



# MONITOREO DE MERCADOS DE TRABAJO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA REGIÓN ANDINA

Estrategias de incorporación y retención del personal médico en áreas subatendidas

### Comité editorial

Dra. Nila Heredia Miranda, Secretaria Ejecutiva del ORAS - CONHU

Dr. Jorge Jemio Ortuño, Secretario Adjunto del ORAS – CONHU

Od. Mg. Verónica González, Consultora responsable del estudio “Investigación y monitoreo de mercados de trabajo actuales y sus posibles perspectivas, aplicando una perspectiva de género como insumo para el diseño de estrategias de incorporación y retención de médica/os en áreas subatendidas de la Subregión Andina”

### Coordinación de Publicación

Lic. Yaneth Clavo, Encargada de Comunicaciones

---

©ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2019

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 – Perú

Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700

<http://www.orasconhu.org> [contacto@conhu.org.pe](mailto:contacto@conhu.org.pe)

Impreso en:

Primera Edición.

---

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Se agradece la contribución financiera de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para el desarrollo de esta publicación. Los puntos de vista u opiniones contenidos en ella son exclusivos de los autores y no representan necesariamente los de la OPS/OMS.

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley.



**ORGANISMO ANDINO DE SALUD  
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE  
2019**

**Dra. Lilly Gabriela Montaña Viaña**  
Ministra de Salud de Bolivia

**Dr. Jaime Mañalich Muxi**  
Ministro de Salud de Chile

**Dr. Juan Pablo Uribe Restrepo**  
Ministro de Salud y Protección Social de Colombia

**Dra. Catalina Andramuño Zeballos**  
Ministra de Salud Pública del Ecuador

**Dra. Elizabeth Zulema Tomas Gonzáles**  
Ministra de Salud del Perú

**Dr. Carlos Humberto Alvarado González**  
Ministro del Poder Popular para la Salud de Venezuela

**SECRETARÍA EJECUTIVA**

**Dra. Nila Heredia Miranda**  
Secretaria Ejecutiva

**Dr. Jorge Jemio Ortuño**  
Secretario Adjunto

# ÍNDICE

The background features abstract geometric shapes. A large white triangle is positioned in the upper right. Below it, a purple trapezoidal shape extends towards the center. To the right of this, a vertical purple rectangle is partially visible. The bottom right corner is dominated by a solid blue area. On the left side, there are overlapping purple and blue shapes that appear to be part of a larger geometric composition.

PRESENTACIÓN..... 6

1 INTRODUCCIÓN..... 8

2 ANTECEDENTES..... 10

3 JUSTIFICACIÓN..... 13

4 OBJETIVOS..... 15

5 MARCO CONCEPTUAL..... 17

6 DISEÑO METODOLÓGICO..... 22

7 RESULTADOS..... 26

8 CONCLUSIONES..... 65

BIBLIOGRAFÍA..... 66

ANEXOS..... 68

# PRESENTACIÓN

The background features several overlapping, semi-transparent purple geometric shapes. A large, dark purple shape is positioned in the upper right, while a lighter purple shape is in the lower right. A dark purple shape also extends from the bottom left towards the center. The shapes create a sense of depth and modern design.

Las modificaciones demográficas en número, esperanza de vida, sobrevivencia, las migraciones, el desarrollo científico tecnológico, las modificaciones en el perfil epidemiológico, entre otros, obliga a los ministerios de salud y la seguridad social a revisar sus procedimientos en la administración de los recursos humanos, para hacerla más dinámica y coherente con las necesidades de la población, versus las particularidades del ejército de recursos humanos disponibles y necesarios, incorporando entre las características actuales la fuerte feminización en las filas de profesionales médicos en todas las áreas de la profesión.

Conocer las percepciones y razones para la elección de los puestos y lugares de trabajo, para la elección de la especialización, la movilidad interna de los profesionales médicos, particularmente de las médicas que, en razón a la creciente feminización de la práctica laboral médica, induce a ampliar y complementar el estudio “Feminización de la Práctica Laboral Médica” realizado por nuestra institución, el ORAS - CONHU, publicado en impresión separada.

Por la complejidad del tema, el presente estudio busca “Explorar y analizar con perspectiva de género, generacional y territorial las voces de médico/as, los imaginarios que intervienen en su elección de especialidad, de lugar del ejercicio profesional y los estímulos que les harían optar por una eventual migración a zonas desatendidas.”, los resultados obtenidos sin duda son un insumo que por su importancia, las instituciones podrán definir estrategias, que respetando los derechos de los recursos humanos de la salud, mejore la gestión de los recursos humanos a través de “políticas y acciones tendentes a mejorar los sistemas públicos de salud, así como el desarrollo de indicadores que permitan monitorear los mercados de trabajo ante el fenómeno de la feminización del RHUS.”

Sin duda, el acceso universal a la salud y cobertura, pone en tensión toda la estructura y mecanismos de gestión de los ministerios de salud, exigiendo la atención en los recursos humanos que se encuentran en las redes del sistema de salud, que además de la cantidad hay factores de fundamental importancia que atender para lograr los resultados buscados, de esta manera el estudio que se presenta Monitoreo de los mercados de trabajo actuales y sus posibles perspectivas, se torna en un documento de importancia para autoridades, gestores de salud e instituciones formadores de profesionales para la salud, y se constituye con seguridad en un aporte de particular importancia del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU).

*Dra. Nila Heredia Miranda*  
Secretaria Ejecutiva  
ORAS - CONHU



# 1 INTRODUCCIÓN ▶

En la “Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud”, aprobada por los gobiernos de las Américas en la 29<sup>ava</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre del 2017, puede resaltarse la fuerte preocupación por el limitado avance en el campo de la fuerza laboral en salud como un factor restrictivo a los avances de la Salud Universal y la necesidad de revisar las perspectivas con las que esta problemática se analiza incluyendo abundantes referencias a la perspectiva de género.

En este contexto, es imprescindible la inclusión del enfoque de género para el estudio del mercado laboral del sector salud teniendo en cuenta, sobre todo, la tendencia a un aumento de la feminización de la fuerza laboral en este campo.

Definimos operativamente feminización como un proceso que comienza con el ingreso de mujeres en una práctica, profesión o especialidad definida hasta ese momento como exclusivamente masculina, obligando a negociar algunas adecuaciones de las condiciones de trabajo y al recorrido que se extiende hasta el momento en que la proporción de mujeres supera el 50 % de esa práctica, profesión o especialidad, circunstancia en la que gana el derecho pleno de redefinir integralmente los procesos de trabajo con perspectiva de género. (C. Grigoriu, 2018)

En relación al estudio de los aspectos estructurales del mercado laboral del sector salud -la formación, las competencias, el desempeño, la carrera profesional y las condiciones de trabajo- o los aspectos emergentes sobre especialización, migraciones laborales, distribución geográfica, dotación territorial y flexibilización laboral, debe referirse en todos los aspectos a un conjunto formado en su mayoría por mujeres trabajadoras de todas las categorías profesionales, que son las que mayoritariamente se forman, especializan, migran, padecen el deterioro de las condiciones de trabajo, se organizan y resisten (Rovere, 2006).

Por lo tanto, parece necesario ir más allá de la tensión que se cuantifica a través de las proporciones de cargos, incluyendo los jerárquicos. A través de los debates de género se podrían visibilizar las contradicciones de sociedades injustas, descubriendo una trama de discriminaciones, de ordenamientos jerárquicos y disciplinarios más difíciles de visualizar que los propios conflictos de clase (Rovere, 2006).

En diferentes proporciones, la feminización de la medicina afecta los países de la Subregión Andina: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. La migración a países denominados desarrollados y la precarización de las relaciones laborales podrían ser aún más profundas, a lo que se suma también el incremento de la matrícula y la fuerza laboral médica femenina.

La mirada desde la perspectiva de género supone una mirada diferente respecto a las problemáticas del sector salud, vividas desde otra subjetividad, que mejore la calidad y la calidez de los servicios, que modifique favorablemente las condiciones de inequidad, que estructure nuevas formas de trabajo y que, a su vez, proteja la salud de la fuerza laboral en dicho sector.



# 2 ANTECEDENTES



A partir de la Reunión Regional de Recursos Humanos para la Salud: “*Los equipos de salud frente a nuevos y renovados desafíos*”, realizada en Buenos Aires en agosto de 2015 (Toronto+10), se viene otorgando particular importancia a la perspectiva de género tanto en el diagnóstico como en las propuestas tendentes a lograr una Salud Universal<sup>1</sup>. En dicha reunión, organizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Ministerios de Salud, instituciones educativas y otros ministerios públicos de la Región de las Américas, luego de haberse presentado y debatido las principales experiencias de países en torno a las orientaciones estratégicas para la construcción de una nueva agenda de recursos humanos en salud post 2015, se acordó dedicar una atención particular a la readecuación de los contratos y condiciones de trabajo con una perspectiva de equidad de género, frente a la feminización de las profesiones de la salud. Se destacó que ante este fenómeno es necesario contemplar las necesidades y especificidades del ingreso de las mujeres al mercado de trabajo, multiplicando los esfuerzos por prevenir la violencia institucional y adecuar horarios, sistemas de guardias y ambiente laboral a sus necesidades y preferencias.

Asimismo, en la 29a Conferencia Panamericana Sanitaria se adoptó la *Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud*, aprobada por el Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 2017<sup>2</sup>. La misma, considera la creciente feminización de los recursos humanos en el sector salud y recomienda incorporar una perspectiva de género y atender las necesidades de las trabajadoras en los nuevos modelos de organización y contratación en los servicios de salud:

“ *La presente Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud se basa en los principios rectores del derecho de todas las personas al goce del grado máximo de salud, la equidad y la solidaridad, y en el rol central que los recursos humanos de la salud tienen para superar de manera progresiva las barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización, étnicas y de género para que todas las comunidades puedan acceder de manera equitativa y sin discriminación a servicios integrales de salud que sean adecuados, oportunos y de calidad.*

*Incorporar la **perspectiva de género**, así como las necesidades de las trabajadoras en los nuevos modelos de organización y contratación en los servicios de salud, considerando la creciente feminización de los recursos humanos en el sector.*

*Regular la calidad de la formación para los profesionales de la salud a través de sistemas de evaluación y de acreditación de carreras e instituciones formadoras, cuyos estándares prioricen el conocimiento científico-técnico junto a criterios de competencias sociales en el perfil de los egresados y el desarrollo de programas de aprendizaje contextualizados, promoviendo la participación activa de todas las personas que están en proceso de formación, en todos los niveles. Dichas competencias deben ser culturalmente*

<sup>1</sup> Documento recuperado en: <https://www.observatoriorh.org/reunion-regional-de-recursos-humanos-para-la-salud-los-equipos-de-salud-frente-nuevos-y-renovados>

<sup>2</sup> Documento recuperado en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=29-es-9250&alias=41533-csp29-10-s-533&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=41533-csp29-10-s-533&Itemid=270&lang=es)

*apropiadas, con enfoque de género, y ofrecer respuestas para la resolución adecuada y socialmente aceptable de los problemas de salud de los diversos grupos poblacionales.*

*Dotar de perspectiva de género, al igual que velar por las necesidades de las trabajadoras, en los nuevos modelos de organización y contratación en los servicios de salud, considerando la creciente feminización de los recursos humanos en el sector de la salud. ))*

La incorporación de estas recomendaciones profundiza la agenda con múltiples referencias que vienen a revertir una omisión de la Declaración de Toronto. La adopción de esta estrategia por todos los gobiernos de la Región de las Américas, incluyendo obviamente los seis países de la Subregión Andina, requieren una traducción concreta para operativizar mecanismos y dispositivos y poder incorporarse a las políticas nacionales de recursos humanos.

El presente trabajo intenta ser un aporte concreto a esa búsqueda, promoviendo estudios nacionales y subnacionales a efectos de refinar las intervenciones tendentes a garantizar una fuerza laboral adecuada ofreciendo equipos de salud interdisciplinarios calificados y motivados en todo el territorio, sin zonas subatendidas y sin dejar a nadie atrás, tal como acuerdan los Objetivos de Desarrollo Sustentable 2030<sup>3</sup>.

<sup>3</sup>Documento recuperado en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>



# 3 JUSTIFICACIÓN



Existen múltiples afirmaciones que soportan y justifican la investigación de la feminización de la medicina y profundizan la pertinencia del proyecto planteado: en principio, prevalece un problema de distribución inequitativa de recursos humanos en salud (RHUS), más específicamente de médico/as, en términos geográficos y en la formación por especialidad. Paralelamente, los estudios y las cifras demandan una pronta actualización, de manera tal que permita identificar la situación en cuanto a la densidad de médico/as, y observar el desarrollo en el tiempo del fenómeno de las movilizaciones entre lugares de desempeño, así como entre sectores y niveles del sistema. También se ha detectado, según estudios anteriores, que hay escasez de información desde las voces de las personas, en este caso de los/las profesionales de la salud.

La radicación de profesionales de salud, en especial de médicos y médicas en zonas desatendidas, es uno de los principales desafíos en la Región Andina, en América Latina y en el mundo.

Mientras los estímulos y alicientes pensados en el pasado han tenido una mediana eficacia con avances y con retrocesos, se perciben cambios en las expectativas de los profesionales jóvenes, incluyendo una importante transición demográfica en lo que hace al incremento de la proporción de mujeres graduadas.

Este fenómeno puede constituir un nuevo desafío, así como una nueva oportunidad para alcanzar los objetivos de cobertura y accesibilidad para todas las personas en todos los territorios.

Mientras los problemas de salud se multiplican, cambian y se complejizan, los recursos no se incrementan en forma proporcional, obligando a fijar prioridades, entre ellas la inversión en la fuerza laboral, uno de los rubros de mayor peso en los presupuestos de salud.

La perspectiva de género puede, entre otros abordajes, ayudar a refinar las medidas y a encontrar caminos más eficaces que se combinen para hacer atractivos los puestos de trabajo, a sabiendas que en las opciones profesionales de los jóvenes médicos/as se sopesan muchos factores que no son reducibles al valor del salario de bolsillo.

Aunque los estudios sobre cambios en la demografía profesional requieren ser ajustados a cada realidad nacional y subnacional, concretar un estudio de carácter subregional puede ayudar a caracterizar problemáticas compartidas y a estimular estudios similares de menor amplitud, aunque de mayor profundidad.

# 4 OBJETIVOS



## Objetivo General

Explorar y analizar con perspectiva de género, generacional y territorial, las voces de médico/as, los imaginarios que intervienen en su elección de especialidad, de lugar de ejercicio profesional y los estímulos que les harían optar por una eventual migración a zonas desatendidas, para producir, a partir de datos primarios y secundarios, insumos para el diseño de políticas y/o acciones tendientes a mejorar los sistemas públicos de salud, así como el desarrollo de indicadores que permitan monitorear los mercados de trabajo ante el fenómeno de la feminización del RHUS.

## Objetivos Específicos

Indagar desde las voces de los médico/as las representaciones sobre el sector público del sistema de salud, factores que inciden en la especialización o no especialización, elección de especialidad, de lugar de desarrollo profesional (ámbito, nivel, sector) y los estímulos para optar por la migración a zonas desatendidas.

Sistematizar la información disponible en relación a legislación y políticas de cada uno de los países de la Subregión Andina que abordan la feminización del RHUS para la mejora de los sistemas públicos de salud.

Mapear la información disponible sobre el mercado laboral de medicina en los diferentes niveles de atención del sector público de salud y seguridad social, considerando ámbito (rural/urbano), especialidades (quirúrgicas/clínicas), tipo de contratación y ocupación de cargos jerárquicos, para contrastar esa información con las representaciones de los médico/as, en función de sus intereses, motivaciones y necesidades.

Generar una propuesta de datos y criterios para la gestión del personal profesional médico del sistema público de salud en el marco de una creciente feminización del RHUS, que tome en cuenta las motivaciones y necesidades de las médicas.

Diseñar indicadores que permitan monitorear los mercados de trabajo ante el fenómeno de la feminización del RHUS, que tomen en cuenta las dinámicas de las migraciones internas y externas de la/os profesionales médica/os, que puedan incluirse en un Observatorio Andino de Recursos Humanos en Salud a partir de datos primarios y secundarios provistos por los nodos actuales y potenciales del sistema

# 5 MARCO CONCEPTUAL



La feminización del trabajo es un concepto que, cada vez más, está formando parte de los análisis económicos del mercado de trabajo vinculados al contexto económico global actual (Morini, 2014). Existe una tendencia que indica no solo un aumento en términos cuantitativos, sino en los relacionados con las condiciones de este trabajo, las contribuciones a la economía global y su carácter paradigmático (Castells, 2002).

Lo paradigmático está definido por el llamado trabajo asalariado, en contraposición al “trabajo doméstico”, que, aun siendo una forma de trabajo, en la actualidad es incipientemente reconocido como tal. Algunos autores han clasificado las tareas que se realizan en el espacio doméstico. Durán (1990) las clasifica en: tareas de reproducción (biológicas), tareas de ejecución (limpieza, alimentación, vestido), tareas de gestión (administración, mercadeo) y tareas de socialización y atención afectiva (cuidado de niños, enfermos y adultos mayores). Esto se pone en evidencia cuando es expresado por medio del dinero y en un contexto de feminización del trabajo asalariado, ¿quién se ocupa de las tareas domésticas?:

“La mujer comparte daños y angustias similares a las del hombre, pero luego, al salir del trabajo tiene que transportarse angustiosamente a casa para iniciar su segunda jornada, la del trabajo doméstico, donde está expuesta también a problemas del proceso laboral y psíquicos.”

Jaime Breilh (1991)

Entonces, aquellas tareas domésticas definidas como de socialización y atención afectiva se incorporan dentro de las nuevas formas de usufructo capitalista, y dado que son prácticas histórica y socialmente impuestas a la mujer, quién sino la mujer va a estar destinada a la extensión de estas prácticas, pero dentro de las leyes del mercado en sociedades patriarcales (James, 1989).

Al interior del sector salud, también se han definido categorías que explican este fenómeno, el autor brasileño Emerson Merhy en el libro *Salud: Cartografía del trabajo vivo*, plantea la existencia de nuevos territorios tecnológicos no materiales y los define como tecnologías blandas. Se refiere a aquellos procesos relacionales, de encuentro entre el personal de salud y el usuario, que le permiten escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos y cuidar del mismo (Merhy, 2006).

La práctica médica, limitada a algunas de sus funciones y concretamente expresada en ciertas especialidades clínicas vinculadas con el cuidado, está relacionada con la transformación histórica de los procesos de producción económica, aunque no existe una determinación causal debido a la autonomía del quehacer médico (García, 1977).

