizadas por problemas relacionados con la disponibilidad de datos. Por ejemplo, en América Latina y el Caribe, solo Brasil y Colombia informan sobre casos confirmados y defunciones por COVID-19 entre las personas afrodescendientes<sup>6</sup>.

Visibilizar y considerar la desigualdad en la respuesta a la pandemia es clave. En el contexto actual, y desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, el deterioro de las condiciones económicas de los hogares, con el consiguiente aumento de la inseguridad alimentaria (FAO/CEPAL, 2020), podría forjar un círculo

5 Datos disponibles al 31 de diciembre de 2020 (véase [en línea] <https://COVID19.who.int/>). 14 Introducción Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y las comunidades (CEPAL/OPS, 2020).

6 Las personas afrodescendientes y el COVID-19: develando desigualdades estructurales en América Latina [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46620/S2000729\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46620/S2000729_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (CEPAL, 2021)

vicioso de pobreza y mal estado de salud en el caso de amplios sectores de la población, lo que repercutirá en las sociedades a largo plazo. En particular, en tiempos de crisis, los déficits de protección social pueden afectar de manera catastrófica el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes, con impactos críticos en el ejercicio de sus derechos y el desarrollo de capacidades humanas.

A pesar de que no son los más afectados por la enfermedad en términos de salud, los niños, niñas, adolescentes y jóvenes serán quizás una de las principales víctimas de esta crisis, por las consecuencias que tendrán en ellos el cierre temporal de los establecimientos educacionales y la crisis económica y social que afecta a sus hogares. Los efectos de la pandemia sobre las condiciones de vida de la población se potencian con el paulatino aumento de la pobreza y la pobreza

extrema y el enlentecimiento del ritmo de disminución de la desigualdad observados en el quinquenio previo a la crisis del coronavirus.

Pese a los avances alcanzados en lo que respecta a la reducción de la pobreza y la desigualdad y la expansión de los estratos de ingreso medio entre los años 2002 y 2014, antes de la pandemia, el progreso económico y social de la región ya mostraba señales claras de estancamiento, y crecía el descontento de la población. En el sexenio 2014-2019, el PIB de América Latina y el Caribe había crecido en promedio tan solo un 0,3% por año (CEPAL, 2020<sup>a</sup>). En América Latina, el porcentaje de pobreza extrema había aumentado del 7,8% al 11,3% de la población y la pobreza, del 27,8% al 30,5%.

Asimismo, la reducción del coeficiente de Gini se había ralentizado, de un promedio del 1,1% anual en el período



2002-2014 a uno del 0,5% anual en el período 2014-2019. Además, desde fines de 2019, la ciudadanía de varios países había expresado su malestar, descontento e insatisfacción con el sistema político y sus actores en grandes manifestaciones de protesta en las que se exigía mayor justicia social. Es importante también reconocer los retos específicos que enfrentan los países del Caribe. Antes de la llegada de la pandemia, estos países presentaban un alto nivel de endeudamiento público debido a su necesidad de financiamiento para recuperar y reconstruir su estructura productiva frente a los recurrentes desastres climáticos, lo que limita su capacidad fiscal de respuesta a la pandemia (CEPAL, 2020d).

Asimismo, las repercusiones de la pandemia en el sector del turismo, relacionadas con el empleo, los ingresos de los hogares y los ingresos gubernamentales, son mayores en el Caribe, donde el sector emplea a unos 2,4 millones de personas y representa el 15,5% del PIB. A esto se suma la gran dependencia de estos países de alimentos y otros bienes importados, que pone en riesgo sus cadenas de suministro (CEPAL/OPS, 2020).

La contracción de la actividad económica por la pandemia de COVID-19 y las consiguientes pérdidas de puestos de trabajo y reducción de los ingresos laborales no solo provocarán un aumento de la pobreza y la pobreza extrema, sino también de la población que compone los estratos de bajos ingresos y de la movilidad descendente en los estratos medios y en la parte superior de los estratos

bajos (personas pobres que no se encuentran en situación de pobreza extrema y hogares de estrato bajo que están fuera de la pobreza). Esto se debe a que las familias de los estratos medios y de la parte superior de los estratos bajos obtienen sus ingresos sobre todo por medio del trabajo, mayormente asalariado, y no suelen ser destinatarios de las políticas y los programas de protección social. Se estima que, entre 2019 y 2020, los estratos de bajos ingresos habrían aumentado en 4,5 puntos porcentuales (unos 28 millones de personas adicionales), a costa de la contracción de los estratos medios en una proporción similar (-4,1% y -25 millones respectivamente).

Alrededor de 59 millones de personas que en 2019 pertenecían a los estratos medios y que en 2020 estarían viviendo un proceso de movilidad económica descendente, poco más de 25 millones de personas lo habrían hecho sin dejar de pertenecer a los estratos medios, mientras algo más de 3 millones habrían caído directamente en la pobreza o la pobreza extrema y el resto habría pasado al estrato bajo que se encuentra fuera de la pobreza. Aunque las medidas de protección social de emergencia en general se destinaron principalmente a las personas en situación de pobreza o con grandes probabilidades de caer en ella, lograron contener parcialmente la contracción de los estratos de ingreso medio.

Dado que no se prevé claramente una rápida y plena recuperación del mercado de trabajo a corto plazo, es necesario prestar atención a los procesos de reactivación económica y al efectivo aumento y mantenimiento

de la cobertura de los programas de protección social de emergencia implementados por la gran mayoría de los países de la región. Estos deben incluir transferencias suficientes, u otras medidas como el congelamiento de los gastos básicos o el aplazamiento de las deudas, para evitar que una gran proporción de hogares vulnerables sufra pérdidas patrimoniales significativas y, en definitiva, sufra un deterioro a largo plazo en su nivel de bienestar. A mediano y largo plazo es necesario asimismo avanzar hacia la construcción de sistemas de protección social universales e integrales.

Ante la crisis de salud provocada por la pandemia de coronavirus, el empleo con mayor demanda en la región es el de enfermero especializado en cuidados intensivos. Sin embargo, la demanda de médicos y todo tipo de trabajadores de la salud subió exponencialmente. Más allá de los alentadores pronósticos respecto al control de la pandemia gracias a los masivos procesos de vacunación, el fenómeno de la creciente demanda de este tipo de profesionales y técnicos es una tendencia que se ha acelerado en los últimos años.

Con la pandemia se disparó la necesidad de trabajadores sanitarios, incluyendo aquellos especializados en salud mental. Y aquellos países que están experimentando un paulatino proceso de envejecimiento de la población, requerirán en el futuro aún más trabajadores de la salud. En medio de los confinamientos, también ha crecido la necesidad por profesionales de la salud mental, incluidos psiquiatras y psicólogos. A lo anterior se suma la

necesidad de contar con auxiliares de enfermería, que ayudan a los pacientes en sus procesos de limpieza, cuidado, alimentación, administración de medicamentos y asistencia general. También se necesitan más profesionales especializados en rehabilitación, terapia física y respiratoria, y personas entrenadas en el cuidado de adultos mayores.

En muchos países, los servicios de salud probablemente se han visto obligados de contratar más personas para enfrentar los grandes desafíos que surgieron en el contexto de la pandemia. Es de suponer que por lo menos algunos de estos nuevos puestos de trabajo se mantendrán en el futuro, como respuesta a una renovada demanda social de una mejor calidad de estos servicios.

### **1.1.1 Migración del RHS en pandemia**

El inmigrante o el solicitante de asilo puede ser también un portador del virus. Este es el nuevo argumento xenófobo en el que se apoyarán quienes exigen fronteras impermeables, controles más estrictos y repatriaciones exprés. En un momento en que se habrá normalizado el cierre de fronteras interiores para controlar la pandemia, será más sencillo exigir la construcción de muros y la aplicación de medidas excepcionales para mantener las fronteras selladas o para repeler a los que llegan. Esta realidad contrastará con una paradoja: las mismas sociedades que buscan seguridad con el cierre de fronteras son las que también intentarán

atraer personal médico y asistencial extranjero. Es el caso, por ejemplo, del Reino Unido, que ha extendido automáticamente por un año todas las visas de médicos y enfermeras migrantes que vencían antes del 1 de octubre de 2020. El hecho de que los fundadores de la compañía BioNTech que ha trabajado con Pfizer en la vacuna contra la COVID-19 sean hijos de la inmigración turca a Alemania será uno de los casos que los defensores de una política migratoria más flexible pondrán sobre la mesa.

La voluntad de cerrar fronteras topará con un aumento de la presión migratoria de países que han sufrido la destrucción de ocupación en sectores como el turismo, la sobreexplotación de recursos naturales o la acumulación de problemas estructurales, como sucede en Argelia, Nigeria, Venezuela o las repúblicas centroamericanas. A estas

dificultades hay que sumar la bajada de remesas prevista para 2021, que según el Banco Mundial podría ser de un 14% en comparación con las cifras de 2019. Para entender la trascendencia de esta situación, hay que recordar que en 2019 el volumen de las remesas superó a los de la inversión directa extranjera. En caso de que la recuperación se alargue, es probable que en 2021 asistamos a nuevos procesos de expulsión de trabajadores extranjeros en países del Golfo o que aumente la tensión con los migrantes de países vecinos en Suráfrica.

Respecto a las migraciones internacionales, el año 2021 no fue muy distinto de los anteriores: mala gestión, cortoplacismo, deshumanización, secularización, erosión de derechos e intento de trasladar la frontera real cada vez más lejos de la oficial. En cambio, sí que se planteará una disyuntiva real



a la hora de abordar el encaje en la sociedad de los extranjeros residentes, estén o no en una situación irregular.

Es un debate que no va a producirse en términos morales, o no solo, sino también en términos de interés y racionalidad. La pandemia y sus consecuencias están teniendo efectos ambivalentes. Por un lado, ha aumentado la vulnerabilidad de una parte de la población a las políticas del odio; por otro, también ha crecido la visibilidad de sectores que emplean a mucha población migrante como el personal de la limpieza, especialmente las encargadas de los cuidados, los repartidores a domicilio, los pequeños propietarios y empleados del sector de la alimentación o los temporeros del sector agrícola.

Estas trabajadoras y trabajadores empiezan a ser reconocidos como un elemento esencial del engranaje económico y social. ¿Se traducirá esto en políticas más inclusivas? ¿Será un reconocimiento duradero, como sucedió con la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo y el reconocimiento del sufragio universal tras las dos guerras mundiales, o será puntual? ¿Y si sucede, se quedará solo en el ámbito médico o se entenderá que la degradación de las condiciones laborales, habitacionales o educacionales de una parte de la sociedad también constituyen un problema de salud pública? Por otro lado, la pandemia intensifica la discusión en países europeos y también en América, de Oriente Medio y del resto de Asia sobre los riesgos para la salud pública de tener parte de la sociedad desasistida y fuera de

los canales oficiales. La inmigración irregular es uno de los colectivos que más fácilmente pueden quedar al margen o deliberadamente excluidos.

En un contexto de emergencia sanitaria, el Estado - y con él sus ciudadanos - redescubren algo que podría parecer tan obvio como que debe llegar a todos los hogares, que debe tener registrados a todo aquel que resida en su territorio, que no es tan fácil separar “sus” problemas de los “nuestros” y que “su” salud, es la de “todos”. La previsión de procesos de vacunación masivos en 2021 lo pone todavía más de manifiesto, sin por ello descartar que haya grupos que lo utilicen para defender la preferencia de un nacional contraponiendo un modelo de salud nacional parcial y excluyente, con el de la salud pública universal e inclusivo (CIDOB, 2020).

La brecha digital se ha acrecentado y reforzará todavía más la desigualdad entre los territorios conectados y aquellos que, metafóricamente, siguen a oscuras.

Como puede verse el contexto internacional está marcado por las consecuencias de la crisis económica internacional que se potencian con la pandemia de la COVID-19 y sin embargo muestran algunas oportunidades por la importancia que se ha dado al sector salud y a los RHS en particular. Depende de la voluntad política de los gobiernos, que los avances alcanzados se constituyan en políticas de estado permanentes, una vez que la pandemia deje de ser un tema de prioridad mundial y nacional.

## 1.2 Ambiente nacional. Los factores del contexto nacional que, en el momento coyuntural, influyen en la retención o no de los RHS



### Bolivia

#### INFORME NACIONAL VOLUNTARIO DE BOLIVIA 2021

El año 2013, Bolivia aprobó la Agenda Patriótica del Bicentenario 2025 que se estructura en 13 pilares de la Bolivia Digna, Soberana y Productiva, y el año 2016, inició su implementación a través del Plan de Desarrollo Económico y Social (PDES) 2016-2020. A la fecha, la planificación de mediano plazo, está orientada en alcanzar las principales metas de desarrollo económico y social esbozados en el Plan de Gobierno del Presidente Luis Alberto Arce Catacora.

Para el seguimiento y monitoreo a los resultados y metas del PDES y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, a nivel institucional, se creó el Comité Interinstitucional de las Metas del PDES y de Desarrollo Sostenible, conformado por los Ministerios de Planificación del Desarrollo; de Economía y Finanzas Públicas; de Salud y Deportes; de Educación; de Justicia y Transparencia Institucional; de Medio Ambiente y Agua; y de Desarrollo Rural y Tierras; que cuenta con la dirección del Ministerio de Planificación del Desarrollo y la coordinación técnica de la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) y el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Se conformaron 8 comisiones técnicas para identificar los resultados del PDES vinculados a los ODS constituidas por los 20 Ministerios e instituciones públicas del nivel central del Estado. El presente informe reporta información cuantitativa disponible de los indicadores definidos por las comisiones técnicas organizadas en el marco del CIMPDS y revela importantes avances principalmente en el período comprendido entre 2016 y octubre de 2019, entre estos: la reducción de la pobreza; mejoras en la nutrición de los niños y la producción de alimentos; mayor acceso a servicios de salud y educación de calidad; participación de las mujeres en las decisiones políticas del Estado; más personas acceden a servicios de agua y saneamiento; se han logrado avances en la generación de energías por fuentes naturales renovables; creación de empleos y la reducción de las desigualdades económicas. Entre los años 2016 a 2019, el porcentaje de población que se encontraba en situación de pobreza extrema se redujo de 19,0% a 12,9%, debido en gran medida al incremento de los ingresos de los hogares que provienen de fuentes laborales, la política de redistribución de recursos mediante la transferencia de bonos a la población más vulnerable; sin embargo, el año 2020 la pobreza extrema se incrementó en 0,8 puntos porcentuales llegando a 13,7%, debido al mal manejo del gobierno de facto y a la pandemia de la COVID-19. La desnutrición crónica en menores de cinco años, que se constituye en una de las expresiones del hambre, registró una disminución importante.

El año 2008, el 27,1% de niñas y niños menores de cinco años se encontraban con desnutrición crónica, mientras que al 2016 esta tasa se redujo a 16%. Adicionalmente a la política redistributiva del ingreso, las principales intervenciones se enmarcan en la Política de Alimentación y Nutrición, las Unidades de Nutrición Integral y el Programa Multisectorial de Alimentación y Nutrición, que, a través del trabajo coordinado entre los diferentes niveles de gobierno y la población, se implementan acciones integrales en los municipios del país. Con el objetivo de garantizar el derecho a la salud y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión, se ha implementado el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito (SUS), que se constituye en una de las principales políticas del sector. Esta política, conjuntamente con otros programas complementarios, coadyuvaron a que la tasa de mortalidad infantil se haya reducido de 24,0 por mil nacidos vivos en 2016 a 22,4 en 2020.

En el ámbito educativo, la tasa de asistencia de la población de 4 a 17 años se incrementó de 86,0% en 2015 a 90,8% en 2020, como resultado de la implementación del Modelo Educativo Socio Comunitario Productivo. Asimismo, la tasa de matriculación en la educación superior de la población entre 19 y 23 años se ha incrementado de 35,4% en 2015 a 43,5% en 2020. En cuanto a la igualdad de género, se destacan los avances normativos y el fortalecimiento institucional, con la creación de la Comisión Interinstitucional responsable de la implementación de la “Política Pública

Integral para una Vida Digna de las Mujeres”.

Además, en el ámbito de la participación política de las mujeres, las elecciones del año 2020 dieron como resultado un crecimiento en el porcentaje de escaños ocupados por mujeres en la Asamblea Legislativa Plurinacional, pasando de 47,0% en 2014 a 48,8% en 2020.

Respecto al acceso a agua limpia y a saneamiento, se han registrado avances importantes, sobre todo en el acceso a fuentes mejoradas de agua, debido a la implementación del Programa **Mi Agua**, en sus diferentes fases, y el Programa de Agua Potable y Saneamiento en Áreas Periurbanas. El año 2020, el 84,7% de la población contaba con acceso a fuentes mejoradas de agua y el 62,5% con acceso a saneamiento básico. Los indicadores relacionados con la energía asequible y no contaminante han reportado progresos relevantes, especialmente el relacionado al acceso a energía eléctrica. En el 2020, el 80,4% de los hogares a nivel nacional tenían acceso a este servicio, registrándose importantes avances en el área rural.

Debido al dinamismo de la actividad económica, a los niveles de inversión pública, la creación de empresas públicas y privadas, y además los créditos otorgados a pequeños, medianos y grandes productores, se logró que la tasa de desocupación en el área urbana del país al tercer trimestre del año 2019 se reduzca hasta el 4,3%. Sin embargo, al año 2020, se observa un

retroceso importante ya que el nivel de desocupación al tercer trimestre de ese año llegó al 10,8%, lo cual es producto de la contracción de la economía y las medidas asumidas por la pandemia de la COVID-19 durante el gobierno de facto.

El Estado busca la integración del 100% de los bolivianos a través de sistemas de comunicación vial, fluvial y aérea. El progreso en el sistema de comunicación vial ha sido notable, sobre todo en la construcción de carreteras y puentes que conforman la red vial fundamental. Entre 2015 y 2019 se construyeron 2858,5 km con una inversión de USD 3805 millones. Para alcanzar la meta de 10 756,8 km en 2030, se requerirá construir 4636,5 km en los siguientes años.

También se lograron importantes avances en la reducción de la desigualdad y el cierre de brechas entre ricos y pobres. El índice de coeficiente de Gini se redujo de 0,46 en 2016 a 0,42 en 2019; sin embargo, el año 2020, debido al retroceso en ese año, la desigualdad aumentó a 0,45. Además, un mayor contingente de población se encontraba en la clase media de ingresos; de 5,9 millones de personas en el estrato medio se aumentó a 6,7 millones entre los años 2016 y 2019.

Respecto al acceso a viviendas, se ha reducido el déficit habitacional de 49,0% en 2015 a 45,2% en 2019, como resultado de la implementación de programas de vivienda de la Agencia Estatal de Vivienda relacionadas con la construcción, mejoramiento y ampliación de soluciones habitacionales en el país.

Asimismo, se reportan avances en el monitoreo de la calidad del aire a través de medidas como el control de importación de vehículos que cumplan límites aceptables de emisiones contaminantes y mejora en la calidad de combustibles.

En cuanto a la gestión sostenible de bosques, el país exhibe adelantos de la política con enfoque de gestión integral y sustentable basada en la planificación articulada e integral del bosque, suelos forestales y los actores involucrados. Entre 2015 y 2020 se ha reducido en 10,7 puntos porcentuales la proporción de la deforestación ilegal, de 64,6% en 2015 a 53,9% en 2020.

En lo concerniente a la reducción de la violencia, la tasa de prevalencia delictiva disminuyó en 1,7 puntos porcentuales entre 2016 y 2019. Este resultado se debió, entre otros, a la aplicación de normas como la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana y a operativos policiales con mejor equipamiento. Adicionalmente, a nivel nacional, menos de la mitad de las personas declararon sentirse inseguros caminando cerca de donde viven cuando es de noche.

Respecto a los medios para alcanzar los ODS, en 2019 el porcentaje de deuda pública externa respecto de las exportaciones de bienes y servicios fue de 7,7% situándose por debajo del umbral establecido en el Marco de Sostenibilidad, revelando liquidez y capacidad del país para asumir las obligaciones de deuda externa. En el año 2020, este indicador se incrementó en 3,1 puntos porcentuales llegando a representar el 10,8%, como

consecuencia de la reducción de las exportaciones de bienes y servicios y el aumento del endeudamiento externo.

A pesar de los resultados económicos y sociales negativos del período noviembre 2019 a octubre de 2020, los avances de Bolivia previos han sido importantes, pero aún quedan muchos desafíos por delante para avanzar hacia la Agenda 2030. Estos desafíos serán abordados en la formulación del Plan de Desarrollo Económico y Social 2021-2025.

### **Estado Plurinacional de Bolivia - Acceso y cobertura universal de salud, una referencia para el mundo<sup>7</sup>**

Cada año, el 6% de los hogares en Bolivia enfrentan gastos catastróficos en salud y el consiguiente empobrecimiento. En ausencia de mecanismos de protección eficaces, los grupos desatendidos, en particular las comunidades indígenas y los trabajadores informales, son los más vulnerables a los altos gastos de salud de su bolsillo. Con el sector informal más grande del mundo, una proporción significativa de la fuerza laboral de Bolivia carece de cobertura de seguro médico. El gasto en salud catastrófico de su bolsillo limita el acceso a los servicios de salud y hace descarrilar los esfuerzos hacia la cobertura universal de salud. Para abordar estas inequidades en salud y barreras financieras, el gobierno boliviano introdujo ambiciosas reformas de salud en 2019 a través del modelo del Sistema Único de Salud.

La OPS/OMS (2021) señala, Bolivia es uno de los pocos países a nivel mundial que implementa un modelo

de cobertura universal de salud, centrandolo el derecho a la atención médica. El gobierno boliviano se propuso brindar cobertura universal y gratuita al 50% de la población, un aumento del doble de las tasas de cobertura anteriores, protegiendo a aproximadamente cinco millones de bolivianos desatendidos y sin seguro. La Oficina de País de la OMS / OPS en Bolivia (OMA) encabezó la formulación de la Política de Atención Universal de Salud de Bolivia, facilitando discusiones entre organizaciones sociales que representan a comunidades marginadas, representantes médicos y varias agencias gubernamentales, para asegurar la aceptación de múltiples partes interesadas. De enero a marzo de 2019, la OMA trabajó en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud para desarrollar un plan de implementación y crear un grupo de trabajo central. El equipo regional de la OMS / OPS facilitó sesiones técnicas y de conocimiento para desarrollar el entendimiento del Ministerio de Salud en torno a los aspectos cruciales y las implicaciones de la política universal de salud, incluido el financiamiento de la gobernanza, la gestión de los servicios de salud y las redes integradas de servicios de salud (OPS/OMS, 2021).

### **Aumento del gasto en salud:**

como resultado de las sesiones de conocimiento profundo dirigidas por la OMA sobre financiamiento de la salud con el Ministerio de Salud, se asignó un fondo adicional de USD 200 millones para financiar la nueva política de salud en el primer año de implementación: mejora de equipos y suministros de salud y la contratación de recursos humanos adicionales. En la última

década (2010-2019), Bolivia triplicó el gasto público en salud, elevó el gasto público en atención primaria de salud al 37% y superó a otros países de la región que promedian menos del 15%. Bolivia es ahora uno de los tres países latinoamericanos que recientemente han avanzado cerca de alcanzar la meta de destinar el 6% del PIB al gasto público en salud (OPS/OMS, 2021).

Al vincularse con múltiples partes interesadas, la OMA se aseguró de que la implementación del SUS se convirtiera en una prioridad clave no solo para el Ministerio de Salud, sino también para los donantes y otras agencias de desarrollo del país. Los esfuerzos de promoción de la OMA canalizaron recursos de la Cooperación Coreana, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, AECID, hacia el avance del SUS (OPS/OMS, 2021).

Por ejemplo, un proyecto del Banco Mundial de USD 250 millones, originalmente destinado a construir 10 hospitales secundarios, se redirigió parcialmente hacia el fortalecimiento de los servicios de atención primaria de salud para satisfacer un aumento de la demanda de servicios provocado por el SUS en ocho redes integradas de prestación de servicios de salud (RISS) en La Paz y El Alto (OPS/OMS, 2021).

Fortalecimiento de los servicios de atención primaria de salud: el aumento del gasto en salud permitió mejoras en la infraestructura de salud, el equipo y la

distribución equitativa de los recursos humanos, en particular en los centros de atención primaria de salud. La OMA llevó a cabo un análisis de la escasez de personal sanitario e identificó las deficiencias en la disponibilidad de médicos especialistas en todo el país. Posteriormente, la OMA utilizó estos hallazgos, estimados en una escasez de alrededor de 3000 especialistas en salud, para abogar por financiamiento para la capacitación de especialistas en salud adicionales. Cuidado: satisfacer la mayoría de las necesidades de salud de las personas a través de servicios prestados directamente en la comunidad donde viven (OPS/OMS, 2021).

Se asignaron alrededor de 2500 equipos de trabajadores de la salud al 70% de los municipios locales, fortaleciendo los servicios de atención primaria de salud de primer nivel y priorizando la salud comunitaria preventiva. Bolivia es ahora uno de los tres países de la región con más del 30% de la fuerza laboral de salud comprometida con la salud comunitaria de primer nivel. Reducción del gasto de bolsillo: la mejora de los servicios en el nivel primario de salud, dio como resultado la prevención y el diagnóstico temprano de los principales tipos de enfermedades crónicas no transmisibles y, en consecuencia, redujo el gasto de los hogares en salud. La contribución de los gastos de bolsillo a los presupuestos hospitalarios de nivel terciario se redujo drásticamente del 65% en 2018 al 19% en 2020 (OPS/OMS, 2021).

Las reformas de salud de Bolivia, a través del modelo del Sistema Único de Salud (SUS), aumentaron el gasto público en salud, fortalecieron los servicios primarios de salud y redujeron los gastos de bolsillo de las comunidades vulnerables.

La COVID-19 destacó la necesidad y trascendencia del modelo de salud de Bolivia. A pesar de las limitaciones creadas por la pandemia y el malestar social generalizado debido a los controvertidos resultados de las elecciones presidenciales, los establecimientos de salud pública en Bolivia ofrecieron servicios de salud esenciales ininterrumpidos, suministros médicos, particularmente a nivel de atención primaria de salud, en los 339 municipios del país. El SUS fortaleció la atención de primer nivel con énfasis en la vigilancia epidemiológica, las clínicas vecinales y los servicios de salud para las comunidades marginadas; en algunos municipios, el SUS apoyó los programas de salud existentes (por ejemplo: SAFCI y MISALUD), a cargo de los servicios esenciales de salud. El SUS abolió la afiliación previa en diferentes niveles de establecimientos de salud y se garantizó a todos los bolivianos

el acceso al tratamiento COVID-19 disponible. Los servicios gratuitos mitigaron (incluso parcialmente) el enorme impacto económico de los grupos marginados y vulnerables de la pandemia. Si el SUS no se hubiera lanzado un año antes de la pandemia, la respuesta de Bolivia al COVID-19 habría estado menos preparada. El modelo de salud de Bolivia, por lo tanto, encierra la promesa de un sistema de salud fortalecido para resistir el impacto de futuras emergencias de salud (OPS/OMS, 2021).



## Chile

### Contexto económico - Coyuntura económica

Chile es considerado tradicionalmente como un modelo en América Latina en términos de transparencia política y financiera. También ha sido una de las economías de más rápido crecimiento en América Latina en la última década, lo que ha permitido al país reducir significativamente la pobreza. Sin embargo, el Banco Mundial estima que los impactos de la crisis de la COVID-19

Tabla 3. Chile. Repartición de la actividad económica por sector

Repartición de la actividad económica por sector	Agricultura	Industria	Servicios
Empleo por sector (en % del empleo total)	9,0	22,3	68,8
Valor añadido (en % del PIB)	3,9	31,4	56,5
Valor añadido (crecimiento anual en %)	-2,6	-3,7	-6,9

Citado por Santander 2023, Fuente: World Bank, Últimos datos disponibles.

podrían revertir años de crecimiento de la clase media chilena, cuyo tamaño se reduciría en casi dos millones de personas, lo que llevaría a nuevos hogares de clase media de vuelta a la pobreza (Santander, 2023).

Aun así, en 2021, el país tuvo un crecimiento estimado del PIB del 11%, impulsado principalmente por la reposición de inventarios, el aumento del consumo de los hogares y las medidas económicas de apoyo a los ingresos. En los próximos años, la economía chilena debería seguir creciendo, aunque a un ritmo más lento, así como seguir beneficiándose de los fuertes precios internacionales del cobre y de los estímulos fiscales en curso. Según las previsiones del FMI, el crecimiento del PIB alcanzará el 2,5% en 2022 y se estabilizará en el 1,9% en 2023 (Santander, 2023).

La balanza de las administraciones públicas cerró en un -10,7% del PIB en 2021, tras una gran respuesta fiscal a la pandemia de la COVID-19. Sin embargo, el actual proyecto de presupuesto de Chile apunta a una importante reducción del déficit en los próximos dos años, con una previsión de que la balanza de las administraciones públicas disminuya hasta el -4% en 2022 y el -2,9% en 2023. Sin embargo, el Gobierno pretende estabilizar la deuda a mediano plazo. Según las estimaciones del FMI, la inflación alcanzó el 4,2% en 2021 y se espera que se mantenga estable hasta el 4,4% en 2022 y disminuya hasta el 3,1% en 2023. La inflación debería mejorar gracias a las medidas de austeridad fiscal anunciadas por el Ministerio de Hacienda, en particular debido a los

recortes del 1,6% del PIB en el gasto en los próximos cuatro años.

En 2021, el paquete de estímulo fiscal que se puso en marcha para mitigar los impactos de la pandemia, así como los retiros de pensiones y las elevadas tasas de vacunación del país, alimentaron la demanda interna e impulsaron a Chile a una recuperación gradual de la crisis de la COVID-19. A pesar de los esfuerzos recientes por diversificar su economía, Chile sigue siendo vulnerable a los precios internacionales del cobre, la demanda internacional (en particular de China), a los riesgos climáticos y sísmicos, a una I+D inadecuada, a la vulnerabilidad de la red de carreteras y de la red energética, a los altos precios de la energía y a un sistema educativo deficiente (Santander, 2023).

La tasa de desempleo de Chile, relativamente elevada, disminuyó ligeramente hasta el 9,1% en 2021, influenciada principalmente por los sectores de la construcción, el comercio y el transporte, que empezaron a repuntar a medida que aumentaban las tasas de vacunación y la movilidad de las personas. Además, el FMI espera que la tasa de desempleo siga disminuyendo en 2022 y 2023 y que alcance el 7,4% y el 6,8%, respectivamente. El país tiene el PIB per cápita más alto de la región (USD 14 772; Coface), pero también altos niveles de desigualdad e informalidad (OCDE). Entre los factores que contribuyen a la disparidad de la riqueza se encuentra el actual sistema fiscal, que perjudica sobre todo a las clases de ingresos bajos y medios. Chile ha invertido notablemente en energías renovables, y se espera que

estas representen hasta el 20% de su generación de energía para 2025.

### Principales sectores económicos

Chile es uno de los países más industrializados de América Latina, y algunos de sus sectores de actividad clave incluyen la minería (cobre, carbón y nitrato), los productos manufacturados (procesamiento de alimentos, productos químicos, madera) y la agricultura (pesca, viticultura y fruta). El sector industrial

en Chile aporta el 31,4% del PIB y emplea al 22% de la población activa. El sector minero es uno de los pilares de la economía chilena, sobre todo debido a cuantiosas reservas de cobre, que convierten a Chile en el mayor productor de cobre del mundo, responsable de más de 1/3 de la producción mundial de cobre. La producción de bienes creció significativamente en 2021, principalmente debido al desempeño de la industria manufacturera.

Figura 3. Red de Servicios de Salud en Chile



Citado por Santander 2023, Fuente: World Bank, Últimos datos disponibles.

Según los últimos datos del Banco Mundial, el sector agrícola aportó el 3,8% del PIB en 2020 y empleó al 8,9% de la población activa en 2019. La agricultura y la ganadería son las principales actividades en el centro y sur del país. Las exportaciones de frutas y hortalizas han alcanzado récords históricos debido a una estrategia deliberada implementada en la década de 1990, dirigida a los mercados europeos, norteamericanos y asiáticos. Chile es uno de los mayores productores de vino del mundo y su ubicación en el hemisferio sur le permite ofrecer frutos fuera de temporada a los países del hemisferio norte. Sin embargo, en 2021, las sequías en el norte del país (una región con zonas agrícolas clave) afectaron negativamente al sector agrícola.

El sector de servicios aporta el 56,4% del PIB y emplea a alrededor del 68,7% de la población. La economía chilena enfrenta tres desafíos principales: superar su tradicional dependencia del precio del cobre, ya que la producción de cobre representa el 50% de las exportaciones del país; desarrollar un suministro de alimentos autosuficiente, ya que la agricultura actualmente produce menos de la mitad de las necesidades nacionales; y aumentar su productividad, especialmente en el sector minero. El sector ha crecido de forma constante en las últimas décadas, reforzado por el rápido desarrollo de las tecnologías de la comunicación y la información, el acceso a la educación y un aumento de las competencias y conocimientos especializados por parte de la fuerza laboral.

## El sistema de salud en Chile

El sistema de salud en Chile se encuentra conformado por un sistema mixto, en el cual coexiste el sector público y privado.

El Ministerio de Salud tiene como misión: “construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera”.

En virtud de esta misión, corresponde formular y fijar políticas de salud que se desarrollan dentro del territorio nacional, con funciones y objetivos que sustentan su rol, como las que se describen a continuación, entre otras:

- ◇ Ejercer la rectoría del sector salud.
- ◇ Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.
- ◇ Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.

- ◇ Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.
- ◇ Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.
- ◇ Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.
- ◇ Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.
- ◇ Mejorar la disponibilidad, distribución y competencias del personal sanitario a lo largo de la red asistencial en los diferentes niveles de complejidad, mediante el fortalecimiento de la formación de médicos especialistas y el incremento de cargos asistenciales en los establecimientos, que permitan avanzar en la calidad y equidad del acceso a la salud de la población.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales es una de las subsecretarías de Estado de Chile dependiente del Ministerio de Salud (Minsal), cuya misión es regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción usuaria.

Parte de sus objetivos estratégicos, son:

- ◇ Mejorar el Modelo de Gestión en Red en los Servicios de Salud, con énfasis en la estandarización del Proceso de Diseño y Rediseño de Redes, a través de herramientas normativa para las redes de Alta Complejidad, Garantías Explícitas en Salud y Régimen General de Garantías, con el fin de aumentar la eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud.

El sistema de salud chileno -en cuanto a la prestación de servicios- está organizado sobre una base territorial a través de 29 Servicios de Salud, distribuidos en las diferentes regiones del país. Cada uno de los Servicios de Salud conforma una red asistencial en su área de influencia.

Respecto a la organización de los establecimientos de salud, se distinguen tres niveles: atención primaria, secundaria y terciaria. En cada uno de los niveles de atención, existen dispositivos de atención en la red pública dependientes de los Servicios de Salud o municipalidades, según corresponda.

Los establecimientos asistenciales existentes en el país, corresponde a un total de 196 hospitales (64 de mayor complejidad, 31 de mediana complejidad y 101 de baja complejidad); 21 Centros Ambulatorios de Especialidad y 2571 dispositivos de Atención Primaria de Salud-APS.

**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Tabla 4. Conformación de las Macro zonas según Región y Servicio de Salud

Macrozona	Región	Servicio de Salud
Norte	Arica y Paranicota Tarapacá Antofagasta Atacama	S.S. Arica S.S. Iquique S.S. Antafogasta S.S. Atacama
Centro Norte	Coquimbo Valparaíso	S.S. Coquimbo S.S. Aconcagua S.S. Valparaíso – San Antonio S.S. viña del Mar - Quillota
Centro	Metropolitana	S.S. Met. Norte S.S. Met. Oriente S.S. Met. Occidente S.S. Met. Central S.S. Met. Sur Oriente S.S. Met. Sur
Centro Sur	O´Higgins Maule	S.S. O´Higgins S.S. Maule
Sur	Ñablu Biobio  Araucanía	S.S. Ñablu S.S. Bio Bio S.S. Concepción S.S. Talcahuano S.S. Arauco S.S. Araucanía Norte
Extremo Sur	Araucanía Los Ríos Los Lagos  Aysén Magallanes	S.S. Araucanía Sur S.S. Valdivia S.S. Osorno S.S. Del Reloncavi S.S. Chiloe S.S. Aysén S.S. Magallanes

Fuente: Distribución Servicios de Salud, según Región y Macrozona - Minsal

AMBIENTES QUE IMPACTAN EN LA ATRACCIÓN Y RETENCIÓN DE RHS

## Redes integradas de servicios de salud

Las Redes Integradas de Servicios de Salud, según lo definido por OPS (2010), corresponden a “una red de organizaciones que presta o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. En Chile, se ha implementado el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud, que consta de 29 Servicios de Salud y 6 macrorregiones.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

A los Servicios de Salud les corresponde la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

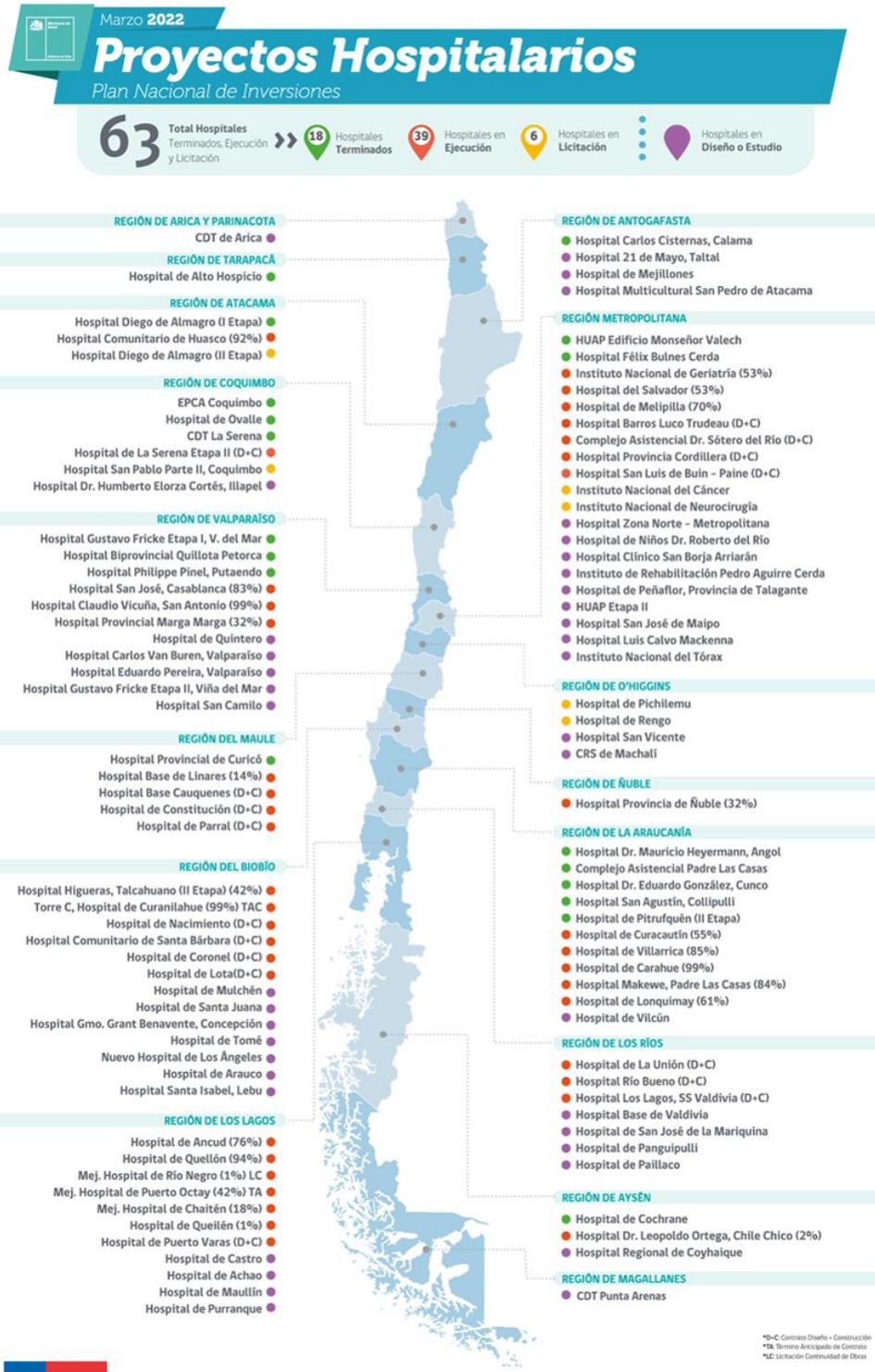
La Red de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que solo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros servicios, y con otras instituciones públicas o privadas que correspondan, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

**Las Redes Asistenciales Macrorregionales** consideran criterios de accesibilidad para el usuario; complementariedad de cartera de servicios; vínculos de articulación de la Red Asistencial y considerando el aporte de los Directores de Servicios de Salud, todo ello para propender un desarrollo descentralizado de las diferentes especialidades y equipos de salud.

En aquellas regiones que tengan más de un servicio, existirá un Consejo de Coordinación de Redes Regionales

Figura 4. Proyectos Hospitalarios Marzo 2022. Plan Nacional de Inversiones



AMBIENTES QUE IMPACTAN EN LA ATRACCIÓN Y RETENCIÓN DE RHS

integrado por los directores de los respectivos servicios, que será presidido directamente por el Subsecretario de Redes Asistenciales o por quien éste designe.

De acuerdo a la conformación de las redes asistenciales, es posible evidenciar que diversos son los desafíos a enfrentar por parte del gestor de red en cada territorio (Director del Servicio y Jefe de APS), de manera de realizar una apropiada gestión de las diferentes demandas y propiciar, además, resultados sanitarios adecuados. En este contexto, es posible identificar el predominio de programas localizados en enfermedades, el riesgo de fragmentación, que involucra la segmentación institucional del sistema de salud, considerando que la mayor parte de la atención primaria se encuentra bajo un régimen de administración municipal, lo que conlleva a la necesidad de duplicar los esfuerzos de coordinación.

Asimismo, la necesidad de abordar el fortalecimiento de programas de formación de especialistas y profesionales que trabajen en equipo y que reconozcan la relevancia del trabajo intersectorial y que, además, valoren la participación de las personas, familia y comunidades en salud y lo incorporen como un pilar de los procesos de cuidado y protección de la salud.

A todo lo anterior, se puede sumar la problemática de lograr una adecuada distribución de los recursos en cuanto a calidad y cantidad, que conlleva otro reto más a enfrentar en la gestión de las redes asistenciales.

## Plan de inversiones en salud <sup>11</sup>

En los últimos años, se ha impulsado y priorizado un desarrollo relevante en la inversión de infraestructura pública de salud, lo que ha permitido no solo aumentar la capacidad resolutoria con mayor y mejor tecnología al servicio de la salud de la población, sino que además ha tornado interesante la incorporación y desarrollo profesional de los diferentes profesionales y técnicos en salud en la red de atención pública.

El Plan de Inversiones tiene por objetivo fortalecer la Red de Salud, generando un cambio oportuno y concreto a las múltiples necesidades de la población, a través de la construcción, reposición, mantenimiento y mejoramiento de infraestructura sanitaria, a lo largo de todo el territorio nacional, lo que ha permitido contribuir al mayor acceso a la salud de la población.

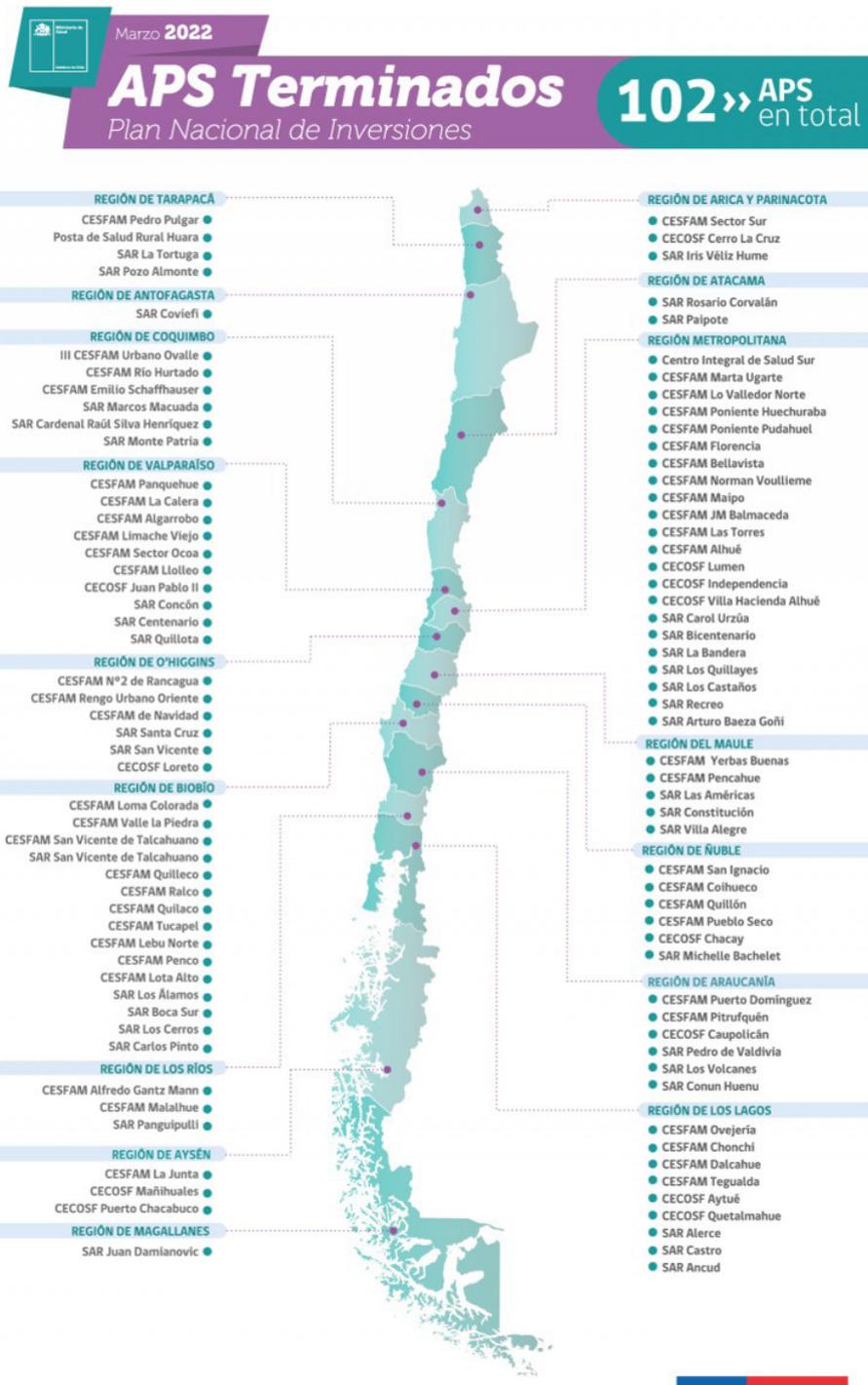
Se trata de una generación de hospitales que le cambiará la cara y fortalecerá nuestra salud pública, con estándares de calidad, eficiencia energética, tecnología de última generación, espacios amigables, construcciones seguras y con pertinencia cultural, entre otras características que materializan el derecho a una salud digna. En materia de atención primaria, el compromiso es terminar la construcción de más de 100 recintos APS al primer trimestre del 2022.

11 <https://plandeinversionesensalud.minsal.cl/>

**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Figura 5. APS Terminados: 102 en total. Marzo 2022. Plan Nacional de Inversiones



AMBIENTES QUE IMPACTAN EN LA ATRACCIÓN Y RETENCIÓN DE RHS



## Colombia

### Breve análisis del contexto nacional

En Colombia la salud es considerada como un derecho definido en la Constitución Política de 1991 y perfeccionado por la Ley Estatutaria 1751 de 2015; es a su vez un derecho público que puede ser prestado por particulares, para lo cual podemos referirnos en particular a la Ley 100 de 1993 por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, la Ley 1164 de 2007 que contiene los lineamientos para la planeación, formación, ejercicio y desempeño del talento humano, y la Ley 1438 de 2011 por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El financiamiento de la salud se centra en el aseguramiento. Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio - EAPB (más conocidas como EPS) reciben una Unidad de Pago por Capitación - UPC por cada persona afiliada (un equivalente de prima) con lo cual le corresponde brindarle al afiliado los servicios contemplados en el plan de beneficios en salud, los cuales abarcan desde acciones de promoción y prevención de la salud, lo relacionado con la atención de salud, el tratamiento, rehabilitación y paliación de la salud, según sea necesario. Cada EAPB debe contar con una red de prestación de servicios de salud, que permita la adecuada atención de los servicios de salud de sus afiliados. La vigilancia de las EAPB está a cargo de dos superintendencias: la financiera; y de salud.

