



FEMINIZACIÓN Y MONITOREO DE LA PRÁCTICA LABORAL EN LA PROFESIÓN MÉDICA EN LA SUBREGIÓN ANDINA

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

FEMINIZACIÓN Y MONITOREO DE LA PRÁCTICA LABORAL EN LA PROFESIÓN MÉDICA EN LA SUBREGIÓN ANDINA – Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Lima: ORAS-CONHU; 2019.

73 p.; illus, tab.

Comité editorial

Dra. Nila Heredia Miranda, Secretaria Ejecutiva.

Dr. Jorge Jemio Ortuño, Secretario Adjunto.

Dr. Luis Francisco Beingolea More, Coordinador de Áreas Temáticas.

Soc. Bertha Luz Pineda Restrepo, Técnica de Áreas Temáticas

Msc. Consuelo Grigoriu, Consultora Responsable del Estudio de Feminización

Od. Mg. Verónica González, Consultora responsable del estudio de Monitoreo

Coordinadora de Publicación

Lic. Yaneth Clavo, Encargada del Área 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

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

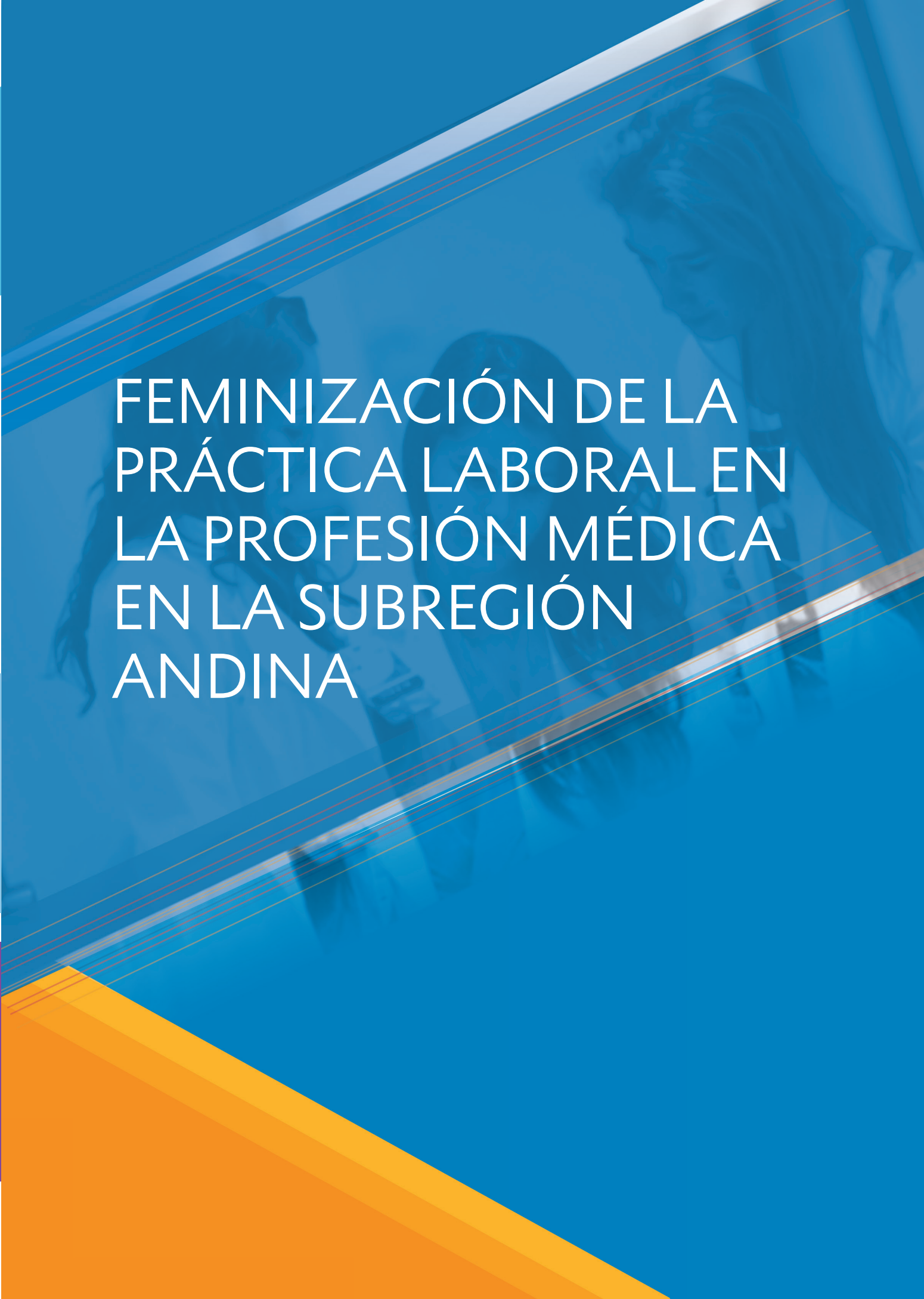
CONTENIDO GENERAL

1

FEMINIZACIÓN DE LA PRÁCTICA LABORAL EN LA
PROFESIÓN MÉDICA EN LA SUBREGIÓN ANDINA... 5

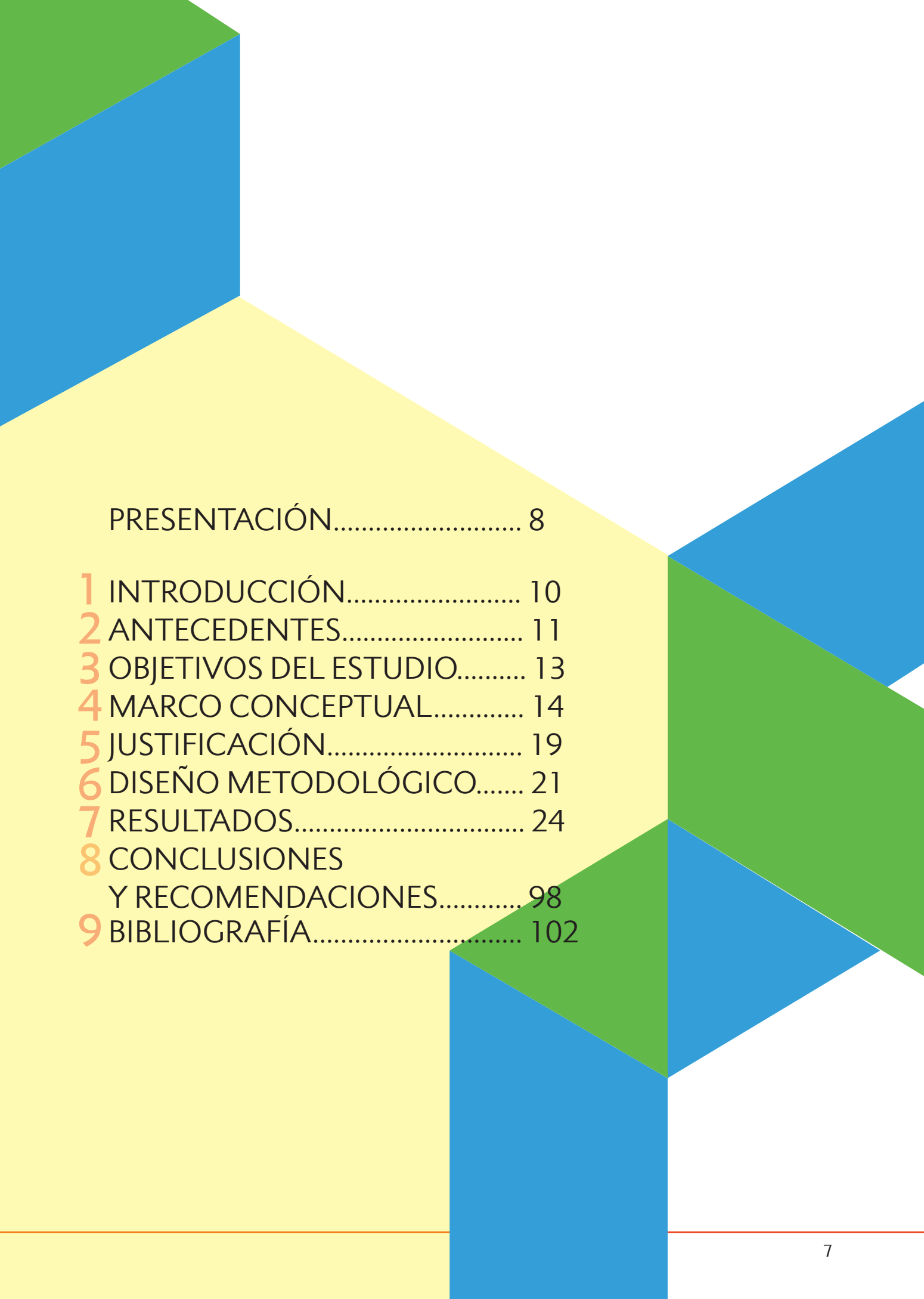
2

MONITOREO DE MERCADOS DE TRABAJO CON
PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA REGIÓN ANDINA.
Estrategias de incorporación y retención del personal
médico en áreas subatendidas..... 105



FEMINIZACIÓN DE LA PRÁCTICA LABORAL EN LA PROFESIÓN MÉDICA EN LA SUBREGIÓN ANDINA

ÍNDICE



PRESENTACIÓN.....	8
1 INTRODUCCIÓN.....	10
2 ANTECEDENTES.....	11
3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	13
4 MARCO CONCEPTUAL.....	14
5 JUSTIFICACIÓN.....	19
6 DISEÑO METODOLÓGICO.....	21
7 RESULTADOS.....	24
8 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	98
9 BIBLIOGRAFÍA.....	102

PRESENTACIÓN

La incorporación de las mujeres en todos los campos de la vida de las sociedades: educación, profesionalización, académica, representación social, laboral formal, política, etc., se ha tornado cada vez más dinámica y acrecentado en el transcurso de los últimos decenios. Esta presencia, mediada de luchas, ha ido acompañada de nuevas normas internacionales y nacionales que respaldan parcialmente el creciente protagonismo de las mujeres en ámbitos antes poco imaginables.

La profesión médica es la que más incursión femenina tiene, esta situación se relaciona con las mayores posibilidades de educación que toda la población tiene, de esa manera la matrícula universitaria de las carreras para profesiones y practicas sanitarias, antes de exclusividad masculina, se ha modificado de igual manera que las carreras profesionales y técnicas antes de exclusividad femenina como la enfermería o la nutrición, tiende también a incrementar significativamente la presencia masculina.

Sin duda que estas razones indujeron a la Asamblea de Ministros de Salud de la OMS y también de la OPS, a incorporar en la “Estrategia Mundial de Recursos Humanos de la Salud: personal sanitario 2030 varias líneas referidas a este tema, reconociendo de manera tácita que el mundo de la practica laboral en salud ha cambiado y que es preciso atenderla para bien de todos.

Estas razones influyeron también para que el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue incorpore esta temática, junto a la interculturalidad, en su Política Andina y Plan Estratégico de Recursos Humanos de la Salud

2018-2022, las incorpora y sumerge en el conjunto de las líneas, de los objetivos y actividades que los países andinos realizarán en este periodo y el futuro.

El estudio aporta con datos cuantitativos y cualitativos, respecto del número, niveles de profesionalización, distribución y relación de puestos jerárquicos, a través de los que es posible inferir el interés o preocupación puestos sobre este tema por los niveles administrativos y estratégicos de los ministerios de salud.

Abordar el tema de los derechos de las poblaciones y personas a una salud universal y de calidad, es un tema que hace a la determinación social de la salud del que la calidad, concebida como aspecto técnico y actitudinal del personal, es central para lograr que no solo la cobertura sino sobre todo el acceso a la salud sin exclusión de género, origen o cultura sea real. La gestión estratégica de los recursos humanos de la salud debe tomar nota de la composición de la planilla sanitaria e incorporar el tema de la Feminización como parte sustantiva, que por las características vivenciales y experiencias familiares, las mujeres son capaces de encarar problemas sanitarios, que a la vez son sociales, desde una subjetividad tejida de manera cercana a la familia y la comunidad, permitiéndole responder de manera cálida y por ende más equitativa a las inequidades y exclusiones que la sociedad las tiene arraigadas.

Los datos obtenidos y conclusiones, dan pie también a redefinir además la administración de los servicios, las intensidades horarias, la maternidad y otras particularidades, que con seguridad permitirán mejorar el rendimiento de los servicios y del personal en general en beneficio de la población y de los propios profesionales.

Este estudio forma parte de otros estudios que deberán ser continuados en los niveles de los formadores, de los empleadores, de las poblaciones y organizaciones sociales.

Para el ORAS-CONHU es un privilegio interactuar de manera estrecha con los niveles técnicos de los ministerios de salud, que por su experticia son generadores de un cumulo de experiencias y conocimientos sumados nos permite arribar a productos de calidad, a la vez que provocadores para la fascinante gestión de los recursos humanos de la salud, factor central del que hacer de las instituciones sanitarias

Dra. Nila Heredia Miranda
Secretaria Ejecutiva
ORAS - CONHU



1 INTRODUCCIÓN

El presente estudio trata de explorar las condiciones que se presentan actualmente en la incorporación de las mujeres como fuerza laboral fundamental en la atención médica en los países de la Región Andina.

Es importante debatir este tema porque al ser este campo anteriormente considerado casi exclusivamente masculino la estructuración y organización de los servicios fue concebida en función de las características, necesidades e intereses de los profesionales médicos varones, esta organización puede constituirse en una forma de discriminación o de sobrecarga para las mujeres que se están incorporando.

En este contexto, es imprescindible la inclusión del enfoque de género para el estudio del mercado laboral del sector salud considerando los aspectos estructurales de dicho mercado, como son la formación, las competencias, el desempeño, la carrera profesional, el mercado laboral y las condiciones de trabajo o los aspectos emergentes sobre especialización, migraciones laborales, distribución geográfica, dotación territorial y flexibilización laboral.

2 ANTECEDENTES

La profesión médica ha sufrido en los últimos 30 a 40 años numerosos cambios en la formación en el pre y postgrado, la práctica profesional, el uso de la tecnología, las relaciones laborales, las fuentes de trabajo y migraciones con pérdida de capital humano. Asimismo, se ha producido de manera paulatina pero firme el incremento femenino en la matrícula universitaria en todas las áreas, particularmente las médicas, hecho que repercute en un cambio en la predominancia que históricamente, ha sido masculina en estas áreas de estudio.

En este sentido, las y los representantes de los Ministerios de Salud, instituciones educativas y otros ministerios públicos de la Región de las Américas en la Reunión Regional de Recursos Humanos para la Salud “Los equipos de salud frente a nuevos y renovados desafíos” (Buenos Aires-Argentina del 31 de agosto al 3 de septiembre del 2015), organizada por el Ministerio de Salud de la Nación de Argentina y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) acordaron dedicar sus esfuerzos a la construcción de una nueva agenda de recursos humanos en salud y atender de manera particular la necesidad de readecuar los contratos y condiciones de trabajo, considerando la feminización de las profesiones de salud, con una perspectiva de equidad de género.

Esto supone contemplar las necesidades y especificidades que tiene la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, multiplicando los esfuerzos desde los Estados para prevenir la violencia institucional y adecuar horarios, sistemas de guardias y ambiente laboral a sus necesidades y condiciones particulares, considerando las brechas que aún persisten y las disparidades en un sistema todavía predominantemente patriarcal y machista en el que aspectos como la redistribución del trabajo no asalariado del hogar todavía es un tema pendiente y coloca sobre las espaldas de las mujeres triples jornadas o más.

Con este fin el ORAS - CONHU resolvió realizar el estudio sobre “La Feminización de la Práctica laboral de la profesión Médica: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela” en el que se propone:

1. Identificar la situación del ejercicio profesional médico según género en el ámbito del empleo en salud en la subregión andina a través de una investigación cuantitativa que analizó aspectos como la edad, el género, número de profesionales que trabajan en servicios de salud.
2. Identificar variables de género que permitan programar intervenciones en relación a la distribución, elección de especialidad y preferencia de lugares de trabajo de los recursos humanos en salud.
3. Disminuir las inequidades en la distribución del RHUS entre países, subsectores y regiones urbanas/rurales.
4. Disminuir las inequidades que generan la discriminación de profesionales de género femenino para puestos de liderazgo y/o toma de decisiones.
5. Fortalecer la calidad de la atención en los servicios de salud considerando la perspectiva de género y la generación de buenas prácticas.
6. Diseñar incentivos, no necesariamente económicos, que consideren la feminización del RHUS con perspectiva de género que puedan incidir en la elección del lugar de trabajo/radicación y la especialidad.
7. Promover una mayor democratización de las relaciones entre los miembros de los equipos de salud aprovechando el impulso de la feminización en la medicina.

Como paso inicial, se realizó este estudio exploratorio que cubriera los dos primeros objetivos como punto de partida del proyecto.



3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Para este estudio se plantearon dos objetivos puntuales:

1. Identificar la situación del ejercicio profesional médico según género en el ámbito del empleo en salud en la subregión andina a través de una investigación cuantitativa que analizó aspectos como la edad, el género, número de profesionales que trabajan en servicios de salud.
2. Identificar variables de género que permitan programar intervenciones en relación a la distribución, elección de especialidad y preferencia de lugares de trabajo de los recursos humanos en salud.

Asimismo, con miras al cumplimiento de este objetivo, se hizo un análisis cualitativo de la percepción de las(o) médicos(as) respecto a su práctica y las condiciones de la misma bajo el marco de las políticas y programas existentes en el país.

4 MARCO CONCEPTUAL

Con los antecedentes planteados, es necesario clarificar algunos conceptos que se incluyen e incluso parecen sobreentenderse en el mismo.

4.1 ATENCIÓN MÉDICA

Se presentan conceptos de atención médica:

La OMS dice que la Atención Médica es “el conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance de las personas y sus familias, los recursos de diagnóstico temprano, de tratamiento oportuno y de rehabilitación, de prevención médica y de fomento de la salud”.

“el conjunto de acciones específicas que el personal capacitado lleva a cabo directamente sobre y con las personas y grupos humanos para asistir su salud en todos los niveles de prevención”

La Atención Médica es según Feld, Rizzi y Goberna “el conjunto de actividades técnicas armónicamente integradas, realizadas, en servicios de salud (hospitales, sanatorios, centros de salud, consultorios) o en el seno de la comunidad y tiene como objetivo, actuando sobre las personas, promover, proteger, curar y rehabilitar la salud física y mental de los individuos, incluyendo la atención de los mismos para su reubicación social” (Barragán, Moiso, Mestorino, Ojea, & Colaboradores, 2007)

Sonis la delimitan como “la totalidad de servicios que se prestan directamente a las personas para la atención de la salud” (Barragán et al., 2007)

En este estudio se entiende como **Atención Médica** el conjunto de actividades técnicas realizadas por el personal médico en servicios de salud (hospitales, sanatorios, centros de salud, consultorios) o en el seno de la comunidad para promover, proteger, curar y rehabilitar la salud física y mental de las personas.

4.2 FEMENIZACIÓN

La feminización del trabajo es un concepto que para Rott se relaciona con la feminización de la pobreza, es decir, con la costumbre y naturalización de una vida llena de sobre cargas y miserias sin la posibilidad remota de visualización o planificación de un cambio.

Los conceptos de mujer, de género femenino o la propia condición femenina que parten de la sociedad patriarcal construyen ideas negativas de mujer y género, así como representan a la mujer en situaciones desfavorables e indeseables para los otros miembros de una sociedad.

Por lo tanto, la idea de feminización del trabajo y feminización de la pobreza son formas de pensamiento crítico que intentan señalar la permanencia de estilos de vida creados por sociedades desiguales y asimétricas, estilos que no han podido elegirse y que parecen naturales e inmodificables.

A esta vida de trabajo desfavorable, se le suman otras cargas cotidianas como la responsabilidad de la familia y el cuidado del hogar. Las mujeres están a cargo, por lo general, del cuidado de los niños y ancianos, de comprar y hacer la comida, de cuidar a los miembros de la familia que se enferman, de responsabilizarse por el lavado y planchado de la ropa. Entonces, a las horas de trabajo en la calle se le suman las horas de trabajo en la casa, trabajo que debe ser realizado con la misma dedicación y cumpliendo altas exigencias y expectativas de los miembros de la familia.

El concepto de “feminización” lleva una connotación negativa en este caso, pues parte de la construcción cultural de género que no ha sido definido en condiciones de igualdad por la sociedad patriarcal.

Para entender la situación de la mujer, dice Rott, hay que entender lo que significa no tener otras posibilidades de libertad de acción.

Frente a ello, la forma de la organización social del cuidado se vincula con el cuidado como experiencia socioeconómicamente estratificada. En efecto, los hogares pertenecientes a diferentes estratos económicos cuentan con distintos grados de libertad para decidir la mejor manera de organizar el cuidado de las personas.

Las mujeres que viven en hogares de ingresos medios o altos cuentan con la oportunidad de adquirir servicios de cuidado en el mercado (salas maternas o jardines de infantes privados) o de pagar por el trabajo de cuidado de otra mujer (una empleada de casas particulares). Esto alivia la presión sobre su propio tiempo de trabajo de cuidado no remunerado, liberándolo para otras actividades (de trabajo productivo en el mercado, de autocuidado, de educación o formación, de esparcimiento).

Estas opciones se encuentran limitadas o directamente no existen para la enorme mayoría de mujeres que viven en hogares de estratos socioeconómicamente bajos. En estos casos, la presión sobre el tiempo de trabajo de las mujeres puede ser superlativa y las restricciones para realizar otras actividades (entre ellas, la participación en la vida económica) son severas. De este modo, la organización social del cuidado resulta en sí misma un factor de reproducción y profundización de la desigualdad.

Abordar la cuestión de la organización del cuidado es clave cuando se aspira a sociedades más igualitarias. Para ello resulta imprescindible que el tema se incorpore en las agendas de discusión de política pública.

En varios trabajos se han expuesto sugerencias en este sentido aquí podemos señalar muy sintéticamente que abordar este tema implica los siguientes desafíos: a) producir información que permita construir diagnósticos informados sobre la situación actual de la organización social del cuidado, y visibilizar el aporte del trabajo no remunerado al funcionamiento económico; b) contribuir a la construcción de la demanda social en favor de políticas públicas de cuidado que permitan su redistribución (entre actores de la organización social del cuidado y entre varones y mujeres); c) desarrollar una batería integrada de políticas públicas que amplíen las posibilidades de las personas de elegir el modo de organizar el cuidado y que faciliten la conciliación entre la vida laboral y familiar de las personas (incluyendo regulaciones laborales, ampliación de licencias parentales y parentales, extensión de servicios públicos de cuidado, fortalecimiento de las condiciones de trabajo de las personas empleadas en actividades de cuidado, y d) transformar los estereotipos de género en torno del cuidado, desnaturalizando su feminización.

La cuestión del cuidado no es un asunto de mujeres. Es una necesidad de todas las personas que somos vulnerables e interdependientes. Los avances sustantivos que las mujeres han experimentado en términos de participación económica y política y de reconocimiento de derechos en diversos campos deberían también expresarse en el ámbito de la organización del cuidado, en el cual los cambios resultan, por el contrario, extremadamente lentos. Lograr mayor justicia en este campo es un paso ineludible para alcanzar mayor equidad económica y social, y construir sociedades más igualitarias.

Si bien el cuidado de la salud y la atención de las personas desde el ámbito familiar y comunitario han sido siempre actividades asignadas a y asumidas por las mujeres, la atención médica entendida como ejercicio institucionalizado y profesional fue, desde mucho tiempo atrás, pero con más fuerza desde la transformación en “**medicina científica o moderna**”, un campo eminentemente masculino.

Esto determina un sesgo de género, pues las mismas actividades desarrolladas por hombres y mujeres fueron valoradas de manera diversa y sus consecuencias eran determinadas por esta valoración: cuando las realizaba un hombre eran “**actos médicos**” en cambio si los desarrollaba una “**sanadora**” eran brujería y podían tener como consecuencia la muerte.

Los tiempos han cambiado y las mujeres se han ido incorporando a todos los campos del mercado laboral, pero en el imaginario de la gente, todavía quedan rasgos de esta visión y las mujeres han debido incorporarse y adaptar sus vidas y aspiraciones a unos ámbitos concebidos y organizados por hombres y para hombres y aunque hoy tengan la magnanimidad de admitir la participación de las mujeres, éstas deben “**pagar derecho de piso**” para ser incorporadas al Olimpo de quienes tienen el poder sobre la vida y la muerte de las personas: las especialidades, súper especialidades quirúrgicas y terapia intensiva por ejemplo, pero pueden ser admitidas con menos dificultad en otras especialidades y ámbitos como la pediatría o la gestión de servicios o el trabajo en el Nivel I y el ámbito rural, donde no se requiere especialización y tienen menos prestigio, esto es lo que se ha venido a denominar feminización.

En este estudio se entiende como **Feminización** la proporción creciente de mujeres en los diferentes puestos y servicios de salud, pero además la predominancia del género femenino en espacios y ámbitos considerados como los menos deseables bajo condiciones que no toman en cuenta las necesidades particulares de las mujeres, con remuneraciones proporcionalmente menores y la percepción de este hecho como natural tanto por las médicas como por los médicos.

4.3 GÉNERO Y ENFOQUE DE GÉNERO

La feminización de la atención médica exige el abordar nuevos desafíos para el planteamiento de políticas sectoriales en la región que respondan a esta realidad a partir de un enfoque de género, que promueva el pleno ejercicio de los derechos humanos y permita superar las brechas históricas que existen en el marco de sociedades mayoritariamente patriarcales.

En el marco de las persistentes brechas en términos de igualdad de género la feminización implica que si bien la presencia de las mujeres en estos ámbitos puede considerarse como un avance en términos de participación supone también el considerar en qué condiciones entran las mujeres en estos espacios. ¿Están ocupando espacios jerárquicos?, ¿Están supeditadas a espacios de cuidado reproduciendo los roles de cuidado establecidos socialmente sólo para las mujeres? En el marco de sociedades predominantemente patriarcales-machistas, donde las responsabilidades de lo doméstico y del cuidado recaen mayoritariamente en las mujeres, ¿qué requieren las mujeres para poder aportar desde este espacio de la profesión médica de manera equitativa, considerando sus necesidades diferenciadas?

En este sentido, se está entendiendo el género como ese concepto “relacional que se refiere a identidades, roles y relaciones entre hombres y mujeres tal como se han instituido socialmente” (GIZ, 2011), a diferencia de la categoría sexo que tradicionalmente alude a las características biológicas de hombres y mujeres. Por lo tanto, se concibe desde la relación que conlleva el sexo en determinado contexto social, incluyendo roles e identidades de género, y la manera en que se definen, perciben y viven. “Dependiendo del contexto, son distintas las ideas sobre el comportamiento, las expectativas y las responsabilidades sociales y económicas que se vinculan con mujeres y hombres. Este tipo de ideas preconcebidas determinan las relaciones de poder, los patrones del poder de decisión, la exclusión e inclusión social, así como las normas que a su vez sirven de sustento a las desigualdades sociales, económicas y políticas”.

En espacios patriarcales, esas relaciones de poder se caracterizan por el predominio de lo masculino sobre lo femenino, o bien por el desconocimiento y/o invisibilización de las mujeres y sus necesidades.

“La buena noticia es que las normas y los valores de género no son inamovibles. Evolucionan a lo largo del tiempo, varían sustancialmente de un lugar al otro y están sujetos al cambio.

Por lo tanto, los perjuicios para la salud que resultan de las diferencias y desigualdades de género tampoco son inmutables. Pueden modificarse”.

Otro aspecto que debe considerarse es el de las medidas de acción afirmativa, conforme señala el Art. 4 de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés). Tal como señala el Comité CEDAW estas medidas “buscan acelerar la mejora de la situación de la mujer para lograr su igualdad sustantiva o de facto con el hombre y realizar los cambios estructurales, sociales y culturales necesarios para corregir las formas y consecuencias pasadas y presentes de la discriminación contra la mujer, así como compensarlas. Estas medidas son de carácter temporal”.

5 JUSTIFICACIÓN

Al concebir el presente estudio, se hizo clara la necesidad de ir más allá de la mera cuantificación de las proporciones de cargos, incluyendo en un análisis de la relación de los puestos jerárquicos a los que puedan acceder mujeres y hombres en la subregión. La consideración en este estudio de una perspectiva de género apunta, por tanto, a “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).

La mirada desde la perspectiva de género supone una visión diferente respecto a las problemáticas del sector salud, vivida 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 (Rovere, 2006)

El fenómeno de la feminización del sector salud ha sido similar en los países de la subregión andina: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Se trata de un contexto con un alto componente de migración a países denominados desarrollados y en el que puede existir una fuerte precarización de las relaciones laborales, además del incremento de la matrícula y la fuerza laboral médica femenina, en los ámbitos que anteriormente fueron claramente masculinos.

La revisión de la información existente respecto a esta temática de cada uno de los países mostró que en los mismos se habían considerado diversos aspectos en la evolución de los recursos humano que trabajan en salud, tales como cobertura dentro de cada país, equidad en la distribución territorial, adecuación de las tasas de cobertura de los estándares internacionales; sin embargo, la variable género no había sido incluida en los análisis o, a pesar de ser enunciada, no había sido considerada en el seguimiento de la situación de los recursos humanos con excepción de un solo país (Chile), según los documentos de los observatorios de recursos humanos en salud y otros revisados.

En este sentido, la observación simple mostró que el proceso de feminización de la atención médica, no había sido acompañado por un proceso de cuantificación dentro de cada país, identificando la proporción actual de profesionales médicas y su distribución territorial, por niveles de atención, por tipo de especialidad, por edades o generaciones de los médicos y otras variables. Tampoco existe una comparación entre países que permitiera determinar si esta situación es común en los países de la región y amerita, por tanto, políticas públicas comunes.

Otro aspecto que se debe considerar, por las características propias de la región, es la plurinacionalidad o al menos interculturalidad que es particularidad de la misma y que al vincularse al tema de género, establece condiciones que involucran tanto a los prestadores de servicios como a las beneficiarias/os de los mismos.

Esta temática va más allá de la valoración cuantitativa y requiere, por tanto, un abordaje cualitativo que permita conocer las percepciones, opiniones y expectativas de las/os profesionales médicas/os respecto a las condiciones actuales de su práctica y a las modificaciones que debieran producirse considerando que el cuidado de la salud debe ser enfocado desde la perspectiva de los derechos individuales y colectivos de las/os prestadores del servicio y de las/os beneficiarios/as.

Asimismo, esta exploración puede permitir conocer cuáles son las dificultades, obstáculos y necesidades que afectan de manera particular y diferenciada a mujeres y hombres.

Estas particularidades inducen a realizar una investigación, en los mencionados países, que permita a los ministerios de salud de la región adoptar políticas y planes acorde a esta realidad.

En este sentido, el presente estudio exploratorio busca aportar a visibilizar las particularidades que ha adoptado el empleo en salud y a la vez desplazar el modelo patriarcal, médico-hegemónico preponderante en el sector salud.

6 DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 OBJETO DE ESTUDIO

Se constituyeron en objeto del presente estudio la **situación del ejercicio profesional según género** en el ámbito del empleo en salud concretamente en la atención médica en la subregión andina y **las variables de género e interculturalidad** observables y percibidas por los/as médico/as que actualmente trabajan en la subregión, cuya identificación permita programar intervenciones para mejorar la situación de los recursos humanos en salud.

El abordaje de este objeto de estudio se realizó desde un enfoque descriptivo que abarca aspectos cuantitativos y cualitativos.

6.2 ESTUDIO CUANTITATIVO

El objetivo de este aspecto es efectuar una descripción de la situación al momento de la recolección de la información en términos de frecuencia de la observación de un atributo o variable entre la población de estudio según género comparada con el total de la misma.

Para ello se prepararon los instrumentos Cuantitativos de recolección de la información:

Tabla de datos a ser llenada en cada uno de los países.

Los datos cuantitativos que se recolectaron incluyen:

Datos personales de cada profesional médico: Género, fecha de nacimiento, tipo de universidad en la que estudió (pública/privada), año de egreso.