Por su parte, Belmartino (1990) define el mercado de trabajo médico como la relación entre la oferta y la demanda de profesionales calificados para el ejercicio de la medicina. Esta relación se explica por las características de cada sociedad en tanto procesos sociales, de formación (educación médica) y de la práctica médica en sí. No obstante, tal como quedó expresado anteriormente, estos procesos están sometidos a un conjunto de determinaciones sociopolíticas, económicas e ideológicas, conformando un campo complejo en el que no siempre el recurso humano se adecúa a las necesidades de producción de los servicios de salud.

En este sentido, Mario Rovere (2006) define el rol de las corporaciones profesionales: “*cuidan de modo prioritario sus vínculos y su influencia sobre las instituciones formadoras que acreditan a los nuevos miembros para ‘garantizar medidas en interés de la profesión’.* En cambio, parece más débil la influencia que las corporaciones (colegios o gremios) logran ejercer sobre la práctica profesional misma, aunque existen múltiples ejemplos de profesiones que han logrado recursos legales muy favorables, como regímenes de trabajo especiales, monopolio de una determinada práctica, colegiación obligatoria, etcétera”.

A su vez, políticas de corte neoliberal han provocado un deterioro de las condiciones laborales en el campo de la salud, generando un incremento del pluriempleo. Así es que entre los sectores público y privado, se van compensando falencias de unos y otros, con mejores salarios y condiciones de trabajo en el sector privado, con protección social y otros beneficios en el sector público (OPS, 2012).

Por otro lado, las características de un mundo cada vez más complejo y globalizado nos alerta sobre los fenómenos migratorios y los fenómenos sustitutivos en aquellas funciones de producción más inestructuradas, que hacen que no pueda responderse a un patrón normativo sobre dimensionamiento de la oferta y la demanda de la fuerza laboral en salud, tal como los que en el pasado se hablaba de un médico cada mil habitantes.

Los estudios de mercado de trabajo apelando a la demografía de las diversas profesiones de un sector determinado se popularizaron en el sector salud desde la década de los 80's con diversos estudios, desde los más genéricos y ambiciosos -generalmente apoyados en información censal- hasta los más específicos, recortando universos más pequeños en términos de profesión, territorio, subsector, etc.

La **perspectiva de género** es una categoría analítica que acoge a todas aquellas metodologías destinadas al estudio de las construcciones culturales y sociales propias para los hombres y las mujeres, que identifican a lo largo de cada momento histórico lo femenino y lo masculino con el trasfondo de la desigualdad entre géneros en todas las clases sociales. Se le denomina también “enfoque de género”; aun cuando existen imprecisiones en el uso de estos términos, su origen y/o generalización se adjudican al documento emanado de la Cuarta Conferencia sobre la Mujer, celebrada en Pekín en 1995, instancia internacional en la que se utilizó como una herramienta estratégica para promover la igualdad entre mujeres y hombres.

Los estudios cuantitativos de gran escala comenzaron a complementarse con estudios cualitativos sobre grupos específicos, intentando integrar aquellas dimensiones más difíciles de aquellas que hacen a la complejidad de las elecciones profesionales en donde pesa el salario de bolsillo, pero a veces, del mismo modo o más, aquellos componentes del salario indirecto como estabilidad, carrera profesional, oportunidades de capacitación, vivienda, educación para los hijos, trabajo para el cónyuge, vacaciones, licencias por maternidad, etc. La preparación de ofertas atractivas para cada generación profesional cambia paulatinamente, de manera tal que nuevas demandas, como señal de acceso a Internet, facilidades de telemedicina e interconsultas, pueden incidir y mucho en la decisión final.

### **Definiciones teóricas**

**Representaciones sociales:** se refieren a los conocimientos específicos y los saberes del sentido común que orientan la acción, la comunicación y la comprensión del entorno social, material o

ideal. Se ubican en un punto de intersección entre lo psicológico y lo social. Las representaciones posibilitan al sujeto una respuesta de manera natural y sistematizada que es, al mismo tiempo, una forma de respuesta social ante dicho fenómeno o problema (Jodelet, 2008).

Identificar la “*visión del mundo*” que los individuos o grupos utilizan para proceder o tomar posición es indispensable para comprender la dinámica de las representaciones sociales y elucidar la determinación de las prácticas sociales (Abric, 2001).

Según Jodelet (2008) existen tres condicionantes de las representaciones sociales: el contexto, el género y las fuentes de información sobre las cuales se conforma el tipo de representación.

**Cultura organizacional:** Abravanel y colaboradores (1992) afirman que la cultura organizacional está ligada íntimamente a tres componentes:

- Un sistema socioestructural, en el que interactúan las estructuras formales, las estrategias políticas, los procesos gerenciales y los elementos auxiliares de la vida con el funcionamiento organizacional (objetivos, metas, estructura jerárquica y de poder, mecanismos de control, motivación, incentivos, recompensas, procesos de selección, reclutamiento y formación).
- Un sistema cultural, que está compuesto por los aspectos propios de la expresión y el afecto en un sistema colectivo de significados: los mitos, las ideologías y los valores. Así mismo, reúne artefactos culturales, tales como: ritos, ceremonias y costumbres; metáforas, acrónimos, léxicos y eslóganes; cuentos, leyendas y folclor organizacional; emblemas, arquitectura. Es un sistema dinámico que es influido por la sociedad que lo rodea, por la historia de la organización y por los diversos factores de contingencia. Evoluciona en la interacción entre elementos culturales y estructurales y en la acción de funcionarios predominantes actuales.
- Los empleados particulares, con personalidad, experiencia y talento propio, según su estatuto y nivel jerárquico, pueden contribuir a la elaboración y modificación de sentido. Los trabajadores de una organización tienden a elaborar una imagen coherente para comprender el universo generacional.

Según esta concepción la cultura está lejos de ser estática, es una materia prima viviente utilizada por cada trabajador, de manera diferente, y transformada durante el proceso de decodificación de los fenómenos organizacionales cotidianos.

**Proyecto profesional:** se refiere a la elaboración de un plan y disposición subjetiva llevada a cabo dentro del proceso de formación personal y profesional que conduce a un rol desarrollado en el ámbito laboral y social. Es una construcción dinámica que se relaciona con intereses vocacionales, conocimientos, habilidades, concepción de sí mismo e implica dimensiones sociales, afectivas y cognitivas (Bordignon, 2005).

**Proyecto personal:** planificación y elección de atributos que definen un modo de existir. Es un proceso social, histórico e individual basado en modelos, ideales y deseos de lo que se pretende lograr con la propia existencia (Bordignon, 2005).

**Condiciones del entorno vital:** se entiende por tales la accesibilidad a recursos culturales y sociales; la existencia de medios de transporte; servicios básicos como luz, agua, gas; infraestructura edilicia (vivienda).

La perspectiva de este estudio organiza las variables en torno a las siguientes dimensiones: a) lo cultural, las representaciones sobre distintos aspectos de la cultura de la profesión médica<sup>4</sup>; b) lo motivacional, considerando el hecho de que las potencialidades de las habilidades se desarrollan mejor con una adecuada motivación; y c) lo subjetivo, a partir del reconocimiento de las subjetividades, asimilación de estereotipos y sentidos que otorgan lo/as médico/as a sus prácticas y sus proyectos de vida.

Lo cual se traduce para esta investigación en las siguientes variables: representaciones de lo/as médico/as sobre las condiciones del entorno laboral; características de la cultura de la profesión; percepciones sobre el funcionamiento del sistema de salud; factores que inciden en la elección de los ámbitos de desarrollo; y, las consideraciones sobre la posibilidad de migrar a lugares que necesitan RHUS.

<sup>4</sup> Haciendo un esfuerzo para que el mundo de las representaciones no conduzca a la homogeneización de los grupos, sino por el contrario se puedan descubrir las heterogeneidades existentes al interior de cada grupo, siguiendo las recomendaciones metodológicas de Ramírez Hita (2010).



# 6 DISEÑO METODOLÓGICO



Para la sistematización de la información correspondiente a políticas y legislación que aborden la feminización del RHUS para la mejora de los sistemas públicos de salud, principalmente, pero también para sustentar el resto de los objetivos de este estudio, se realizó la revisión de páginas web y documentos de carácter oficial de cada uno de los países andinos, así como de la Subregión<sup>5</sup>. En vista de que no se identificó un abordaje que considere implícitamente la feminización de la medicina para las mejoras de los sistemas públicos de salud, se hizo una sistematización de políticas, acciones e iniciativas de gobiernos, gremios y/o instituciones formadoras que, con perspectiva de género o sin ella, mejoran la distribución del personal médico, alcanzando zonas desatendidas y un primer nivel de atención; presentan un registro del mercado de trabajo para la toma de decisiones y/o visibilizan problemáticas asociadas a discriminación de género en el RHUS.

Otros documentos de carácter teórico y estudios relativos a la gestión de recursos humanos -que se pueden encontrar en las referencias bibliográficas- le dieron forma al marco teórico, a la propuesta de datos y criterios para la gestión de médico/as, así como al diseño de indicadores para los mercados de trabajo ante el creciente fenómeno de la feminización de la medicina.

Para la elaboración de los mapas interactivos sobre el mercado laboral de la medicina en los diferentes niveles de atención del sector público de salud y seguridad social, se utilizaron los datos del estudio "*Feminización de la práctica laboral de la profesión médica: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela*", publicado por el ORAS y realizado por la consultora Consuelo Grigoriu Rocha (2018). Cabe destacar que el objetivo de esta representación geográfica es generar una herramienta accesible y manejable para la toma de decisiones, por lo tanto, la mejor forma de interactuar con los mapas es a través de la versión web; no obstante, se presentan en formato "papel" algunos de los mapas que se han considerado más importantes.

Para sistematizar los datos obtenidos a través de la indagación de las voces de médico/as se diseñó un estudio de tipo exploratorio y de corte transversal, cuya estrategia de análisis está basada en una triangulación de métodos de investigación. Se emplearon técnicas para el relevamiento de la información tanto cuantitativa como cualitativa, y también de datos primarios y secundarios.

Es un estudio en profundidad sobre las representaciones sociales de los/as médicos/as que influyen en la elección del lugar de desarrollo profesional y en la elección de la especialidad; pretende aproximarse a la detección de condiciones estructurales y patrones a través de una encuesta diseñada para tal fin. Asimismo, se realizaron entrevistas, análisis de datos de fuentes secundarias y registro de las condiciones generales de trabajo y gestión de recursos humanos de cada país de la Subregión Andina.

El análisis se apoya en la encuesta aplicada a médico/as y estudiantes de medicina de los 6 países que integran el ORAS - CONHU. Los contenidos de los instrumentos fueron definidos con base en los resultados de una prueba piloto y basados en estudios realizados anteriormente por la consultora, lo cual permite afirmar que la encuesta y las guías de entrevistas expresan también las voces de las/os sujetos de investigación.

En relación a los datos cuantitativos relevados, se realizaron 102 encuestas entre el 13 de noviembre y el 3 de diciembre de 2018<sup>6</sup>. Del total de encuestas recibidas se analizaron 96, dado que 6 encuestas no entraban en el universo explorado (médico/as de países andinos). En la tabla 1 se puede observar en detalle la distribución de la encuesta por país y género. La aplicación de

<sup>5</sup> Ver el listado de documentos revisados en Anexos 1.

<sup>6</sup> Ver el modelo de encuesta en Anexos 2.

la encuesta fue virtual y autoadministrada, la difusión de ésta se realizó a través de al menos un referente por país.

Con respecto a las técnicas cualitativas, entre el 23 de octubre y el 28 de noviembre del 2018, se realizaron 6 entrevistas en profundidad a médicas/os de la Subregión Andina<sup>7</sup>. En la tabla 2 se puede observar en detalle la distribución de las entrevistas por edad, país y género.

La selección de las/os entrevistadas/os no responde a criterios de representatividad. Se hizo una selección intencional o estratégica de entrevistado/as para dar respuesta a los objetivos planteados.

**Tabla 1. Cantidad de encuestas por país de nacimiento/crianza.**

País de Nacimiento/Crianza	Femenino	Masculino	Total
Bolivia	3	3	6
Chile	14	4	18
Colombia	17	10	27
Ecuador	0	5	5
Otro país	3	0	3
Perú	8	10	18
Venezuela	14	5	19
Total	59	37	96

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 2. Entrevistas por país de nacimiento/crianza.**

País de Nacimiento/Crianza	Femenino	Masculino	Total
Bolivia	39	X	
Bolivia	50	X	
Chile	40	X	
Perú	37		X
Venezuela	35	X	
Venezuela	31	X	
Total	Total	5	1

Fuente: Elaboración propia

<sup>7</sup> Ver preguntas estructuradas en Anexos 3.

Se propone continuar con el relevamiento de datos a través de la encuesta y entrevistas como parte del monitoreo de los mercados de trabajo y de las representaciones y prácticas de la/os médico/as de los países andinos.

El análisis de los datos para este informe se realizó en forma consolidada –con excepción de algunas variables que junto con los datos relevados en las entrevistas se consideraron hallazgos relevantes para el estudio-, tomando en cuenta que a través de la encuesta se consiguió cubrir verticalmente las variables más relevantes de la población blanco; es decir, país de origen, género, nivel y sector de desarrollo profesional y especialidad; asimismo participaron de la encuesta tanto médico/as, como residentes y estudiantes formados en universidades públicas y privadas de edades comprendidas entre los 22 y los 68 años.

El procesamiento de las entrevistas se realizó con el apoyo del software AtlasTi licencia 8.3.0 para Mac y los datos que resultaron de la aplicación de la encuesta con el software IBM SPSS Statistics para Mac.

Los resultados presentados en este informe serán utilizados como hipótesis que se validarán en futuros estudios.



# 7 RESULTADOS



Con el fin de facilitar la lectura de los resultados, se los ha dividido en 5 partes:

La primera de ellas, corresponde a la presentación del análisis obtenido de la triangulación de los datos alcanzados a través de indagación de las voces de lo/as médico/as por la encuesta “*Investigación y monitoreo de mercados de trabajo actuales y prospectivos, con perspectiva de género, relacionados a elección de áreas de trabajo de médica/os en la Subregión Andina*” y las entrevistas en profundidad realizadas a médica/os provenientes de países andinos. A su vez esta primera parte está dividida en:

- Migración de lo/as médico/as en la Subregión Andina.
- Factores que intervienen en la elección de lugar de desarrollo profesional por sector, ámbito y nivel de atención por parte de profesionales médico/as y estudiantes de medicina.
- Factores que intervienen en la elección de especialidad en médico/as.
- Condiciones del mercado laboral del sector público en sus diferentes niveles, ámbito rural/urbano, para especialidades clínicas/quirúrgicas, tipo de contratación y ocupación de cargos jerárquicos según médico/a.
- Factores tomados en cuenta ante una decisión migratoria a zonas desatendidas.

La segunda parte, es la sistematización de la información correspondiente a políticas, acciones e iniciativas de gobiernos, gremios y/o instituciones formadoras que con perspectiva de género o sin ella, mejoran la distribución del personal médico, alcanzando zonas desatendidas; presentan un registro del mercado de trabajo para la toma de decisiones y/o visibilizan problemáticas asociadas a discriminación de género en el RHUS.

En la tercera parte, se encuentran una serie de mapas que corresponden a la versión “papel” de la representación geográfica de la feminización de la medicina en Bolivia, Chile, Ecuador y Perú. Además, se encuentra el acceso web a estos mapas, en donde se podrá acceder a un formato interactivo de la información relevada en el estudio “*Feminización de la práctica laboral de la profesión médica: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela*” (ORAS, 2018).

La cuarta parte corresponde a la propuesta de datos y criterios para la gestión de médico/as; y, por último, en la quinta parte, una serie de indicadores a corto y mediano plazo para el monitoreo de los mercados de trabajo ante el creciente fenómeno de la feminización.

# PARTE I

## Migración de lo/as médico/as en la Subregión Andina

### Encuesta

En lo relativo a las migraciones de médico/as, según los datos revelados en la encuesta, se desprende que de lo/as médico/as y estudiantes de medicina nacido/as en las capitales de los países andinos (un total de 29), 20 de ellos se están desempeñando laboralmente en capitales andinas; es decir, que solo 9 de ellos migraron al interior de los departamentos o a otro país (un caso a Buenos Aires, Argentina). Sin embargo, en la situación inversa, nacimiento en departamentos del interior y otros países no andinos (Francia, Argentina y Cuba)<sup>8</sup>, de un total de 67 médico/as, se encontró que 12 de ellos se están desempeñando laboralmente en capitales andinas, encontrando algunas migraciones entre países (2 médicas venezolanas, una en Lima y otra en Santiago de Chile y un médico peruano en Santiago de Chile). A su vez, se constata que 31 de lo/as médico/as encuestado/as tuvieron que migrar para completar sus estudios de grado. En este sentido, cabe destacar que solo 6 de estos 31 médico/as se están desempeñando laboralmente en su lugar de nacimiento o crianza.

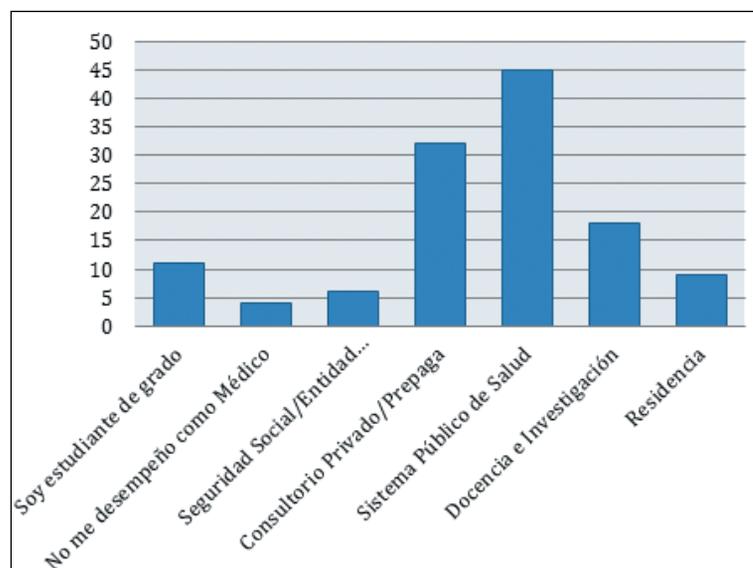
Si bien con los datos obtenidos no se puede establecer ningún patrón migratorio, se puede afirmar que existen dinámicas migratorias para el estudio y el ejercicio de la medicina.

### Factores que intervienen en la elección de lugar de desarrollo profesional por sector, ámbito y nivel de atención por parte de profesionales médico/as y estudiantes de medicina.

### Encuesta

Antes de entrar en los factores que intervienen en la elección del lugar de desarrollo propiamente dicho, se describirá a la población encuestada para el desempeño profesional actual. En primer lugar ante la pregunta sobre el lugar de desempeño actual, que admitía varias respuestas, se consignaron 125 respuestas (ver gráfico 1).

#### 1. Resultados de la encuesta. Frecuencia de respuestas para sector de desempeño laboral actual (N=125).



<sup>8</sup> Se incluyeron en el análisis ya que actualmente se desempeñan laboralmente en alguno de los países andinos.