La prestación de los servicios está a cargo de las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS. Estas pueden ser públicas, privadas o mixtas, pero también pueden corresponder a profesionales independientes debidamente habilitados para el servicio a prestar. Todas estas instituciones tienen autonomía administrativa y financiera. El total de prestadores que figuran en el registro especial de prestadores - REPS, es de 61 860 de los cuales 11 468 corresponden a IPS (y, de ese conjunto, 932 son IPS públicas) y 50 392 corresponden a profesionales independientes.

En concordancia con lo expuesto, la conformación de la planta de personal y la vinculación del Talento Humano en Salud - THS, la define autónomamente cada prestador, en función de la población a atender. Existen diferentes modalidades de vinculación: Carrera administrativa para las IPS públicas (no existe carrera sanitaria en Colombia), contrato laboral a término fijo o indefinido para las IPS privadas, contratos de prestación de servicios tanto para IPS privadas como públicas y por consulta o procedimiento. Así mismo, los especialistas durante su formación son contratados como residentes con un carácter laboral particular. Igual sucede con los seleccionados para prestar el Servicio Social Obligatorio al final de sus estudios de pregrado.

Por otra parte, las direcciones territoriales de servicios de salud departamentales y municipales (Secretarías de Salud) cuentan con autonomía financiera y administrativa y tienen a su cargo las acciones de vigilancia y control de los

diferentes agentes del sistema de salud en su jurisdicción, así como las acciones colectivas de promoción y prevención.

El talento humano en salud considerado como la base del sistema sanitario (Llamado a la Acción de Toronto, 2005) fue posicionado en la agenda del sector salud en Colombia mediante la Ley 1164 de 2007, en la cual se definieron lineamientos para su planeación, formación, ejercicio y desempeño.



## Ecuador

### Marco Normativo

En el Ecuador el derecho a la salud es garantizado dentro de los elementos del Estado. La Constitución de la República del Ecuador señala:

**Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado,** cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

La pandemia originada por la COVID-19 presenta desafíos sanitarios, sociales y económicos para los países de América Latina.

#### • **CEPAL: Los países de América Latina y el Caribe enfrentan posiciones fiscales complejas:**

1. Limitado espacio fiscal (déficits persistentes y deuda pública).
2. Menores ingresos fiscales (caída del nivel de actividad económica y de precios de los recursos naturales).
3. Importantes requerimientos de gasto público a corto plazo para fortalecer los sistemas de salud, proteger el bienestar de la población y mantener el empleo.

Figura 6. La Salud como derecho



Fuente: Ministerio de Salud Pública de Ecuador

4. Endurecimiento de las condiciones financieras, que implicará mayores costos de financiamiento de los requerimientos de gasto público.

#### •FMI: Los países exportadores de petróleo enfrentan un triple shock macro-fiscal:

1. Pérdida de ingresos (caída mundial de precios del petróleo).
2. Impacto económico negativo de la actividad no petrolera interna.
3. Mayor presión de gasto resultante de la respuesta a efectos de la pandemia.

Ecuador ha ingresado en una fase de contracción económica que se vio reforzada por la emergencia sanitaria, social y económica a causa de la pandemia por el COVID-19.

#### Banco Mundial:

- ◇ • El Producto Interno Bruto (PIB) del Ecuador tuvo un decrecimiento de 0,3% para el año 2019 y su crecimiento sería de 0% en el 2019.
- ◇ • Para el 2020 el crecimiento económico se reduciría aún más a causa del impacto de la COVID-19.

En cuanto al financiamiento (...)

**Art. 286.-** Las finanzas públicas, en todos los niveles de gobierno, se conducirán de forma sostenible, responsable y transparente y procurarán la estabilidad económica. Los egresos permanentes se financiarán con ingresos permanentes. **Los egresos permanentes para salud, educación y justicia serán prioritarios** y, de manera excepcional, podrán ser financiados con ingresos no permanentes.

**Art. 366.-** *El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente,* y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud.

**VIGESIMOSEGUNDA.-** El Presupuesto General del Estado destinado al financiamiento del sistema nacional de salud, se incrementará cada año en un porcentaje no inferior al 0,5% del PIB, hasta alcanzar al menos el 4%.

## **Panorama Económico General PIB**

El PIB per cápita presenta una disminución que oscila entre el 7% y 11% en el 2020.

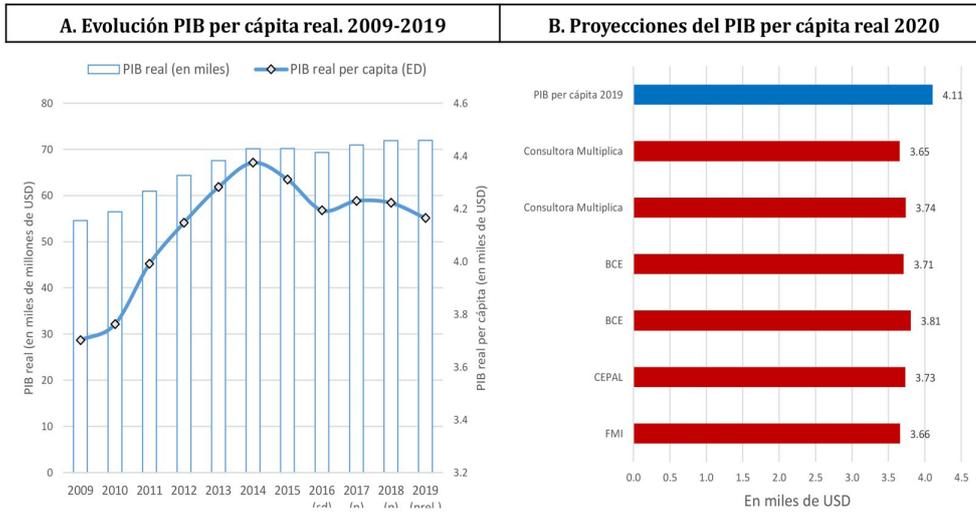
Los ingresos percibidos por impuestos dentro del PGE siguieron la misma tendencia que el total de ingresos petroleros que fue mucho más marcada.

## **Aspectos Financieros en Salud**

El presupuesto devengado del MSP entre enero y julio presentó monto menor respecto al 2019 y 2018 en razón del -16,6% y -8,2%, respectivamente.

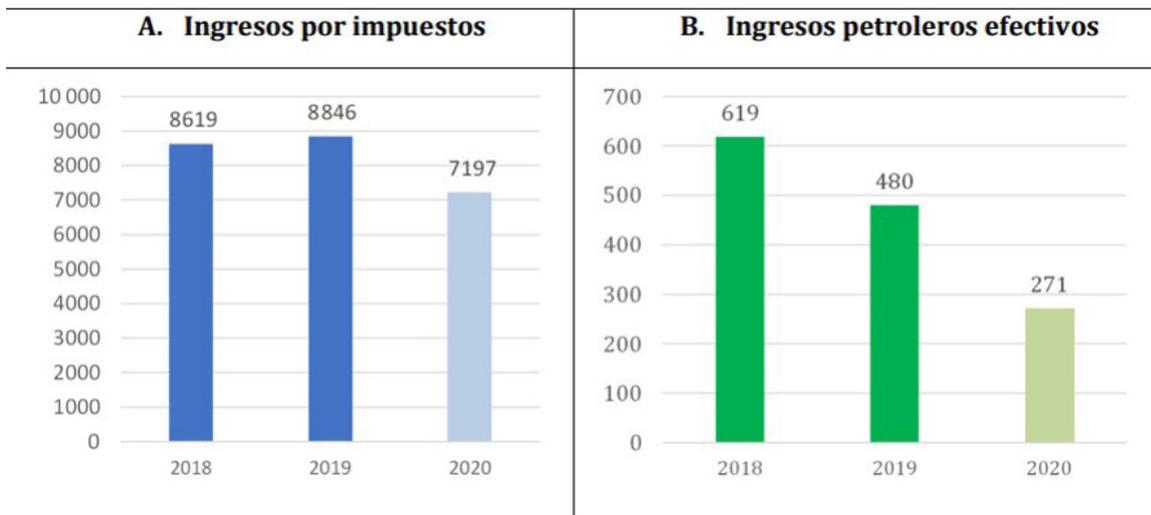


Figura 7. PIB per cápita real de Ecuador. 2009 - 2022



Fuente: Banco Central del Ecuador "Información Estadística Mensual No. 2021" - Julio 2020. INEC "Proyecciones poblacionales 2010-2020". Proyecciones: varias fuentes (ver tabla Nro. 1).

Figura 8. Ingresos Percibidos por Impuestos

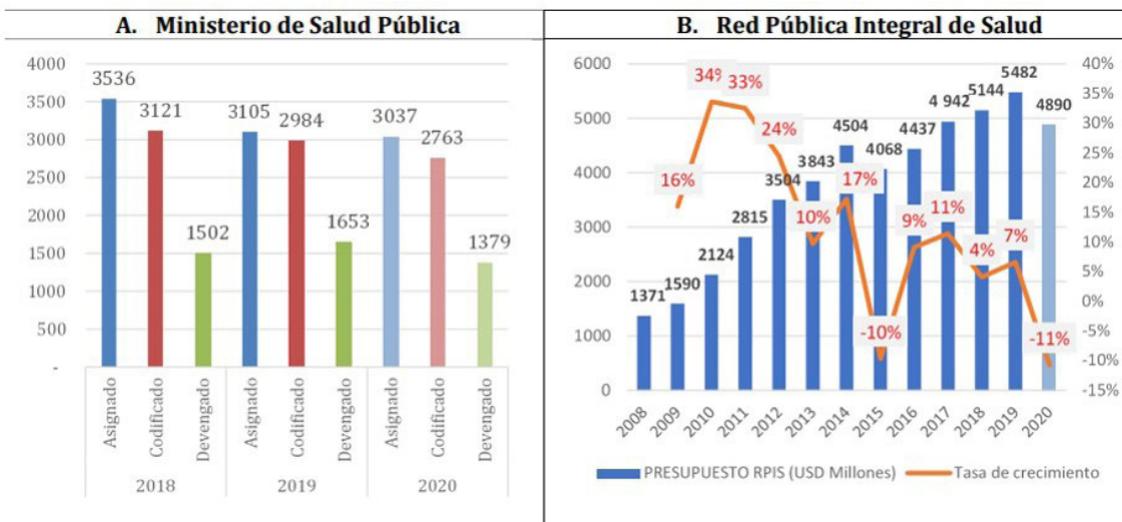


Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, 2018-2020.

**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Figura 9. Presupuesto del Ministerio de Salud Pública



Fuente: e-sigef, 2018-2020, MSP, IEES, DNSPN, Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas, ISSFA, ISSPOL 2008-2020

Figura 10. Acciones para garantizar acceso a salud en la pandemia



Fuente: Ministerio de Salud de Ecuador

### **Ante la necesidad urgente de contar con recursos para enfrentar esta emergencia sanitaria a causa de la COVID-19 para el MSP**

- ◇ El MEF gestionó y determinó los organismos y montos para financiar las actividades necesarias e imperantes del MP a través del Gasto de Inversión.
- ◇ El Gasto Corriente fue afectado, esto en función a la disposición emitida por el MEF en donde expone textualmente: "(..) se exhorta al MSP que haga uso de los recursos del presupuesto asignado en el gasto corriente (...)"

### **A través de las instancias respectivas se gestionaron recursos adicionales activando los siguientes proyectos:**

- ◇ Infraestructura Física, Equipamiento, Mantenimiento, Estudios y Fiscalización en Salud – PIFEMEFS
- ◇ • Apoyo a la extensión en la protección social y atención social en salud - recursos destinados para la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos

- ◇ • Sostenibilidad de la Operación de las Unidades del Ministerio de Salud. Recursos destinados a la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos NO COVID-19.

Al presentar la necesidad del MSP al Gobierno Central

El Sr. Presidente Constitucional de la República firmó el Decreto Ejecutivo Nro. 1137, en el cual decreta:

*Artículo 1.- Disponer la recaudación anticipada del impuesto a la renta con cargo al ejercicio fiscal 2020 (..) Lo recaudado será destinado a cubrir los principales valores pendientes de pago del sector salud, así como a cubrir las principales necesidades sanitarias para la pandemia COVID -19 (..)*

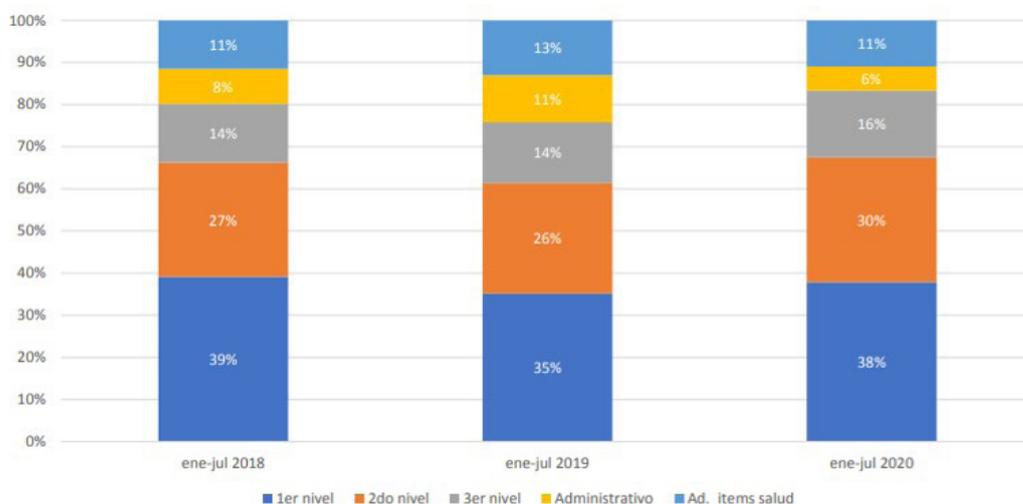
**A pesar de la reducción de presupuesto,** el SP ha hecho esfuerzos para reasignar recursos y afrontar la emergencia sanitaria por el nuevo coronavirus.

La actividad creada en marzo de 2020 para afrontar la pandemia "Emergencia Sanitaria COVID-19" registra un presupuesto devengado de USD 2,64 millones y una ejecución del 64,3%.

**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Figura 11. Presupuesto devengado MSP por nivel de atención Enero – julio 2018 – 2020 (porcentajes)



Fuente: e-sigef, 2018-2020, Elaboración: MSP-CGDES-DES

Figura 12. Presupuesto devengado de medicamentos por actividad, enero-septiembre 2020 (USD millones y porcentaje)



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2020  
Elaboración: MSP-CGDES-DES

## Instrumentos normativos generados<sup>12</sup>

- ◇ Protocolo de procedimiento para la estación de monitoreo de la zona intangible Tagaeri-Taromenane y Guardianías del Parque Nacional Yasuní sobre corona virus COVID-19.
- ◇ Protocolo para prevención y contingencia de CORONAVIRUS (COVID-19) en el área de influencia de la zona intangible Tagaeri-Taromenane.
- ◇ Recomendaciones para los profesionales de la salud para el manejo y cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto, puerperio, periodo de lactancia, anticoncepción y recién nacidos en caso de sospecha o confirmación de diagnóstico de SARS-CoV-2 o COVID-19.
- ◇ Protocolo con pertinencia intercultural para la prevención y atención de la COVID-19 en pueblos y Nacionalidades Indígenas, Afroecuatorianos y Montubios del Ecuador.

Figura 13. Acciones para garantizar acceso a salud en la pandemia



Fuente: Ministerio de Salud de Ecuador

12 <https://www.salud.gob.ec/documentos-normativos-COVID-19-ecuador/>

## CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Figura 14. Acciones en Cooperación Internacional



Fuente: Ministerio de Salud de Ecuador

## Conclusiones

- ◊ En Ecuador el derecho a la salud, así como su financiamiento, es garantizado dentro de los elementos constitutivos del Estado.
- ◊ Ecuador ha ingresado en una fase de contracción económica que se vio reforzada por la emergencia sanitaria, social y económica a causa de la pandemia por el COVID-19.
- ◊ Los ingresos percibidos en el PGE entre enero y julio de 2020 se han reducido entre el 26% y 19% respecto al mismo período del 2019 y 2018, respectivamente.
- ◊ En el marco de la declaratoria del "Estado de Emergencia Sanitaria" se ha dispuesto la priorización de

recursos económicos, de talento humano; y, demás medidas que se estimen necesarias para afrontar la pandemia.

- ◊ A pesar de la reducción de presupuesto, el MSP ha hecho esfuerzos para reasignar recursos y afrontar la emergencia sanitaria por el nuevo coronavirus.
- ◊ Ante la necesidad urgente de contar con recursos para enfrentar esta emergencia sanitaria a causa de la COVID-19 para el MSP se gestionaron recursos adicionales a través de las instancias respectivas.
- ◊ Se ha conseguido apoyo mediante cooperación internacional que han permitido contar con recursos para fortalecer las actividades del MSP en provisión de servicios de salud.



## Perú

La población es un fenómeno social dependiente del desarrollo de la sociedad, por lo que los cambios estructurales de la población reflejan sus condiciones socio-económicas, políticas y culturales.

En lo que transcurre el siglo XXI, en el Perú han ocurrido grandes avances en el mejoramiento de nivel de vida de la población; sin embargo, debido a la pandemia de la COVID-19 y las consecuencias de las medidas para combatirla, se han tenido graves consecuencias negativas en los planos económico, productivo y social, con secuelas y efectos a mediano plazo sobre el crecimiento e incremento de la desigualdad, la pobreza y el desempleo.

### Contexto económico

La relación entre los comportamientos de la población y el desarrollo económico y social tiene un pilar fundamental en los recursos humanos, que son el principal soporte de todo proceso de desarrollo.

En el período 1995-2019, la economía peruana se caracterizó por ser estable, su desempeño mostró un comportamiento positivo. En este período, el PBI a precios corrientes pasó de 120,3 miles de millones de soles en el año 1995 a 762,5 miles de millones de soles en el año 2019, es decir, aumentó en 5,9 veces. Sin embargo, en el año 2020, disminuyó a 706,0 miles de millones de soles, como consecuencia de las medidas tomadas para combatir la pandemia de la COVID-19.

El Producto Bruto Interno por habitante que representa el valor económico de los bienes y servicios generados por cada habitante- si la riqueza se distribuyera de forma equitativa-, se incrementó en 5,7 veces, al pasar de 5026 soles en el año 1995 a 23 730 soles en el año 2019.

### Contexto Social

#### Gasto Público Social

La evolución del gasto público social hasta el año 2019 muestra que la inversión de recursos del gobierno central en políticas sociales mantuvo cierta estabilidad. En el año 2019 el gasto público social del gobierno central representó un 11,1% del PBI, en tanto en el año 2002 fue el 10,0%. En el año 2020, la pandemia ha afectado directamente las decisiones sobre el gasto público, en general, y el gasto social, en particular, se incrementó a 14,6% del PBI.

#### Evolución de la pobreza monetaria

A lo largo de las décadas, la pobreza afectó a grandes proporciones de población; sin embargo, el crecimiento económico observado, la provisión de servicios públicos, las políticas de superación de la pobreza, entre otros, atenuaron su impacto y mejoraron las condiciones de vida de la población.

Sin embargo, después de diecisiete años de avances en reducción de la pobreza y la pobreza extrema, ambas volvieron a aumentar en el año 2020. La pobreza afectó al 30,1% de la población, siendo 9,9 puntos porcentuales más

que en el año 2019 (20,2%). La pobreza extrema se elevó de 2,9% a 5,1%.

### **Evolución del coeficiente de Gini**

Entre los últimos quince años, el índice de Gini, que mide la desigualdad, disminuyó en 18,3%, al pasar de 0,509 en el año 2005 a 0,416 en el año 2019, sin embargo, en el año 2020, se ubicó en 0,449, como consecuencia de la pandemia de la COVID-19.

### **Población en Edad de Trabajar**

La Población en Edad de Trabajar (PET) es aquella población definida por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como apta en cuanto a edad para ejercer funciones productivas.

Debido a un fuerte incremento de la población en períodos previos, causado por altos niveles de natalidad y niveles de mortalidad decrecientes, la población en edad de trabajar, en este caso medida por las personas con 14 años y más de edad, aumentó en 37,9% en el período 2001-2020, lo que equivale a 6 millones 833 mil 800 personas, con un incremento promedio anual de 360 mil personas.

Según edad, el 73,1% de la PET se encuentran en el rango de edad de 14 a 49 años, el 17,0% tienen entre 50 a 64 años y el 9,8% de 65 a más años de edad.

### **Evolución de la tasa de participación en la fuerza de trabajo**

La tasa de participación de la población activa es una medida de la proporción de la población en edad de trabajar

de un país que participa activamente en el mercado laboral, ya sea trabajando o buscando trabajo; indica el tamaño de la oferta de la mano de obra disponible para participar en la producción de bienes y servicios, en relación con la población en edad de trabajar. El desglose de la población económicamente activa por sexo y grupo de edad ofrece un perfil de la distribución de la mano de obra dentro de un país.

Entre los años 2001-2019, en el país, la tasa de participación promedio de la población de 14 y más años de edad se incrementó en 3,5 puntos porcentuales, pasando de 69,2% a 72,7%, sin embargo, en el año 2020 descendió a 64,7%, debido a las medidas implementadas para combatir la propagación de la pandemia de la COVID-19, que afectó fuertemente a la fuerza de trabajo (INEI, 2021).

En el período 2001-2019, la participación de las mujeres en la fuerza laboral fue la que más creció, pasando de 58,4% a 64,5%, un avance mayor que el de los hombres que pasó de 80,1% a 81,1%

Sin embargo, a pesar del importante incremento en la tasa de participación femenina, la brecha, con respecto a la tasa de los hombres es aún significativa. En el año 2001, mientras que la tasa promedio de las mujeres de 14 años y más era de 58,4%, la de los hombres alcanzó el 80,1%, es decir, una diferencia de 21,7 puntos porcentuales; en el año 2019, la brecha descendió 16,6 puntos porcentuales (INEI, 2021).

El avance se debe principalmente a progresos en aspectos que tienen

impactos positivos sobre la decisión de las mujeres de incorporarse al mercado laboral: mayores niveles educativos, caída en las tasas de fecundidad, mayores niveles de ingreso, acceso a tecnologías que reducen el tiempo necesario para llevar a cabo tareas domésticas, así como logros en materia de derechos políticos y normas sociales.

Sin embargo, persisten rezagos que inhiben el crecimiento de la participación laboral femenina, incluyendo las brechas en los rendimientos escolares, estereotipos en la educación y aspectos culturales que favorecen el rol reproductivo y de cuidado de las mujeres y que alejan a estas del mercado de trabajo.

En el año 2020, se observaron mayores impactos en las mujeres como consecuencia de la contracción económica. En el caso del desempeño de las tasas de participación por sexo se aprecia que durante la crisis sanitaria la fuerte contracción de las tasas de participación en el año 2020 comparado con el 2019, fue mayor en las mujeres (-20,5 pp.) que entre los hombres (-6,1 pp.) (INEI, 2021).

La vulnerabilidad laboral de los jóvenes (de 14 a 29 años) ha quedado particularmente expuesta durante la crisis sanitaria. Si bien la situación estructural de los jóvenes antes de la pandemia se caracterizó por las bajas tasas de participación y de ocupación, junto con tasas de desocupación que triplican las de los adultos (de 30 años y más), durante la pandemia los indicadores laborales de los jóvenes se deterioraron de manera significativa (INEI, 2021).

La población ocupada informal, que comprende tanto a los ocupados que son laboralmente vulnerables por la naturaleza de la unidad económica para la que trabajan, como aquellos cuyo vínculo o dependencia laboral no es reconocido por su fuente de trabajo, afectó al 75,3% de la población empleada en el año 2020.

La tasa de informalidad en las mujeres fue de 77,2% en el año de 2020, mientras que en los hombres de 73,9% (INEI, 2021).

### Salud en el Perú 2021-2026: ¿Hacia dónde vamos?

La nueva Política General de Gobierno (PGG) propone líneas de acción para mejorar la situación del sector salud. El éxito de su ejecución dependerá del trabajo conjunto entre el Estado, la academia, el sector privado y la ciudadanía.

La pandemia de la COVID-19 reconfirmó lo mostrado por las cifras previas respecto de las serias limitaciones del sistema de salud para atender la demanda ciudadana: siete de cada diez peruanos que se sienten enfermos no acuden a atenderse en un centro médico, puesto de salud u hospital (y no por falta de dinero).

Además, 4 de cada 10 soles destinados a la inversión pública en salud no son ejecutados por los niveles de gobierno central, regional ni local. Asimismo, existe una brecha de seis profesionales de salud (medicina, enfermería, obstetricia) para alcanzar cuarenta y

cuatro requeridos por cada diez mil habitantes.

En este contexto, durante la campaña electoral, el actual Gobierno nunca presentó un plan concreto, de corto y largo plazo para atender la salud de la población. Sin embargo, el pasado 16 de octubre, cerca de cumplir sus primeros cien días, publicó su Política General de Gobierno (PGG) y la sustentó ante el Congreso de la República. ¿Qué implican estos lineamientos para la salud de los ciudadanos?

### Política para el sector<sup>13</sup>

El primero de los diez ejes de la PGG es la generación de bienestar y protección social con seguridad alimentaria. De sus siete lineamientos, los dos primeros se enfocan, de manera directa, en salud.

**El primer lineamiento está referido a la pandemia.** La situación actual indica que el inicio de la tercera ola se sigue postergando, probablemente como resultado de la inmunidad generada en la población por las dos primeras olas y la vacunación. En ese escenario, sin bajar la guardia, se plantean cinco líneas de intervención que incluyen el fortalecimiento del diagnóstico, la vacunación, y la provisión de insumos y vacunas.

También se plantea promover la interoperabilidad de los sistemas de salud en los ámbitos nacional y regional, referido a la efectiva articulación e intercambio prestacional entre los subsistemas de salud y enlazado con

la propuesta del sistema de salud unificado del segundo lineamiento. Por otro lado, la quinta línea de intervención señala la participación ciudadana en todos los niveles para la prevención y la atención de la pandemia que, por diversos motivos, no tuvo la relevancia debida en las dos primeras olas.

### El segundo lineamiento apunta a la preservación de la vida y la salud.

Sus siete líneas de intervención se enfocan, sobre todo, en la organización de la oferta. La primera y más relevante consiste en establecer un sistema de salud universal, unificado, gratuito, descentralizado y participativo desde las perspectivas de la prestación y el financiamiento. Asimismo, ante el Congreso se planteó que el Seguro Integral de Salud (SIS) se convertirá, de manera progresiva, en un Seguro Universal de Salud para todos los residentes en el país. Sin embargo, cabe preguntarse si este proceso implicará un sistema único o la articulación efectiva de los subsistemas ya existentes.

En cualquier caso, se requiere que la mencionada interoperabilidad de los subsistemas de salud se viabilice a través de la agenda digital unificada de salud. Para ello, se debe implementar la integración real de los sistemas de información de salud sobre la base de los sistemas de historia clínica electrónica (SIHCE), lo que permitirá disponer de una única información de salud por cada ciudadano y su entorno familiar y comunitario, sin que esté fraccionada, desconectada y duplicada, como sucede en la actualidad.

Sobre la descentralización, surge otra interrogante: ¿Se insistirá con

13. Tomado de Rodríguez, Juan (2021, noviembre 16). Salud en el Perú 2021-2026: ¿Hacia dónde vamos? ESAN

la atomización en 25 Gobiernos regionales o se procederá con las macrorregiones sanitarias, según el Plan Nacional de Implementación de Redes Integradas de Salud (PNIRIS) aprobado en julio de este año? Sobre lo participativo, se entiende que, además de la vigilancia ciudadana y la participación comunitaria, se incluye la responsabilidad de la ciudadanía en el autocuidado de su salud.

Respecto a las intervenciones referidas a las redes integradas de salud (RIS), con énfasis en el primer nivel de atención, y a los equipos multidisciplinarios para el cuidado integral por curso de vida, se entiende que se continuará y fortalecerá lo propuesto en el PNIRIS, incluyendo el uso de los recursos del Programa de Inversión de Creación de RIS con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM) hasta el 2024.

Aunque no se menciona de forma explícita, se espera se fortalezca la atención de las enfermedades no transmisibles, responsables del 66 % de los años de vida saludable perdidos en el país. Sobre la salud mental, que es muy relevante en la carga de enfermedad en el país, se continuará sobre lo avanzado y se incrementará de 203 a 503 centros de salud mental comunitaria en el ámbito nacional. Por último, se hace énfasis en el desarrollo infantil temprano, incluyendo la lucha contra la desnutrición infantil y la anemia, siendo ésta última un significativo problema de salud pública

pues afecta al 40 % de los niños de 6 a 35 meses.

### **Inversión en infraestructura<sup>14</sup>**

Se entiende que se ejecutará mediante las intervenciones de RIS con capacidad resolutive óptima (primer nivel de atención), fortalecimiento de la telesalud y especialización hospitalaria regional. Asimismo, ante el Congreso se anunció la culminación y puesta en marcha del Plan Nacional de Construcción de Infraestructura Hospitalaria y un monto agregado de 3500 millones de soles, aún corto, para el cierre de la brecha de infraestructura en salud, que supera los 25 000 millones de soles a cinco años.

Sobre el anunciado plan, cabe preguntarse si se insistirá con la construcción de cuatro hospitales especializados en cada región para hacer un total de cien nuevos. O quizás se optará por el reemplazo o la rehabilitación integral de los dos a tres hospitales existentes por región, incluyendo los de EsSalud, así como, la formación regional de médicos especialistas para su dotación a estos hospitales. Este proceso formativo dura de tres a cuatro años.

Cualquiera que sea el caso, la reconfirmada incapacidad de los Gobiernos regionales en materia de inversión pública hace poco creíble que se cumpla tal meta en este quinquenio. Las dos últimas décadas demostraron que transcurren más de cinco años desde la concepción de un nuevo hospital hasta el inicio de su operación.

14 Tomado de Rodríguez, Juan (2021, noviembre 16). Salud en el Perú 2021-2026: ¿Hacia dónde vamos? ESAN

Sobre el fortalecimiento del servicio de telesalud para la población de zonas aisladas, se debe garantizar su conectividad para reducir la brecha existente. Ello puede culminarse entre el 2022 y el 2023, pues se cuenta con la RDNFO, ahora en manos del Estado, así como con los 21 proyectos regionales de banda ancha y otros de conexión satelital en ejecución, los cuales permitirán la conectividad en comisarías, colegios y establecimientos de salud en el país. Por otro lado, se entiende que no se dejará de masificar el uso de las herramientas de salud digital en las zonas conectadas.

Finalmente, respecto de los otros 9 ejes de la PGG, vale precisar que también incluyen intervenciones relacionadas con el sector salud. En ese sentido, se espera que exista una articulación estrecha con el segundo eje, para fomentar la inversión pública y privada con enfoque territorial; con el tercer eje, para impulsar la ciencia, tecnología e innovación; con el quinto eje, para la descentralización y fortalecimiento institucional y del servicio civil, y con el sexto eje de lucha contra la corrupción.

### **Trabajo conjunto<sup>15</sup>**

Es evidente que la salud, además de la educación, deben ser las prioridades del Estado para guiar el desarrollo del país en este quinquenio. Corresponde a la academia generar la evidencia para los diagnósticos actualizados y evaluar los pronósticos de éxito de

las intervenciones planteadas para el quinquenio, sin dejar margen a interpretaciones subjetivas o interesadas y haciendo factible el sinceramiento y el seguimiento de las metas e indicadores.

Asimismo, es muy importante que los funcionarios, especialmente de nivel intermedio, y los mandos operativos puedan ejecutar los lineamientos planteados. Para ello, deben sostenerse en la triple C, es decir, en sus competencias y conocimientos, su continuidad, así como de las políticas y, finalmente, reduciendo o eliminando la corrupción.

Se reitera la necesidad de un shock de gestión basado en la transformación digital del sector, lo que se relaciona con el octavo eje de la PGG, referido al Gobierno y la transformación digital con equidad. Ello implica masificar e institucionalizar lo trabajado previamente por la SEGDI-PCM y por el Ministerio de Salud (Minsa), integrando el Plan Nacional de Telesalud con la Agenda Digital del Sector Salud, porque ambos corresponden a la salud digital como herramienta que lleva como centro al ciudadano y busca su empoderamiento en su familia y comunidad, a lo largo de su curso de vida.

<sup>15</sup> Tomado de Rodríguez, Juan (2021, noviembre 16). Salud en el Perú 2021-2026: ¿Hacia dónde vamos? ESAN



FERIA DE SALUD  
MEDICINA  
GENERAL - 1

TASLETA  
VITONETIVA





## Venezuela

La República Bolivariana de Venezuela ha estado enfrentando una situación sociopolítica y económica, caracterizada por entornos frágiles, vulnerables y de conflicto, lo que ha afectado negativamente indicadores de los diversos sectores del país.

Respecto al ámbito económico, el contexto de la reducción de los precios internacionales del petróleo, ha afectado más a Venezuela que a otros países debido a las sanciones y al bloqueo económico impuesto a esta nación. Entre junio de 2014 y febrero de 2016, los precios del petróleo cayeron un 75%, terminando con la bonanza de recursos petroleros que se venía experimentado desde 2004. De esta forma, los precios del periodo 2015-2019 fueron un 41% más bajo que los de 2004-2014, reduciendo considerablemente los ingresos del país.

La agresión a la moneda ha tenido una correlación con la inflación, afectando el acceso a bienes y servicios. Aunado a una fuerte contracción de la industria manufacturera, de construcción y del sector privado, llevando a una gran fragilidad de las exportaciones y a la caída brusca del PIB. Las reservas internacionales se han empleado para la alimentación y salud del país y para enfrentar la desestabilización de las variables macroeconómicas, reduciendo en más de dos tercios su valor.

Para enfrentar este escenario, en el plano social, el gobierno nacional ha llevado a cabo una política continua

de diversificación de los canales de ingreso de la población así como de la protección del ingreso<sup>16</sup>. El gobierno de Venezuela centró su política social en un sistema de transferencias, a través del Sistema Patria<sup>17</sup>. El peso del ingreso directo por salario disminuyó su valor relativo y las transferencias pasaron a tener un peso superior al 80% del ingreso social de la familia.

Durante la última década se crearon alrededor de 38 Misiones que cubren desde temas de alimentación hasta salud y vivienda. La cobertura de las Misiones se había incrementado, principalmente enfocada en la alimentación. El ejecutivo nacional ha creado 19 programas alimentarios, y solo en dos de ellos concentra los mayores canales de impacto en distribución de alimentos. Los Comités Locales de Abastecimiento y Producción (CLAP) distribuyen más de 120 millones de combos al año, atendiendo a más del 74% de las familias del país. El Programa de Alimentación Escolar atiende por su parte a casi 5,5 millones de niños, de los 6,5 existentes en la educación pública, que concentra a su vez el 80% de la matrícula escolar nacional.

### 1.3 Ambiente social. Las relaciones de los RHS con la comunidad

La retención de los recursos humanos en salud, como factor clave de la

16 Ibíd.

17 Lanzado en 2017, la plataforma Patria comenzó como un esfuerzo por centralizar en una única base de datos a los millones de beneficiarios del conjunto de las políticas sociales desplegadas por el Gobierno venezolano, vinculadas al Carnet de la Patria. Actualmente se calcula en 20 millones de personas las incorporadas.

estabilidad del sistema, considerando además la inversión realizada en la formación, especialización y vinculación con espacios poblacionales específicos es sin duda uno de los aspectos que debe ser analizado para fortalecer el trabajo en este ámbito.

Por tanto, el análisis de esta temática considera cuáles son los factores que hacen a esta estabilidad, principalmente en espacios subatendidos de las redes de salud en cada país. Sin duda, tal como señalan los estudios sobre retención de RHS realizado por ORAS-CONHU el establecimiento de un vínculo con la comunidad y sus necesidades es uno de los factores clave a considerar, aunque vayan más allá de la acción directa de las y los tomadores de decisión en las políticas de salud de cada lugar.

“...todos estos factores no dependen exclusivamente de la autoridad en salud, existiendo entonces otros actores que deben involucrarse. Por otra parte, existen variaciones entre distintos tipos de profesionales, siendo mucho más marcado por ejemplo en el caso de los médicos, aquellos que dicen tener relación con el ámbito profesional aunque igualmente factores personales y comunitarios tienen su peso específico, siendo muy importante el nexo que logran los médicos con sus comunidades, en el fenómeno de la retención de ese profesional, en especial respecto del reconocimiento público y por tanto la apreciación y reciprocidad de

esa comunidad para con sus profesionales”.

Otro aspecto tiene que ver con la asignación de valor social y reconocimiento de la población hacia el servicio médico ofertado. Tal como señala Willy De Geyndt, aun cuando los servicios de salud sean disponibles, accesibles y costeables, no necesariamente son aceptables para la población. La falta de demanda es un problema grave en algunas zonas. Las creencias culturales, las prácticas étnicas y religiosas, los sistemas de valores y la desconfianza reducen la aceptabilidad de los servicios existentes y accesibles, especialmente en las zonas rurales (De Geyndt, 1983).

La integración de las actividades y programas de los diversos sectores se facilita cuando la comunidad participa en el proceso de ejecución. La participación de la comunidad es, sin embargo, un concepto muy trillado y vago que comprende muchos significados y carece de especificidad operativa. Es preciso distinguir entre el derecho de consultar, asesorar y decidir. La gente no debe ser beneficiaria pasiva de una asistencia cuyo contenido viene decidido por los profesionales de salud (De Geyndt, 1983).

No obstante, el grado de participación activa en el proceso asistencial va desde las consultas con representantes de la comunidad hasta el asesoramiento que dan grupos comunitarios y decisiones adoptadas por concejos integrados por miembros de la comunidad. ¿Si se da a la población facultades de decisión, cuál es el ámbito y el tipo de

decisiones que pueden adoptarse y aplicarse? Todas estas modalidades están incluidas en el término genérico de participación de la comunidad, pero las consecuencias prácticas de cada una son muy diferentes (De Geyndt, 1983).

En función de estas diferencias, también son diferentes las expectativas de la comunidad y las relaciones que establece con los RHS, y esto puede afectar a los mismos y a su decisión de permanecer en dichas comunidades: Si la percepción de la comunidad sobre lo que puede esperar de los RHS coincide con la percepción de estos sobre lo que deben y pueden ofrecer a la comunidad las relaciones se potencian, caso contrario se fracturan. Si las percepciones de ambos sobre el grado y tipo de participación de la comunidad y lo que la comunidad puede y debe ofrecer a los RHS, coinciden o difieren, ocurre lo mismo que en el caso anterior.

#### **1.4 Ambiente familiar. Las relaciones de los RHS con su familia**

Se debe considerar que los profesionales de salud, al igual que todos los seres humanos, no son entes autónomos, exentos de relaciones humanas y sociales. Es más, las relaciones interpersonales y familiares son elementos constitutivos para su estabilidad socioafectiva y, en consecuencia, su relacionamiento y permanencia en el entorno laboral.

Por tanto, las políticas, incentivos, definiciones, deben considerar

aspectos que permitan brindar un entorno favorable para dar continuidad y permanencia a estos lazos, principalmente en los servicios más alejados de la comunidad o lugar de origen del o la profesional en salud.

A lo largo de la historia, ha sido frecuente en las sociedades latinoamericanas la división de roles, asignando a las mujeres el ámbito privado del hogar, mientras que los hombres se desempeñaban en lo público y como proveedores. Sin embargo, la nueva coyuntura muestra que las mujeres salen cada vez más a desempeñar funciones en lo público, son proveedoras del hogar, pero todavía persiste la cara de cuidados como un rol exclusivamente femenino.

Uno de los aspectos a ser considerados es el equilibrio entre las tareas de cuidado y las laborales, principalmente considerando los sesgos de género persistentes en la región en términos de igualdad de género. A pesar de las políticas estatales, se hace evidente que persiste la sobrecarga por los múltiples roles que deben desempeñar principalmente las mujeres en el cuidado de la familia, además del ámbito laboral, especialmente en tiempos de pandemia.

“Al respecto, resulta frecuente encontrar dificultades para conciliar la vida profesional y familiar, experimentando una continua tensión debido a la falta de tiempo y energía para poder realizar todas las actividades, como la atención de los hijos, el cuidado del hogar y las exigencias del mundo laboral” (Valk & Srinivasan, 2011).

Esta situación repercute en una conflictividad que, por una parte, afecta la estabilidad personal del o la profesional en salud y puede tener consecuencias en el rendimiento, estabilidad y permanencia laboral. El estrés que se genera en el trabajo se descarga en el hogar, o bien, las situaciones familiares pueden interferir en las responsabilidades laborales. Lo anterior, plantea la necesidad de que las organizaciones modernas cuenten con políticas de trabajo y familia, mediante la utilización de acciones concretas que favorezcan la conciliación entre ambos dominios (Ugarteburu, Cerrato & Ibarretxe, 2008).

Dentro de las múltiples investigaciones realizadas en torno a la interacción trabajo-familia, la mayoría se ha enfocado en la perspectiva del conflicto, señalando que la existencia de distintos roles ocasiona de manera inevitable conflicto y estrés (Barnett, 1998). Tal como señalan Gracia, González & Peiró, “El conflicto trabajo-familia puede verse generado por una serie de factores. Desde el punto de vista laboral, pueden considerarse como influyentes las características de la tarea y del horario de trabajo, los estresores de rol, las aspiraciones laborales y la relevancia del trabajo, entre otros”. (Gracia, González & Peiró, 1996).

Por tanto, las políticas enfocadas a la permanencia del personal en el sistema de salud deben considerar también la conciliación entre la vida laboral y la vida familiar.

El conflicto trabajo-familia puede verse generado por una serie de factores. Desde el punto de vista laboral, pueden

considerarse como influyentes las características de la tarea y del horario de trabajo, los estresores de rol, las aspiraciones laborales y la relevancia del trabajo, entre otros (Gracia, González & Peiró, 1996).

Al respecto, uno de los más estudiados ha sido el número de horas de trabajo (Sanz, 2011), ya que, si bien no existen diferencias significativas respecto a las horas destinadas al trabajo en la ocupación entre hombres y mujeres, en el trabajo no remunerado estas se extienden hasta 4 horas, teniendo las mujeres una carga global de trabajo superior en tiempo y participación (INE, 2015). En este sentido, diversas investigaciones han demostrado que mientras más horas dedica una persona a trabajar, mayores niveles de conflicto trabajo-familia presenta (Kinnunen, Feldt, Geurts & Pulkkinen, 2006).

De acuerdo a Sanz (2011), existen diversas variables moderadoras del proceso de conflicto trabajo-familia. Este autor sostiene que, a nivel organizacional, las políticas asociadas a la flexibilidad de horarios, el apoyo del supervisor en las necesidades familiares, y el ajuste de las tareas laborales al tiempo del trabajador como a sus capacidades, pueden contribuir a que existan niveles más bajos de conflicto trabajo-familia, reduciendo los niveles de estrés a los que puedan verse expuestos. A nivel individual, señala que las estrategias de afrontamiento son relevantes cuando se genera un conflicto, así como también las características de personalidad, indicando que, ante los mismos estresores, no todos los individuos experimentan los mismos niveles de conflicto.

Considerando la importancia de conciliar la vida familiar y laboral, se ha demostrado que aquellos trabajadores que perciben que las organizaciones a las cuales pertenecen son capaces de responder a sus demandas laborales y familiares experimentan mayores niveles de satisfacción laboral, realizando una evaluación más positiva de estas. Por el contrario, cuando se ven expuestos a bajos niveles en relación al equilibrio en el trabajo y la familia, presentan menores niveles de satisfacción laboral (Abarca, Letelier, Aravena & Jiménez, 2016; Aguirre & Martínez, 2006; Paterna & Martínez, 2002; Jiménez, González & Reyes, 2009).

Besarez & Riquelme (2014), señalan que aquellas organizaciones que cuentan con políticas de conciliación de la vida laboral y familiar presentan mayores niveles de satisfacción laboral que aquellas empresas que no cuentan con este tipo de políticas.

Este equilibrio entre el ámbito familiar y laboral se ha asociado con la calidad de vida laboral de las personas, evitando las consecuencias del posible conflicto de rol, es decir, el incremento de los niveles de estrés laboral, tensión psicológica, deterioro de la salud y un inapropiado desempeño del rol parental (Frone, Russell & Cooper, 1997; Riquelme, Rojas & Jiménez, 2012).

Por otra parte, la calidad de vida laboral se encuentra directamente relacionada con la satisfacción laboral, teniendo repercusión no solo en el individuo, sino también en la organización, debido a que es sabido que un aumento en la calidad de vida de los trabajadores, tiene consecuencias positivas para

las organizaciones, en términos de compromiso organizacional, motivación y satisfacción por parte del sujeto (Jiménez & Moyano, 2008).

En una investigación llevada a cabo en México por González et al. (2015) con una muestra de 322 personas de una institución de salud, se evidenció la insatisfacción de la mujer en relación a la desigualdad de oportunidades, así como de su mayor participación en puestos de responsabilidad y toma de decisiones, no obstante, esta satisfacción fue mayor en lo que respecta al desarrollo personal logrado a través del trabajo y la utilización del tiempo libre

Por ende, se puede inferir que, bajo el contexto del área de la salud pública en nuestros países, estas variables se encuentran altamente asociadas.

### **1.5 Ambiente laboral. Condiciones de trabajo y relaciones en el trabajo.**

El concepto de calidad de vida laboral no solo se encuentra asociado al dominio de la conciliación laboral y familiar, sino que está influida además por múltiples factores, tales como el puesto de trabajo, las exigencias del cargo, la capacidad para desarrollarse en un puesto, la remuneración y seguridad física, entre otros (Herrera & Cassals, 2005).

En este sentido, Civera (2008) destaca que las instituciones de salud consideran los niveles de satisfacción de los trabajadores como una herramienta fundamental, ya que solo si los empleados se encuentran satisfechos

con su entorno laboral se puede lograr la satisfacción de los usuarios. A lo largo del tiempo el estudio del concepto calidad de vida laboral ha estado a la base de dos perspectivas teóricas-metodológicas, por un lado, la calidad de vida del entorno de trabajo, tiene como foco de estudio a la organización a modo de sistema, realizando un análisis a nivel macro, por otro, la calidad de vida laboral psicológica, hace hincapié en el sujeto y revela la importancia de elementos subjetivos de la vida laboral, llevando a cabo un microanálisis de las situaciones laborales en las cuales existe participación directa del trabajador. En definitiva, es un concepto multidimensional, que trata de ajustar elementos de la vida laboral relacionados con la experiencia del sujeto y los objetivos de la organización, agrupando las dimensiones que conforman ambas perspectivas (Casas, Repullo, Lorenzo & Cañas, 2002).

La calidad de vida en el trabajo tiene elementos objetivos y subjetivos, entendidos como la manera en que las personas viven la cotidianidad en su entorno laboral. Implica las condiciones de trabajo en un sentido general, las condiciones físicas como las estipuladas, las remuneraciones y hasta las relaciones sociales que emergen entre los colaboradores, y a su vez, de éstos con el ámbito empresarial.

Además, incluye las actitudes y valores de las personas, junto con las percepciones de satisfacción e insatisfacción que surgen a partir de esta unión de factores (Espinoza & Morris, 2002). Espinoza & Morris (2002) señalan que, según los datos

comparativos, en Chile se trabaja más horas al año que la gran mayoría de los países a nivel mundial, en conjunto con otros países de América Latina. Sin embargo, el ámbito económico ha apartado del estudio el efecto de los cambios sobre la calidad de vida, enfocándose solo en la capacidad de la economía para generar puestos de trabajo, quedando la propia actividad laboral vista como un espacio lejano de realización, de humanización y de utopía, en donde emergen fenómenos como la identidad del sujeto, formas de sociabilidad e integración social y acceso a los bienes y servicios básicos. En el área de la salud, la percepción de la calidad de vida laboral es de vital importancia.

En cuanto al apoyo directivo, se ha considerado que la participación, la posibilidad de que las ideas de los trabajadores sean escuchadas, el reconocimiento al esfuerzo e información sobre los resultados del trabajo tienen una gran incidencia en la calidad de vida laboral (Jiménez et al, 2020), al igual que los recursos utilizados y el establecimiento de medidas eficientes, de no ser así, el desgaste de un profesional podría derivar en el deterioro personal y laboral, afectando la calidad de la atención prestada y la satisfacción de los usuarios (Jubete, Lacalle, Riesgos, Cortés & Mateo, 2005).