Datos del puesto que ocupa: Antigüedad en el cargo, si es especialista o no y en caso de serlo la especialidad, si el cargo implica responsabilidades de gestión o no, salario y fuente de pago del mismo.

Datos del establecimiento de salud: Donde la/el misma/o se desempeña: subsector al que corresponde, nivel del establecimiento, ubicación territorial y caracterización de ámbito urbano, periurbano o rural del mismo.

La forma de recolección de la información fue a través de los Ministerios como fuente primaria y de la revisión documental vía internet como fuente secundaria.

Con este fin, los campos de los datos se organizaron en una tabla de fácil llenado o migración desde bases de datos o planillas que las áreas de recursos humanos de los Ministerios poseen, por lo que no requerirán un excesivo esfuerzo adicional pues son datos cuya existencia y fuentes ya han sido identificadas en los diferentes países.

Por esta característica era fundamental establecer coordinación con los puntos focales: los jefes o directores de recursos humanos de los seis países que alcanza este estudio para garantizar la obtención de los datos de la forma más completa y oportuna posible. Infelizmente no se lograron los niveles de coordinación deseados por lo que la información fue incompleta en algunos casos y llegó muy tarde en otros.

Se estableció un plan de organización y análisis de la información, mismo que se cumplió con la información disponible en cada país

La información se organizó en tablas y gráficos por país, cubriendo cada uno de los aspectos o variables solicitadas que fueron enviadas por cada país. Cabe destacar que no todos los países enviaron la información completa

Se realizó una comparación dentro del país entre departamentos, estados o provincias, verificando además diferencias entre zonas urbanas y rurales. También comparación entre sectores y entre niveles de atención.

Para cada país se realizaron las pruebas chi- cuadrado para ver si existía asociación de las variables disponibles con la variable género.

Se prepararon tablas y gráficos; ajustando por el país que presentó la mayor población médica, para permitir la comparación entre países.

Posteriormente se encuentran las Conclusiones y las implicaciones y sugerencias de políticas públicas necesarias en la Subregión.

6.3 ESTUDIO CUALITATIVO

Por decisión de ORAS - CONHU, tomando en cuenta las posibilidades de tiempo y recursos materiales, se realizó una prueba piloto sólo en Bolivia, que incluyó una encuesta a profesionales médicos y unas entrevistas a grupos focales para obtener la información relativa a las percepciones, opiniones y expectativas de las/os médicos respecto a las condiciones laborales existentes y deseadas tomando en cuenta la feminización de la atención médica y la forma en que la misma afecta al ejercicio de los derechos humanos de las prestadoras de servicios de salud. Para este fin se contó con Formulario de Encuesta y Guía de entrevista como instrumentos para la recolección de la información.

En la encuesta se tomó en cuenta aspectos relativos a la atención médica intercultural dada la realidad de la existencia de pueblos indígenas en mayor o menor proporción en todos los países y la necesidad de ajustar las actividades, considerando la interculturalidad como una forma de cumplimiento de los derechos de las y los beneficiarios de los servicios de atención médica.

Algunas preguntas trataron de verificar también la forma en que este enfoque de atención intercultural y la relación con las autoridades indígenas y locales afecta la práctica y la comodidad tanto en sentido de condiciones de trabajo como de interrelación y seguridad del personal médico y las comunidades indígenas.

Esta prueba piloto permitirá contar con una validación inicial de los instrumentos de reelección y contar con un primer estudio al respecto.

Finalmente se presenta los resultados de la Encuesta y el análisis de los hallazgos bajo la lógica de las tendencias actuales en materia de Recursos Humanos. En necesario indicar que por razones de tiempo y costo no fue posible realizar las entrevistas que estaban previstas en el diseño, para ello es preciso realizar visitas de campo, reuniones y entrevista con grupos focales.

Fruto de este trabajo se presentan de manera detallada cada una de las tablas y gráficos, así como los hallazgos para llegar a establecer Conclusiones, Implicaciones y Sugerencias hacia políticas públicas planteadas a partir de este estudio para la Subregión.

7 RESULTADOS





7.1 ESTUDIO CUANTITATIVO

7.1.1 RESULTADOS DE LA INFORMACIÓN CUANTITATIVA POR PAÍSES

Se presentan a continuación los resultados que permiten caracterizar a los países de acuerdo a la información proporcionada por cada uno de ellos, misma que lamentablemente no cubren todos los campos solicitados, con excepción del Ecuador y Chile.

Se elaboraron tablas y gráficos por país según orden alfabético y se comentan los hallazgos en el país y sus unidades territoriales mayores. El detalle por cada una de las mismas puede encontrarse en las tablas y gráficos en anexos.

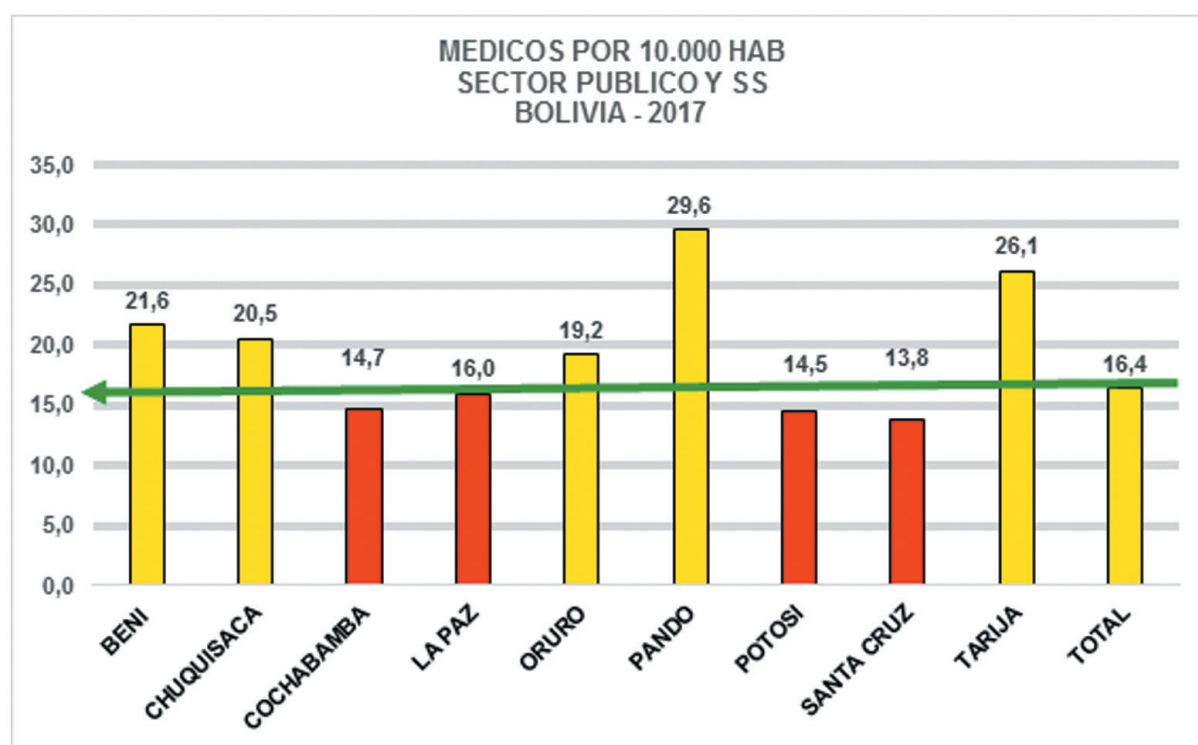
7.1.1.1 BOLIVIA



DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA POBLACIÓN Y MÉDICOS

Aunque no estaba en los objetivos del estudio, se presenta este dato, porque es importante partir de la caracterización de la densidad de médicos por habitante para ver cuánto se aproxima cada país a los indicadores recomendados, antes de ver como se presentan los datos con relación al género.

El valor promedio de médicos por diez mil habitantes representado por la tasa para el país en el caso de Bolivia, en el sector Público más la Seguridad Social de Corto Plazo, corresponde a 16.3 Por debajo del mismo se encuentra los 4 departamentos más poblados del país, y por encima los 5 menos poblados.



Cuando se compara la participación de cada departamento en la población con su representación en los médicos(as) del país, se ve que algunos departamentos tienen una sobre representación en los médicos, como es el caso de:

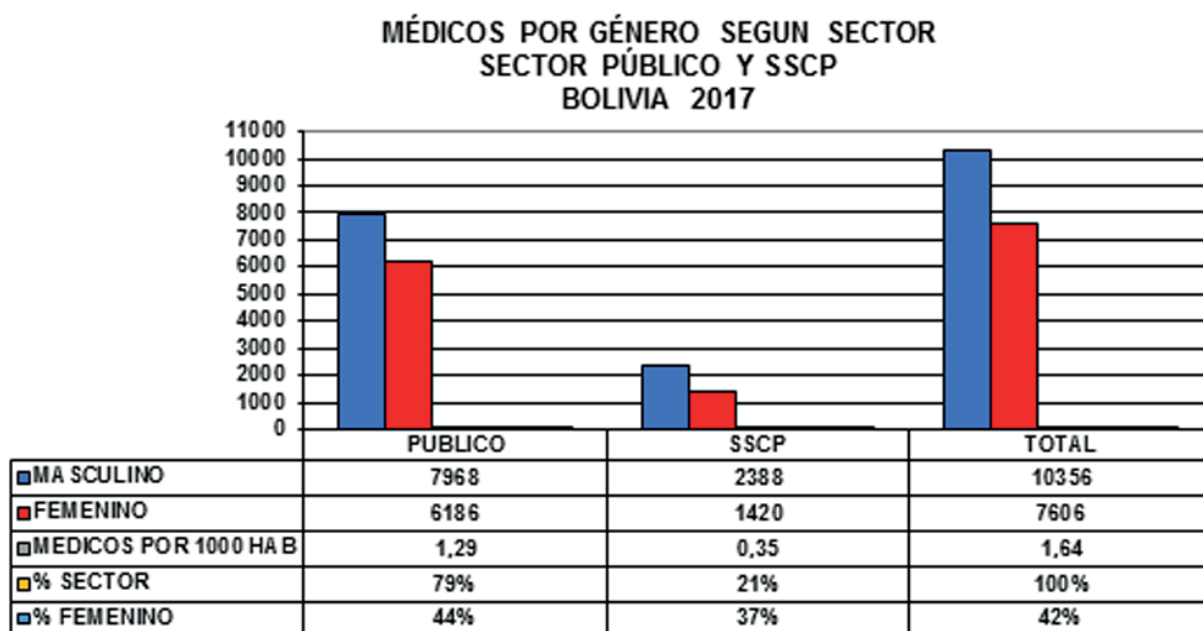
- Tarija: 4.9% de la población y 7.9% de los médicos(as),
- Pando: 1.2% de la población y 2.2% de los médicos(as),
- Chuquisaca: 5.6% de la población y 7% de los médicos(as),
- Beni: 4.2% de la población y 5.5% de los médicos(as),
- Oruro: 4.8 % de la población y 5,6% de los médicos(as) mientras
- Santa Cruz: 28% de la población y 23,7% de los médicos(as),
- Cochabamba: 17.4% de la población y 15.7% de los médicos(as),
- Potosí: 8% de la población y 7% de los médicos(as) y

- La Paz: 25.9% de la población y 25.3% de los médicos(as), están sub representados en la distribución de médico(as), lo que es concordante con lo reflejado en el gráfico de anterior.

Para complementar esta visión a continuación se presentan las demás variables contenidas en las dos bases de datos enviadas por el Responsable de Recursos Humanos del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia previa contrastación y depuración.

DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA POBLACIÓN Y MÉDICOS

En el caso de Bolivia se recibió información relativa al sector Público y a la Seguridad Social de Corto Plazo que es la que provee atención a los trabajadores asegurados y está constituida por varias Cajas de Salud.



Como puede apreciarse el sector Público engloba el 79% de los médicos y la SSCP el 21%. Los médicos por 10.000 habitantes corresponden a 12.9 en el sector Público y 3.5 en la SSCP. El grado de feminización es mayor en el sector público.

El comportamiento por departamentos, muestra que siguen la misma tendencia que el nivel nacional, si bien hay diferencias en el grado de feminización en cada departamento la distancia entre el observado en el sector público muestra una distancia variable respecto a la SSCP pero que siempre es mayor en el Sector Público.

Los departamentos en que la SSCP alcanzan mayores grados de feminización son La Paz (43 %) y Cochabamba (42%)

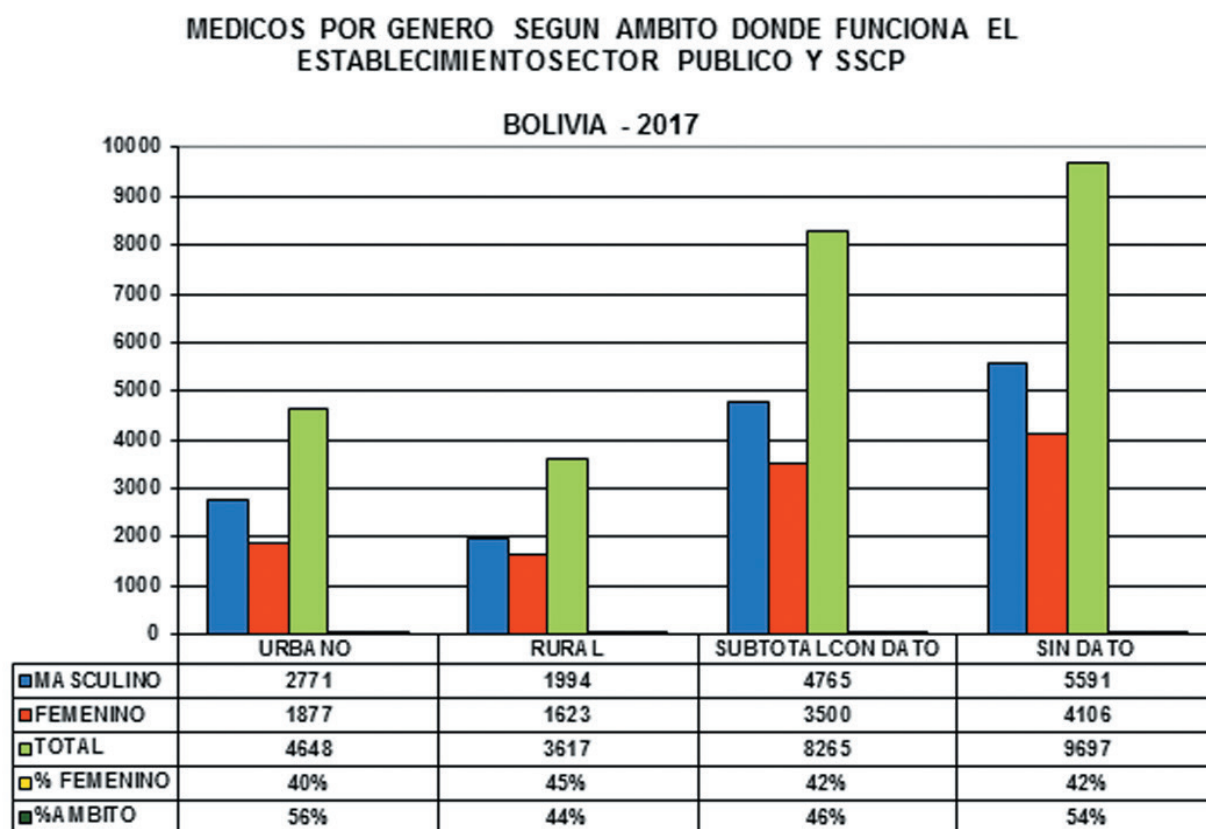
Los departamentos donde la SSCP tiene más presencia como sector, respecto al total de médicos(as), son La Paz (31%) y Oruro (21%)

El grado de feminización parece tener asociación con el hecho de trabajar en uno u otro sector.

DISTRIBUCIÓN POR GENERO SEGÚN ÁMBITO

Esta variable explora si existen diferencias entre los médicos(as) por trabajar en ámbito urbano y rural y cómo se distribuyen en los 2 ámbitos en el país y en los departamentos.

Cabe destacar que una de las bases de datos oficiales recibidas, no contenía información sobre esta variable, por lo que la información que se analiza es parcial presentando en cada tabla y grafico el número de registros sin este dato.



Como puede apreciarse el 54% de los casos no cuentan con el dato relativo a ámbito. Tomando en cuenta sólo los que sí tienen datos se observa que el 56 % de los médicos(as) trabajan en el ámbito Urbano y el 44% en el Rural y la feminización alcanza el 40% en el ámbito Urbano y el 45% en el Rural.

Revisando por departamentos Tarija tiene la mayor proporción con datos (63%) y la menor Chuquisaca (38%)

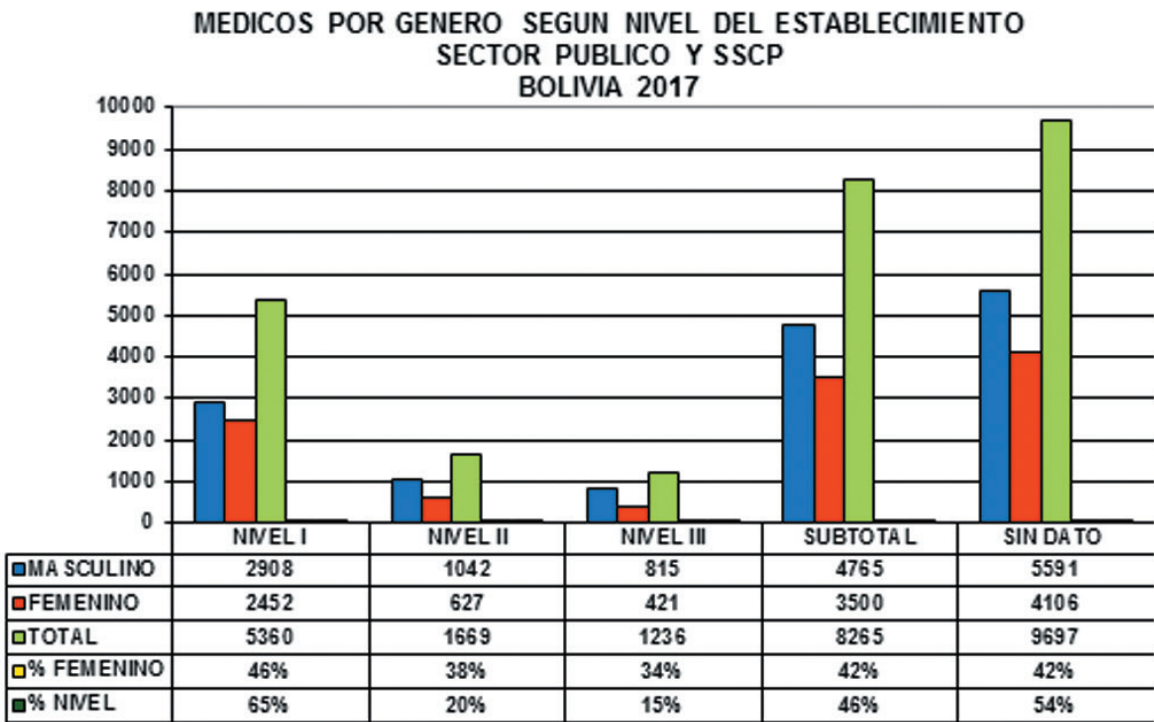
Respecto al grado de feminización según ámbito, el más alto en el ámbito Urbano corresponde a Oruro y Chuquisaca (44%) y el más bajo al Beni (28%). En el ámbito Rural el mayor se presenta en La Paz (51%) y el menor en Beni (33%). Se debe destacar que la feminización es mayor en el ámbito rural que en el urbano en todos los departamentos con excepción de Pando

Con relación a médicos(as) trabajando en ámbito urbano la proporción más alta corresponde a Chuquisaca (66%) y la más baja a Potosí (31%). En Rural, la mayor se presenta en Potosí (69%) y la menor en Chuquisaca (34%). Cabe anotar que sólo Potosí, Pando y Cochabamba tienen mayor proporción de médicos en ámbito Rural (arriba del 51%) lo que es congruente con la distribución de la población en dichos departamentos.

DISTRIBUCIÓN POR GENERO SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN

Este cruce de variables quiere probar si la feminización es afectada por el nivel de atención en el que trabajan lo(as) médicos(as)

El Nivel I comprende todos los establecimientos y actividades centradas en la promoción de salud y la prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento de patologías de alta difusión y baja complejidad. El Nivel II abarca los hospitales con las especialidades básicas. El Nivel III comprende Hospitales y otros establecimientos especializados o de mayor complejidad.



Esta variable también carece de datos en la misma proporción que la anterior e igualmente se trabaja con los que tienen datos.

Considerando todo el país, la mayor proporción de médicos(as) se concentra en el Nivel I. Cabe hacer notar que esto podría no ser tan real, pues es probable que entre los que no tienen datos se concentren muchos de los que trabajan en los otros niveles. Por este motivo no se profundiza en el análisis de este aspecto.

Tomando en cuenta que la proporción de feminización, es igual entre los que tienen dato de nivel y los que no lo tienen, se trabaja este aspecto.

La feminización se presenta con mayor intensidad en el Nivel I (46%) seguido del Nivel II y finalmente el nivel III.

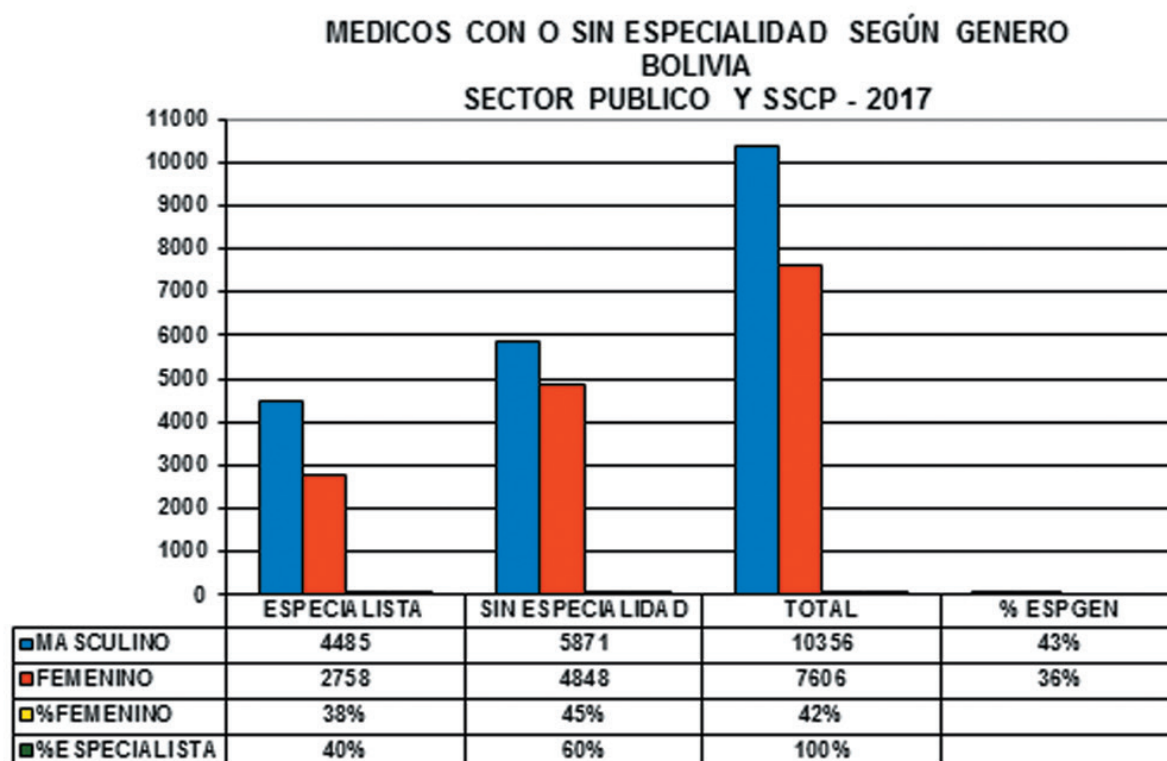
Analizando entre los departamentos, La Paz (51%) muestra el mayor grado de feminización en el Nivel I, mientras que Beni (33%) presenta el menor grado en ese nivel, dejando constancia que, en todos los departamentos con excepción de Chuquisaca y Pando, el Nivel I es en el que se presenta el mayor grado de feminización.

En el Nivel II el mayor grado de feminización se presenta en Chuquisaca (51%) y Pando (50%) y el menor en Potosí (26%)

En el Nivel III, el mayor grado de feminización se presenta en Chuquisaca (40%) y Pando (50%) y el menor en Beni (20%).

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO SEGÚN CONDICIÓN DE ESPECIALIDAD

En este punto se analiza primero por género, por número de médicos(as) que tiene especialidad para identificar si la distribución es significativa, luego la distribución por grupo de especialidad y sector, para ver si la feminización es mayor en cierto grupo de especialidad o se distribuye uniformemente en todas.



Como puede observarse, la mayor cantidad de médicos(as) se encuentra en la categoría sin especialidad (60%). En esta categoría la proporción de mujeres alcanza el 45% mientras que entre la categoría especialista corresponde al 38 %.

Entre los hombres el 43 % son especialistas y entre las mujeres solo el 36%.

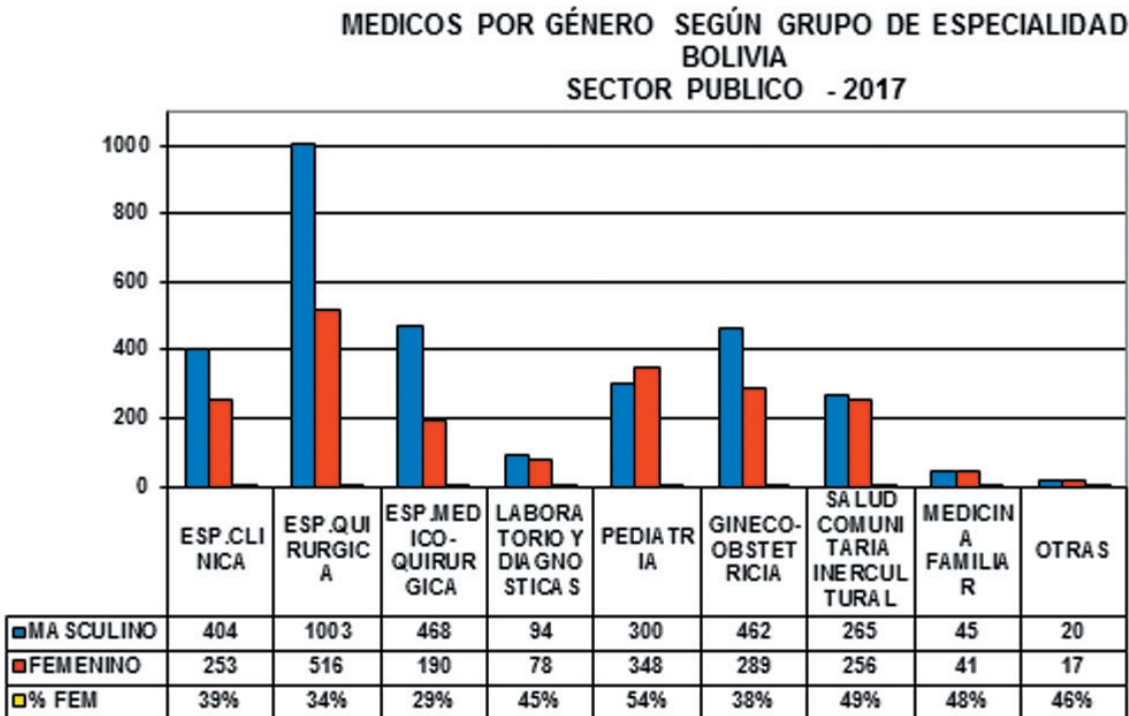
Comparando entre departamentos se observa que los que tienen mayor proporción de especialistas sobre el total de médicos son Chuquisaca (46%), Santa Cruz (44%), Tarija y Cochabamba (42%) y los con menor son Potosí (28%) y Pando (17%).

El departamento con mayor proporción de especialistas entre los hombres es Chuquisaca (48%) y entre las mujeres (43%).

El con menor proporción de especialistas sobre el total de médicos(as) en el Departamento es Pando con 19% entre los hombres y 15% entre las mujeres.

El departamento de La Paz que tiene mayor diferencia en proporción de especialistas por género 47% entre los hombres frente a 35% entre las mujeres. El que menor distancia tiene es Potosí que tiene 28% de especialistas tanto en hombres como en mujeres.

El mayor nivel de Feminización entre los especialistas se presenta en Cochabamba con el 42% y entre los sin especialidad en La Paz con el 52%, en la mayoría de los departamentos están entre el 30% y el 40%. El más bajo se presenta en Beni (25%) entre especialistas y 36% entre los(as) sin especialidad.



Este gráfico muestra la distribución en el sector Público, de los(as) médicos(as) especialistas en los diferentes grupos de especialidades. Como puede apreciarse la mayor frecuencia corresponde a las Quirúrgicas, Médico Quirúrgicas, Gineco-Obstétricas, Clínicas, Pediatría y Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Los demás grupos tienen una frecuencia menor.

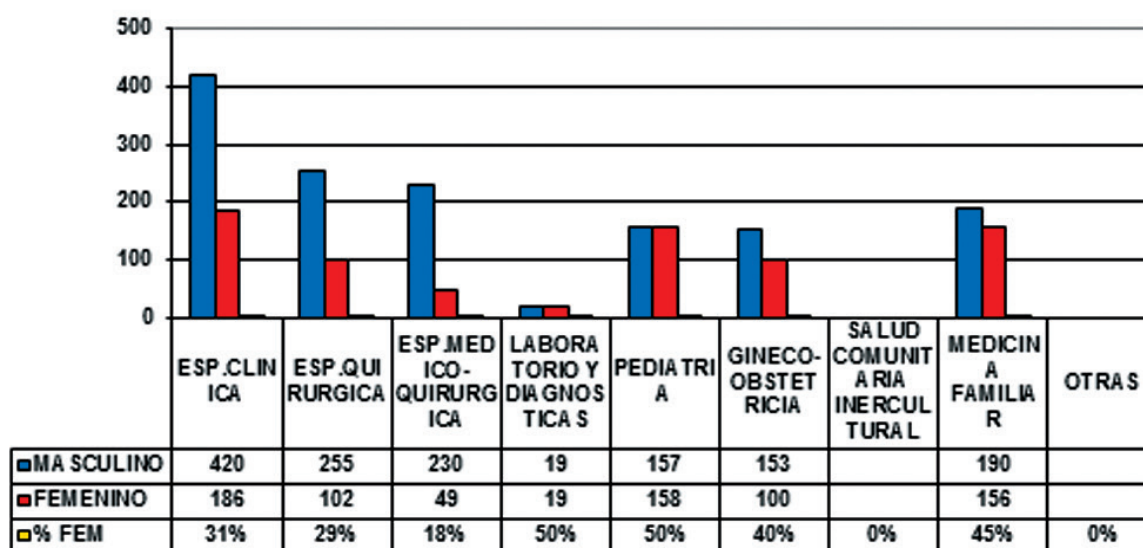
La distribución por género muestra que la mayor feminización se observa en Pediatría (54%), SAFCI (49%) y Medicina Familiar (48%) y la menor en las especialidades quirúrgicas (29%) y médico-quirúrgicas (34%). Sería importante explorar, tanto en el plano de la elección como en el plano de las oportunidades, porqué se presentan estas diferencias.

En el sector de SSCP la realidad se presenta así:

Las especialidades más frecuentes son las mismas que en el sector público, con excepción de la medicina familiar que sustituye a la SAFCI entre las más frecuentes.