Fuente: Elaboración propia

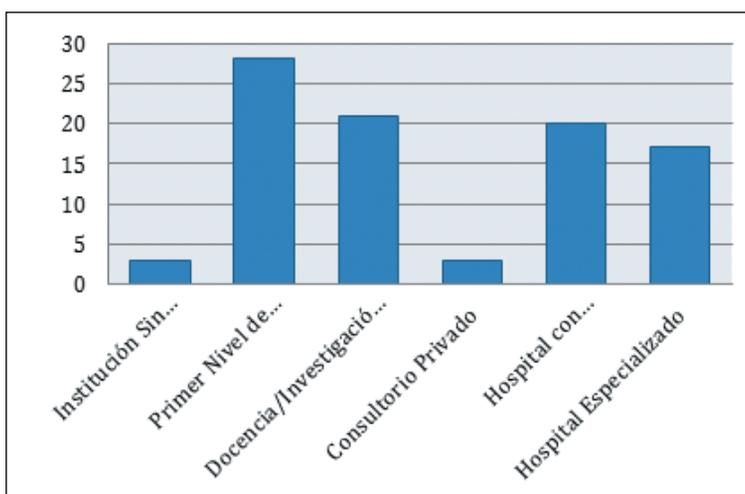
Al cruzar las variables sector de desempeño y tipo de universidad en la que estudió (pública/privada), se halló que el 80% de lo/as encuestado/as que trabajan en el sector público asistieron a universidades públicas. Por otro lado, el 100% de lo/as encuestado/as que refirieron desempeñarse en Docencia/Investigación también vienen de universidades públicas. En relación a la perspectiva de género, el 62,22% de lo/as encuestado/as que se desempeña en el sector público son mujeres, y 19 de ellas, es decir, el 42,22%, trabaja exclusivamente en el sector público. Otra de las características que se puede deducir del grupo encuestado es la existencia de *pluriempleo*. Si bien no se puede concluir cuántos empleos tienen cada uno de lo/as encuestado/as a través de los datos obtenidos, sí se puede saber en cuántos sectores se desempeñan simultáneamente. Si consideramos solo las respuestas consignadas para Seguridad Social/Entidad Prestadora de Servicios, Consultorio Privado/Prepaga y Sistema Público de Salud (N= 83), casi el 17% manifiesta convivir entre los sub-sectores público y privado simultáneamente.

En relación con el nivel en el que se desempeñan los profesionales de la medicina se obtuvieron 92 respuestas -cabe destacar que esta pregunta admite múltiples respuestas-. Por otro lado, en este caso se excluyeron a los estudiantes de medicina y profesionales médico/as que no se encuentran en ejercicio de la medicina, y sí están incluidos lo/as residentes (ver gráfico 2).

Es válido remarcar que dentro del desempeño en el primer nivel de atención se nota una prevalencia del género femenino; en términos absolutos, de 28 respuestas de desempeño en el primer nivel de atención, 18 declaran ser de género femenino. Se encontraron algunos hallazgos al respecto en las entrevistas, los cuales serán profundizados en la sección “Factores que intervienen en la elección de especialidad”.

## 2. Resultados de la encuesta.

### Frecuencia de respuestas para nivel de desempeño laboral actual (N=92).



Fuente: Elaboración propia

En relación a los factores que inciden en la elección del lugar de desarrollo profesional por sector, ámbito y nivel de atención por parte de profesionales médico/as y estudiantes de medicina que respondieron la encuesta, se realizaron varias afirmaciones que esperaban que el encuestado/a ponderara del 1 al 5 en relación a su afinidad con dicha afirmación, en donde 1 es la peor calificación y 5 la mejor. Por cada afirmación se obtuvieron 96 respuestas numéricas del 1 al 5. En el gráfico 3 se expresan la media y mediana, de las ponderaciones a las afirmaciones: Me gusta/

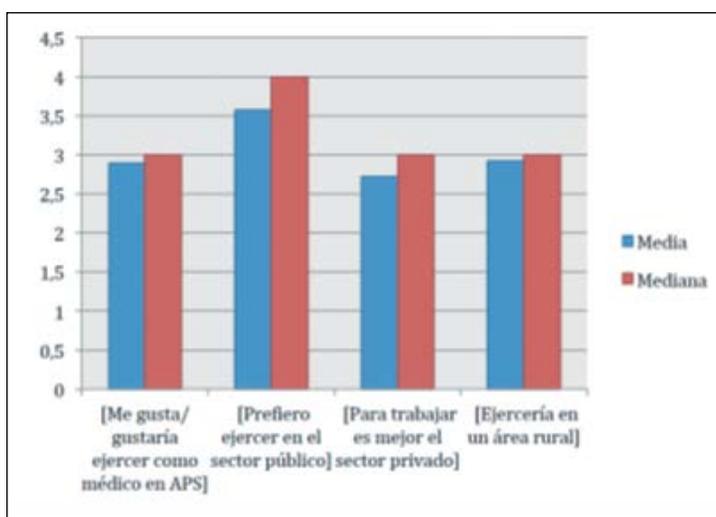
me gustaría ejercer como médico/a en APS; Prefiero ejercer en el sector público; Para trabajar es mejor el sector privado y Ejercería en un área rural.

Prevalece una afinidad por el desempeño laboral en el sector público en relación al privado. Con respecto al ejercicio en el primer nivel de atención, la afinidad es menor al ejercicio en el ámbito rural. En ese sentido, esta pregunta se complementa con la elección de 5 problemas que se identifican en el ejercicio en APS: el/la encuestado/a tenía que elegir entre 13 opciones las 5 más representativas o principales según su percepción. El problema más seleccionado por lo/as encuestado/as fue:

- I. "Falta de articulación entre los diferentes niveles de atención" (64 votos).
- II. "Deficiencia de infraestructura e insumos" (62 votos).
- III. "Sobrecarga laboral por excesiva demanda" (49 votos).
- IV. "Menosprecio de las especialidades propias de APS" (47 votos).
- V. "Remuneración insuficiente" (45 votos).

Los primeros 2 problemas elegidos por lo/as encuestado/as tienen que ver con factores estructurales del sistema. Sin embargo, los últimos 3 están más relacionados con lo que representa para los intereses personales de lo/as médico/as el ejercicio en el primer nivel de atención.

**Gráfico 3. Resultados de la encuesta. Para nivel, sector y ámbito de desempeño laboral. Medias y medianas en una escala de 0 a 5. Califique del 1 al 5 "Me gusta/gustaría ejercer como médico/a de APS, Prefiero ejercer en el sector público, Para trabajar es mejor el sector privado, Ejercería en un área rural".**



Fuente: Elaboración propia

### Entrevistas

En cuanto a la elección entre sector público y privado, lo/as entrevistado/as manifestaron que lo más común es que lo/as médico/as trabajen en ambos sectores simultáneamente. En tanto, médico/as recientemente recibidos, tienen la idea de que en el sector público se aprende más, ya que llegan casos de mayor complejidad y la práctica contribuye a la formación del médico/a que, por otro lado, luego pone en práctica en el sector privado lo aprendido en el sector público.

“ Si en Chile se llega a hacer un bloqueo de título para trabajar exclusivamente en el sector público, todos los trabajadores se quedarían con el trabajo en el privado. Muchos trabajan media jornada en privado y la otra en el sector público. ”

Médica 40 años

En relación a este tema, algunas entrevistadas destacan que el prestigio se gana en el ámbito público, pero se trabaja en el sector privado por cuestiones económicas, por la presencia de tecnología más sofisticada o por ambas. En lo referente a la presencia de tecnologías se profundizará más adelante.

En relación a las condiciones de trabajo de los centros de atención primaria de gestión municipal, lo que se ha fomentado, según el relato de lo/as entrevistado/as, es que existan “*médico/as de primera y de segunda*”, puesto que las condiciones laborales dependen del empleador y no del cargo. Puntualmente la cita remarca como la fragmentación institucional legitima una alteración del principio de isonomía salarial (igual remuneración para igual trabajo).

“ Si yo estoy en una comuna como Valparaíso, el sueldo que reciben los médicos municipales es uno, el sueldo que recibo yo, que tengo un administrador diferente, es otro; a su vez, los que entran por primera vez tienen un sueldo más bajo porque son regulados por leyes distintas. ”

Médica 40 años

Lo/as entrevistado/as narraron situaciones de desconocimiento de derechos laborales, que la institución de alguna manera oculta o vulnera, lo cual debilita el vínculo con el trabajador y genera obstáculos para la retención de médico/as en el sistema público, así como en el primer nivel de atención:

“ Si pueden te quitan horas, días de capacitación, con temas de tus vacaciones, con temas de cualquier cosa, lo van hacer y se nota, o sea, yo por ejemplo desde que ingresé a trabajar como en el año 2005 solamente en el 2014 me enteré que tenía 6 días pagados para capacitación y yo podía elegir en qué ir a capacitarme. ”

Médica 40 años

Por otro lado, y en coincidencia con los resultados de la encuesta, para lo/as entrevistado/as el tipo de contrato es muy influyente para decidir sobre el lugar en el cual se van a desarrollar profesionalmente. Encuentran diferencias abismales entre las contrataciones de planta y los contratos con condiciones de mayor inestabilidad laboral en el sector público en el primer nivel de atención, sin beneficios como seguro, vacaciones o la posibilidad de acceder a educación continua u otro tipo de formación. Esto permitiría un vínculo con la institución que perdure en el tiempo.

“ Poder estar por lo menos 12 o 13 años en el mismo lugar trabajando, ya que las condiciones laborales están dadas, así como las facilidades para salir para hacer la especialidad, después volver, y tener la oportunidad de salir para capacitarte. Esta continuidad laboral además te permite tener un seguimiento y monitoreo de la población que tienes a cargo y que resignifica el trabajo en el primer nivel de atención.”

Médica 40 años

En el vínculo tecnología y elección del lugar de trabajo ideal para un estudiante de medicina, una de las entrevistadas plantea:

“ Trabajar en un hospital que tenga todo, tener todos los aparatos posibles disponibles y no trabajar en un lugar, un centro de salud quizás con menos complejidad.”

Médica 35 años

En ese mismo sentido, una entrevistada con sub especialidad quirúrgica propone lo siguiente:

“ Las tecnologías para los diagnósticos me parece que es una de las cosas más... o que más motiva... una de las cosas que motiva de repente a la decisión de un trabajo.”

Médica 39 años

La hiper tecnologización de la medicina también ha generado que el especialista que no accede a la mejor tecnología asociada a su especialidad se quede sin función o quede limitado a lugares de desempeño que no tienen esa tecnología.

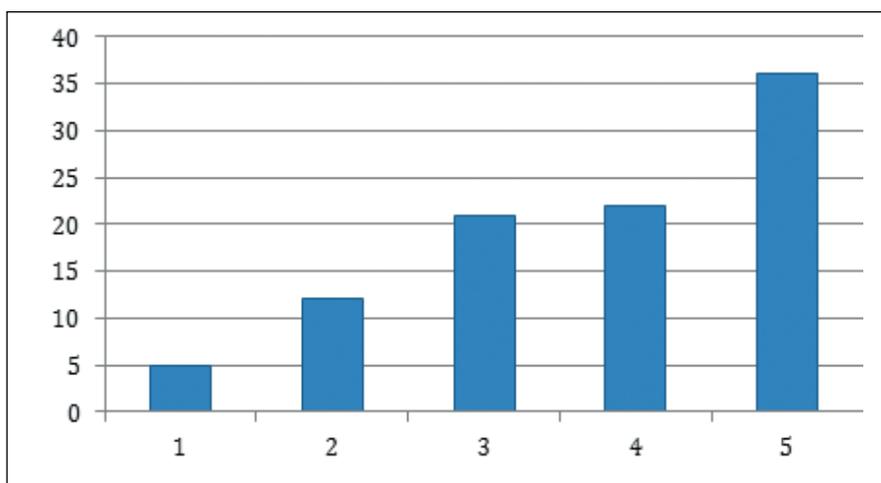
En el otro extremo, también existe una frustración producto de no acceder a la terapéutica o la tecnología diagnóstica básica, fundamental. Eso genera una fatiga en el médico/as que, por todos los medios, trata de conseguir los recursos necesarios para dar respuesta, capacidad resolutive a un problema de salud con un paciente con el que generó un vínculo, eso hace parte de los trastornos de *burn out* que denuncian los médico/as entrevistado/as.

## Factores que intervienen en la elección de especialidad en médico/as

### Encuesta

Antes de profundizar en los factores que intervienen en la elección de especialidad propiamente dicha, se va a caracterizar a la/os encuestado/as. De las 96 encuestas realizadas, 11 son estudiantes de grado, 9 son residentes, 55 cuentan con una especialidad y 21 no se han especializado. De los 55 médico/as que cuentan con al menos una especialidad, 21 (38,18%) tiene una especialidad clínica, 16 (29%) una especialidad en gestión, 11 (20%) una especialidad quirúrgica, 6 (10,9%) una especialidad relacionada con docencia/investigación y 1 (1,8%) una especialidad estética. Aquello/as que no tienen ninguna especialización, respondieron brevemente por qué no se han especializado, las respuestas se pueden sintetizar en dos categorías: “*Dificultades para realizar una especialidad*”, débase a escasez de tiempos o recursos, y “*Elecciones personales*”, tales como interés en la prevención de enfermedades o creer innecesaria una especialidad. Una de las preguntas de ponderación está referida, por un lado, al fenómeno de la sub especialización, y por otro, al creciente número de profesionales médico/as que postergan la especialización o no se especializan. En el gráfico 4, se puede observar que las mayores frecuencias de respuesta se encuentran en el valor 5, es decir, la mayor ponderación, elegida 36 veces (seguida por el 4, con un 22), lo que indica que 36 de lo/as 96 encuestado/as estarían “*Totalmente de acuerdo*” y 22 “*Muy de acuerdo*” con la afirmación “*Para la calidad de atención es mejor especializarse cada vez más*”.

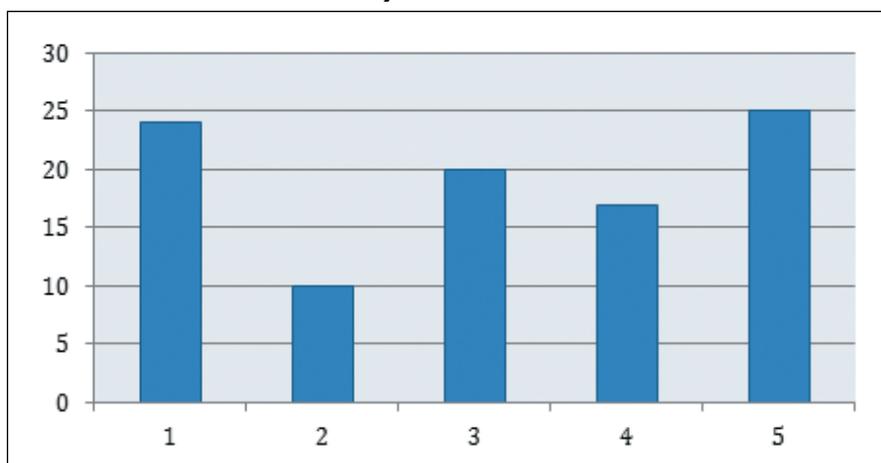
**4. Resultados de la encuesta. Registre entre el 1 y 5 su opinión respecto a la frase “La formación de grado no es suficiente para ejercer” siendo 1 muy poco de acuerdo y 5 muy de acuerdo.**



Fuente: Elaboración propia

Al involucrarnos con los imaginarios sobre el mercado laboral, ante la afirmación “Para competir en el mercado prefiero “super especializarme”, se encontró una mayoría de respuestas muy cercanas entre la ponderación mínima (1) y la máxima (5) que se puede observar en el gráfico 5.

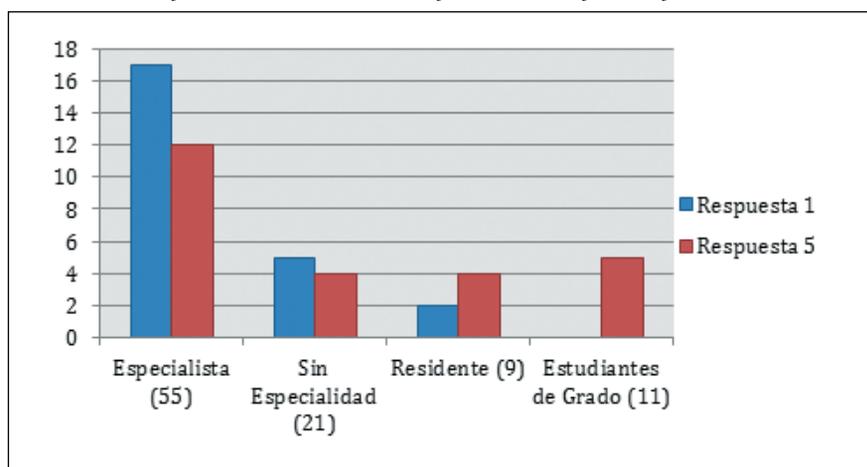
**5. Resultados de la encuesta. Registre entre el 1 y 5 su opinión respecto a la frase “Para competir en el mercado prefiero *super especializarme*”, siendo 1 muy poco de acuerdo y 5 muy de acuerdo.**



Fuente: Elaboración propia

Haciendo un cruce entre aquellos/as que evaluaron con 1 y lo/as que evaluaron con 5 se halló que quienes mayoritariamente expresaron su “Poca afinidad” ante la afirmación “Para competir en el mercado prefiero super especializarme” fueron los médico/as con especialidad. Sin embargo, cuantitativamente representan una mayoría en el grupo que se está analizando, aunque no deja de ser una respuesta no esperada.

**6. Resultados de la encuesta. Subgrupo para respuestas 1 y 5 en relación a la afirmación “Para competir en el mercado prefiero *super especializarme*”.**



Fuente: Elaboración propia

En lo que respecta a los factores de elección de la especialidad propiamente dicha, los resultados de la encuesta expresan que los tres factores más ponderados al momento de elegir una especialidad son, en primer lugar “*Profundización de conocimiento sobre órgano o aparato y su patología*”, en segundo lugar “*Orientación de la carrera de grado*” y por último “*Salida laboral*”.

## Entrevista

Se encuentran coincidencias y particularidades entre las personas encuestadas y las entrevistadas con respecto a los factores que intervienen en la elección de la especialidad. En ese sentido, en lo/as entrevistado/as, aparecen factores relacionados con el proyecto de vida y con pautas socialmente establecidas, así como aquellos influenciados por la formación de grado, no por ello desvinculados entre sí.