Respecto a esto, un estudio llevado a cabo en Argentina por Albanesi de Nasetta & Nasetta (2011), constató que las mujeres de sectores de salud presentan una mayor calidad de vida laboral que los hombres. A su vez, otra investigación detectó que los hombres

perciben un mayor apoyo directivo que las mujeres (Albanesi de Nasetta, 2013).

Además, diversos modelos teóricos señalan que la sociabilidad laboral -formas en que las personas se vinculan entre sí- constituye un factor central en la calidad de vida laboral (Peiró & Prieto, 1996, citado en Stecher, Godoy & Toro, 2012), siendo esta uno de los elementos esenciales en el bienestar y malestar en el trabajo (Espinoza & Morris, 2002; Segurado & Agulló, 2002).

Aun así, en este aspecto, en América Latina es escaso el conocimiento en relación a la calidad de vida laboral, por ende, no se han llevado a cabo planes de acción dirigidos a este campo, siendo para ejecutivos y empresarios un concepto desconocido (González, Hidalgo & Salazar, 2007).

Existe una relación positiva entre satisfacción laboral y calidad de vida laboral, diversos estudios que señalan que un aumento en la calidad de vida laboral se encuentra directamente relacionada con la satisfacción laboral, en una gran variedad de necesidades personales desarrolladas en el trabajo, lo cual se vuelve relevante para el desarrollo personal, familiar y social, además de un mayor compromiso organizacional, motivación y satisfacción por parte del sujeto (González et al., 2007)

En este sentido, Civera (2008) destaca que las instituciones de salud consideran los niveles de satisfacción de los trabajadores como una herramienta fundamental, ya que solo si los empleados se encuentran satisfechos con su entorno laboral se puede lograr

la satisfacción de los usuarios y la permanencia de los primeros en sus puestos de trabajo.

## **1.6 Ambiente individual. Cómo me siento yo conmigo mismo**

A lo largo del tiempo el estudio del concepto calidad de vida laboral ha estado a la base de dos perspectivas teóricas-metodológicas, por un lado, la calidad de vida del entorno de trabajo, tiene como foco de estudio a la organización a modo de sistema, realizando un análisis a nivel macro, por otro, la calidad de vida laboral psicológica, hace hincapié en el sujeto y revela la importancia de elementos subjetivos de la vida laboral, llevando a cabo un microanálisis de las situaciones laborales en las cuales existe participación directa del trabajador. En definitiva, es un concepto multidimensional, que trata de ajustar elementos de la vida laboral relacionados con la experiencia del sujeto y los objetivos de la organización, agrupando las dimensiones que conforman ambas perspectivas (Casas, Repullo, Lorenzo & Cañas, 2002).

La calidad de vida en el trabajo tiene elementos objetivos y subjetivos, entendidos como la manera en que las personas viven la cotidianidad en su entorno laboral. Implica las condiciones de trabajo en un sentido general, las condiciones físicas como las estipuladas, las remuneraciones y hasta las relaciones sociales que emergen entre los colaboradores, y a su

vez, de estos con el ámbito empresarial. Además, incluye las actitudes y valores de las personas, junto con las percepciones de satisfacción e insatisfacción que surgen a partir de esta unión de factores (Espinoza & Morris, 2002). Sin embargo, el ámbito económico ha apartado del estudio el efecto de los cambios sobre la calidad de vida, enfocándose solo en la capacidad de la economía para generar puestos de trabajo, quedando la propia actividad laboral vista como un espacio lejano de realización, de humanización y de utopía, en donde emergen fenómenos como la identidad del sujeto, formas de sociabilidad e integración social y acceso a los bienes y servicios básicos. En el área de la salud, la percepción de la calidad de vida laboral es de vital importancia.

En cuanto al apoyo directivo, se ha considerado que la participación, la posibilidad de que las ideas de los trabajadores sean escuchadas, el reconocimiento al esfuerzo e información sobre los resultados del trabajo tienen una gran incidencia en la calidad de vida laboral, al igual que los recursos utilizados y el establecimiento de medidas eficientes, de no ser así, el desgaste de un profesional podría derivar en el deterioro personal y laboral, afectando la calidad de la atención prestada y la satisfacción de los usuarios (Jubete, Lacalle, Riesgos, Cortés & Mateo, 2005).

Respecto a esto, un estudio llevado a cabo en Argentina por Albanesi de Nasetta & Nasetta (2011), constató que las mujeres de sectores de salud

presentan una mayor calidad de vida laboral que los hombres. A su vez, otra investigación detectó que los hombres perciben un mayor apoyo directivo que las mujeres (Albanesi de Nasetta, 2013). Finalmente, cabe mencionar que es escasa la literatura que profundiza en la calidad de vida laboral experimentada

En este sentido, Civera (2008) destaca que las instituciones de salud consideran los niveles de satisfacción de los trabajadores como una herramienta fundamental, ya que solo si los empleados se encuentran satisfechos con su entorno laboral se puede lograr la satisfacción de los usuarios. Por otro lado, Ceballos-Vásquez et al (2019) describen que la estabilidad laboral es un factor determinante en la aparición de estrés laboral, principalmente en trabajadores de la salud. Señalan que sentirse seguro desde el punto de vista de estabilidad laboral disminuye la expresión de las manifestaciones de estrés. En el caso de no contar con estabilidad laboral se genera inestabilidad emocional que constituye un factor estresante más con presencia de somatización y manifestaciones cognitivas conductuales que indiscutiblemente generaran afectación del estado de salud.

Existe un mayor porcentaje de exposición a estrés laboral en el personal de enfermería en relación al personal médico. Este planteamiento coincide con lo expuesto por Ramírez Escalante, (2020) quien analizó la presencia de estrés laboral en personal de enfermería dedicado a la atención de

**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

pacientes con diagnóstico de COVID-19 en la ciudad de Guayaquil, reportando un elevado porcentaje de exposición, que muestra que mientras mayor es la exposición a estrés laboral, menor será la autopercepción de los individuos de los elementos relacionados con su salud y bienestar

Queda claro también que la exposición a estrés genera riesgos para la estabilidad emocional generando posibilidades de desarrollo de depresión, la cual implica autopercepción de minusvalía y brechas entre lo que yo quería ser y lo que soy o lo que he logrado.



2



**ACTORES EN  
LA TOMA DE  
DECISIONES EN  
POLÍTICAS DE  
ATRACCIÓN Y  
RETENCIÓN DE  
RHS**

## **2. ACTORES EN LA TOMA DE DECISIONES EN POLÍTICAS DE ATRACCIÓN Y RETENCIÓN DE RHS**

A la luz de la revisión de los instrumentos legales que dan origen a la organización del poder Ejecutivo en los diversos países objeto de este estudio, se observa que los elementos planteados en la matriz de análisis pueden permitir una mejor comprensión respecto a la toma de decisiones. Los actores de la toma de decisiones son diversos, pero, prácticamente en todos los casos, el tipo de decisiones sobre políticas en materia de incentivos de tipo económico pasan por las decisiones de los ministerios del área económico-financiera de cada país. Por tanto, son las decisiones de tipo operacional las que recaen en manos del sector salud, siendo este aspecto -la vinculación entre carteras y el establecimiento de las políticas de salud como áreas de interés nacional, estratégico- uno de los desafíos a enfrentar con miras a lograr una política integral de permanencia del personal en las zonas subatendidas de la región.

### **2.1 Dirección de salud. Entidad responsable de planificación, selección y gestión de RHS**

En un escenario de política pública en salud integral corresponde a esta instancia la planificación de los RHS requeridos, tanto en cantidad, como

en las características personales y profesionales, su selección, seguimiento y evaluación.

Esta planificación debe considerar una visión estratégica de la política, considerando los aspectos identificados como claves para la permanencia y retención del personal de salud y, tomando en cuenta aspectos específicos del contexto nacional. Deberá establecer los mecanismos de incentivo, principalmente de carácter económico o de desarrollo profesional, que harán parte de las propuestas a presentarse a máximas autoridades ejecutivas de decisión.

Según la estructura organizacional en cada país varía la denominación de esta instancia, pero las funciones son similares. Como ejemplo se transcribe en extenso la caracterización y funciones del Perú:

Artículo 31º-A. Oficina general de gestión de recursos humanos (...) está a cargo de dirigir, ejecutar y controlar los procesos técnicos y acciones del Sistema de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud; para el desarrollo de la institución y de su personal y el logro de los objetivos, así como para el mantenimiento de un clima laboral propicio, coordina con los demás órganos y unidades orgánicas del Ministerio de Salud y otras entidades de la administración pública, está a cargo de las siguientes funciones generales:



- a) Proponer, coordinar, implementar, difundir y evaluar las políticas, normas y procedimientos relacionados con la gestión de los recursos humanos del Ministerio de Salud, a fin de contribuir a elevar el nivel de calificación profesional, manteniendo un clima laboral propicio, así como generar comportamientos transparentes, éticos y honestos.
- b) Planificar, ejecutar y evaluar los procesos técnicos y acciones del Sistema de Gestión de Recursos Humanos, en el ámbito de su competencia, así como brindar asistencia técnica a las Direcciones Regionales de Salud.
- c) Formular y mantener actualizado el Presupuesto Analítico y Nominativo de Personal de la Administración Central-MINSA, así como efectuar la evaluación y consolidación a nivel del Pliego 011-Ministerio de Salud.
- d) Formular la planilla de remuneraciones y pensiones y otros beneficios del personal de la Administración Central- MINSA, así como evaluar y consolidar a Nivel Pliego 011-Ministerio de Salud, y gestionar la remuneración y beneficios que corresponden a los profesionales contratados por la modalidad de SERUMS, resindentado e internado médico.
- e) Regular y supervisar el cumplimiento de los deberes y derechos del personal a nivel institucional.
- f) Organizar y mantener actualizado el registro y escalafón del personal activo y cesante de la Administración Central del MINSA, así como procesar las estadísticas correspondientes a nivel Pliego 011-Ministerio de Salud.
- g) Promover el desarrollo de la cultura organizacional del Ministerio de Salud.
- h) Proponer, desarrollar e implementar programas de salud ocupacional, prevención de la salud y otros que propicien la motivación, y un adecuado clima laboral.
- i) Diseñar, aprobar y ejecutar los programas de bienestar social y asistencia social de la Administración Central, así como apoyar en la formulación de los mismos en el Pliego 011-Ministerio de Salud y brindar asistencia técnica a las Direcciones Regionales de Salud en el ámbito de su competencia.
- j) Diseñar, coordinar y ejecutar los programas de fortalecimiento de capacidades del recurso humano del Ministerio de Salud -Administración Central, así como apoyar en la formulación de los mismos para el personal administrativo en el Pliego 011-Ministerio de Salud y brindar asistencia técnica en las Direcciones Regionales de Salud en el ámbito de su competencia.
- k) Implementar oportunamente el Cuadro para Asignación de Personal del Ministerio de Salud-Administración Central.
- l) Monitorear y evaluar la aplicación de la normatividad vigente sobre evaluación del desempeño del personal y los procesos técnicos y acciones del Sistema de Gestión de Recursos Humanos a nivel del Pliego 011- Ministerio de Salud.
- m) Mantener el registro y control del personal contratado por la modalidad de Contratación Administrativa de Servicios - CAS del Ministerio de Salud – 18 Administración Central,

para el pago de sus honorarios, beneficios sociales y prestaciones, según la normatividad vigente.

n) Establecer y mantener relaciones de coordinación con los organismos gremiales y colegios profesionales.

o) Difundir los reglamentos y demás ordenamientos normativos en materia de recursos humanos y emitir pronunciamiento técnico sobre los mismos, en el ámbito de su competencia.

## 2.2 Ministerio de salud. Cabeza del sector con poder real variable, según la estructura del sistema y la red de servicios en cada país.

Se consignan las caracterizaciones y funciones del Ministerio tomadas de la página web de cada uno de los Ministerios.



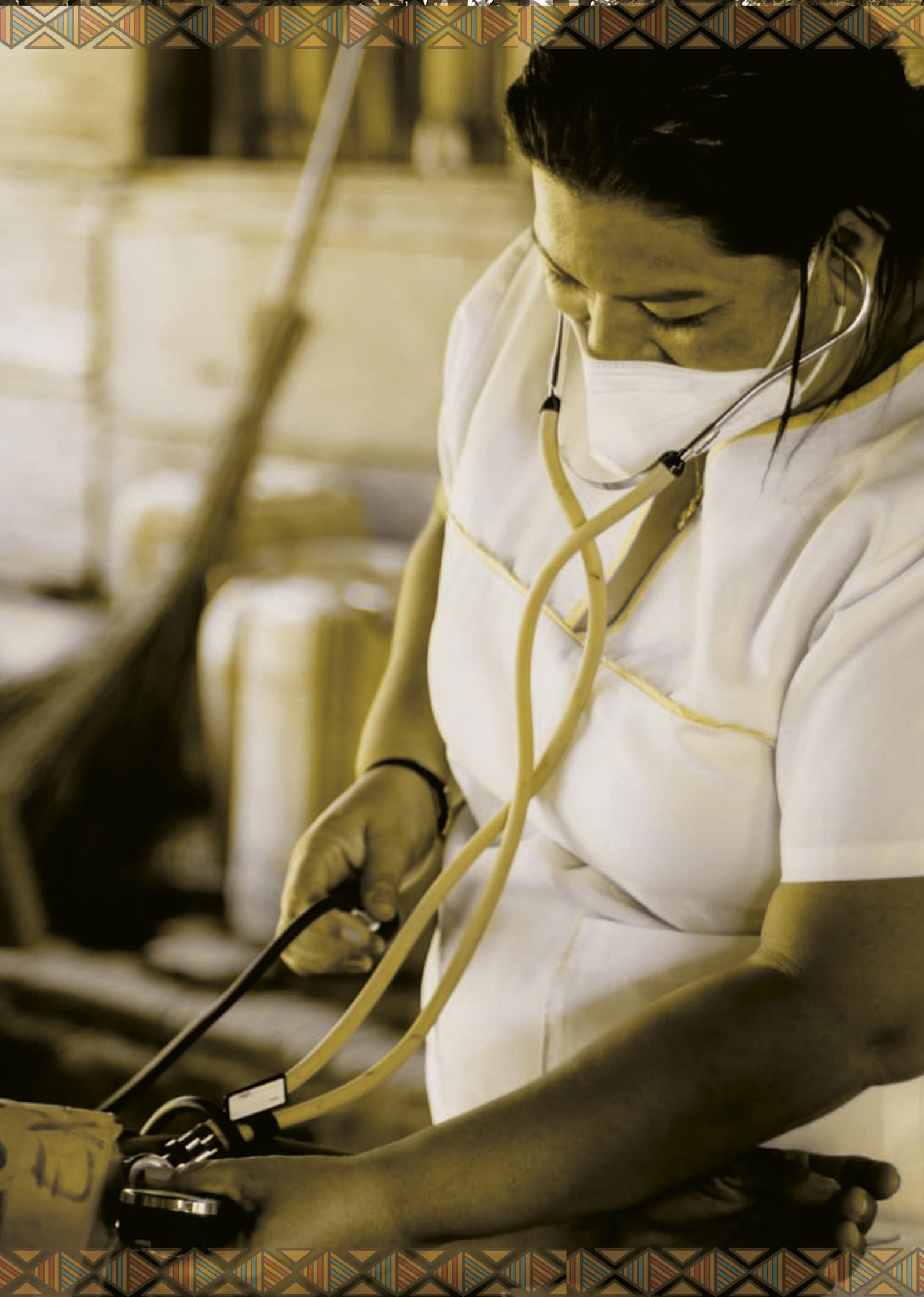
### Bolivia

El Ministerio de Salud y Deportes es el organismo público administrativo encargado de la regulación y ejecución de las políticas de salud en Bolivia.

Las atribuciones del Ministerio de Salud, en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado, son las siguientes:

1. Formular, regular y fiscalizar políticas públicas en salud.
2. Ejercer la rectoría, regulación y conducción sanitaria sobre todo el sistema de salud.
3. Evaluar la aplicación de las políticas a través de los servicios de salud.
4. Regular, planificar, controlar y conducir el Sistema de Salud, conformado por los sectores de seguridad social a corto plazo, público, privados y sin fines de lucro, así como la medicina tradicional.
5. Vigilar el cumplimiento y primacía de las normas relativas a la salud pública.
6. Garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades.
7. Formular, desarrollar y evaluar la implementación del modelo de gestión y atención en salud.
8. Promover la medicina tradicional y su articulación con la medicina académica, respetando los preceptos de interculturalidad.
9. Formular políticas y planes de nutrición y de seguridad alimentaria.
10. Formular políticas estrategias y planes de prevención, rehabilitación de personas en situación de drogadicción y adicciones.
11. Regular el funcionamiento de todas las entidades formadoras y capacitadoras de recursos humanos del sector salud en coordinación con el Ministerio de Educación.
12. Formular políticas de promoción y prevención de la salud mental.

13. Establecer niveles de coordinación entre el Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional, Viceministerio de Transparencia y Lucha contra la Corrupción, para la detección, seguimiento y sanción de casos de corrupción en el sector.
14. Elaborar normas de Auditoría Médica que garanticen la calidad de la atención.
15. Elaborar normas y reglamentos para el ejercicio de la profesión en el sector de salud.
16. Formular políticas de desarrollo de RRHH en salud.
17. Conformar el Consejo Boliviano de Educación Superior en Salud, desarrollando políticas de integración docente-asistencial.
18. Promover políticas y programas de prevención, rehabilitación y capacitación de las personas con discapacidad.
19. Elaborar normas de registro sanitario de medicamentos y alimentos de consumo humano.
20. Elaborar normas de apertura, evaluación de servicios de salud privados: clínicas, hospitales, laboratorios, farmacias y comercializadoras de medicamentos.
21. Promover convenios con instituciones formadoras de recursos humanos para el desarrollo de programas de interculturalidad y equidad de género, aplicables al área de salud.
22. Promover políticas de relacionamiento, coordinación y cooperación con organismos internacionales, alineados al desarrollo sectorial y a la política nacional de salud.
23. Promover, elaborar e implementar la Carrera Profesional y Sanitaria.
24. Promover y Patrocinar normas y reglamentos de participación social a nivel Nacional, Departamental, Regional, Municipal e Indígena Originario Campesinos.
25. Elaborar Normas y Reglamentos de descentralización administrativa en el sector salud; en el marco de las autonomías Departamental, Regional, Municipal e Indígena Originario Campesinos.
26. Elaborar normas y reglamentar la estructura, funcionamiento y fiscalización de las instituciones públicas descentralizadas y desconcentradas en salud.
27. Promover programas conjuntos de coordinación interinstitucional con las Fuerzas Armadas y Policía Boliviana, de respuesta inmediata en emergencias y desastres.
28. Elaborar políticas de prevención, diagnóstico, contención y tratamiento en situaciones de desastres, crisis sanitaria y emergencia epidemiológica.
29. Elaborar normas para la prevención, diagnóstico, contención y tratamiento en enfermedades transmisibles y no transmisibles.
30. Establecer mecanismos e instrumentos de coordinación con organismos e instituciones internacionales, entidades del nivel central del Estado, y Entidades Territoriales Autónomas, cuando corresponda.



## Chile

La misión institucional del Ministerio de Salud es contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los sistemas de salud, centrados en las personas; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención. Todo ello para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y sus deberes.

Al Ministerio de Salud le corresponde formular y fijar las políticas de salud que se desarrollan dentro del territorio nacional. En consecuencia, tendrá entre otras, las siguientes funciones y objetivos:

- 1.- Ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:
  - a) La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.
  - b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.
  - c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
  - d) La coordinación y cooperación internacional en salud.
  - e) La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relacionadas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.
- 2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.
- 3.- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.
- 4.- Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.
- 5.- Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia.
- 6.- Formular el presupuesto sectorial.
- 7.- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.
- 8.- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.
- 9.- Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.
- 10.- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.
- 11.- Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y

centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.

- 12.- Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar.
- 13.- Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud.
- 14.- Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial y solo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.
- 15.- Implementar, conforme a la ley, sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originada en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes.
- 16.- Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud.



En concordancia con lo anterior, en el Decreto 4107 de 2011, al Ministerio de Salud y Protección Social le corresponde “Formular y evaluar la política de talento humano en salud, en coordinación con las entidades competentes, que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones en salud”. Así, en su artículo 27, entre otras funciones, asigna a la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, la dirección y realización de estudios que permitan la formulación y evaluación de la política de talento humano en salud, promover la generación, difusión, análisis y acceso a la información sobre la formación, ejercicio, gestión, composición, distribución y desempeño del talento humano en salud, como estudios de oferta y demanda, incentivos y calidad del talento humano en salud.

Para desarrollar con propiedad esa labor, conforme a lo establecido en la Resolución 146 de 2012, modificada por la Resolución 1503 de 2015, la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud se organizó en tres grupos de trabajo: i) Ejercicio y Desempeño del Talento Humano en Salud, ii) Formación de Talento Humano en Salud y iii) Gestión del Conocimiento y la Información en Talento Humano en Salud.

El Grupo de Ejercicio y Desempeño del Talento Humano en Salud tiene a su cargo, entre otras funciones, participar en el diseño, implementación y evaluación de estrategias de gestión y desempeño del talento humano

en salud y proponer estrategias e incentivos para mejorar la distribución del talento humano en salud, buscando facilitar su vinculación y permanencia en regiones de difícil acceso.



## Ecuador

Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la salud pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la salud

### Funciones

El Ministerio de Salud y Protección Social, además de las funciones determinadas en la Constitución Política y en el artículo 59 de la Ley 489 de 1998 cumplirá las siguientes:

1. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos en materia de Salud y Protección Social.
2. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar la ejecución, planes, programas y proyectos del Gobierno Nacional en materia de salud, salud pública, riesgos profesionales, y de control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias

y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades.

3. Formular, adoptar, coordinar la ejecución y evaluar estrategias de promoción de la salud y la calidad de vida, y de prevención y control de enfermedades transmisibles y de las enfermedades crónicas no transmisibles.
4. Dirigir y orientar el sistema de vigilancia en salud pública.
5. Formular, adoptar y coordinar las acciones del Gobierno Nacional en materia de salud en situaciones de emergencia o desastres naturales.
6. Promover e impartir directrices encaminadas a fortalecer la investigación, indagación, consecución, difusión y aplicación de los avances nacionales e internacionales, en temas tales como cuidado, promoción, protección, desarrollo de la salud y la calidad de vida y prevención de las enfermedades.
7. Formular y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en materia de protección de los usuarios, de promoción y prevención, de aseguramiento en salud y riesgos profesionales, de prestación de servicios y atención primaria, de financiamiento y de sistemas de información, así como los demás componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
8. Formular, adoptar y evaluar la política farmacéutica, de medicamentos, de dispositivos, de insumos y tecnología biomédica, y establecer y desarrollar mecanismos y estrategias dirigidas a optimizar la utilización de los mismos.

9. Establecer los mecanismos para adelantar negociaciones de precios de medicamentos, insumos y dispositivos médicos.
10. Formular y evaluar la política de talento humano en salud, en coordinación con las entidades competentes, que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones en salud.
11. Dirigir, organizar, coordinar y evaluar el servicio social obligatorio de los profesionales y ocupaciones del área de la salud.
12. Definir los requisitos que deben cumplir las entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud para obtener la habilitación y acreditación.
13. Regular la oferta pública y privada de servicios de salud, la organización de redes de prestación de servicios y establecer las normas para la prestación de servicios y de la garantía de la calidad de los mismos, de conformidad con la ley.
14. Participar en la formulación y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos en materia de pensiones, beneficios económicos y otras prestaciones.
15. Participar en la formulación y evaluación de la política para la definición de los sistemas de afiliación, protección al usuario, aseguramiento y sistemas de información en pensiones.
16. Formular la política de salud relacionada con el aseguramiento en riesgos profesionales y coordinar con el Ministerio de Trabajo su aplicación.
17. Formular y evaluar la política para la definición de los sistemas de afiliación, garantía de la prestación de los servicios de salud y sistemas de información en Riesgos Profesionales.
18. Formular y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en materia de promoción social a cargo del Ministerio.
19. Realizar los estudios y el análisis de viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero de los recursos asignados a la salud y promoción social a cargo del Ministerio.
20. Administrar los recursos que destine el Gobierno Nacional para promover la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando quiera que no exista norma especial que los regule o reglamente, ni la administración se encuentre asignada a otra entidad.
21. Constituir con otras personas jurídicas de derecho público o privado, asociaciones, fundaciones o entidades que apoyen o promuevan el cumplimiento de las funciones o fines inherentes al Ministerio de Salud y Protección Social, así mismo, destinar recursos de su presupuesto para la creación, funcionamiento e inversión del instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud de que trata el Artículo 92 de la Ley 1438 de 2011 o al de las asociaciones, fundaciones o entidades que constituya.
22. Definir y reglamentar los sistemas de información del Sistema de Protección Social que comprende afiliación, recaudo, y aportes parafiscales. La administración de los sistemas de información de salud se hará en coordinación con

el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

23. Promover acciones para la divulgación del reconocimiento y goce de los derechos de las personas en materia de salud, promoción social, y en el cuidado, protección y mejoramiento de la calidad de vida.
24. Promover, de conformidad con los principios constitucionales, la participación de las organizaciones comunitarias, las entidades no gubernamentales, las instituciones asociativas, solidarias, mutuales y demás participantes en el desarrollo de las acciones de salud.
25. Promover la articulación de las acciones del Estado, la sociedad, la familia, el individuo y los demás responsables de la ejecución de las actividades de salud, riesgos profesionales y promoción social a cargo del Ministerio.
26. Promover el estudio, elaboración, seguimiento, firma, aprobación, revisión jurídica y la ratificación de los tratados o convenios internacionales relacionados con salud, y promoción social a cargo del Ministerio, en coordinación con las entidades competentes en la materia.
27. Proponer y desarrollar, en el marco de sus competencias, estudios técnicos e investigaciones para la formulación, implementación y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de salud y promoción social a cargo del Ministerio.
28. Asistir técnicamente en materia de salud, y promoción social a cargo del Ministerio, a las entidades u organismos descentralizados territorialmente o por servicios.

29. Preparar las normas, regulaciones y reglamentos de salud y promoción social en salud, aseguramiento en salud y riesgos profesionales, en el marco de sus competencias.
30. Administrar los fondos, cuentas y recursos de administración especial de protección social a cargo del Ministerio.
31. Las demás funciones asignadas por la Constitución y la Ley.



Artículo 4º. Objetivos Funcionales Generales: El Ministerio de Salud para cumplir la visión, misión y objetivos estratégicos establecidos en el Reglamento de la Ley N° 27657, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial, diseña y norma los procesos organizacionales correspondientes, con los que se debe lograr:

- a) La conducción y planeamiento estratégico sectorial de salud.
- b) El establecimiento de los objetivos, metas y estrategias de corto, mediano y largo plazo.
- c) La organización del Sector y Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- d) El establecimiento de las normas y los modelos organizacionales para la implementación de los objetivos estratégicos institucionales.
- e) El desarrollo e integración de procesos y sistemas de información sectoriales, para la integración de los flujos de información de los procesos y sistemas organizacionales y la

provisión de información oportuna y confiable, para la toma de decisiones por las autoridades y usuarios del Sector Salud.

- f) La creación de una cultura de salud sustentada en la familia como unidad básica de salud y la adquisición de capacidades y desarrollo de actitudes en las personas, para su desarrollo físico, mental y social y para la construcción de entornos saludables por la persona, la familia y la comunidad.
- g) La creación del entorno saludable para el desarrollo de toda la población.
- h) La prevención de riesgos y daños, la protección y recuperación de la salud y la rehabilitación y/o mejoramiento de las capacidades de las personas en condiciones de equidad y plena accesibilidad.
- i) El desarrollo de capacidades suficientes para proteger, recuperar y mantener la salud de las personas y poblaciones, que sean afectadas por situaciones de emergencia, desastres y/o epidemias.
- j) La promoción del uso racional y acceso y el control del suministro, calidad, seguridad y eficacia, de los insumos, medicamentos y drogas.
- k) El aseguramiento financiero de la salud pública y salud integral de todas las personas.
- l) El desarrollo de las capacidades en las entidades y recursos humanos para incrementar la investigación, prestación de servicios y producción de bienes para la salud.
- m) La inversión y financiamiento para lograr los objetivos y metas institucionales.

n) La formación, especialización, asignación, desarrollo y supervisión de la calidad de los recursos humanos para la salud.

- o) El desarrollo de la infraestructura, tecnología y equipamiento en salud.
- p) El soporte logístico de bienes, servicios e infraestructura a las unidades orgánicas del Ministerio de Salud y sus órganos desconcentrados.



## Venezuela

Es de la competencia del Ministerio del Poder Popular para la Salud, la salud humana integral; el Sistema Público Nacional de Salud; la contraloría sanitaria; los insumos, medicamentos y productos biológicos para la salud; los servicios de veterinaria que tengan relación con la salud humana; la regulación y control del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud, en forma privada o pública; la regulación y fiscalización de las clínicas privadas.

1. Ejercer la rectoría del Sistema Público Nacional de Salud;
2. La elaboración, formulación, regulación y seguimiento de políticas en materia de salud integral, lo cual incluye promoción de la salud y calidad de vida, prevención, restitución de la salud y rehabilitación; Memoria 2013–Ministerio del Poder Popular para la Salud
3. El control, seguimiento y fiscalización de los servicios, programas y acciones de salud, nacionales, estatales y municipales de los sectores públicos y privados;

4. La definición de políticas para la reducción de inequidades sociales concernientes a la salud tanto de territorios sociales, grupos poblacionales clasificados, de acuerdo a variables sociales o económicas y etnias;
5. El diseño, gestión y ejecución de la vigilancia epidemiológica nacional e internacional en salud pública de enfermedades, eventos y riesgos sanitarios;
6. Diseño, implantación y control de calidad de redes nacionales para el diagnóstico y vigilancia en salud pública;
7. La formulación y ejecución de las políticas atinentes a la producción nacional de insumos, medicamentos y productos biológicos para la salud, en coordinación con el Ministerio del Poder Popular para el Comercio;
8. La coordinación de programas, planes y acciones con otras instancias públicas y privadas que propicien un medio ambiente saludable y una población sana;
9. La dirección de programas de saneamiento ambiental conjuntamente con otros órganos y entes nacionales, estatales y municipales con competencia en la materia;
10. La regulación y fiscalización sanitaria de los bienes de consumo humano tales como alimentos, bebidas, medicamentos, drogas, cosméticos y otras sustancias con impacto en la salud;
11. La regulación y fiscalización de los servicios de salud y de los equipos e insumos utilizados para la atención de la salud;
12. La regulación, fiscalización y certificación de personas para el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud;
13. Vigilar y controlar la promoción y publicidad de materiales, envases y empaques de bienes y otros productos de uso y consumo humano;
14. La formulación y ejecución de las políticas sanitarias dirigidas a reducir los riesgos a la salud y vida de la población, vinculados al uso o consumo humano de productos y a la prestación de servicios en materia de salud, mediante la aplicación de mecanismos y estrategias de carácter preventivo, basados en criterios científicos, normados nacional e internacionalmente;
15. La formulación de normas técnicas sanitarias en materia de edificaciones e instalaciones para uso humano sobre higiene pública social;
16. La organización y dirección de los servicios de veterinaria que tengan relación con la salud pública;
17. La promoción y desarrollo de la participación comunitaria en todos los espacios del quehacer en salud, para lo cual coordinará lo conducente con el órgano rector en materia de participación popular;
18. Dirigir las relaciones de cooperación internacional con los organismos internacionales de salud, en coordinación con el Ministerio del Poder Popular para Relaciones Exteriores;
19. Coordinar y planificar con el Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior, la elaboración y revisión del diseño curricular de



- pregrado, postgrado y educación continua de los profesionales y técnicos de la salud
20. Coordinar y planificar con el Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior, las políticas en materia de salud, a objeto de desarrollar las estrategias nacionales en la formación profesional e intelectual de jóvenes y adultos, Bachilleres, Técnicos Superiores Universitarios y Universitarios, para la consolidación de profesionales, para lograr una enseñanza de alto nivel científico y humano adaptadas a las realidades y necesidades en el campo de la salud;
  21. Coordinar y planificar con el Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior, las políticas en materia de salud, para generar el proceso de organización del Sistema de Educación Superior, así como con el conjunto de Instituciones públicas y privadas, que, con criterios de calidad y equidad, formen, actualicen y desarrollen el talento humano, para la generación de conocimientos, la investigación, la innovación y el desarrollo tecnológico que el país requiere;
  22. Impartir las directrices y planes a desarrollar para ejercer la profesión de médico, en forma privada o pública, de índole asistencial, médico administrativo, médico docente, técnico asistencial o de investigación científica o tecnológica, así como las directrices y planes para la ubicación del recurso humano en los distintos centros asistenciales del país, a fin de que culminen su formación rural, de la cual otorgará al médico la constancia correspondiente;
  23. Planificar y coordinar las especializaciones médicas en los distintos centros asistenciales del Territorio Nacional, en coordinación con el Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior;
  24. Desarrollar los planes, proyectos y programas de los retiros y colocaciones de órganos, tejidos, derivados o cualquier otro material anatómico de seres humanos, así como la obtención, donación, conservación, procesamiento, transfusión, suministro, distribución, fraccionamiento de la sangre y sus derivados, la práctica de cualquiera de las actividades relacionadas con esta materia y su utilización debe ser con fines terapéuticos. Los institutos, fundaciones, establecimientos y centros hospitalarios, para realizar esta actividad deben estar acreditados para tal fin, por el Ministerio del Poder Popular para la Salud;
  25. Formular e implantar políticas de seguridad farmacéutica en defensa del interés público, en articulación con los entes públicos relacionados con la materia, dirigida a asegurar el acceso a medicamentos esenciales, enumerados en el Formulario Terapéutico Nacional, que sean eficaces, seguros, accesibles y de calidad para la población;
  26. Las demás que le atribuyan las leyes y otros actos normativos.



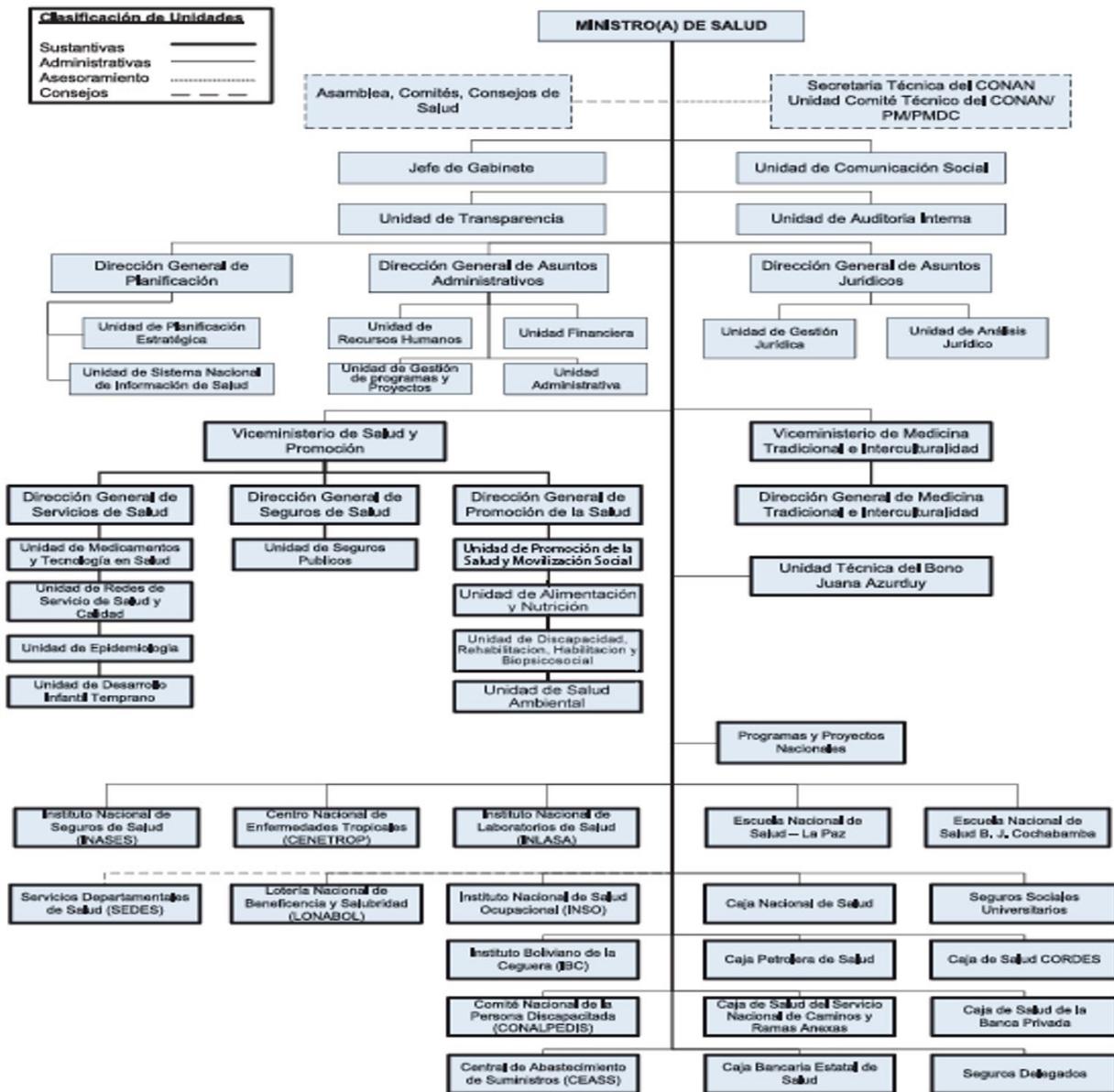
**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

**2.3 Servicio público. Sector estatal que suele ser el único en zonas subatendidas.**

**Sistema de Salud Boliviano**

Figura 15. Sistema de Salud de Bolivia



Fuente: Ministerio de Salud (2017) Tomado de Parada (2019) Competencias de los profesionales médicos que se desempeñan en el primer nivel de atención de los países andinos ORAS –CONHU

ACTORES EN LA TOMA DE DECISIONES EN POLÍTICAS DE ATRACCIÓN Y RETENCIÓN DE RHS

## Sistemas de Aseguramiento en Salud en Chile

Tabla 5. Sistema de Aseguramiento en Salud en Chile

Sistema	Administración / Tipo Principal	Fuentes de Financiamiento	Prestadores	Características Generales
SNSS – FONASA	Estatad Bismarkiano	Individuos: -Cotizaciones obligatorias -Copagos -Otros gastos de bolsillo Estado: Subsidio a "indigentes" y Bienes Públicos de toda la población (campañas sanitarias, etc.)	Estado (Modalidad de Atención Institucional – MAI)  Privados con fines de lucro (Modalidad de Libre Elección - MLE y compra de servicios)	Solidario Cobertura 80% población Sin discriminación Fiscalizado por Superintendencia de Salud (SIS) del MINSAL
ISAPRE	Privada con fines de lucro. Abiertas y cerradas  Liberal	Individuos -Cotizaciones obligatorias -Prepagos -Copagos -Otros gastos de bolsillo	Privados con fines de lucro	No solidario Cobertura 17% Población Discrimina por ingresos, estado de salud, sexo y edad. Fiscalizado por Superintendencia de Salud (SIS) del MINSAL
Fuerzas Armadas y de orden (FFAA)	Estatad Bismarkiano	Individuos: -Cotizaciones obligatorias (5,5%) -Copagos -Otros gastos de bolsillo Estado como empleador: -1,5% de la cotización obligatoria -1% para fondo de medicina preventiva	Estado (red propia)	Solidario Cobertura 3% Sin fiscalización del MINSAL, solo del Ministerio de Defensa
	Privada Sin fines de lucro: Mutuales  Bismarkiano	Empleadores  Individuos -Otros gastos de bolsillo	Privados Sin fines de lucro (red propia)	Solidario dentro de cada mutual. No existen mecanismos de redistribución inter-mutual, ni con el ISL. Cobertura 70% trabajadores asalariados.
	Estatad: Instituto de Seguridad Laboral ISL  Bismarkiano	Empleadores  Individuos: -Otros gastos de bolsillo	Privados con fines de lucro y Públicos	Solidario ISL tiene algunos programas a los desprotegidos esto lo realiza en conjunto con MINSAL.
	Estatad: Administración delegada a grandes empresas estatales (ej. CODELCO) Bismarkiano	Empleadores  Individuos: -Otros gastos de bolsillo	Privados con fines de lucro y Públicos	Solidario dentro de cada administración delegada.
	Privada sin fines de lucro  Liberal	Individuos: a través de caridad (colecta nacional televisada)	Privados sin fines de lucro (red propia)	Solidario Da cobertura al 100% de niños/as con discapacidades físicas. Sin discriminación.

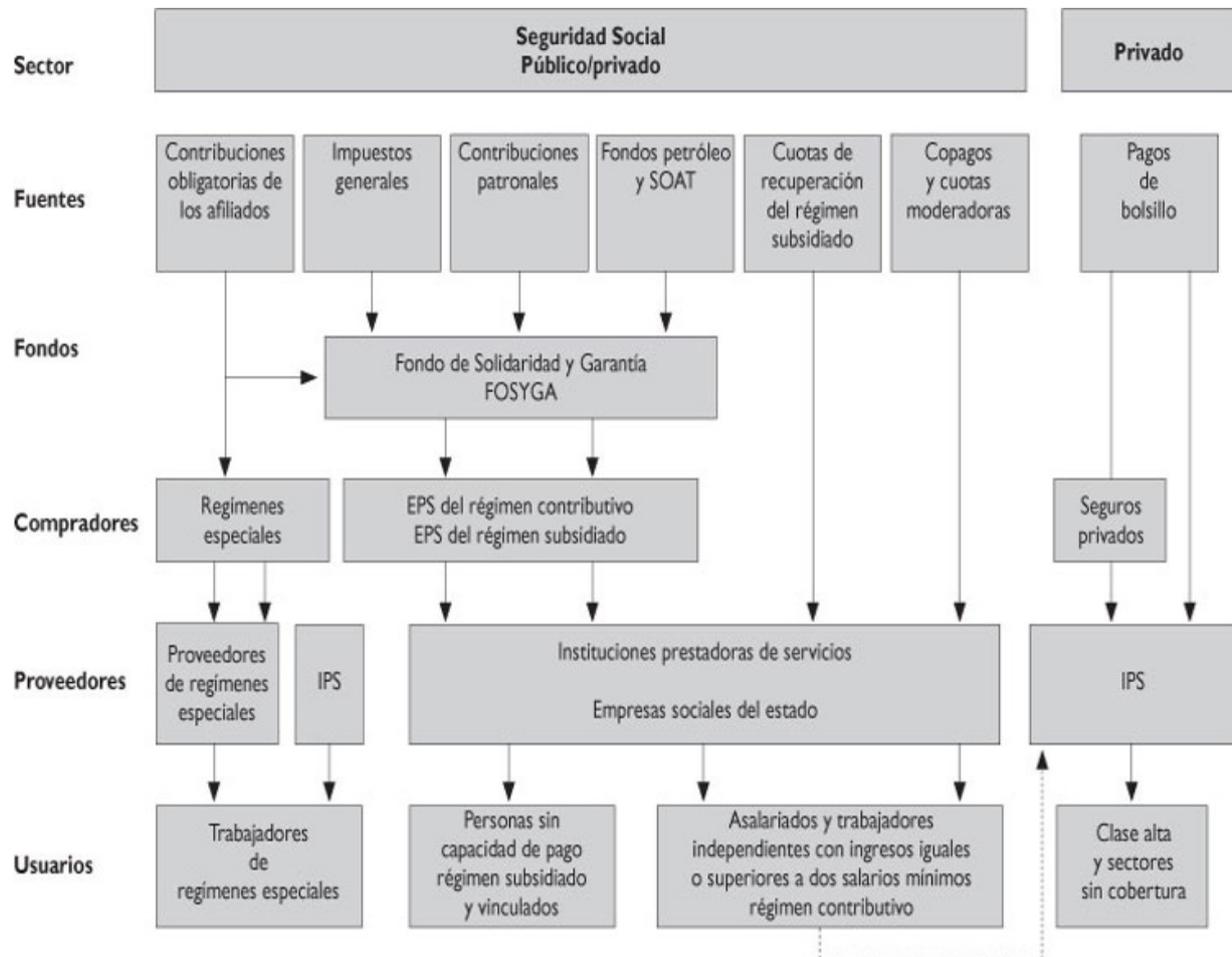
Fuente: tomado de Mario Parada Lezcano Octubre, 2019 ORAS –CONHU

**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

## Funcionamiento Sistema Salud Colombia

Figura 16. Funcionamiento sistema de salud colombiano



Fuente: Guerrero et al. (2011)

SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito

Regímenes especiales: fuerzas militares, Política Nacional, Empresa Colombiana de Petróleos, Magisterio, Universidades.

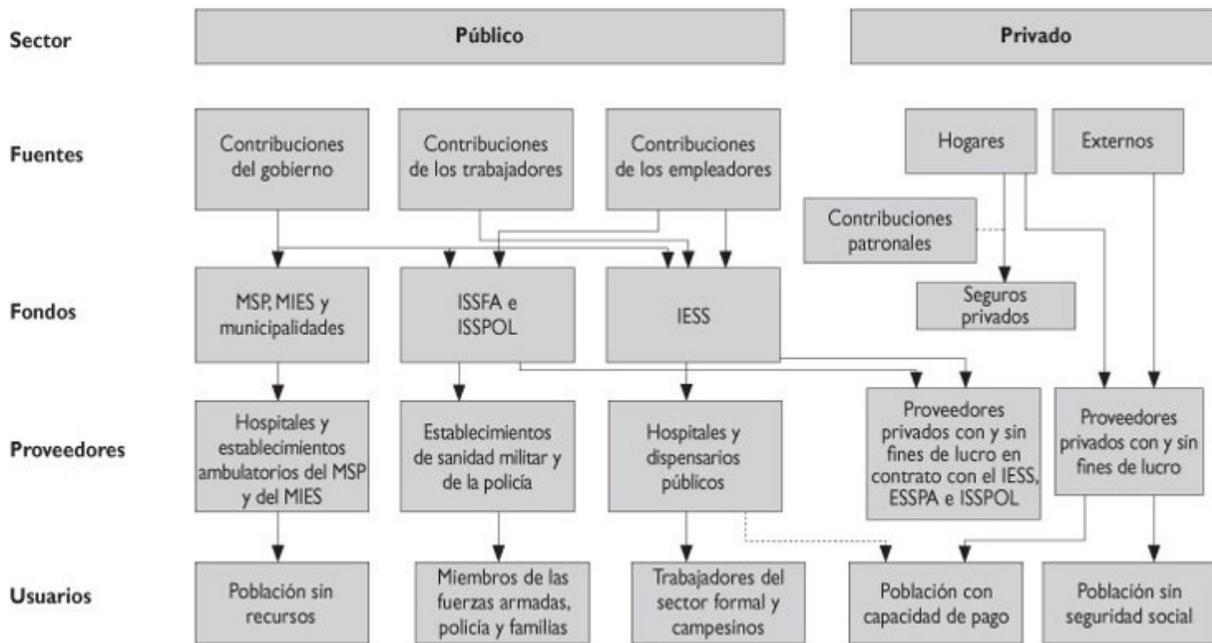
EPS: entidades promotoras de salud

IPS: Instituciones prestadoras de servicios

El Sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social y un decreciente sector exclusivamente privado. Su eje central es el Sistema general de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con sus dos regímenes contributivos (RC) y el régimen subsidiado (RS). El RC afilia a los trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El RS afilia a todas las personas sin capacidad de pago. En 2010 las coberturas fueron de 39.7% y 51.4% de la población total, respectivamente. Los regímenes Especiales (RE) afilian a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las Universidades Públicas. En 2010 sólo 4.3% de la población permanecía fuera del sistema de seguridad social en salud. EC opera con base en una cotización de sus afiliados. El RS opera con base en un subsidio cruzado del RC más otros fondos fiscales procedentes de impuestos generales. La afiliación al SGSSS es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que se encargan de ofrecer, como mínimo, el Plan Obligatorio de Salud (POS) o bien el POS-S para los afiliados al RS. Las EPS entregan los fondos reunidos de las cotizaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual devuelve a las EPS el monto equivalente a la unidad de pago por capacitación (UPS) ajustado por riesgo, de acuerdo con el número de afiliados que tengan. El pago capitado en RS es análogo (aunque no se ajusta por el riesgo) y se denomina UPC-S. Los proveedores de atención son las instituciones prestadoras de servicios (IPS), que pueden estar o no integradas a las EPS, pero que en todo caso son contratadas por éstas. El sector exclusivamente privado es utilizado preponderantemente por la clase alta que, aun cotizando en alguna EPS, contrata seguros privados o acude a la consulta privada. Una porción de la población de ingresos medios, por carecer de cobertura o por no tener acceso oportuno al SGSSS, se ve obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos de bolsillo.