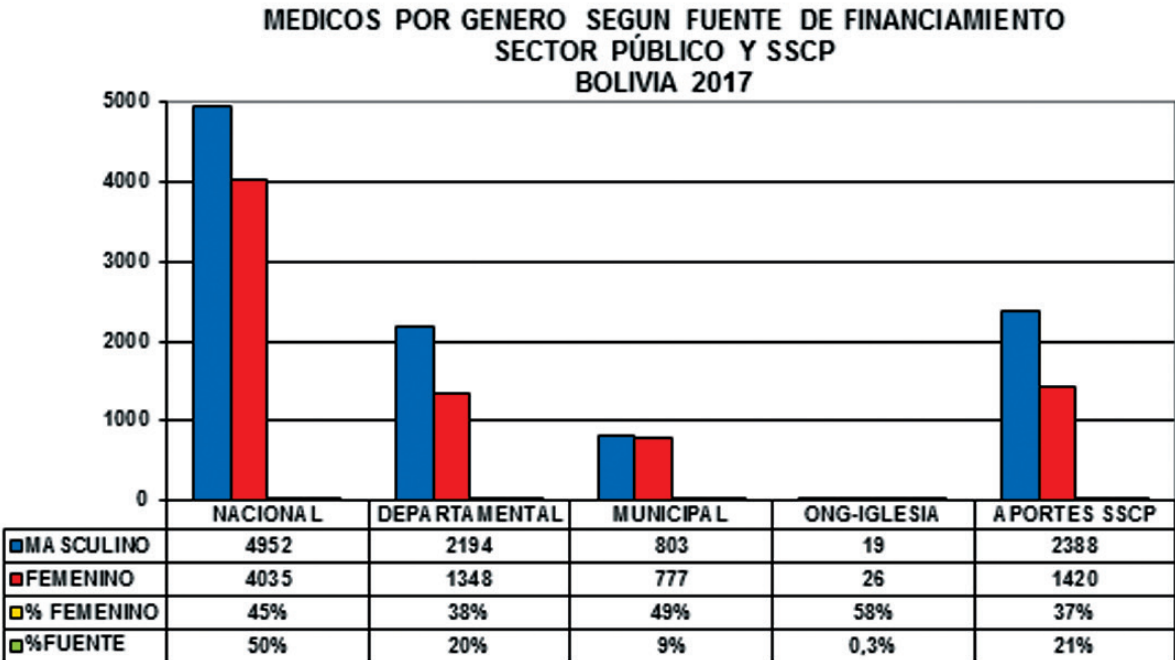
La mayor feminización aparece también en Pediatría, pero en este sector las especialidades Diagnósticas alcanzan el mismo nivel (50%) seguidas de Medicina Familiar y Pediatría; también las especialidades médico quirúrgicas (29%) y quirúrgicas (31%), son las que muestran menores niveles de feminización.

**MEDICOS POR SEXO SEGÚN ESPECIALIDAD
BOLIVIA
SEGURIDAD SOCIAL - 2017**



DISTRIBUCIÓN POR GENERO SEGÚN CONDICIÓN DE ESPECIALIDAD

Esta variable muestra cuál es la fuente de financiamiento para el pago a los(as) médicos(as) en ambos sectores. Se esperaba analizarla de manera conjunta con el nivel de salarios, para ver si existe variación según fuente, pero las bases de datos recibidas no incluyen esa variable.



Como se puede observar, el Tesoro General de la Nación es la principal fuente de financiamiento seguida por los aportes de la Seguridad Social de Corto Plazo, los fondos de los gobiernos autónomos departamentales, de los Gobiernos autónomos municipales y finalmente las ONG e Iglesia, estas últimas alcanzan sólo el 0.3%.

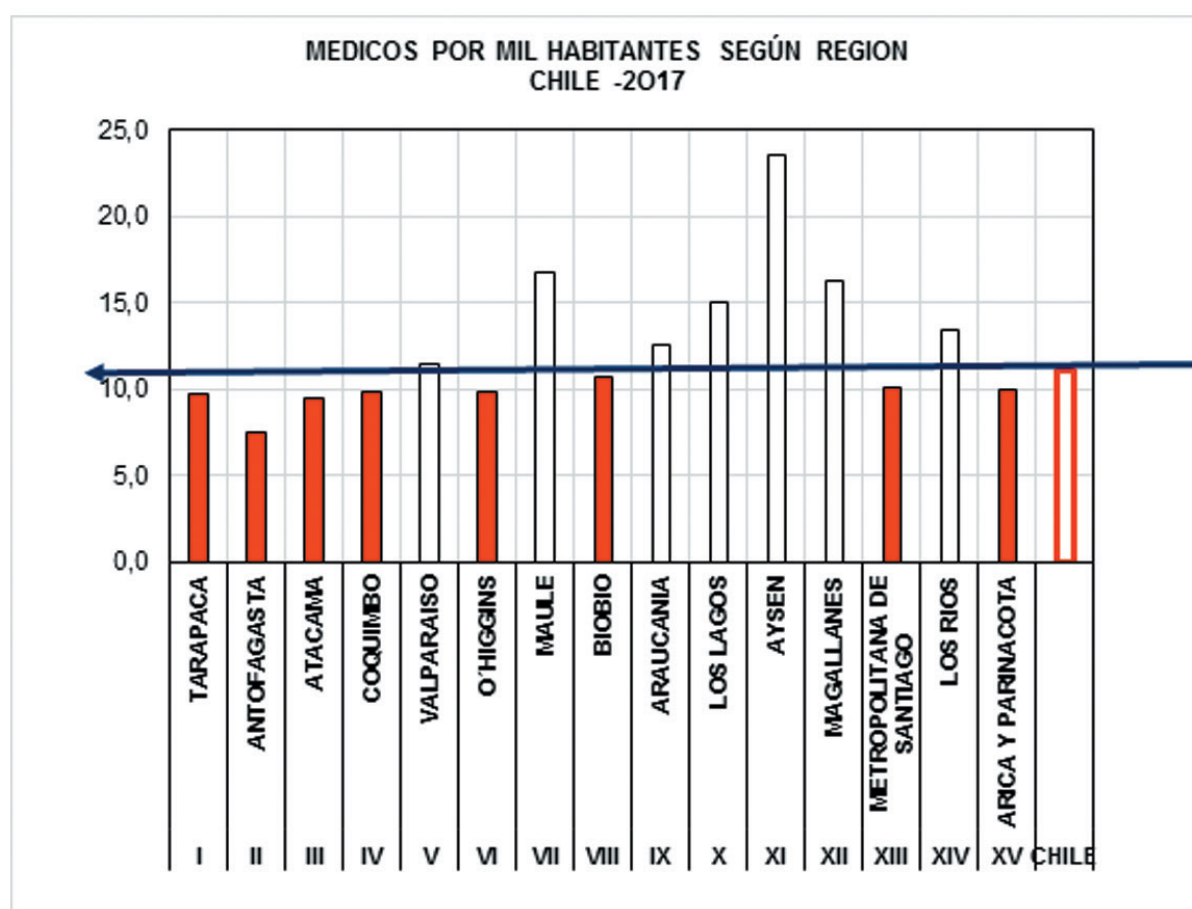
Existe variación en la feminización entre fuentes de financiamiento siendo la más alta en las financiadas por ONG-Iglesia y la más baja la que se presenta cuando el financiamiento corresponde a los gobiernos departamentales.

7.1.1.2 CHILE



DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA POBLACIÓN Y MÉDICOS

Como se aprecia en el gráfico, el promedio de médicos del sector público por diez mil habitantes en todo el país es de 11. Por encima del mismo se encuentran 7 Regiones siendo la XI Región Aysén la que tiene mayor proporción con 24 médicos por diez mil habitantes, las restantes alcanzan un nivel cercano a 10 médicos por diez mil habitantes.



Cuando se analiza la representación de cada región en la población del país y la concordancia con su participación en la distribución de médicos se observa que 8 regiones tienen déficit, siendo el mayor el que corresponde a la región XIII Metropolitana de Santiago que tiene el 40,62% de la población y 36,74% de los médicos.

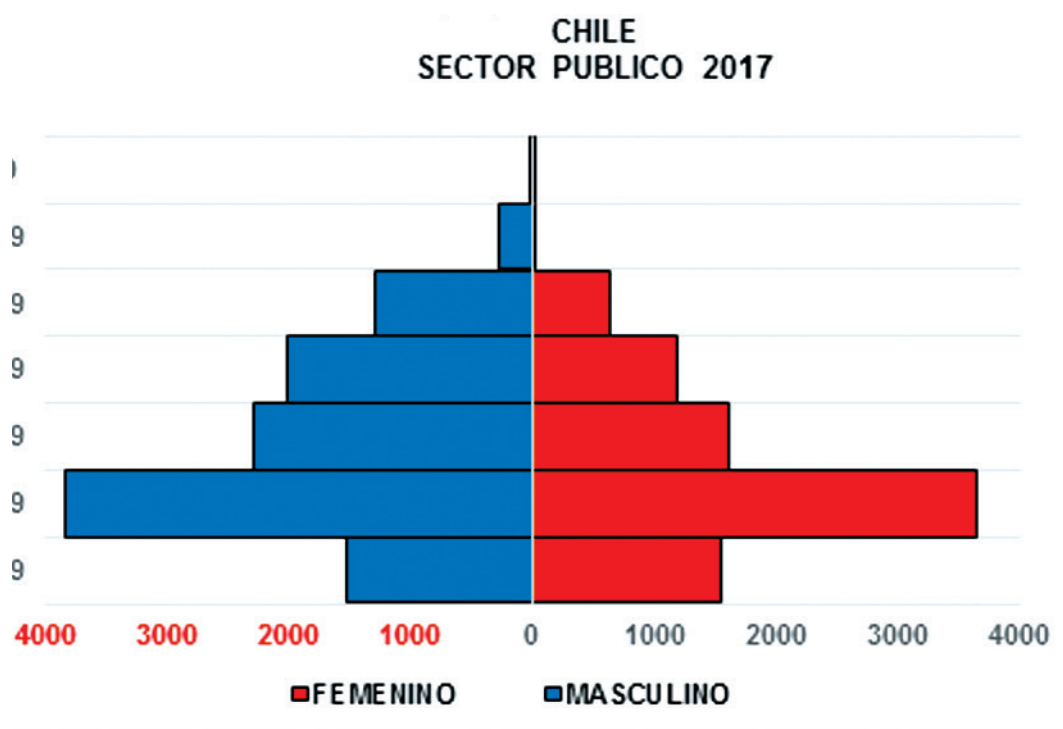
La Región VII Maule presenta la mayor sobrerrepresentación: tiene 8.77% de los médicos(as) y el 5.79% de la población.

DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y GÉNERO

La edad promedio es 43 años para la totalidad de los(as) médicos(as), 43 para los hombres y 39 para las mujeres.

La distribución por edad y género muestra que la mayor cantidad de médicos(as) se encuentran entre los 30 y 39 años y, es también en este grupo y el de 20 a 29 años, donde se observa la mayor feminización, con una razón de 1.02 médicas por cada médico entre 21 y 29 años y 0.95 médicas por cada médico en la categoría 30-39 años.

También es posible observar que la generación en la que comenzó a incrementarse la presencia femenina es la que corresponde a los 60-69 años, lo que muestra que el proceso se inició casi 40 años atrás, alcanzando su mayor nivel hacen 15 años y manteniendo la tendencia hasta el presente cuando para Chile en el sector público hay 0.77 médicas por cada médico.



En la comparación de la pirámide por Regiones se observa que la distribución por edad y sexo es bastante similar, sin embargo 3 Regiones la I, II y III alcanzan una razón de feminización menor que el resto del país con 0.56, 0.54 y 0.47 médicas por cada médico. En el otro extremo la Región Metropolitana de Santiago alcanza 0.89 médicas por cada médico; las demás se encuentran alrededor de 0.70 médicas por cada médico.

Parece que las Regiones con menor feminización iniciaron este proceso menos años atrás, sin embargo, tienen la misma tendencia actual que las demás Regiones.

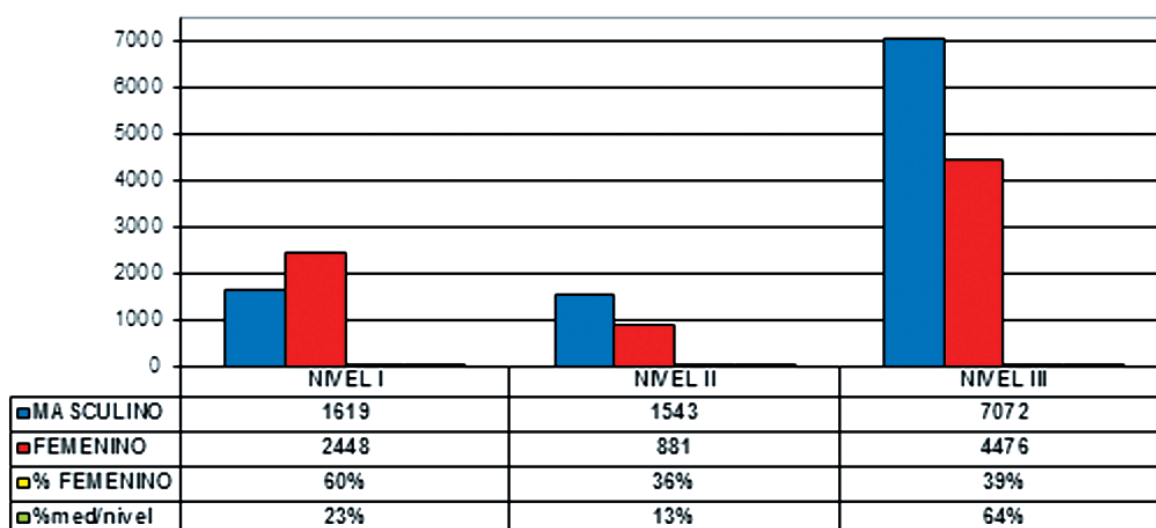
DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y NIVEL DE ATENCIÓN

Como puede apreciarse La distribución de los médicos según el nivel muestra que la mayoría se concentran en el Nivel III (64%) luego el Nivel I y finalmente el Nivel II.

Por otra parte, el grado mayor de feminización se observa en el Nivel I de atención que comprende las Instituciones de Atención Primaria de Salud y hospitales de primer nivel, luego viene el Nivel III que abarca los hospitales de mayor complejidad y finalmente el Nivel II que comprende hospitales de complejidad media.

Cuando se analiza esta distribución por Regiones se observa que la feminización se presenta siguiendo la tendencia del país siendo la región con más alta proporción de feminización la Metropolitana de Santiago (47%) y las de menor proporción Atacama, Tarapacá (31%), Antofagasta (34%) y Arica y Parinacota (34%).

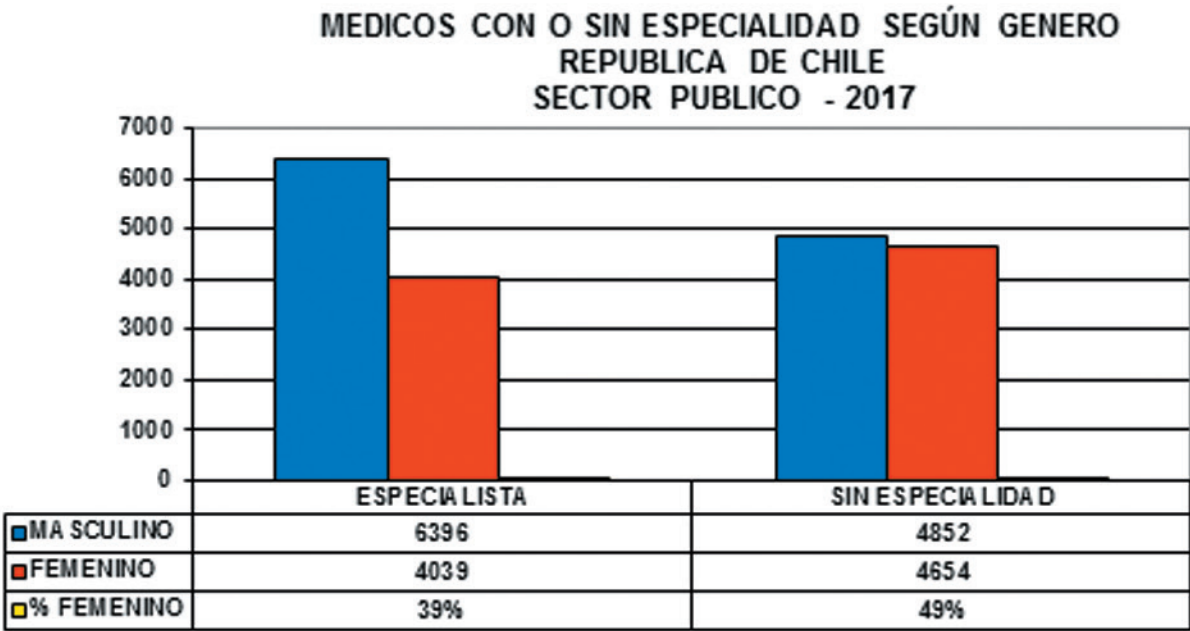
**MEDICOS POR GÉNERO SEGUN NIVEL DE ATENCIÓN
REPUBLICA DE CHILE
SECTOR PUBLICO - 2017**



Llama la atención en la distribución por género y nivel el caso de Magallanes que en el Nivel I presenta un 75% de mujeres y el de Atacama con 39% mientras el resto están entre 50 y 60% en ese nivel de atención. En el II Nivel todas las regiones que tienen ese nivel están alrededor de 30-39 % con excepción de Magallanes que tiene 53% y Maule que tiene 29% de mujeres. En el Nivel III la proporción de mujeres esta entre 34-44% con excepción de Antofagasta y Arica y Parinacota que tienen 29% de mujeres en ese nivel.

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y ESPECIALIDAD

La información, al analizar la proporción de especialistas sobre el total de médicos(as), muestra que el 52 % de los médicos del sector público son especialistas y que esa proporción es diferente cuando se mira por género pues el 57% de los médicos varones son especialistas mientras que solo el 46% de las mujeres lo son.



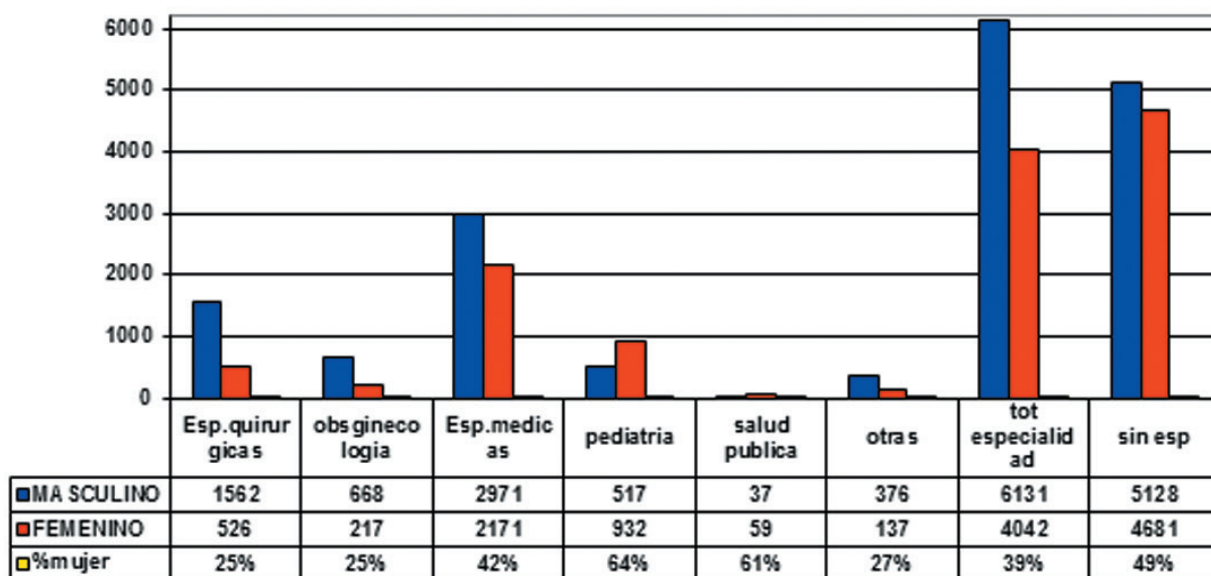
Si analizamos desde la distribución de hombres y mujeres entre especialistas y no especialistas, la feminización entre los especialistas alcanza al 39% y entre los no especialistas al 49%. Podemos decir que la feminización se relaciona con la condición de especialista o no especialista.

El comportamiento por Regiones respecto a estas variables, muestra que las regiones con mayor grado de feminización entre los especialistas son Metropolitana de Santiago (44%), Los Ríos (41%) y Valparaíso, Biobío y Los Lagos (37%) y las con menor grado de feminización entre especialistas son Atacama (22%) Tarapacá (24%) y Antofagasta y Arica (25%).

Entre los no especialistas la feminización está entre 40% y 50% con excepción de las Regiones de Antofagasta (37%) Los Ríos (39%) por debajo y Metropolitana (52%) por encima.

Se presenta además un gráfico de la distribución por grupos de especialidades que muestra diferencias significativas en el grado de feminización según el grupo de especialidades. Las causas de estas diferencias serían un tema de mucho interés para explorar y buscar si es que las mujeres escogen ciertas especialidades más que otras o si el acceso a algunas especialidades está restringido por razón de género.

**MEDICOS POR GRUPO DE ESPECIALIDAD SEGÚN GENERO
REPUBLICA DE CHILE
SECTOR PUBLICO -2017**



DISTRIBUCIÓN POR CONDICION LABORAL

En este punto se explora la condición de estabilidad laboral del personal médico de acuerdo al tipo de contrato.

Los datos revelan que sólo el 30% de los médicos(as) tienen un contrato fijo o permanente. Esta condición por género, muestra que el contrato fijo alcanza al 28% de los hombres y al 34% de las mujeres médicos(as) empleados en el sistema público.

La situación se agrava en las regiones de Aysén (6%) Antofagasta (12%) y Tarapacá (14%) sin grandes diferencias por género. Las Regiones con mayor proporción de médicos con contrato fijo son Magallanes (39%), Metropolitana (35%) y O'Higgins (34%).

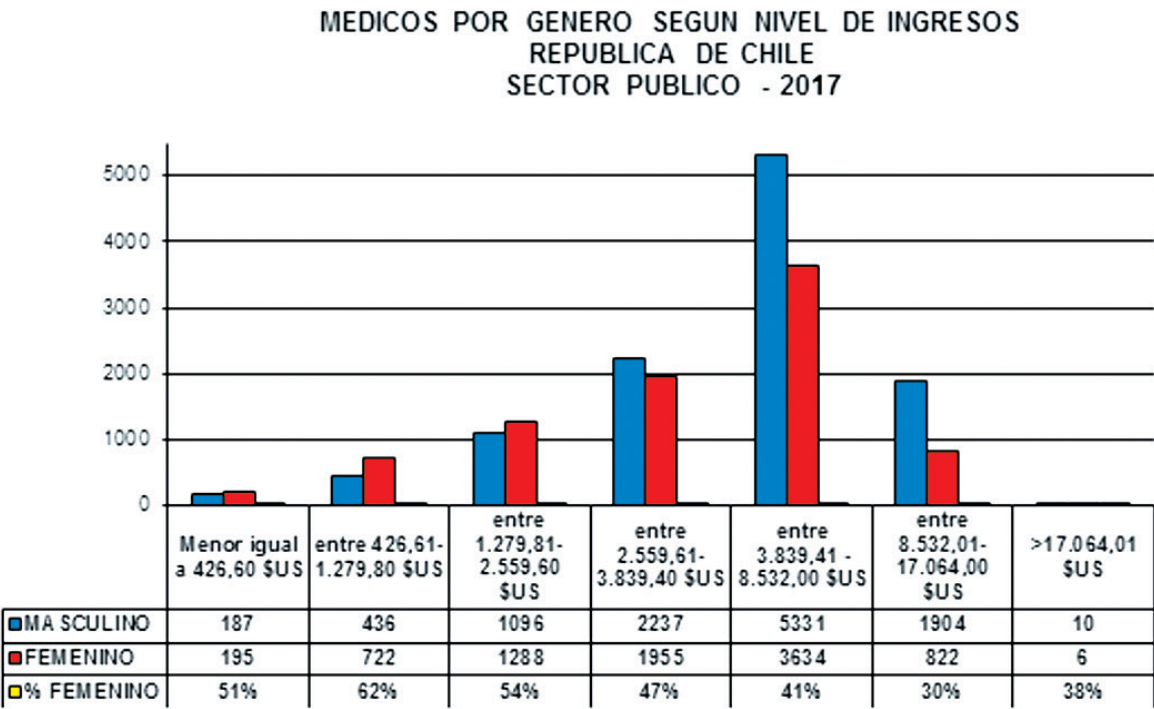
El grado de feminización entre los diferentes tipos de contrato muestra 49% entre quienes tienen contrato fijo, 43% entre los que realizan suplencia y 41 % entre quienes tienen contrato temporal.

Todo esto parece indicar que el tipo de contrato no es una determinante en la feminización de la atención médica, pero sí es un problema importante de las condiciones laborales en todo el país.

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y RENTA MENSUAL

Las rentas brutas oscilan entre un salario mínimo nacional 270.000 pesos equivalentes a 426,60 \$US y más de 17.064.01 \$US. La renta bruta promedio entre médicos del sector público es 2.452,93 \$US, la moda se encuentra entre \$US. 3.839,41 - 8.532,00 \$US.

En las tablas se los ha organizado de acuerdo a la siguiente escala: 1 Salario Mínimo Nacional, de 1a 3 SMN, de 3 a 6 SMN, de 6 a 9 SMN, de 9 a 20 SMN, de20 a 40 SMN y más de 40 SMN.



Las categorías por debajo de la renta promedio corresponden al 20%, la categoría que incluye la renta promedio al 21% y las categorías por encima del promedio, al 59% de los médicos del sector público.

La única diferencia significativa por género se presenta en los extremos. En las rentas más bajas la representación femenina es mayor y en las más altas es menor; en las categorías de renta intermedias la proporción de hombres y mujeres no es significativamente diferente.

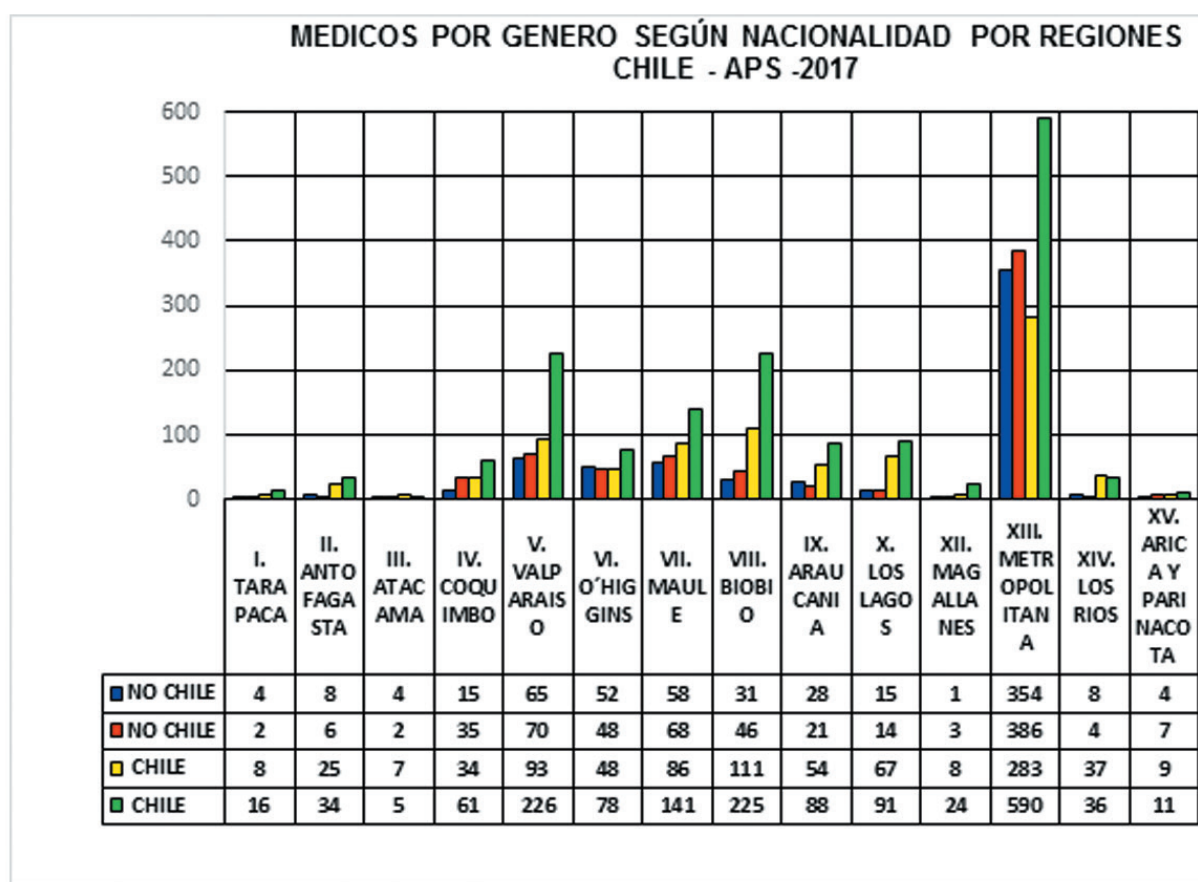
DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y NACIONALIDAD

Esta variable no había sido incluida entre las solicitadas, pero la base de datos enviada por los Responsables de Recursos humanos la incluía, por lo que se la presenta. Además, permite una visión, aunque sea muy primaria del comportamiento de la feminización entre médicos(as) del país y médicos(as) migrantes.

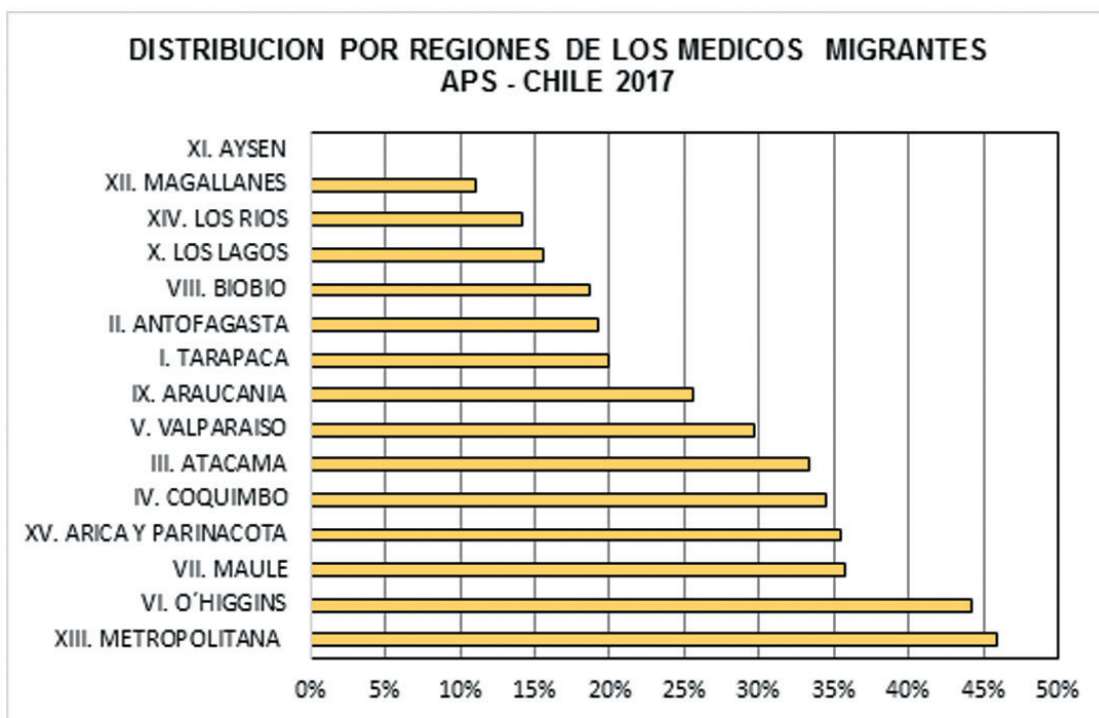
Un primer aspecto observado es que en los niveles de atención II y III todos(as) los(as) médicos son del país y los médicos(as) migrantes se concentran en APS.