A su vez, al evaluar la influencia de la formación de grado, se encontraron aquellos factores relacionados con el vínculo con docentes y otros relacionados con el paso por los diferentes servicios durante las rotaciones del internado; cabe destacar que la rotación por el hospital aparece como un factor influyente en la elección de especialidad, tanto por afinidad como por disparidad:

“ Cuando haces tus prácticas clínicas, que pasas por cada uno de los servicios del hospital, obviamente ahí vas viendo qué te gusta, porque tú pasas un tiempo en cada servicio y haces el trabajo, así no seas todavía especialista, tú haces el trabajo de ese servicio. Por ejemplo, si pasas por pediatría vas hacer todo el trabajo de pediatría, después pasas por ginecología y haces todo... entonces tú haces... tú ves todas las especialidades. ”

Médica 31 años

“ (En el internado) a mí me pasaba que me angustiaba cuando era viernes y la gente se iba a tener que quedar hospitalizada todo el fin de semana. Están en una cama mientras llegan exámenes, mientras esperan otros exámenes, situaciones que son absolutamente irracionales desde el punto de vista de los recursos y además con alto costo para las vidas de las personas, que no tienen ningún sentido, o sea entonces mi premisa fue como un poco alejarme de los hospitales y vincularme desde el lugar que a mí me interesaba vincularme, que era más desde poder tener una conexión más cercana con las personas. ”

Médica 40 años

Los modelos de formación centrados en el hospital también fomentan la idea de una medicina disociada de la cuestión social, por lo tanto se ven como innecesarias las materias que tienen que ver con las ciencias sociales. Esto también se evidencia en el protagonismo de los órganos/sistemas y sus funciones por fuera de la determinación social del proceso Salud-Enfermedad-Atención, dándole un carácter exclusivamente biológico. Esto incide en la elección de especialidades, en la búsqueda de sub especializarse, focalizar el conocimiento *-know how-* a una parte ínfima del ser que vive en sociedad, en un ambiente.

“Uno está metido en la universidad y de repente sales al mundo de la realidad ¿no? y no entiendes nada de lo que va, porque en la medicina una cosa es la cuestión biológica, el contenido más duro, pero después el trabajo, el trabajo es otra cosa, el trabajo es eso, más la complejidad de las personas, de los servicios, de los lugares a donde uno va, entonces el hecho de haber tenido quizás esas experiencias de intervenciones comunitarias y ese tipo de cosas en momentos durante toda la carrera, cuando uno ya termina y tiene que ir a esos lugares, estos no son desconocidos, no estas pisando un lugar que nunca conociste.”

Médica 40 años

En lo/as entrevistado/as con más años de graduados se pudo constatar que durante la formación de grado hubo poco acercamiento a especialidades relacionadas con la APS, específicamente con la medicina familiar y/o general, así como con competencias tales como relación médico/a-paciente, promoción de la salud o prevención de enfermedades. Muchas veces estas prácticas se ven al finalizar la carrera o solo al inicio, no existe una transversalidad en las mismas. La formación del profesional médico aparece desvinculada de las necesidades de fortalecimiento de la atención primaria en los países andinos.

No obstante, en el relato de los entrevistado/as aparecieron comentarios relacionados con sus facultades (Venezuela, Chile y también Bolivia, a partir de la incorporación del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural “-SAFCI- a la educación de grado), en los que señalan que en la actualidad están siendo modificados sus currículos. Se hace un esfuerzo para que, desde los primeros años, los futuros profesionales se familiaricen con el abordaje comunitario y desarrollen competencias básicas para el mismo, con el abordaje de la familia, a través de instrumentos propios de la medicina familiar/comunitaria. Estos cambios curriculares generan resistencias, por ejemplo, los docentes reproducen el mismo modelo con el que fueron formados. Modelos centrados en el hospital y en los órganos, con una visión fragmentada del proceso salud-enfermedad. Por el contrario, lo que se busca con el desarrollo de habilidades para la escucha empática, es un cambio de modelo a una *medicina basada en la narrativa*<sup>9</sup> (Juárez et al, 2013). En relación a este modelo, una de las entrevistadas, médica de familia, comenta lo siguiente:

“(...) algo que te permite (en relación a la medicina basada en la narrativa), siendo el profesional de cabecera, teniendo un conocimiento integral de esa persona, escuchar el relato de lo que le está pasando, relacionar esa narrativa con diferentes procesos y evitar cantidad de exámenes diagnósticos, que muchas veces siguen la premisa principal de cuidar mis espaldas, porque si no los hago y pasa algo...”

Médica 40 años

<sup>9</sup> El objetivo de este enfoque se centra en la construcción de un puente entre los estudios clínicos y el arte médico de aplicar el conocimiento a un caso individual.

Asimismo, en la etapa de formación de grado, así como al interior de las residencias médicas, se fomentan estereotipos relacionados con una extensión del rol de cuidado que tradicionalmente se ha destinado a las mujeres, y en los hombres especialidades que implican más osadía, el riesgo está implícito en la práctica. En ese sentido, una de las entrevistadas comenta lo siguiente:

“ En la formación, las carreras más de cuidado, más clínicas, como pediatría, clínica médica, son casi exclusivamente femeninas, por ejemplo, pero tampoco se incentiva mucho que uno haga traumatología, que haga cirugía, las quirúrgicas son más masculinas, hay toda una lógica así, como de separación con perspectiva de género. ”

Médica 40 años

Comentarios como el anterior, fueron realizados por lo/as entrevistado/as, manifestando una asociación muy fuerte entre los roles socialmente vinculados con los géneros y las especialidades elegidas. Incluso alguno/a planteó el hecho de que una mujer que elige especializarse como cirujana, especialidad tradicionalmente masculina, además de ser desalentada en su elección, muy probablemente lo consiga manteniendo actitudes “masculinas” para competir y acceder a esos espacios de poder que, en un plano simbólico, le están vedados por el hecho de ser mujer. Otro de los factores que se juega en la elección de especialidad, es la priorización del proyecto de vida, más específicamente la función reproductiva de la mujer, en un sentido biológico. Aparece como incompatible la maternidad con las especialidades quirúrgicas, por las barreras institucionales, que son parte de la cultura institucional arraigada, que se presentan al momento de compatibilizar ambos roles, tanto desde la sociedad como desde el hospital:

“ Desde que yo soy mamá, yo soy primero mamá que médico, es lo que yo le digo a todo el mundo y a mí me encanta la cirugía pero no estudiaría... no sería especialista en cirugía, porque yo no me veo dejando a mi hijo a media noche, entonces me encanta y es mi preferida, pero no sería cirujana porque el estilo de vida de un cirujano es a tiempo completo, tú eres médico antes que todo para ser cirujano, entonces no estudiaría cirugía. ”

Médica 31 años

Se puede pensar en una hipótesis que relacione el primer nivel de atención y las especialidades asociadas con el género femenino, ya que existen ciertas facilidades como, por ejemplo, horarios de atención matutinos y ausencia de guardias en los centros de atención primaria.

“ En el caso de atención primaria hay muchas más mujeres que hombres, o sea, se da como un 50/50, circunstancia que en el hospital es, no sé, 30/70, 40/60, hay una diferencia. ”

Médica 40 años

En contraste con lo anterior, una entrevistada –cirujana cardiovascular, actualmente no tiene hijo/as- se atreve a decir que las mujeres pueden hacer cualquier cosa, incluso mejor que los varones:

“*las mujeres somos... somos todo, somos corazón, somos inteligencia eh... somos pues unas personas con mucha sapiencia, con mucha sabiduría, con mucha madurez y creo yo que podemos hacer cualquier cosa y tal vez mucho mejor que un varón.*”

Médica 39 años

Se encontraron algunas particularidades a tomar en cuenta para continuar indagando en los factores que afectan en la elección de la especialidad, por ejemplo, la elección de la especialidad gineco-obstetricia por afinidad de género, interés en trabajar con mujeres por una afinidad mutua e inmediata.

“*Yo he visto que la mujer no es solamente úteros, trompas y pues ovarios, la mujer es un todo, ¿me entiendes? entonces hay muchas mujeres que asisten conmigo estando sanas de todo el aparato reproductor, pero tienen un poquito enfermo y dolido el corazón, la mente, el cerebro, porque sufren maltrato, porque puede ser maltrato tanto psicológico, como también les pegan, las agreden, entonces muchas veces vienen solo a contarme o a pedirme un consejo, o a mostrarme sus heridas.*”

Médica 39 años

### Vía de especialización

La vía de especialización con más prestigio, por ser la que está más en contacto con la práctica -es decir, la menos teórica- es la residencia. La residencia se presenta como la forma más convocante, tanto para las especialidades clínicas como para las quirúrgicas, por lo menos para la primera especialidad. También destaca la residencia en un establecimiento público, ya que la prioridad es la práctica y es en el sistema público donde se encuentran más casos. Cabe destacar que existen países andinos en los cuales no existe otra vía de especialización.

Sin embargo, el sistema de residencia es visto como un sistema vertical, jerárquico, en el que prevalecen discriminaciones de género y violencia institucional. Si bien no es el objeto de estudio de este trabajo, conviene profundizar en el estudio de las residencias médicas con perspectiva de género. Las palabras que siguen cita a continuación son de una mujer especialista en cirugía cardiovascular:

“*De los que recibí capaz un trato más austero fue de mis propios compañeros, porque entre hombres tienen otro código, como que se perdonan cosas, se cubren cosas. Por ejemplo, de elegir guardias y después dejarte el día festivo y dejarte de guardia porque, qué se yo, el otro había hablado previamente con el jefe de residentes y entre hombres no sé, manejan otro código(...) (...) No había otra forma y es muy jerárquico, la residencia es eso, mucho trabajo para el residente de primer año, cuando ya es residente de segundo año piensa que ya*

*pagó el derecho de piso, entonces sobrecarga de trabajo al de primero y piensan que es así, de manera que en el hospital público sigue siendo de esa manera, como que de mucha sobrecarga sobre los residentes de primero y segundo año, después posteriormente un trabajo cada vez menor ¿no? y de menos responsabilidad, me parece absurdo. ))*

Médica 39 años

### **Sistema de residencias público/privado**

Al preguntar por las especialidades ofrecidas por el sector privado, alguno/as de lo/as entrevistado/as concuerdan que la incorporación del sector a la formación de especialistas afecta la distribución equitativa de los mismos en los países. En ese sentido lo/as residentes tienen que pagar y además se desempeñan como profesionales en el sector privado. En países andinos como Chile y Venezuela, el sistema de residencias se realiza exclusivamente en instituciones públicas.

### **Segundas especialidades o subespecialidades**

Del relato de alguno/as entrevistado/as se desprende el desgaste generado por la práctica clínica. Ver con frustración el camino del enfermo, la impotencia de no conseguir los recursos terapéuticos para los pacientes hace que, en algunos casos, las segundas especialidades tengan que ver con especialidades sin contacto con pacientes, por ejemplo, diagnóstico por imágenes o subespecialidades que permiten la resolución absoluta de una patología, con poca interacción con otros especialistas, con poca dependencia en la resolución de problemas muy concretos y generalmente asociadas a tecnologías muy avanzadas.

*“Había tenido muchísimo trabajo, en Barquisimeto estaba haciendo guardias, mucha gente se fue del servicio donde yo estaba, yo quedé casi sola, entonces estaba como abrumada con todo y quizás una de las cosas que me hizo bien fue decir: “bueno, voy hacer algo distinto”, estaba muy sobrepasada con el trabajo.”))*

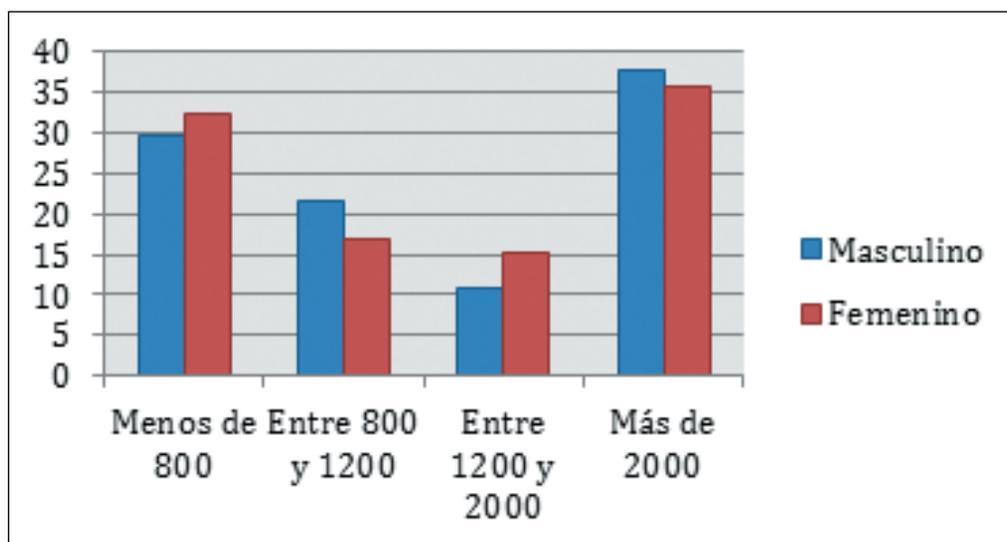
Médica 35 años

## Condiciones del mercado laboral del sector público en sus diferentes niveles, ámbito rural/urbano, para especialidades clínicas/quirúrgicas, tipo de contratación y ocupación de cargos jerárquicos según médico/as.

### Encuesta

A la pregunta acerca de cuánto es el ingreso mensual percibido, los resultados por género se encuentran en el siguiente gráfico:

#### 7. Resultados de la encuesta. Ingresos mensuales en dólares (USD) por género.



Fuente: Elaboración propia

### Entrevista

El análisis de las entrevistas para las condiciones del mercado laboral, se realizó a través de la identificación de discursos relacionados al desempeño laboral o a través de prácticas en la formación de grado o especialidad en los ámbitos rural y urbano, diferentes niveles de atención y evaluación y/o descripción de los diferentes sectores del sistema de salud.

Algunos de los relatos son comunes entre colegas de diferentes países, con las particularidades planteadas por el contexto en que se desenvuelve cada entrevistado/a. En ese sentido, se pone énfasis en los patrones comunes a pesar de la singularidad de cada entrevista, buscando construir vínculos entre los datos que permitan llegar a afirmaciones en torno a las condiciones del mercado laboral para médico/as de la Subregión Andina.

Todo/as lo/as entrevistado/as se formaron en universidad pública y en todos los casos reconocen que las prácticas tempranas con los usuarios del sistema público de salud les dio la oportunidad de conocer el estado de situación de sus respectivos países. Comentarios como:

“Entendí desde muy temprano la función social de la medicina, para qué se estudia medicina.”

Médico 37 años

Aparece un compromiso que en algunos casos se sostiene en el tiempo, a través de la permanencia en el sector público. También aparecen argumentos tales como la “competencia” entre universidades públicas y las privadas:

“*Para aquel que tiene los recursos es más fácil estudiar en una universidad privada, tiene más vacantes, para aquel que no tiene recursos es mucho más competitivo el ingreso, que tiene cupos limitados.*”

Médico 37 años

En el sector público, el síndrome de agotamiento generado por una exigencia que en algunos casos los expulsó del sector, es transversal a todo/as lo/as entrevistado/as. Estas situaciones se complejizan con características particulares en cada contexto, falta de recursos, de equipos humanos, dificultades en la articulación entre niveles. Sin embargo, para lo/as entrevistado/as trabajar en el sector público es como una obligación, ya que les brinda la posibilidad de acumular experiencia clínica, entre otras razones.

Además, aparece como propio del sector público, una articulación limitada entre los diferentes niveles de atención, que influye en la calidad de la atención y limita la capacidad resolutive, generando frustración en lo/as profesionales.

Alguno/as de lo/as entrevistado/as plantean el primer nivel de atención como un espacio en el que se pueden abordar integralmente los problemas de salud de la población y en el que los recursos son más accesibles para el médico/a, esto no quiere decir que siempre se cuente con todos los recursos. Además, la continuidad en la atención a las personas que son parte del territorio asignado, así como la presencia de dispositivos de promoción de la salud, son aspectos muy valorados por lo/as médico/as trabajadores del primer nivel. Ellos hicieron fuertes críticas al modelo hospitalocéntrico del sistema de salud de sus países, basados en lo asistencial, en la enfermedad, cada uno con las particularidades que le imprime su contexto. También se plantearon adversidades en la relación entre el empleador y el trabajador del primer nivel de atención:

“*(...) para mí lo más difícil de trabajar en la atención primaria, no son los pacientes, ni las enfermedades, ni siquiera el equipo, es la burocracia, las malas ondas, la desconfianza del servicio de salud en el cual trabajo.*”

Médica 40 años

En lo relativo a las condiciones de trabajo en el primer nivel, la/os trabajadores/as perciben una situación de precarización laboral para alguno/as, expresada, por ejemplo, en situaciones en las que incluso dentro del mismo efecto, pero con contrataciones diferentes, las condiciones laborales pueden ser muy disímiles, refiriendo la existencia de médico/as de primera y médico/as de segunda. Esto genera situaciones de malestar, que se perciben como “*ingratitude del sistema*”. En algunos casos, las guardias aparecen como una práctica conveniente, ya que en lugar de ir varias veces se hacen todas las horas en un solo día, esto le permite al médico/a trabajar en más lugares. Aunque también aparecen como prácticas que ayudan a alcanzar espacios simbólicos, funciona como una especie de “derecho de piso”, empiezan haciendo guardias domingos y feriado, y así se va accediendo cada vez a mejores condiciones en el sistema.

En relación a la discriminación por género se encuentra que si bien se feminiza la universidad, se feminiza el estudio de la medicina, se feminizan las especialidades, no se feminizan las condiciones

de trabajo, ni los incentivos, es decir, el mercado en todos sus aspectos: sector público/privado, nivel centro de salud/hospital y ámbito rural/urbano.

Sin embargo, en cuanto a las discriminaciones de género en el ejercicio de la medicina, son pocos los testimonios que lo expresen como limitante. Al contrario surgieron relatos en los que, por ejemplo, el hecho de ser mujer aparece como una cualidad para la comprensión de los problemas que manifiestan los usuarios del sistema de salud y no como limitante:

“(...) me parece que somos más humanas con el trato del paciente ¿no?, había muchos pacientes que tenían que ser atendidos por guardia, porque el médico que los tenía que ver en consultorio se había ido. Sin embargo, si tú estabas ahí libre no lo mandabas a su casa al paciente, lo veías, no sé si harían lo mismo mis compañeros varones.”

Médica 39 años

Por otro lado, se identifica una actitud “corporativa” por género, sobre todo en el caso de los varones. Un entrevistado dio un ejemplo muy concreto para las residencias quirúrgicas:

“Los varones en las residencias quirúrgicas operan más porque socializan entre ellos por fuera de los espacios hospitalarios.”

Médico 37 años

En ese sentido, se expresan situaciones en las que las mujeres tienen que adherir a ciertas expresiones o conductas que son vistas como propias de la “masculinidad” para acceder a especialidades preponderantemente masculinas.