## Funcionamiento Sistema Salud Ecuador

Figura 17. Funcionamiento Sistema Salud Ecuador



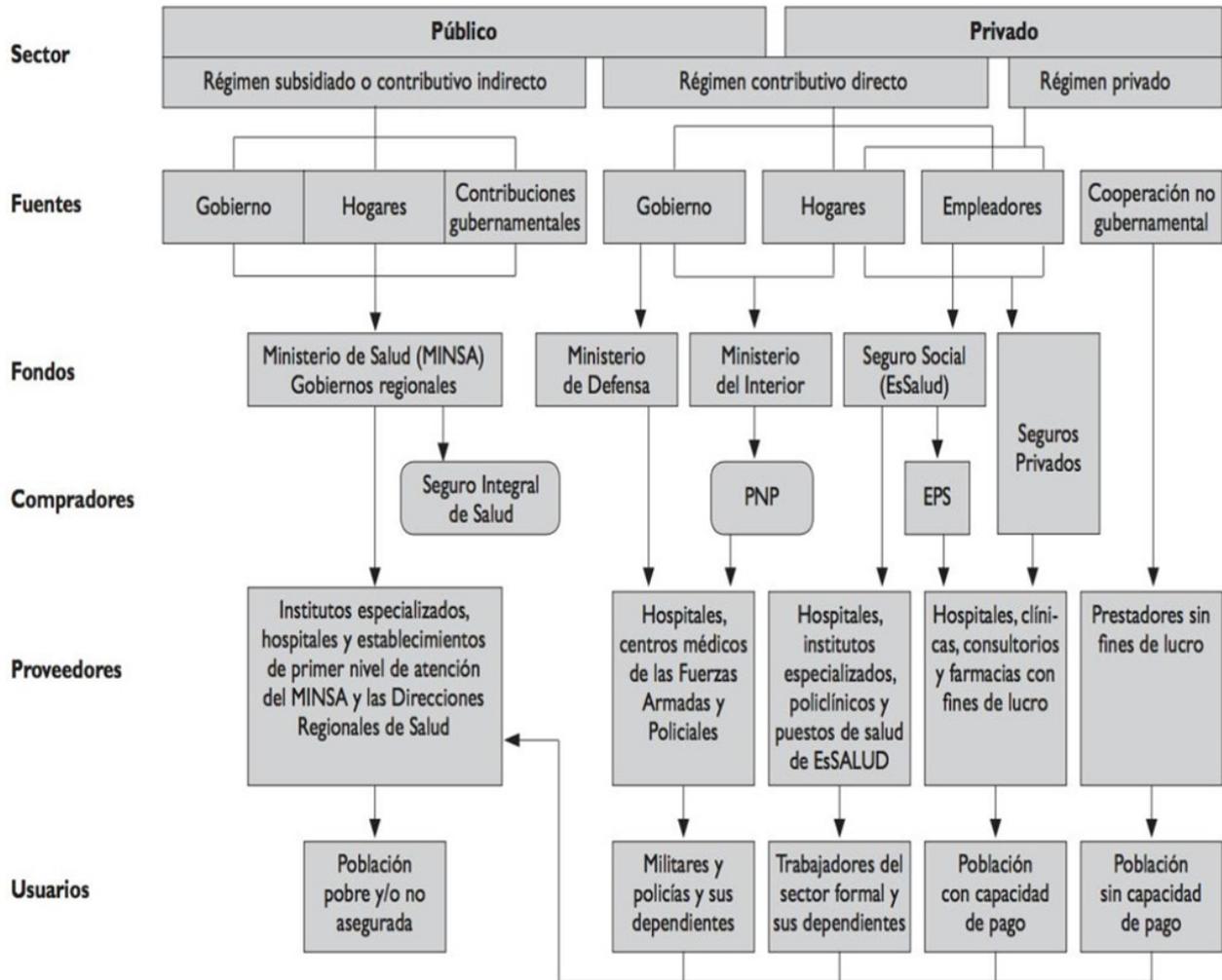
MSP: Ministerio de Salud Pública  
MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social  
ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas  
ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional  
IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

El sistema de salud de Ecuador está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional). El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada. El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente a 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Además existen al menos 10 000 consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicados en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención.

Fuente: Lucio et al (2011). Sistema de salud de Ecuador

## Funcionamiento Sistema de Salud Perú

Figura 19. Funcionamiento Sistema de Salud de Perú

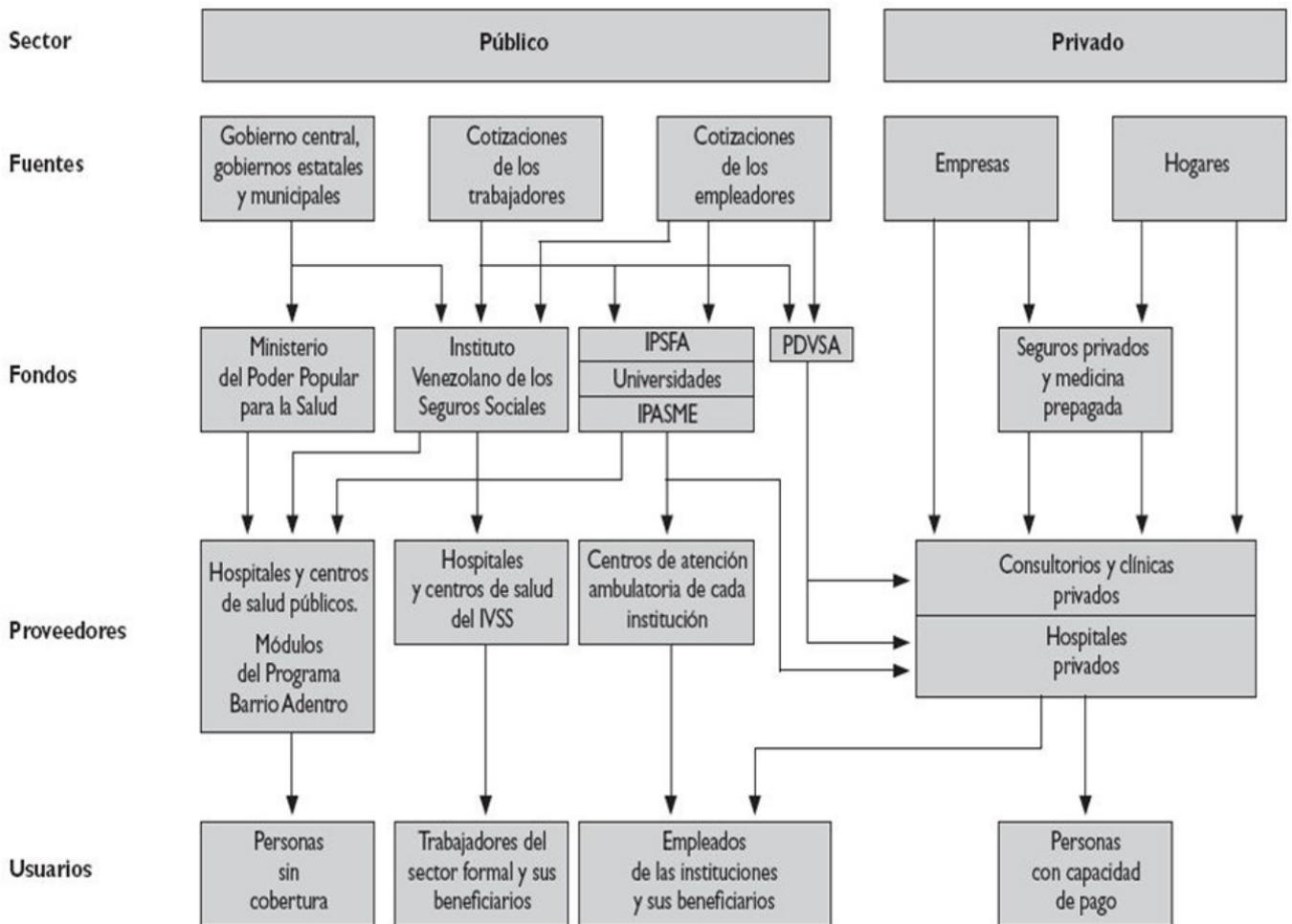


PNP: Policía Nacional del Perú  
 EPS: Entidades Prestadoras de Salud

Fuente: Tomado de Mario Parada Lezcano Octubre, 2019 ORAS –CONHU

## Funcionamiento Sistema de Salud Venezuela

Figura 19. Sistema de Salud de la República Bolivariana de Venezuela



El IVSS: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales  
IPASME: Instituto de Prevención y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes  
IPSFA: Instituto de Prevención Social de las Fuerzas Armadas  
PDVSA: Petróleos de Venezuela

El sistema de salud de Venezuela está conformado por un sector público y un sector privado. El sector público está constituido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), los organismos de salud descentralizados y las instituciones de la seguridad social, principalmente el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Prevención Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), el

Instituto de Prevención y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME), Petróleos de Venezuela (PDVSA) y universidades.

El sector privado está constituido por quienes prestan sus servicios a cambio de pago directo y por compañías de seguros de salud. El MPPS se financia con recursos del gobierno central, estados y municipios. El IVSS se

financia con coti-zaciones patronales, cotizaciones de los trabajadores y con aportes del gobierno. Ambas instituciones cuentan con su propia red de atención ambulatoria y hospitalaria. El IPASME, IPSFA y las universidades se financian con aportaciones de los empleadores y de los trabajadores.

También cuentan con su propia red de establecimientos para atención ambulatoria, pero contratan los servicios de hospitalización principalmente con el sector privado, a excepción del IPSFA que cuenta con su red de hospitales. Las empresas públicas como Petróleos de Venezuela (PDVSA) contratan servicios privados de salud.

El sector privado se financia con el pago directo de los usuarios al momento de recibir los servicios o a través del pago de primas de seguros de salud. La atención se ofrece en consultorios y clínicas privadas.

Como muestran los cuadros anteriores, en todos los sistemas de salud de la región se presenta una combinación de los sistemas Público, de la seguridad social, privado y en algunos la incorporación de la medicina tradicional comunitaria.

El grado de integración de los mismos es variable y se ve una competencia entre ellos a la hora de contar con los recursos humanos mejor preparados o los que puedan aceptar las condiciones que cada subsistema les ofrece. La resistencia de los sectores no públicos a integrarse a un sistema único es también evidente y constituye una limitación para la gestión de una política única en materia de RHS.

## **2.4. Otros Ministerios. Educación, finanzas, Obras Públicas y otros responsables de la oferta de condiciones de trabajo, vida y desarrollo profesional.**

Queda claro que la oferta de condiciones de trabajo, vida y desarrollo profesional va más allá de las competencias y posibilidades del sector salud y depende de la toma de decisiones políticas que están en manos de otros Ministerios, quienes no siempre asignan la importancia y prioridad al sector y en este caso específico a las zonas subatendidas.

Es más, durante la pandemia en muchos casos se han movilizado recursos de dichas zonas para apoyar la atención en las ciudades y zonas donde la incidencia de la enfermedad era mayor.

Para lograr establecer una política de RHS que permita reducir las brechas entre la zonas atendidas y las subatendidas, es necesario comprometer a todas estas autoridades en un compromiso por la equidad en el acceso a la atención de salud, para ello desde la organización regional se debe desarrollar un plan y presentarlo de una forma que permita ganar los corazones y mentes de las autoridades de los ministerios involucrados en un compromiso por la vida, se debe incorporar a las zonas subatendidas en las agendas de desarrollo de cada uno de los países, se deben generar alianzas con aquellos funcionarios que mayor sensibilidad demuestren frente al problema.

Como señala el documento “Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención. Recomendaciones mundiales de política”, La clave para un sistema de gestión sólido de los RHS es contar con gestores capacitados y competentes, aptos para realizar las tareas de RHS descritas:

- **Planificación del personal:** Dirigir y apoyar procesos de planificación eficaz del personal sanitario basados en información sólida sobre los RHS; promover la adopción de decisiones fundamentadas en datos; vincular los perfiles y las categorías de personal sanitario con los que se necesitan para alcanzar los objetivos sanitarios estratégicos (decidir sobre aspectos como la delegación de funciones, la redefinición de perfiles, la redistribución, los incentivos, etc.); alinear las necesidades de personal

sanitario con los planes estratégicos para los recursos humanos; participar en los procesos de planificación estratégica acertada de los recursos humanos para la salud, y promover prácticas adecuadas de cálculo de costos de modo que las proyecciones relativas al personal sanitario se puedan presupuestar correctamente.

- **Prácticas de captación, contratación y distribución de los RHS:** Los gestores deben utilizar sus conocimientos sobre prácticas eficaces en áreas como captación y selección, orientación, distribución, desarrollo y retención del personal, para promover cambios positivos en el sistema. Deben hacerlo trabajando mancomunadamente con los formuladores de políticas para identificar los obstáculos que impiden que la captación, contratación, distribución y retención del personal sean eficaces y eficientes. El trabajo

## CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

para promover cambios también se relaciona con la aplicación de medidas relacionadas con la delegación de funciones y los incentivos, entre otras.

- **Condiciones de trabajo y entorno laboral:** Promover y supervisar acciones que mejoren el entorno laboral de modo que aumente el grado de satisfacción laboral, por ejemplo, respecto de las relaciones entre los empleados, la seguridad del lugar de trabajo y la promoción profesional.

- **Información sobre RHS:** Integrar la información y las fuentes de datos para garantizar la oportuna disponibilidad de los datos fiables necesarios para la planificación, la capacitación, la evaluación y el respaldo del personal sanitario.

- **Gestión del desempeño, liderazgo y desarrollo del personal:** Asegurarse de que en el sistema de salud funcione un sistema eficaz de evaluación del desempeño; dirigir y promover intervenciones sistemáticas para aumentar la productividad; utilizar los conocimientos actualizados sobre enfoques de liderazgo y gestión para promover prácticas adecuadas; evaluar la situación respecto del liderazgo y la gestión en el sistema, y organizar o promover programas para mejorarlos si fuera necesario; en general, asegurarse de que el personal sanitario es competente para realizar el trabajo que se le exige que haga.



# 3



**FACTORES QUE  
INFLUYEN EN LA  
DECISIÓN DE ELEGIR  
Y MANTENERSE  
EN UN PUESTO DE  
TRABAJO EN ZONAS  
SUBATENDIDAS**

### **3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN DE ELEGIR Y MANTENERSE EN UN PUESTO DE TRABAJO EN ZONAS SUBATENDIDAS.**

Con miras a explorar aspectos motivacionales de quienes integran los equipos de salud de los diversos países, se realizó una encuesta en línea a informantes clave, con un instrumento que permitió considerar de manera integral diferentes dimensiones que explican las decisiones laborales y de desarrollo profesional en el ámbito.

Cabe señalar que, en todos los países, la encuesta se aplicó de manera voluntaria entre el personal de salud.

En el caso de Colombia se recibió la siguiente nota aclaratoria:

“Aplicación del instrumento del estudio:

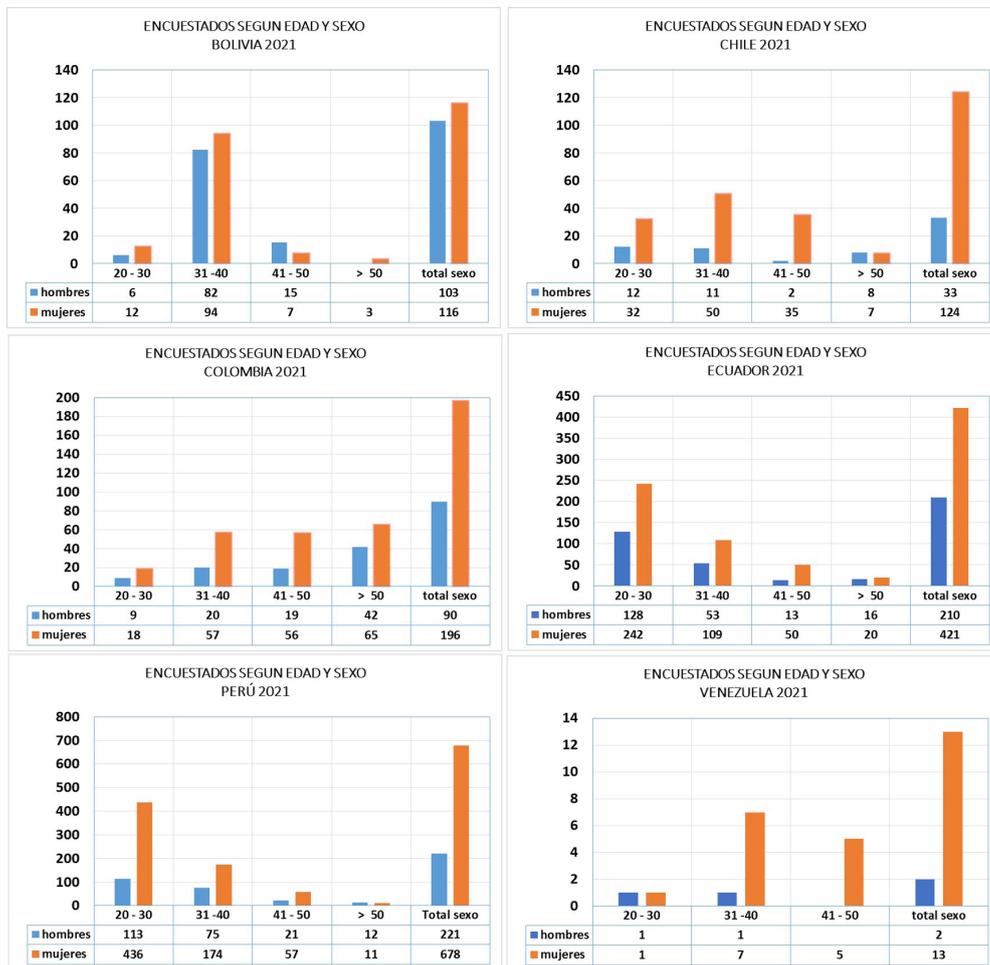
Con respecto a la encuesta hemos encontrado grandes dificultades para su aplicación con criterios de representatividad y de manera aleatoria, por lo cual está siendo gestionada a manera de sondeo y difundido por mecanismos de bola de nieve para lograr una mejor participación”

A continuación, se describen algunos de los principales resultados logrados a través de esta herramienta.

Características de los encuestados por país:



Figura 20. Encuestados según edad y Sexo



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

Como puede apreciarse, en todos los países la mayoría de quienes responden la encuesta son mujeres; la proporción va desde el 85% en Venezuela al 51% en Bolivia. Siendo en Chile el 78,9%, en Colombia 68,5%, en Ecuador 66,7 y en Perú el 75%

Las edades oscilan entre el grupo de 20 - 30 años hasta mayores de 60 años siendo las medias y modas de edad

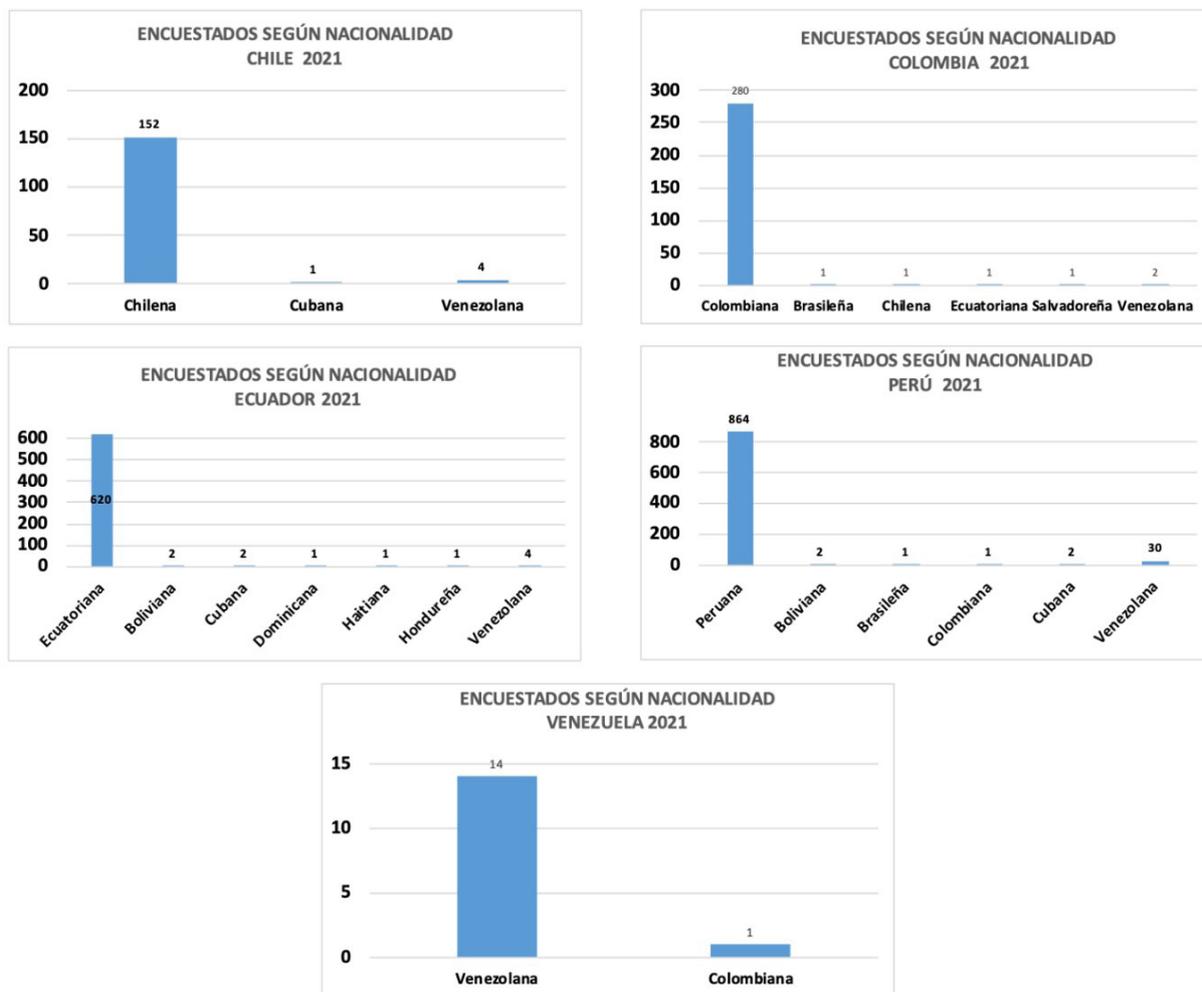
por país: Bolivia 35,7 y 35, Chile 37,3 y 31, Colombia 47,6 y 40, Ecuador 31,8 y 27, Perú 31,1 y 25, Venezuela 40 y 41.

Las edades mayores se observan entre los que señalan no trabajar en zonas subatendidas. Los RHS que trabajan en zonas subatendidas son adultos jóvenes.

## CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Figura 21. Encuestados según nacionalidad

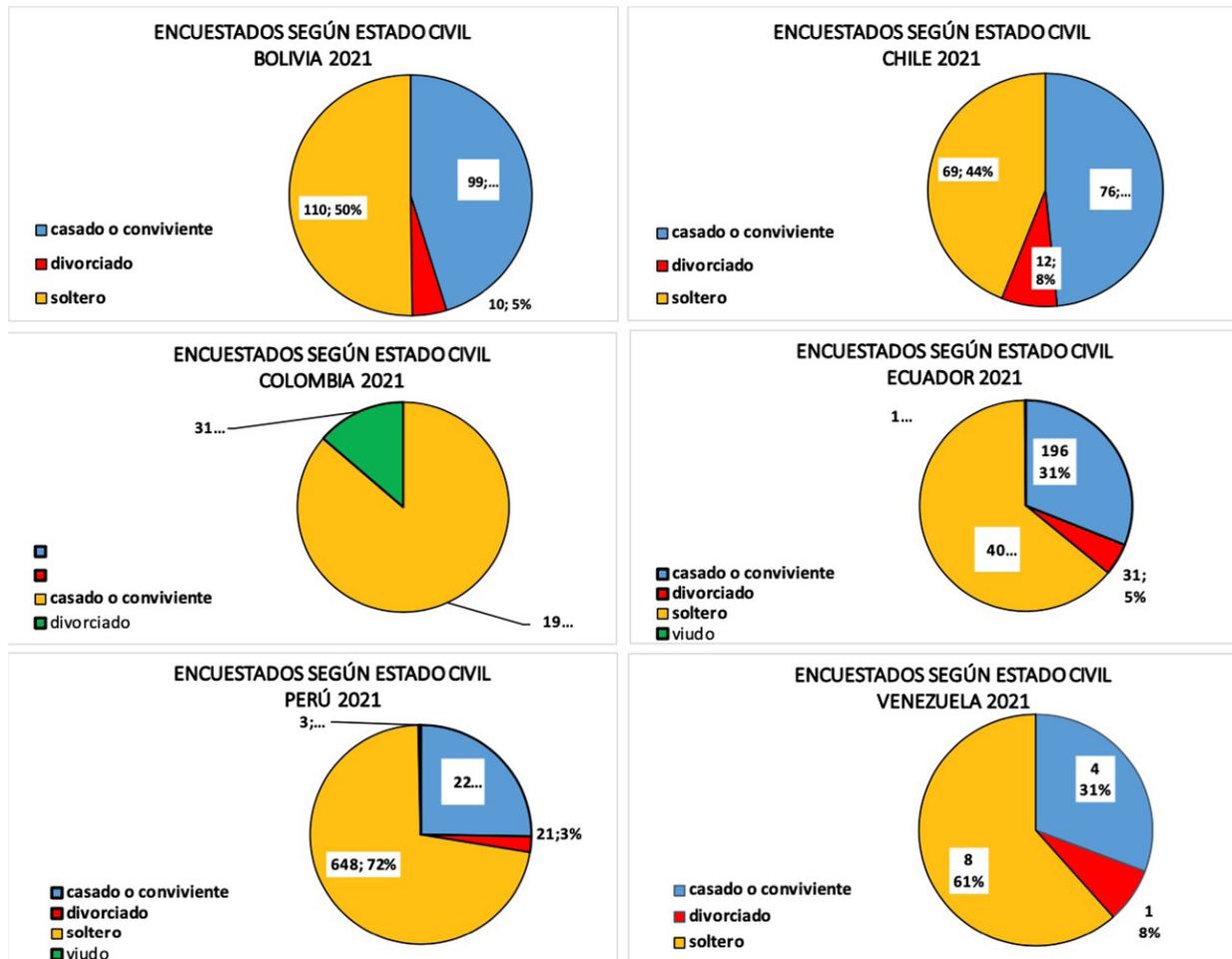


Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

Las personas encuestadas en cada país son mayoritariamente nacionales. La presencia de personas de otros países

refleja la migración de RHS hacia algunos de los países. No se presenta un gráfico de Bolivia, porque el 100% son bolivianos.

Figura 22. Encuestados según estado civil



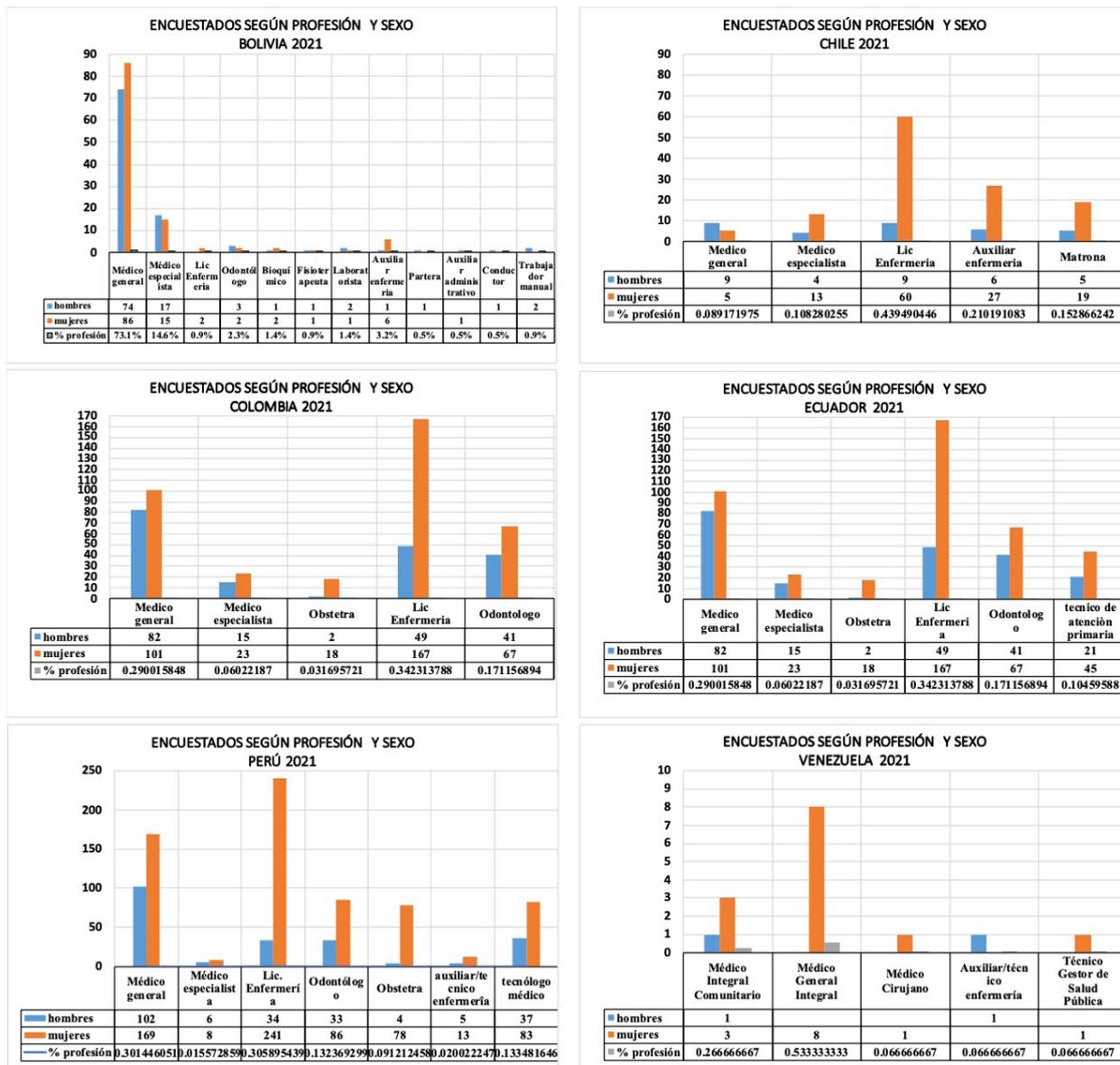
Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

La mayoría de las personas encuestadas son solteras en todos los países con excepción de Chile y Colombia donde la mayoría son casados o convivientes.

**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Figura 23. Encuestados según profesión y sexo



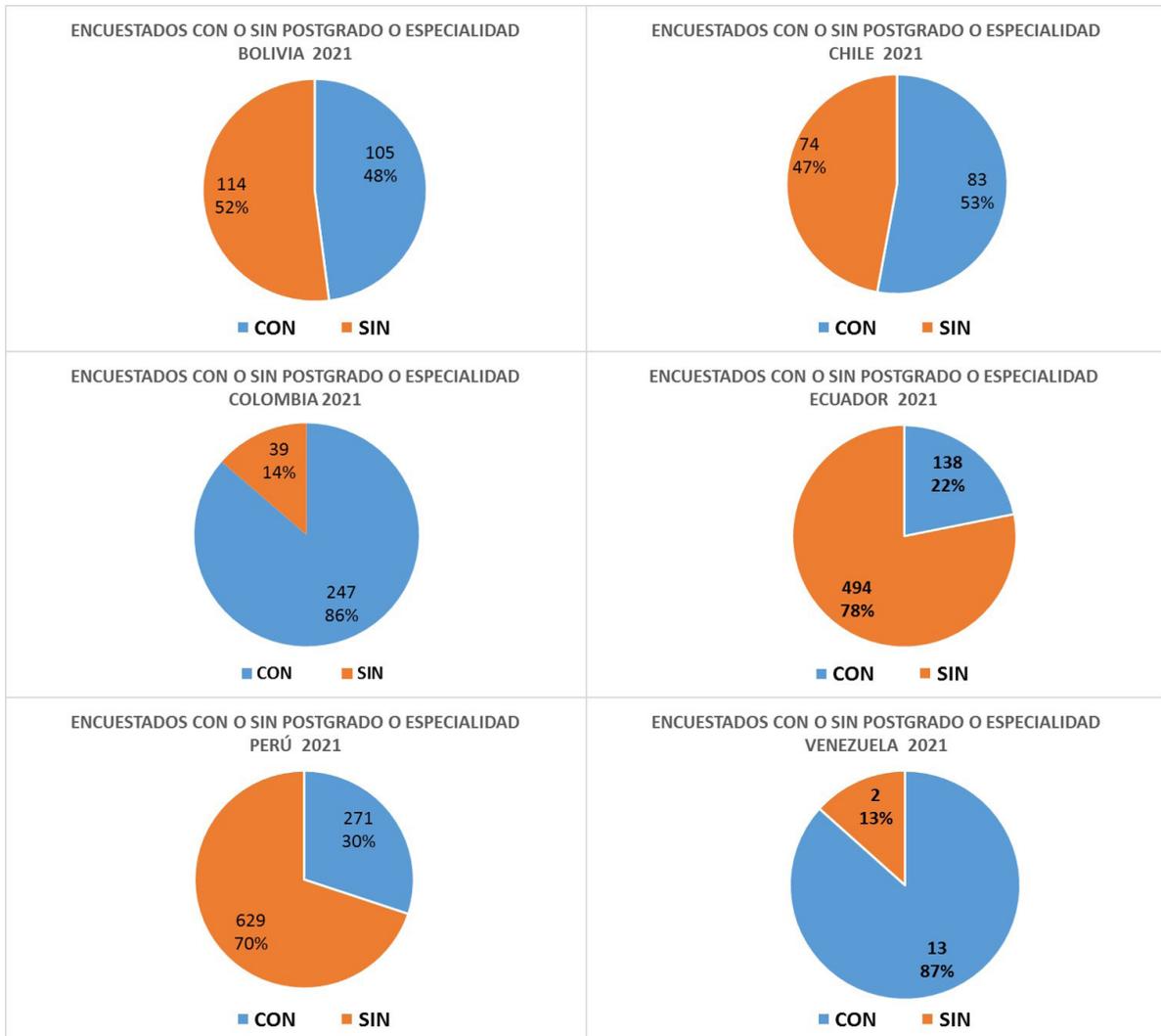
Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

La mayoría de las personas encuestadas son enfermeras y médicos, esto se explica porque la encuesta fue orientada al personal que cumple funciones asistenciales. La sobre representación de médicos en el caso de Bolivia se debe a que la mayoría del personal que cubre las zonas subatendidas son los médicos del programa Mi Salud bajo

la dirección de los médicos de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI.

En todas las profesiones la mayoría son mujeres, esto es congruente con la creciente participación de mujeres de todas las profesiones en el cuidado de la salud de la población.

Figura 24. Encuestado con o sin postgrado o especialidad



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN DE ELEGIR Y MANTENERSE EN UN PUESTO DE TRABAJO EN ZONAS SUBATENIDAS

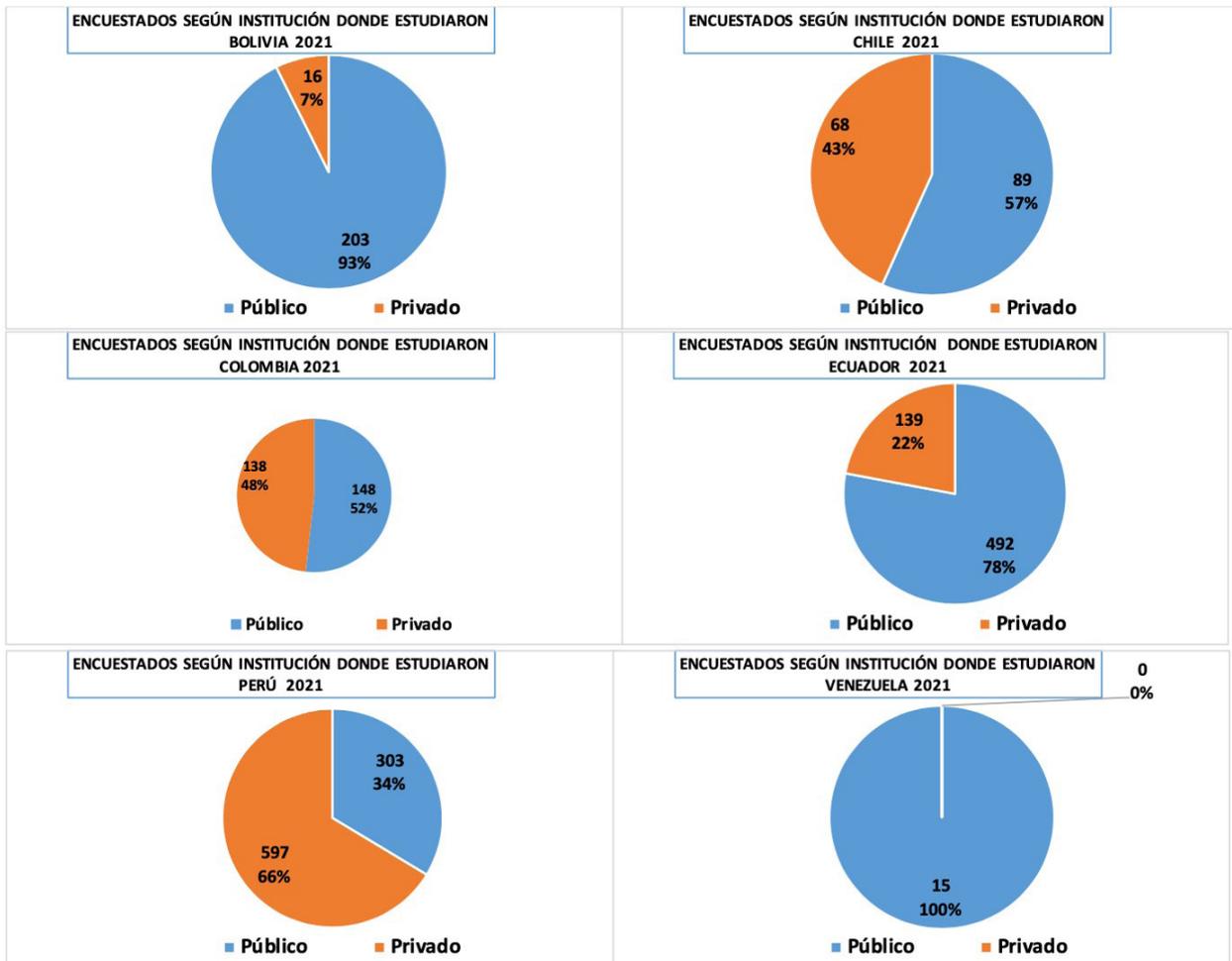
## CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Respecto a contar con especialización entre la población encuestada la situación entre países es muy variable. En Colombia y Venezuela el 86 y 87 % refiere especialidad, sin embargo, por el número de encuestados no se puede decir que refleje la realidad de ese país. Ecuador presenta la menor proporción de especialistas entre los encuestados. En Bolivia la mayoría de los especialistas son médicos especialistas en salud familiar comunitaria intercultural o personal con alguna especialidad ligada a salud pública. En Chile tienen

una variedad de especialidades siendo la más numerosa Salud Pública, Gestión y luego una variedad de especialidades clínicas. Algo similar pasa en Colombia y Ecuador siendo la más numerosa Gestión en Salud. En Colombia existen también muchos especialistas en epidemiología y enfermeras con maestría en Enfermería. En el caso de Perú las más numerosas son Salud Pública, Gestión y rehabilitación y terapia física. En Venezuela la mayoría son especialistas en Medicina General Integral (MGI).

Figura 25. Encuestados según institución donde estudiaron



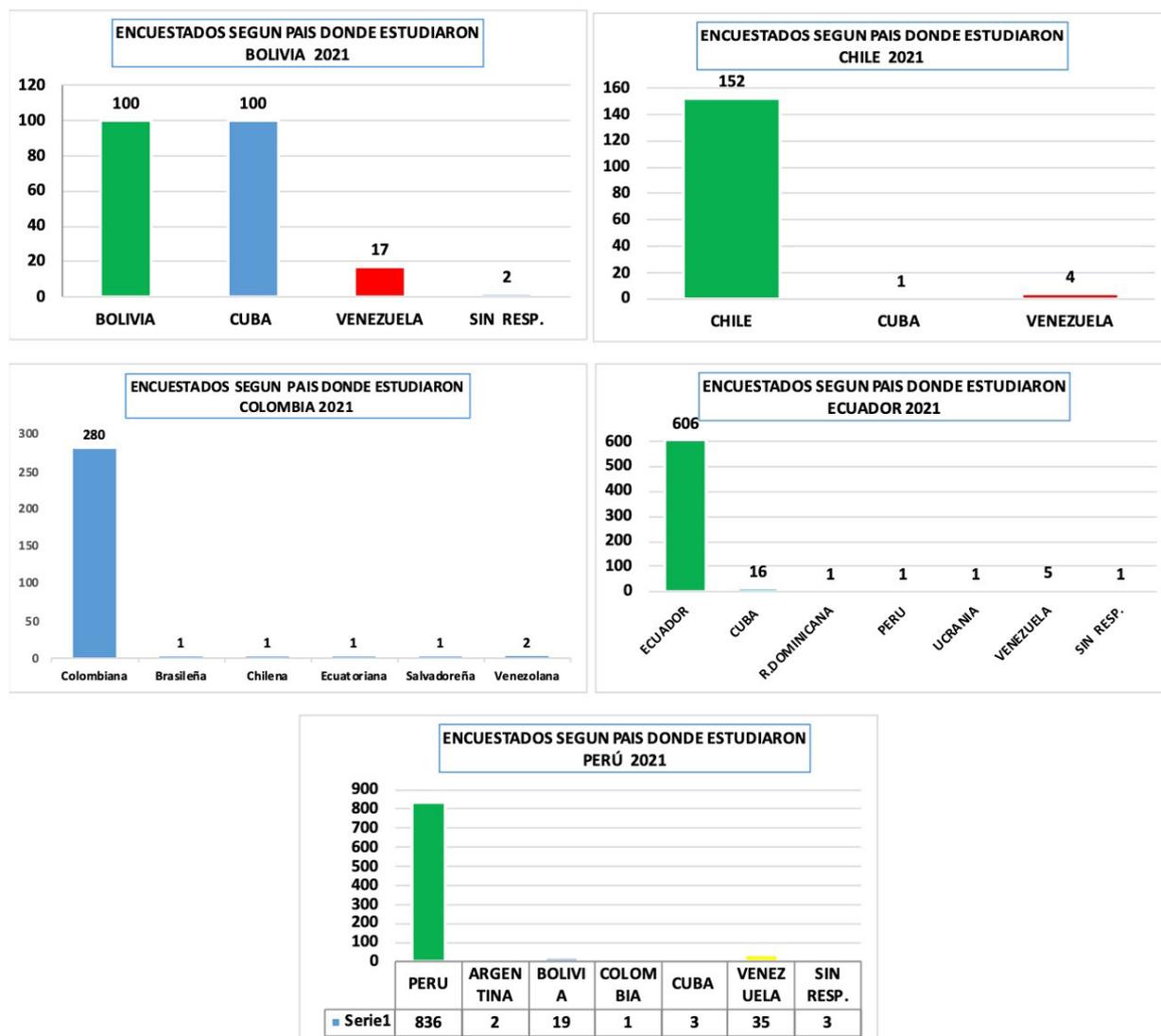
Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN DE ELEGIR Y MANTENERSE EN UN PUESTO DE TRABAJO EN ZONAS SUBATENIDAS

**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Figura 26. Encuestados según país donde estudiaron



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

También se preguntó si se habían formado en el sistema educativo público o privado. En Venezuela, Bolivia y Ecuador hay un claro predominio de los que estudiaron en el sistema público, en Chile y Colombia casi la mitad lo hicieron en el sector privado y en el Perú, las dos terceras partes lo hicieron en ese sector.

En todos los países con excepción de Bolivia, la mayoría estudiaron en su país. En Bolivia más de la mitad fueron estudiantes de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) en Cuba o Venezuela. En el caso de Venezuela el 100% estudiaron en su país

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN DE ELEGIR Y MANTENERSE EN UN PUESTO DE TRABAJO EN ZONAS SUBATENDIDAS

Figura 27. Encuestados según tipo de contrato y sexo



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

En lo que se refiere al tipo de contrato una gran parte de las personas encuestadas tienen contratos temporales como el servicio rural obligatorio contrato ocasional del Ecuador (79%), todos los que no son régimen 276 en Perú (60%), Contrata y reemplazo en Chile (71%), todos los que no son contratos indefinidos en Colombia (52,8%), eventual y consultores en Bolivia (20%), Residente, rural y contratado en Venezuela (26%); debiendo destacar

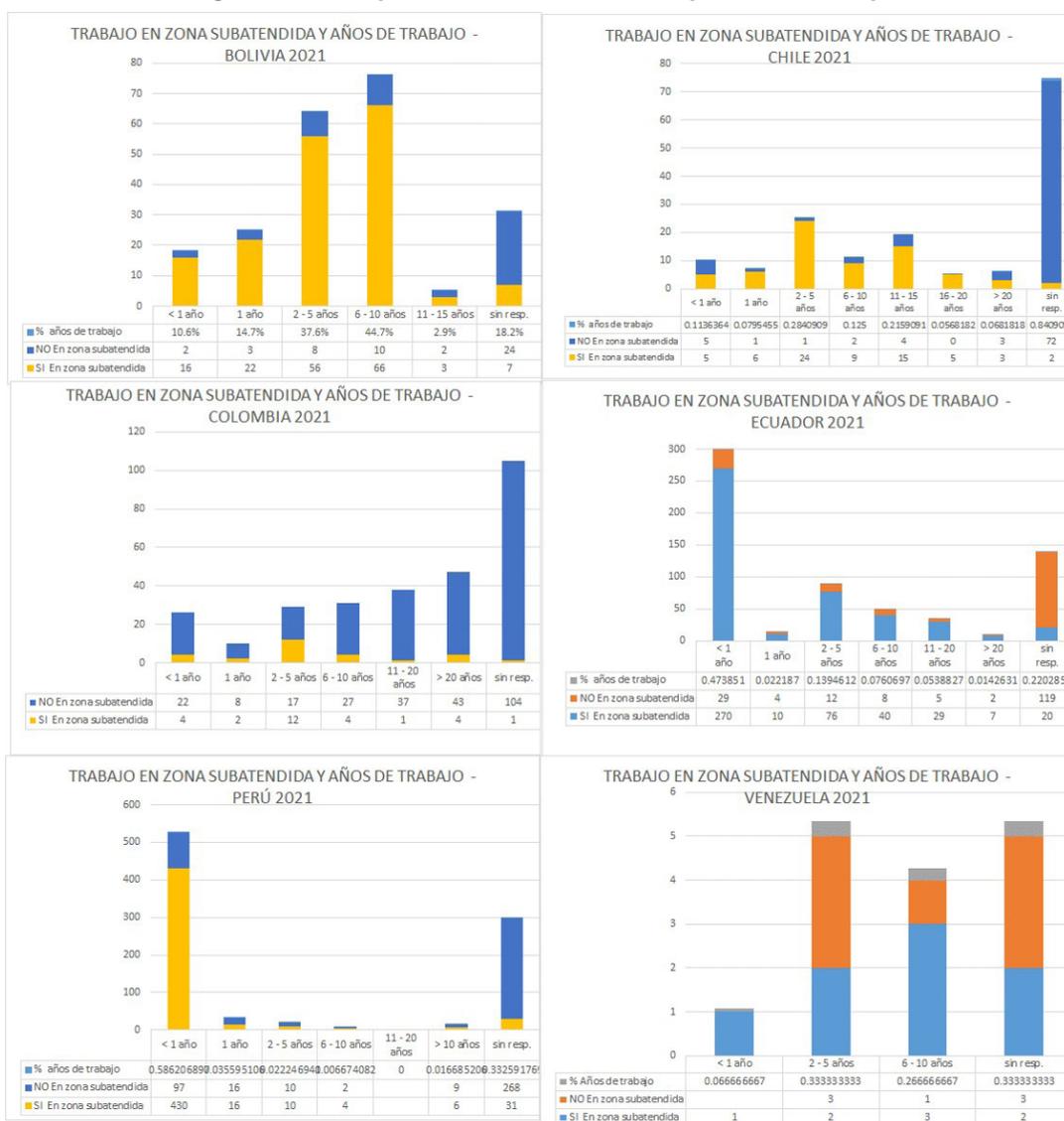
que, en el caso de estos dos países no resulta representativo por las limitaciones anotadas en puntos anteriores.