Tomando sólo ese Nivel y grupo APS, se presentan las siguientes situaciones:

El 64.8 % de los médicos(as) APS son chilenos y el 35.2% de distintas nacionalidades entre las que destacan médicas(os) procedentes de Ecuador (743), Colombia (421), Cuba (81), Bolivia (39) y en menor proporción de otros países de todo el mundo. Por género la mayor proporción de médicos(as) migrantes son mujeres.



Mirando por Regiones representan diferentes proporciones del total como puede apreciarse en el gráfico:



Los(as) médico(as) migrantes están presentes en mayor o menor proporción en todas las Regiones con excepción de Aysén y representan un alto porcentaje de la fuerza laboral médica en Atención Primaria de Salud, pero no aparecen en los niveles de mayor complejidad.

Puede decirse que esto es representativo de un fenómeno que se está presentando con mayor frecuencia en la Región: la migración de los recursos humanos en salud y su ubicación en los puestos menos cotizados en el país receptor.

7.1.1.3 COLOMBIA



Pese a todos los esfuerzos realizados fue imposible contar con información de Colombia que pueda ser comparable con la del resto de los países.

Los responsables desde el principio señalaron que por el modelo de organización de la atención de salud las entidades prestadoras de servicio tienen autonomía de gestión y administración y el Ministerio no cuenta con el tipo de información para llenado de las tablas con el nivel de discriminación solicitado, sin embargo, pusieron a disposición los indicadores de su Observatorio del Talento Humano en Salud que se presentan a continuación en los puntos relacionados con el estudio.

No se realizan comentarios porque la lámina de “Discusión” elaborada por los Responsables del Observatorio presenta de forma muy precisa el resumen de la situación en Colombia.

2. Indicadores*

Indicadores básicos

Número estimado (stock)

Densidad por 10mil hab.

Indicadores de actividad en la fuerza laboral

% que realiza cotizaciones al SGSSS

Promedio de IBC mensual (\$)

Indicadores de entrada y salida

Razón de generación

% formado en Colombia

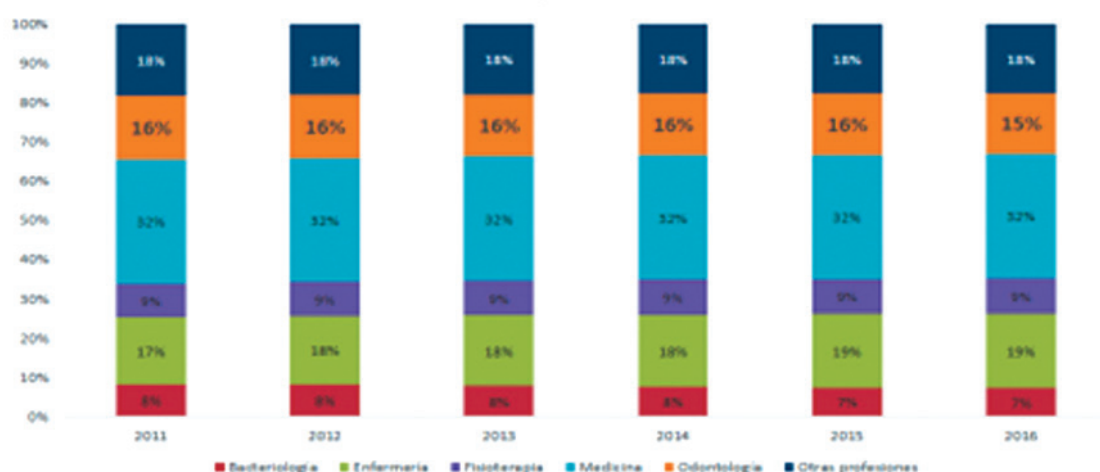
Razón de pérdida

* Cálculos de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, MSPS 2016. Información preliminar, en proceso de actualización en el sitio web del Observatorio. Las fichas técnicas están disponibles en <http://portal.talento humano.minsalud.gov.co>.

2. Indicadores*

Número estimado (stock)

Número estimado de **profesionales de la salud**
Colombia, 2011 – 2016



* Información preliminar, en proceso de actualización en el sitio web del Observatorio. Las fichas técnicas están disponibles en <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co>.

2. Indicadores*

Número estimado (stock)

Distribución departamental de **profesionales en medicina**
Colombia, 2011 - 2016

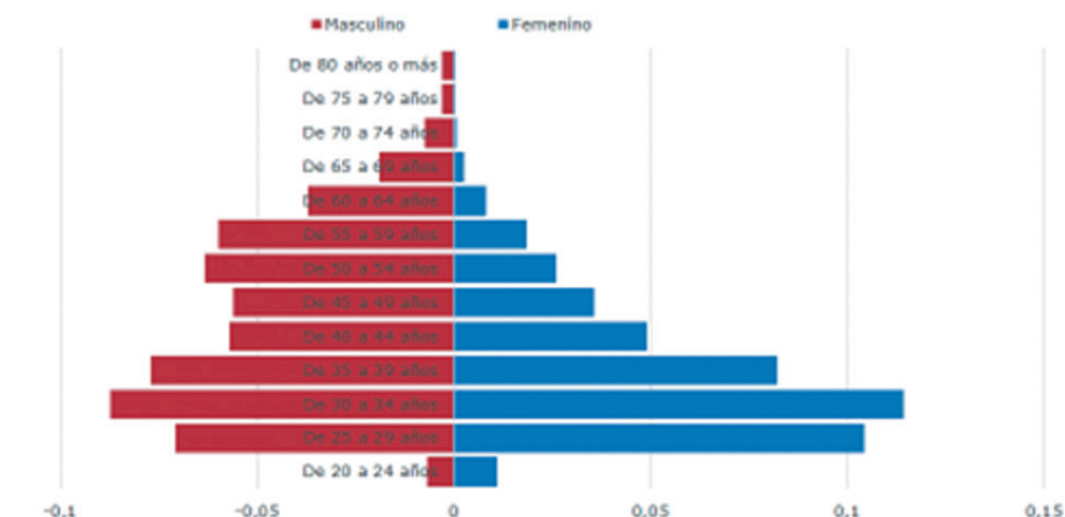


* Información preliminar, en proceso de actualización en el sitio web del Observatorio. Las fichas técnicas están disponibles en <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co>.

2. Indicadores*

Indicadores básicos

Número estimado (stock)

Características demográficas profesionales en medicina
Colombia, 2016

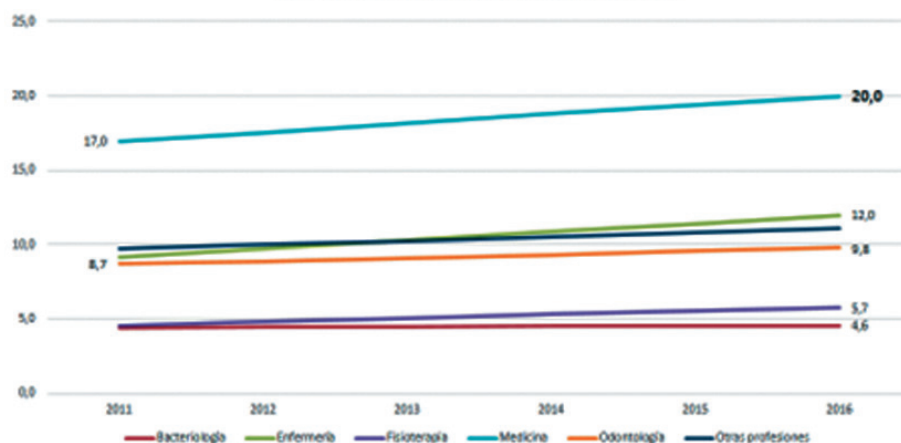
* Información preliminar, en proceso de actualización en el sitio web del Observatorio. Las fichas técnicas están disponibles en <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co>.

La mayor feminización se presenta en el grupo de 30-34 años y se ve que comenzó en la generación que hoy tiene 60 a 65 años. La tendencia es que las mujeres han pasado a ser más que los hombres desde la generación que hoy tiene 35-39 años. Esta situación es muy similar a la observada en los demás países.

2. Indicadores*

Indicadores básicos

Densidad por 10 mil habitantes

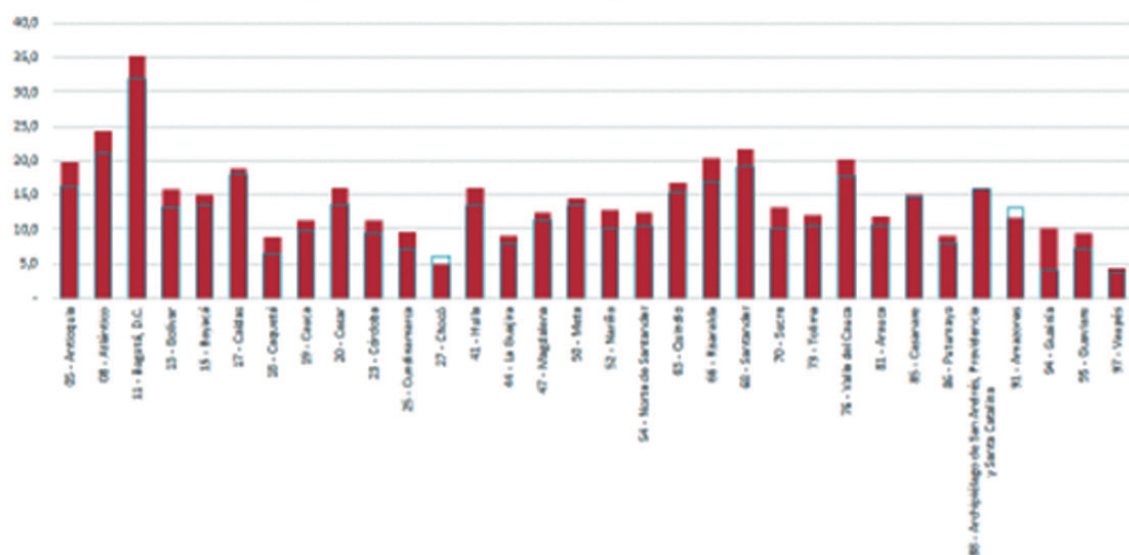
Densidad estimada de profesionales de la salud
por 10 mil habitantes. Colombia, 2016

* Información preliminar, en proceso de actualización en el sitio web del Observatorio. Las fichas técnicas están disponibles en <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co>.

2. Indicadores*

Densidad por 10 mil habitantes

Densidad estimada de profesionales en medicina por 10 mil habitantes. Departamentos, 2016

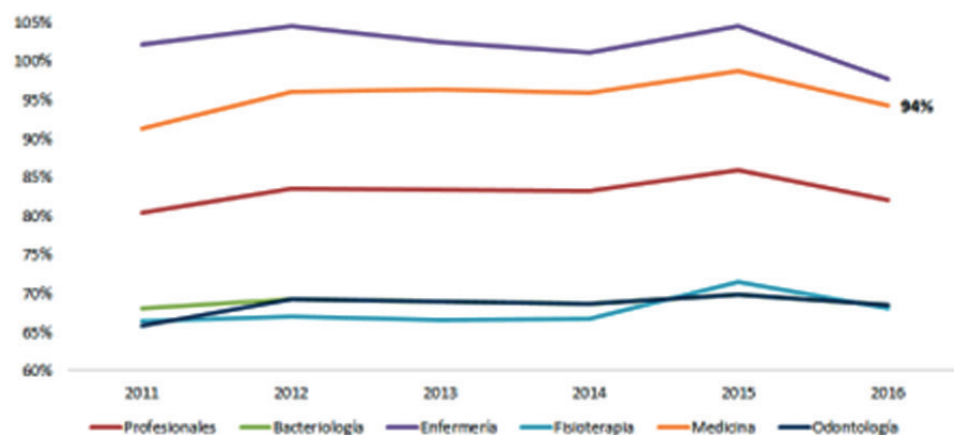


* Información preliminar, en proceso de actualización en el sitio web del Observatorio. Las fichas técnicas están disponibles en <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co>.

2. Indicadores*

% de THS que cotiza al SGSSS

Porcentaje de profesionales de la salud que cotizan al SGSSS Colombia, 2011 – 2016



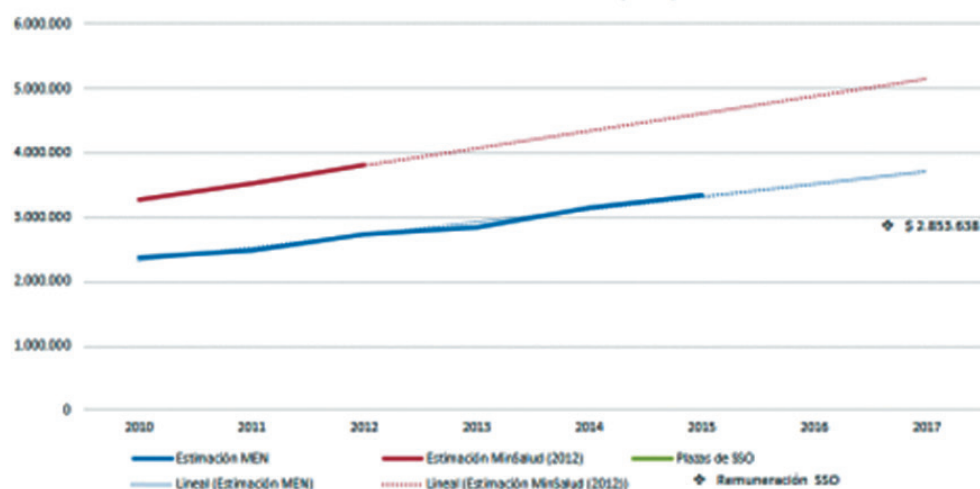
* Información preliminar, en proceso de actualización en el sitio web del Observatorio. Las fichas técnicas están disponibles en <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co>.

2. Indicadores*

Indicadores de actividad

Promedio de IBC mensual (\$)

Promedio de IBC de profesionales en medicina
Colombia, 2011 – 2017 (COL)



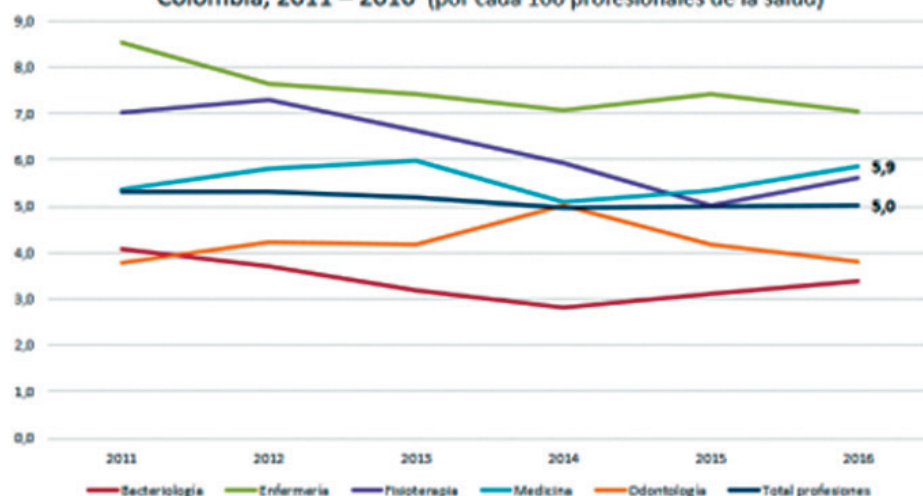
* Información preliminar, en proceso de actualización en el sitio web del Observatorio. Las fichas técnicas están disponibles en <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co>, Observatorio Laboral para la Educación, MEN.

2. Indicadores*

Indicadores entrada y salida

Razón de generación

Razón de generación de profesionales de la salud
Colombia, 2011 – 2016 (por cada 100 profesionales de la salud)

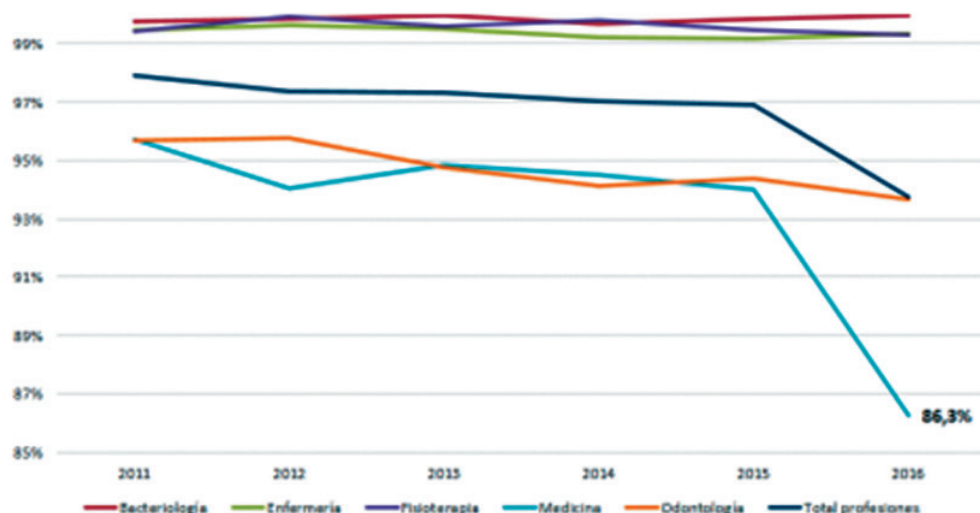


* Información preliminar, en proceso de actualización en el sitio web del Observatorio. Las fichas técnicas están disponibles en <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co>.

2. Indicadores*

% de profesionales de la salud formados COL

Porcentaje de profesionales de la salud formados en Colombia
2011 – 2016

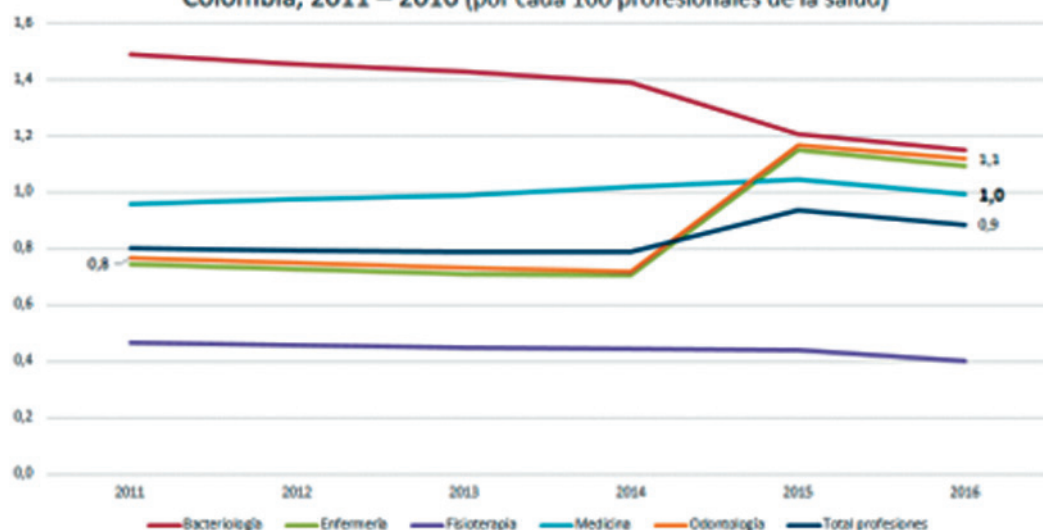


* Información preliminar, en proceso de actualización en el sitio web del Observatorio. Las fichas técnicas están disponibles en <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co>.

2. Indicadores*

Razón de salida (pérdida)

Razón de salida de profesionales de la salud
Colombia, 2011 – 2016 (por cada 100 profesionales de la salud)



* Información preliminar, en proceso de actualización en el sitio web del Observatorio. Las fichas técnicas están disponibles en <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co>.

3. Discusión

La **planificación de talento humano en salud** es una tarea **compleja** en el mundo.

La información presentada es un **referente que debe ser ajustado permanentemente**, existen limitaciones importantes derivadas de la información disponible.

Para 2016, se estimó que había cerca de **97.400** médicos (incluyendo especialistas): **20** por cada 10.000 habitantes. El **66%** se concentra en cinco departamentos, observándose una mayor densidad en Bogotá (37,4/10000) y menor en Vaupés (4,4/10000).

Para este mismo año, cerca del **94%** realizó cotizaciones al SGSSS, con un IBC mensual proyectado entre **\$3,7 y \$5,1 millones**.

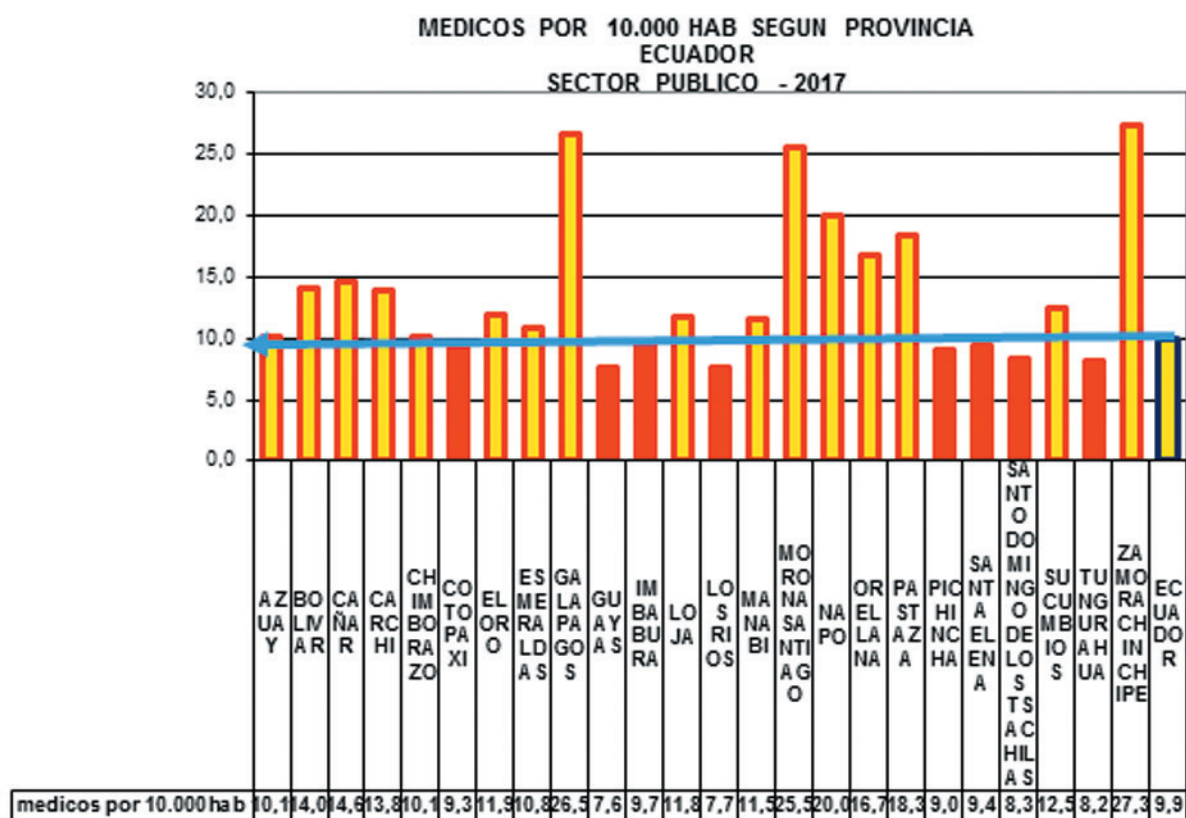
En promedio para 2017, la remuneración en **las plazas de SSO** de Medicina es de **\$2,8 millones**. Guaviare es el departamento que refiere la mayor remuneración (\$4 millones), mientras que Atlántico es el de menor (\$1,9 millones).

Por cada 100 profesionales en medicina en 2016, entraron a la actividad **5,9** y salieron **0,99**. El **86%** de los médicos que entraron en la actividad, fueron formados en Colombia.

Infelizmente la información no está discriminada por género por lo que no es posible realizar las observaciones que se hicieron en los demás países y tampoco es posible compararla con los demás países.



DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA POBLACION Y MÉDICOS(AS)



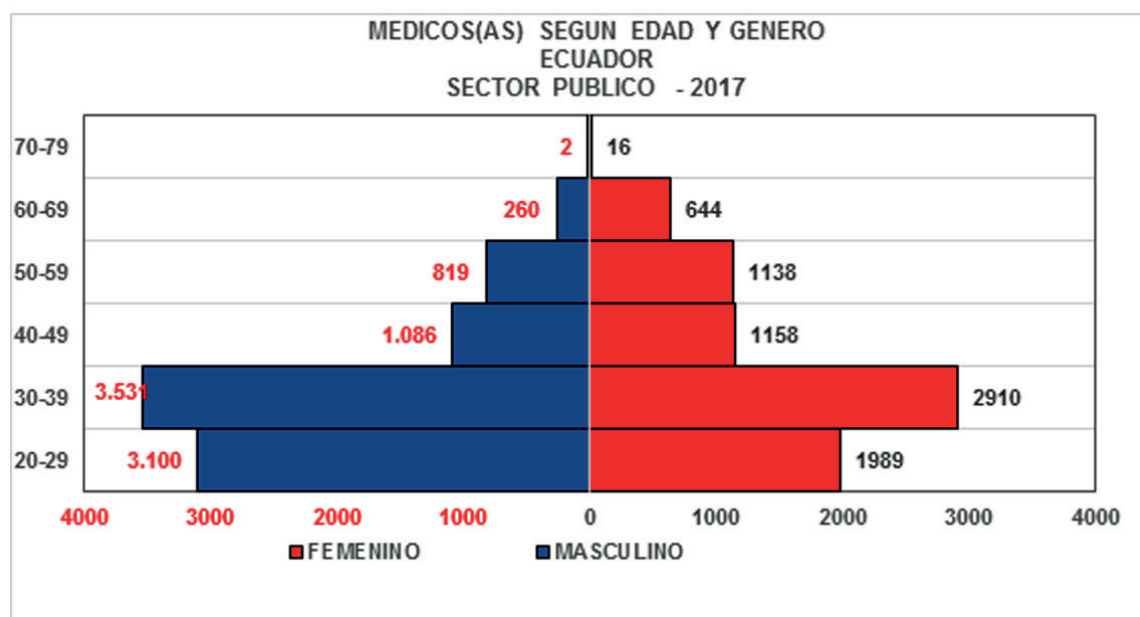
Al analizar esta variable para Ecuador, se observa que 8 de sus 24 provincias tienen una tasa de médicos por 10.000 habitantes por debajo del promedio nacional que es 9.9 y los restantes se encuentran por encima del mismo.

Los casos más llamativos son las provincias más pobladas, donde la brecha de sub-representación en la distribución de médicos respecto a la distribución de la población es mayor. Se trata de Guayas 25.14% de la población vs. 19.18 % de los médicos(as) y Pichincha 18.28% de la población vs. 16.57% de los médicos(as). Los otros 5 casos son menores.

Por el otro extremo las provincias con mayor sobre representación en la distribución de médicos(as) en relación con la población son Morona Santiago que tiene 1.10% de la población vs. 2.82 % de los médicos(as) y Manabí 9.10% de la población vs. 10.50% de los médicos(as). Una consideración general sería que, como país está en camino a los indicadores recomendados, pero que esto se cumple en las poblaciones menores y está más distante en las mayores.

DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA POBLACION Y MÉDICOS(AS)

Esta variable es fundamental para ver, en una línea de tiempo, cuándo se comienza a producir un cambio hacia la feminización de la atención médica.



El gráfico de país parece indicar que la feminización comenzó varias generaciones atrás, pero, la variación en los gráficos de las provincias donde la proporción de mujeres es mayor en los grupos de mayor edad y muestra una tendencia decreciente a medida que disminuyen, hecho que se observa en todas las provincias lleva a preguntarse si la tendencia a la feminización se mantiene o si se dio en determinado momento y ahora está en una tendencia contraria; o se está produciendo algún fenómeno demográfico que actúa como factor de confusión.

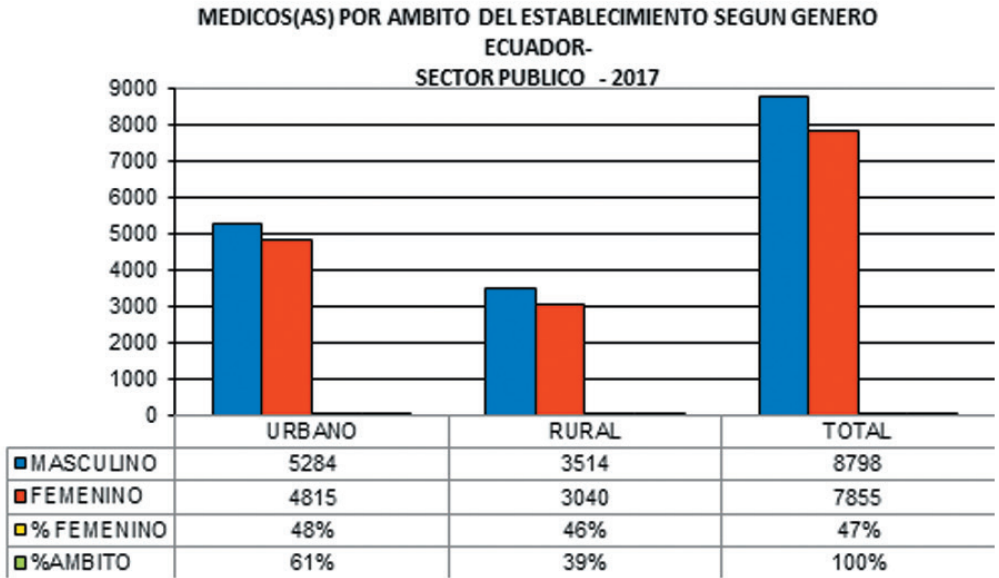
Esto se analizará con más propiedad en la comparación entre países, pero, una observación inicial muestra que la proporción de mujeres entre la totalidad de médicos(as) es inversamente proporcional a la edad en el caso de Ecuador y todas sus provincias.

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y ÁMBITO

Con relación a estas variables en el análisis como país se constata que la mayoría (61%) de los(as) médicos(as) trabajan en el ámbito Urbano.

En las provincias, la tendencia similar a la del país en conjunto, se observa a diferentes niveles en 16 de las 24 provincias, siendo las proporciones más altas, las observadas en Guayas (89%) y Pichincha (77%). En 8 provincias se observa que la mayor cantidad de médicos(as) trabaja en ámbito Rural siendo los más altos Morona Santiago (14%) y Zamora Chinchipe (19%).

Con respecto a los niveles de feminización (proporción de mujeres respecto del total de médicos(as) se aprecia que a nivel país los niveles alcanzan al 47% sin grandes diferencias en los 2 ámbitos: 48% en ámbito urbano y 46% en Rural.



En la comparación entre provincias se observa que 15 provincias presentan mayor porcentaje femenino en el ámbito Urbano siendo el mayor nivel en el país el de Sucumbíos con 61% Sto. Domingo de los Tsáchilas (60%). El resto van de 42 a 56%.

En el ámbito Rural los niveles más altos se observan en Esmeraldas (71%), Sucumbíos (68%) y las otras cinco provincias van de 44 a 55%.

Dos provincias tienen el mismo porcentaje de feminización en ámbito urbano y rural Manabí 50% y Tungurahua 43%.

A primera vista no es claro si existe asociación entre el porcentaje femenino y trabajar en el ámbito urbano y rural.