En el acceso a cargos jerárquicos por parte de mujeres, la maternidad aparece como una dificultad para la “carrera médica”, en contraste con “el cumplimiento del mandato” del hombre para el ejercicio de este tipo de cargos:

“Aunque haya muchas mujeres pediatras, el jefe de pediatría es hombre...”

Médica 50 años

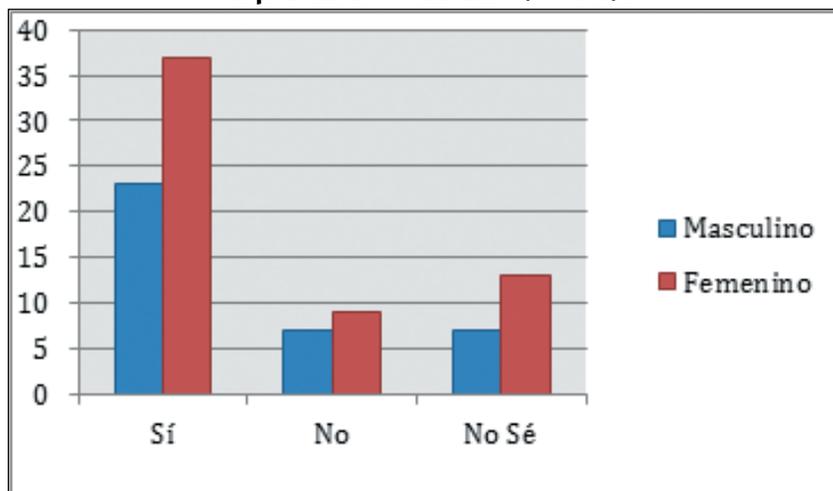
## Factores tomados en cuenta ante una decisión migratoria a zonas desatendidas

### Encuesta

Para lo/as encuestado/as, los factores que inciden ante la eventual posibilidad de migrar para el ejercicio de la profesión médica se dividen de la siguiente manera: el 62,5% respondió que migraría, el 20,8% no sabe y el 16,7% no migraría.

A aquello/as que respondieron afirmativamente a la pregunta sobre la posibilidad de migrar se les pidió que eligieran entre 13 opciones las 5 principales condiciones para migrar. Las opciones más elegidas son las siguientes: en primer lugar “Mejoras en la calidad de vida”, en segundo lugar “Mejor salario”, en tercer lugar, “Mejores posibilidades para la formación”, en cuarto lugar “Estabilidad laboral” y, por último, “Ambiente laboral saludable”.

## 8. Resultados de la encuesta por género. “¿Migrarías a otro lugar del país para el ejercicio de la profesión médica?” (N=96).



Fuente: Elaboración propia

### Entrevistas

Para profundizar el análisis cuantitativo, se le preguntó a lo/as entrevistado/as qué incentivos le motivarían para desempeñarse en zonas desatendidas. Uno de los entrevistados plantea una mayor retribución económica, siguiendo un enfoque basado en la distribución geográfica inequitativa de médico/as y en sistemas de salud basados en el primer nivel de atención.

“Al que se quiere postular a especialidades críticas o cargos en zonas desatendidas o en APS, yo le doy más facilidad, más recursos económicos para incentivar al resto y le doy trabajo, le doy seguridad, le doy continuidad, entonces ésa es una decisión política, si yo necesito ginecólogos, necesito cirujanos, entonces yo empezaría a incrementar más demanda en esas especialidades y las especialidades que no necesitan, que no ameritan, entonces las disminuyo y juego. Entonces los médicos con más incentivos, con mayores recursos, ya sea de infraestructura, ya sea de todo lo que englobe digamos la atención primaria, el médico va a acceder y aquel que no quiere, quien no quiere acceder entonces tiene que competir por menos vacantes. Ahí sí vamos a cerrar la brecha de especialidades, primeramente, las que quiere la población, porque nosotros los médicos o cualquier carrera deberíamos de estar en función a las necesidades de la población. Ahora cada uno no tiene esa visión.”

Médico 37 años

En términos de redistribución de los recursos físicos, las zonas rurales además de presentar déficit en el recurso humano también presentan déficit en la estructura, tanto de recursos edilicios como en los insumos necesarios para la resolución de problemas. En algunos casos, los traslados a efectores de mayor complejidad requieren de muchas horas de viaje, incluso cuando son necesarios exámenes con tecnologías diagnósticas o la derivación a especialistas. Sin embargo, en las áreas urbanas hay una concentración de efectores y recursos que centralizan también las necesidades de lo/as médico/as.

“ Yo hice dos años de medicina rural en Yacucuy y me quedé, hice el año y me quedé un año más trabajando, me pareció que fue algo para mí maravillosa esa experiencia..”

Médica 35 años

Además de las cuestiones planteadas anteriormente, también surgió en algunas entrevistas, el hecho de que las zonas desatendidas pueden estar relacionadas con conflictos territoriales. Este factor puede estar asociado a la no elección de estas zonas como lugar de desempeño.

Por otro lado, esta cita resume las condiciones de una médica especialista para migrar a zonas desatendidas:

“ Tener las condiciones para hacer tanto diagnóstico como tratamiento; mejoras en la calidad de vida, en el sentido de evitar guardias activas, de no tener que correr por una urgencia. En un lugar más chico capaz eres el único que está de guardia y estás 24 horas todos los días y bueno si no tienes las condiciones para poder resolver, en general solo diagnósticas y después derivas al paciente.”

Médica 39 años

El trabajo en zonas desatendidas, a través de las llamadas “prácticas rurales”, en todos los países fueron planteadas como obligatorias para la obtención del título de especialista y/o como parte de la formación de grado en universidades públicas. Son vistas favorablemente por alguno/a de lo/as entrevistado/as. Coinciden con que esto ha permitido cubrir las plazas médicas en zonas rurales aisladas.

También coinciden en que existen barreras en la capacidad terapéutica y limitaciones en la resolución de problemas, bien sea por falta de recursos o por inequidad en la distribución de los mismos. Surgieron testimonios relativos a la falta de equipo humano. Todas estas situaciones son vividas con mucha frustración y en ocasiones han dejado marcas en lo/as entrevistado/as.

También aparecieron necesidades básicas para cumplir con las prácticas rurales:

“ Las condiciones mínimas es que tengas un cuarto... agua potable, energía eléctrica, internet, que tengas accesibilidad y que tengas todo eso, porque si no hay, digamos, las condiciones mínimas, porque la medicina es cambiante, ahora con un tema de investigación, de revista científica, te desfasas.”

Médico 37 años

## PARTE II

### Inventario por país de la legislación vigente y políticas de adecuación para el trabajo del personal femenino, dirigido a garantizar y mejorar el rendimiento en los países andinos.

#### BOLIVIA<sup>10</sup>

Política	Legislación	Aspectos destacables	Abordaje de la feminización	Información en la web
Política Salud Familiar Comunitaria Intercultural-SAFCI	Decreto 29601 Modelo Sanitario de la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural. Ley 475. Prestaciones de Servicios de Salud Integral (PSSI). Ley 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana. Decreto 2436. Reglamento de Servicio Social de Salud Rural Obligatorio (SSSRO).	Para cumplir con los propósitos de la política SAFCI fueron diseñadas las siguientes líneas de acción: la socialización de políticas de Estado, el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud, la capacitación permanente del personal del sistema nacional de salud, la formación continua mediante la Residencia Médica SAFCI, la disposición de un Sistema de información y análisis para la toma de decisiones, la investigación cuantitativa y/o cualitativa y la creación del Centro de Formación, Capacitación y Actualización SAFCI. La convocatoria 2019 cuenta con 9 sedes de residencias SAFCI para completar 58 plazas en los 9 departamentos del país. También es destacable que existe una voluntad política de autoridades facultativas en un cambio del currículo de formación universitaria -en cualquiera de sus niveles- considerando las transformaciones de la política pública orientada hacia la APS.	Ninguno	<a href="https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/d_dgps_upsyms_p304.pdf">https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/d_dgps_upsyms_p304.pdf</a>
Registro de Profesionales en Salud (RPS)	Ley 475 Prestaciones de Servicios de Salud Integral (PSSI).	Convocatoria del Ministerio de Salud para los interesados en participar en el Sistema Único de Salud (SUS).	En el registro se toman los datos correspondientes al género de la/os profesionales.	<a href="https://www.minsalud.gob.bo/">https://www.minsalud.gob.bo/</a>

<sup>10</sup> Actualmente se está haciendo un esfuerzo por implementar el Sistema Único de Salud, que universalizaría el derecho a la salud en el Estado Plurinacional de Bolivia. Las bases de esta iniciativa están establecidas en la Ley 475, en el marco de la implementación del Sistema Único de Salud se está haciendo el Registro de Profesionales de Salud para aquellos profesionales que estén interesados en participar.

<p>Servicio Social de Salud Rural Obligatorio (SSSRO)</p>	<p>Ley 15629. Decreto 26217.</p>	<p>Es un servicio obligatorio, con una duración de 3 meses para los estudiantes del internado de las carreras de Medicina, Enfermería y Odontología, de las Universidades Públicas y Privadas. El objetivo es tener un estrecho contacto con la realidad nacional, complementando adecuadamente su formación profesional, el servicio prestado de atención en salud por parte de los estudiantes según la SAFCI, realizado a dedicación exclusiva en los establecimientos de salud de primer nivel de atención y Hospitales de segundo Nivel del área rural.</p>	<p>Consideración de casos especiales para el impedimento del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio: Mujeres embarazadas entre la semana 8 y la 32, mujeres con niños lactantes y/o dependientes menores de 4 años de edad.</p>	<p><a href="http://www.sedeslapaz.gob.bo/pdf/redes/Manual%20SSSRO%202017.pdf">http://www.sedeslapaz.gob.bo/pdf/redes/Manual%20SSSRO%202017.pdf</a></p>
<p>Brigada Médica Cubana</p>	<p>Convenio entre Cuba y el Estado Plurinacional de Bolivia 2015-2018</p>	<p>Tiene como misión brindar atención médica, de enfermería y técnica de manera integral y dispensarizada a la población boliviana hasta en los lugares más intrincados, brindar servicios de salud de manera diferenciada ante situaciones excepcionales (inundaciones, lluvias intensas, deslaves, epidemias).</p>	<p>Ninguno</p>	<p><a href="http://www.bmcbolivia.com.bo/?page_id=119">http://www.bmcbolivia.com.bo/?page_id=119</a></p>

Política	Legislación	Aspectos destacables	Abordaje de la feminización	Información en la web
Médicos Generales de Zona o Generalato de Zona	Ley Médica 19.664 y Ley Médica Complementaria 20.816	Política destinada a disminuir la brecha de médico/as en zonas desatendidas, a través de trabajo estable, remunerado y la posibilidad de especializarse con financiamiento del Estado una vez completado un mínimo de tres años.	Ninguno	<a href="http://mgz.cl/quienes-somos/">http://mgz.cl/quienes-somos/</a>
Plan de Ingreso, Formación y Retención de Especialistas en el Sector Público de Salud	Ley Médica 19.664	El plan pretende, entre otras cuestiones, contribuir al cierre de brechas de médico/as de APS, para lo cual considera aumento de las plazas de destinación, aumento de becas de especialización, una revisión permanente de la brecha de médicos y especialistas; en relación a la retención de médico/as considera una serie de incentivos, tales como: formación continua, pasantías nacionales e internacionales, mejora de las remuneraciones y condiciones contractuales.	Ninguno	<a href="https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Plan-de-formaci%C3%B3n-y-retenci%C3%B3n-de-especialistas.pdf">https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Plan-de-formaci%C3%B3n-y-retenci%C3%B3n-de-especialistas.pdf</a>
Campaña del Colegio Médico de Chile en contra de la discriminación y abuso a las mujeres en la práctica médica.		Denuncia la discriminación que sufren las mujeres en el estudio, en la práctica y en el ejercicio de la profesión médica.	No plantea la relación entre mujeres y hombres en ejercicio de la profesión médica.	<a href="https://www.youtube.com/watch?time_continue=124&amp;v=PnrL8JDbC-4">https://www.youtube.com/watch?time_continue=124&amp;v=PnrL8JDbC-4</a>
Estatuto administrativo	Ley Estatuto Administrativo 18.834	Normativa para las relaciones entre el Estado y el personal de los Ministerios, Intendencias, Gobernaciones y servicios públicos centralizados y descentralizados	Hace mención a la igualdad de mujeres y hombres en relación al sueldo que corresponda según función, capacidad, calificación e idoneidad.	<a href="https://www.controloria.cl/documents/451102/1887680/PDF+Ley+18834/6568eabf-e3f0-438a-b71f-2d98db4f5738">https://www.controloria.cl/documents/451102/1887680/PDF+Ley+18834/6568eabf-e3f0-438a-b71f-2d98db4f5738</a>

<sup>11</sup>No existe un Observatorio Nacional de RHUS. Sin embargo, los datos sobre el Recurso Humano médico/as a los cuales se accedió están discriminados por género.

<sup>12</sup>En relación al programa de salud 2018-2022 (Disponible en: <https://www.minsal.cl/programa-de-salud-2018-2022/>), es evidente una fuerte alianza con el sector privado, constatado por el paso de lógica de fondo –a través del FONASA- a seguro con libertad de afiliación (competencia público/privado), ajuste de costes por riesgo, entre otros que no quedan del todo claros en la publicación. Existe un evidente esfuerzo en la tecnologización a través de historias clínicas electrónicas, telemedicina y tecnologías hospitalarias, acompañado por la super especialización del primer nivel de atención, así como de una reducción del presupuesto para este nivel. En relación a la feminización del RHUS no hay ninguna mención, ni política al respecto.

Política	Legislación	Aspectos destacables	Abordaje de la feminización	Información en la web
Prestación del Servicio Social Obligatorio	Artículo 33 de la Ley 1164 y reglamentado por las Resoluciones 1058, 2358 y 06357	Política destinada a disminuir la brecha de médico/as en zonas desatendidas. Es obligatoria para médico/as, con algunas excepciones. Lo/as médico/as que estén en el programa de especialización de las siguientes especialidades: pediatría, ginecología y obstetricia, medicina interna, cirugía general, anestesiología y medicina familiar, pueden realizarlo durante la especialización o hasta 6 meses después.	Prioriza la elección del lugar de desarrollo del servicio a mujeres madres cabeza de familia, con lactantes o embarazada.	<a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/abc-ss.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/abc-ss.pdf</a>
Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud	Ley 1164 Resolución 1536 Observatorio de Talento Humano en Salud. Decreto 4192 y Resolución 3030	Pretende, entre otras cuestiones, fortalecer el talento humano, mejorar la gestión territorial y las condiciones laborales del mismo.	En el registro se toman los datos de género, sin embargo en el Observatorio de Talento Humano en Salud no aparecen discriminados por género.	<a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/rethus-observatorio.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/rethus-observatorio.pdf</a>
Estrategia de incentivos al talento humano en salud "Tarea de Todos"	-	Se presenta como una recomendación, ya que existen Entidades Prestadoras de Servicios (EPS) públicas y privadas que no permiten la estandarización de un lineamiento específico para realizar un plan de incentivos.	Ninguno	<a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/1.estrategia-tarea-todos-incentivos-minsalud.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/1.estrategia-tarea-todos-incentivos-minsalud.pdf</a>
Modelo Integral de Atención en Salud	A partir de la adopción de la estrategia de APS a través de la Ley 1438, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la Ley Estatutaria en Salud Ley 1751 y la Política de Atención Integral en Salud Artículo 65 Ley 1753 Plan Nacional de Desarrollo.	Está apoyado por el Programa Único Nacional de Especialización en Medicina Familiar siguiendo un enfoque basado en la Salud Familiar y Comunitaria.	Ninguno	<a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa-unico-nacional-%20Especializacion-medicina-familiar.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa-unico-nacional-%20Especializacion-medicina-familiar.pdf</a>

<sup>13</sup>Existe un Observatorio Nacional de RHUS. Sin embargo, los datos sobre el Recurso Humano médico/as no están discriminados por género.

Política	Legislación	Aspectos destacables	Abordaje de la feminización	Información en la web
Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)/ Estrategia de abordaje Médico del Barrio	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (ley N°. 2002-80). Plan Nacional para el Buen Vivir (2017-2021)	Es evidente el esfuerzo que se realiza para fortalecer el primer nivel de atención, mejorar la retención del RHUS de especialidades asociadas a la APS y disminuir las brechas de talento humano para zonas desatendidas. En relación al abordaje del RHUS destacan las siguientes acciones: - Conformación de equipos de atención del Médico del Barrio. - Distribución de equipos del Médico del Barrio por sectores. - Distribución de los médicos familiares, médicos generales integrales y/o médicos generales con mayor experiencia laboral por circuitos. - Plan de visitas a territorio. Cabe destacar que la información relativa a la Estrategia Médicos del Barrio es monitoreada por la Presidencia de la República semanalmente.	Ninguno	<a href="https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/Manual_De_Estrategia_de_Abordaje_Medico_del_Barrío_2018.pdf">https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/Manual_De_Estrategia_de_Abordaje_Medico_del_Barrío_2018.pdf</a>



<sup>13</sup>Existe un Observatorio Nacional de RHUS dependiente del Ministerio de Salud Pública, Consejo Nacional de Salud (CONASA), Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud (CONARHUS), no se identificó información pública a través de página web, sí existen una serie de trabajos en colaboración con OPS y el ORAS. La información se encuentra en bases de datos discriminadas por género y fue proporcionada para el estudio “Feminización de la práctica laboral de la profesión médica: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela” (2018).