De cualquier manera, el tipo de contrato apunta a la permanente rotación de RHS en las zonas subatendidas aspecto que, por el periodo de adaptación, puede afectar a la calidad del servicio ofertado.

**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Figura 28. Trabajo en zonas subatendidas y años de trabajo



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

La mayoría de los encuestados trabaja en zonas subatendidas, Bolivia 78%, Ecuador 72%, Perú 55% Venezuela 53% excepto en Chile 44% y Colombia 10%.

Asimismo, la mayor proporción de encuestados se concentra entre los que tienen menos tiempo de trabajo, entre menos de 1 año a 5 años, Bolivia 62%, Chile 47%, Ecuador 63,5%, Perú 64,5%, Venezuela 40%. Colombia es

la excepción, pues, la mayoría de encuestados tiene más de 5 años de trabajo (45%).

Por su parte, quienes no trabajan en zonas subatendidas son, por un lado, quienes tienen más años de trabajo (6 a 10 años) y los que no responden cuánto tiempo de trabajo tienen.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN DE ELEGIR Y MANTENERSE EN UN PUESTO DE TRABAJO EN ZONAS SUBATENDIDAS

La excepción en este comportamiento se presenta en Venezuela, donde la mayor parte de quienes no trabajan en una zona subatendida refieren un tiempo de trabajo de 2 a 5 años.

Por lo tanto, se pone en evidencia que, a mayor cantidad de años de trabajo, existe una menor presencia en las zonas subatendidas. Esto se debe,

tal como refieren las respuestas de carácter cualitativo, a que las personas no asumen el trabajo en estas zonas como algo permanente sino como una etapa para proyectarse hacia “mejores trabajos con mejores condiciones”.



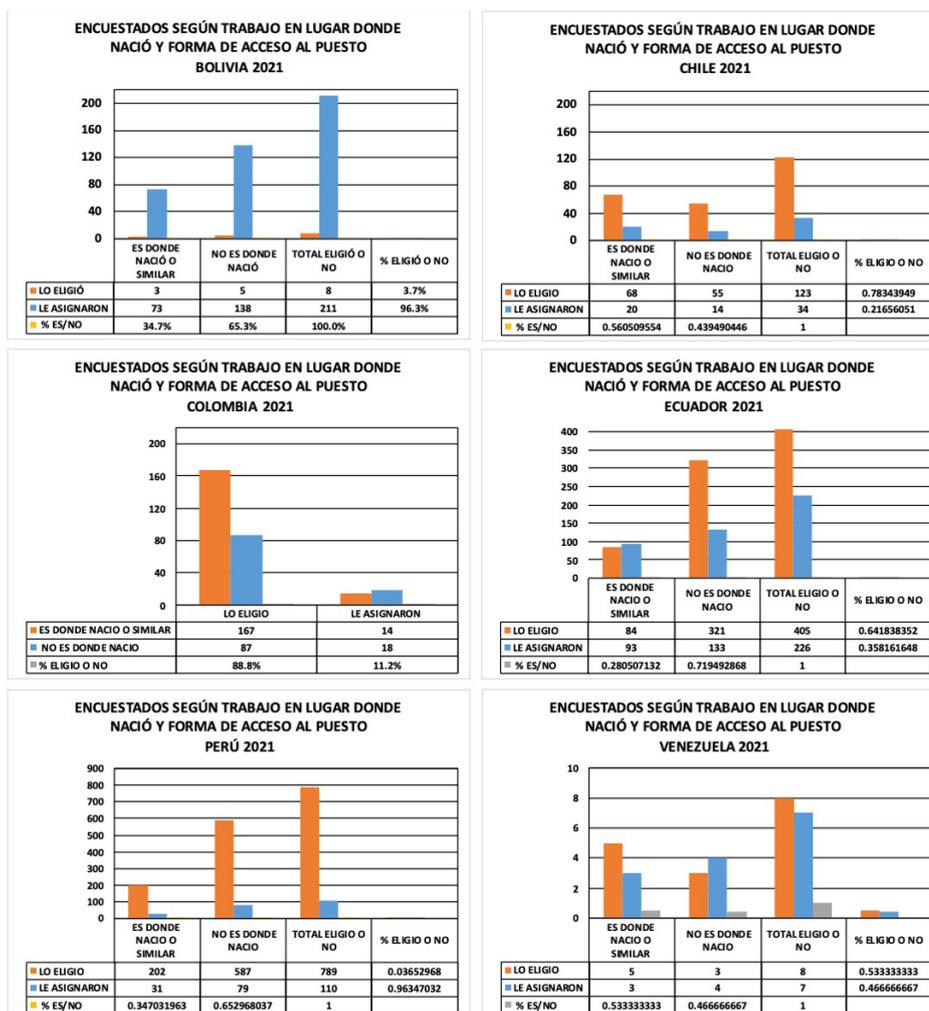
**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

**RESULTADOS DE LAS PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA MATRIZ DE ANÁLISIS**

**3.1. Origen y valores personales. Ámbito que deriva de la historia personal de cada profesional, y que va más allá de los sistemas de incentivos**

Figura 29. Encuestados según trabajo en lugar donde nació y forma de acceso al puesto



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN DE ELEGIR Y MANTENERSE EN UN PUESTO DE TRABAJO EN ZONAS SUBATENIDAS

En Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela la proporción de quienes eligieron el lugar de trabajo es superior a la de quienes accedieron al cargo por designación. En Bolivia, el sistema no permite que los puestos sean escogidos.

Otro aspecto muy destacado es que, con excepción de Colombia, en todos los países son muy pocos los que nacieron en el lugar o en lugares cercanos al lugar donde ejercen sus labores profesionales en zonas subatendidas. Esto puede obedecer a la falta de recursos calificados de las mismas zonas subatendidas, o bien a una baja tasa de retorno de los profesionales

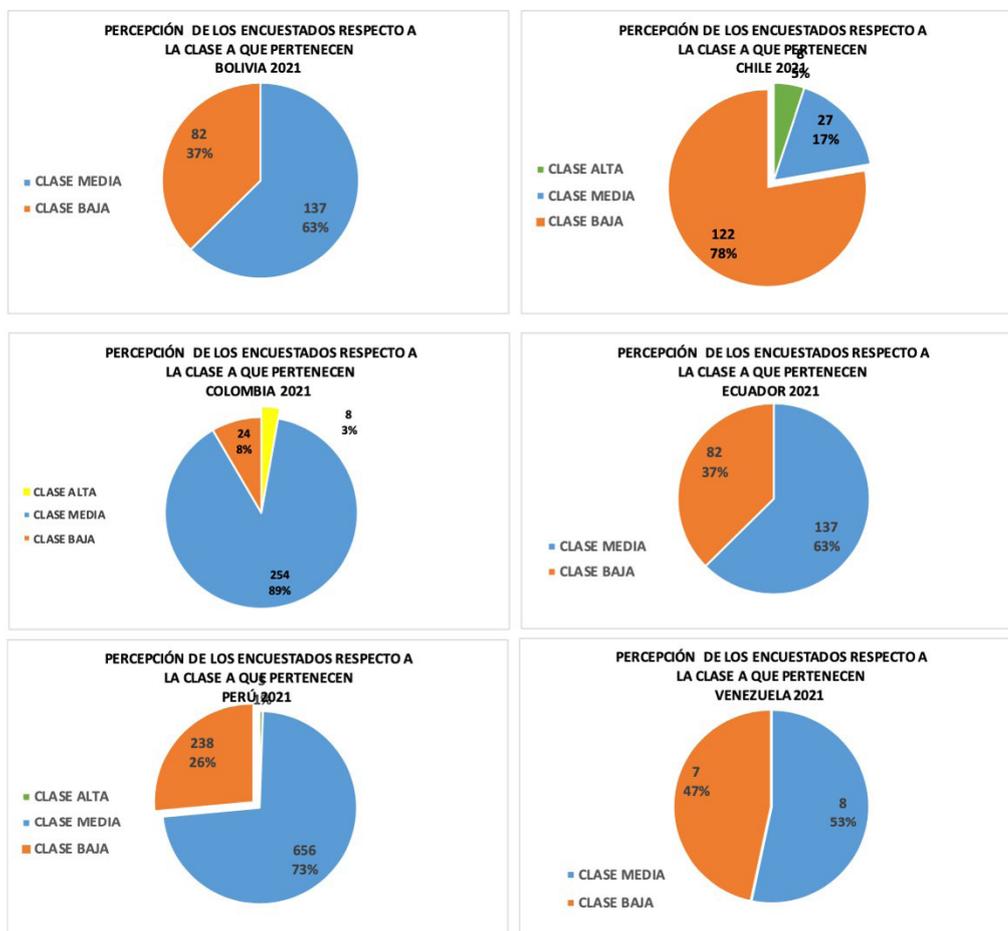
provenientes de dichas zonas. Estos dos aspectos podrían ser interesantes de abordar en un estudio futuro y profundizar tanto sobre las estadísticas como respecto a las causas.

Esto parecería contradecir la idea de que el origen es un factor importante para optar por estas zonas como lugar de trabajo, pero tampoco es concluyente porque no se sabe si el lugar donde estudiaron fue en el lugar o no; y si el desarraigo se produce, por tanto, al desplazar a la gente hacia otras zonas para poder estudiar.

## CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Figura 30. Percepción de los encuestados respecto a la clase a que pertenecen



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

La percepción del origen de clase es mayoritariamente de clase media, seguida de clase baja en todos los países. Solo en Chile, Colombia y Perú hay quien indica pertenecer a clase alta.

Las personas de clase alta que trabajan en zonas subatendidas indican que escogieron el lugar trabajo.

La proporción de los que declaran pertenecer a clase baja y haber escogido trabajar en zona subatendidas es

superior a los que no eligen trabajar en dicha zona. Lo propio ocurre entre los de clase media.

Si la muestra fuera estadísticamente significativa podrá concluirse que el origen de clase no determina la selección de la zona subatendida como lugar de trabajo.

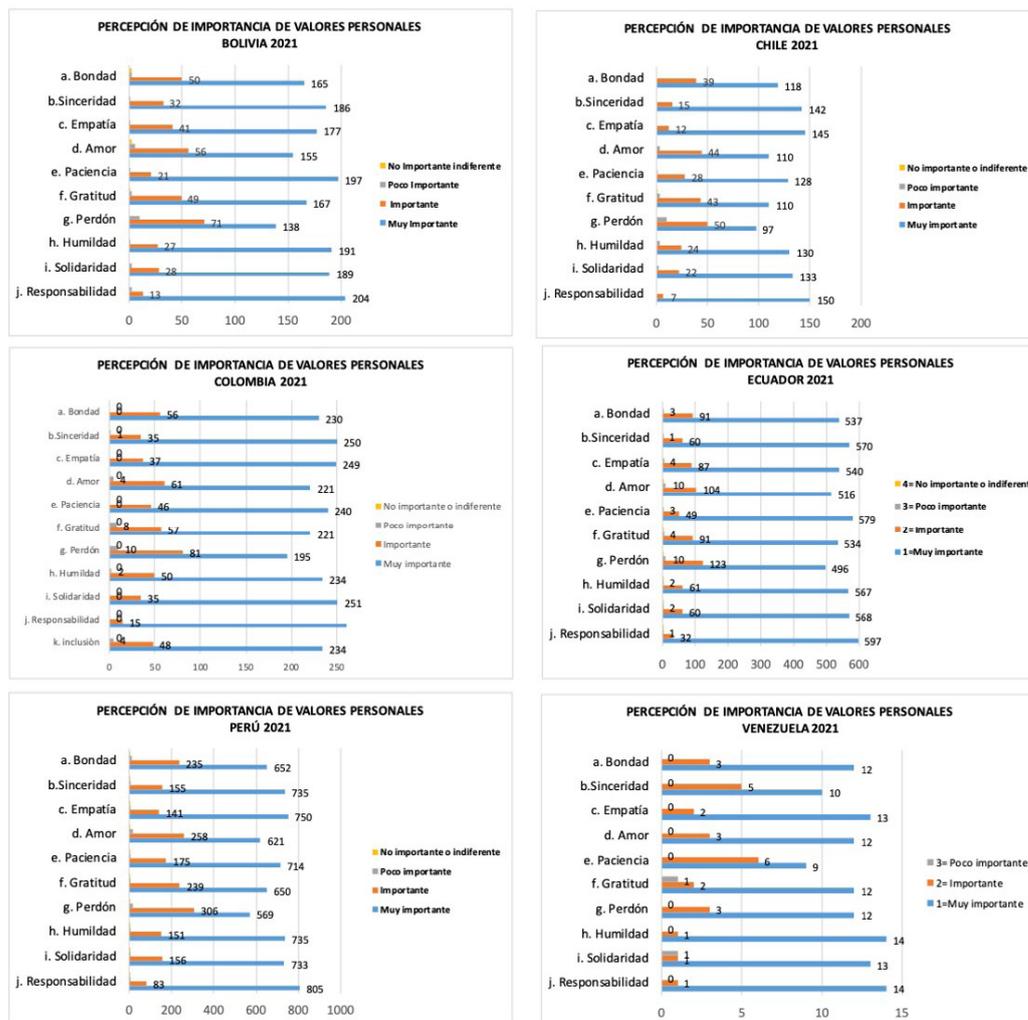
Por lo tanto, el factor de elección, sumado a los incentivos como la permanencia en el lugar, políticas de apoyo a la dotación de viviendas,

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN DE ELEGIR Y MANTENERSE EN UN PUESTO DE TRABAJO EN ZONAS SUBATENDIDAS

unificación familiar, entre otras posibles medidas, parecen constituirse en elementos a considerar con miras a garantizar la permanencia en las zonas

a la fecha subatendidas, para que salgan de esta categoría, con mayor énfasis que el origen de clase.

Figura 31. Percepción sobre la importancia de los valores personales



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

En todos los países, independientemente de las otras variables, la mayor parte de las personas encuestadas consideran que los valores personales enunciados (bondad, sinceridad, empatía, amor, paciencia, gratitud, perdón, humildad,

solidaridad, responsabilidad) son muy importantes o importantes. Los valores son cualidades de cercanía y respeto entre seres humanos, importantes en la relación con los compañeros de trabajo, los pacientes, las autoridades y la comunidad. Son muy pocos quienes

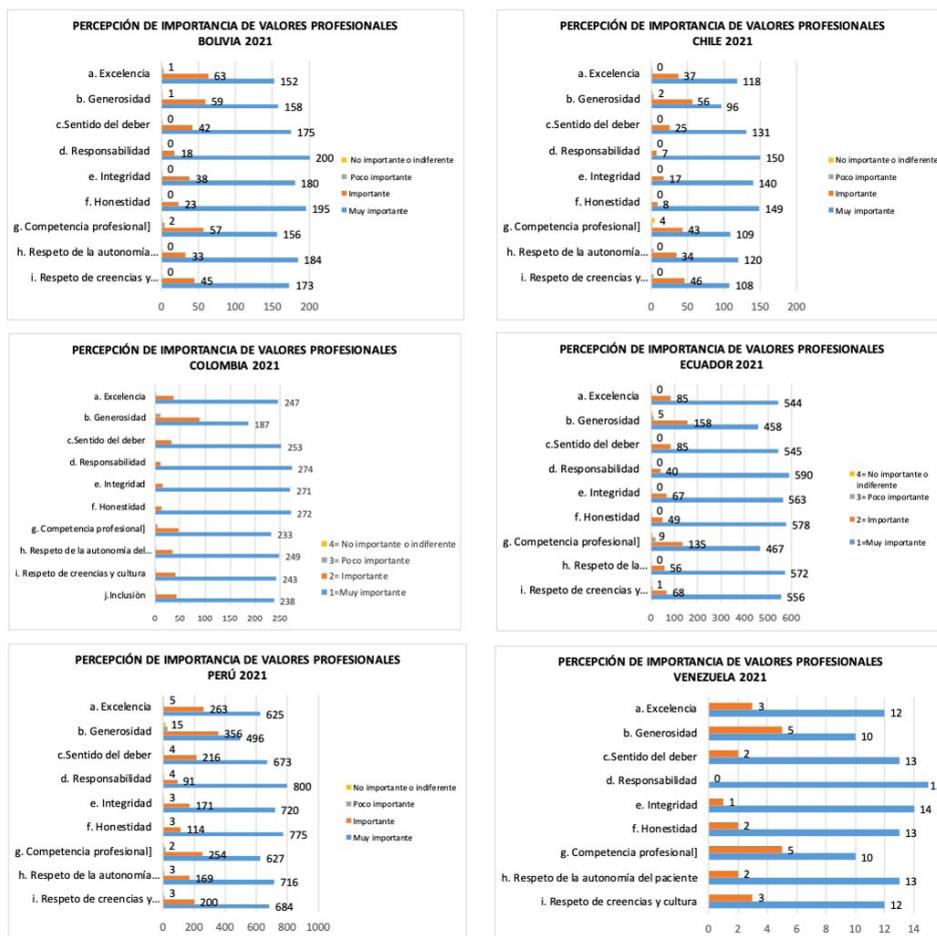
**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

lo consideran poco importante o no importante y solo aparece como opción mencionada en los valores de amor, perdón y gratitud.

Puede quedar la duda de si las respuestas responden a la verdadera percepción o son respuestas de “lo que sería correcto contestar”, pero esta duda no hay forma de despejarla.

Figura 32. Percepción sobre la importancia de los valores profesionales



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

La percepción de la importancia de los valores profesionales es similar a la de los valores personales. Un dato importante es que los valores “Responsabilidad” y “Honestidad” son calificados como muy importantes por la mayor cantidad de encuestados.

Llama la atención que los valores “Generosidad” y “Competencia

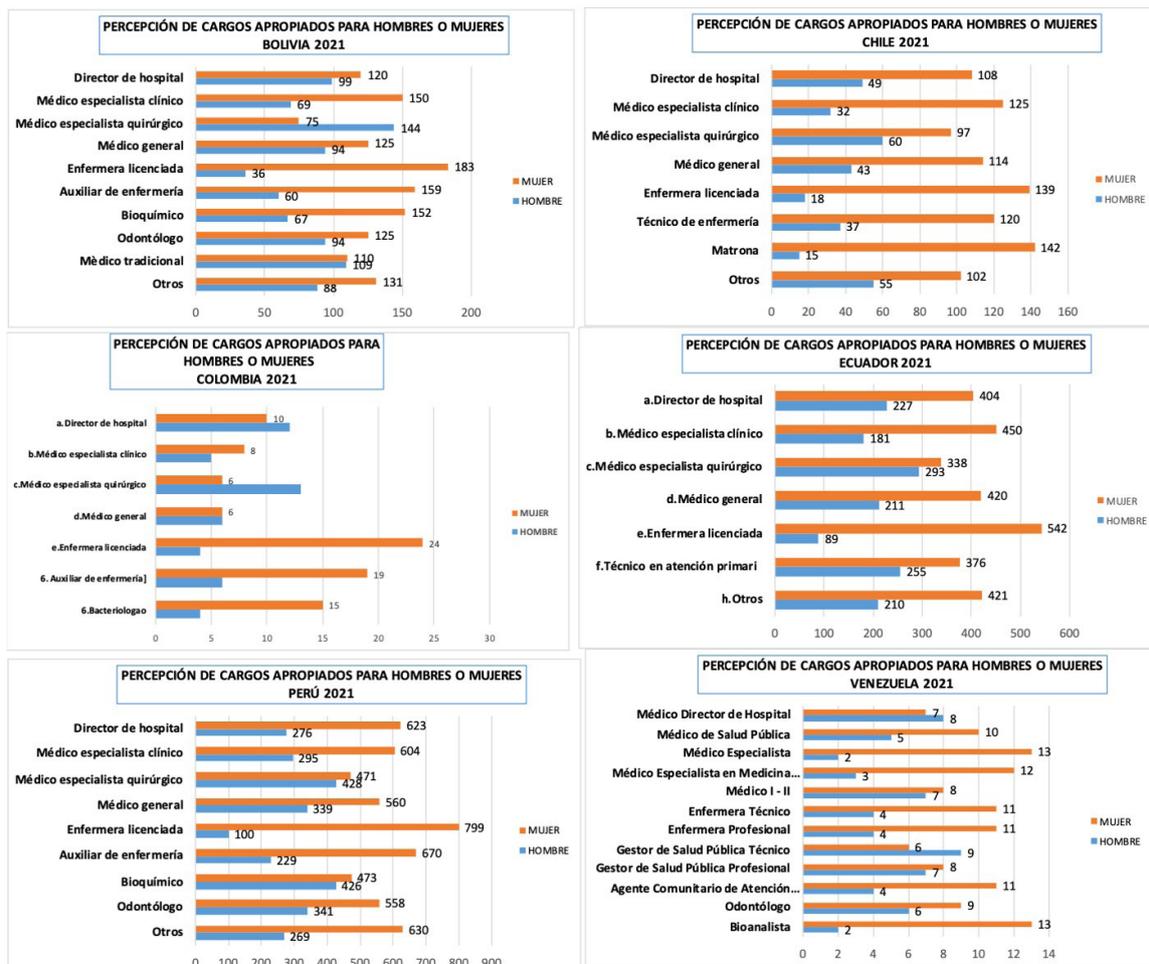
Profesional” son los que menor frecuencia de calificación como ‘Muy importante’ obtienen. Esto significa, en todo caso, que es necesario considerarlos para reforzar en términos de los valores profesionales como una base para brindar una atención de calidad y con calidez en los diversos equipos de salud.

Las siguientes preguntas se realizaron para incluir la perspectiva de igualdad de género e identificar posibles sesgos de género en estos ámbitos laborales en salud. En este sentido, se indagó sobre: a) la percepción de los cargos apropiados para hombres y para mujeres y por qué considera que son o no apropiados según la selección que hizo; b) la percepción de cuáles son los

centros que se consideran apropiados para mujeres y para hombres y el porqué de esta percepción.

Con fines investigativos, se colocó una opción “ambos”, (excepto en Colombia que exigió ponerla como requisito para participar en la encuesta), para ver las reacciones que generaba esta omisión en las preguntas abiertas, cuyo análisis se verá más adelante.

Figura 33. Percepción sobre los cargos apropiados para hombres o mujeres



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

En todos los países de la región andina, todos los cargos se consideran mayoritariamente apropiados para mujeres (médico especialista clínico, médico especialista quirúrgico, médico general, enfermera licenciada, técnico en atención primaria y otros). De forma puntual, en Venezuela, el cargo de médico director del hospital se considera mayoritariamente como un puesto apropiado para hombres.

Los cargos que más personas señalan como apropiados para mujer son los de enfermería, tanto a nivel profesional como de técnico y auxiliar.

Los cargos que más personas señalan como apropiados para hombre son director de hospital y médico especialista quirúrgico.

Este número supera al número de mujeres encuestadas en cada país y entre quienes dicen que el cargo es apropiado para hombres también hay mujeres.

## ¿Por qué de esta selección?

En relación a las respuestas sobre la percepción de los cargos apropiados para mujeres y hombres, la mayor parte de las personas señaló que respondió de esta forma porque no existía una categoría de “ambos” (hecho planteado expreso con miras a analizar la respuesta a esta ausencia) y también por equidad.

En este sentido, se debe destacar como una potencialidad el que se exprese esta percepción favorable a la igualdad de género en los cargos del sistema de salud, superando, al menos en términos discursivos, los sesgos de género machistas que se podían identificar antiguamente en estos contextos latinoamericanos.

Se realizó la lectura de todas las respuestas y se las agrupó en categorías para poder ver según la frecuencia cuáles son las que las personas encuestadas consideran más importantes. Los resultados de esta clasificación pueden verse en las siguientes tablas por país:

Figura 34. ¿Por qué se considera apropiados o no los cargos?

POR QUÉ CONSIDERA APROPIADOS O NO LOS CARGOS BOLIVIA 2021		POR QUÉ CONSIDERA APROPIADOS O NO LOS CARGOS CHILE 2021	
	CARGO		CARGO
EQUIDAD	143	EQUIDAD	112
CARACTERISTICAS PERSONALES Y PROFESIONALES	50	CARACTERISTICAS PERSONALES Y PROFESIONALES	25
CULTURA	18	CULTURA	11
FUERZA, COND FISICAS	1	FUERZA, COND FISICAS	3
MATERNIDAD Y FAMILIA	1	MATERNIDAD Y FAMILIA	2
RIESGO	1	DISTANCIA	1
NO, NINGUNA, NO RESPONDE	5	NO, NINGUNA, NO RESPONDE	3
TOTAL	219	TOTAL	157

POR QUÉ CONSIDERA APROPIADOS O NO LOS CARGOS COLOMBIA 2021		POR QUÉ CONSIDERA APROPIADOS O NO LOS CARGOS ECUADOR 2021	
	CARGO		CARGO
EQUIDAD	256	EQUIDAD	500
CARACTERISTICAS PERSONALES Y PROFESIONALES	21	CULTURA	90
CULTURA	2	CARACTERISTICAS PERSONALES Y PROFESIONALES	12
RIESGO	1	DISTANCIA	6
NO, NINGUNA, NO RESPONDE	6	RIESGO	2
TOTAL	286	ARRIBA EL PATRIARCADO	1
		FUERZA, COND FISICAS	1
		MATERNIDAD Y FAMILIA	1
		NO, NINGUNA, NO RESPONDE	18
		TOTAL	631

POR QUÉ CONSIDERA APROPIADOS O NO LOS CARGOS PERÚ 2021		POR QUÉ CONSIDERA APROPIADOS O NO LOS CARGOS VENEZUELA 2021	
	CARGO		CARGO
EQUIDAD	665	CARACTERISTICAS PERSONALES Y PROFESIONALES	5
CULTURA	166	EQUIDAD	10
PROFESIONALES	36	TOTAL	15
FUERZA, COND FISICAS	3		
RIESGO	2		
RIESGO Y VIOLENCIA	1		
NO, NINGUNA, NO RESPONDE	26		
TOTAL	899		

Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

En todos los países la categoría “equidad” fue la más frecuentemente señalada, en algunos casos con fuertes críticas a la supuesta intencionalidad machista o patriarcal de la encuesta. Se dejó sin agrupar una respuesta, en Ecuador, que fue la única que parecía ir en sentido contrario.

El segundo lugar en todos los países excepto Perú corresponde a “características personales y profesionales” que determinan que uno u otro cargo se consideren más apropiado para hombres y mujeres. En Perú, la segunda respuesta más frecuente fue “cultura”, en esta categoría se agruparon todas las

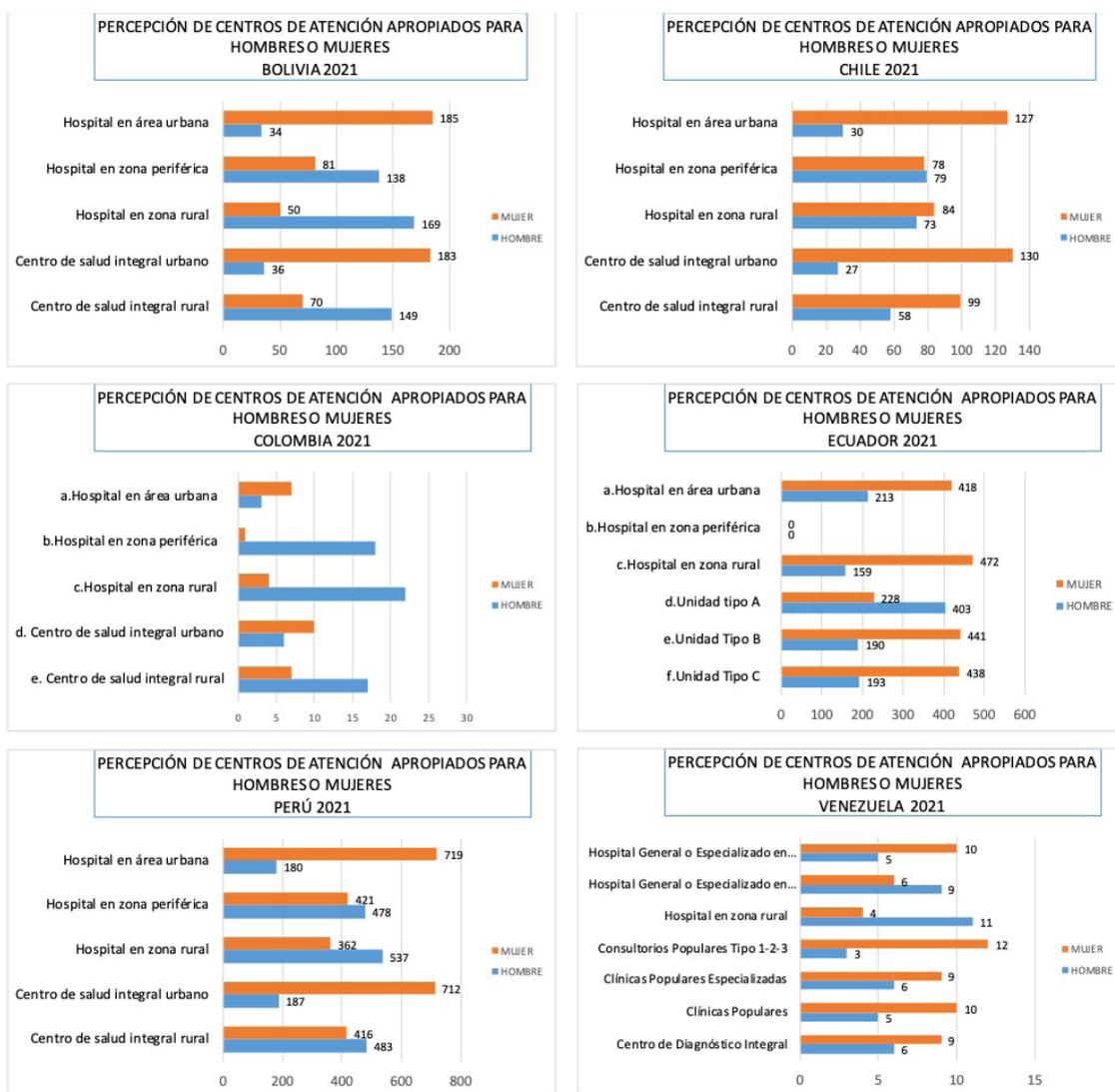
**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

respuestas que hacían referencia a la aceptabilidad cultural de uno u otro sexo como apropiado para un cargo o al rechazo que podía generarse en la comunidad si el cargo se asignaba en sentido opuesto a estas percepciones.

Con relación a los cargos la percepción mayoritaria, es que podrían ser ocupados indistintamente por mujeres u hombres, cumpliendo con el requisito de la idoneidad para los mismos.

Figura 35. Percepción de centros de atención apropiados para hombres o mujeres



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

En esta pregunta, también la mayor cantidad de respuestas hacen referencia a la equidad de género.

Sin embargo, aparecen algunos lugares del área rural que se consideran más apropiados para hombres tanto en opinión de los hombres como de las mujeres. La excepción se presenta en Chile, donde para todos los lugares se asignó mayoritariamente a la mujer como la apropiada para trabajar allí.

Respecto a esto las respuestas de la pregunta abierta hablan de discriminación positiva hacia las

mujeres sobre todo por su rol materno y familiar. También indican que hay lugares que por su inseguridad o dificultad de acceso son considerados más apropiados para hombres que para mujeres.

Además, aparecen mencionados como motivo de su respuesta factores culturales, características profesionales, fuerza y condiciones físicas y riesgos ambientales por condiciones del entorno físico y dificultades de acceso y, en Ecuador y Perú, se hace referencia a riesgos vinculados a violencia de diversos tipos.



**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Figura 36 ¿Por qué se considera apropiados o no los cargos?

POR QUÉ CONSIDERA APROPIADOS O NO LOS CARGOS BOLIVIA 2021		POR QUÉ CONSIDERA APROPIADOS O NO LOS CARGOS CHILE 2021	
	CARGO		CARGO
EQUIDAD	143	EQUIDAD	112
CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y PROFESIONALES	50	CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y PROFESIONALES	25
CULTURA	18	CULTURA	11
FUERZA, COND FÍSICAS	1	FUERZA, COND FÍSICAS	3
MATERNIDAD Y FAMILIA	1	MATERNIDAD Y FAMILIA	2
RIESGO	1	DISTANCIA	1
NO, NINGUNA, NO RESPONDE	5	NO, NINGUNA, NO RESPONDE	3
<b>TOTAL</b>	<b>219</b>	<b>TOTAL</b>	<b>157</b>

POR QUÉ CONSIDERA APROPIADOS O NO LOS CARGOS COLOMBIA 2021		POR QUÉ CONSIDERA APROPIADOS O NO LOS CARGOS ECUADOR 2021	
	CARGO		CARGO
EQUIDAD	256	EQUIDAD	500
CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y PROFESIONALES	21	CULTURA	90
CULTURA	2	CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y PROFESIONALES	12
RIESGO	1	DISTANCIA	6
NO, NINGUNA, NO RESPONDE	6	RIESGO	2
<b>TOTAL</b>	<b>286</b>	ARRIBA EL PATRIARCADO	1
		FUERZA, COND FÍSICAS	1
		MATERNIDAD Y FAMILIA	1
		NO, NINGUNA, NO RESPONDE	18
		<b>TOTAL</b>	<b>631</b>

POR QUÉ CONSIDERA APROPIADOS O NO LOS CARGOS PERÚ 2021		POR QUÉ CONSIDERA APROPIADOS O NO LOS CARGOS VENEZUELA 2021	
	CARGO		CARGO
EQUIDAD	665	CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y PROFESIONALES	5
CULTURA	166	EQUIDAD	10
CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y PROFESIONALES	36	<b>TOTAL</b>	<b>15</b>
FUERZA, COND FÍSICAS	3		
RIESGO	2		
RIESGO Y VIOLENCIA	1		
NO, NINGUNA, NO RESPONDE	26		
<b>TOTAL</b>	<b>899</b>		

Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

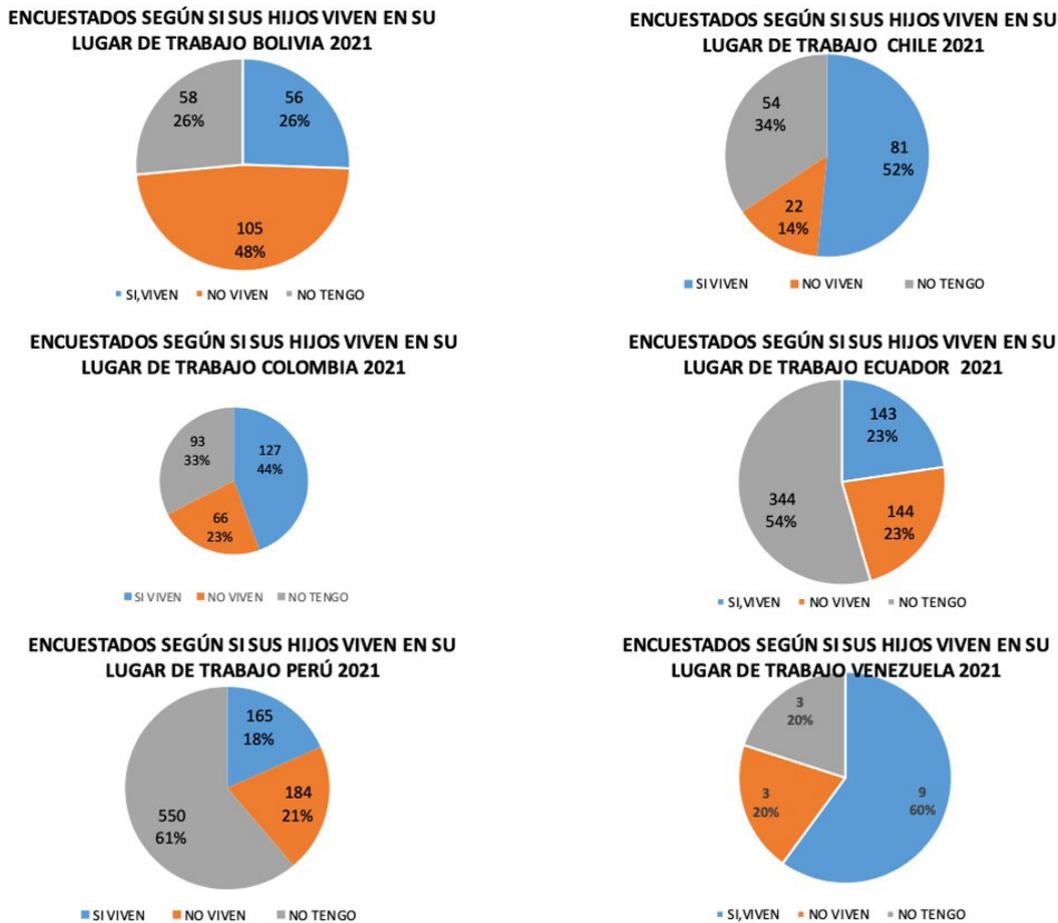
En resumen, el origen territorial y el origen de clase no parecen tener una gran importancia a la hora de elegir las zonas subatendidas como lugar de trabajo; el poder elegir parece tener más importancia.

Los valores tanto personales como profesionales son considerados como muy importantes.

La perspectiva de equidad de género se puso de manifiesto como muy importante en respuesta a la forma de plantear la pregunta omitiendo la opción “ambos” en las preguntas referidas a cargos y lugares apropiados para hombres o para mujeres.

### 3.2. Aspectos familiares y comunitarios. Condiciones para el desarrollo de una vida familiar armónica y segura

Figura 37. Encuestados según si sus hijos viven en su lugar de trabajo



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

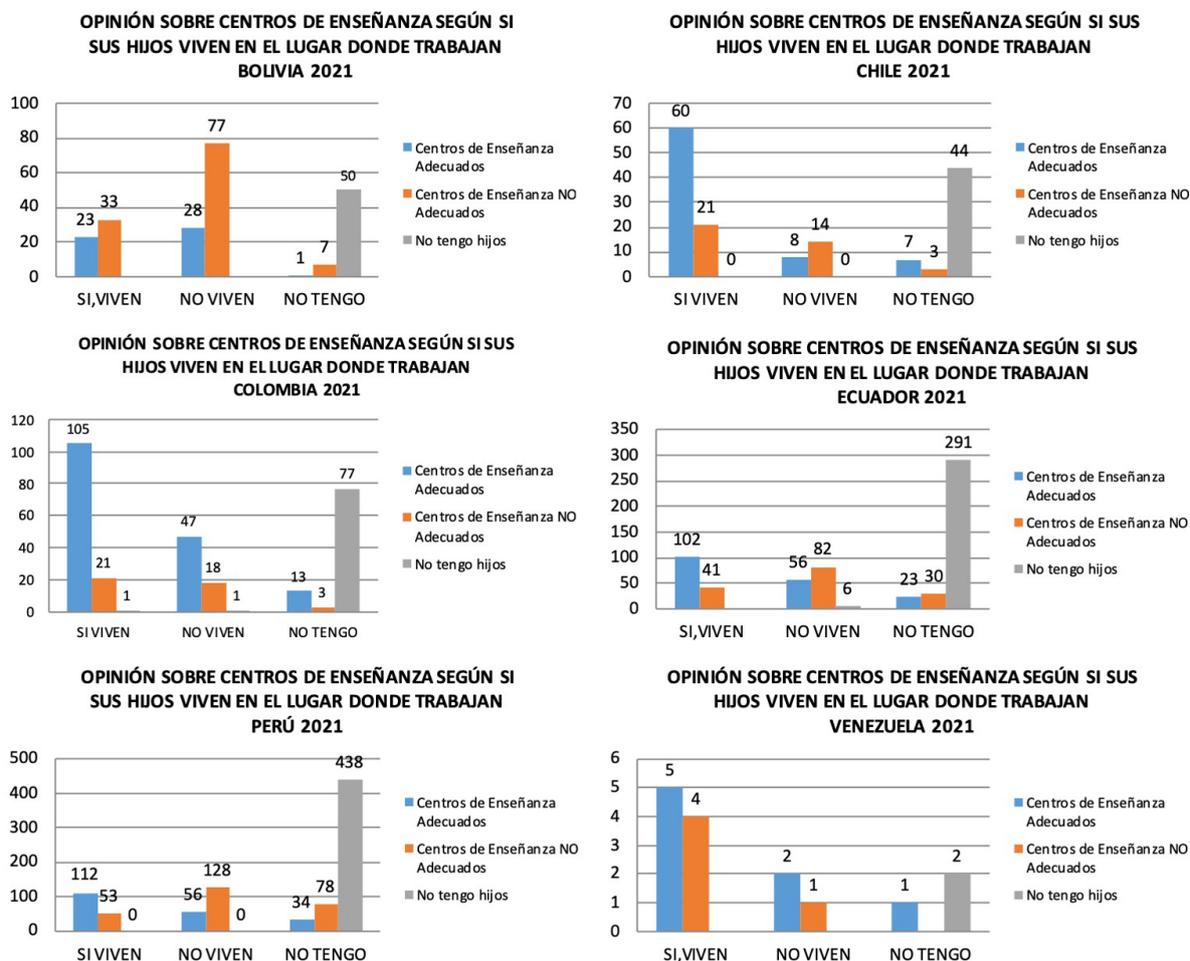
Estos gráficos corresponden a la totalidad de los encuestados en cada país. Pero, de los que sí viven con sus hijos, un tercio corresponde a los que trabajan en zonas subatendidas y 2/3 a los que no trabajan en zonas subatendidas.

Cuando se trata de los padres que no viven con sus hijos, la relación se invierte siendo 2/3 los que trabajan en zonas subatendidas y 1/3 los que no. Esta cifra da cuenta de que un poco más de la mitad de los trabajadores de las zonas subatendidas, que tienen hijos, han tenido que dejar a sus hijos en otro lugar.

**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Figura 38. Opinión sobre los centros de enseñanza según si sus hijos viven en el lugar donde trabajan



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

Aquellos RHS cuyos hijos viven con ellos opinan que los centros de enseñanza son adecuados en una proporción significativamente mayor que los que opinan que no, excepto en Bolivia.

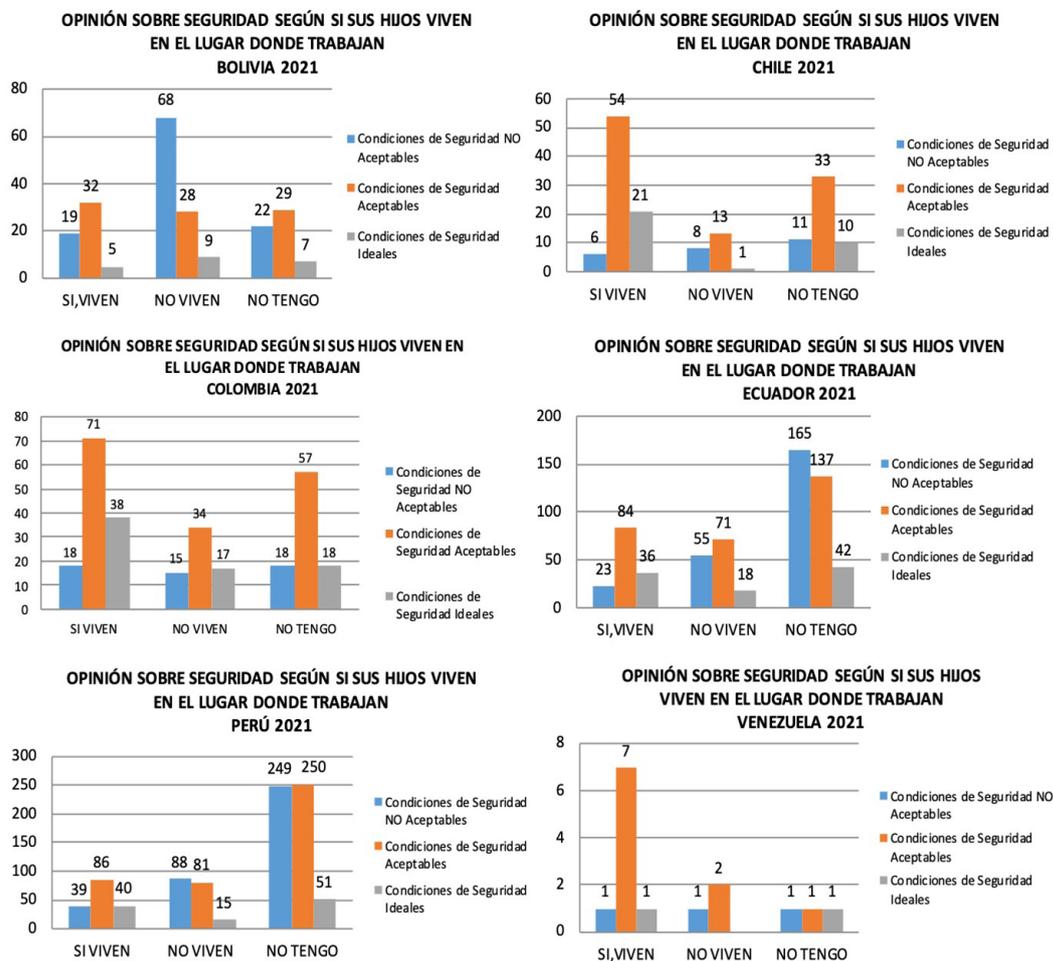
La proporción de los que opinan que los centros son inadecuados entre los que no tienen hijos viviendo con ellos es mayor que la de los que opinan que son adecuados.

Aun los que no tienen hijos se manifestaron respecto a que consideran a los centros de enseñanza con condiciones inadecuadas.

Sin duda, contar con centros educativos adecuados parece ser un factor a considerar dentro de los factores para un ambiente familiar adecuado para los RHS en las zonas subatendidas.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN DE ELEGIR Y MANTENERSE EN UN PUESTO DE TRABAJO EN ZONAS SUBATENIDAS

Figura 39. Opinión sobre seguridad según si sus hijos viven en el lugar donde trabajan



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

Otro factor consultado es si consideran que en la localidad se cuenta con condiciones de seguridad adecuadas para la vida en familia, la proporción de quienes tienen a sus hijos viviendo con ellos y opinan que es adecuada es mayor que los que consideran que no.

Entre los que no viven con sus hijos en todos los países, la percepción entre adecuado e inadecuado es muy similar, excepto en Bolivia, donde la consideran inadecuada.

Quienes no tienen hijos de igual manera se manifiestan con mayor frecuencia considerando inadecuadas las condiciones de seguridad.

La percepción de condiciones de seguridad es otro factor importante para que el ambiente familiar pueda funcionar en las zonas subatendidas.

La encuesta incluía además una pregunta respecto a cómo se siente en su lugar de trabajo respecto a contar

## CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD

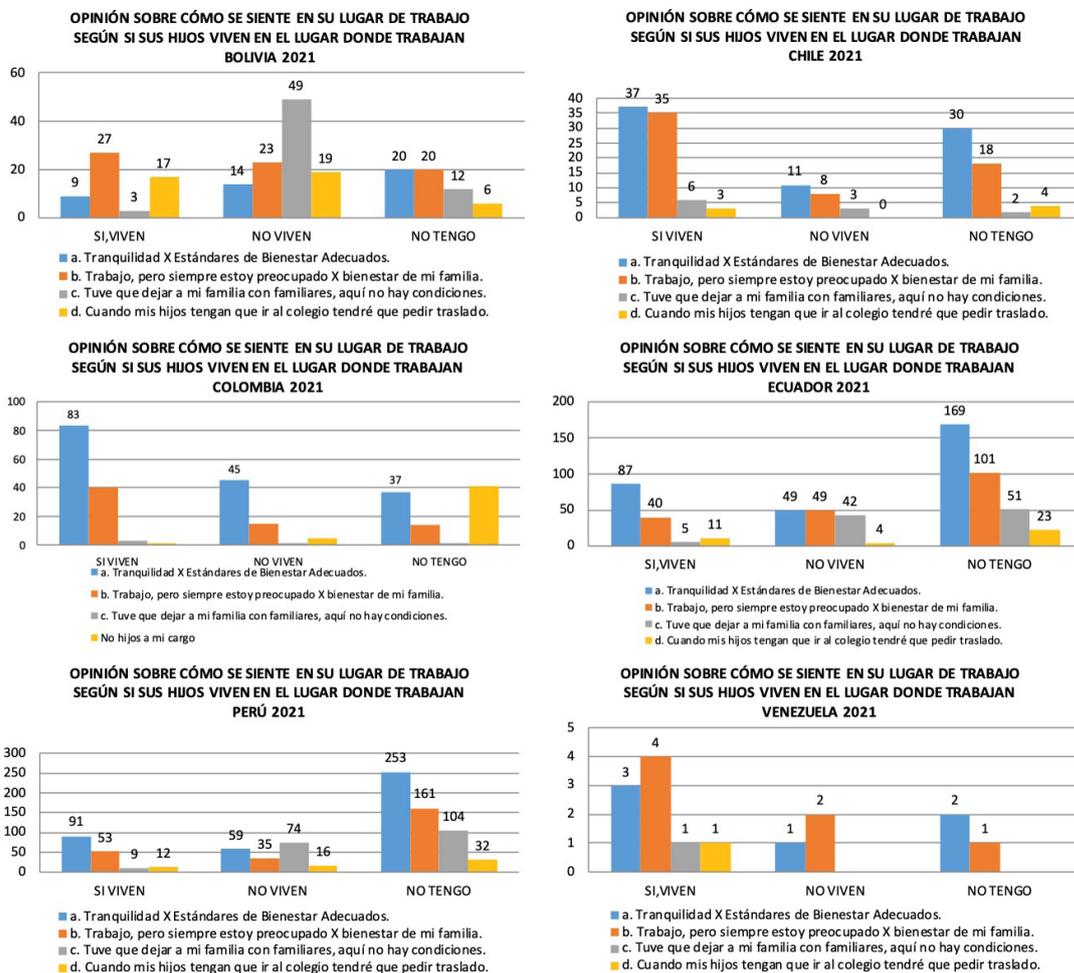
Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

con redes de apoyo para cumplir con sus roles familiares; la respuesta elegida con más frecuencia fue “Tengo tranquilidad para trabajar porque mi familia no tiene dificultades para vivir con los estándares de bienestar que me parecen adecuados”.