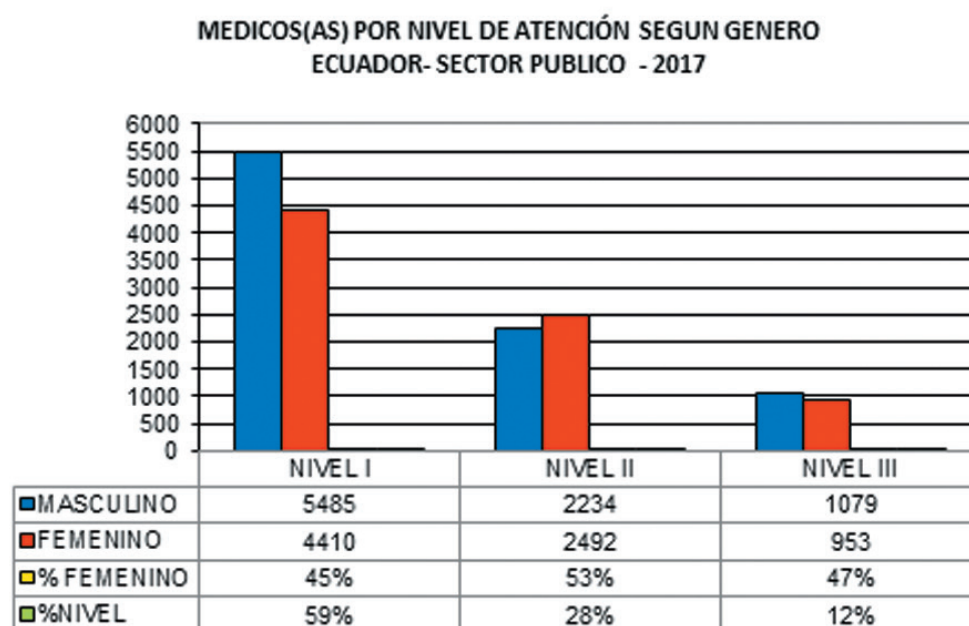
DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y NIVEL DE ATENCIÓN

Al igual que en los otros países, esta variable se asocia al grado de complejidad y las funciones asignadas a cada uno dentro del sistema de salud, siendo el Nivel III el de mayor complejidad.

Mirando el país en su conjunto Ecuador tiene la mayor cantidad de sus médicos(as) en el Nivel I (59%), seguido del Nivel II (28%) y finalmente el Nivel III (12%). Es interesante constatar que yendo de arriba abajo en niveles cada uno duplica al siguiente.

Con respecto al grado de feminización según Nivel se observa que la mayor se presenta en el nivel II (53%), le sigue el Nivel III (47%) y finalmente el Nivel I (45%).

Por provincias la situación de estas variables se presenta como sigue: 22 Provincias tienen la mayor proporción en el Nivel I siendo las más altas Morona Santiago (86%) Cotopaxi (82%) La demás que tienen la mayor cantidad de médicos(as) en este Nivel oscila entre 37% y 81% y sólo Galápagos (66%) en el Nivel II.



Con respecto a la feminización según Nivel se observa que la mayor se presenta en el nivel II (53%), le sigue el Nivel III (47%) y finalmente el Nivel I (45%).

Por provincias la situación de estas variables se presenta como sigue: 22 Provincias tienen la mayor proporción en el Nivel I siendo las más altas Morona Santiago (86%) Cotopaxi (82%) La demás que tienen la mayor cantidad de médicos(as) en este Nivel oscila entre 37% y 81% y sólo Galápagos (66%) en el Nivel II.

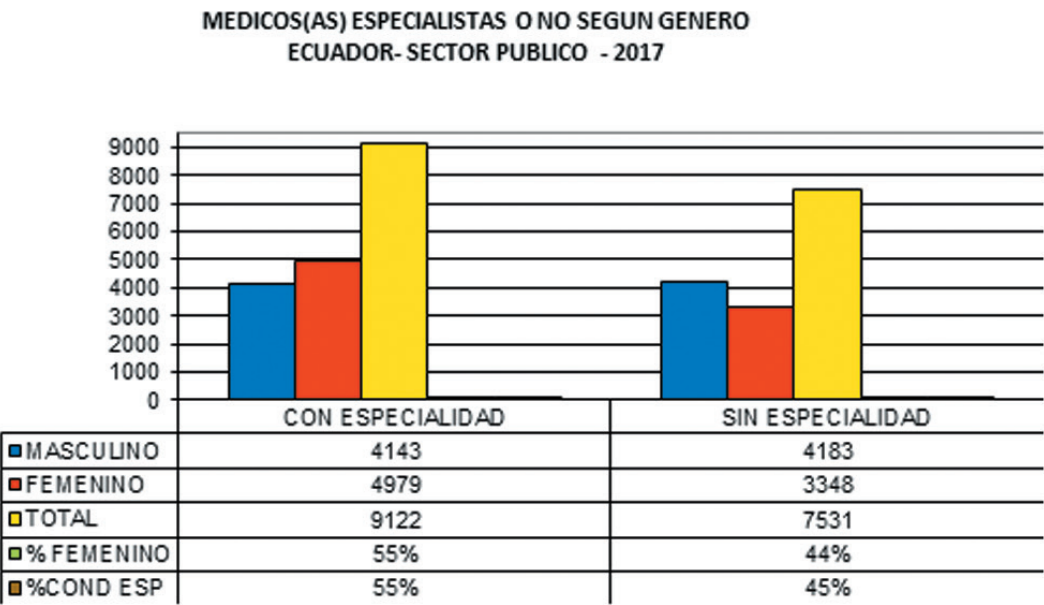
En lo relativo a la Feminización 20 provincias presentan los mayores porcentajes en el Nivel II, correspondiendo la más altas a Los Ríos (63%) variando las demás entre 43 y 62%, 3 Provincias en el Nivel I Sucumbíos (68%), Esmeraldas (65%), Zamora Chinchipe (54%), y una provincia en el Nivel III Guayas (51%).

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y ESPECIALIDAD

Primero se analiza la frecuencia de especialistas y no especialistas, según género para ver cómo se distribuyen hombres y mujeres entre las 2 categorías. Estas tablas y gráficos existen para todo el país y para cada provincia y posteriormente se presenta la distribución por grupo de especialidad y género, sólo para el país en conjunto.

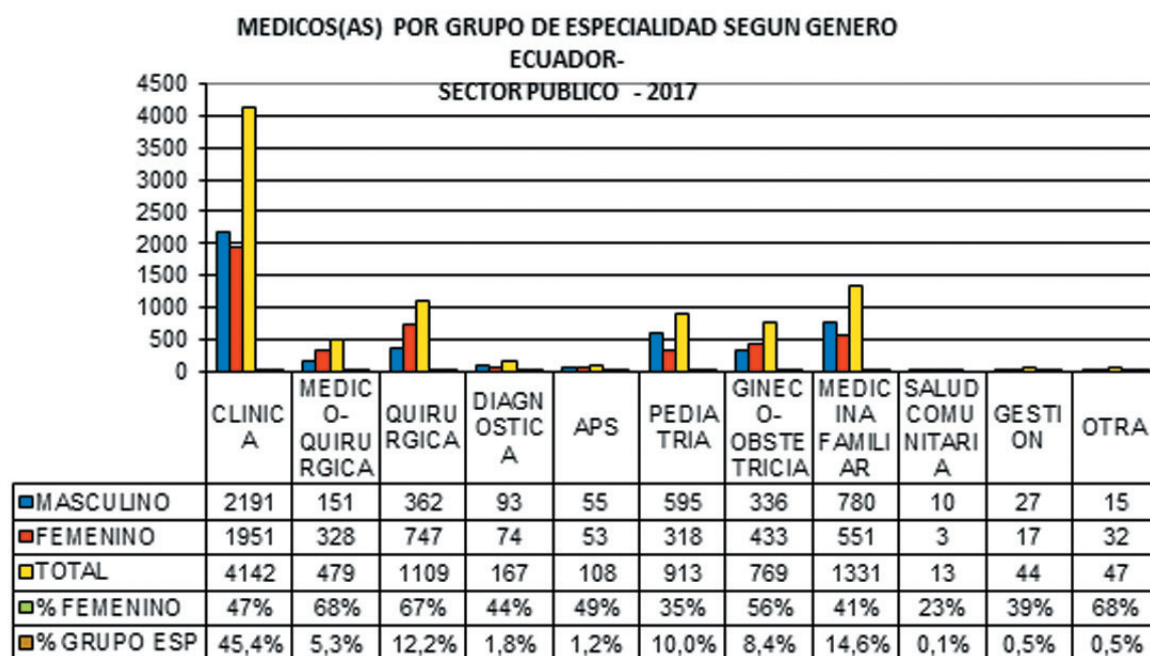
Cómo puede verse a nivel país el 55 % de los médicos(as) son especialistas, consecuentemente el 45% no lo son. El grado de feminización es mayor entre los especialistas que entre los no especialistas, pues el 49% de los especialistas son mujeres y entre los que no tienen especialidad las mujeres son el 44%.

El 52% de los hombres y el 57% de las mujeres son especialistas comparados con el total de su género.



Mirando la distribución en las provincias se observa que en 10 provincias el porcentaje de médicos(as) especialistas es mayor que el de sin especialidad siendo la que mayor proporción de especialistas tiene Pichincha con 78% y la que menor Galapagos con 33%. Por otro lado se observa que en 19 provincias, las mujeres con especialidad, con relación al total de mujeres son mas que los hombres con especialidad respecto al total de hombres, siendo la provincia con proporción más alta de mujeres con especialidad Pichincha con el 81%. En 2 son los hombres los que tienen mayor proporción de especialistas y en 4 provincias, la proporción es igual para ambos géneros.

Respecto a la Femenización es decir la proporción de mujeres respecto al total de cada categoría se ve que la Femenización es mayor entre los especialistas en 21 provincias; en 2 provincias la feminización es mayor entre los no especialistas; y en una provincia las proporciones de mujeres son iguales para especialistas y no especialistas.

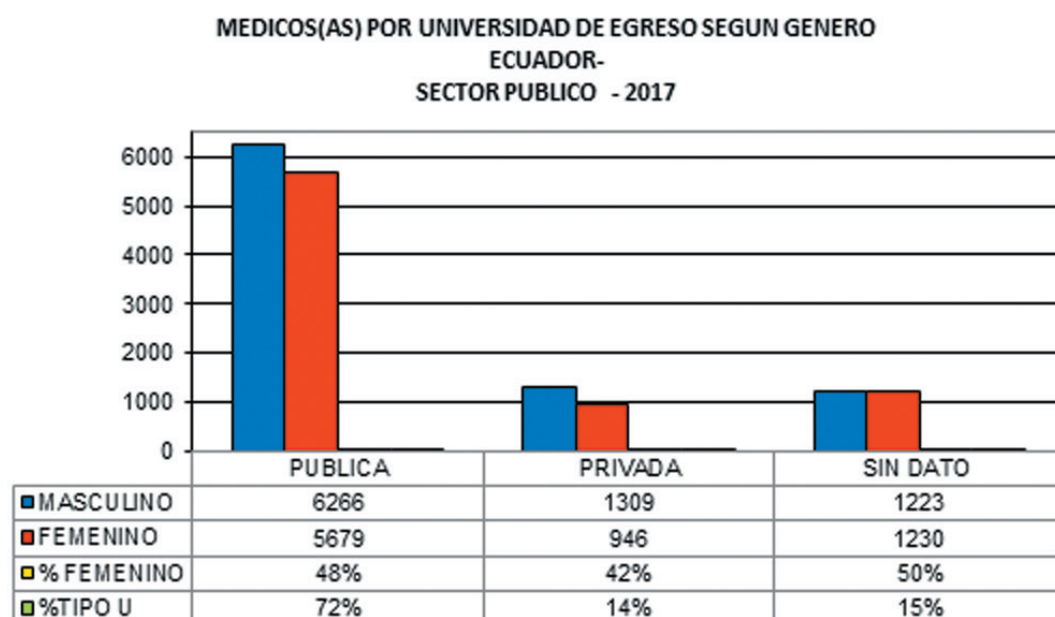


El gráfico muestra que los grupos de especialidad con mayor proporción de médicos(as) son Clínica, Medicina Familiar, Quirúrgica y Pediatría.

También se observa que el grupo con mayor feminización, es decir, proporción de mujeres respecto al total del grupo, corresponde a las especialidades Médico-Quirúrgicas (68%), Otras especialidades (68%). Dentro del grupo otras están las especialidades que no se podían agrupar en los demás grupos.

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y UNIVERSIDAD DE EGRESO

Con estas variables se pretende averiguar si la universidad de origen afecta la distribución por género.



Se observa que el 72% de todas las(os) médicos(as) egresaron de universidad pública. Respecto a la feminización la proporción de mujeres es mayor entre las que egresaron de pública que las que egresaron de privada

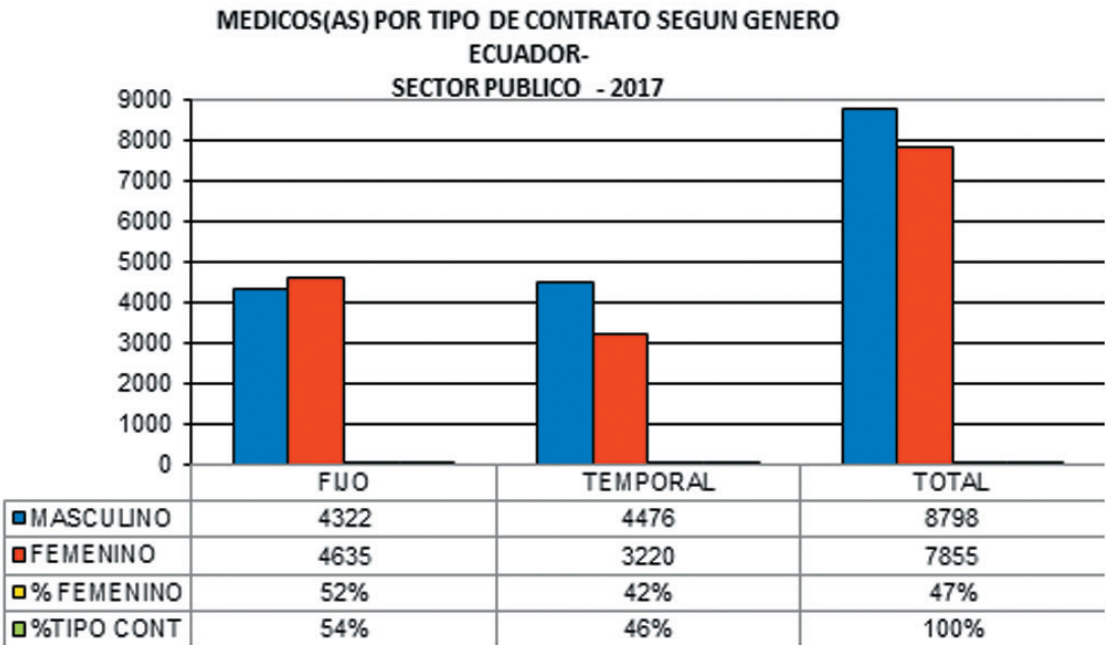
En las todas las provincias la mayoría de los(as) médicos(as) egresaron de universidad pública. La proporción de mujeres sobre el total de médicos que egresaron de universidad pública, es mayor en 13 provincias, en 6 provincias la proporción de mujeres es mayor entre las que egresaron de universidad privada y en 5 provincias se presenta entre las que no tienen dato. El grado de feminización más alto se observa en Sucumbíos entre las que estudiaron en universidad privada (76%).

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y TIPO DE CONTRATO

Se busca describir la distribución por género y las variaciones según tipo de contrato para explorar si existe alguna relación entre el tipo de contrato y la proporción de mujeres en esa categoría.

Como puede observarse, es mayor la proporción de los(as) médicos(as) que tienen contrato fijo.

La proporción de mujeres es mayor entre los que tienen contrato fijo (52%) y del total de mujeres médicas el 59% tienen contrato fijo, mientras que sólo el 49% de los hombres lo tienen.



Analizando por provincias, en 14 provincias la proporción de médico(as) con contrato fijo es mayor que la con contrato temporal, en 10 provincias es mayor la proporción de médicos(as) con contrato temporal.

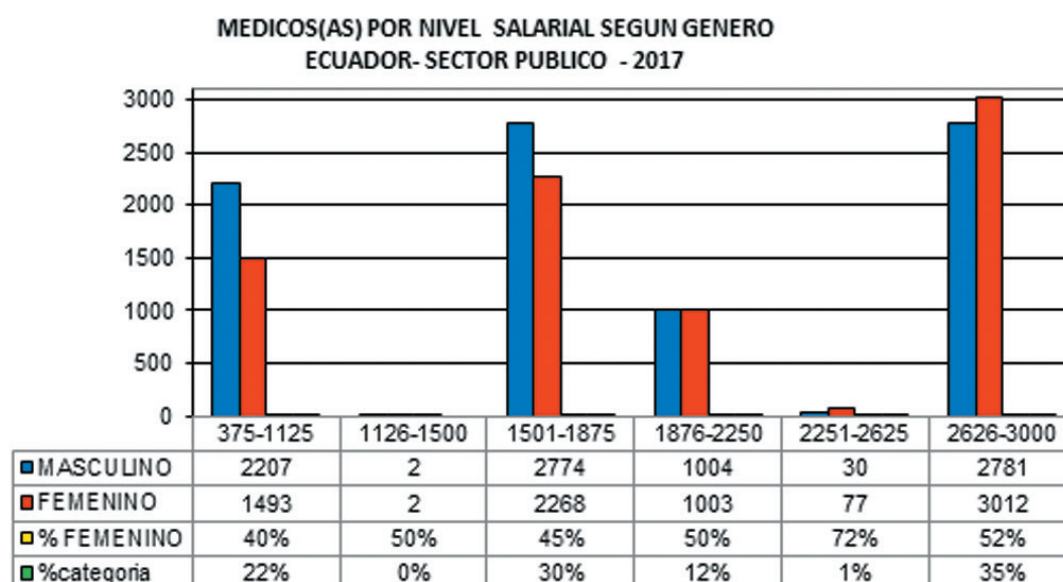
En las 24 provincias es mayor la proporción de mujeres que la de hombres con contrato fijo.

La proporción de mujeres con contrato fijo sobre el total de los(as) con ese tipo de contrato en 23 provincias es mayor que la proporción de mujeres entre los que tienen contrato temporal.

La feminización es mayor entre los que tienen contrato fijo.

Con la siguiente variable que se analizará, se visualizará si esto tiene consecuencias favorables o desfavorables para quienes se encuentran en uno u otro grupo.

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y SALARIO



Como puede verse el 35% de los (as) médico(as) se encuentra en la categoría de salarios más altos que representa entre 7 y 8 salarios mínimos nacionales. El promedio salarial es 1.911\$ con una desviación estándar de 636\$. Por encima del promedio se encuentran el 48% de los profesionales médicos y por debajo el 52%

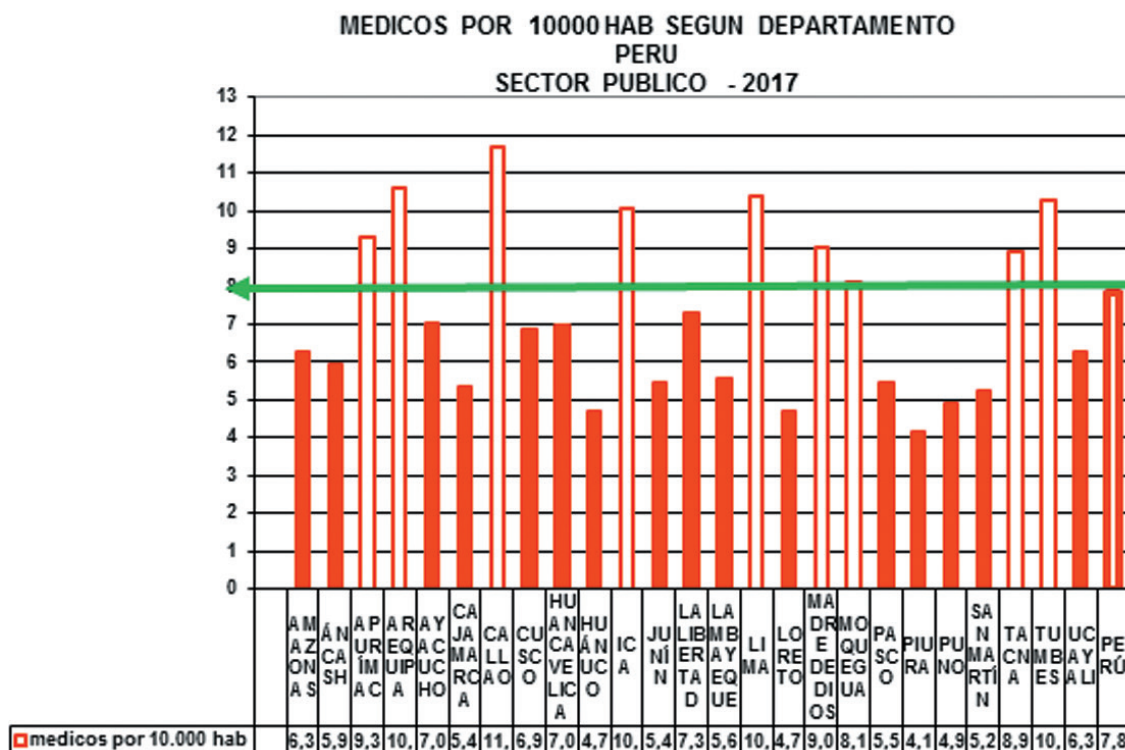
La mayor proporción de feminización se encuentra entre los que corresponden a la penúltima categoría contando de abajo hacia arriba.

En este caso se presenta una relación con la variable que se analizó en el punto anterior, la que se expresa en que el salario promedio entre los(as) médicos(as) con contrato fijo es de 2.118 con una desviación estándar de 437 \$. En cambio, entre los(as) médicos(as) con contrato temporal es 1.670\$ con una desviación estándar de 736\$



DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA POBLACION Y MÉDICOS(AS)

Tomando en cuenta las proyecciones de población del INEI del Perú y la base de datos a la que se permitió acceder para este estudio por el Ministerio de Salud del Perú se construyó este gráfico que muestra los médicos por cada 10.000 habitantes en cada uno de sus 25 departamentos.

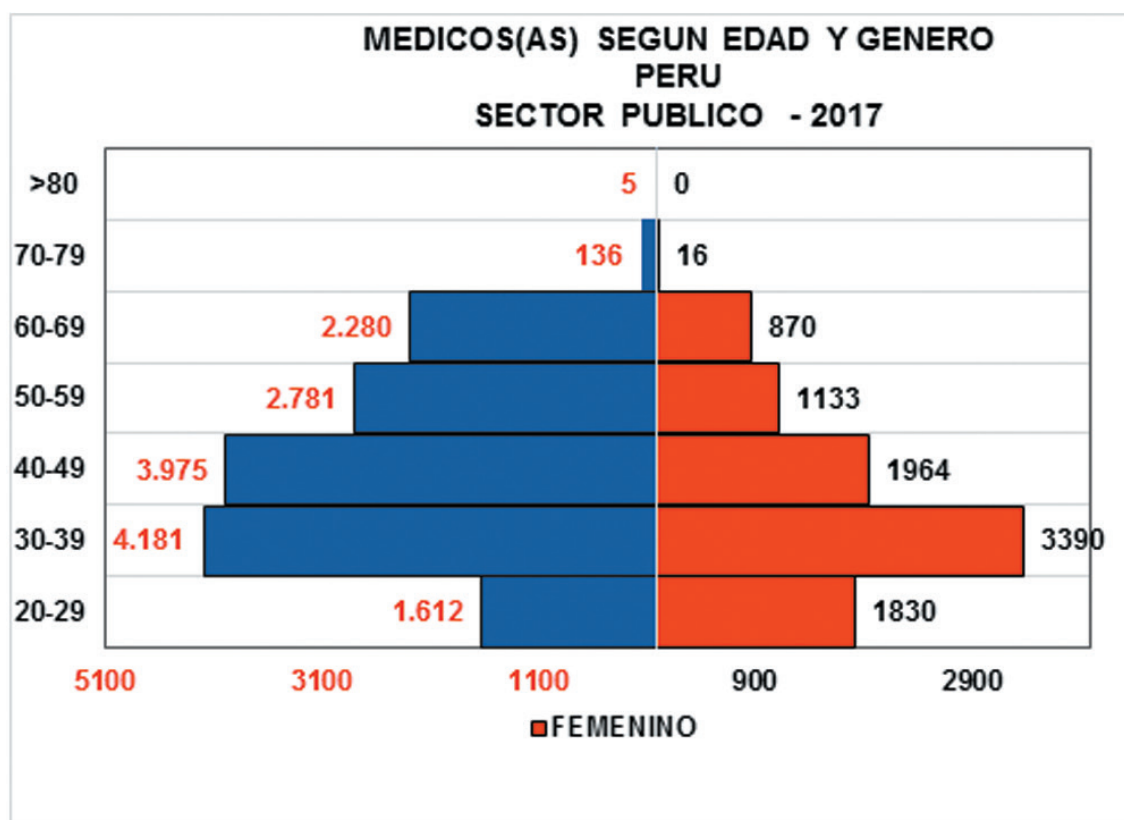


En el mismo puede apreciarse que el indicador para Perú alcanza a 0.78 médicos(as) en el sector público por 10.000 habitantes. 9 departamentos se encuentran por encima de este valor, correspondiendo el más alto a Callao (11.7), Arequipa (10.6) y Lima (10.4), 16 Departamentos se encuentran por debajo siendo los que presentan niveles más bajos Piura (4.1), Loreto y Huánuco (4.7).

Considerando la proporción de habitantes que cada Departamento aporta al total del país y la correspondencia o no con la proporción de médicos(as) que tiene, se ve que algunos están sobre representados en esta relación. El caso más llamativo es Lima que representa el 31,6% de la población y tiene el 42% de los médicos. Otros casos de sobre representación son Callao 3.2% de la población, 4.84% de los médicos; Arequipa 4.1% de la población, 5.61% de los médicos(as).

En la otra orilla los departamentos más sub representados en la distribución de médicos(as) por población son Piura 5,9% de la población, 3.13% de los médicos; Puno 4.5% de la población, 2.86% de los médicos y Cajamarca 4.9% de la población, 3.37% de los médicos(as).

DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y GÉNERO



Como puede observarse la edad donde se concentra la mayor cantidad de médicos(as) es la que corresponde al rango 30 -39 años la tendencia a incrementar la proporción de mujeres se inicia en la generación que hoy tiene entre 60 y 69 años, pero se acelera en la generación entre 40-49 y en la última generación las mujeres superan en número a los varones.

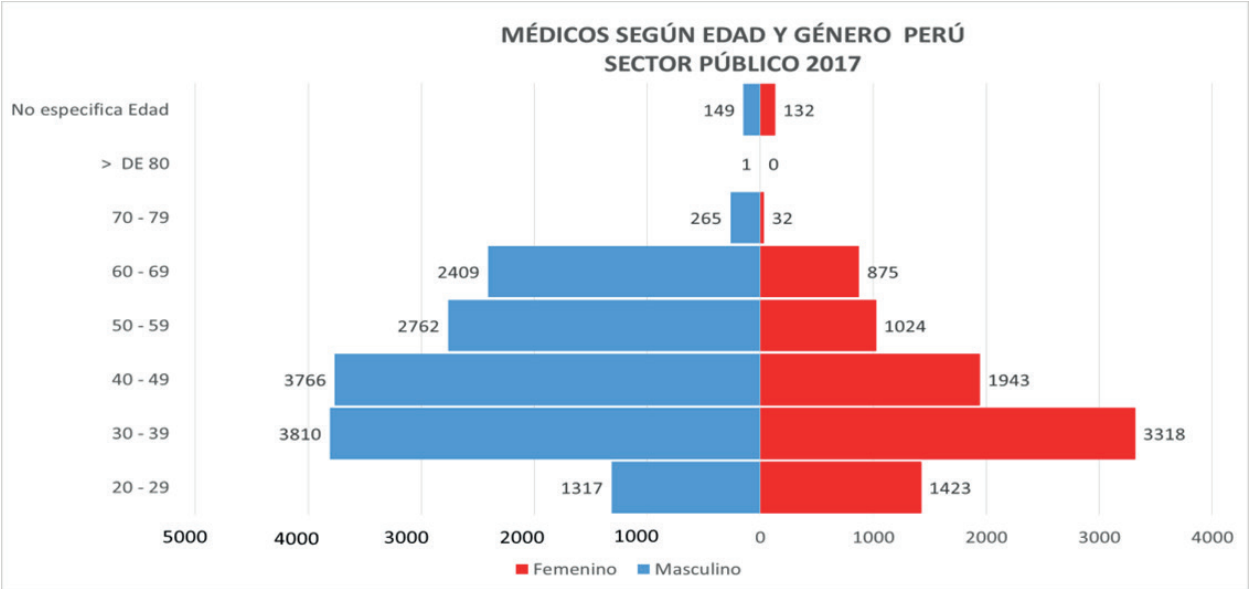
La proporción de feminización para el país considerando todas las edades es 38%. Las generaciones donde esta proporción es mayor, son las 2 más jóvenes con 45% y 53 %. Llama la atención el estrechamiento de esta última. Es un tema respecto al cual sería importante encontrar la causa.

Mirando por departamentos la feminización es variable. Considerando todas las edades: 14 departamentos están por debajo de 38%; 9 están por encima y 2 tienen 38% igual que el país. El grado más alto se observa en Moquegua con 45%, y Apurímac y Arequipa con 42%. Los más bajos en Madre de Dios y Piura con 28% y Loreto con 24%.

Considerando los grupos de edad todos los Departamentos tienen los niveles más altos en las dos generaciones más jóvenes siendo las más altas Apurímac en la edad de 20 a 29 años (60%) e Ica y Ancash (58%). Y en la edad de 30 a 39 Moquegua con 63%.

En esas edades el departamento que presenta los niveles más bajos es Madre de Dios 28%.

DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y GÉNERO



DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y GÉNERO									
GÉNERO	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	> DE 80	NO ESPECIFICA	Total
Masculino	1317	3810	3766	2762	2409	265	1	149	14479
Femenino	1423	3318	1943	1024	875	32	0	132	8747
Total	2740	7128	5709	3786	3284	297	1	281	23226

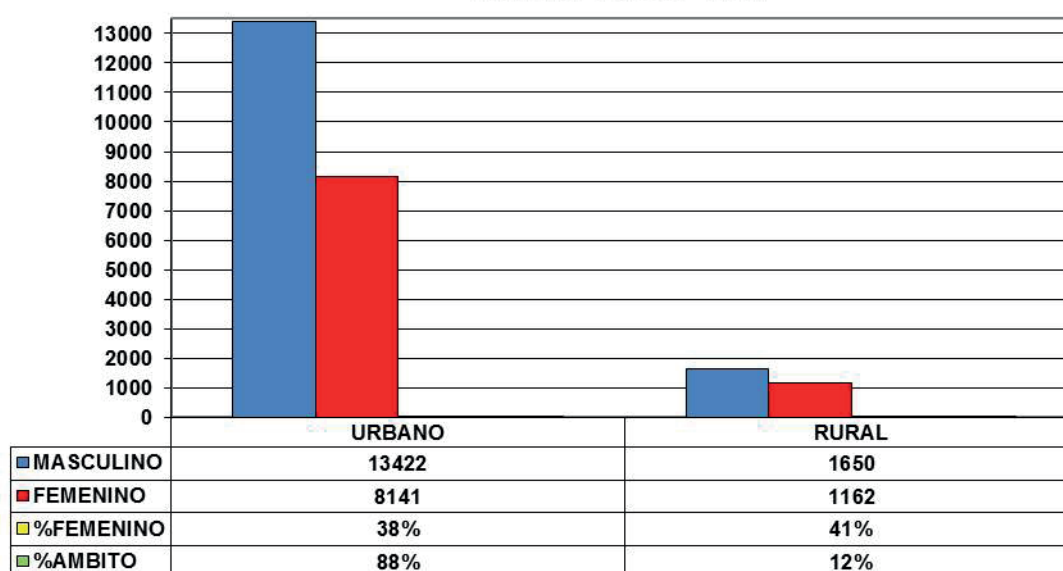
DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y DEPARTAMENTO

Departamento	Total		Total	Porcentaje	
	Femenino	Masculino		Femenino	Masculino
AMAZONAS	76	169	245	31%	69%
ANCASH	233	409	642	36%	64%
APURIMAC	175	250	425	41%	59%
AREQUIPA	545	757	1302	42%	58%
AYACUCHO	166	301	467	36%	64%
CAJAMARCA	244	503	747	33%	67%
CALLAO	434	693	1127	39%	61%
CUSCO	305	500	805	38%	62%
HUANCAVELICA	132	208	340	39%	61%
HUANUCO	140	262	402	35%	65%
ICA	338	429	767	44%	56%
JUNIN	274	445	719	38%	62%
LA LIBERTAD	439	850	1289	34%	66%
LAMBAYEQUE	196	472	668	29%	71%
LIMA	3933	5762	9695	41%	59%
LORETO	106	350	456	23%	77%
MADRE DE DIOS	40	75	115	35%	65%
MOQUEGUA	62	91	153	41%	59%
PASCO	48	103	151	32%	68%
PIURA	223	565	788	28%	72%
PUNO	218	461	679	32%	68%
SAN MARTIN	130	275	405	32%	68%
TACNA	117	201	318	37%	63%
TUMBES	76	131	207	37%	63%
UCAYALI	97	217	314	31%	69%
Total	8747	14479	23226	38%	62%

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y DEPARTAMENTO

Se busca ver cómo se distribuyen los médicos(as) en los ámbitos Urbano y Rural y cómo se comporta la feminización en dichos ámbitos. La primera constatación es que en el Perú el 88% de los médicos (as) trabajan en ámbito Urbano, y, que la proporción de mujeres sobre el total de médicos es mayor en el ámbito Rural (41%) que en el Urbano (38%).