<p>Registro Estadístico de Recursos y Actividades en Salud a través del INEC</p>	<p>Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (ley N° 2002-80).</p>	<p>Corresponde a las estadísticas relacionadas con personal de salud, equipamientos, consultas, vigilancia, entre otras. Cabe destacar que la información se origina en establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y Red Complementaria (RC). La RPIS cuenta con la información de Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, Seguro Campesino, Anexos al Seguro Campesino, Ministerios, Municipio, Consejos Provinciales, Juntas de Beneficencia, Solca y otros servicios públicos. Mientras que la Red Complementaria (RC) son los establecimientos de salud privados con y sin fines de lucro.</p>	<p>Las bases de datos están discriminadas por género, sin embargo en la información publicada no lo está.</p>	<p><a href="http://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/">http://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/</a>  <a href="http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2017/Principales_Resultados_%28RAS%29.pdf">http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2017/Principales_Resultados_%28RAS%29.pdf</a></p>
<p>Programa de Becas para Fortalecimiento del Talento Humano en Salud.</p>	<p>Convenio Tripartito de Cooperación Interinstitucional entre la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, - SENESCYT, el Instituto Ecuatoriano de Crédito Educativo y Becas- IECE (ahora Instituto de Fomento al Talento Humano – IFTH), y el Ministerio de Salud Pública MSP.</p>	<p>El objetivo del programa es contribuir con el fortalecimiento y la formación del talento humano en el área de salud pública, mediante la articulación, ejecución y administración de programas de becas en instituciones de educación superior (25 facultades de medicina, 13 públicas y 12 privadas) e institutos superiores tecnológicos públicos del país.</p>	<p>Ninguno</p>	<p><a href="https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/09/Ofer-ta-posgrados-de-especializaciones.pdf">https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/09/Ofer-ta-posgrados-de-especializaciones.pdf</a></p>

Política – año de creación	Legislación	Aspectos destacables	Abordaje de la feminización	Información en la web
SERUMS (Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud). 1981	Decreto Ley 23330. Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS. 1981. Reglamento de la Ley 23330: Decreto Supremo 005-97-S. MINSAL	En los objetivos del SERUMS destacan proteger la dignidad personal garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país. Cierre de brechas de recursos humanos en salud, con una estrategia orientada hacia la dotación y distribución del personal de salud. Posibilidad de acceso a posgrado luego de un año de servicio. Sin embargo, algunos estudios afirman que existe escaso aseguramiento en salud, así como accidentes y muertes para los que realizan este servicio y salud mental alterada.	Ninguno	<a href="http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4574.pdf">http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4574.pdf</a>  <a href="http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1726-46342014000400026">http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1726-46342014000400026</a>
Redes integradas de Salud	Decreto Supremo O11 – 2017 – SA Ley 26842. Ley General de Salud.	Ejercen funciones de la Dirección General de Operaciones en Salud. Monitorean, supervisan y evalúan el cumplimiento de los objetivos, metas y desempeño de los Hospitales y establecimientos del primer nivel de atención en su jurisdicción.	Ninguno	<a href="ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/.../RM_N467-2017-MINSA.PDF">ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/.../RM_N467-2017-MINSA.PDF</a>
Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado	Decreto Supremo N° 022-2018-SA	Establece los criterios para las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2018, para que el personal que trabaja en el sector perciba la entrega económica anual. La salud pública como responsabilidad primaria del Estado.	Ninguno	<a href="https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-establece-los-criterios-para-las-metas-i-decreto-supremo-n-022-2018-sa-1687860-9/">https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-establece-los-criterios-para-las-metas-i-decreto-supremo-n-022-2018-sa-1687860-9/</a>

<sup>15</sup>Existe un Observatorio Nacional de RHUS. Dependiente de la Dirección General de Personal de la Salud (DIGEP). No hay información discriminada por género ni alusión a la feminización. Disponible en:

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4559.pdf>.

Sin embargo, para el estudio "Feminización de la práctica laboral de la profesión médica: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela" (2018) se pudo acceder a la información discriminada por género.



Política – año de creación	Legislación	Aspectos destacables	Abordaje de la feminización	Información en la web
Cargo de Médico/a Rural Obligatorio.	Ley de Ejercicio de la Medicina (reforma noviembre 2011)-Artículo 8.	<p>Para ejercer la profesión de médico en forma privada o en cargos públicos de índole asistencial, médico</p> <p>-administrativa, médico-docente, técnico-sanitaria o de investigación en poblaciones mayores de cinco mil habitantes, es requisito indispensable haber desempeñado por lo menos durante un año, el cargo de médico rural o haber efectuado internado rotatorio de postgrado durante dos años, que incluya pasantía no menor de seis meses en el medio rural, de preferencia al final del internado. Para el desempeño de cualesquiera de estas actividades, el médico o médica deberá fijar residencia en la localidad sede, lo cual será acreditado por la respectiva autoridad civil y por el Colegio de Médicos u otra Organización Médico-Gremial.</p> <p>A los fines de facilitar el cumplimiento de la ley, el Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de salud enviará anualmente a las universidades nacionales donde se cursen estudios de medicina una lista de los cargos disponibles. Igualmente, las universidades remitirán periódicamente al Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de salud, una información acerca de los o las estudiantes próximos a graduarse, la fecha de la graduación, lugar de nacimiento, de residencia y cualquier otra información que estime conveniente.</p>	Ninguno.	<a href="http://www.asambleanacional.gob.ve/documentos_leyes/ley-de-reforma-de-la-ley-de-ejercicio-de-la-medicina.pdf">http://www.asambleanacional.gob.ve/documentos_leyes/ley-de-reforma-de-la-ley-de-ejercicio-de-la-medicina.pdf</a>



<sup>16</sup> No existe un Observatorio Nacional de RHUS. Sin embargo, los datos sobre el Recurso Humano médico/as a los cuales se accedió están discriminados por género.

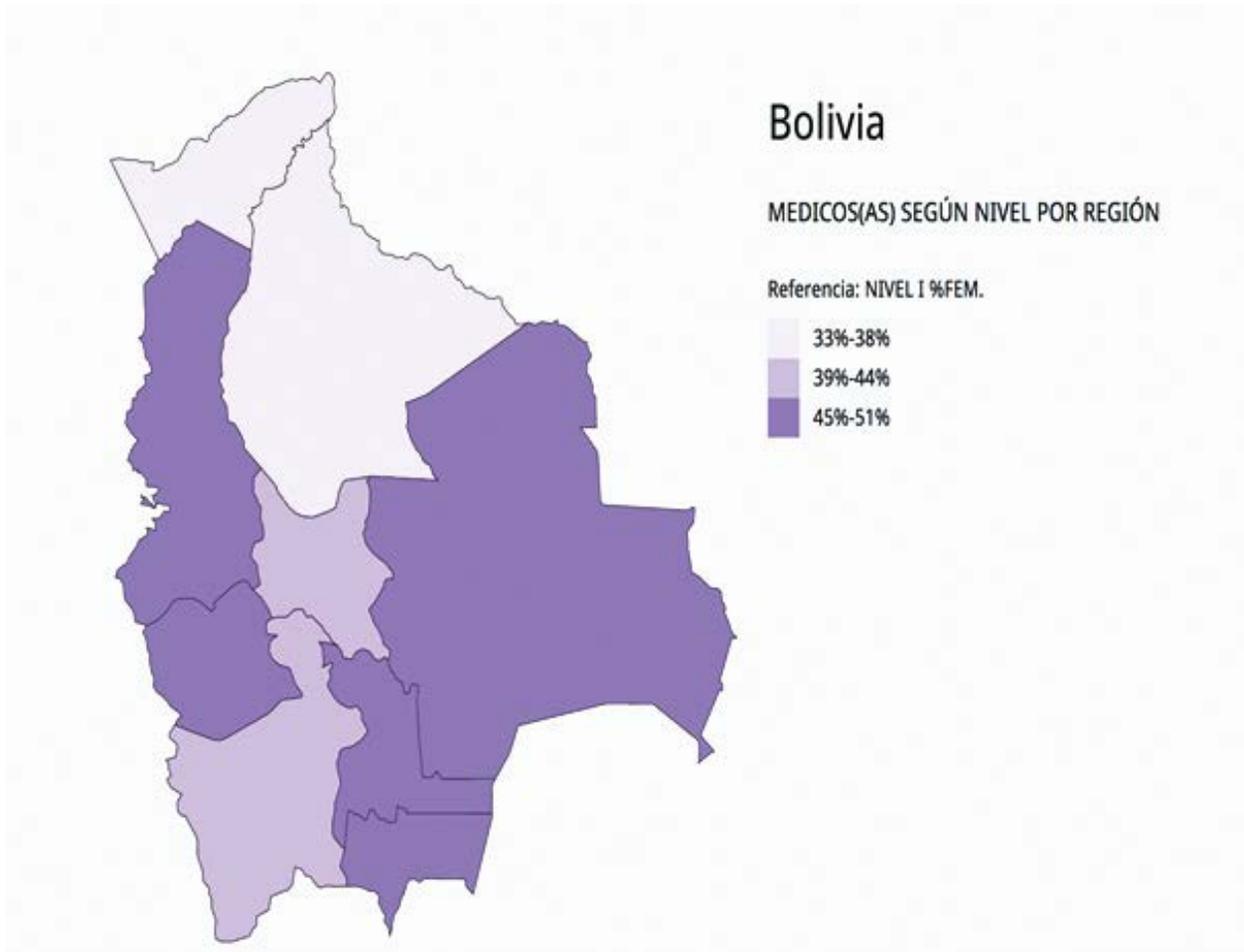
Permiso por paternidad	Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras (LOTTT) y Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT)	El artículo 339 de la LOTTT) dice lo siguiente: Todos los trabajadores tendrán derecho a un permiso o licencia remunerada por paternidad, de catorce días continuos contados a partir del nacimiento de su hijo o hija o a partir de la fecha en que le sea dado o dada en colocación familiar por parte de la autoridad con competencia en materia de niños, niñas y adolescentes. Adicionalmente, gozará de protección especial de inamovilidad laboral contado a partir del alumbramiento. Además en el artículo 15 del Reglamento Parcial de la LOPCYMAT, se establece el derecho de la madre o padre incorporado al trabajo, a disfrutar de un día de licencia o permiso remunerado cada mes para concurrir al centro asistencial pediátrico.		
Misión Barrio Adentro I, II, III y IV. 2003 (Inicio)		Comienza con la llegada de 53 especialistas en medicina general integral desde Cuba. Destinado a superar la exclusión se focalizó en la instalación y operación de pequeños centros asistenciales en zonas históricamente empobrecidas. Expande la red primaria y pone a disposición de familias ubicadas en los sectores de mayor exclusión, consultorios populares, médicos, odontólogos, consulta oftalmológica y entrega de medicamentos	Ninguno	<a href="https://www.observatoriorh.org/serie-de-estudios-nacionales-ndeg-6-sistematizacion-de-evidencia-cientifica-del-proceso-de">https://www.observatoriorh.org/serie-de-estudios-nacionales-ndeg-6-sistematizacion-de-evidencia-cientifica-del-proceso-de</a>  <a href="http://www.vicepresidencia.gob.ve/index.php/tag/mision-barrio-adentro/">http://www.vicepresidencia.gob.ve/index.php/tag/mision-barrio-adentro/</a>
Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria (MIC). 2008	Ley de Ejercicio de la Medicina. Resolución 3149. Gaceta oficial N°39032.	Este programa nace para garantizar el derecho a la salud y a la educación, a través de la formación de médicas y médicos en que se prioriza la formación en atención primaria en salud, frente a contenidos más clínicos y especializados, así como incluir a los/as estudiantes de sectores populares por medio de la Misión Sucre.	Ninguno	<a href="http://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/261">http://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/261</a>

# PARTE III

## Mapas interactivos por país con la información cuantitativa disponible sobre las condiciones del mercado laboral actual

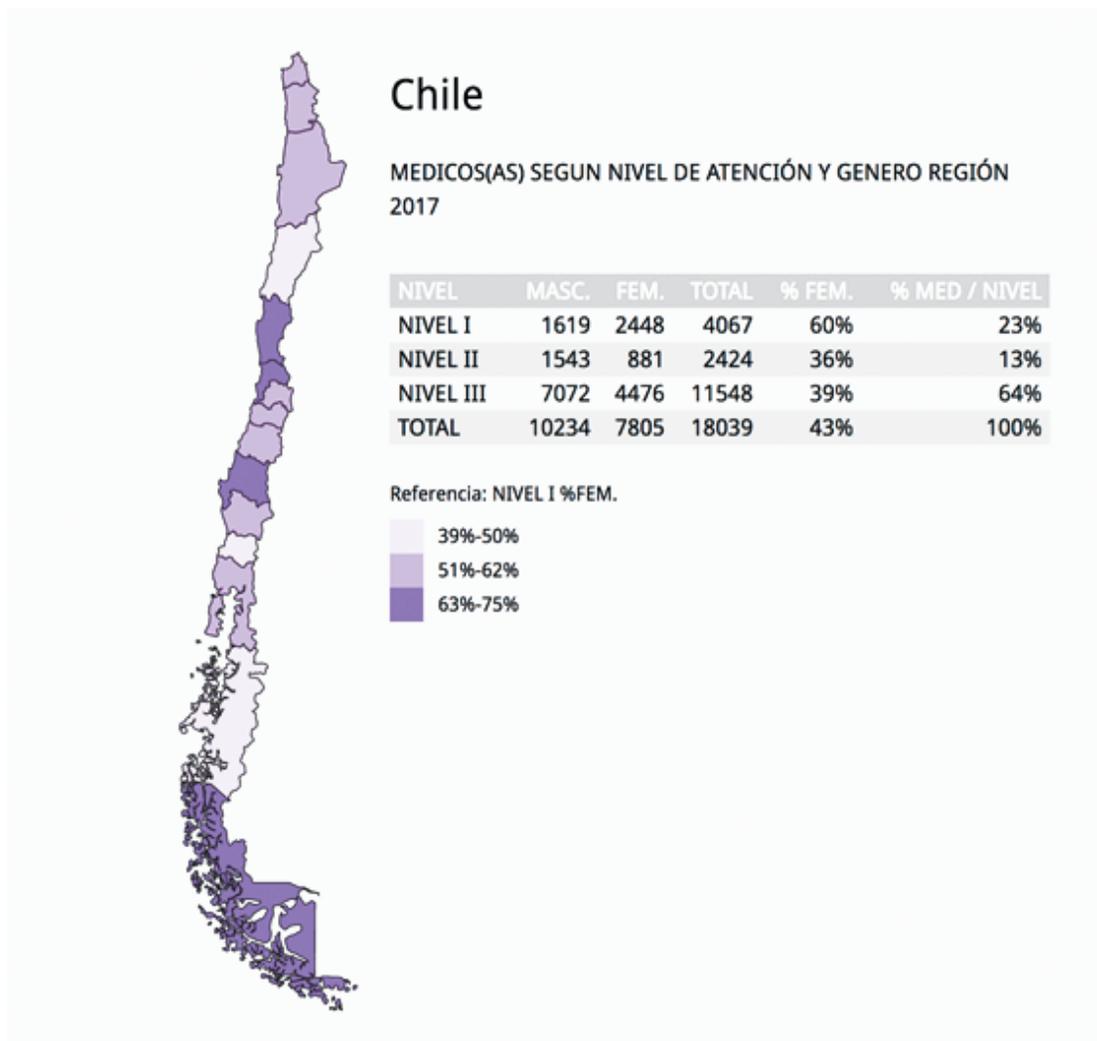
### BOLIVIA<sup>17</sup>

Mapa 1. **Bolivia: Cantidad de médico/as por departamento en el primer nivel de atención. Porcentaje de médicas en relación al total de médico/as en el primer nivel de atención.**



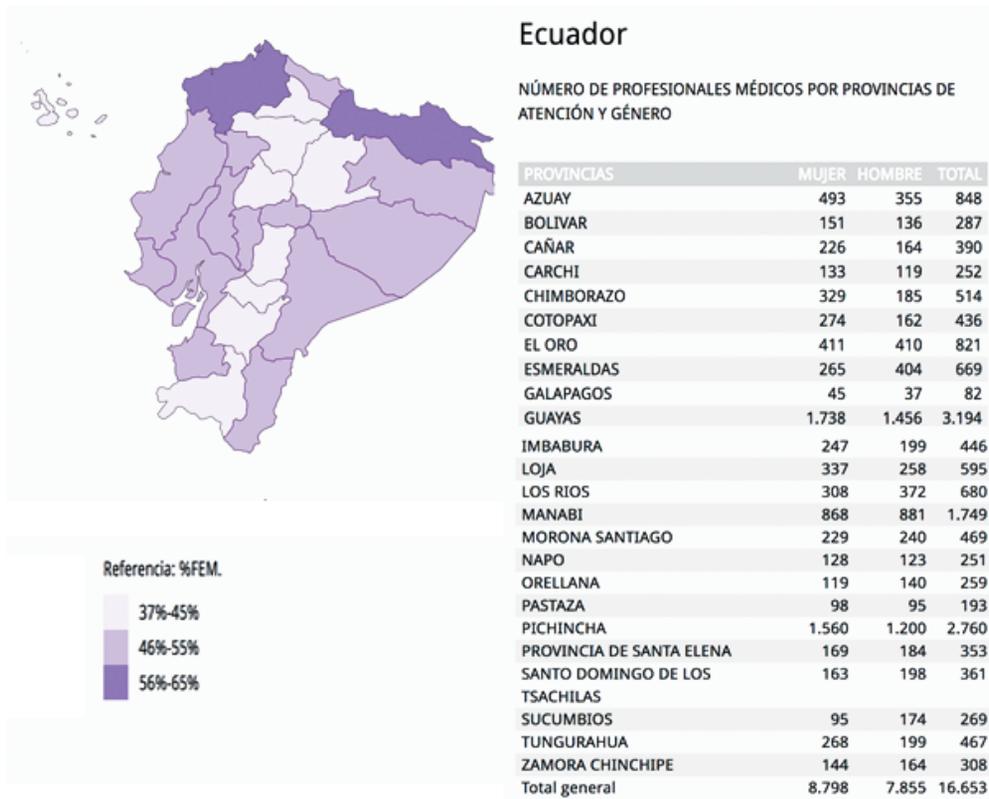
<sup>17</sup> En el siguiente enlace se encuentra el acceso a los mapas de Bolivia en formato interactivo según la información relevada en el estudio "Feminización de la práctica laboral de la profesión médica: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela" (ORAS, 2008).

**Mapa 2. Chile: Cantidad de médico/as por departamento en el primer nivel de atención. Porcentaje de médicas en relación al total de médico/as en el primer nivel de atención.**



<sup>18</sup> En el siguiente enlace se encuentra el acceso a los mapas de Chile en formato interactivo según la información relevada en el estudio "Feminización de la práctica laboral de la profesión médica: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela" (ORAS, 2008).

**Mapa 3. Ecuador: Distribución de médico/as por provincia. Porcentaje de médicas en relación al total de médico/as por provincia**



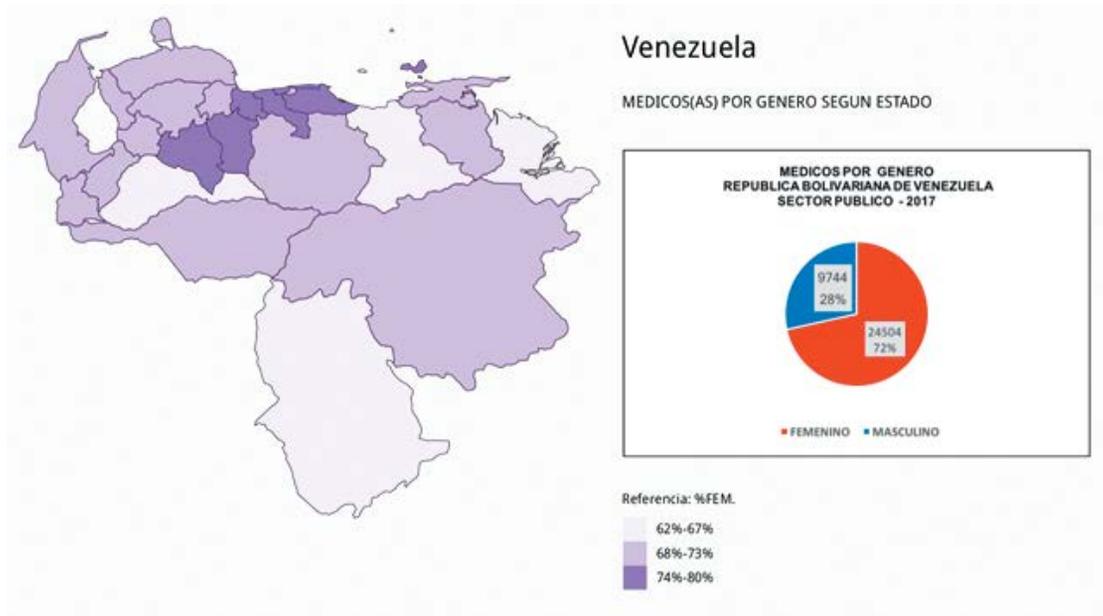
<sup>19</sup> En el siguiente enlace se encuentra el acceso a los mapas de Ecuador en formato interactivo según la información relevada en el estudio "Feminización de la práctica laboral de la profesión médica: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela" (ORAS, 2008).