Esto es así también si se toma solo a quienes trabajan en zonas subatendidas, excepto en Bolivia que

tiene como opción más elegida: “Tuve que dejar a mi familia a cargo de otros familiares porque aquí no hay condiciones”, esto podrá deberse a que aún es común que la familia extensa participe en el cuidado de los hijos. En los demás países esta opción ocupa el tercer lugar.

Figura 40. Opinión sobre cómo se siente en su lugar de trabajo, según si sus hijos viven en el lugar donde trabajan



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

Tener condiciones de vida adecuadas y redes de apoyo para el cuidado de los hijos son factores importantes para el bienestar familiar y para la decisión de vivir con su familia en el lugar de trabajo.

En función de los aspectos analizados previamente, se puede señalar que:

- El contar con oferta de servicios educativos adecuados es un factor importante para los RHS entrevistados y existe la percepción

de que no los tienen en zonas subatendidas.

- La seguridad también constituye un factor importante para tener un ambiente familiar adecuado, este aspecto aparece más claramente en relación con el ambiente laboral.
- El contar con condiciones de bienestar adecuadas y redes de apoyo son factores importantes para la tranquilidad del RHS en todas las zonas, pero especialmente para el que trabaja en zonas subatendidas.

### 3.3. Condiciones de vida y trabajo. Presencia de condiciones para un correcto ejercicio de la profesión y características propias de la localidad

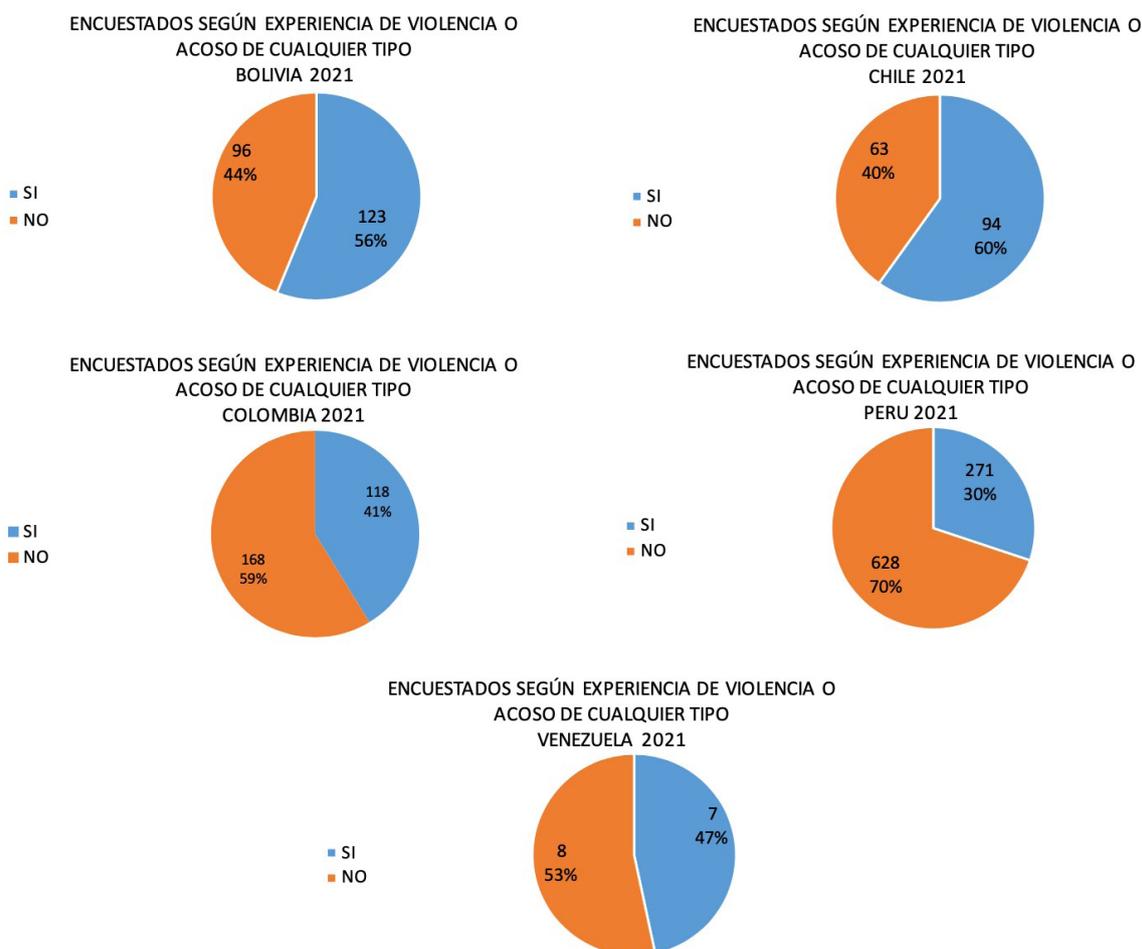
En esta sección se presentan en primer lugar los resultados de una pregunta incorporada a sugerencia del punto focal responsable de la encuesta en el Perú y consensuado con los demás países, excepto Ecuador que ya había distribuido el formulario a las direcciones de todas las personas que se esperaba que respondan la encuesta.

La pregunta explora la presencia de acoso y/o violencia de diferente tipo en

el ambiente laboral de los RHS y fue considerada pertinente.

Los resultados muestran que una importante proporción de la población encuestada ha experimentado algún tipo de acoso o violencia en su lugar de trabajo. Llama la atención que el Perú sea el país donde la proporción de los que dicen haber experimentado algún tipo de este fenómeno es menor que en los demás países.

Figura 41. Encuestados según experiencia de violencia o acoso de cualquier tipo



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN DE ELEGIR Y MANTENERSE EN UN PUESTO DE TRABAJO EN ZONAS SUBATENIDAS

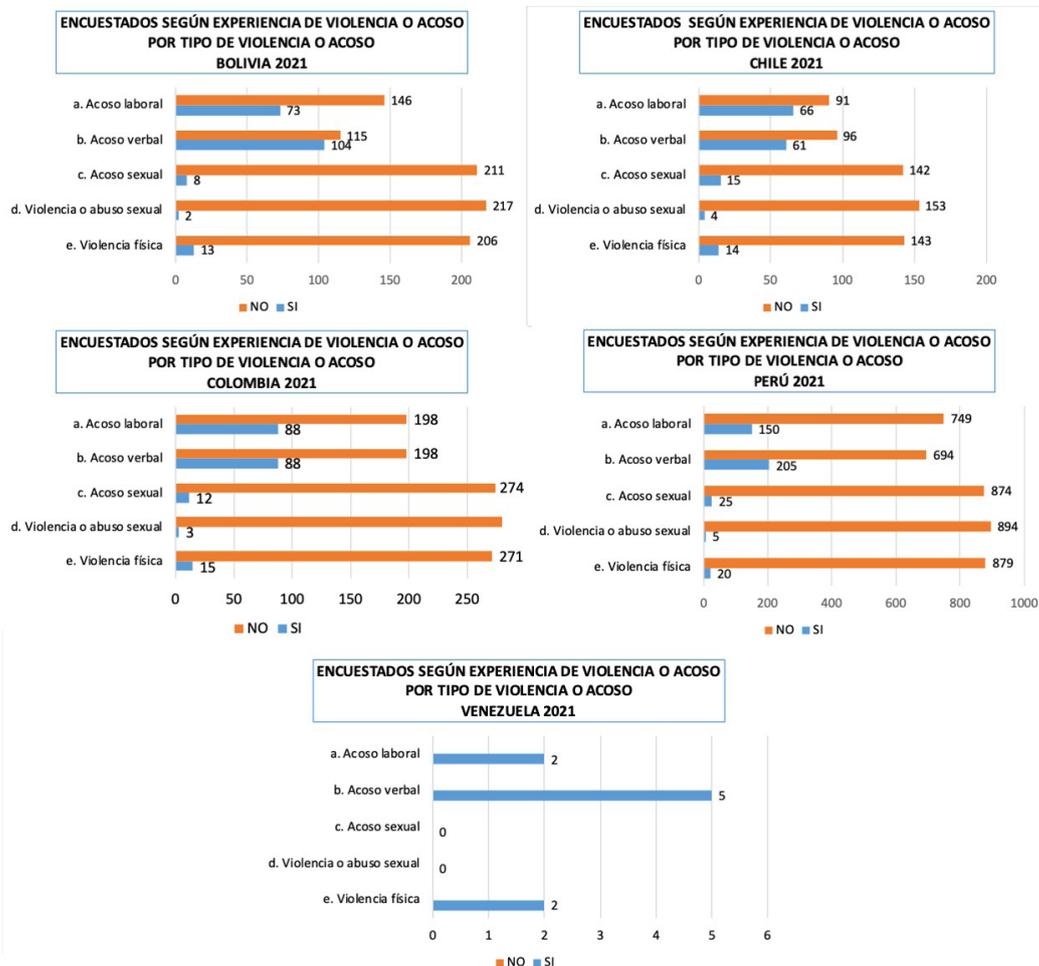
La mayoría de los casos que reconocen haber sido víctima de algún tipo de acoso y violencia corresponde a quienes trabajan en zona subatendida: Bolivia 102 de 123; Chile 42 de 94; Colombia 118 de 256, Perú 184 de 271; Venezuela 5 de 7. A pesar de la naturaleza anónima de esta encuesta es probable que estos datos estén subestimados por la poca cultura de denuncia y el temor de hacerlo.

Las siguientes figuras exploran los tipos de acoso y violencia experimentados entre las personas encuestadas.

El más frecuente es el acoso verbal, seguido del acoso laboral, la violencia física, el acoso sexual y la violencia o abuso sexual.

Un aspecto a destacar es que es frecuente que se haya marcado más de un tipo de acoso o violencia por la misma persona.

Figura 42. Encuestados según experiencia de violencia o acoso por tipo de violencia o acoso

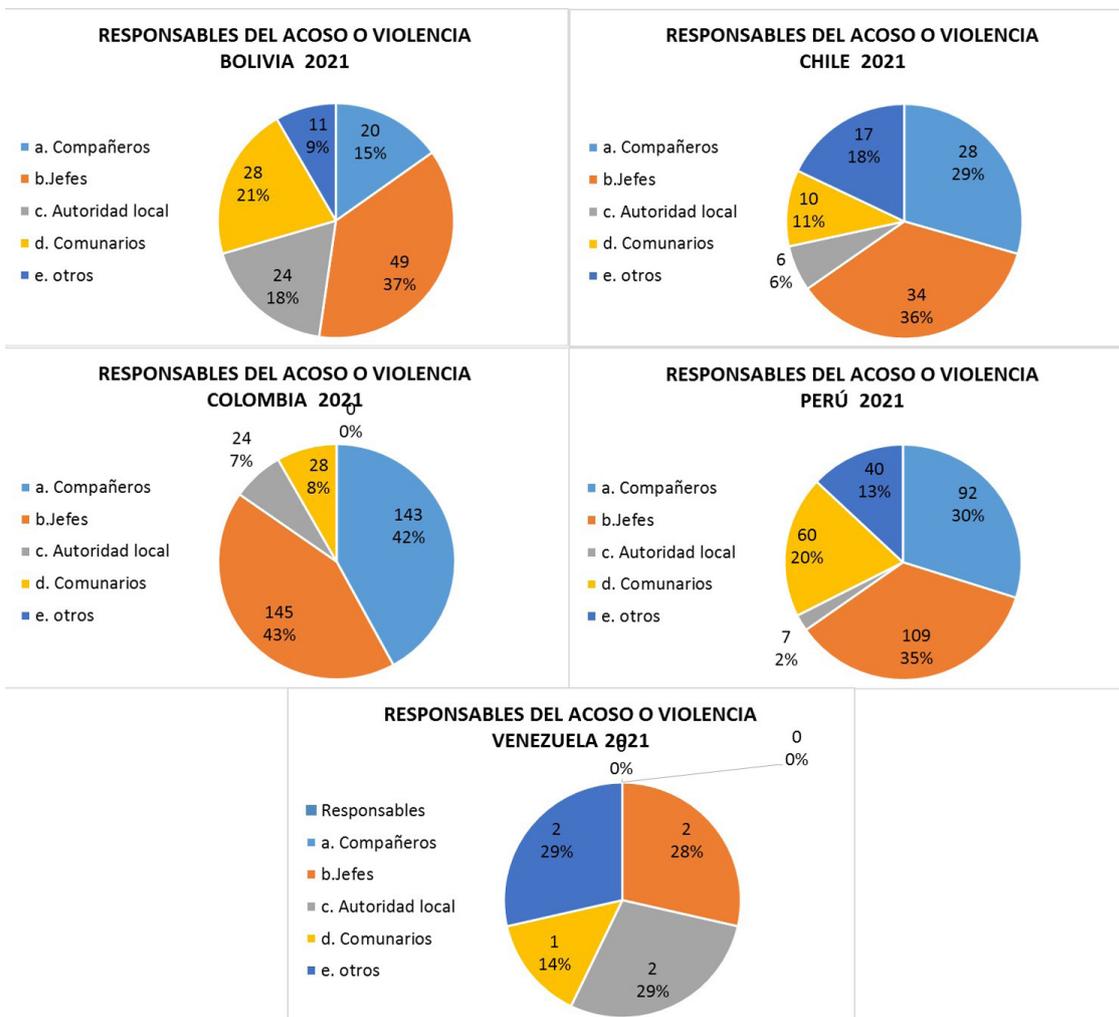


Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Figura 43. Encuestados según experiencia de violencia o acoso por tipo de violencia o acoso



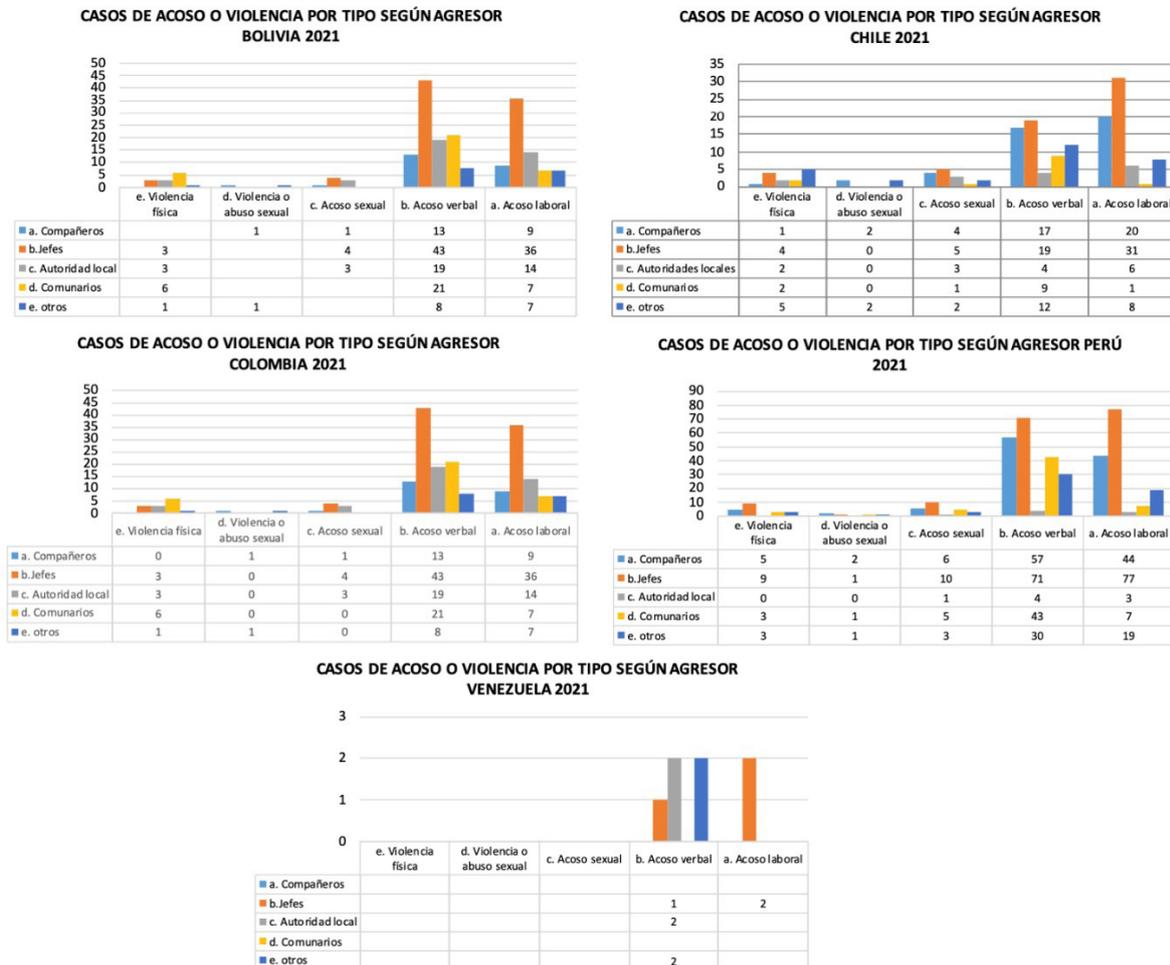
Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

Las personas marcadas como responsables del acoso o violencia, en orden de frecuencia de haber sido marcados como responsables, son Jefes

339 veces, compañeros 285, comunarios o personas de la comunidad 127, otros 70, autoridad local 46.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN DE ELEGIR Y MANTENERSE EN UN PUESTO DE TRABAJO EN ZONAS SUBATENIDAS

Figura 44. Casos de Acoso o violencia por tipo según agresor



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

La figura anterior muestra de manera clara los responsables de los diferentes tipos de acoso y violencia. Es preocupante que los jefes y autoridades locales estén entre los agresores pues, su rol debiera ser por el contrario, de protección a los RHS asignados a su ámbito de autoridad.

En las zonas subatendidas la distribución por sexo es la siguiente: Bolivia 41 hombres, 82 mujeres; Chile 12 hombres, 30 mujeres; Colombia 40 hombres, 78 mujeres; Perú 40 hombres, 144 mujeres; Venezuela 1 hombre, 4 mujeres.

Las mujeres han sufrido todos los tipos de acoso y violencia en todos los países excepto Venezuela que no marco acoso ni violencia sexual ni en mujeres, ni en hombres.

En los demás países, los hombres han marcado todos los tipos de acoso y violencia física, excepto en Bolivia, donde además se marcó un caso de violencia sexual.

Todos los datos muestran que la prevención del acoso y violencia es uno de los aspectos a considerar para el logro del bienestar de los RHS en su

**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

ambiente laboral.

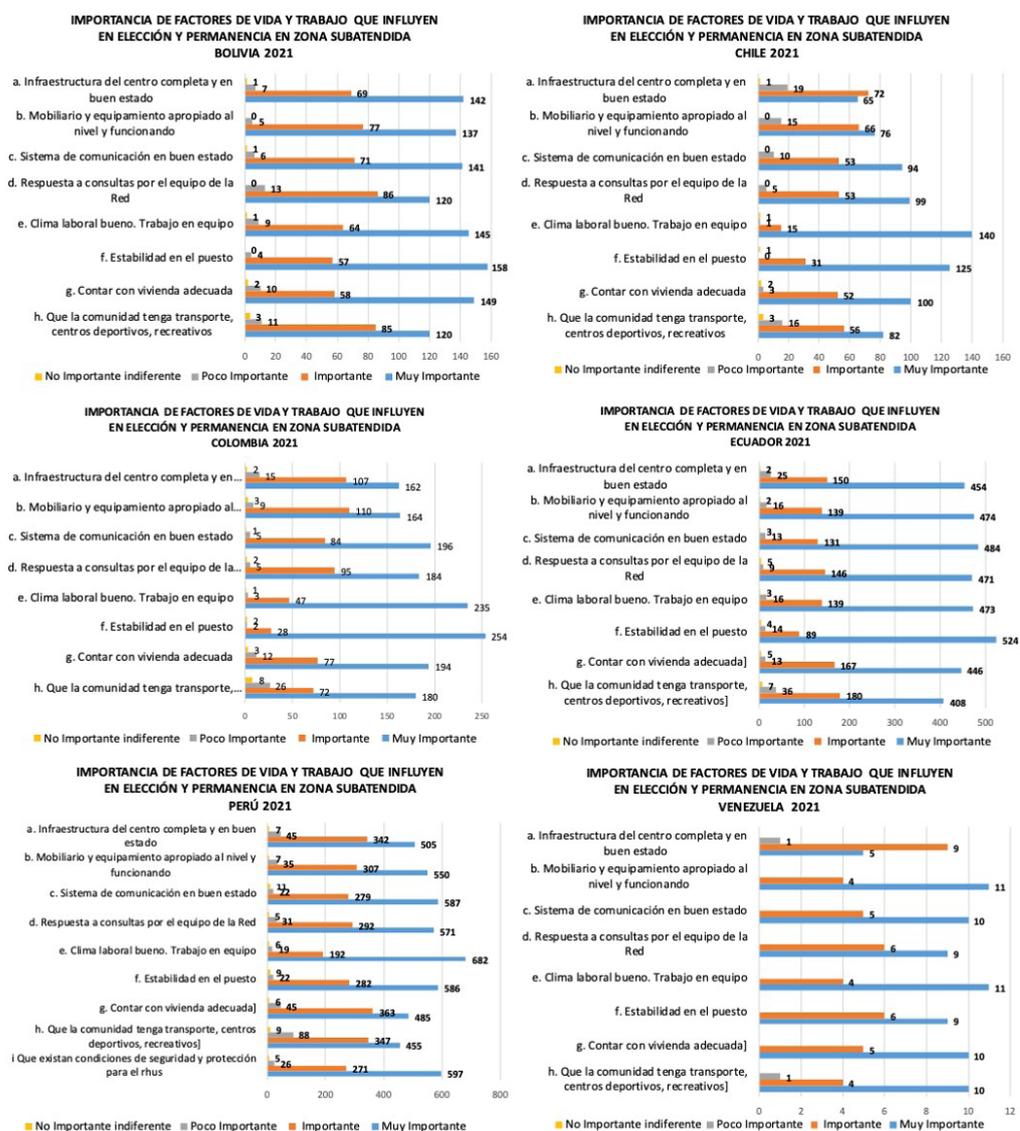
Otros factores de condiciones de vida y trabajo se presentan a continuación de acuerdo a la importancia que se asigna a cada uno, en los diferentes países.

Las calificaciones muy importante e importante son las que se asignan en

todos los países a todos los factores siendo ocasionales y escasas las puntuaciones con las categorías poco importante y no importante o indiferente.

Por países el orden de importancia asignado es como sigue:

Figura 45. Importancia de factores de vida y trabajo que influyen en la elección y permanencia en zonas subatendidas



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

Los aspectos marcados con mayor frecuencia son “Clima laboral bueno y trabajo en equipo” en Chile, Perú y Venezuela; “Estabilidad en el puesto” en Bolivia, Colombia y Ecuador. En segundo lugar, aparecen Bolivia: “Contar con vivienda adecuada”; Chile: “Estabilidad en el puesto”; Colombia “Clima laboral bueno y trabajo en equipo”; Ecuador: “Sistema de comunicación en buen estado”; Perú: “Que existan condiciones de seguridad y protección para el RHS”; Venezuela:

“Mobiliario y equipamiento apropiado al nivel y funcionando”.

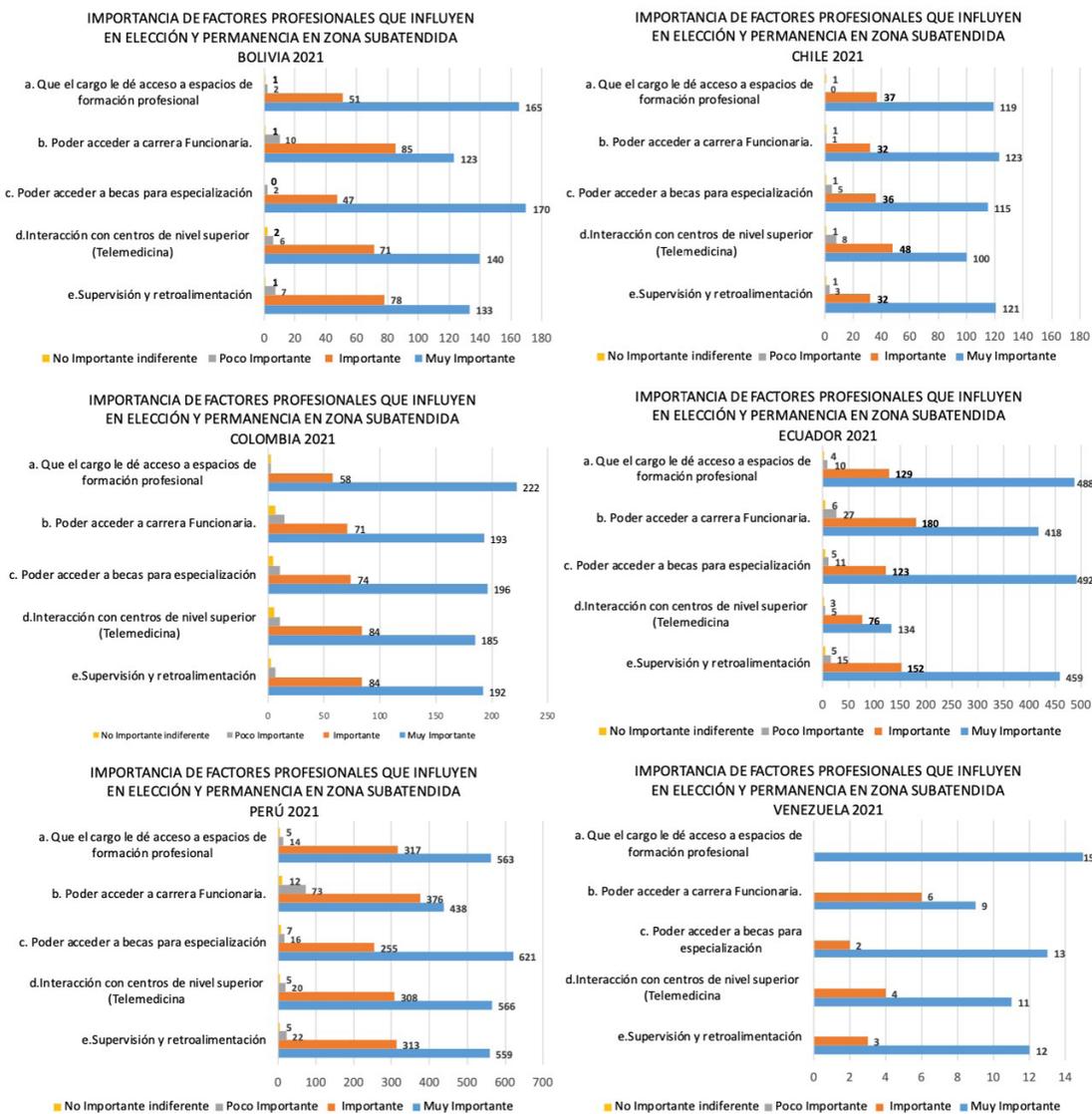
Los demás factores son también marcados como muy importantes con frecuencia y en orden variable según el país. Lo importante es que todos estos factores son muy importantes como condiciones de trabajo y de vida e influyen en la elección de las zonas subatendidas como lugar de trabajo.

**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

### 3.4. Aspectos profesionales. Posibilidad de perfeccionamiento, supervisión, retroalimentación para crecimiento profesional

Figura 46. Importancia de los factores profesionales que influyen en la elección y permanencia en zonas subatendidas



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

El factor marcado con más frecuencia es “Poder acceder a becas para especialización” en Bolivia, Ecuador y Perú; “Poder acceder a carrera Funcionaria” en Chile; y, “Que el cargo les dé acceso a espacios de formación profesional”, en Colombia y Venezuela.

Todos los demás factores han sido marcados como muy importantes en orden y frecuencia variable en los diferentes países, por tanto, todos los factores deben considerarse dentro de una política de incentivos para atraer y mantener los RHS en las zonas subatendidas.

La encuesta incluía una pregunta abierta para que los encuestados pudieran anotar otros factores tanto de condiciones de trabajo como

profesionales que consideraran importantes. Las tablas siguientes reflejan la sistematización de las respuestas por país.

**Figura 47. Factores importantes no consignados**

FACTORES IMPORTANTES NO CONSIGNADOS BOLIVIA 2021			
FACTORES	Hombres	Mujeres	TOTAL
ALIMENTO	3	4	7
ASPECTOS LEGALES	3	6	9
CAPACITACIÓN EDUCACION, FORMACION	52	77	129
COMUNICACIÓN Y TIC'S	8	9	17
CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD	9	10	19
CONDICIONES LABORALES	14	37	51
INCENTIVOS ECONÓMICO Y APOYOS	13	15	28
INCREMENTO DEL RECURSO HUMANO			
INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO E INSUMOS	2	7	9
INSTITUCIONALIZACIÓN	14	14	28
MEJORA DEL SERVICIO	6	1	7
MEJORA DEL SERVICIO	13	11	24
OPORTUNIDADES LABORALES Y CARRERA FUNCIONARIA	21	18	39
PSICO-AFECTIVO	5	7	12
RELACION CON LA COMUNIDAD	8	16	24
SALUD PARA EL RHUS	4	3	7
SEGURIDAD	0	4	4
TRANSPORTE Y VIAS DE COMUNICACIÓN	10	13	23
SIN RESPUESTA	124	96	220
TOTAL	309	348	657

FACTORES IMPORTANTES NO CONSIGNADOS CHILE 2021			
FACTORES	Hombres	Mujeres	TOTAL
ALIMENTO	1	7	8
CAPACITACIÓN EDUCACION, FORMACION	7	15	22
COMUNICACIÓN Y TIC'S	4	13	17
CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD	5	24	29
CONDICIONES LABORALES	14	63	77
INCENTIVOS ECONÓMICO Y APOYOS	8	20	28
INCREMENTO DEL RECURSO HUMANO	1	9	10
INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO E INSUMOS	5	13	18
MEJORA DEL SERVICIO			
MEJORA DEL SERVICIO	3	12	15
OPORTUNIDADES LABORALES Y CARRERA FUNCIONARIA	7	38	45
PSICO-AFECTIVO	4	20	24
RELACION CON LA COMUNIDAD			
RELACION CON LA COMUNIDAD	3	5	8
SALUD PARA EL RHUS	1	8	9
SEGURIDAD	2	4	6
TRANSPORTE Y VIAS DE COMUNICACIÓN	3	13	16
SIN RESPUESTA	31	108	139
TOTAL	99	372	471

FACTORES IMPORTANTES NO CONSIGNADOS COLOMBIA 2021			
FACTORES	Hombres	Mujeres	TOTAL
CONDICIONES LABORALES	50	120	170
INCENTIVOS ECONÓMICOS Y APOYOS	32	61	93
INCENTIVOS PSICOSOCIALES Y AFECTIVOS	25	61	86
CAPACITACIÓN EDUCACION, FORMACION	19	32	51
CONDICIONES DE VIDA	16	31	47
OPORTUNIDADES LABORALES, CARRERA LABORAL,	15	32	47
MEJORA DEL SERVICIO	10	16	26
APOYO Y BENEFICIOS PARA FAMILIA	5	20	25
SEGURIDAD	7	9	16
SALUD	7	5	12
COMUNICACIÓN Y SIMILARES	4	7	11
COMUNIDAD, SOCIAL, CULTURAL Y MEDIOAMBIENTAL	6	5	11
TRANSPORTE Y VIAS DE COMUNICACIÓN	3	3	6
NINGUNO, NO SABE, NO RESPONDE	71	186	257
TOTAL	270	588	858

FACTORES IMPORTANTES NO CONSIGNADOS ECUADOR 2021			
FACTORES	Hombres	Mujeres	TOTAL
ALIMENTO	15	20	35
CAPACITACIÓN EDUCACION, FORMACION	67	158	225
COMUNICACIÓN Y TIC'S	15	36	51
CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD	21	37	58
CONDICIONES LABORALES			
CONDICIONES LABORALES	58	149	207
INCENTIVOS ECONÓMICO Y APOYOS	32	45	77
INCREMENTO DEL RECURSO HUMANO			
INCREMENTO DEL RECURSO HUMANO	5	18	23
INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO E INSUMOS	42	70	112
MEJORA DEL SERVICIO	27	45	72
OPORTUNIDADES LABORALES Y CARRERA FUNCIONARIA	20	39	59
PSICO-AFECTIVO	20	36	56
RELACION CON LA COMUNIDAD	16	31	47
SALUD PARA EL RHUS	5	7	12
SEGURIDAD	12	23	35
TRANSPORTE Y VIAS DE COMUNICACIÓN	43	108	151
SIN RESPUESTA	229	441	670
TOTAL	627	1263	1890

FACTORES IMPORTANTES NO CONSIGNADOS PERÚ 2021			
FACTORES	Hombres	Mujeres	TOTAL
ALIMENTO	7	32	39
CAPACITACIÓN EDUCACION, FORMACION	80	249	329
COMUNICACIÓN Y TIC'S	32	97	129
CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD	25	62	87
CONDICIONES LABORALES	67	225	292
INCENTIVOS ECONÓMICO Y APOYOS	42	101	143
INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO E INSUMOS	30	62	92
MEJORA DEL SERVICIO	41	99	140
OPORTUNIDADES LABORALES Y CARRERA FUNCIONARIA	29	103	132
PSICO-AFECTIVO			
PSICO-AFECTIVO	7	16	23
RELACION CON LA COMUNIDAD	12	23	35
SALUD PARA EL RHUS			
SALUD PARA EL RHUS	5	14	19
SEGURIDAD	12	61	73
TRANSPORTE Y VIAS DE COMUNICACIÓN	35	89	124
SIN RESPUESTA	239	801	1040
TOTAL	663	2034	2697

FACTORES IMPORTANTES NO CONSIGNADOS VENEZUELA 2021			
FACTORES	Hombres	Mujeres	TOTAL
CAPACITACIÓN EDUCACION, FORMACION	0	6	6
COMUNICACIÓN Y TIC'S	0	2	2
CONDICIONES DE VIDA Y HABITABILIDAD	0	3	3
CONDICIONES LABORALES	1	3	4
INCENTIVOS ECONÓMICO Y APOYOS	2	3	5
INCREMENTO DEL RECURSO HUMANO	0	1	1
INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO E INSUMOS	0	2	2
MEJORA DEL SERVICIO	1	3	4
OPORTUNIDADES LABORALES Y CARRERA FUNCIONARIA	2	6	8
PSICO-AFECTIVO	0	0	0
SEGURIDAD	0	3	3
TRANSPORTE Y VIAS DE COMUNICACIÓN	0	3	3
SIN RESPUESTA	0	4	4
TOTAL	6	39	45

Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN DE ELECCIÓN Y MANTENERSE EN UN PUESTO DE TRABAJO EN ZONAS SUBATENDIDAS

Para la categorización y agrupación de las respuestas se utilizó el siguiente recuadro de categorías:

## **CATEGORÍAS UTILIZADAS PARA AGRUPAR RESPUESTAS**

**(en la figura sobre otros factores no consignados relativos a condiciones de vida y trabajo y aspectos profesionales)**

- ALIMENTO: todo lo relacionado con provisión de alimentos.
- COMUNICACIÓN: Todo lo relacionado a comunicación, internet, tecnologías de información y redes.
- CAPACITACIÓN: Capacitación, Educación, Formación, Becas, maestrías y diplomados, especialidad.
- CONDICIONES Y CLIMA LABORAL: Estabilidad laboral, trabajo en equipo, acorde a los derechos laborales en: horas de trabajo, vacaciones, contrato, etc.
- CONDICIONES DE VIDA como: vivienda, agua, luz, servicios básicos, tener a la familia cerca, etc.
- INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO: Contar con medicamentos, materiales, insumos, equipos médicos y áreas de trabajo o incluso infraestructuras completas (establecimientos de salud).
- INCENTIVOS ECONÓMICOS Y APOYOS: Bonos, otros apoyos económicos.
- MEJORA DEL SERVICIO: Se refiere a la capacidad del personal para organizarse y prestar un servicio que mejore en calidad y calidez. Todo aquello que le dé un plus al servicio del personal y que depende del mismo.
- NINGUNO, NO SABE, NO RESPONDE: Incluye las preguntas donde se muestra la conformidad con los factores anteriores o las que presentan incoherencia como jldsañfj, 123, está bien, etc.
- OPORTUNIDADES LABORALES: Carrera laboral, trabajo específico; promoción; supervisión; competencia e idoneidad para los puestos de trabajo y reconocimiento de trabajo propio.
- PSICOLÓGICO AFECTIVO: igualdad, paz, amor, equilibrio, empatía, apoyo psicológico, apoyo emocional, etc.
- SEGURIDAD: Todo lo relativo a protección frente a riesgos.
- SALUD: Se refiere a la salud para RHS.
- COMUNIDAD, SOCIAL, CULTURAL: Se refiere a la relación de la comunidad hacia el personal de salud, así como la evaluación subjetiva por parte del personal, de las características del lugar (comunidad) donde trabajan.
- TRANSPORTE Y VÍAS DE COMUNICACIÓN: Se refiere a la distancia al lugar de trabajo y la necesidad de contar con transporte o en su defecto el mejoramiento de vías para reducir dicha distancia.
- INSTITUCIONALIZACIÓN: (SOLO BOLIVIA) institucionalización.
- LEGAL: Aspectos relacionados a cumplir y hacer cumplir las leyes y normas.
- RECURSOS HUMANOS: Mejorar, aumentar, incrementar, organizar/reorganizar gestionar.



Los factores mencionados con mayor frecuencia son “capacitación, educación y formación” tanto por hombres como por mujeres en Bolivia, Ecuador y Perú, en Chile y Colombia, tanto entre hombres como mujeres el factor que más veces fue nombrado es “condiciones laborales”, y en Venezuela “oportunidades laborales”.

Los siguientes en frecuencia son “condiciones laborales” en Bolivia, Ecuador y Perú, aunque en Bolivia para los hombres el segundo sería “oportunidades laborales”. En Chile, el segundo es “oportunidades laborales”; y, en Venezuela, “capacitación”.

Los demás se distribuyen con diferente orden y frecuencia en los diferentes países, no existiendo mayores diferencias entre hombres y mujeres

en la frecuencia con que mencionan el factor.

Algunos casos llamativos como en Bolivia donde la “relación con la comunidad” es mencionada con el doble de frecuencia por mujeres que por hombres.

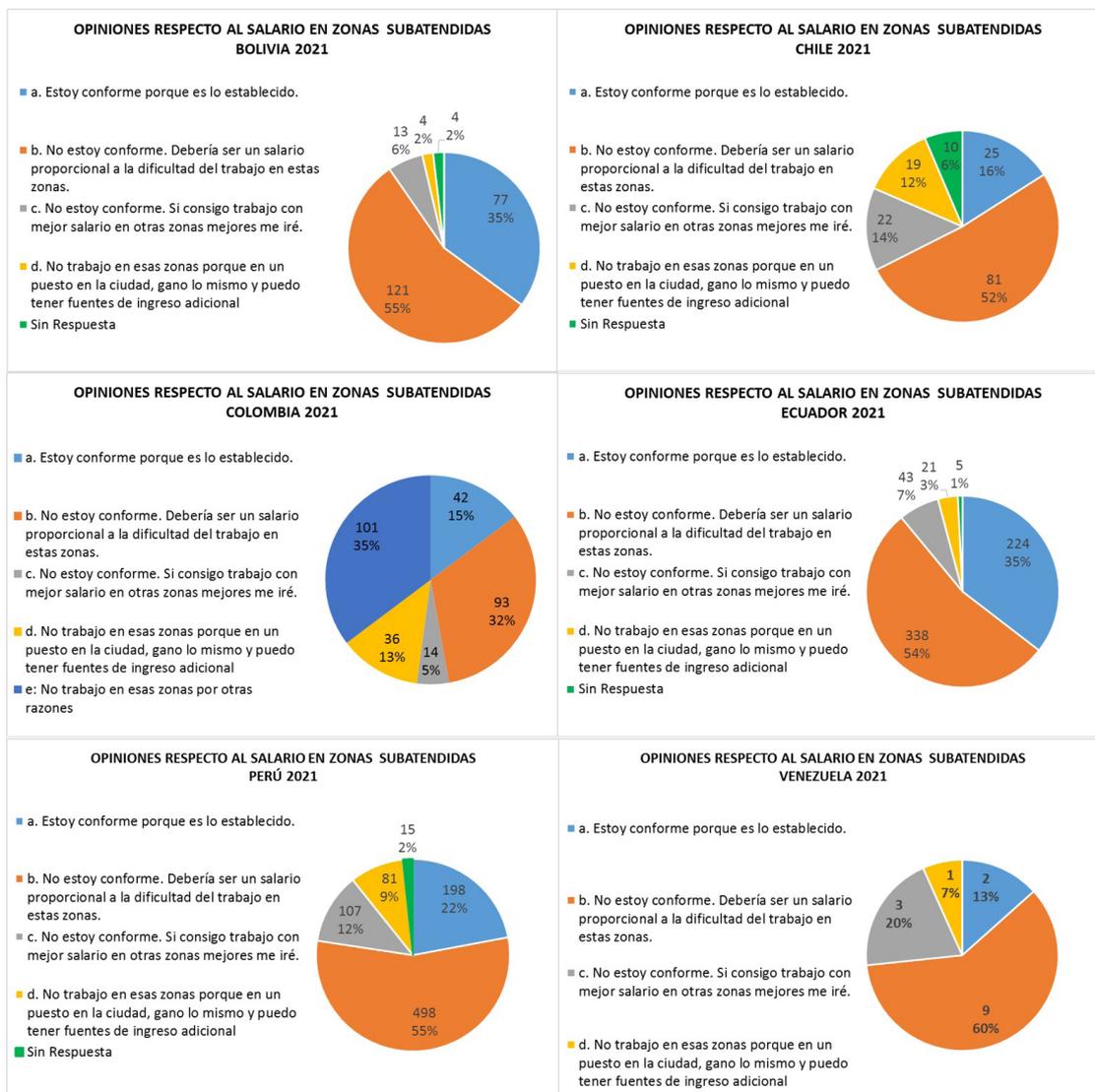
En Chile, “incentivos económicos” ocupa el 2do lugar en frecuencia siendo el quinto en el total y entre las mujeres.

En Colombia y Ecuador el lugar que ocupa cada factor es igual para ambos sexos.

En Perú el factor “oportunidades laborales” ocupa el tercer lugar entre las mujeres y el octavo entre los hombres.

### 3.5. Aspectos económicos. Incentivos proporcionales a dificultad y responsabilidad; acceso a prestaciones similares a las zonas urbanas

Figura 48. Opiniones respecto al salario en zonas subatendidas



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

Como las figuras muestran existe en todos los países inconformidad respecto a su salario siendo la frecuencia superior al 50%. La segunda frecuencia mayor es de los que están conformes porque es lo establecido, excepto en Venezuela donde la opción “Si consigo trabajo con

mejor salario me iré” está en segundo lugar, siendo el tercero para todos los demás. En Colombia, el primer lugar ocupa la opción “No trabajo en esa zona por otras razones” que pidieron se incluya en la encuesta.

En el caso de Perú solicitaron modificar la pregunta abierta por la siguiente:

Considerando los salarios del mercado laboral en su profesión ¿está Ud. conforme con su salario? Explique por favor por qué sí o por qué no. Los resultados se muestran a continuación.

En todas las profesiones la disconformidad supera al 70%, siendo los porcentajes más altos de disconformidad los de los médicos especialistas 86% y los auxiliares técnicos de enfermería 83% y el más bajo los tecnólogos médicos 69%.

No existió diferencia en la disconformidad con el salario según sexo 73%.

Las razones por las que están disconformes según lo mencionado en la encuesta son: salario no acorde con

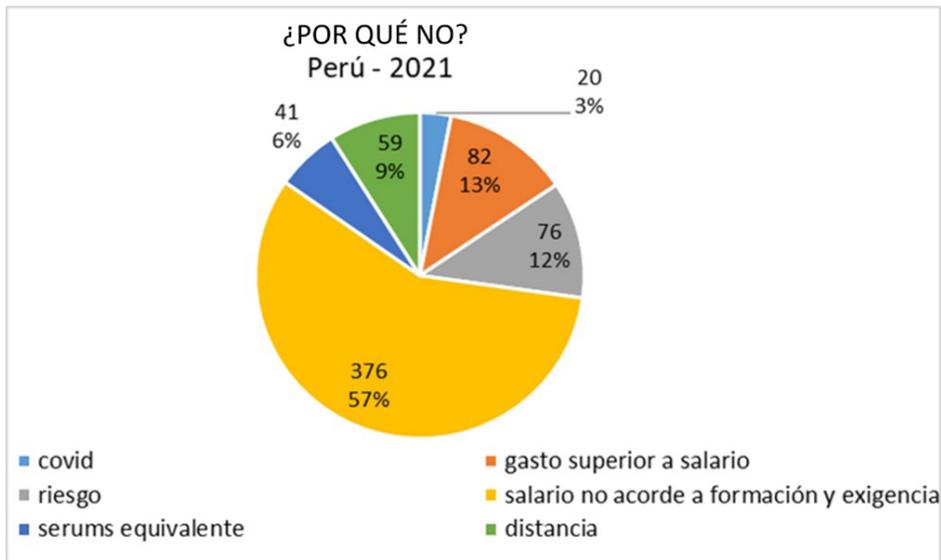
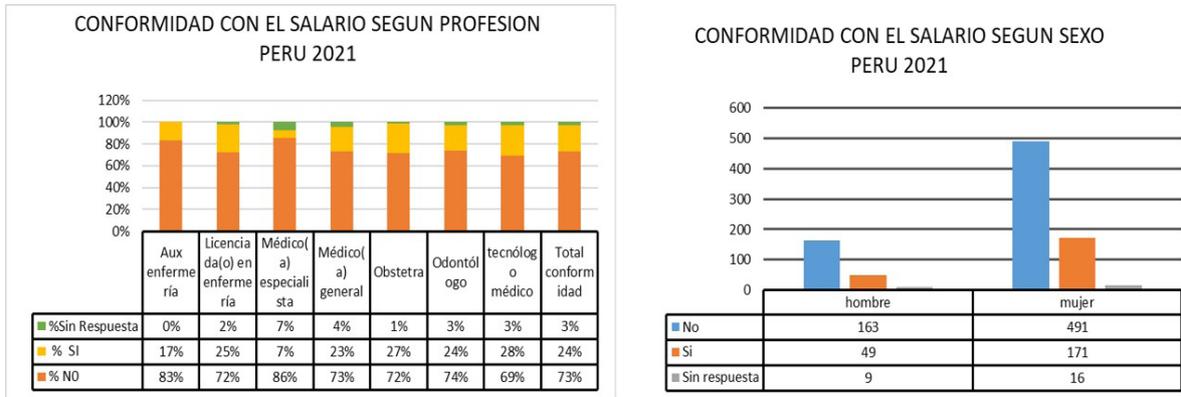
formación y exigencias, gasto superior al salario, gasto que no compensa el riesgo al que se exponen, distancia y dificultades de acceso a zonas subatendidas, riesgo incrementado por la pandemia de COVID-19, la modalidad ad-honorem de los que trabajan como SERUM equivalente.

A los demás países se les pedía que mencionaran otros incentivos económicos y calificarlos, según importancia. Todos los mencionados en las repuestas fueron calificados como muy importantes. La sistematización por país se presenta en las siguientes tablas.