**MEDICOS POR SEXO SEGÚN AMBITO DE TRABAJO
PERU
SECTOR PUBLICO - 2017**

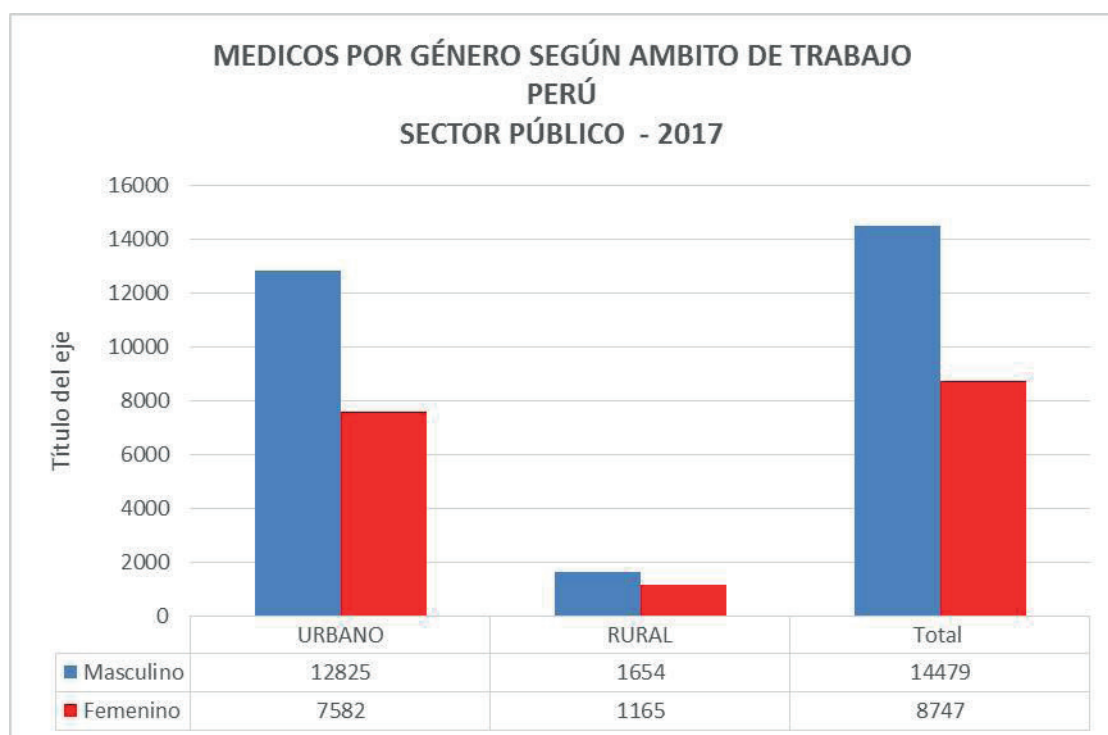


En todos los departamentos, con excepción de Huánuco (54% Rural), la mayor proporción de médicos trabajan en el ámbito Urbano. En 21 departamentos la proporción de mujeres es mayor en ámbito Rural que en Urbano, en 3 es mayor en ámbito Urbano y en uno es igual en ambos ámbitos. Esto sugiere una asociación inversamente proporcional entre ámbito Urbano y feminización.

La mayor proporción de mujeres sobre el total de médicos se observa en Tumbes ámbito Rural (64%) y la menor en Loreto Urbano (23%).

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO SEGUN AMBITOS DE TRABAJO

GÉNERO	URBANO	RURAL	Total
Masculino	12825	1654	14479
Femenino	7582	1165	8747
Total	20407	2819	23226
% FEMENINO	37%	41%	38%
% AMBITO	88%	12%	100%



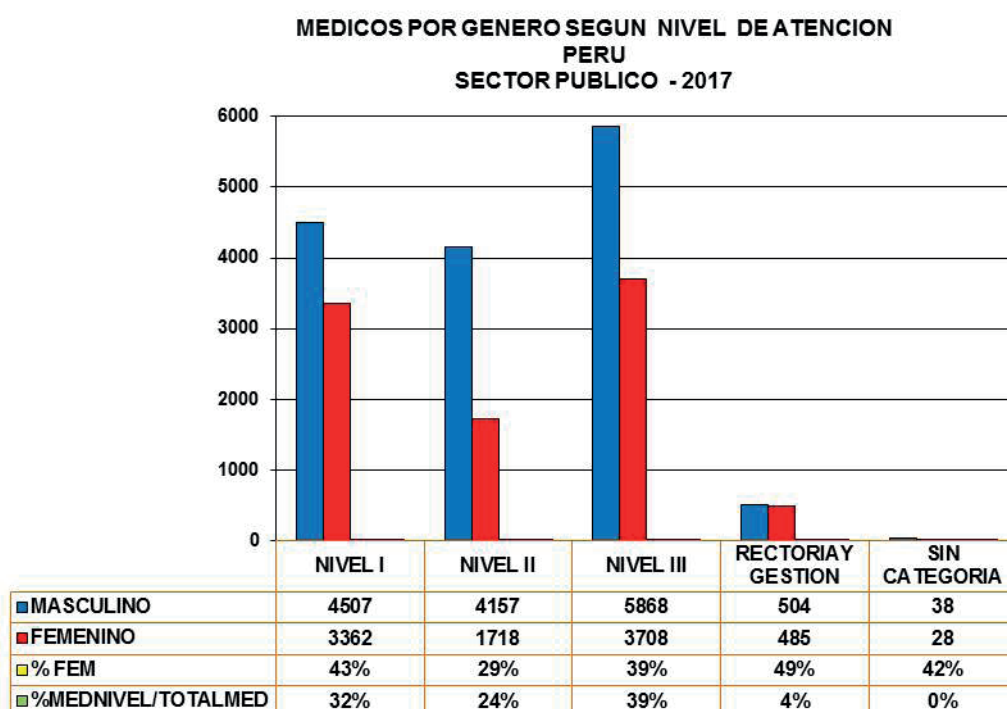
DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y NIVEL DE ATENCIÓN

En el caso de Perú la mayor proporción de médico(as) se concentra en el Nivel III, seguido del Nivel I y finalmente el Nivel II, además un 4% está dedicado a actividades administrativas y de gestión.

La mayor proporción de médicas respecto al total de ese nivel, que se ha tomado como medida de la feminización, se observa entre las que trabajan en Rectoría y Gestión seguido por el Nivel I, Nivel III y Nivel II, es decir sigue una distribución similar a la que se observa en la de médicos por niveles.

Contrastando esa información en los departamentos se observa que en 16 la mayor proporción de médicos(as) se encuentra en el Nivel I siendo la proporción mayor la que se observa en Huánuco con el 70%, Pasco (65%), Huancavelica (64%) y Apurímac (63%)

En 5 departamentos la mayor proporción se presenta en el Nivel II: Ica (67%), Ucayali (55%), Ayacucho (54%), Ancash (52%) y San Martín (50%).



En 4 departamentos la mayor proporción de médicos está en el Nivel III: Lima (65%), La Libertad (55%), Callao y Arequipa (51%).

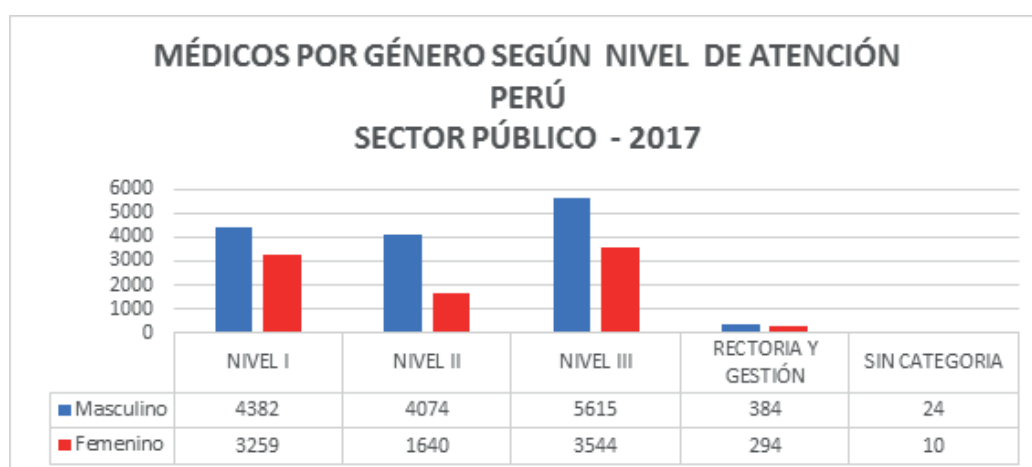
A la pregunta cuál es el Nivel en el que se presenta la mayor proporción de mujeres respecto al total de médicos del nivel: en 24 departamentos se observa en el Nivel I, siendo la proporción más alta 54% en Moquegua y 49% en El Callao.

En el Nivel II sólo Ica tiene la mayor proporción de mujeres (45%).

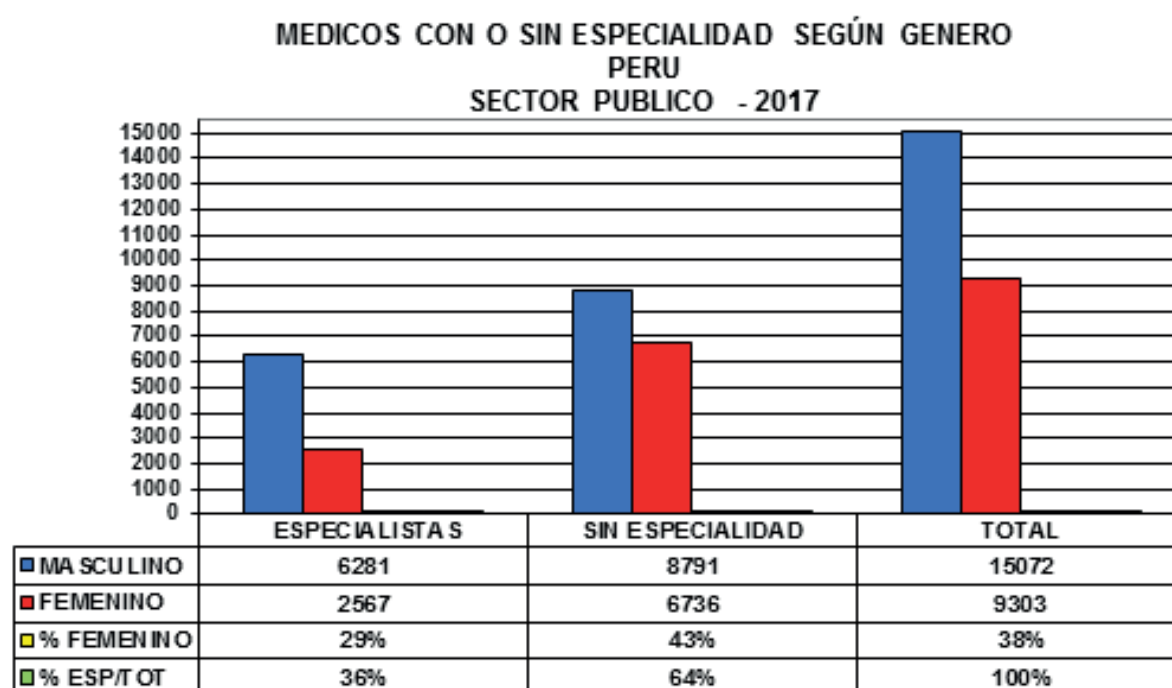
En todos los departamentos la proporción de feminización es alta entre quienes trabajan en Rectoría y gestión.

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN

GÉNERO	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	RECTORIA Y GESTION	SIN CATEGORIA	Total
Masculino	4382	4074	5615	384	24	14479
Femenino	3259	1640	3544	294	10	8747
Total	7641	5714	9159	678	34	23226
% FEMENINO	43%	29%	39%	43%	29%	38%
%MED - NIVEL/ TOTAL - MED	32.9%	24.6%	39.4%	2.9%	0.1%	100.0%



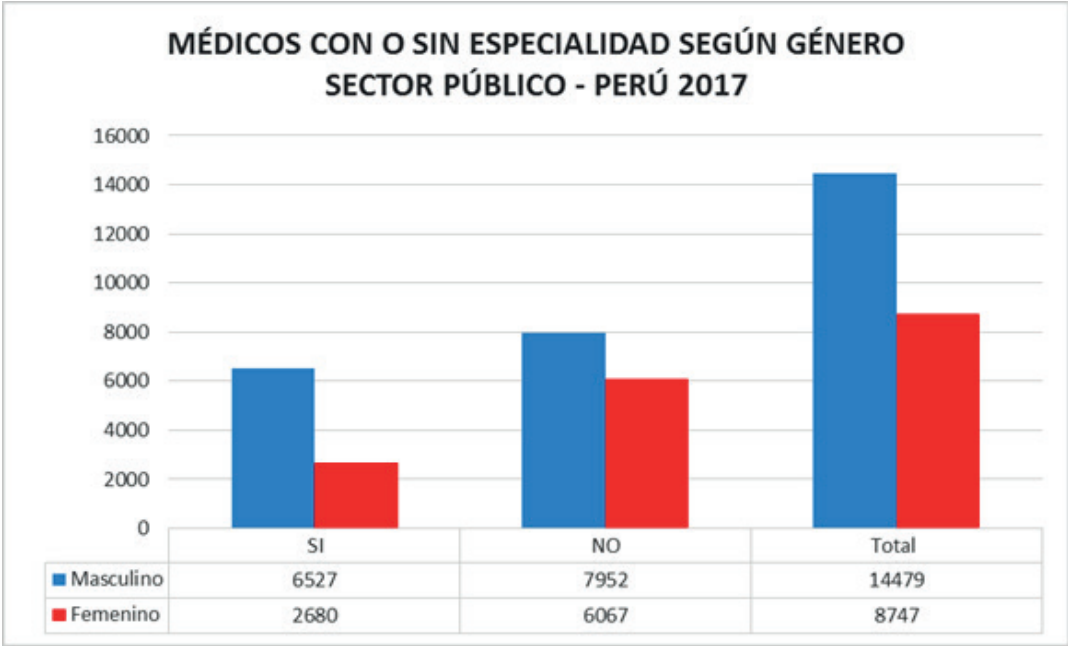
DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y ESPECIALIDAD



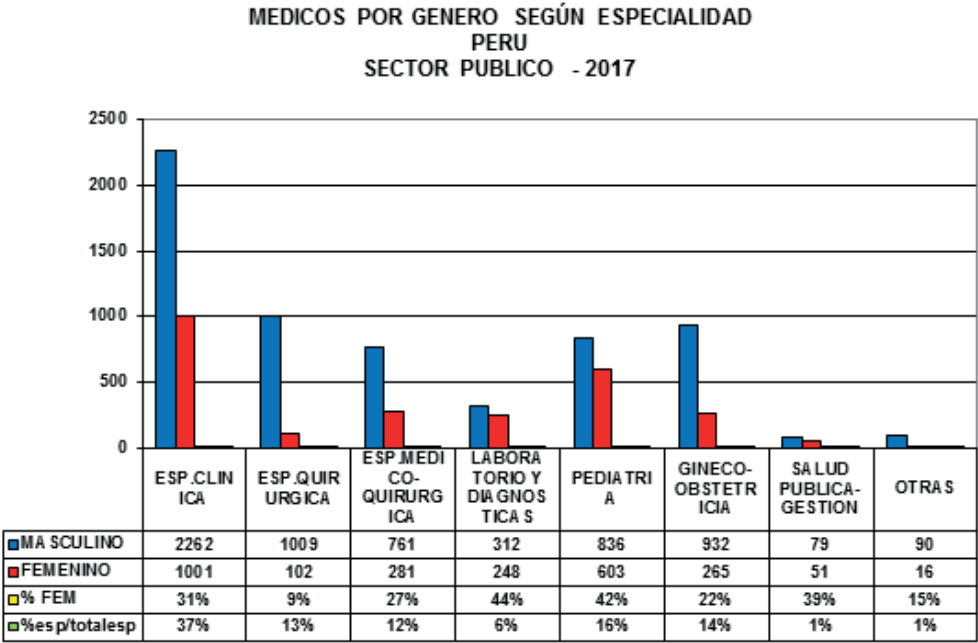
La mayor proporción de médicos(as) se observa en el grupo de los que no cuentan con una especialidad y la misma tendencia se repite en todos los departamentos, siendo los que alcanzan las proporciones más altas Huancavelica (83%), Loreto (80%), Tumbes Madre de Dios y Amazonas (79%) y las menores Lima (55%) e Ica (57%).

También en este grupo, es decir entre los(as) médicos que no tienen especialidad, se encuentran las mayores proporciones de mujeres, por lo que podría decirse que no tener especialidad está asociado a alcanzar mayor grado de feminización.

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y ESPECIALIDAD

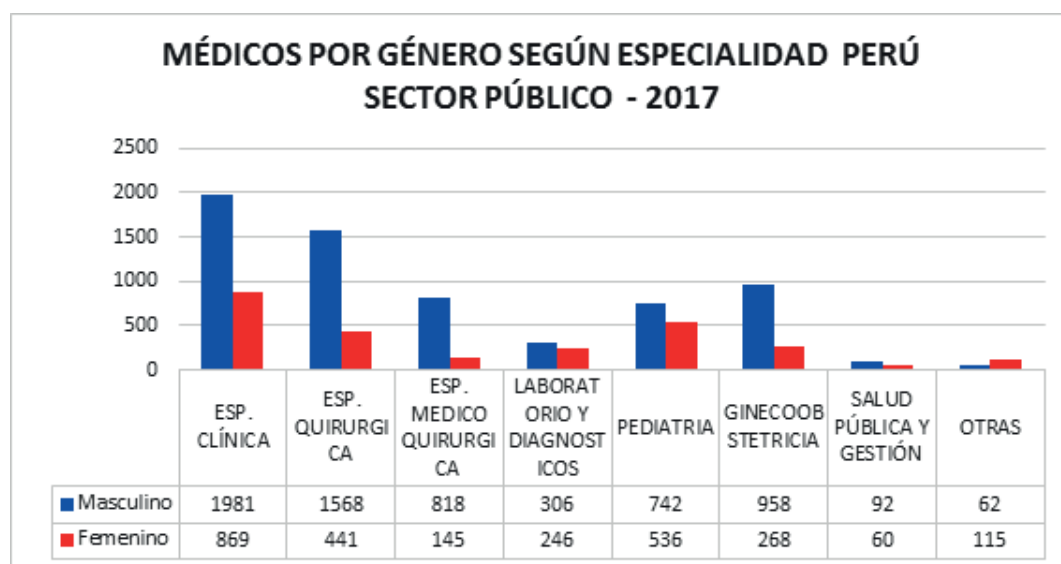


GÉNERO	Especialidad		
	SI	NO	Total
Masculino	6527	7952	14479
Femenino	2680	6067	8747
Total	9207	14019	23226
% Femenino	29%	43%	38%
% ESPEC / Total	40%	60%	100%



Con relación a cuáles son los grupos de especialidad que abarcan la mayor proporción de médicos(as) se tiene que las especialidades clínicas ocupan el primer lugar seguidas de Pediatría y Gineco - obstetricia.

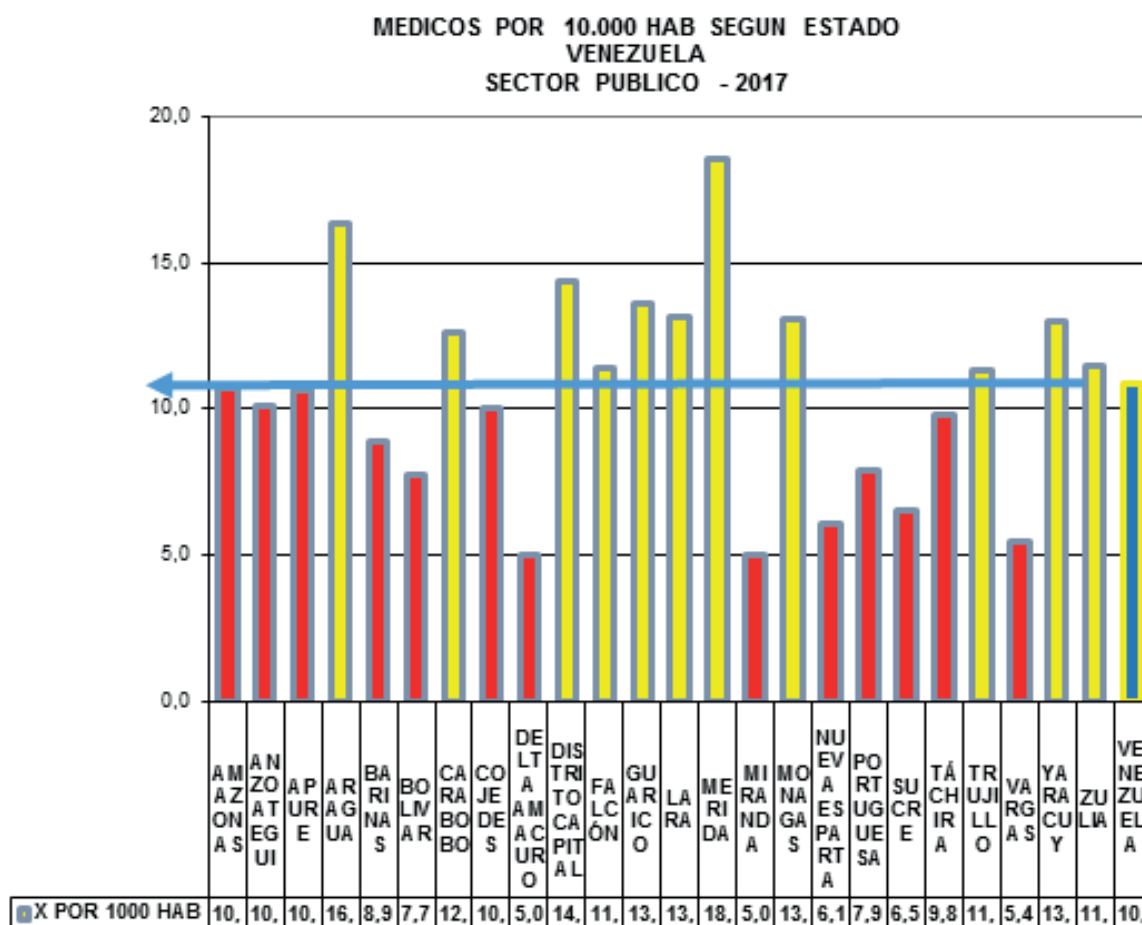
Respecto a cuáles grupos de especialidad alcanzan los mayores niveles de feminización, las especialidades diagnósticas y de laboratorio ocupan el primer lugar seguidas por Pediatría y Salud Pública y Gestión mientras el más bajo grado corresponde a las especialidades quirúrgicas.



Género	ESP. CLÍNICA	ESP. QUIRÚRGICA	ESP. MEDICO QUIRÚRGICA	LABORATORIO Y DIAGNOSTICOS	PEDIATRIA	GINECOOBSTETRICIA	SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN	OTRAS	Total
Masculino	1981	1568	818	306	742	958	92	62	6527
Femenino	869	441	145	246	536	268	60	115	2680
Total	2850	2009	963	552	1278	1226	152	177	9207
% FEM	30%	22%	15%	45%	42%	22%	39%	65%	29%
% ESP / TOTAL ESP.	31%	22%	10%	6%	14%	13%	2%	2%	100%



DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA POBLACION Y MÉDICOS(AS)



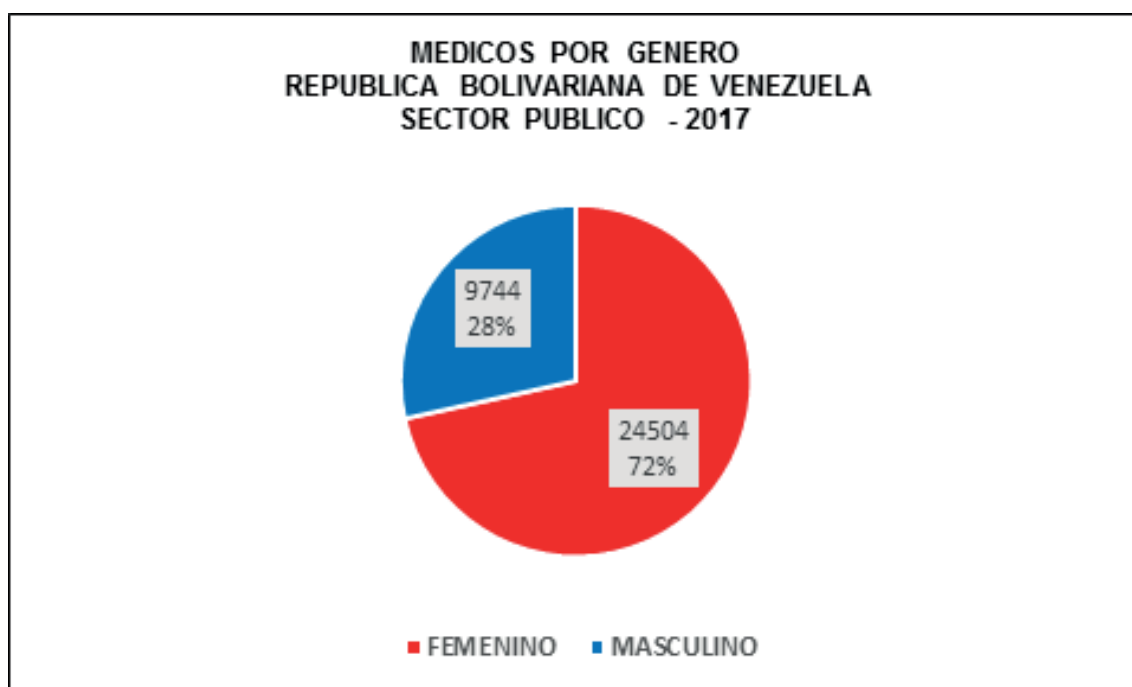
Para Venezuela la distribución de médicos por 10.000 habitantes según Estado muestra que:

- 13 Estados presentan una tasa por debajo de la del país en conjunto: 10.9 médicos por 10000 habitantes, siendo las tasas más bajas las de Delta Amacuro (5 médicos por 10000 habitantes), Miranda (5 médicos por 10000 habitantes) y Vargas (5.4 médicos por 10000 habitantes.)
- 11 estados presentan una tasa superior siendo las más altas Mérida (18 médicos por 10000 habitantes), Aragua (16 médicos por 10000 habitantes), Distrito Capital (14 médicos por 10000 habitantes)
- Al mirar la proporción de habitantes de cada Estado sobre el total de habitantes de Venezuela y compararla con la proporción de médicos(as) sobre el total de médicos(as) del país se observa que los casos más llamativos de sobre representación en la distribución de médicos son Aragua que tiene 5,85% de la población y 8.8% de los médicos; Mérida que tiene 3.21% de la población y 5.46% de los médicos y Distrito Capital que tiene 6,64 % de la población y 8.75 % de los médicos.

- En el polo opuesto el caso más grande de subrepresentación se presenta en Miranda que tiene 10,27% de la población y 4.73% de los médicos.

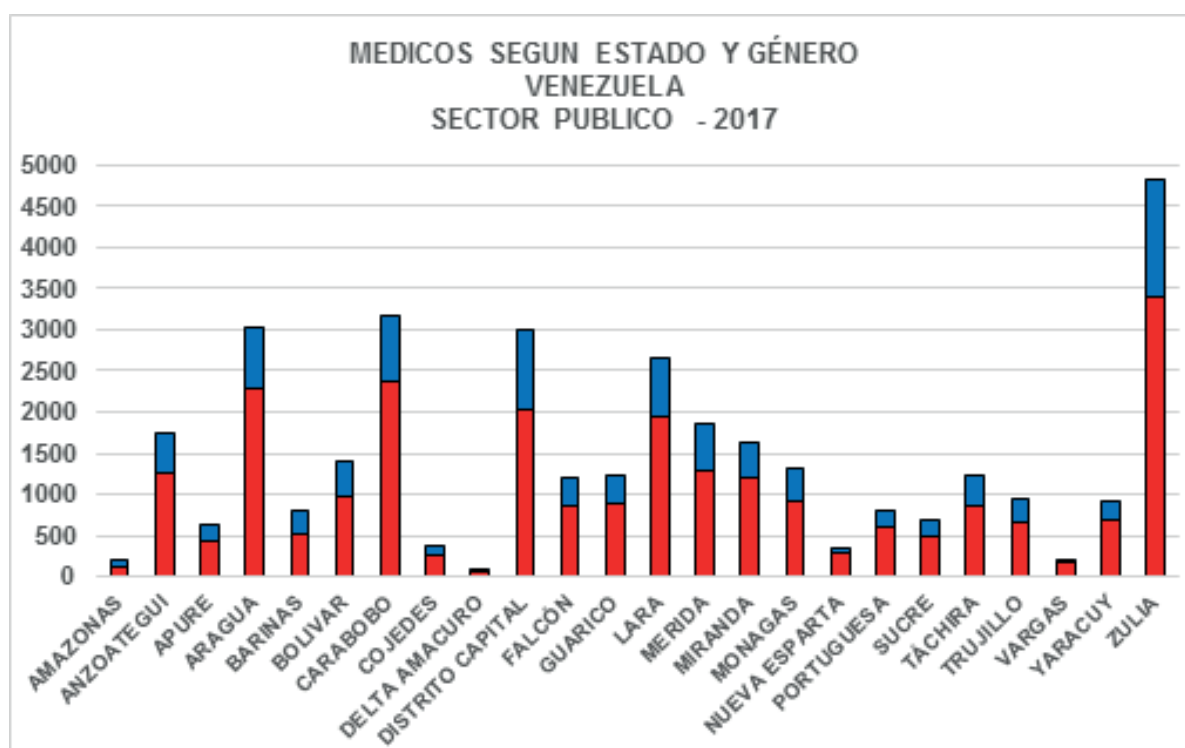
DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

No se recibió información que permita elaborar los cuadros y gráficos por edad y género. Se presenta la distribución por género.



Aquí puede apreciarse que la mayor cantidad de médicos corresponde al género femenino.