Mapa 4. Perú: Distribución de médico/as por departamento. Porcentaje de médicas en relación al total de médico/as.



<sup>20</sup> En el siguiente enlace se encuentra el acceso a los mapas de Perú en formato interactivo según la información relevada en el estudio "Feminización de la práctica laboral de la profesión médica: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela" (ORAS, 2008).

Mapa 5. Venezuela: Cantidad de médico/as por estados. Porcentaje de médicas en relación al total de médico/as.



<sup>21</sup> En el siguiente enlace se encuentra el acceso a los mapas de Venezuela en formato interactivo según la información relevada en el estudio "Feminización de la práctica laboral de la profesión médica: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela" (ORAS, 2008).

### **Propuesta de datos y criterios para la gestión del personal profesional médico**

El transcurso de la vida profesional, desde el ingreso a los estudios profesionalizantes hasta el retiro o jubilación, puede ser analógicamente estudiado bajo el modelo de “*curso de vida*”. El complejo arte de contar en cada momento con una dotación suficiente de recursos humanos como para enfrentar una realidad epidemiológica, demográfica y socioeconómica cambiante requiere cada vez más profesionales. De esta manera la creciente feminización de los Recursos Humanos en Salud tiene que ser tomada en cuenta a partir de una perspectiva de género transversal para que el subsector público -fundamentalmente- pueda contar con la dotación suficiente de personal profesional anteriormente mencionada (ORAS-CONHU, 2017).

Entendemos que cada país presenta particularidades en las condiciones de los mercados de trabajo, formación de RHUS, marcos regulatorios, sistemas de registro y monitoreo, así como de un extenso abanico de actores que en cada nación son parte del complejo campo de la salud. Por lo tanto, lo que se intenta es la formulación de propuestas que una vez tomadas por cada país sean acondicionadas a sus particularidades, y que con la participación de los actores más relevantes se discutan y debatan para culminar con la institucionalización de la equidad de género a través del diseño de políticas públicas y marcos regulatorios que realmente transformen el contexto actual. En ese sentido, cabe destacar que la institucionalización del enfoque de género implica cambios profundos en las estructuras pre existentes, en las políticas y estrategias de gestión de los RHUS y en las prácticas organizacionales. Asimismo, dichos cambios deben ser coordinados y ordenados en un proceso que implica la búsqueda de mecanismos de negociación y cooperación entre actores relevantes para llegar a disminuir las brechas presentes en las estructuras de poder asimétricas que se reflejan de diferentes maneras y en un conjunto de intereses (Rico, 2000).

Las propuestas presentadas están dispuestas de la siguiente manera: producción de información y monitoreo de los mercados de trabajo, condiciones laborales de calidad, formación de especialistas y cooperación intersectorial. A continuación, se profundizará en cada uno de los puntos.

#### *1. Producción de información y monitoreo de los mercados de trabajo.*

- Desarrollar y/o mantener, según corresponda, un registro único de profesionales médico/as, renovable cada 3-5 años, que caracterice el pluriempleo tomando en cuenta género y grupo etario.
- Producción de información de calidad con perspectiva de género acerca de las condiciones del RHUS en los mercados de trabajo que consideren: contratación, remuneración, especialidades, niveles de atención, formación de grado, formación de especialistas (residentes/residencias), sector público/privado/seguridad social, lugar de desarrollo profesional, cargos, inmigración/emigración.
- Generación de información con perspectiva de género que tome en cuenta las voces de médico/as para evaluar motivaciones para desempeño en sector público, APS, zonas desatendidas y elección de especialidades críticas según las necesidades y demandas de cada país. Se sugiere

aprovechar espacios que concentren estudiantes de medicina de inminente graduación o médico/as recientemente graduados. Se podría pensar en espacios tales como: la postulación al servicio social médico obligatorio, examen de residencia, examen para certificaciones, según corresponda.

- Desarrollo de investigaciones con perspectiva de género que tomen en cuenta las voces de médico/as, con la posibilidad de realizar análisis longitudinales y comparaciones entre países de la región para adaptar incentivos y modificaciones estructurales según las necesidades de la oferta médica y la demanda de la población.

## 2. *Condiciones laborales de calidad.*

- Desarrollo de investigaciones que, con perspectiva de género, indaguen en los procesos de trabajo con un enfoque de calidad centrado en lo/as trabajadores y en la relación de lo/as trabajadore/as y los usuarios. Asimismo, indagar en la salud de lo/as profesionales de salud, muchas veces sometidos a situaciones de estrés que conllevan sufrimiento mental.
- Regulación de guardias hospitalarias y jornadas de trabajo extensivas que impidan que, en situaciones de pluriempleo, las jornadas de trabajo se extiendan por más de 24 horas.
- Implementación de mecanismos institucionalizados para el control de concursos médicos. Se proponen “*veedurías de género*” para resguardar la equidad de género en el acceso a cargos, a especialidades y/o ascensos (Pautassi, 2001).
- Generar espacios que busquen desnaturalizar situaciones de vulneración laboral, discriminaciones existentes e impacto diferenciado sobre la situación de mujeres y hombres. En tanto se reconozcan estereotipos y mecanismos de discriminación por género, será más fácil iniciar acciones para revertirlas (Pautassi, 2001).
- Procurar una carrera médica en el sector público en un marco legal único que considere: horarios, mecanismos de contratación, remuneración, escalafones, programas para el desarrollo de la carrera profesional (incluyendo especialización) para todo/as lo/as médico/as, jerarquizando el primer nivel de atención así como también el desempeño en zonas desatendidas y en especialidades críticas a través de incentivos. Esta sugerencia responde a la atomización de los servicios y la falta de articulación entre ellos, así como a la municipalización de la atención primaria, que de una forma u otra es común para la Subregión Andina. En ese sentido, atender las condiciones de trabajo existentes y la regularización del personal precarizado, con lo que ello implique para cada uno de los países.
- El internado hospitalario durante el grado, el año de servicio rural obligatorio e incluso las residencias pueden servir como “*vacuna*” para no repetir la experiencia o como estímulo para reproducirla, así que en términos de reclutamiento de RHUS para zonas desatendidas y atención primaria es estratégico hacer un esfuerzo para que esas prácticas sean reconocidas como positivas y, además de los incentivos, atribuir funciones como un estímulo para desarrollar la carrera médica en esos espacios. En ese sentido, a través de este trabajo se identificó la necesidad de garantizar que el trayecto por estas instituciones tenga un acompañamiento docente sostenido por referentes asignados para tales fines.
- Según lo que se pudo indagar a través de las entrevistas, e incluso en las encuestas, se

puede afirmar que el rol de reproducción biológica de la mujer (Duran, 1990) afecta de forma significativa la orientación de las carreras laborales, las trayectorias y las experiencias de las médicas. De esta manera, se establece como el gran diferenciador en relación a sus contrapartes varones. Esta diferenciación es aún mayor en especialidades masculinizadas. La maternidad es representada como un menor compromiso con el trabajo/residencia/grado, es vivido con hostilidad al interior de las instituciones y en la relación con los compañeros de trabajo/residencia/grado y por lo tanto representa una amenaza para las mujeres tanto en la formación como en la trayectoria laboral. Por ello, acciones tales como negociaciones colectivas de trabajo con perspectiva de género y la prestación de servicios públicos, provisión de infraestructuras y formulación de políticas de protección social, son fundamentales para contrarrestar el estancamiento de la carrera de las médicas (PNUD, 2018).

### 3. *Formación de especialistas.*

- Estudios anteriores (ORAS, 2018), han demostrado que existe una brecha entre varones y mujeres en el acceso a especialidades médicas. La trayectoria laboral de las mujeres se ve afectada por este hecho, ya que, en el campo de la medicina, la especialidad es un requisito para acceder a reconocimientos salariales, estabilidad laboral, puestos jerárquicos, entre otros (PNUD, 2018). Esta brecha se explica, entre otras razones, por la dificultad de sostener la maternidad y la residencia, ya que las instituciones y programas no están acondicionados para este hecho, a pesar de que, en términos etarios, durante la residencia tanto varones como mujeres tienden a reproducirse, lo cual para los primeros no implica un problema. En ese sentido, tener la posibilidad de hacer una recuperación académica 6 meses después de la finalización de la residencia, puede ayudar a disminuir esta brecha, por ejemplo, con licencias obligatorias para ambos sexos. Además, se constatan diferencias entre las especialidades: aquellas vinculadas a mayor remuneración son las que están altamente masculinizadas, esto se explica por los estereotipos que determinan la división sexual del trabajo al interior de los hogares y al interior de las instituciones. Mujeres y hombres deben poder elegir libremente una especialidad y acceder en igualdad de condiciones a la misma, erradicando el doble estereotipo que determina sus funciones simplemente por su género. Desnaturalizar los estereotipos de género en ámbitos formativos en los cuales se construyen y reproducen es imprescindible para el empoderamiento de las mujeres (PNUD, 2018). También se podrían implementar comités de género al interior de las residencias como un mecanismo de regulación.
- A su vez, la regulación de las guardias a 12 horas y el descanso obligatorio post guardia contribuirían a disminuir las brechas en el acceso a las residencias.

### 4. *Cooperación intersectorial.*

- Promover la actualización de la legislación laboral en equidad de género, alentando licencias por paternidad acompañadas con una distribución equitativa de las tareas domésticas y la promoción de la responsabilidad compartida en el hogar (PNUD, 2018).
- En alianza con gremios y otros actores locales, generar mecanismos de divulgación con lógica de campaña que busquen el reconocimiento del trabajo no asalariado y la promoción de la responsabilidad compartida en el hogar y la familia.
- En articulación con las facultades de medicina, indagar acerca de las tendencias en educación médica y en los perfiles de lo/as estudiantes de medicina, así como profundizar en el estudio

de representaciones y prácticas –de estudiantes- sobre las formas de ser, actuar y pensar de mujeres y varones en el campo de la medicina, con el fin de visibilizar estereotipos de género que inciden en los perfiles actitudinales, formas de vinculación e incluso en modos de liderazgos (PNUD, 2014).

- Avanzar en el acceso a la formación médica de los grupos poblacionales de comunidades subatendidas mediante la descentralización de la oferta formativa y la reorientación de los criterios de selección y admisión.
- Promover una plataforma de sistematización de buenas prácticas de instituciones educativas (incluyendo sedes de residencias, hospitales y centros de salud que funcionen como unidades de aprendizaje) de la Subregión Andina promoviendo el intercambio de experiencias trazadoras con perspectiva de género.
- Consolidación y fortalecimiento de los observatorios nacionales y regionales de recursos humanos en salud –OPS y ORAS- para la generación, análisis, acceso e intercambio de información, conocimientos y experiencias que respalden la toma de decisiones y la formulación e implementación de políticas públicas, en respuesta a prioridades nacionales y a las metas regionales de RHUS, impulsando la producción de información oficial estandarizada<sup>22</sup>.
- Negociaciones colectivas de trabajo con perspectiva de género.

<sup>22</sup>Documento recuperado del Observatorio de Recursos Humanos en Salud OPS. Disponible en:  
<https://www.observatoriorh.org/observatorio-de-recursos-humanos-de-salud>

## Indicadores a corto y mediano plazo para el monitoreo de los mercados de trabajo ante el creciente fenómeno de la feminización<sup>23</sup>

### 1. Producción de información y monitoreo de los mercados de trabajo

#### *Indicadores Nacionales*

Grado de avance en la creación de un Subsistema de información georreferenciada de los subsectores público y seguridad social sobre la dotación profesional y de equipos de salud con perspectiva de género que permita identificar inequidades en relación a las condiciones de trabajo (en términos salariales, estabilidad y carrera profesional) y la radicación en zonas subatendidas.

#### *Indicadores a nivel Subregional*

Avances en investigaciones cualitativas y cuantitativas que faciliten el monitoreo y contribuyan con el diseño de políticas públicas sustentables, atendiendo las particularidades de cada país de la Subregión.

### 2. Condiciones laborales de calidad y distribución equitativa del RHUS

#### *Indicadores Nacionales*

Grado de avance en el incremento de la cobertura total de la población a los servicios de salud, superando las dificultades para la contratación de fuerza laboral en salud en zonas rurales y/o subatendidas.

Relación personal de salud-población a nivel nacional, subnacional (departamentos y regiones) y local (municipios) en camino a garantizar el estándar mínimo de la OMS de 25 trabajadores de salud por 10.000 habitantes.

Porcentaje de médicos/as especializados en salud familiar y comunitaria (o las denominaciones que esta especialidad alcance en cada país) hasta alcanzar la meta OMS del 40 % del total de médicos.

Grado de avance en la reingeniería de las condiciones de trabajo adaptadas para una fuerza laboral de creciente predominio femenino, que incremente el atractivo y la retención de todos los puestos de trabajo y contribuya al logro de los objetivos de salud.

<sup>23</sup>Basado en el documento Políticas y Plan Andino de Recursos Humanos para la Salud ORAS-CONHU 2018-2022. Disponible en: <https://www.orasconhu.org/sites/default/files/Plan%20Estrat%C3%A9gico%20de%20Integraci%C3%B3n%20en%20Salud%202018%202022.pdf>

### 3. Coordinación intersectorial

#### *Indicadores Nacionales*

Grado de transformación de la educación de las profesiones de la salud, centrada en el compromiso primario de las instituciones formadoras con sus comunidades (principios conocidos y promovidos como la misión social de las carreras de salud).

#### *Indicadores a nivel Subregional*

Nivel de implementación de redes de instituciones formadoras (Universidades e institutos de formación) formadas en función de contribuir equitativamente con la distribución, elección de especialidad y lugar de trabajo de los RHUS con perspectiva de género.

# 8

# C ONCLUSIONES

Resulta difícil dar cierre a un trabajo exploratorio que alcanza información pero al mismo tiempo abre nuevos interrogantes. La feminización de la medicina, como hemos visto, ha pasado en los últimos años de ser una realidad demográfica en crecimiento a un tema de la agenda pública internacional.

Más allá de cualquier análisis simplista no se trata de un “*problema*” sino de una realidad que pone en evidencia que el mercado de trabajo médico ha sido diseñado fundamentalmente para médicos varones y que ha resultado poco sensible a los cambios sociales y demográficos de la última década.

Un enfoque de género aporta justamente para trabajar sobre las expectativas, las adecuaciones y las necesidades para que este fenómeno devenga una posibilidad concreta para contar con una fuerza laboral motivada, calificada y comprometida y con más y mejores servicios de salud para toda la población.

El Organismo Andino en Salud – Convenio Hipólito Unanue ha iniciado en su último ciclo de planificación una tarea sólida y sustentable para que así se concrete

# BIBLIOGRAFÍA

Rovere, M.: *Los nuevos y renovados debates en torno a los recursos humanos en salud*. En: Rico, Ma. N. y Marco, F. *Mujer y empleo la reforma de la salud y la salud de la reforma en la Argentina*. Siglo XXI. Buenos Aires. 2006. 151 - 192.

Ibíd.

Abramzón, M.: *Argentina Recursos Humanos en Salud en 2004*. OPS. Buenos Aires. 2005.

Morini, C.: *Por amor o a la fuerza. Feminización del trabajo y biopolítica del cuerpo*. Traficantes de sueños. Madrid. 2014. Disponible en: <http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/wp-content/uploads/2015/09/Por-el-amor-o-la-fuerza-feminizaci%C3%B3n-del-trabajo-o-biopol%C3%ADtica-del-cuerpo.pdf>

Castells, M.: *El poder de la identidad*. Alianza Editorial. Madrid. 2002. Citado en Morini, Cristina: *Por amor o a la fuerza. Feminización del trabajo y biopolítica del cuerpo*. Traficantes de sueños. Madrid. 2014.

Durán, M.: *Ponencias del III Congreso Argentino de Antropología Social (1990)*. En Breilh J.: *La triple carga; trabajo, práctica doméstica y procreación. Deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo*. Quito: Ediciones CEAS. 1991

Breihl, J.: *La triple carga; trabajo, práctica doméstica y procreación. Deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo*. CEAS. Quito. 1991.

Ibíd.

James, N.: *Emotional Labour: Skill and Work in the Social Regulation of Feelings*. The Sociological Review Vol. 37. 1989. Citado en Morini, Cristina: *Por amor o a la fuerza. Feminización del trabajo y biopolítica del cuerpo*. Traficantes de sueños. Madrid. 2014.

Merhy, E.: *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Lugar editorial. Buenos Aires. 2006

García, J.C.: *La medicina y la estructura social*. Citado en García J.C. et al.: *Medicina y Sociedad*. Alfa y Omega. Santo Domingo. 1977.

Belmartino, L.S. et al.: *Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación*. Organización Panamericana de la Salud. Bs. As. 1990. Disponible en:

[http://www.paho.org/arg/publicaciones/pubOPS\\_ARG/pub14.pdf](http://www.paho.org/arg/publicaciones/pubOPS_ARG/pub14.pdf)

Rovere, M.: *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud*. OPS. Washington D.C. 2006.

Organización Panamericana de la Salud. *Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*. Washington DC. 2012. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/HSS-Cond-Trab-RHS2012.pdf>

Jodelet, D.: *El movimiento del retorno al sujeto y el enfoque de las Representaciones Sociales*. Rev. Electrónica Cultura y Representaciones Sociales Vol. 3 N°5. 2008. Disponible en: <http://www.culturayrs.org.mx/index.php/CRS/article/view/535/542>

Abric, J. C. (Dir.): *Prácticas sociales y representaciones*. Ediciones Coyoacán. México D.F. 2001. Disponible en: [https://www.academia.edu/4035650/ABRIC\\_Jean\\_Claude\\_org\\_Practicas\\_Sociales\\_y\\_Representaciones](https://www.academia.edu/4035650/ABRIC_Jean_Claude_org_Practicas_Sociales_y_Representaciones)

Jodelet, D.: *El movimiento del retorno al sujeto y el enfoque de las Representaciones Sociales*. Rev. Electrónica Cultura y Representaciones Sociales Vol. 3 N°5. 2008. Disponible en: <http://www.culturayrs.org.mx/index.php/CRS/article/view/535/542>

Abrevanel, H. Et al.: *Cultura organizacional: aspectos teóricos, prácticos y metodológicos*. Legis. Santa Fe de Bogotá. 1992.