**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Figura 49. Conformidad con el salario en Perú



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN DE ELEGIR Y MANTENERSE EN UN PUESTO DE TRABAJO EN ZONAS SUBATENDIDAS

Figura 50. Otros incentivos económicos

OTROS INCENTIVOS ECONÓMICOS BOLIVIA 2021				
INCENTIVOS	Incentivo 1	Incentivo 2	Incentivo 3	tot. incentivo
ALIMENTACIÓN	12	11	7	30
BECAS	13	7	6	26
BONOS	112	69	41	222
CAPACITACIÓN	7		7	14
CARGO FIJO	7	1	4	12
COVID	2			2
DESCANSO			3	3
EQUIPAMIENTO	4			4
ESCALAFÓN	7	5		12
HORAS Y HORARIO	16	4	4	24
INCENTIVOS NO MATERIALES	16	6	13	35
NO PIDO MÁS	13			13
OTROS		6	5	11
SALARIO		5	3	8
TRANSPORTE	5	8	6	19
VIVIENDA	3	2	3	8
SIN RESPUESTA	2	95	124	221
TOTAL RESPUESTAS	219	219	219	657

OTROS INCENTIVOS ECONÓMICOS CHILE 2021				
INCENTIVOS	Incentivo 1	Incentivo 2	Incentivo 3	tot. incentivo
ALIMENTACIÓN	2	1	4	7
APOYO A FAMILIA	9	7	4	20
BECAS	54	6	8	68
BONOS	1	19	22	42
ESCALAFÓN	3	11	3	17
ESTABILIDAD		2		2
HORAS HORARIO	16	6	1	23
INCENTIVOS NO ECONÓMICOS		13	16	29
NO PIDO MÁS	8			8
OTROS ECONÓMICOS	5		4	9
RIESGO	5			5
SALARIO	7	2		9
SEGURIDAD		2		2
SERVICIOS		5		5
TRANSPORTE	13	5	5	23
VACACIONES	3	3	2	8
VIVIENDA	11	2	5	18
SIN RESPUESTA	8	73	88	169
TOTAL RESPUESTAS	157	157	69	383

OTROS INCENTIVOS ECONÓMICOS COLOMBIA 2021				
INCENTIVOS	CASOS			
BONOS, PRIMAS, SUBSIDIOS	119			
BECAS Y EDUCACIÓN	75			
VIVIENDA	46			
TRANSPORTE Y VIAS	43			
VACACIONES, DESCANSO	42			
SEGURIDAD	27			
JUBILACIÓN, PRESTACIONES Y COMPENSATORIOS	27			
HORAS EXTRA Y HORARIO	25			
AMBIENTE LABORAL	18			
ALIMENTACIÓN	23			
AYUDAR A MI FAMILIA	21			
SALARIO	17			
SALUD	13			
ACCESO A SERVICIOS	11			
RECONOCIMIENTO	9			
AYUDAR A LA POBLACIÓN	7			
ESTABILIDAD LABORAL	6			
BIENESTAR	9			
CRECIMIENTO PROFESIONAL	9			
EQUIPO E INSUMOS	8			
PAGO OPORTUNO	3			
OTROS ECONÓMICOS Y NO ECONÓMICOS	50			

OTROS INCENTIVOS ECONÓMICOS ECUADOR 2021				
INCENTIVOS	Incentivo 1	Incentivo 2	Incentivo 3	tot. incentivo
ACCESO A SERVICIOS		6	6	12
ALIMENTACIÓN	16	25	19	60
AMBIENTE LABORAL	2	2	2	6
AYUDAR A LA POBLACIÓN	15	6	2	23
AYUDAR A MI FAMILIA	6			6
BECAS	14	8	4	26
BONOS	223	48	31	302
DÉCIMOS		4		4
EQUIPO E INSUMOS	18	11	6	35
ESTABILIDAD LABORAL	8	4		12
HORAS EXTRA Y HORARIO	31	10	4	45
INCENTIVO ECONÓMICO	8			8
OTROS ECONÓMICOS Y NO ECONÓMICOS	56	70	28	154
PAGO OPORTUNO	13		5	18
RECONOCIMIENTO	10			10
ROPA			4	4
SALARIO	30	14	5	49
SALUD			6	6
SEGURIDAD		3	5	8
TRANSPORTE Y VIAS	89	29	26	144
VIVIENDA	25	11	10	46
SIN RESPUESTA	67	380	468	915
TOTAL RESPUESTAS	564	251	163	978

OTROS INCENTIVOS ECONÓMICOS VENEZUELA 2021				
INCENTIVOS	Incentivo 1	Incentivo 2	Incentivo 3	tot. incentivo
ALIMENTACIÓN	3	1	1	5
BECAS			1	1
BONOS	4	3	1	8
COMUNICACIÓN			3	3
DIVISAS			1	1
EQUIPO E INSUMOS	1	1		2
GARANTIA		1		1
INCENTIVO NO ECONÓMICO		1	2	3
SALARIO	4	2	1	7
TRANSPORTE	3	1	1	5
VIVIENDA		2	1	3
SIN RESPUESTA		3	3	6
TOTAL RESPUESTAS	15	15	15	45

Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

Los bonos ocupan el primer lugar en Bolivia, Colombia, Ecuador y Venezuela como incentivo económico, en Chile este lugar corresponde a las Becas.

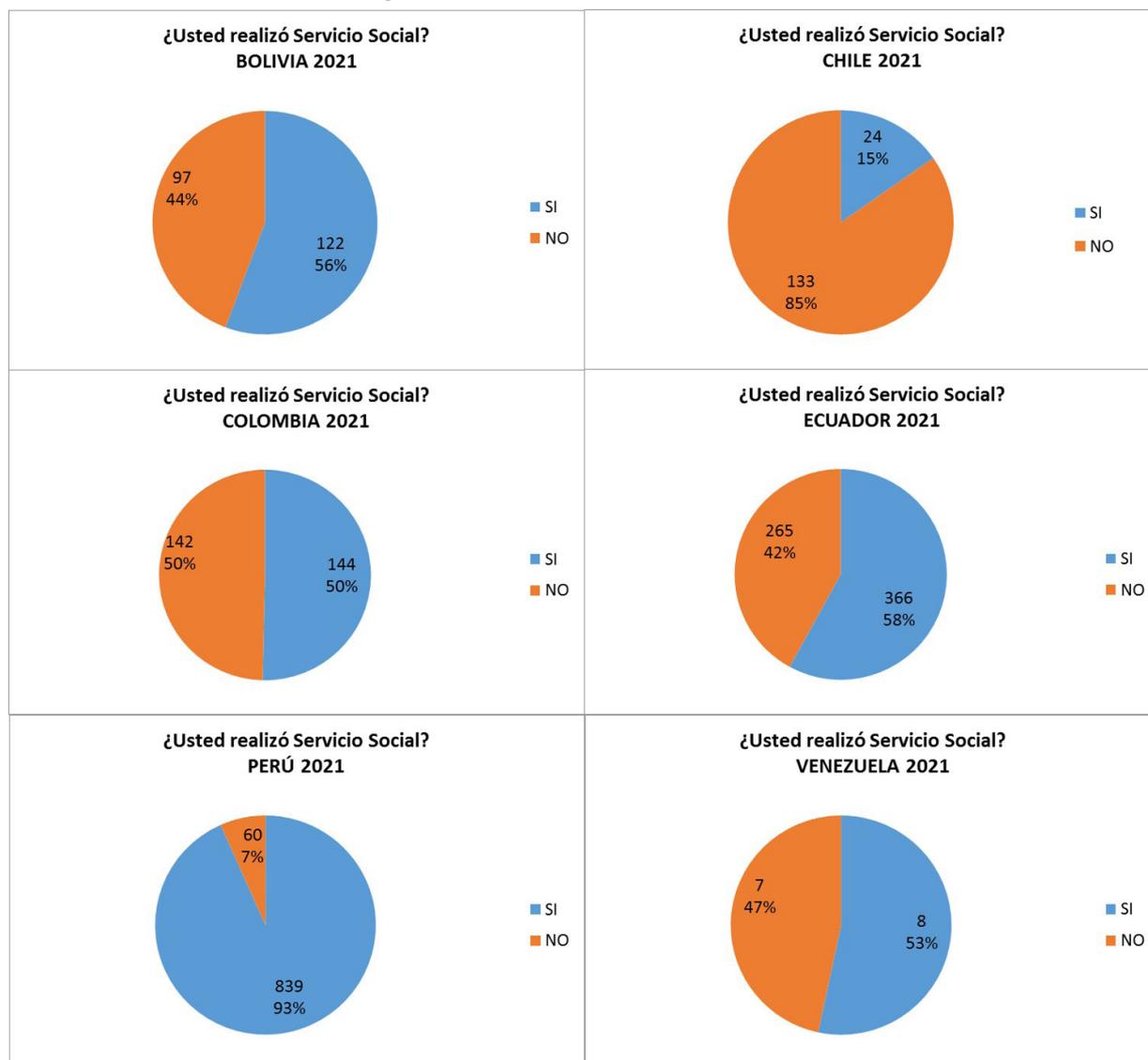
El segundo lugar correspondería a la categoría otros incentivos donde se agrupó respuestas que no se acomodan en las otras categorías y que eran mencionadas por una sola persona. Pero en menciones frecuentes referidas a incentivos precisamente definidos hay que destacar: alimentación, transporte y vías, horas y horarios (que se refiere

tanto a cantidad de horas trabajadas como a organización y pago de las mismas); también son importantes: vivienda, salario (aunque la pregunta decía: además del salario).

Se puede concluir que hay un conjunto de incentivos que se refieren a la satisfacción de las necesidades básicas, el acceso a servicios y condiciones de vida y seguridad; y la necesidad de oportunidades de crecimiento profesional que no pueden ser ignoradas en la definición de políticas e incentivos para la retención.

### 3.6. Servicio Social Obligatorio. Contrato o servicio obligatorio, que ha logrado otorgar cobertura, sin mayor impacto en retención

Figura 51. ¿Usted realizó Servicio Social?

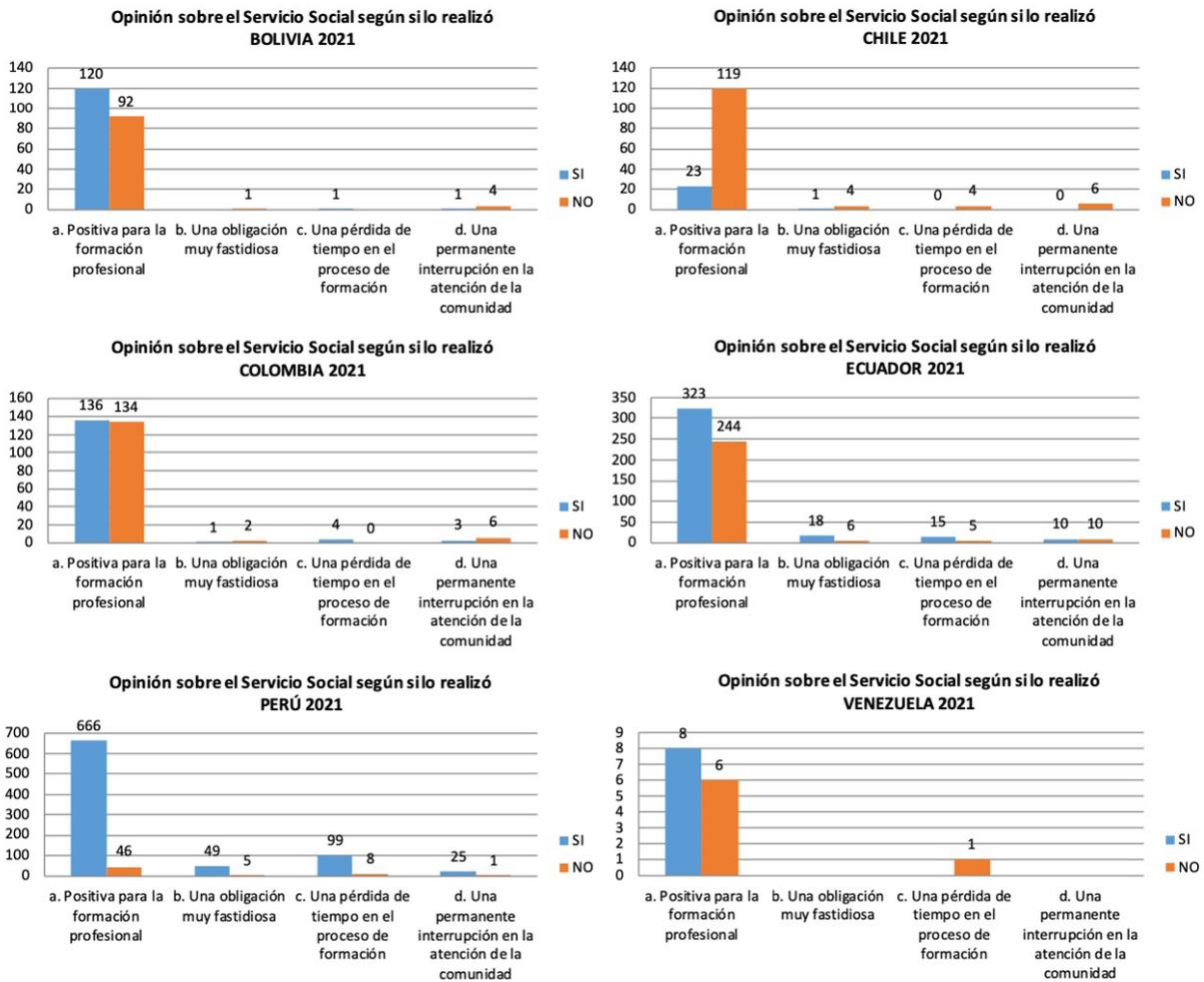


Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

En la mayoría de los países el Servicio Social es una práctica conocida, como requisito para la obtención del título o como estrategia de cobertura para zonas subatendidas por lo cual más del 50% han hecho o están haciendo el Servicio Social, destacándose el caso

de Perú donde esta cifra alcanza al 93%. Por el contrario, esta situación no se observa en el caso de Chile, donde las respuestas muestran que gran parte de las personas encuestadas no conocen ese sistema.

Figura 52. Opinión sobre el Servicio Social según si lo realizó



Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

La mayoría de las respuestas en todos los países, tanto entre los que han realizado el Servicio Social como en los que no, valoran positivamente para la formación profesional la realización de este servicio.

Llama la atención que, en el Perú, aproximadamente un 10% de los

encuestados opina que el servicio social es una pérdida de tiempo en el proceso de formación.

Otro aspecto que llama la atención es el hecho de que casi nadie ha seleccionado la opción “es una permanente interrupción en la atención de la comunidad” por el cambio de personal, cada que concluye su periodo de servicio social.

**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Figura 53. Otros factores para el Servicio Social obligatorio

OTROS FACTORES PARA SSO BOLIVIA 2021		
Factores	frecuencia	%
Bonos	32	15%
Vivienda, alimentación, transporte	30	14%
Duración	19	9%
Psicosociales	19	9%
Capacitación	16	7%
Salario	16	7%
Infraestructura, equipamiento, materia	11	5%
Tutores, trato, dependencia	10	5%
Relación con comunidad	9	4%
Experiencias nuevas	8	4%
Que sea rural realmente	8	4%
Trabajo en equipo	8	4%
Apoyo municipal	7	3%
Comunicación	5	2%
Eliminar el maltrato	5	2%
Sin respuesta	16	7%
Total	219	100%

OTROS FACTORES PARA SSO CHILE 2021		
Factores	frecuencia	%
No aplica	10	6%
Carrera funcionaria	9	6%
Incentivo económico	9	6%
Relación con comunidad	8	5%
Información	6	4%
Especialización	5	3%
No obligatorio	5	3%
Capacitación	4	3%
Estabilidad en el cargo	3	2%
Salud mental	3	2%
Duración	2	1%
Incentivo laboral	2	1%
Infraestructura equipo y material	2	1%
Transporte	2	1%
Vivienda	2	1%
Buen trato	1	1%
Políticas sociales reales	1	1%
Proyectos innovadores	1	1%
Recursos para regiones extremas	1	1%
Transparencia	1	1%
Vacación	1	1%
Sin respuesta	79	50%
Total	157	100%

OTROS FACTORES PARA SSO COLOMBIA 2021		
Factores	frecuencia	%
Salario	68	18%
Capacitación educación postgrado	53	14%
Acompañamiento supervisión	30	8%
Condiciones laborales	24	6%
Más oferta de plazas	24	6%
Seguridad	23	6%
Incentivos psicosociales	19	5%
Incentivo económico (bonos primas)	18	5%
Vivienda	17	4%
Infraestructura equipamiento	16	4%
Alimentación	11	3%
Relación con comunidad	10	3%
Contratos (condiciones)	10	3%
Que sea obligatorio para todos	10	3%
Estabilidad laboral post sso	9	2%
Duración	8	2%
Descanso y compensatorios	8	2%
Transporte	8	2%
Que sea rural realmente	6	2%
Todo estuvo bien en mi experiencia	5	1%
Que no sea obligatorio	3	1%
Total	380	100%
Sin respuesta	477	

OTROS FACTORES PARA SSO ECUADOR 2021		
Factores	frecuencia	%
Salario, sueldo remuneración	49	8%
Transporte y accesibilidad	48	8%
Incentivo económico	48	8%
Apoyo de autoridades ONG, comunidad	42	7%
Psicosociales	34	5%
Capacitación, cursos, educación	31	5%
Buen amb. Laboral	29	5%
Infraestructura, equipo, material	29	5%
Relación con la comunidad	29	5%
Papeleo	17	3%
Estabilidad	12	2%
Esta bien todo	11	2%
No servicio obligatorio	11	2%
Comunicación	10	2%
Plazas	6	1%
Equidad	4	1%
No estoy en servicio social	3	0%
Vivienda	3	0%
Encuesta	2	0%
Sin respuesta	213	34%
Total respuesta	631	###

OTROS FACTORES PARA SSO PERU 2021		
Factores	frecuencia	%
Condiciones laborales	149	17%
Bonos	112	12%
Mejor salario	106	12%
Infraestructura, equipo y material	75	8%
Transporte	64	7%
Capacitación	54	6%
Pago a serum equivalente psicoafectivos	49	5%
Horarios y días libres	43	5%
Buen trato	41	5%
Serums no obligatorio	32	4%
Plazas, becas, residencia	32	4%
Internet y comunicación	25	3%
Seguridad	23	3%
Riesgo de accidentes y muertes	21	2%
Otros	18	2%
Seguro de salud	13	1%
Abuso	4	0.4%
Costumbres	3	0.3%
Sin respuesta	2	0.2%
Encuesta	2	0.2%
Total respuestas	899	100%

OTROS FACTORES PARA SSO VENEZUELA 2021		
Factores	frecuencia	%
Infraestructura, equipo y material	3	20%
Acompañamiento de especialistas	1	7%
Comedor para personal	1	7%
Crecimiento personal y profesional	3	20%
Cursos acreditables para optar a postgrados	1	7%
Estimulo económico	1	7%
Información actualizada	1	7%
Poder elegir lugar	1	7%
Relación con comunidad	1	7%
Sin respuesta	2	13%
TOTAL	15	###

Fuente: Resultados del estudio intereses, motivaciones y condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo, 2022, ORAS-CONHU.

Se observa que cuando se les pregunta por factores para mejorar el servicio social, aparecen una gran variedad y dispersión en la respuesta, identificando entre las más importantes las que tienen que ver con aspectos económicos como bono, salario, incentivos o estímulos económicos, etc.

Otro grupo importante, están referidas a acceso a servicios como vivienda, alimentación, transporte y otros beneficios materiales en favor del RHS. También es importante mencionar beneficios no materiales como capacitación, especialización,

estabilidad en el cargo, experiencias nuevas, atención a la salud mental y necesidades psico-afectivas.

En otro grupo las referidas al mejoramiento de la infraestructura, equipamiento e insumos para el establecimiento de salud. También están aquellas que se refieren a la organización del personal y su relacionamiento con la comunidad y apoyo de las autoridades locales.

Finalmente, las referidas específicamente al funcionamiento del servicio social, como no obligatoriedad, remuneración en todos los casos, duración, que este realmente orientado al área rural y otras.





**OFERTA  
LABORAL  
EN ZONAS  
SUBATENDIDAS**

**4**



## OFERTA LABORAL EN ZONAS SUBATENDIDAS.

Los países debían enviar la cantidad de puestos disponibles por categoría profesional y distribución geográfica e indicar cuántos de ellos se encuentran ocupados y cuántos vacantes o acéfalos. Ningún país envió la información sobre cargos acéfalos. A continuación, se transcriben los datos sobre RHS en las zonas subatendidas proporcionadas por algunos puntos focales.



### Chile

En el caso del análisis de los datos de Chile, se consideró pertinente la incorporación de la parte correspondiente a oferta laboral en zonas subatendidas del documento REALIDAD NACIONAL SISTEMA DE SALUD en el contexto del “Estudio sobre Intereses, Motivaciones y Condiciones bajo los cuales se toman decisiones en la elección de puestos de trabajo en zonas subatendidas por parte del personal de salud”, enviado oficialmente por el Ministerio de Salud de la República de Chile.

## Antecedentes para la muestra

En el contexto del estudio, sus definiciones y para establecer los alcances ajustados a la realidad chilena, tanto de distribución territorial, comunal y situación social de los entrevistados, se procedió a una búsqueda de los antecedentes poblacionales y territoriales disponibles en Chile, tanto de investigaciones publicadas recientes y fuentes de datos e información del Censo 2017, Instituto Nacional de Estadística (INE) y Minsal.

## Población Censo 2017

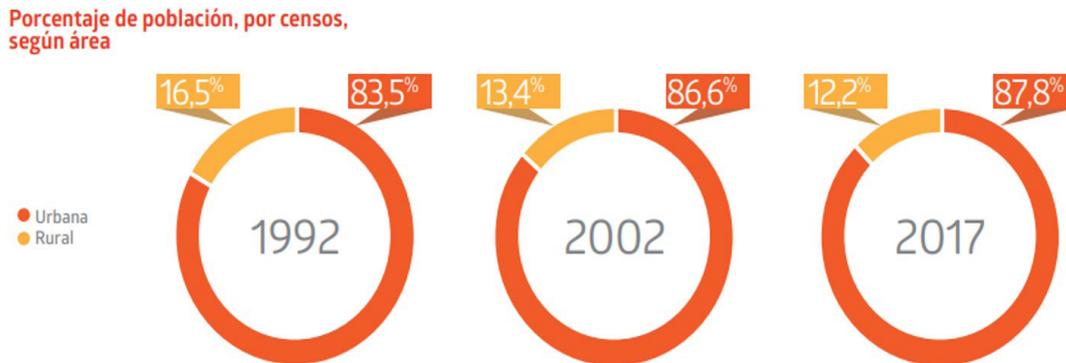
Con el propósito de identificar las zonas con mayor ruralidad, se considera la información del Censo de Población y Vivienda realizado en Chile, donde es posible identificar las regiones y los porcentajes de población del área rural y urbana.

Al observar la evolución de porcentajes de población de los últimos tres censos, el área rural ha disminuido su porcentaje, pasando del 16,5% en el censo del año 1992 al 12,2% en el censo del año 2017, lo que se ha evidenciado en términos porcentuales como absolutos: en 1992 había 2 207 996 personas que vivían en áreas rurales, cifra que descendió a 2 026 322 en 2002 y luego creció a 2 149 469 personas en el Censo de 2017, menos que lo identificado en 1992.

**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Figura 54. Porcentaje de Población Área Urbana -Rural, según censos del periodo 1992 – 2017



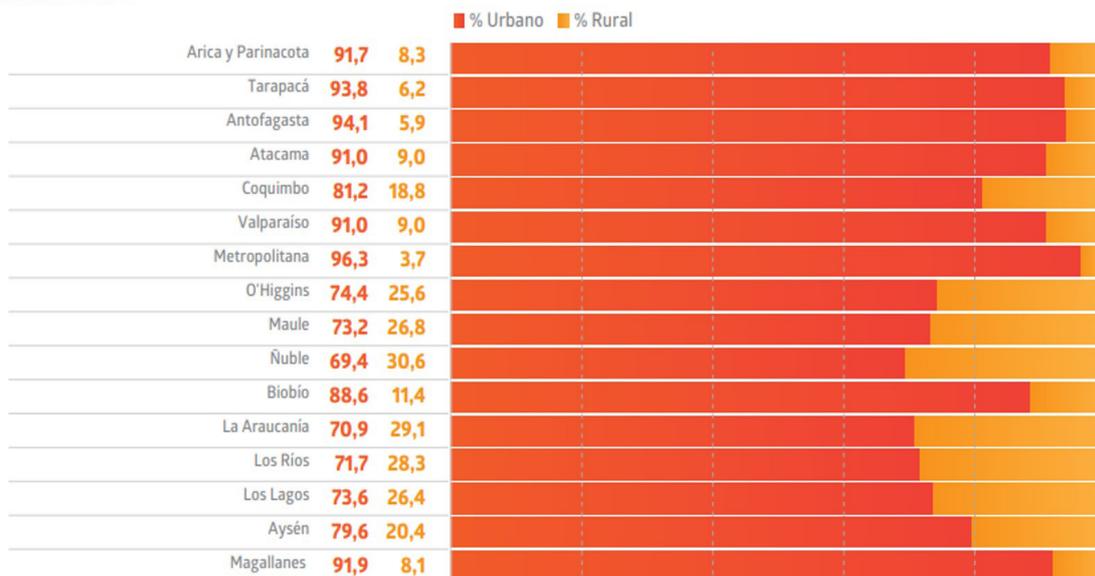
Fuente: Censos 1992 -2002 – 2017, Instituto Nacional de estadísticas (INE).

La población urbana siguió creciendo en comparación con censos anteriores, ya que en 1992 llegó a 83,5%, en 2002 fue 86,6% y en 2017 representó 87,8% del total.

Respecto a la situación en cada una de las regiones del país, a continuación, se presenta la distribución porcentual de la población según área urbana y rural:

Figura 55. Porcentaje de distribución población urbana - rural según región

**Población urbana - rural según región en Censo 2017**



Fuente: Censo 2017 - Instituto Nacional de estadísticas (INE).



Las regiones con predominio de personas en áreas urbanas son la Metropolitana (96,3%), Antofagasta (94,1%) y Tarapacá (93,8%). Las regiones con más personas que viven en zonas rurales son Ñuble (30,6%), La Araucanía (29,1%) y Los Ríos (28,3%).

Respecto a la ruralidad en Chile, a pesar de que el Censo de Población de 2017 arroja una proporción que ha disminuido al 12,2% de población rural en el país, se advierte una preocupación especial por la ruralidad al nivel de las políticas públicas, tanto por razones de equidad en los servicios prestados y en la calidad de vida de esas poblaciones en comparación con las urbanas.

### Resultados del Estudio de población comunal urbano-rural, INE 2021

Según reveló el estudio “Estimaciones y proyecciones de población comunales urbano-rural, desagregadas por sexo y grupos quinquenales de edad para el período 2002-2035”, realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), tomando en consideración las 346 comunas del país, un total de 27 comunas del país son 100% urbanas e igual número son 100% rurales.

Según el INE se entiende como entidad rural un asentamiento humano con población menor o igual a 1000 habitantes, o entre 1001 y 2000 habitantes donde más del 50% de la población que declara haber trabajado se dedica a actividades primarias. Además, se define como rural a un conjunto menor de entidades que reúnen los criterios de población para ser definidas como urbanas,

pero no los requisitos geográficos de amanzanamiento, continuidad o concentración de construcciones.

De las comunas que son urbanas, en su mayoría pertenecen a la Región Metropolitana y además se encuentra Viña del Mar (364 472 habitantes).

Las comunas 100% rurales son: Camiña (1384), Colchane (1588), Sierra Gorda (1772), Ollagüe (283), Alto del Carmen (5754), Paiguano (4690), Río Hurtado (4361), Juan Fernández (1053), Navidad (6968), Pumanque (3532), Alto Biobío (6789), Cochamó (3991), Puqueldón (4199), Lago Verde (919), O'Higgins (665), Tortel (576), Río Ibáñez (2705), Laguna Blanca (259), Río Verde (212), San Gregorio (674), Antártica (141), Primavera (689), Timaukel (281), Torres del Paine (1040), Camarones (1239) y General Lagos (810).

En los resultados destaca además que 292 comunas son mixtas, ya que cuentan con población urbana y rural. Entre ellas, 59 registran más de un 90% de población urbana, tales como Puente Alto (655 022 habitantes urbanos que representan un 99,9% de su población), Maipú (580 377 y 99,4%), La Florida (405 040 y 99,9%), Valparaíso (316 126 y 99,6%), San Bernardo (334 249 y 98,6%), Antofagasta (427 418 y 98,5%), Concepción (233 605 y 97,9%) y Coquimbo (246 011 y 94,0%).

Respecto a la evolución a nivel país, se proyecta para el año 2035 un 10,9% de población rural (2 306 146) y 89,1% urbana (18 831 623 habitantes).

### Marco muestral

**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Para identificar la muestra, se contemplan algunos criterios relacionados a dar cuenta de una cobertura nacional, representación regional de comunas que presentan un porcentaje mayor de población rural y/o de localidades aisladas, así como las zonas extremas de nuestro país dada las características geográficas del territorio nacional, que corresponde a las regiones del extremo norte y del extremo sur de Chile.

De acuerdo a lo señalado, en primera instancia, se toma como base la información disponible del Censo del año 2017 y en el Instituto Nacional de Estadística – INE año 2021, que da cuenta de la distribución de la población rural y urbana a nivel regional, como se muestra a continuación:

Tabla 6. Distribución porcentual de la Población urbana y rural según regiones

Regiones	Población Urbana	Población Rural	% Urbana	% Rural	Total Población	% Población por regiones
Ñuble	374 509	149 367	71,49%	28,51%	523 876	2,59%
La Araucanía	748 450	287 468	72,25%	27,75%	1 035 918	5,13%
Los Ríos	302 975	111 318	73,13%	26,87%	414 293	2,05%
Los Lagos	688 280	228 441	75,08%	24,92%	916 721	4,54%
Maule	887 443	293 631	75,14%	24,86%	1 181 074	5,84%
Libertador General Bernardo O'Higgins	784 106	249 132	75,89%	24,11%	1 033 238	5,11%
Aysén del General Carlos Ibáñez del C.	89 199	19 545	82,03%	17,97%	108 744	0,54%
Coquimbo	732 765	156 508	82,40%	17,60%	889 273	4,40%
Biobío	1 506 953	183 663	89,14%	10,86%	1 690 616	8,37%
Atacama	293 698	27 166	91,53%	8,47%	320 864	1,59%
Arica y Parinacota	242 152	21 535	91,83%	8,17%	263 687	1,30%
Valparaíso	1 873 767	166 399	91,84%	8,16%	2 040 166	10,10%
Magallanes y de la Antártica Chilena	169 878	14 338	92,22%	7,78%	184 216	0,91%
Tarapacá	390 699	20 204	95,08%	4,92%	410 903	2,03%
Metropolitana de Santiago	8 157 984	313 260	96,30%	3,70%	8 471 244	41,92%
Antofagasta	698 271	23 849	96,70%	3,30%	722 120	3,57%
Total general	17 941 129	2 265 824	88,79%	11,21%	20 206 953	100,00%

Fuente: Procesamiento a partir de Censo 2017 e Instituto Nacional de estadísticas (INE) 2021.





Adicionalmente, para efectos de este análisis, se incluyen las regiones de Arica y Magallanes aun cuando presentan un porcentaje menor al 10% de población rural, pero son incorporadas dada la ubicación geográfica en los extremos de nuestro país.

Para identificar al personal de salud con desempeño en las zonas subatendidas, se considera la base de dotación efectiva de los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, al 31 de diciembre de 2021, clasificando los Servicios de Salud que se encuentran en las regiones con un porcentaje mayor al 10% de ruralidad, así como en las regiones extremas de Arica y Magallanes.

De acuerdo a las definiciones y alcance del estudio, la muestra comprende médicos, enfermeras(os),

matronas(es) y técnicos en salud presentes en la dotación efectiva de los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, de alta, mediana y baja complejidad, así como los dispositivos de atención primaria. Se procede a realizar los filtros correspondientes a la base de dotación efectiva, de acuerdo al título inscrito en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud – SIS, excluyendo los demás estamentos y las dependencias asociadas a las Direcciones de Servicios de Salud.

El muestreo inicial estratificado de todos los médicos, enfermeras (os), matronas (es) y técnicos en salud, a nivel nacional al 31 de diciembre de 2021, alcanza un total de 69 154 funcionarios de los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, como se indica:

Figura 56. Profesionales y técnicos de salud a nivel nacional a diciembre 2021

Profesionales y Técnicos	Complejidad Establecimiento				Total general	% del Total
	Alta	Mediana	Baja	APS		
Enfermeros	13 444	1495	1176	445	16 560	24%
Matrones	2815	327	395	164	3701	5%
Médicos Cirujanos	14 804	1730	1529	712	18 775	27%
Técnicos en Salud	22 667	3188	3259	1004	30 118	44%
<b>Total general</b>	<b>53 730</b>	<b>6740</b>	<b>6359</b>	<b>2325</b>	<b>69 154</b>	<b>100%</b>

Fuente: Procesamiento a partir del Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH) de los Servicios de Salud, Minsal 2021

A continuación, se presenta la distribución del muestreo inicial según macrozona:

Figura 57. Profesionales y Técnicos de Salud a nivel nacional a diciembre 2021, según macrozona

Macrozona	Complejidad Establecimiento				Total Profesionales y Técnicos	% del Total
	Alta	Mediana	Baja	APS		
Norte	4746	245	335		5326	8%
Centro Norte	7804	218	1.000	298	9320	13%
Centro	20 056	1876	195	1 248	23 375	34%
Centro Sur	5328	939	1002		7269	11%
Sur	8631	989	1842	264	11 726	17%
Extremo Sur	7165	2473	1985	515	12 138	18%
<b>Total general</b>	<b>53 730</b>	<b>6740</b>	<b>6359</b>	<b>2325</b>	<b>69 154</b>	<b>100%</b>

Fuente: Procesamiento a partir del Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH) de los Servicios de Salud, Minsal 2021

### Muestreo población objetivo

Del total nacional de médicos, enfermeras, matronas y técnicos en salud de los establecimientos de alta, mediana y baja complejidad, incluidos los dispositivos de atención primaria de la red de atención de los servicios de salud, se procedió a identificar a los funcionarios que se desempeñan en establecimientos asistenciales dependientes de servicios de salud ubicados territorialmente en zonas subatendidas que, en este caso, como se indicó en el punto referido al marco

muestral, contempla aquellas regiones con comunas de mayor ruralidad (sobre el 10%) y además las dos regiones del extremo norte y sur de nuestro país (Arica y Magallanes).

De acuerdo a esta clasificación, se obtiene que los médicos, enfermeras, matronas y técnicos en salud en zonas subatendidas, corresponde a un total de 34 748 funcionarios, distribuidos según la complejidad del establecimiento asistencial donde se desempeñan, como se muestra en lo siguiente:

Figura 58. Profesionales médicos, enfermeros, matronas y técnicos de salud con desempeño en zonas subatendidas, según complejidad del establecimiento de desempeño al mes de diciembre de 2021.

Profesionales y Técnicos	Complejidad Establecimiento				Total general	% del Total
	Alta	Mediana	Baja	APS		
Enfermeros	6223	972	893	128	8216	24%
Matronas	1196	193	317	64	1770	5%
Médicos Cirujanos	6116	1146	1150	235	8647	25%
Técnicos en Salud	10 836	2193	2734	352	16 115	46%
<b>Total general</b>	<b>24 371</b>	<b>4504</b>	<b>5094</b>	<b>779</b>	<b>34 748</b>	<b>100%</b>

Fuente: Procesamiento a partir del Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH) de los Servicios de Salud, Minsal 2021

A continuación, se presenta la distribución del total de funcionarios por región a la que pertenece el servicio de salud y según complejidad del establecimiento donde se desempeñan:

Figura 59. Profesionales médicos, enfermeros, matrones y técnicos de salud con desempeño en zonas subatendidas, según región y servicio de salud del establecimiento de desempeño al mes de diciembre de 2021

Regiones	Servicio de Salud	Complejidad Establecimiento				Total Funcionarios
		Alta	Mediana	Baja	APS	
Arica y Parinacota	S.S. Arica	755				755
Coquimbo	S.S. Coquimbo	2492	103	265		2860
Libertador General Bernardo O'Higgins	S.S. O'Higgins	2124	469	562		3155
Maule	S.S. Maule	3204	470	440		4114
Ñuble	S.S. Ñuble	1651		345	109	2105
Biobio	S.S. Concepción	2794	238	119	111	3262
	S.S. Arauco		374	615		989
	S.S. Talcahuano	1602	275		44	1921
	S.S. Bío Bío	1475		535		2010
La Araucanía	S.S. Araucanía Norte	1109	102	228		1439
	S.S. Araucanía Sur	1751	1742	449	183	4125
Los Ríos	S.S. Valdivia	1105		483	83	1671
Los Lagos	S.S. Osorno	1051		254		1305
	S.S. Del Reloncavi	1580		385	41	2006
	S.S. Chiloé	409	269	222		900
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	S.S. Aysén	524	248	118	208	1098
Magallanes y de la Antártica Chilena	S.S. Magallanes	745	214	74		1033
<b>Total general</b>		<b>24 371</b>	<b>4504</b>	<b>5094</b>	<b>779</b>	<b>34 748</b>

Fuente: Procesamiento a partir del Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH) de los Servicios de Salud, Minsal 2021

Respecto a los médicos, enfermeras, matronas y técnicos en salud con desempeño en establecimientos dependientes de los servicios de salud emplazados en regiones y comunas con un grado mayor de población urbana, se realiza una clasificación según complejidad del establecimiento y, además, se identifica la región donde

se encuentra emplazado el servicio de salud al que pertenece, lo que evidencia un total de 34 406 funcionarios que se desempeñan en zonas con mayor grado de población urbana, como se muestra en los siguientes:



**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas

Figura 60. Profesionales médicos, enfermeros, matrones y técnicos de salud con desempeño en zonas con mayor población urbana, según complejidad del establecimiento de desempeño al mes de diciembre de 2021

Profesionales y Técnicos	Complejidad Establecimiento				Total	% del Total
	Alta	Mediana	Baja	APS		
Enfermeros	7221	523	283	317	8344	24%
Matrones	1619	134	78	100	1931	6%
Médicos Cirujanos	8688	584	379	477	10 128	29%
Técnicos en Salud	11 831	995	525	652	14 003	41%
<b>Total general</b>	<b>29 359</b>	<b>2236</b>	<b>1265</b>	<b>1546</b>	<b>34 406</b>	<b>100%</b>

Fuente: Procesamiento a partir del Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH) de los Servicios de Salud, Minsal 2021

Figura 61. Profesionales médicos, enfermeros, matrones y técnicos de salud con desempeño en zonas con mayor población urbana, según región y servicio de salud del establecimiento de desempeño al mes de diciembre de 2021

Regiones	Servicio de Salud	Complejidad Establecimiento				Totales
		Alta	Mediana	Baja	APS	
Tarapacá	S.S. Iquique	1029	-	37	-	1066
Antofagasta	S.S. Antofagasta	2356	-	212	-	2568
Atacama	S.S. Atacama	606	245	86	-	937
Metropolitana de Santiago	S.S. Met. Oriente	3689		62		3751
	S.S. Met. Central	3429			807	4236
	S.S. Met. Sur	2449	1187			3636
	S.S. Met. Norte	2787		54	108	2949
	S.S. Met. Occidente	3899	518	79	144	4640
	S.S. Met. Sur Oriente	3803	171		189	4163
Valparaíso	S.S. Valparaíso-San Antonio	1919		49	183	2151
	S.S. Viña del Mar-Quillota	2668		591		3259
	S.S. Aconcagua	725	115	95	115	1050
<b>Total general</b>		<b>29 359</b>	<b>2236</b>	<b>1265</b>	<b>1546</b>	<b>34 406</b>

Fuente: Procesamiento a partir del Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH) de los Servicios de Salud, Minsal 2021



## Colombia

### Información sobre la cantidad de recursos humanos presentes en las zonas subatendidas en todo el país

La información disponible se basa en la densidad de THS nacional y por departamento, no obstante, para el

caso de las especialidades médicas no se dispone de información por departamento. Esta densidad corresponde a un número estimado de talento humano en salud y al promedio de sus ingresos basados en ingreso base de cotización mensual - IBC del talento humano en salud. Este IBC corresponde al valor mínimo sobre el cual se estipulan los aportes



que un trabajador dependiente o independiente debe entregar al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Dadas las características de la conformación de los actores del sistema de salud en Colombia, así como de la competencia y autonomía

arriba expuestas, no disponemos de información puntual del THS que se desempeña en el primer nivel de atención. No obstante, respecto a la población en zonas subatendidas, se dispone de unas primeras estimaciones de la densidad de THS por perfil y municipios, agregados por tipo de municipios urbanos, rurales y de zonas dispersas, como se percibe en la siguiente tabla.

Tabla 7. Densidad de personal sanitario. Colombia 2019

Tipo de Municipio	Profesionales	Medicina + Enfermería
Rural:	34,96	20,20
Rural disperso:	48,06	27,18
Urbano	114,77	59,01

Fuente: Estimaciones DDTHS -MSPS 2020

Nota 1: Estas estimaciones tomaron como población las proyecciones del Censo 2005.

Nota 2: En Colombia no existe el perfil de partería.

Para una mayor información, invitamos a consultar los indicadores básicos por nivel de formación, por perfil, por nivel de formación y departamento, por perfil y departamento, de especialidades médicas e ingreso base de cotización por nivel de formación, en el Observatorio de Talento Humano en

Salud, OTHS, disponible en el siguiente enlace:

<https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx>



**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas



## Ecuador

Figura 62. Establecimientos y RHS en zonas subatendidas por tipo, según zona, provincia y cantón - Ecuador

Zona	PROVINCIA	CANTÓN	N de PS	Enfermería	Medicina	Obstetricia	Odontología	N/A	T ZONA
1	CARCHI	ESPEJO	1	1	1	0	1	0	54
		MIRA	5	5	5	0	4	0	
		TULCAN	1	1	1	0	1	0	
	ESMERALDAS	ELOY ALFARO	1	1	1	1	0	0	
		MUISNE	4	3	3	1	2	0	
		QUININDE	1	1	1	1	1	0	
		RIOVERDE	3	3	2	0	2	0	
	IMBABURA	COTACACHI	4	1	1	0	0	2	
		PIMAMPIRO	1	0	1	0	0	0	
	SUCUMBIOS	LAGO AGRIO	1	1	1	0	1	0	
SHUSHUFINDI		1	1	1	0	1	0		
TOTAL ZONA 1			23	18	18	3	13	2	
2	NAPO	EL CHACO	5	3	3	1	3	0	19
		TENA	1	1	1	0	1	0	
	ORELLANA	AGUARICO	2	1	1	0	0	1	
		LORETO	1	1	0	1	1	0	
TOTAL ZONA 2			9	6	5	2	5	1	
3	CHIMBORAZO	CHUNCHI	1	0	1	0	0	0	40
		PANGUA	2	2	2	0	1	0	
	COTOPAXI	SIGCHOS	2	2	0	2	0	0	
		ARAJUNO	3	2	3	1	3	0	
	PASTAZA	PASTAZA	9	7	6	0	7	1	
TOTAL ZONA 3			17	13	12	3	11	1	
6	AZUAY	CUENCA	2	1	2	0	1	0	72
	CAÑAR	CAÑAR	1	1	1	0	1	0	
		GUALAQUIZA	1	1	0	0	0	0	
	MORONA SANTIAGO	HUAMBOYA	3	3	1	0	2	0	
		LIMON INDANZA	3	3	0	0	3	0	
		LOGROÑO	1	1	0	0	0	0	
		MORONA	4	4	4	0	2	0	
		PABLO SEXTO	1	1	1	0	0	0	
		PALORA	1	1	0	0	0	0	
		SAN JUAN BOSCO	0	0	0	0	1	0	
SANTIAGO		2	2	2	0	2	0		
TAISHA	12	12	12	1	4	0			
TIWINTZA	1	1	0	0	1	0			
TOTAL ZONA 6			32	31	23	1	17	0	
7	EL ORO	ZARUMA	1	1	1	0	1	0	43
		CHAGUARPAMBA	1	0	1	0	0	0	
	LOJA	MACARA	1	1	1	0	1	0	
		SARAGURO	7	7	6	0	3	0	
		SOZORANGA	2	2	1	0	0	0	
		ZAPOTILLO	2	2	2	0	2	0	
	MORA CHINCHI	NANGARITZA	3	0	2	0	2	0	
		PALANDA	1	0	0	0	0	1	
		PAQUISHA	1	0	1	0	1	0	
		YACUAMBI	2	1	1	0	0	1	
ZAMORA	1	0	0	0	1	0			
TOTAL ZONA 7			22	14	16	0	11	2	
TOTAL POR PROFESIÓN ECUADOR			103	82	74	9	57	6	228

Fuente: Elaboración propia en base a datos enviados por punto focal Ecuador



**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Possibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas



Figura 65. Perú: Disponibilidad de RHS por grupo ocupacional en los establecimientos de salud de zonas alejadas y de frontera, enero 2022

DEPARTAMENTO	Número de Establecimientos	Profesional Asistencial													Total Profesional Asistencial	Profesional Administrativo	Técnico Administrativo	Técnico Asistencial	Auxiliar Asistencial	Auxiliar Administrativo	Total general
		Médico	Enfermero	Obstetra	Odontólogo	Biólogo	Médico Veterinario	Nutricionista	Psicólogo	Químico	Químico Farmacéutico	Tecnólogo Médico	Trabajadora Social	Técnicos Especializados							
AMAZONAS	190	67	153	129	41	25	2	0	15	0	0	2	0	0	434	3	24	529	43	37	1.070
ANCASH	47	40	74	56	9	0	0	3	6	0	2	4	4	0	198	0	17	160	0	2	377
APURIMAC	122	47	105	65	26	0	0	0	2	0	0	0	0	0	245	0	7	236	2	4	494
AREQUIPA	58	82	158	68	23	11	0	7	9	0	5	2	4	0	369	0	4	157	8	5	543
AYACUCHO	73	24	64	57	13	6	1	0	2	0	1	0	0	0	168	0	4	134	0	1	307
CAJAMARCA	92	36	83	65	16	3	0	0	3	0	0	0	0	0	206	0	6	206	2	6	426
CUSCO	112	112	229	170	32	32	0	8	7	1	3	0	0	0	594	3	57	378	3	25	1.060
HUANCAVELICA	148	73	156	147	42	17	0	7	18	0	9	2	0	0	471	1	33	312	19	3	839
HUANUCO	68	35	97	106	20	0	2	0	3	0	0	0	0	0	263	0	14	229	5	3	514
ICA	3	3	4	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	10	0	0	4	0	0	14
JUNÍN	81	27	62	57	8	1	0	1	4	0	0	0	0	0	160	1	10	155	5	0	331
LA LIBERTAD	31	36	85	55	10	7	0	2	8	0	1	0	1	0	205	1	13	147	1	3	370
LAMBAYEQUE	16	15	17	16	3	1	0	1	3	0	0	0	0	0	56	0	5	24	1	3	89
LIMA	65	23	50	43	8	0	0	1	3	0	0	0	1	0	129	0	10	110	1	2	252
LORETO	190	81	107	127	68	35	0	1	9	0	5	3	0	0	436	3	50	874	94	57	1.514
MADRE DE DIOS	54	78	114	85	32	21	3	23	16	0	5	1	3	1	382	2	54	362	15	23	838
MOQUEGUA	30	34	41	17	11	3	0	6	9	0	1	0	3	0	125	0	4	69	3	0	201
PASCO	104	38	60	59	8	2	0	1	4	0	1	1	0	0	174	0	6	173	6	4	363
PIURA	112	61	118	113	8	2	0	0	3	0	1	1	0	0	307	2	17	301	11	5	643
PUNO	362	260	676	397	153	60	8	51	39	0	34	5	17	0	1.700	5	84	924	78	17	2.808
SAN MARTÍN	21	7	7	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	0	1	42	2	0	66
TACNA	15	14	25	13	5	3	0	1	3	0	1	1	1	0	67	0	6	37	1	5	116
TUMBES	17	16	27	27	3	0	0	1	2	0	0	1	0	0	77	0	4	50	8	1	140
UCAYALI	91	35	50	43	11	1	0	0	3	0	0	0	0	0	143	0	13	190	45	7	398
<b>Total general</b>	<b>2.102</b>	<b>1.244</b>	<b>2.562</b>	<b>1.922</b>	<b>552</b>	<b>230</b>	<b>16</b>	<b>114</b>	<b>172</b>	<b>1</b>	<b>69</b>	<b>23</b>	<b>34</b>	<b>1</b>	<b>6.940</b>	<b>21</b>	<b>443</b>	<b>5.803</b>	<b>353</b>	<b>213</b>	<b>13.773</b>

Fuente: Base de Datos, InfoRHS enero 2022.