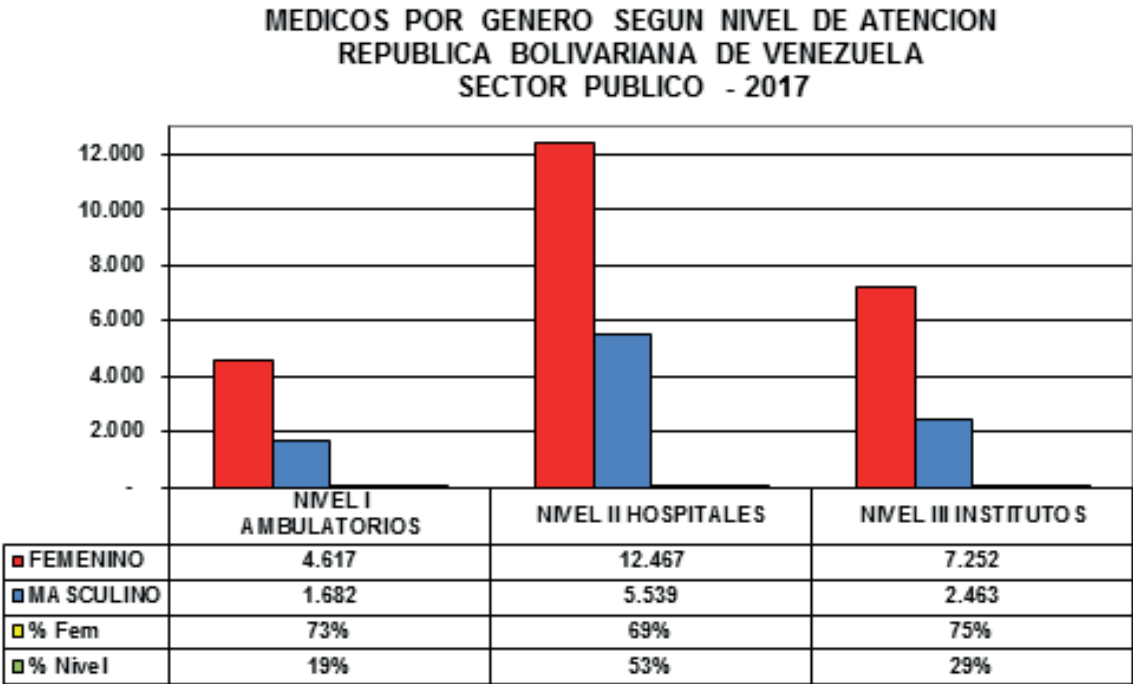
La distribución en los estados es la siguiente:



Puede apreciarse visualmente la feminización de la atención médica. Las proporciones más altas de este fenómeno se presentan en los Estados Vargas (80%); Cojedes, Aragua, (76%) y Carabobo (75%) y las más bajas en Delta Amacuro (65%), Barinas (64%) y Amazonas (62%).

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y NIVEL DE ATENCIÓN

En esta sección se busca establecer la forma en que se distribuyen los médicos en los niveles de atención y si esto se relaciona con el género.



En 22 de los Estados la mayor proporción de médicos(as) está en el Nivel II; En el Estado Amazonas la mayor cantidad corresponde al Nivel I con 59%. En el Estado Mérida la mayor proporción está en el Nivel III con 64%.

La feminización por niveles en los Estados se presenta como sigue:

- En 16 estados el mayor grado de feminización se presenta en el nivel III correspondiendo el más alto a Vargas con el 85% y el más bajo a Barinas con 67%
- En 6 estados el mayor grado de feminización se presenta en el nivel I correspondiendo el más alto a Nueva Esparta con 83% y el más bajo a Amazonas con 64%.
- En 1 estado, Apure el mayor grado de feminización se presenta en el nivel II y alcanza al 70%

Pese a haber insistido para que se complete la información la presentada es la única recibida de Venezuela.

7.1.2 RESULTADOS DE LA PRUEBA CHI CUADRADO APLICADA A TODAS LAS TABLAS DE CONTINGENCIA DE CADA PAIS

BOLIVIA

GÉNERO Y SECTOR

Chi-square (Observed value)	50,580
Chi-square (Critical value)	3,841
DF	1
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula o y se concluye que la variable SECTOR está asociada a la variable Género.

GÉNERO Y ESPECIALIDAD

Chi-square (Observed value)	302,566
Chi-square (Critical value)	16,919
DF	9
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula Ho y se concluye que la variable Especialidad está asociada a la variable Género.

GÉNERO Y ÁMBITO

Chi-square (Observed value)	16,785
Chi-square (Critical value)	3,841
DF	1
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula Ho y se concluye que la variable Ámbito está asociada a la variable Género.

GÉNERO Y NIVEL

Chi-square (Observed value)	75,740
Chi-square (Critical value)	5,991
DF	2
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula Ho y se concluye que la variable Nivel está asociada a la variable Género.

GÉNERO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Chi-square (Observed value)	125,122
Chi-square (Critical value)	9,488
DF	4
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula Ho y se concluye que la variable Fuente de financiamiento está asociada a la variable Género.

CHILE

GÉNERO Y EDAD

Chi-square (Observed value)	420,841
Chi-square (Critical value)	12,592
DF	6
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula H_0 y se concluye que la variable Edad está asociada a la variable Género.

GÉNERO Y NIVEL DE ATENCIÓN

Chi-square (Observed value)	617,481
Chi-square (Critical value)	5,991
DF	2
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula H_0 y se concluye que la variable Nivel de atención está asociada a la variable Género.

GÉNERO Y ESPECIALIDAD

Chi-square (Observed value)	212,634
Chi-square (Critical value)	3,841
DF	1
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula H_0 y se concluye que la variable Especialidad está asociada a la variable Género.

GÉNERO Y AÑOS DE EGRESO

Chi-square (Observed value)	435,672
Chi-square (Critical value)	12,592
DF	6
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula H_0 y se concluye que la variable Años de egreso está asociada a la variable Género.

GÉNERO Y AÑOS DE SERVICIO

Chi-square (Observed value)	255,110
Chi-square (Critical value)	7,815
DF	3
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula H_0 y se concluye que la variable Años de servicio está asociada a la variable Género.

GÉNERO Y TIPO DE CONTRATO

Chi-square (Observed value)	86,420
Chi-square (Critical value)	5,991
DF	2
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula H_0 y se concluye que la variable Tipo de contrato está asociada a la variable Género.

GÉNERO Y NACIONALIDAD

Chi-square (Observed value)	554,217
Chi-square (Critical value)	3,841
DF	1
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula H_0 y se concluye que la variable Nacionalidad está asociada a la variable Género.

ECUADOR

GÉNERO Y EDAD

Chi-square (Observed value)	478,869
Chi-square (Critical value)	11,070
DF	5
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula H_0 y se concluye que la variable Edad está asociada a la variable Género.

GÉNERO Y UNIVERSIDAD DE EGRESO

Chi-square (Observed value)	23,831
Chi-square (Critical value)	3,841
DF	1
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula H_0 y se concluye que la variable Universidad de egreso está asociada a la variable Género.

GÉNERO Y NIVEL DE ATENCIÓN

Chi-square (Observed value)	85,562
Chi-square (Critical value)	5,991
DF	2
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula H_0 y se concluye que la variable Universidad de egreso está asociada a la variable Género.

GÉNERO Y TIPO DE CONTRATO

Chi-square (Observed value)	163,043
Chi-square (Critical value)	3,841
DF	1
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula H_0 y se concluye que la variable Tipo de contrato está asociada a la variable Género.

GÉNERO Y SALARIO

Chi-square (Observed value)	165,552
Chi-square (Critical value)	11,070
DF	5
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula H_0 y se concluye que la variable Salario está asociada a la variable Género.

GÉNERO Y ÁMBITO

Chi-square (Observed value)	2,671
Chi-square (Critical value)	3,841
DF	1
p-value	0,102
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es mayor al nivel de significancia alfa, por lo que no se puede rechazar la hipótesis nula H_0 y se concluye que la variable ámbito no parece estar asociada a la variable Género.

PERÚ

GÉNERO Y ÁMBITO

Chi-square (Observed value)	13,422
Chi-square (Critical value)	3,841
DF	1
p-value	0,0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula H_0 y se concluye que la variable Ámbito está asociada a la variable Género.

GÉNERO Y EDAD

Chi-square (Observed value)	876,192
Chi-square (Critical value)	12,592
DF	6
p-value	0,0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula H_0 y se concluye que la variable Edad está asociada a la variable Género.

GÉNERO Y ESPECIALIDAD

Chi-square (Observed value)	493,190
Chi-square (Critical value)	3,841
DF	1
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula H_0 y se concluye que la variable Especialidad está asociada a la variable Género.

GÉNERO Y NIVEL DE ATENCIÓN

Chi-square (Observed value)	318,855
Chi-square (Critical value)	9,488
DF	4
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula H_0 y se concluye que la variable Nivel de atención está asociada a la variable Género.

GÉNERO Y CONDICIÓN LABORAL

Chi-square (Observed value)	358,770
Chi-square (Critical value)	16,919
DF	9
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula H_0 y se concluye que la variable Condición Laboral está asociada a la variable Género.

VENEZUELA

GÉNERO Y NIVEL DE ATENCIÓN

Chi-square (Observed value)	103,025
Chi-square (Critical value)	7,815
DF	7
p-value	< 0.0001
alpha	0,05

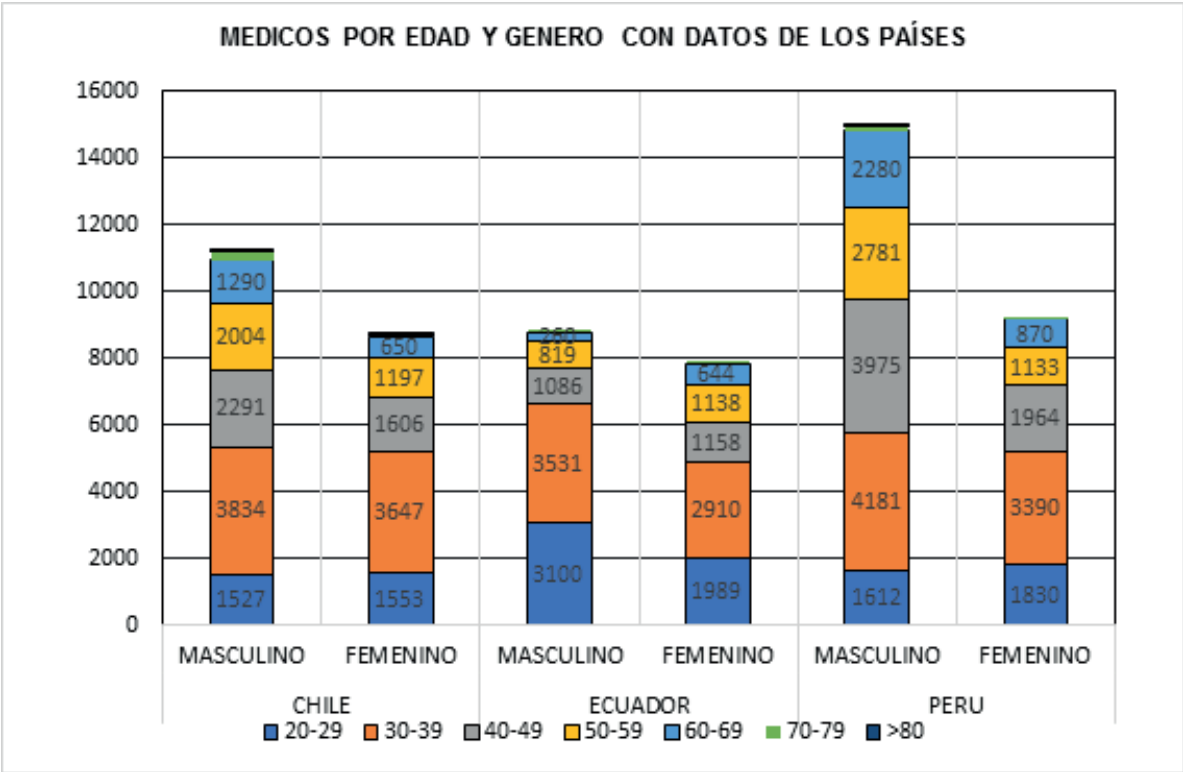
El valor p arrojado por la prueba Chi Cuadrado es menor al nivel de significancia alfa, por lo que rechazamos la hipótesis nula H_0 y se concluye que la variable Nivel de atención está asociada a la variable Género.

Como puede apreciarse con excepción de la relación entre Género y ámbito para Ecuador en todos los casos se encontró asociación entre Género y las demás variables. Esto indica que, si se profundizara en la naturaleza de la asociación, podrían conseguirse resultados muy importantes.

7.1.3 RESULTADOS DE LA COMPARACION ENTRE PAISES

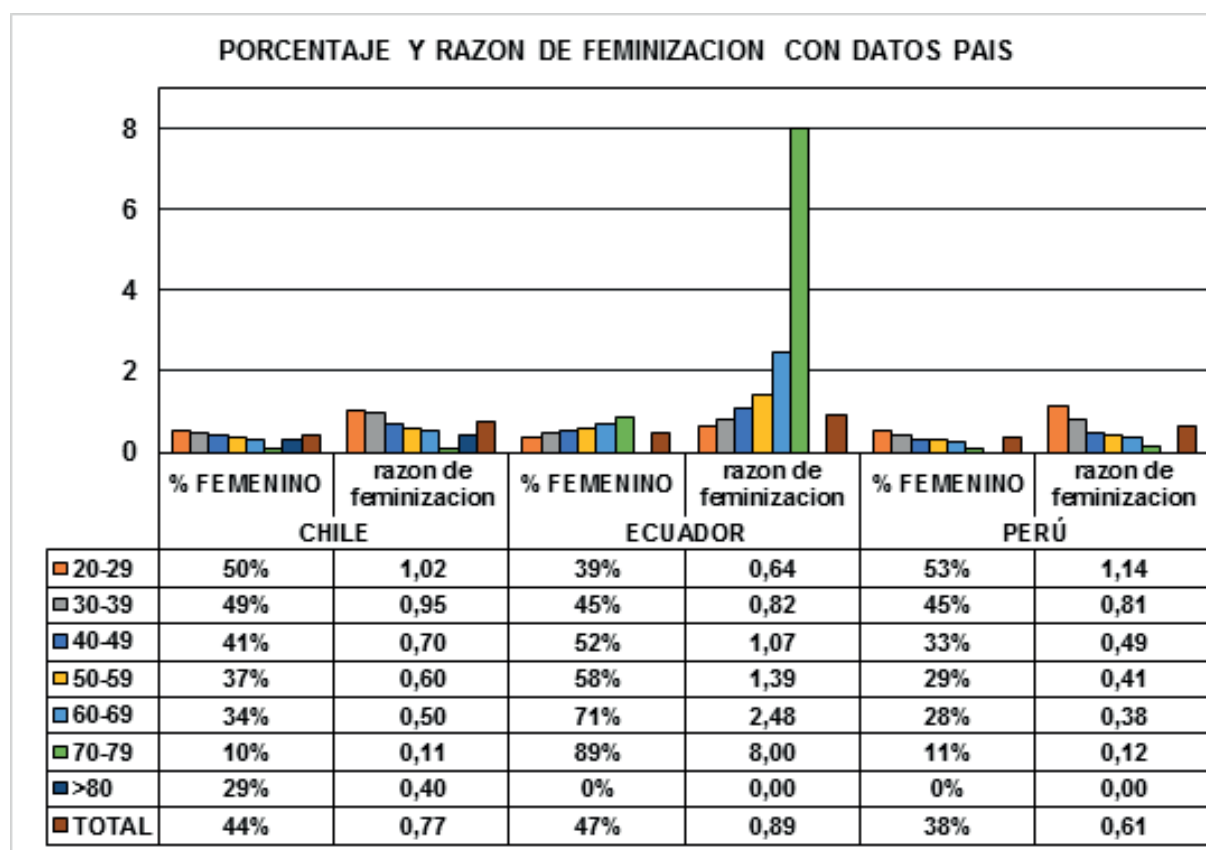
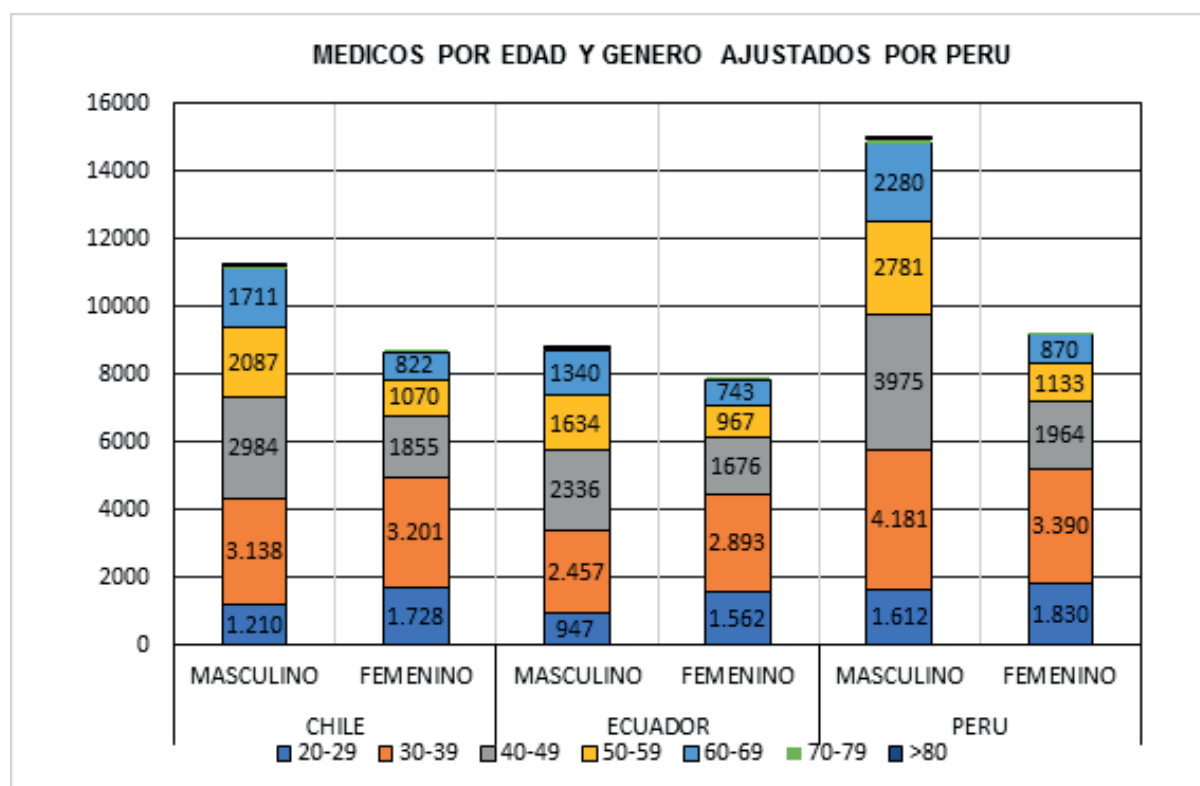
Se presenta a continuación los cuadros de comparación entre países. Para hacerlo primero se presentan los gráficos con los datos de cada país, pero tomando en cuenta las diferencias en tamaño y estructura de la población de estudio, posteriormente se presentan los cuadros con los datos ajustados por el país que presenta el mayor tamaño entre los que se comparan en cada caso.

FEMENIZACION POR EDAD Y GÉNERO

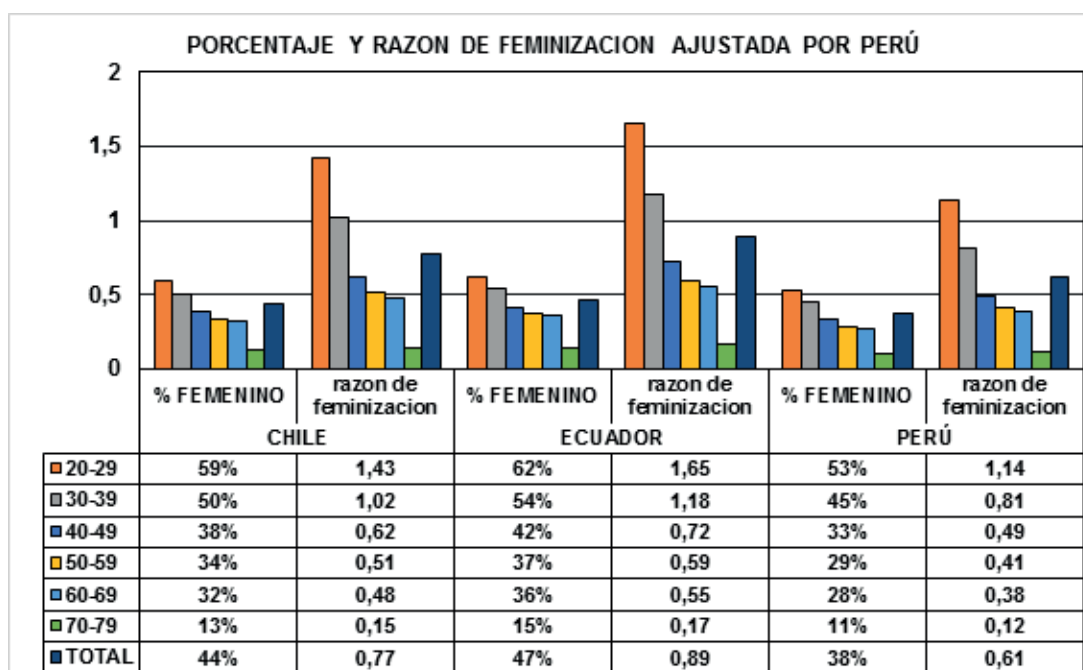


Los países que presentaron datos de edad se comparan en este gráfico con la distribución que tienen por grupo etario.

En todos los países y en ambos géneros la mayor frecuencia se presenta entre 30 -39 años en todos los países los varones son más que las mujeres. La distancia es mayor en Perú.



Al ajustar la distribución por los porcentajes por edad del Perú no se producen grandes cambios en el gráfico. Es en los indicadores de feminización donde se aprecian los resultados del ajuste como puede apreciarse en los gráficos siguientes.

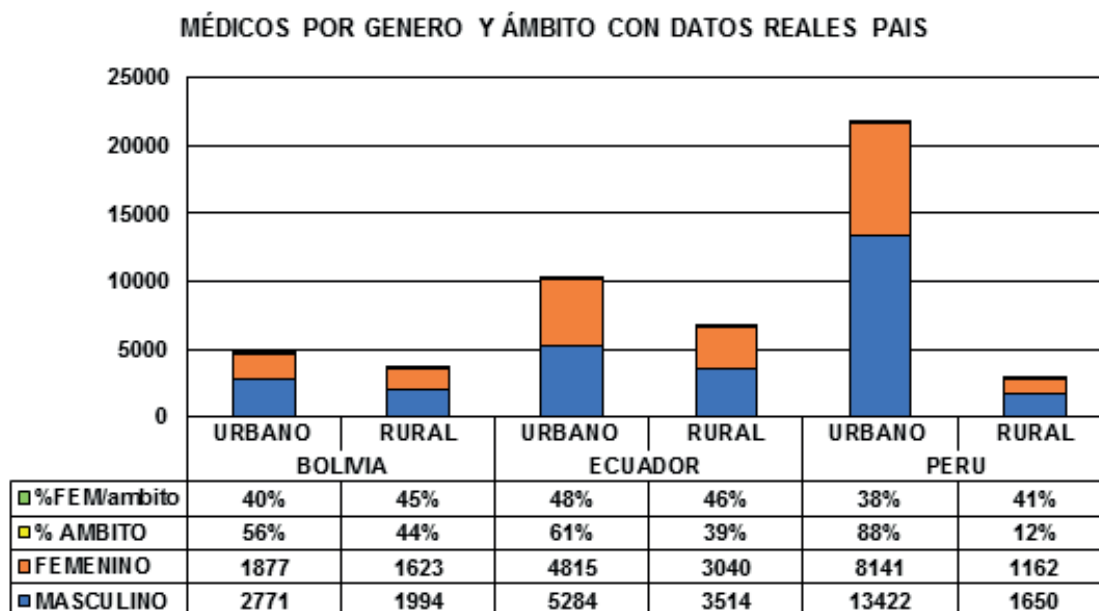


Al realizar el ajuste Ecuador pasa a tener los niveles más altos de feminización, el Perú los más bajos y Chile los intermedios. Se confirma que en todos los países la feminización es mayor en los grupos etarios menores y que el caso de Ecuador es excepcional al presentar la mayor feminización entre los grupos de mayor edad cuando no se realiza el ajuste.

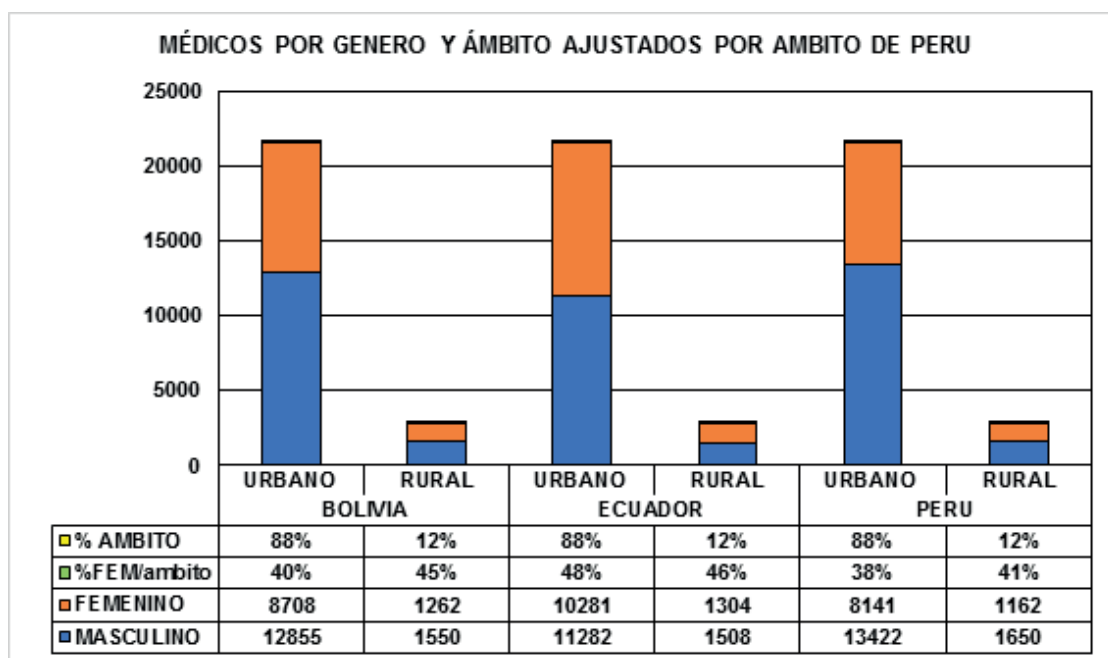
FEMENIZACION SEGÚN ÁMBITO

En la distribución por ámbito el país con mayor proporción de médicos(as) en el área rural es Bolivia y el más concentrado en el área urbana es el Perú.

El que presenta mayores niveles de feminización en ambos ámbitos es Ecuador, seguido de Bolivia y Perú.



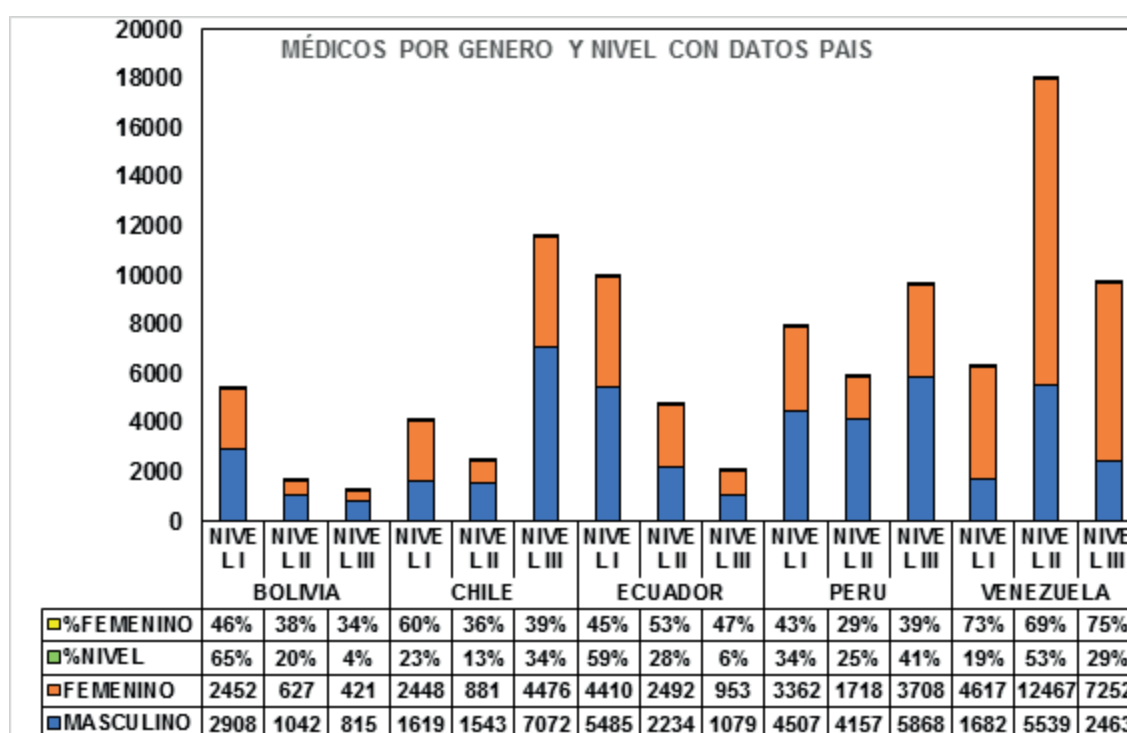
Cuando se realiza el ajuste se confirma esta situación pues si Bolivia y Ecuador tuvieran la distribución urbana-rural del Perú, Bolivia se vería muy similar al Perú y la diferencia en Feminización sería visible en el Ecuador sobre todo en el área Urbana.



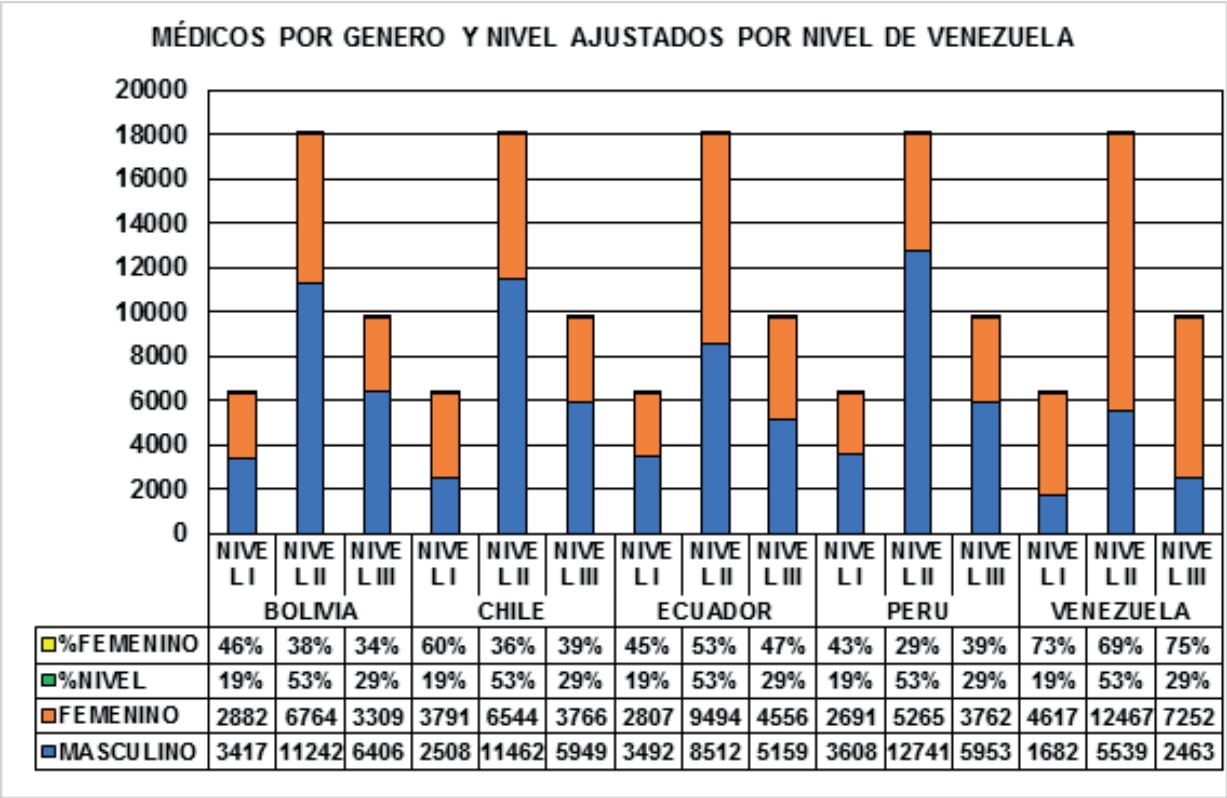
El grado de feminización es mayor en el área urbana en Ecuador y en el ámbito rural en Perú y Bolivia.