Bordignon, N.: *El desarrollo psicosocial de Erik Erikson. El diagrama epigenético del adulto*. Revista Lasallista de Investigación. Vol. 2 N°2. Antioquía. 2005. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>

Ibíd.

Ramírez Hita, S.: *Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano*. OPS. La Paz. 2010. Disponible en: [https://www.paho.org/bol/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1183:calidad-atencion-salud-practicas-representaciones-sociales-poblaciones-quechua-aymara-altiplano-boliviano&Itemid=256](https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1183:calidad-atencion-salud-practicas-representaciones-sociales-poblaciones-quechua-aymara-altiplano-boliviano&Itemid=256)

Grigoriu Rocha, C. (Consultora): *La feminización de la práctica laboral de la profesión médica: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela*. ORAS – CONHU. 2018.

Ibíd.

Juárez, L. M., Rodríguez Martín, B. & Conde Caballero, D.: *Cuidados basados en narrativas: redefiniendo la jerarquía de la evidencia*. Index de Enfermería 22(1-2), 55-59. 2013. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100012>

ORAS – CONHU: *Políticas y Plan Andino de Recursos Humanos para la Salud 2018-2022*. ORAS – CONHU. Lima. 2017. Disponible en: <https://www.orasconhu.org/sites/default/files/Plan%20Estrat%C3%A9gico%20de%20Integraci%C3%B3n%20en%20Salud%202018%202022.pdf>

Rico, N.: *El proceso de institucionalización del enfoque de género en el trabajo sustantivo de la CEPAL*. CEPAL. Santiago de Chile. 2000. Citado en Pautassi, L. (Consultora): *Equidad de género y calidad en el empleo: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina*. CEPAL. Santiago de Chile. 2001.

Pautassi, L. (Consultora): *Equidad de género y calidad en el empleo: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina*. CEPAL. Santiago de Chile. 2001.

Ibíd.

Ibíd.

Durán, M.: *Ponencias del III Congreso Argentino de Antropología Social (1990)*. En Breilh J.: *La triple carga; trabajo, práctica doméstica y procreación. Deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo*. Quito: Ediciones CEAS. 1991

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: *Género en el sector salud: Feminización y brechas laborales*. Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina N°9. PNUD. Bs. As. 2018. Disponible en: [http://www.ar.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Desarrollo%20Humano/PNUD\\_InformedeGenero\\_2018.04.04.pdf](http://www.ar.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Desarrollo%20Humano/PNUD_InformedeGenero_2018.04.04.pdf)

Grigoriu Rocha, C. (Consultora): *La feminización de la práctica laboral de la profesión médica: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela*. ORAS – CONHU. 2018.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: *Género en el sector salud: Feminización y brechas laborales*. Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina N°9. PNUD. Bs. As. 2018. Disponible en: [http://www.ar.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Desarrollo%20Humano/PNUD\\_InformedeGenero\\_2018.04.04.pdf](http://www.ar.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Desarrollo%20Humano/PNUD_InformedeGenero_2018.04.04.pdf)

Ibíd.

Ibíd.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: *Género en el trabajo: brechas en el acceso a puestos de decisión*. Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina N°8. PNUD. Bs. As. 2014.

# ANEXOS

## Anexos 1.

### Listado de documentos revisados para la sistematización de las políticas de RHUS con perspectiva de género

Barría Iroumé, S. (Consultora): *Propuesta de implementación del Observatorio de los Recursos Humanos Chileno "Personas por la salud de Chile". Serie de Estudios Nacionales N° 4.* ORAS – CONHU. Ministerio de Salud. Santiago de Chile. 2014.

[https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2015/serie\\_est\\_nac\\_4\\_observatorio\\_chi.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2015/serie_est_nac_4_observatorio_chi.pdf)

Barrero Ortega, C. (Consultor): *Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud Metas – Bolivia.* Ministerio de Salud y Deportes. Jefatura Nacional de Recursos Humanos en Salud. Organización Panamericana de la Salud. La Paz. 2013.

[https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_bol.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_bol.pdf)

Brito Quintana, Pedro E. et Al.: *Migraciones profesionales LA – UE.* Oportunidades para el desarrollo compartido. OPS. Escuela Andaluza de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública Uruguay. Montevideo. 2011.

[https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/186815/mod\\_page/content/7/Manual%20CV\\_PlanifRHS.pdf](https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/186815/mod_page/content/7/Manual%20CV_PlanifRHS.pdf)

Cadile, C. (Comp.) & Duré, M. I. (Coord.): *La construcción de la Matriz Mínima de Datos de profesionales de la salud del MERCOSUR.* Ministerio de Salud. Bs. As. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. 2015.

[http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos\\_mercosur/2015-09-14-MMM\\_ProfSaludMERCOSUR\\_final.pdf](http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_mercosur/2015-09-14-MMM_ProfSaludMERCOSUR_final.pdf)

Calani Lazcano, F.: *Sistematización de evidencia científica del proceso de implementación de políticas en recursos humanos en salud.* Ministerio de Salud. Bolivia. ORAS CONHU. La Paz. 2014.

[https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2015/serie\\_est\\_nac\\_5\\_politica\\_bol.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2015/serie_est_nac_5_politica_bol.pdf)

Cañizares Fuentes, Ricardo y José Francisco García Gutiérrez (Eds.): *Monitoreo de la política andina de planificación y gestión de recursos humanos en salud.* Serie de estudios multipaís N°1. Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). Lima. 2015.

<https://www.observatoriorh.org/serie-de-estudios-multipais-ndeg-1-monitoreo-de-la-politica-andina-de-planificacion-y-gestion-de>

Cañizares Fuentes, Ricardo y José Francisco García Gutiérrez (Eds.): *Metodología de monitoreo de la migración en salud en los países andinos.* Serie de estudios multipaís N°2. Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). Lima. 2015.

[https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2015/2\\_monitoreo\\_migracion\\_rhus2015\\_oras\\_ops.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2015/2_monitoreo_migracion_rhus2015_oras_ops.pdf)

Cañizares Fuentes, Ricardo y José Francisco García Gutiérrez (Eds.): *Análisis de la gestión de recursos humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos.* Serie de estudios multipaís N°3. Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). Lima. 2015.

<https://www.orasconhu.org/sites/default/files/3%20Gesti%C3%B3n%20RRHH%20en%20Modelos%20de%20Salud.pdf>

Cañizares Fuentes, Ricardo y José Francisco García Gutiérrez (Eds.): *Sistematización y análisis de las experiencias de determinación de brechas de recursos humanos de salud*. Serie de estudios multipaís N°4. Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). Lima. 2015.

<https://www.orasconhu.org/sites/default/files/4%20Sistematizaci%C3%B3n%20Brechas%20RHUS.pdf>

Cañizares Fuentes, Ricardo y José Francisco García Gutiérrez (Eds.): *Desarrollo de esquemas de incentivos para la retención - fidelización del personal de salud en áreas rurales y de difícil acceso*. Serie de estudios multipaís N°5. Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). Lima. 2015.

<http://www.orasconhu.org/sites/default/files/5%20Esquemas%20de%20Incentivos%20RHUS.pdf>

Chica Alva, M. et Al.: *Información de Recursos Humanos en el Sector Salud*. Perú 2017. Serie Bibliográfica Información de Recursos Humanos en Salud N°24. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Ministerio de Salud. Lima. 2017.

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4559.pdf>

Clouet-Huerta, D., González B. & Correa K.: *Especialización médica en Chile: tipos, mecanismos y requisitos de postulación*. Una actualización de los procesos para los médicos generales. Rev. Med. Chile. Santiago. 2017.

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872017001101454&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017001101454&lng=es&nrm=iso). ISSN 0034-9887. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017001101454>.

*Compendio Estadístico de Recursos Humanos del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS)*. Perú. 2008 - 2017 - Ministerio de Salud. Dirección General de Personal de la Salud. Observatorio de Recursos Humanos en Salud - Ministerio de Salud. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud, N°25.

<bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4574.pdf>

Convenio N°071 – 2018. *Convenio de gestión entre el Ministerio de Salud y la Dirección Integrada de Redes en Salud Lima Centro*. Minsa. Lima, 2018.

Córdova Roca, Samuel y Félix Loza Chacón: *La historia de la residencia médica en medicina interna en Bolivia*. 2018. Educ. Med. 2018.

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.003>

Decreto Supremo N°022-2018-SA. Presidencia de la República. Lima. 2018.

<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-establece-los-criterios-para-las-metas-i-decreto-supremo-n-022-2018-sa-1687860-9/>

Decreto supremo N°1455. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia Derechos. La Paz. 2015. [https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/normativa/2013\\_decreto\\_supremo\\_1455\\_bol.pdf](https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/normativa/2013_decreto_supremo_1455_bol.pdf)

Decreto Supremo N°2436. *Decreto de Medicina Ancestral de Bolivia*. La Paz. 2015.

<https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/normativa/decreto-supremo-2436-edicin-773nec.pdf>

Decreto Supremo N°29.601. *Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural*. La Paz. 2008.

[http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi\\_normativa/bolivia\\_decreto\\_supremo\\_nro\\_29601\\_2008.pdf](http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/bolivia_decreto_supremo_nro_29601_2008.pdf)

Dursi, Carolina y Verónica Millenaar (Coord. Gral.), Laura Antonietti y Marcelo García Dieguez (Dirección): *Motivaciones, expectativas y experiencias en la formación como especialistas de jóvenes médicos*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

- <http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/QSR-InformeCualitativo.pdf>  
Escobedo-Palza, S. et Al.: *Características del residentado médico en el Perú: resultados de la primera Encuesta Nacional de Médicos Residentes (ENMERE-2016)*. Acta Med. Vol. 34 N°4. Lima. 2017.
- [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172017000400004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000400004)  
Esquivel Velázquez, Adhemar: *Reflexiones sobre el recurso humano del sector salud en Bolivia*. Unidad de análisis de políticas sociales y económicas. La Paz. 2006.
- [http://www.udape.gob.bo/portales\\_html/Documentos%20de%20trabajo/DocTrabajo/2006/DT-0602.pdf](http://www.udape.gob.bo/portales_html/Documentos%20de%20trabajo/DocTrabajo/2006/DT-0602.pdf)  
González Guzmán, Nhelsyr (Elab.): *Sistematización de evidencia científica del proceso de implementación de políticas públicas en recursos humanos en salud*. Serie de estudios nacionales N°6. Ministerio del Poder Popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela - ORAS - CONHU. Caracas. 2014.
- Guillou, Michèle: *Estudio de Brechas de Demanda y Oferta de Médicos Especialistas en Chile. Informe Final*. Serie Cuadernos de Redes N°31. Coop. Téc. Banco Mundial - Gobierno de Chile - Ministerio de Salud. Santiago de Chile. Octubre de 2009.
- [https://ciperchile.cl/wp-content/uploads/Estudio\\_subse\\_redes\\_banco\\_mundial.pdf](https://ciperchile.cl/wp-content/uploads/Estudio_subse_redes_banco_mundial.pdf)  
Hurtado Hoyo, Elías, M. Galmés, N. Irala, H. Dolcini, J. Yansenson y H. Gutiérrez Zaldívar: *Remuneraciones profesionales médicas*. Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol. 122, N°2. Bs. As. 2009.
- <https://www.ama-med.org.ar/descargacontenido/96>  
[http://www.msal.gov.ar/residencias/index.php?option=com\\_content&view=article&id=416:factores-condicionantes-de-la-eleccion-y-permanencia-en-la-practica-de-la-medicina-general-y-familiar-como-especialidad-medica&catid=6:destacados-slide416](http://www.msal.gov.ar/residencias/index.php?option=com_content&view=article&id=416:factores-condicionantes-de-la-eleccion-y-permanencia-en-la-practica-de-la-medicina-general-y-familiar-como-especialidad-medica&catid=6:destacados-slide416)
- Ley N°475. *Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia*. Gaceta Oficial de Bolivia. La Paz. 2013.
- <https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/normativa/L475.pdf>  
Mayta-Tristán, Percy, Julio A. Poterico, Edén Galán-Rodas, Daniel Raa-Ortiz: *El requisito obligatorio del servicio social en salud del Perú: discriminatorio e inconstitucional*. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2014;31(4):781-7.
- <https://www.redalyc.org/pdf/363/36333050026.pdf>  
Mejía, L., E. Nieto, G. Arboleda, M. Montoya: *Perfil socio-laboral de los profesionales en Administración en Salud de la Universidad de Antioquia 1999-2008*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(2): 152-162.
- Mendoza-Chuctaya, Giuston, Christian R. Mejía y Juan Cano-Pucapuca: *Diferencias en la nota del ENAM y el promedio ponderado universitario en postulantes al servicio-rural peruano*. 2008-2015. Educ Med. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.10.016>
- Merino Ocampo, Cristina: *El talento humano en los umbrales del nuevo milenio: Datos Básicos sobre Formación y Distribución del Personal de Salud Ecuador 1981 – 2006*. Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud – ECUADOR No.4. Ministerio de Salud Pública – CONASA. Quito. 2008.
- [https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=desarrollo-de-recursos-humanos-para-la-salud&alias=105-el-talento-humano-en-los-umbrales-del-nuevo-milenio-ii-edicion&Itemid=599](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=desarrollo-de-recursos-humanos-para-la-salud&alias=105-el-talento-humano-en-los-umbrales-del-nuevo-milenio-ii-edicion&Itemid=599)  
Ministerio de Salud: *Los Recursos Humanos de Salud en Argentina*. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. Bs. As. 2015.
- [http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php?option=com\\_content&view=article&id=274:los-recursos-humanos-de-salud-en-argentina-ano-2015&catid=4:destacados-slide274](http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php?option=com_content&view=article&id=274:los-recursos-humanos-de-salud-en-argentina-ano-2015&catid=4:destacados-slide274)

Ministerio de Salud: . Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Bogotá. 2018.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>

Ministerio de Salud: Principales indicadores de salud. Sistema Nacional de Información en Salud. La Paz. 2016.  
<https://snis.minsalud.gob.bo/principales-indicadores-en-salud>

Ministerio de Salud Pública: *Estrategia de Abordaje Médico del Barrio y su Equipo de Atención Integral en Salud*. Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud. Quito. 2017.  
<http://salud.gob.ec>

Ministerio de Salud y Protección Social - ORAS – CONHU: *Programa Único Nacional de Especialización en Medicina Familiar*. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Bogotá. 2015.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa-unico-nacional-%20Especializacion-medicina-familiar.pdf>

Moccia, Patricia (Ed.) y David Anthony (Dir.): *Igualdad en el empleo*. En Estado Mundial de la Infancia 2007. UNICEF. 2007.  
[https://www.unicef.org/spanish/sowc07/docs/sowc07\\_sp.pdf](https://www.unicef.org/spanish/sowc07/docs/sowc07_sp.pdf)

ORAS – CONHU: *Políticas y Plan Andino de Recursos Humanos para la Salud 2018-2022*. ORAS – CONHU. Lima. 2017.  
<https://www.orasconhu.org/sites/default/files/Plan%20Estrat%C3%A9gico%20de%20Integraci%C3%B3n%20en%20Salud%202018%202022.pdf>

Organización Panamericana de la Salud: *Aproximaciones a la migración del talento humano en salud en Ecuador*. Estudio de migración de médicos ecuatorianos a Chile. Migración de médicos y enfermeras recién graduados en ciudades seleccionadas. Fundación ecuatoriana para la salud y el desarrollo. Quito. 2007.  
<https://www.observatoriorh.org/aproximaciones-la-migracion-del-talento-humano-en-salud-en-ecuador-estudio-de-migracion-de-medicos>

Organización Panamericana de la Salud: *La salud de los trabajadores de la salud*. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012. Buenos Aires. 2013.  
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3462>

Organización Panamericana de la Salud – Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: *Residencias médicas en América Latina*. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N°5. Washington, D.C. 2011.  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6317:2012-residencias-medicas-america-latina&Itemid=42273&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6317:2012-residencias-medicas-america-latina&Itemid=42273&lang=es)

Ortiz Monsalve, Luis Carlos: *Bases de la política de Talento Humano en Salud*. Minsalud. Bogotá. Junio de 2018.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>

Parada L., Mario (Consultor): *Informe final consultoría: Identificación de las condiciones para alcanzar la integralidad en la implementación y monitoreo de una política de recursos humanos en RISS*. Chile 2014. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Diciembre 2014.  
<http://www.orasconhu.org/sites/default/files/2%20Integralidad%20Monitoreo%20RHUS%20-%20Chile.pdf>

Pérez, Luis (Coordinador): *Estudio de brechas de oferta y demanda de Médicos especialistas en Chile*. Informe Final. Colaboración Técnica del Banco Mundial y el Gobierno de Chile. Santiago. 7 de octubre de 2009. <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/824501468010509985/Chile-Estudio-de-brechas-de-oferta-y-demanda-de-medicos-especialistas-en-Chile>

Ruiz, F. et Al.: *Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva*. Ministerio de Protección Social – Colombia. Pontificia Universidad Javeriana. Cendex. Bogotá. 2009.

<https://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/w3-article-184290.html>

Ruiz, F. et Al.: *Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva*. Ministerio de Protección Social – Colombia. Unión temporal. Pontificia Universidad Javeriana. Fedesarrollo – Family health foundation. Bogotá. 2004.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/LOS%20RECURSOS%20HUMANOS%20DE%20LA%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Tamayo Caballero, Carlos: *Sistematización de las experiencias de las facultades de medicina para incluir en los procesos formativos aspectos inherentes al desarrollo de la atención primaria de salud y la interculturalidad en el marco de la política pública boliviana de recursos humanos en salud – RHUS-*. Ministerio de Salud. Bolivia. ORAS-CONHU. La Paz. 2014

<https://www.orasconhu.org/sites/default/files/3%20Desarrollo%20de%20AP%20Interculturalidad%20-%20Bolivia.pdf>

Valle Calderón, Freddy et Al.: *Manual Servicio Social de Salud Rural Obligatorio – Salud Para La Paz*. Gobierno Autónomo Departamental de La Paz – Jorval ediciones. La Paz. 2017.

<http://www.sedeslapaz.gob.bo/pdf/redes/Manual%20SSSRO%202017.pdf>

## Anexos 2.

### Modelo de encuesta

Vínculo: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdCSCdb9IUJNj5KkjniQ64dGcFxMe7lWaqNsLL8mfeL8q2x2g/viewform>