Decreto supremo N° 015-2014-SA

Artículo 1°. Objeto

El presente Decreto Supremo tiene como objeto aprobar los criterios técnicos para la entrega de la valorización priorizada por zona alejada o de frontera para el personal de la salud a que se refiere el Decreto Legislativo 1153.

Artículo 2°. Criterios técnicos para la identificación de los establecimientos

de salud ubicados en zonas alejadas o de frontera

Para determinar zona alejada o de frontera se identificará en primer término los centros poblados con características rurales, los cuales deberán cumplir como mínimo con dos de los siguientes criterios técnicos:

- ◊ 25% o más de la población económicamente activa dedicada a actividades primarias (agricultura, ganadería, silvicultura, minería,



hidrocarburos, pesca).

- ◇ 50% o más de viviendas sin acceso al menos a tres de cuatro servicios básicos (electricidad, agua, desagüe, telefonía)
- ◇ Más de 2 horas para llegar de un centro poblado a la ciudad más cercana, que es el equivalente al centro poblado con más de 5 mil habitantes.

Una vez identificados los centros poblados con características rurales, se determinarán los establecimientos de salud ubicados en zonas alejadas o de frontera, considerando los siguientes criterios técnicos:

- ◇ Para zonas alejadas: a) El tiempo entre el centro poblado al que pertenece el establecimiento de

salud a la ciudad más cercana (centro poblado con más de 5 mil habitantes), debe ser mayor a 6 horas; o, b) El centro poblado deberá encontrarse a más de 3800 m.s.n.m.

- ◇ Para zonas de frontera: Ubicación del centro poblado en distritos colindantes con uno o más países vecinos.

R.M. N° 544-2014/MINSA.- Aprueban listado de establecimientos de salud ubicados en zonas alejadas o de frontera, en el marco de lo dispuesto por el D. Leg. N° 1153 y el D.S. N° 015-2014-SA



## Métodos de retención aplicados



### Resumen incentivos Bolivia

Tabla 8. Incentivos Bolivia

	SSSRO	Mi salud	SAFCI
Definición del incentivo	Servicio obligatorio remunerado sin incentivos para retención en sector público realizado antes de egresar los estudiantes de salud.	Con el objetivo de mejorar la atención médica en todo el país, el gobierno boliviano dio inicio al programa "Mi Salud" para brindar atención médica gratuita y fortalecer los centros de salud en diferentes regiones.	Programa de residencias médicas y capacitación de profesionales en medicina familiar. Actualmente encabezan los equipos de lo que fue Mi salud
Condiciones previas requeridas para su aplicación	Estudiantes justo antes de titularse en universidades bolivianas	Profesionales que se formaron dentro del convenio de cooperación con Cuba en la ELAM, con interés en desempeño en modelo de atención integral con enfoque intercultural.	Profesionales con interés en desempeño en modelo de atención integral con enfoque intercultural.
Población objetivo	Médicos, odontólogos y enfermeras	Médicos , enfermeras	Médicos, enfermeras y nutricionistas
Naturaleza del incentivo	No económico	Económico y no económico	Económico y no económico
Impacto esperado	Exponer a futuros profesionales a la práctica rural	mejorar la atención médica en todo el país	Mejorar cobertura del modelo SAFCI
Nivel implementación logrado	Implementación total pero aún en proceso de expansión	Se integró con Safci para implementar el SUS	Implementación total pero aún en proceso de expansión
Impacto real	Sin datos	Se desconocen datos oficiales	Se desconocen datos oficiales

Fuente: Elaboración propia con datos tomados del libro Desarrollo de Esquemas de Incentivos para la Retención - Fidelización del Personal de Salud en Áreas Rurales y de Difícil Acceso y de página web del Ministerio de Salud

Existe como sistema de incentivo un Servicio Social de Salud Rural Obligatorio (SSSRO) que forma parte del internado rotatorio de las carreras de medicina, odontología y enfermería de todas las facultades de ciencias de salud de universidades públicas

y privadas del país con una duración de tres meses, siendo *adhonorem* y recayendo la supervisión y seguimiento del proceso de implementación de esta modalidad en una comisión conjunta, constituida por la Universidad Boliviana, los Servicios Departamentales de



Salud (SEDES) y el Ministerio de Salud y Previsión Social. A partir del año 2008, Bolivia en concordancia con su declaración de estado plurinacional, crea el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) cuyo objetivo es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia, comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población. En la práctica a través de esta política se ha establecido un convenio de capacitación continua hacia profesionales de salud y puestos de trabajo para residencias médicas en medicina familiar, en el contexto de un convenio docente asistencial de alcance nacional entre el Estado y la Universidad Boliviana.

Con la implementación del Sistema Único de Salud se logra ampliar la cobertura de atención y se incrementan los recursos de todo tipo prestando atención especial a zonas subatendidas. También se ha desarrollado la implementación de

telemedicina tratando de abarcar todo el territorio Nacional.



## Resumen incentivos Chile

### Plan de ingreso, formación y retención de especialistas<sup>18</sup>

De acuerdo a la necesidad de aumentar el número de médicos especialistas y odontólogos en el sistema de salud pública para atender los requerimientos de la población usuaria, se implementa el Plan de Ingreso, Formación y Retención de Especialistas en Chile.

Como principal objetivo está el proveer los médicos y odontólogos generales y especialistas que se requieren tanto en los establecimientos de salud de atención primaria, como secundaria y terciaria. Responde a la causa, de la necesidad de incentivos para que los profesionales ejerzan la medicina general en zonas aisladas, alejadas; rurales o urbanas vulneradas socialmente y como especialistas en los hospitales públicos de Arica a Puerto Williams.

Dentro de sus etapas, se destaca:

#### ♦ Etapa **Destinación-Formación:**

En esta etapa los profesionales acceden a través de un proceso de selección objetivo, técnico e imparcial que se desarrollará a nivel nacional, mediante un concurso nacional, al menos una vez al año, donde pueden optar

18 <https://www.dipres.gob.cl/597/w3-article-212523.html>



a una plaza (establecimiento de APS, ingresando a la carrera funcionaria). Al cumplir tres años de desempeño profesional y hasta el sexto año, pueden postular a una beca de especialización, al final de su formación quedan liberados, pudiendo postular a un cargo en la planta de superior, si es que existiera el cargo.

- ♦ **Educación continua para médicos y odontólogos en Etapa de Destinación y Perfeccionamiento para planta superior:** El objetivo de este componente es entregar educación continua, a los profesionales seleccionados como un estímulo a la mantención de los RHS. El servicio consta de un catálogo de cursos que se concuerda año a año con las Agrupaciones de Médicos y Odontólogos EDF y la División de Atención Primaria, que tienen como objetivo mejorar sus conocimientos clínicos, comunitarios y de salud pública, necesarios para ejercer en atención primaria de salud.

En enero del presente año, se lleva a cabo la primera versión del Congreso Chileno de Descentralización y Desarrollo Regional, organizado por la SUBDERE (Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo de Chile) con un llamado a fortalecer la coordinación multinivel para el desarrollo productivo, espacio donde diferentes representantes del mundo público, organizaciones regionales, academia, entre otros sectores, debatieron y compartieron sus experiencias en capacitación, apoyo, mejoramiento de la gestión territorial y transferencia de competencias a los gobiernos

regionales y locales, con el fin de enfrentar los desafíos del actual proceso de descentralización que vive el país. En dicha oportunidad, se destacaron algunos puntos que deben funcionar de manera articulada y congruente para darle sentido al proceso de descentralización en Chile. Ellos son: la coordinación interinstitucional, la complementariedad de recursos entre el nivel nacional, regional y local, la cooperación público-privada, -que debe estar orientada desde lo que la política pública y la región requieran-, la innovación en las prácticas y la transparencia en los procesos de gestión territorial de cara a las comunidades.

El Sistema de Salud en Chile no está ausente a la problemática de la descentralización y desarrollo regional productivo, por cuanto un menor desarrollo en las zonas aisladas y extremas del país impacta en las posibilidades de que dichas localidades tengan acceso a oferta de colegios, universidades, centros recreacionales, desarrollo habitacional y otros factores que pueden incidir en la atracción de personal de salud, incluyendo lo referido a la disponibilidad de caminos y accesibilidad a zonas extremas, considerando que la realidad de Chile presenta condiciones climáticas extremas, con el desierto por el norte y en el sur, las lluvias y nevadas hacen extremadamente difícil la movilidad de los equipos de salud.

Por otro lado, considerando el sistema mixto de salud, donde muchas veces los profesionales y médicos se desempeñan en establecimientos asistenciales públicos y privados,



en general en las zonas aisladas y extremas, solo se encuentran presentes establecimientos públicos.

Si bien, son diversos los factores que influyen en la atracción y retención de personal de salud a las zonas aisladas y extremas del país, el Ministerio de Salud ha desarrollado varias iniciativas tendientes a fortalecer el sistema de salud. Según los puntos desarrollados en el presente documento, se puede señalar que se ha implementado las **Redes Integradas de Servicios de Salud**, a fin de potenciar la entrega de las diferentes prestaciones de salud a lo largo del territorio nacional, de manera que permita un mayor acceso a la salud en las diferentes localidades del país; se encuentra en desarrollo el **Plan Nacional de Inversiones**, que está contribuyendo no solo a una mejor y mayor infraestructura pública de salud con tecnología y equipamiento con los mejores estándares sino que está siendo de un mayor atractivo para la atracción del personal de salud a la red pública. Además, se encuentra el **Plan de Ingreso, Formación y Retención de Especialistas**, que cuenta con incentivos para contar con médicos y odontólogos con desempeño en zonas rurales, aisladas y atención primaria, así como médicos formados para su inserción en los diferentes establecimientos de la red pública.

Respecto a los incentivos económicos, existe una **Asignación de Zona** que corresponde a un estipendio otorgado mensualmente a los funcionarios del sector público para el desempeño de un empleo en una provincia o territorio que reúne condiciones especiales

derivadas de su aislamiento o del costo de vida.

Si bien, existe un camino recorrido y se ha realizado una gran inversión, aún es posible evidenciar que se necesitan esfuerzos para que las estrategias de atracción y retención puedan alcanzar a todo el equipo de salud en las zonas rurales, aisladas y extremas.



### **Colombia Medidas que se han aplicado para la retención del recurso humano y cuáles son los resultados**

A continuación, presentamos un cuadro resumen no exhaustivo de las principales normas nacionales que apuntan, de una u otra manera, a la garantía de las condiciones necesarias para el desempeño y la retención del recurso humano en todas las zonas del país, lo cual incluye las zonas subatendidas. En ellas no se consideran las normas que existen desde el Ministerio del Trabajo y desde la Función Pública que apuntan al trabajo digno y el respeto y garantía de las normas de protección del trabajador. En este contexto, nos encontramos actualmente construyendo los lineamientos de incentivos para el talento humano en salud, al igual que se están realizando estudios sobre las estrategias de incentivos existentes en el país, si bien estos, hasta la fecha, dependen de la autonomía de las IPS y de las EAPB.



Tabla 9. Normatividad colombiana relacionada con incentivos para el talento humano en salud

Norma	Contenido relacionado con incentivos
Ley 100 de 1993	<p>Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral.</p> <p>Artículo 193. Incentivos a los trabajadores y profesionales de la salud. Con el fin de estimular el eficiente desempeño de los trabajadores y profesionales de la salud y su localización en las regiones con mayores necesidades, el gobierno podrá establecer un régimen de estímulos salariales y no salariales, los cuales en ningún caso constituirán salario. También podrá establecer estímulos de educación continua, crédito para instalación, equipos, vivienda y transporte. Igualmente, las Entidades Promotoras de Salud auspiciarán las prácticas de grupo y otras formas de asociación solidaria de profesionales de la salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud [Modificado por Ley 1122 de 2007 y Decreto 2560 de 2012] determinará las zonas en las cuales se aplicará lo dispuesto en el presente artículo.</p> <p>Para los empleados públicos de la salud del orden territorial el Gobierno Nacional establecerá un régimen salarial especial y un programa gradual de nivelación de salarios entre las diferentes entidades. El régimen salarial especial comprenderá los rangos salariales mínimos y máximos correspondientes a las diferentes categorías para los niveles administrativos, o grupos de empleados que considere el Gobierno Nacional. El gobierno nacional establecerá un proceso gradual para nivelar los límites mínimos de cada rango salarial entre las diferentes entidades territoriales. Esta nivelación se realizará con arreglo al régimen gradual aquí previsto y por una sola vez, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 6 de la Ley 60 de 1993. Esta nivelación debe producirse en las vigencias fiscales de 1995 a 1998 de acuerdo con la disponibilidad de recursos del situado fiscal y de las demás rentas del sector en los diferentes departamentos y municipios con quienes deberá concertarse el Plan específico de nivelación. Para la vigencia de 1994, puede adelantarse la nivelación con arreglo a las disponibilidades presupuestales y al reglamento. Para la fijación del régimen salarial especial y la nivelación de que trata el presente artículo, se considerarán los criterios establecidos en el artículo 2 de la Ley 4 de 1992, con excepción de las letras k y ll. Igualmente, deberá considerarse la equidad regional y el especial estímulo que requieran los empleados públicos que presten sus servicios en zonas marginadas y rurales, de conformidad con el reglamento.</p> <p>Artículo 222. Financiación de la subcuenta de promoción de la salud. Para la financiación de las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá el porcentaje del total de los recaudos por cotización de que trata el artículo 204 que se destinará a este fin, el cual no podrá ser superior a un punto de la cotización del régimen contributivo de que trata el artículo 204 de la presente Ley. Estos recursos serán complementarios de las apropiaciones que haga el Ministerio de Salud para tal efecto. Los recursos previstos en el presente artículo se podrán destinar al pago de las actividades que realicen las Entidades Promotoras de Salud y que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud considere son las que mayor impacto tienen en la prevención de enfermedades.</p>
Ley 1164 de 2007	<p>Ley que contiene los lineamientos para la planeación, formación, ejercicio y desempeño del talento humano.</p> <p>Define como talento humano en salud a toda persona que interviene en cualquier fase o etapa de la prestación del servicio de salud dentro de una estructura organizacional.</p>
Decreto 4107 de 2011	<p>Artículo 27, literal 8, asigna a la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud como una de sus funciones el desarrollo de incentivos para mejorar la distribución y retención del talento humano en salud en regiones de difícil acceso.</p>

<p>Ley 1438 de 2011</p>	<p>Artículo 98°. De la formación continua del talento humano en salud. El Gobierno Nacional establecerá los lineamientos para poner en marcha un sistema de formación continua para el Talento Humano en Salud, dando prioridad a la implementación de un programa de Atención Primaria para los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que deberá implementarse en forma progresiva. Dicho programa contendrá módulos específicos para profesionales, técnicos, tecnólogos, auxiliares de la salud, directivos y ejecutivos de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Servicios de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios. Concurrirán para este efecto las entidades territoriales, las sociedades científicas, los centros de formación superior y media y los empleadores.</p> <p>Artículo 106 (modificado por el Art. 133 de la Ley 1474 de 2011). Prohibición de prebendas o dádivas a trabajadores en el sector de la salud. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas, dádivas a trabajadores de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud y trabajadores independientes, sean estas en dinero o en especie, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud, empresas farmacéuticas productoras, distribuidoras, comercializadoras u otros, de medicamentos, insumos, dispositivos y equipos, que no esté vinculado al cumplimiento de una relación laboral contractual o laboral formalmente establecida entre la institución y el trabajador de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p>
<p>Ley Estatutaria de Salud, Ley 1751 de 2015</p>	<p>Alinea la regulación del ejercicio profesional con los incentivos para la garantía del “goce efectivo del derecho fundamental a la salud” en todo el territorio colombiano, con parámetros de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad e idoneidad profesional; relacionados con dos aspectos esenciales sobre el talento humano en salud:</p> <p>Artículo 17. Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.</p> <p>Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente.</p> <p>La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u, organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.</p> <p>Artículo 18. Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud. Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.</p>
<p>Política de Atención Integral en Salud, Resolución 0429 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>Basada en la atención primaria, cuidado, gestión integral del riesgo y enfoque diferencial, la Política de Atención Integral en Salud define un Modelo Integral de Atención en Salud el cual tiene entre sus componentes la redefinición del esquema de incentivos y el fortalecimiento del recurso humano en salud, con construcción participativa partiendo del reconocimiento de la necesidad de un modelo de incentivos y sus alcances, en el cual orienta igualmente desarrollar incentivos pecuniarios y no pecuniarios para el recurso humano en salud relacionados con su desempeño, formación y distribución geográfica, buscando potenciar su desarrollo profesional y personal. En su Artículo 5 establece:</p> <p>5.7.- “Redefinición del Esquema de incentivos. El Nivel Nacional determina el esquema de incentivos a lo largo de la cadena de provisión de servicios, para orientar y alinear aseguradores, prestador y proveedores de insumos alrededor de los resultados en salud. El Sistema de Salud deberá confluir hacia sistemas de pago que favorezcan la integralidad y calidad en la atención. Igualmente, se deben desarrollar incentivos para los recursos humanos en salud relacionados con el desempeño, la formación y la distribución geográfica.”</p> <p>5.9.- “Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud- RHS: Para el fortalecimiento del RHS se deben implementar acciones en cuatro ejes: la formación; la armonización con el esquema de cuidado integral y provisión de servicios; el fortalecimiento del responsable de la planeación y gestión territorial en salud; y el mejoramiento de condiciones laborales. Estos ejes deben articularse en los planes territoriales de salud para generar impacto real en la población.”</p>

<p>Política de Talento Humano en Salud, 2018</p>	<p>Dirigida a articular la formación, investigación, ejercicio y desempeño del talento humano en salud con las necesidades de salud de la población, los objetivos del sistema de salud y el desarrollo personal y profesional de los trabajadores sanitarios.</p> <p>La estrategia de “Alineación de la regulación y los incentivos” busca que los criterios de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de la prestación de servicios de salud estén armonizados con la autonomía profesional y el respeto a la dignidad del talento humano en salud, mediante sus dos líneas de acción:</p> <p>Línea de acción 6.3.1 “Calidad y pertinencia de la formación”. Dirigida a garantizar que la calidad y oferta formativa estén acordes con las necesidades en salud. Particularmente incentiva la formación continua para profesionales, técnicos y auxiliares en regiones de difícil acceso y fronterizas, e impulsa la oferta de formación de especialistas en áreas priorizadas o con déficit de éstos.</p> <p>Línea de acción 6.3.2 “Incentivos, gestión y desempeño”, la cual se dirige a:</p> <p>“Desarrollar el componente primario de los servicios de salud y mejorar el reconocimiento y remuneración de los servicios prestados en ese componente, según resultados obtenidos en promoción, mantenimiento y gestión de riesgos de la salud.</p> <p>Diseñar y promover la adopción de incentivos que privilegien el trabajo en equipos multidisciplinarios, orientado a resultados y al mejoramiento de la capacidad resolutoria, la calidad y la humanización de los servicios.</p> <p>Fomentar la adopción de relaciones contractuales entre los agentes del sistema que privilegien los resultados en promoción, mantenimiento y gestión de riesgos de la salud.</p> <p>Promover el establecimiento de tiempos protegidos para la actualización y formación continua del talento humano, por parte de los empleadores.</p> <p>Desarrollar el Servicio Social Obligatorio para especializaciones básicas, como apoyo al desarrollo del componente primario de atención en territorios con baja disponibilidad de este capital humano que ofrezcan condiciones requeridas para el ejercicio de dichas especializaciones.</p> <p>Fortalecer los incentivos para quienes realicen el Servicio Social Obligatorio en regiones apartadas de los grandes centros urbanos o de difícil acceso: acceso privilegiado y financiación de los programas de especialización.”</p> <p>Estas líneas contribuyen especialmente al cumplimiento del objetivo 3 de la Política: “Distribución más equitativa y equilibrada del personal sanitario en los ámbitos regional, urbano, rural y por niveles de atención”; y contribuye a su objetivo 4: “Mejores condiciones para el ejercicio profesional y el desarrollo integral del talento humano en salud”, mediante la reducción de las disparidades en la disponibilidad del recurso humano y la mejora de las condiciones de desempeño y desarrollo personal armónicos con las características del sistema de salud y las necesidades institucionales.</p>
<p>Resolución 2626 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>Por la cual se modifica la Política de Atención Integral de Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE, para su implementación.</p> <p>Artículo 8. Línea 4: Talento humano en salud. Resalta la necesidad de garantizar su suficiencia, disponibilidad, calidad, eficiencia y dignificación. Establece el desarrollo de acciones encaminadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la formación territorial de nuevo talento humano en salud;</li> <li>el fortalecimiento de competencias y la resolutoria, incluyendo la estrategia de Educación Interprofesional en Salud (EIP);</li> <li>la generación de incentivos para fortalecer el Servicio Social Obligatorio y crear o reubicar plazas de acuerdo con las necesidades;</li> <li>la operacionalización de equipos multidisciplinarios, incluyendo la participación de agentes comunitarios en el ámbito rural;</li> <li>la generación de incentivos dirigidos a la gestión por competencias, la dignificación del talento humano en salud y el cierre de brechas en suficiencia, distribución y calidad; y</li> <li>el fortalecimiento de la investigación y de la gestión de la información y el conocimiento de los trabajadores sanitarios.</li> </ul>

<p>Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, Ley 1955 de 2019</p>	<p>Artículo 241°. Incentivos a la calidad y los resultados en salud. “El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un mecanismo de pago por resultados en salud, el cual tendrá como mínimo un sistema de información, seguimiento y monitoreo basado en indicadores trazadores.</p> <p>Para efecto de lo dispuesto en este artículo, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, podrá girar los recursos que se determinen por este mecanismo a las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS, en función de los resultados en salud que certifique la EPS.</p> <p>Los recursos destinados para el mecanismo de pago por resultado serán los equivalentes a los asignados en cumplimiento del artículo 222 de la Ley 100 de 1993 a la entrada en vigor de la presente Ley. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la variación de estos recursos, que en todo caso deberán tener en cuenta la suficiencia de la UPC. Adicionalmente se establecerán incentivos de reconocimiento social y empresarial por resultados con calidad para las IPS del Sistema de Salud u otros actores del Sistema de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá con cargo a los recursos del mecanismo, contratar a un tercero independiente que evalúe el cumplimiento de dichos resultados.”</p> <p>En las bases del Plan se desarrolla el “Pacto por la equidad: política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados”, y en particular en su Línea “Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos”, el Objetivo 5 “Formular acuerdos para el reconocimiento, formación y empleo de calidad para los trabajadores de la Salud” se plantea cerrar brechas de cantidad, calidad y pertinencia del talento humano a nivel territorial, e implementar estrategias de formación continua para desarrollar y fortalecer competencias de los trabajadores de la salud.</p>
<p>Ley 1966 de 2019</p>	<p>Adopta medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud.</p> <p>Artículo 13. “Incentivos a la gestión y resultados en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de la Superintendencia Financiera, la Superintendencia Nacional de Salud y la Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), diseñará e implementará mecanismos para que los prestadores de servicios de salud obtengan incentivos por el logro de resultados en: salud, pronto pago, reducción de la tendencia de eventos de alto costo, entre otros. El Ministerio de Salud y Protección social definirá los resultados e indicadores de salud trazadora, financiera y de tendencias de costos, así como el origen y variación de los recursos destinados para este fin, entre los cuales podrá incluir la subcuenta de promoción de la salud. Los incentivos podrán ser diseñados considerando: la flexibilización o endurecimiento de las condiciones financieras y requerimientos patrimoniales, asignación de recursos adicionales a la UPC susceptibles de ser parte de la utilidad, incentivos por resultados y calidad en el servicio de las IPS.”</p>

Fuente: MinSalud Colombia



## Resumen incentivos Ecuador

Tabla 10. Incentivos de Ecuador

Servicio Social Rural SSR	
Definición del incentivo	Servicio obligatorio remunerado con incentivos para retención en sector público, así como para habilitación de títulos.
Condiciones previas requeridas para su aplicación	Profesionales recién titulados en universidades ecuatorianas.
Población objetivo	Médicos, odontólogos, matronas y enfermeras
Naturaleza del incentivo	Económico y no económico
Impacto esperado	Mejorar cobertura en zonas rurales y de difícil acceso, y exponer a profesionales jóvenes a la práctica rural.
Nivel de implementación logrado	Implementación total pero aún en proceso de expansión.
Impacto real	sin datos

Fuente: Tomado del libro Desarrollo de Esquemas de Incentivos para la Retención - Fidelización del Personal de Salud en Áreas Rurales y de Difícil Acceso

Ecuador es un país que ha sufrido gravemente el fenómeno de migraciones hacia otros países de la región, y principalmente a Europa, encontrándose desde hace unos años en un proceso de reforma para potenciar los RHS y lograr que los profesionales titulados, en especial los médicos, se queden en su país. En este ámbito existe un Servicio de Salud Rural (SSR) regulado a través del Decreto Ejecutivo 1516/2010, que define un año de desempeño obligatorio previo a la inscripción de títulos y ejercicio profesional para las carreras de medicina, odontología, obstetricia y enfermería.

El programa incluye derecho a los estipendios corregidos por ruralidad y marginalidad; y derecho a capacitación, así como también

vivienda o asignación para su pago. Al término del año de servicio tienen prioridad para adjudicarse una plaza en sistema de contrataciones para déficit en salud rural, cuyos cupos están en plena expansión. Es una intervención que involucra un set de incentivos tanto normativos, como de formación y apoyo profesional; así como definiciones explícitas de incentivos financieros que se enmarcan en un fortalecimiento de la gestión del RHS a nivel de Ministerio de Salud, y que busca retener especialmente en las zonas desatendidas, habiendo declarado como prioritaria la descentralización en las coberturas y desarrollo del sistema sanitario.



## Resumen incentivos Perú

Tabla 11. Incentivos de Perú

	SERUMS	PROSALUD
Definición del incentivo	Servicio obligatorio remunerado con incentivos para retención en sector público.	Sistema de gestión de RHS para el aseguramiento universal en salud
Condiciones previas requeridas para su aplicación	Profesionales recién titulados en universidades peruanas	Profesionales previamente vinculados al sector público con interés en desempeño en modelo de atención integral con enfoque familiar.
Población objetivo	Todas las profesiones de la salud.	Todas las profesiones de la salud, en especial equipos básicos (médico, enfermera y matrona).
Naturaleza del incentivo	Económico y no económico	Económico y no económico
Impacto esperado	Mejorar cobertura en zonas rurales y de difícil acceso.	Cobertura universal en salud a todo el territorio peruano con enfoque de riesgo y vulnerabilidad
Nivel de implementación logrado	Implementación total pero aún en proceso de expansión	En proceso de implementación, sin evaluación de impacto disponible
Impacto real	Presencia del programa en 89% de zonas vulnerables	Se desconocen datos oficiales

Fuente: Tomado del libro Desarrollo de Esquemas de Incentivos para la Retención - Fidelización del Personal de Salud en Áreas Rurales y de Difícil Acceso

Perú es uno de los países que más ha avanzado en los últimos años en cuanto a RHS se refiere; primero estableciendo una Dirección de RHS estructurada y con capacidad instalada para planificar su personal sanitario a mediano y largo plazo, que es una de las primeras recomendaciones que hiciera la OMS; y es en ese contexto que desde hace años cuenta con el SERUMS (Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud), que es un sistema de desempeño obligatorio de un año en zonas rurales o marginales para quienes deseen acceder a cargos públicos permanentes o formación financiada por el Estado. Involucra a profesionales de la salud tales como: médicos, odontólogos, enfermeras, matronas, químico - farmacéuticos, nutricionistas, tecnólogos médicos, asistentes sociales, biólogos, psicólogos, médicos

veterinarios e ingenieros sanitarios y ha ido evolucionando paulatinamente desde unas pocas plazas remuneradas, que se sorteaban entre las categorías de establecimientos definidas por altura geográfica, presencia de caminos y distancia a centros de mayor desarrollo, las cuales además recibían bonificaciones según esos mismos criterios; hasta la situación actual donde las plazas son numerosas y dan cuenta del 89% de los distritos más vulnerables siendo entonces ahora un concurso por mérito asignando plazas con criterio de pobreza en los territorios beneficiados, manteniendo la bonificación descrita y aumentándola en especial para optar a programas de residencia.

Se trata entonces de una intervención que combina el ámbito normativo con los incentivos económicos y el apoyo



profesional y personal, toda vez que se incluye un seguro de salud general y ocupacional de cargo del empleador, el que paulatinamente ha ido mejorando al igual que su cobertura.

Recientemente el Ministerio de Salud ha iniciado además el Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud (PROSALUD) que busca garantizar la disponibilidad de trabajadores de salud en las zonas más pobres e inaccesibles, mejorar sus condiciones de trabajo y fortalecer sus capacidades. Los incentivos del programa incluyen: pagos diferenciados por quintil de pobreza y accesibilidad geográfica; puntaje adicional en los concursos públicos para plazas y becas; una estrategia de formación permanente y un programa de residencia en salud familiar y comunitaria.

Cabe destacar que los incentivos económicos involucrados han sido formalizados por la vía legal, existiendo entonces claridad en la magnitud del incentivo, así como también en cuáles son los requisitos que se deben cumplir para obtenerlo y cuáles son los establecimientos a los que les corresponde percibir estas asignaciones en función de los criterios de asignación; todos ellos definidos a través de decretos y resoluciones, que se detallan a continuación:

- ◇ Decreto Legislativo 1153/2013: que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado. Incluye una compensación por zona alejada o

de frontera, zona de emergencia, y atención primaria de salud para todos los profesionales de la salud; define claramente cuáles son los tipos de compensaciones y cuando corresponde percibir las y su ámbito de aplicación incluye a todos los ministerios y organismos públicos que tienen vínculos contractuales con personal de salud. Reconoce además que existen compensaciones no económicas, aunque no las especifica claramente, pero define que son aquellas que se utilizan para motivar o reconocer el desempeño de los profesionales en el ejercicio de su trabajo

- ◇ Decreto Supremo 15/2014: que define criterios técnicos para calificar un establecimiento como zona alejada o de frontera. Además, define cuáles serán los poblados rurales en función del porcentaje de su población dedicada a actividades primarias (mayor a 25%), más del 50% de sus viviendas sin acceso al menos a tres de los cuatro servicios básicos (electricidad, agua potable, alcantarillado, y telefonía), y distante al menos dos horas de un centro poblado no rural o una ciudad. Las zonas alejadas entonces serán aquellas a más de 6 horas de estos poblados rurales o que su ubicación sea sobre los 3800 msnm.
- ◇ Decreto Supremo 226/2014 y Resolución Ministerial 544/2014: que definen respectivamente los montos de las compensaciones por zona alejada o de frontera para los distintos profesionales de la salud; y cuáles son los establecimientos cuyos profesionales serán beneficiados



PROSALUD es una política en plena implementación que destaca como un sistema de incentivos que abarca los cuatro ámbitos, en especial aquel que como hemos revisado, da cuenta del principal factor para retener los RHS en zonas rurales y aisladas, es decir el financiero, con reglas claras y sustentadas en regulaciones explícitas

de nivel nacional. Para el futuro, entonces, el desafío es evaluar como la combinación de los SERUMS con PROSALUD dan cuenta de la cobertura universal y el desafío de implementar un modelo basado en APS, con enfoque familiar.





## Resumen incentivos Venezuela

Tabla 12. Resumen Incentivos con la República Bolivariana de Venezuela

Definición del incentivo	Convenio con Cuba de servicio profesional remunerado, a través de modelo de medicina social
Condiciones previas requeridas para su aplicación	Profesionales que han suscrito el convenio.
Población objetivo	Médicos mayoritariamente cubanos.
Naturaleza del incentivo	Económico y no económico.
Impacto esperado	Mejorar cobertura en zonas urbanas y rurales por medio de un modelo de inclusión del profesional en las comunidades
Nivel de implementación logrado	Sin datos oficiales.
Impacto real	Sin datos oficiales

Fuente: Tomado del libro Desarrollo de Esquemas de Incentivos para la Retención - Fidelización del Personal de Salud en Áreas Rurales y de Difícil Acceso

Acciones y/o estímulos desarrollados en el ámbito académico, económico y social para el ingreso y retención de estudiantes o formados en el área de la salud.

- ◇ La creación de la Universidad de las Ciencias de la Salud y su puesta en funcionamiento a partir del año 2016, ha permitido incrementar de manera exponencial la matrícula de estudiantes para la formación de profesionales para las ciencias de la salud. La característica principal de esta universidad, reviste en que está ubicada en todos los estados del país y en el 95% de los municipios de territorio nacional; acercando la formación de los estudiantes en sus comunidades.
- ◇ Asignación de becas a todos los estudiantes de la Universidad de Ciencias de la Salud. En este momento, cuenta con una matrícula de aproximadamente 60 000 estudiantes, inscritos en los siguientes programas de formación: Medicina Integral Comunitaria,

Odontología, Enfermería Integral Comunitaria, Radioimagenología, Fisiatría, Terapia ocupacional, Ortesis y prótesis.

- ◇ Se garantiza el ingreso al Sistema Público Nacional de Salud, como trabajador fijo, a todos los egresados de los programas nacionales de formación en el área de ciencias de la salud, de forma inmediata, privilegiando la asignación de una ubicación laboral cercana a su lugar de residencia.
- ◇ La formación de profesionales de cuarto nivel en especialidades y áreas de la salud, en Venezuela, es totalmente gratuita y es responsabilidad del Estado. Todos los establecimientos Sistema Público Nacional de Salud, son considerados espacios de formación de las especialidades y se imparten en las universidades públicas.
- ◇ Los cursantes de los postgrados del área de la salud ingresan como profesionales trabajadores, al



Sistema Público Nacional de salud durante su formación y reciben todos los beneficios de ley.

- ◇ • Asignación de bonos económicos, a través del Sistema de Protección Social (Sistema Patria). Un pago mensual, denominado Protectores de la Salud para los trabajadores

del área de la salud.

- ◇ El Estado Venezolano, asegura la continuidad en la carrera asistencial a todos los egresados, cuando terminan su formación de cuarto nivel y la clasificación inmediata al cargo de Especialista I.





# **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Las conclusiones se plantean en relación con cada una de las subcategorías de la matriz de análisis:

- 1- Desde el contexto internacional, en la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, el deterioro de las condiciones económicas de los hogares, con el consiguiente aumento de la inseguridad alimentaria, podría forjar un círculo vicioso de pobreza y mal estado de salud y esto puede afectar negativamente a las poblaciones de zonas ya caracterizadas, como subatendidas antes de la pandemia, así como a la asignación de recursos y estímulos para los RHS que trabajan en ellas. Esto constituye una amenaza para la decisión de trabajar y permanecer en zonas subatendidas.
- 2- La salud y los RHS, como consecuencia de la pandemia, han cobrado importancia en el contexto internacional y en cada uno de los países, por lo tanto, sería recomendable aprovechar esta coyuntura para fortalecer la atención de la salud en zonas subatendidas. Esto muestra que el contexto nacional actual en los países andinos constituye una oportunidad para la decisión de trabajar y permanecer en zonas subatendidas.
- 3- Si la percepción de la comunidad sobre lo que puede esperar de los RHS coincide con la percepción de estos sobre lo que deben y pueden ofrecer a la comunidad las relaciones se potencian, caso contrario se fracturan. Si las percepciones de ambos sobre el grado y tipo de participación de la comunidad y lo que la comunidad puede y debe ofrecer a los RHS, coinciden o difieren, ocurre lo mismo que en el caso anterior. El ambiente social puede ser portanto una oportunidad o una amenaza para la oportunidad de trabajar y permanecer en zonas subatendidas.
- 4- El conflicto trabajo-familia puede verse generado por una serie de factores. Desde el punto de vista laboral, pueden considerarse como influyentes las características de la tarea y del horario de trabajo, los estresores de rol, las aspiraciones laborales y la relevancia del trabajo, entre otros. Por tanto, las políticas enfocadas a la permanencia del personal en el sistema de salud deben considerar también la conciliación entre la vida laboral y la vida familiar.
- 5- La calidad de vida laboral se encuentra directamente relacionada con la satisfacción laboral, teniendo repercusión no solo en el individuo, sino también en la organización, debido a que es sabido que un aumento en la calidad de vida de los trabajadores tiene consecuencias positivas para las organizaciones, en términos

de compromiso organizacional, motivación y satisfacción por parte del sujeto

- 6- La exposición a estrés y brechas entre lo que yo quería ser y lo que soy o lo que he logrado, genera riesgos para la estabilidad emocional generando posibilidades de desarrollo de depresión, la cual implica autopercepción de minusvalía, el ambiente individual no satisfactorio, puede ser una amenaza para la elección y permanencia en zonas subatendidas.
- 7- La oferta de condiciones de trabajo, vida y desarrollo profesional va más allá de las competencias y posibilidades del sector salud y depende de la toma de decisiones políticas que están en manos de otros ministerios; por ello desde la organización regional se debe desarrollar un plan y presentarlo de una forma que permita ganar los corazones y mentes de las autoridades de los ministerios involucrados en un compromiso por la vida, se debe incorporar a las zonas subatendidas en las agendas de desarrollo de cada uno de los países, se deben generar alianzas con aquellos funcionarios que mayor sensibilidad demuestren frente al problema.
- 8- La caracterización de la población que respondió las encuestas, y trabaja en zonas subatendidas, muestra que son mayoritariamente mujeres, adultos jóvenes, médicos o personal de enfermería, con contratos temporales y con pocos años de trabajo, y que estas personas no asumen el trabajo en estas zonas como algo permanente sino como una etapa para proyectarse hacia “mejores trabajos con mejores condiciones”.
- 9- El origen de clase no determina la selección de la zona subatendida como lugar de trabajo, el factor de que se pueda elegir el lugar, sumado a los incentivos para la permanencia en el mismo, políticas de apoyo a la dotación de viviendas, unificación familiar, entre otras posibles medidas, parecen constituirse en elementos a considerar con miras a garantizar la permanencia en las zonas a la fecha subatendidas.
- 10- Es necesario considerar los valores personales y profesionales, como base de la capacitación para brindar una atención de calidad y con calidez en los diversos equipos de salud.
- 11- La perspectiva de equidad de género aparece como factor importante en las preguntas referidas a cargos y lugares apropiados para hombres o para mujeres. Sin embargo, con relación a los lugares se habla de discriminación positiva hacia las mujeres sobre todo por su rol materno y familiar. También indican que hay lugares que por su inseguridad o dificultad de acceso son considerados más apropiados para hombres que para mujeres.
- 12- Un poco más de la mitad de los trabajadores de las zonas

subatendidas, que tienen hijos, han tenido que dejarlos en otro lugar.

- 13- Contar con centros educativos adecuados parece ser un factor a considerar dentro de los factores para un ambiente familiar adecuado para los RHS en las zonas subatendidas.
- 14- La seguridad también constituye un factor importante para tener un ambiente familiar adecuado, este aspecto aparece más claramente en relación con el ambiente laboral.
- 15- Tener condiciones de bienestar adecuadas y redes de apoyo son factores importantes para la tranquilidad del RHS en todas las zonas, pero especialmente para el que trabaja en zonas subatendidas.
- 16- La prevención del acoso y violencia es uno de los aspectos a considerar para el logro del bienestar de los RHS en su ambiente laboral.
- 17- Los aspectos como condiciones de trabajo y de vida marcados con mayor frecuencia son: Clima laboral bueno y trabajo en equipo; Estabilidad en el puesto, Contar con vivienda adecuada; Sistema de comunicación en buen estado, Que existan condiciones de seguridad y protección para el RHS; Mobiliario y equipamiento apropiado al nivel y funcionando, todos influyen en la elección de las zonas subatendidas como lugar de trabajo.
- 18- Los factores más importantes con relación a los aspectos profesionales, según las respuestas son: Poder acceder a becas para especialización, Poder acceder a carrera Funcionaria, y Que el cargo les dé acceso a espacios de formación profesional.
- 19- Los incentivos económicos son muy importantes como factores para la elección y permanencia de los RHS en zonas subatendidas.
- 20- Existe un conjunto de incentivos que se refieren a la satisfacción de las necesidades básicas, el acceso a servicios y condiciones de vida y seguridad; y la necesidad de oportunidades de crecimiento profesional que además de los económicos deben tomarse en cuenta para la permanencia de los RHS en zonas subatendidas.
- 21- Con relación al servicio social obligatorio se identifican entre los factores más importantes para mejorarlo, los que tienen que ver con aspectos económicos como bono, salario, incentivos o estímulos económicos. Otro grupo referidas a acceso a servicios como vivienda, alimentación, transporte y otros beneficios materiales en favor del RHS. También beneficios no materiales como capacitación, especialización, estabilidad en el cargo, experiencias nuevas, atención a la salud mental y necesidades psico-afectivas. En otro grupo, el mejoramiento de la infraestructura, equipamiento e insumos para el

**CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LOS  
PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD**

Posibilidades de elección de su desempeño en zonas  
subatendidas

establecimiento de salud. También la organización del personal y su relacionamiento con la comunidad y apoyo de las autoridades locales. Finalmente, los referidos específicamente al funcionamiento

del servicio social, como no obligatoriedad, remuneración en todos los casos, duración, que este realmente orientado al área rural y otras.



# **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Bustos, Verónica (2019). Operativización de la Política Andina de Recursos Humanos para la salud. Lima: CONHU.
- Ceballos-Vásquez P, Solorza-Aburto J, Marín-Rosas N, Moraga J, Gómez-Aguilera N, Segura-Arriagada F, Andolhe R. (2019). Perceived stress among primary health care workers. *Ciencia y enfermería* [Internet] 2017. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532019000100204>
- CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2021). Panorama Social de América Latina, 2020. LC/PUB.2021/2-P/Rev.1.
- CIDOB - Barcelona Centre for International Affairs (2020). notes internacionales 243 diciembre 2020 el mundo en 2021: diez temas que marcarán la agenda internacional.
- CIDOB - Barcelona Centre for International Affairs (2021). notes internacionales 265 diciembre 2021 EL MUNDO EN 2022: diez temas que marcarán la agenda internacional.
- Consejo internacional de enfermeras (2008). Federación farmacéutica internacional, Federación odontológica mundial, Asociación médica mundial, Federación internacional de hospitales, Confederación mundial de fisioterapia. Directrices: Incentivos para los profesionales de atención de salud.
- Cristián Pliscoff V. La estructura del Poder Ejecutivo en Chile: historia, presente y reflexiones para el futuro. Universidad de Chile, 2018.
- De Geyndt Willy (1983). Atención primaria de salud en zonas urbanas y rurales de los países en desarrollo: semejanzas y diferencias. *Bol Of Sanit Panam* 94(5), 1983. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17066/v94n5p441.pdf?sequence=1>
- Desarrollo de Esquemas de Incentivos para Retención - Fidelización del Personal de Salud en Áreas Rurales y de Difícil Acceso la Serie de estudios multipaís N°5 Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue - Lima: ORAS-CONHU- OPS OMS ;2015.
- Estrés laboral y autopercepción de la salud en médicos y enfermeras del área de emergencia en Riobamba, Ecuador. Occupational stress and self-perception of health in doctors and nurses in the emergency area in Riobamba, Ecuador. Jenny Lilian Lucero Tapia, Gustavo Amilcar Noroña Vargas, Jose María Velazco Ibarra, Tena, Napo, Ecuador.
- Fabiola Ríos Heldta, Luisa Schonhaut Bermanb, Atención Primaria de Salud: Factores de Desmotivación y Estabilidad de Médicos Generales REV CLÍN MED FAM 2009;2 (8): 378-385.
- Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela (2016, julio 13). Decreto W 2.378, mediante el cual se dicta el Decreto Sobre Organización General de la Administración Pública Nacional. Caracas, miércoles 13 de julio de 2016 N° 6.238 Extraordinario.
- Garzón Hernández Carolina (2018). Cómo se afecta la autopercepción

- del desempeño laboral en hombres empleados de la ciudad de Santiago de Cali con la paternidad de su primer hijo/hija?.
- Giesecke, M. (2020). Elaboración y pertinencia de la matriz de consistencia cualitativa para las investigaciones en ciencias sociales. Desde el Sur, 12(2), pp. 397-417.
- INE – Instituto Nacional de Estadística (2021). “Perú: Estado de la Población en el año del Bicentenario, 2021”l, Perú.
- Jiménez Figueroa, Andrés, Bravo Castillo, Camila, & Toledo Andaur, Bárbara. (2020). Conflicto trabajo-familia, satisfacción laboral y calidad de vida laboral en trabajadores de salud pública de Chile. Revista de Investigación Psicológica, (23), 67-85. Recuperado en 03 de febrero de 2023, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-30322020000100006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322020000100006&lng=es&tlng=es).
- Lucio, Ruth, Villacrés, Nilhda, & Henríquez, Rodrigo. (2011). Sistema de salud de Ecuador. Salud Pública de México, 53(Supl. 2), s177-s187. Recuperado en 06 de febrero de 2023, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800013&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013&lng=es&tlng=es).
- Ministerio de Salud Pública Ecuador (2021). IX Foro Andino de Salud y Economía, por la garantía del derecho a la salud mejoremos el financiamiento de los sistemas de salud, 021 N.
- OIT - Organización Internacional del Trabajo (2018). Remuneraciones, costos extra salariales y renta imponible en los países andinos. Lima: OIT, Oficina de la OIT para los Países Andinos, 88 p.
- OIT – Organización Internacional del Trabajo (2020, 18 de marzo). Observatorio de la OIT, 1ª edición El COVID-19 y el mundo del trabajo: Repercusiones y respuestas.
- OMS - Organización Mundial de la Salud (2011). Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención Recomendaciones mundiales de política.
- OMS - Organización Mundial de la Salud (2018, 31 de agosto). 56.o Consejo Directivo 70.a Sesión del comité regional de la OMS para las Américas Washington, D.C., EUA, del 23 al 27 de septiembre del 2018 Punto 4.6 del orden del día provisional CD56/10, Rev. 1.
- OPS - Organización Panamericana de la Salud (2013). Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos: retos y perspectivas en los países de la región andina / Organización Panamericana de la Salud. Lima: OPS.
- OPS – Organización Panamericana de la Salud (2021). Informe anual 2020. La salud universal y la pandemia Sistemas de salud resilientes Chile OPS, Chile, 2021.
- OPS – Organización Panamericana de la Salud (2021, 24 de septiembre) 59.o CONSEJO DIRECTIVO 73.a sesión del comité regional de la OMS para las Américas Sesión virtual, del 20 al 24 de septiembre del 2021.
- OPS – Organización Panamericana de la Salud (2021, 3 de agosto). Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023.
- ORAS-CONHU - Organismo Andino

- de Salud Convenio Hipólito Unanue (2019). Feminización y monitoreo de la práctica laboral en la profesión médica en la subregión andina – Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Lima: ORAS-CONHU; 2019.
- ORAS-CONHU - Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (2018). Política Andina de Recursos Humanos en Salud. Lima: ORAS-CONHU.
- Paradas, Mario (2019). Competencias de los profesionales médicos que se desempeñan en el primer nivel de atención de los países andinos. Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue. Lima: ORAS-CONHU; 2019.
- Ramírez Escalante EK. (2020). Estrés laboral y cuidado humanizado en personal de enfermería de un hospital de Guayaquil en Tiempos COVID-19. Universidad Cesar Vallejo, Guayaquil, Guayas, Ecuador. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/56889>
- Revista Cubana de Reumatología. 2020;23(1):e225 12.
- Rodríguez, Juan (2021, noviembre 16). Salud en el Perú 2021-2026: ¿Hacia dónde vamos? ESAN Bussines. <https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/salud-en-el-peru-2021-2026-hacia-donde-vamos>
- Santander Trade Market (2023, enero). Chile: política y economía. [HTTPS://santandertrade.com/es/portal/analizar-mercados/chile/politica-y-economia](https://santandertrade.com/es/portal/analizar-mercados/chile/politica-y-economia)
- Wilson Sauñe-Oscoco, Carmen E. Bendezú-Sarcinesa, Olinda Oscoco-Torres (2012). Condiciones Laborales Y Nivel De Estrés En Enfermeros De Un Hospital Público Peruano. Rev. méd. panacea 2012; 2(3):91-94.



ORGANISMO ANDINO DE SALUD  
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Av. Paseo de la República 3832 San Isidro.  
Piso 3. Teléfono: (0051-1) 6113700  
[contacto@orasconhu.org.pe](mailto:contacto@orasconhu.org.pe)  
<http://www.orasconhu.org>

-  Organismo Andino de Salud
-  @orasconhu
-  Organismo Andino de Salud
-  Organismo Andino de Salud