FEMINIZACION SEGÚN NIVEL

El primer gráfico muestra los países con los datos observados en cada uno.



Bolivia y Ecuador presentan la mayor proporción de médicos en el Nivel I, Chile y Perú en el Nivel III y Venezuela en el Nivel II. Curiosamente, Venezuela y Chile son los que presentan los mayores niveles de feminización en el Nivel I donde menos médicos(as) tienen, aunque en el caso de Venezuela su mayor grado de feminización se presenta en el Nivel III.



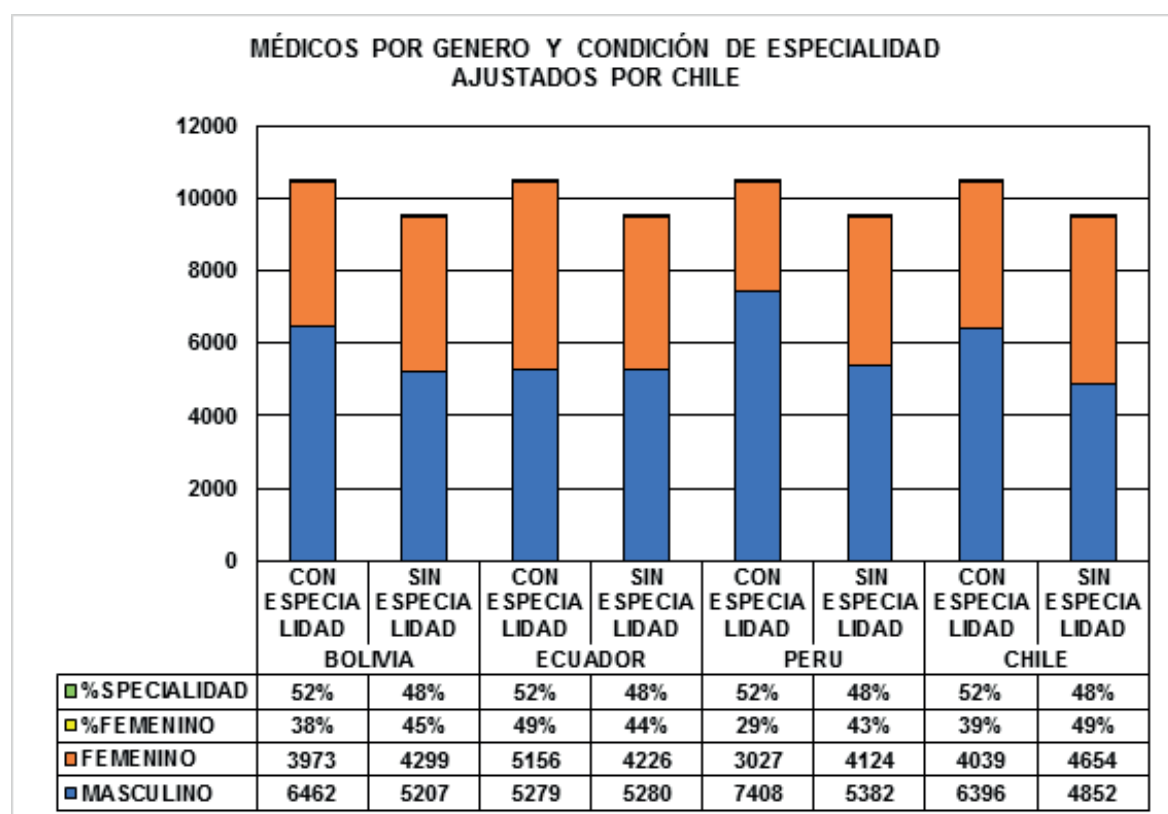
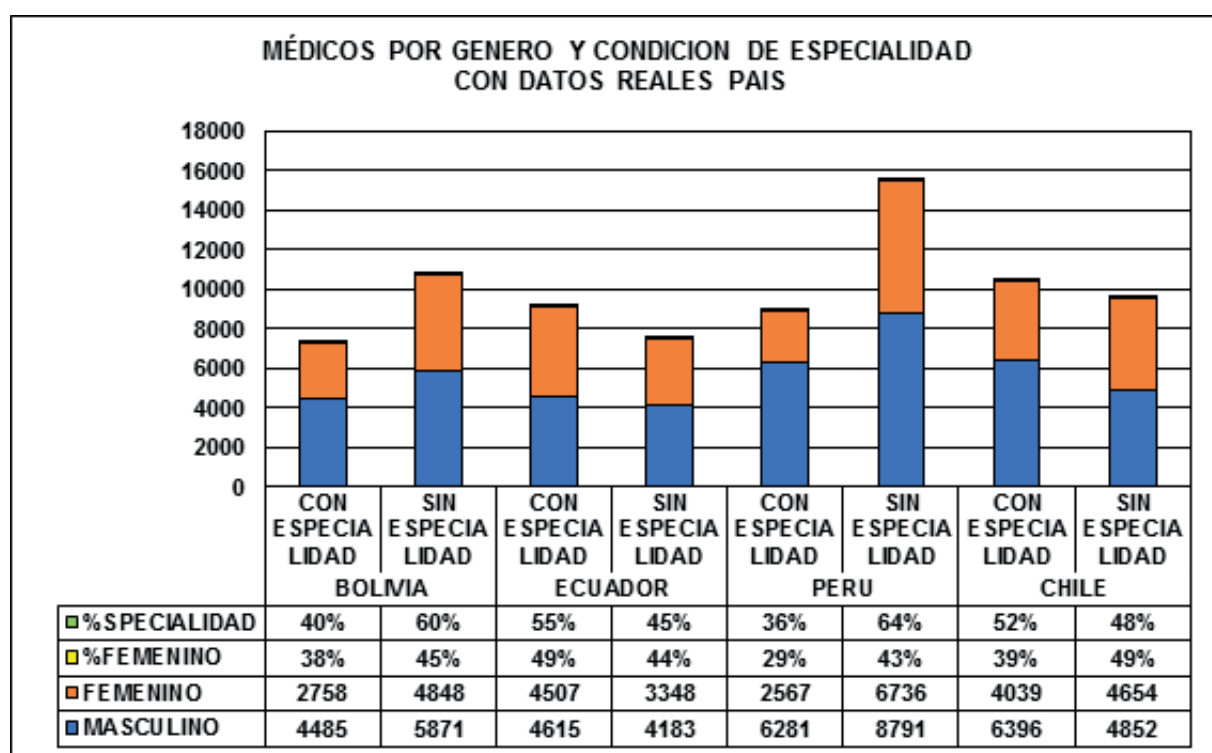
Cuando se ajusta por la distribución por niveles de Venezuela se ve que el mayor grado de feminización se presenta en los tres niveles de Venezuela, seguido por nivel I de Chile y el nivel II de Ecuador. Se ve la asociación existente entre nivel y feminización, aunque la naturaleza de la misma varía de país a país.

FEMENIZACION SEGÚN CONDICION DE ESPECIALIDAD

En esta comparación se pretende ver si el grado de feminización es mayor entre los especialistas y los médicos (as) no especialistas.

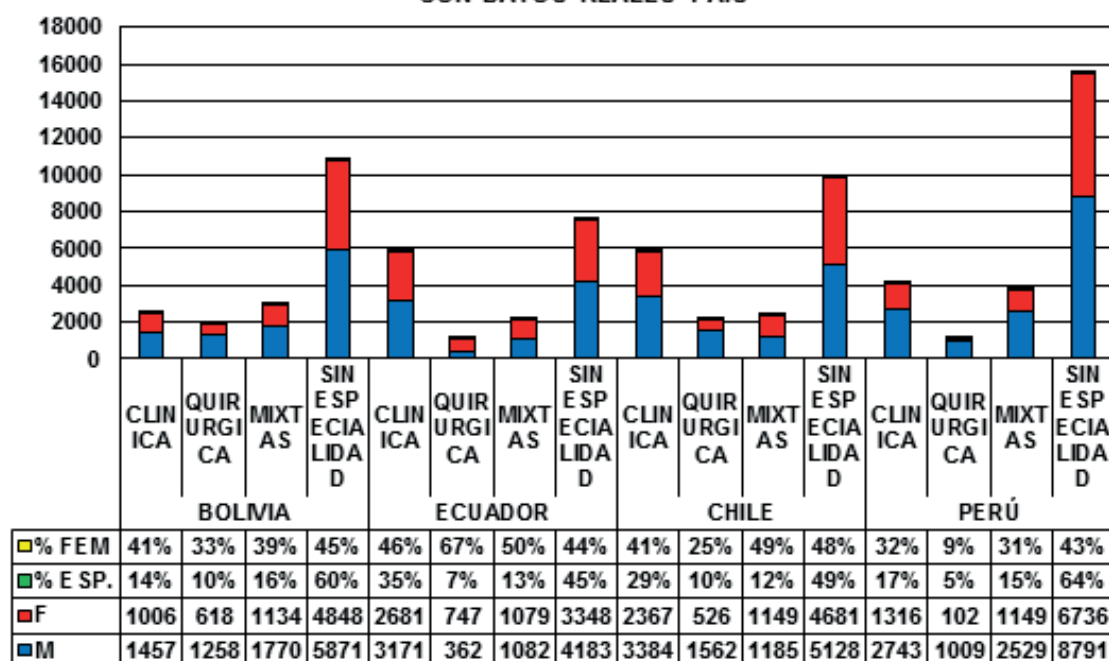
El país con mayor proporción de especialistas con relación al total de médicos es Ecuador seguido de Chile y el con menor es Perú.

En cuanto a la feminización entre los especialistas Ecuador es el país que va encabezando. En el grupo de no especialistas el Perú tiene la mayor proporción de feminización con una razón de feminización de 1.4 lo que muestra que por cada hombre hay 1.4 mujeres no especialistas.



Al ajustar por la distribución por especialidad de Chile el gráfico confirma lo expresado en el párrafo anterior.

MÉDICOS POR GENERO Y CONDICION DE ESPECIALIDAD
CON DATOS REALES PAIS



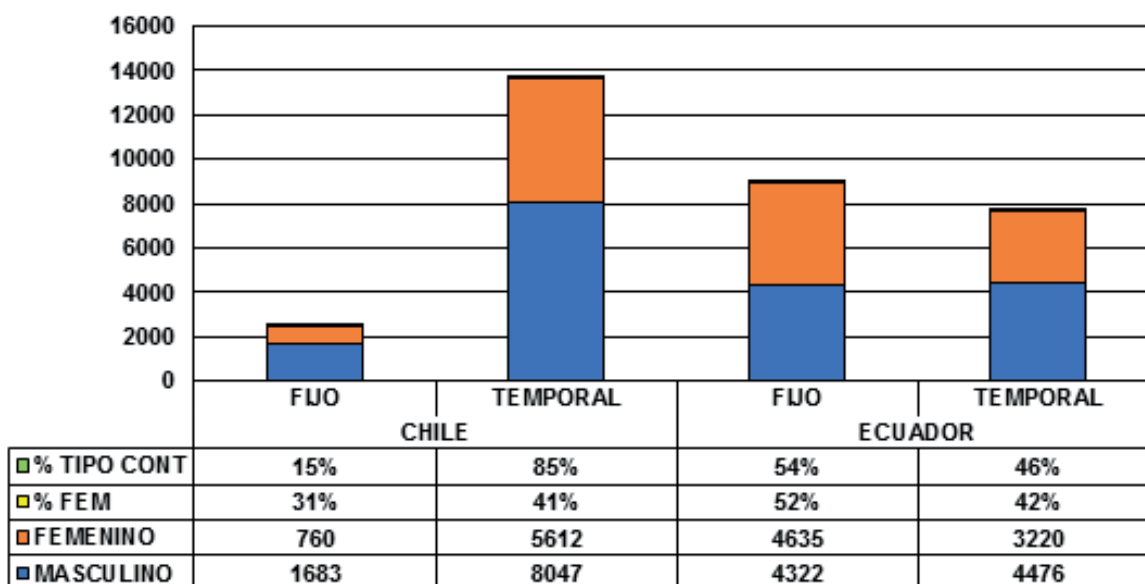
Exceptuando al Ecuador como caso atípico, los demás países tienen el grupo sin especialidad como el de mayor feminización, seguido por el grupo de las especialidades clínicas, siendo las quirúrgicas las menos feminizadas.

FEMENIZACION SEGÚN TIPO DE CONTRATO

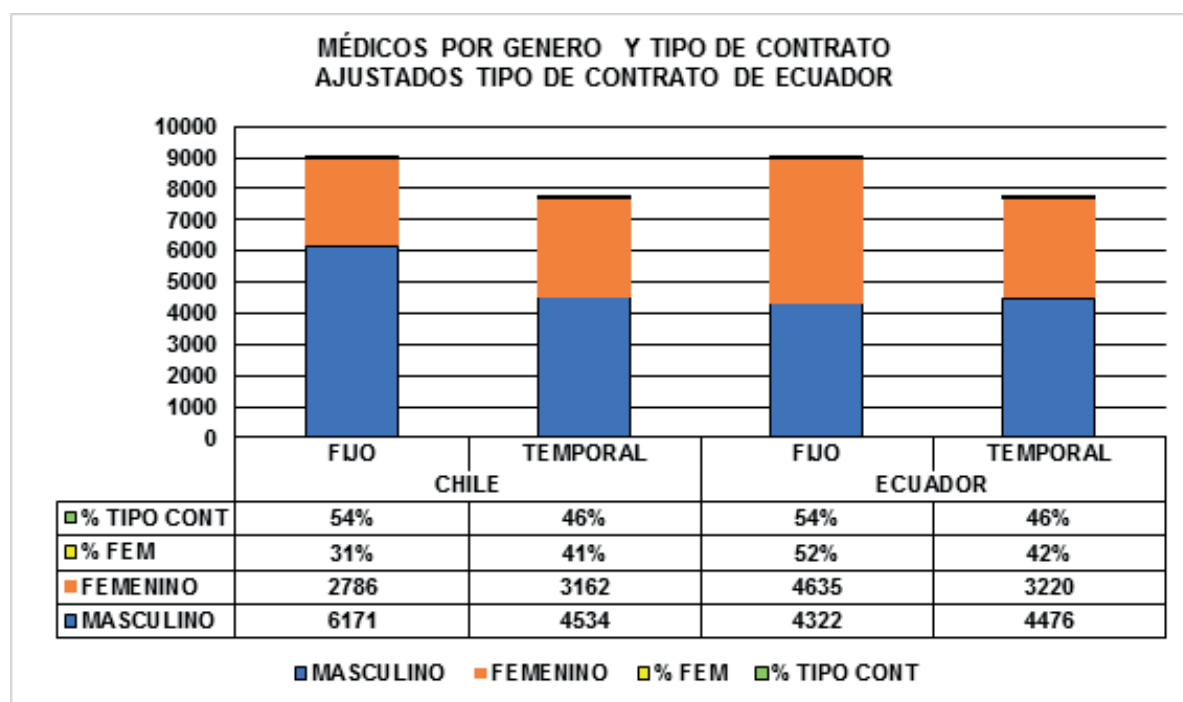
Solo Chile y Ecuador presentaron los datos relativos a tipo de contrato.

En el caso de Perú presento una gama de tipos de contrato que no permiten identificar cuáles son fijos o temporales.

MÉDICOS POR GENERO Y TIPO DE CONTRATO CON DATOS REALES PAIS



Los dos países comparados representan los extremos respecto a esta variable pues Chile tiene solo el 15% con contrato fijo y Ecuador el 54%. Lo propio ocurre respecto al grado de feminización que en Chile es mayor entre los temporales y en Ecuador entre los fijos.



Cuando se hace el ajuste con Ecuador por tipo de contrato se ve más claramente que la feminización entre los temporales es similar en los dos países y que en Ecuador es mayor en los fijos.

No se pudo comparar más variables debido a que los datos proporcionados por los países incluían unas variables en unos casos y otras en otros.

7.2 RESULTADO DEL ESTUDIO CUALITATIVO

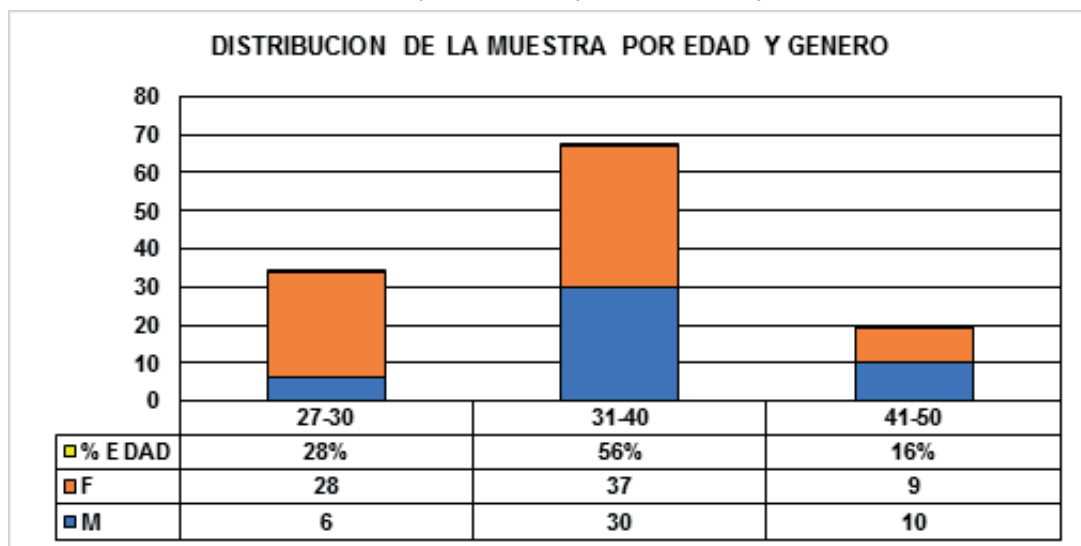
Se realizaron el llenado de 150 encuestas aprovechando diferentes reuniones de médicos intentando que todos los departamentos tuvieran alguna representación, no se cuenta con participación de médicos (as) de Pando.

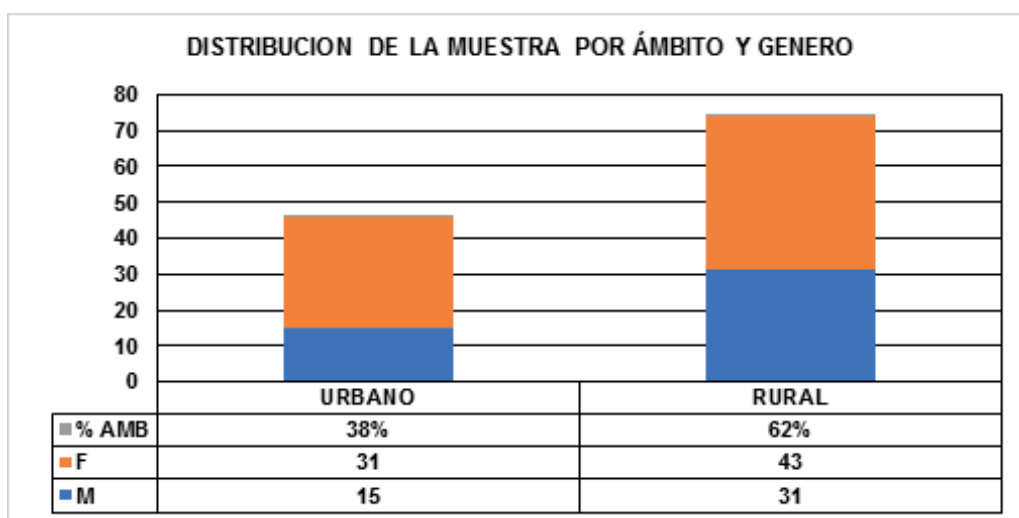
De las encuestas llenadas se descartaron 30 encuestas porque existían sus datos personales llenados pero el resto de las preguntas vacío. Esto da como resultado que la muestra analizada tiene un 10% de error y una confianza del 90%.

A continuación, se presentan las características de la muestra que respondió a la encuesta.

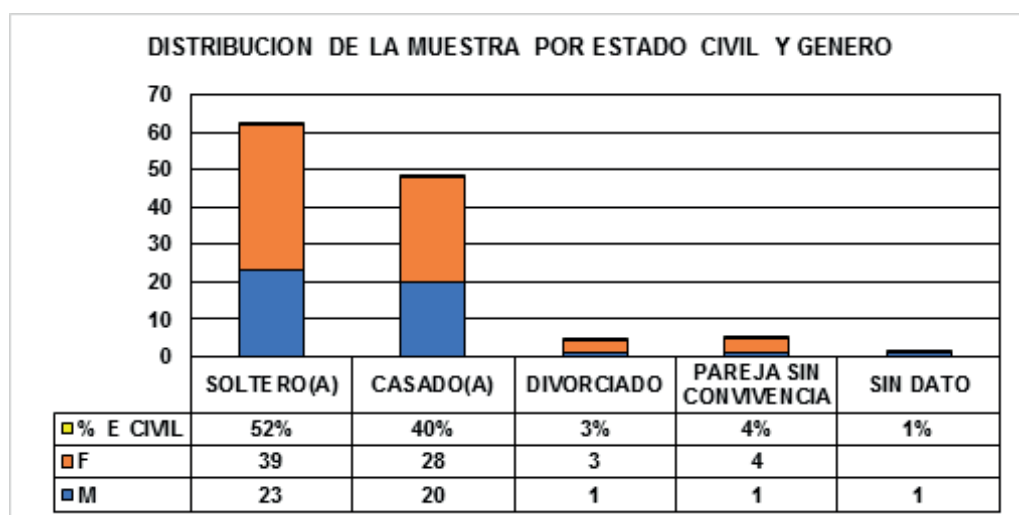
7.2.1 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

El grupo más numeroso es el grupo meta que se seleccionó es decir, el comprendido entre los 21 y 40 años, no solo por ser el más numeroso del país sino por representar el grupo donde se presenta la mayor feminización y en el que se podría dar migración, la que sería positiva en cuanto se trate de una migración interna y, negativa, si esto significara una migración de recursos humanos capacitados que salen del país.

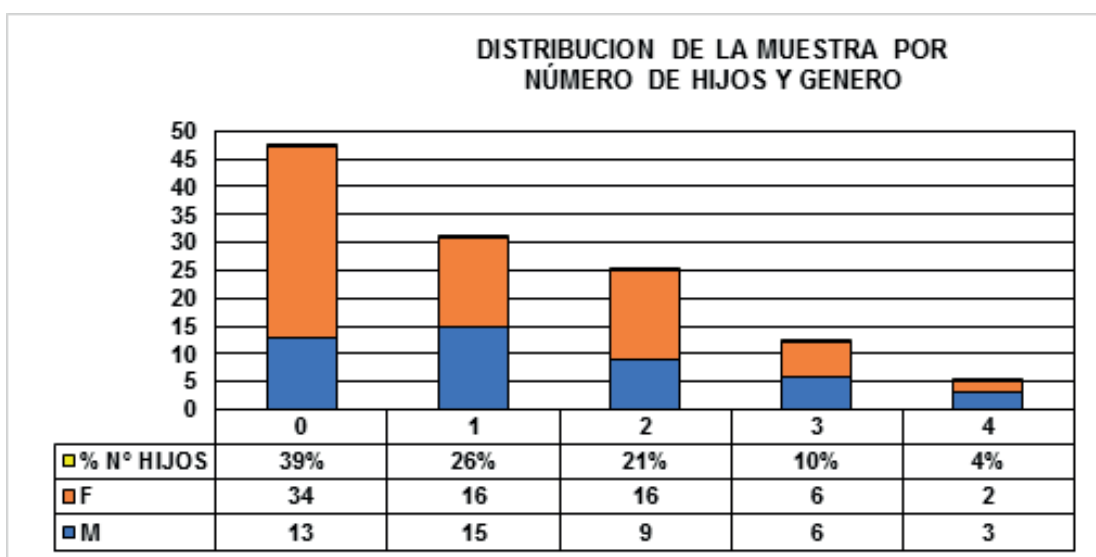




De acuerdo al grafico anterior la distribución por ámbito en la muestra es similar a la encontrada en el estudio cuantitativo en el país. Por lo que se la puede considerar representativa de la población de médicos(as) del país en este aspecto.

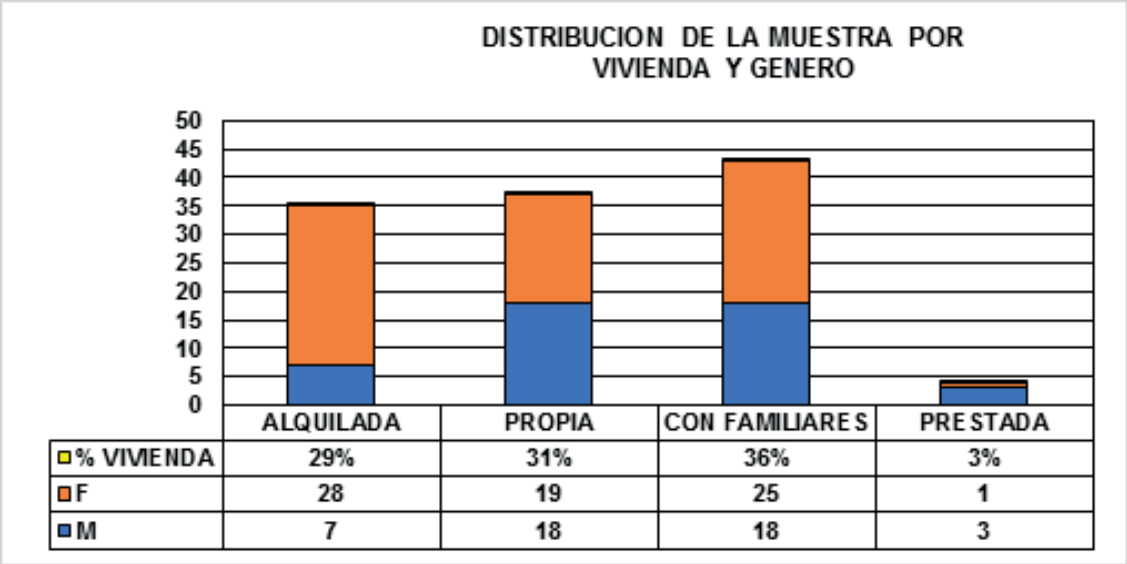


El mayor porcentaje se da en los solteros(as), seguido de los casados(as) como principales grupos.

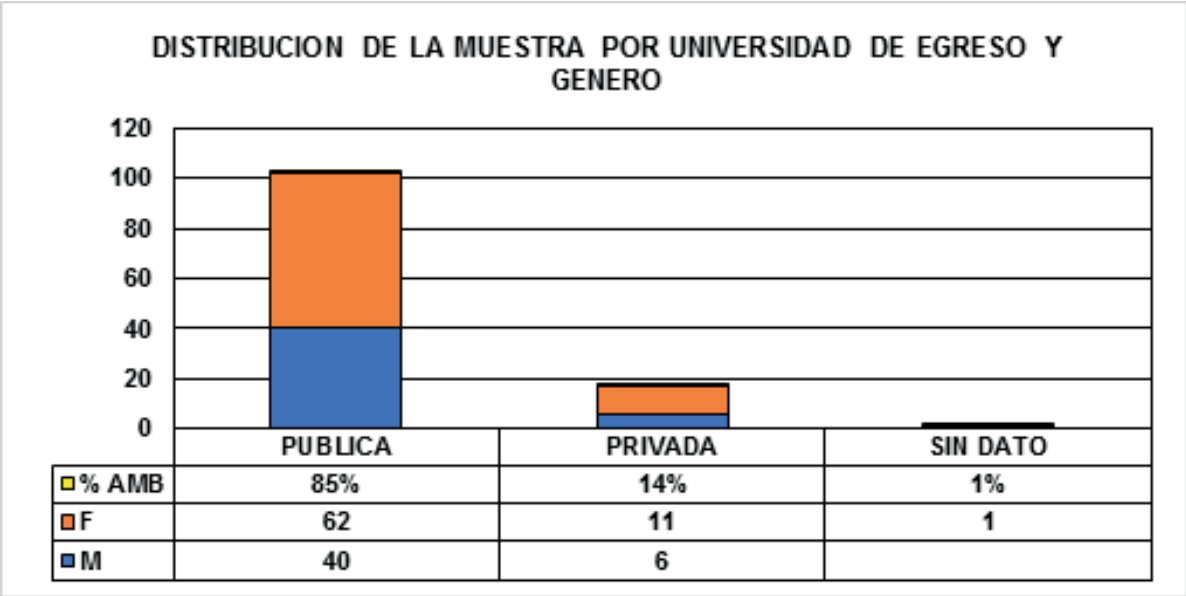


La mayor proporción entre los que tienen entre 0 y 1 hijo. Entre los 31 que tienen 1 hijo 19 son solteros 10 son casados y dos divorciadas.

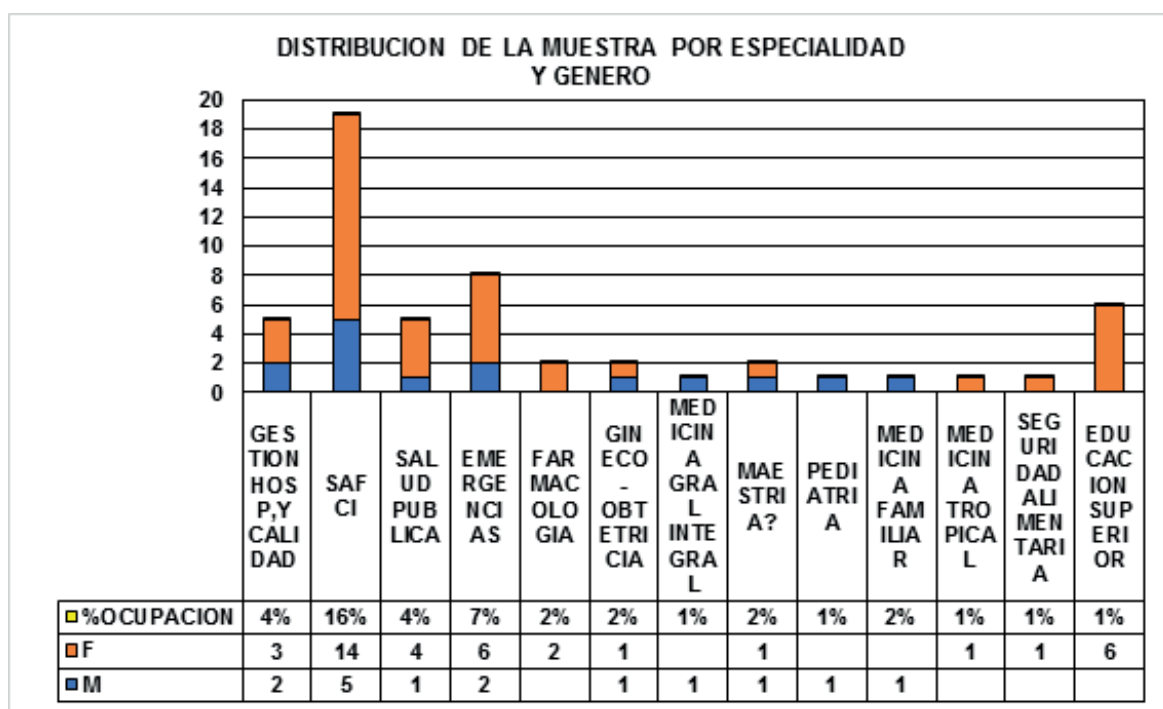
Entre los que tienen 2 hijos el grupo mayor es en los casados(as). Lo propio ocurre en los siguientes grupos. Cabe destacar la proporción importante de madres solteras con uno o más hijos que se observa en el grupo encuestado.



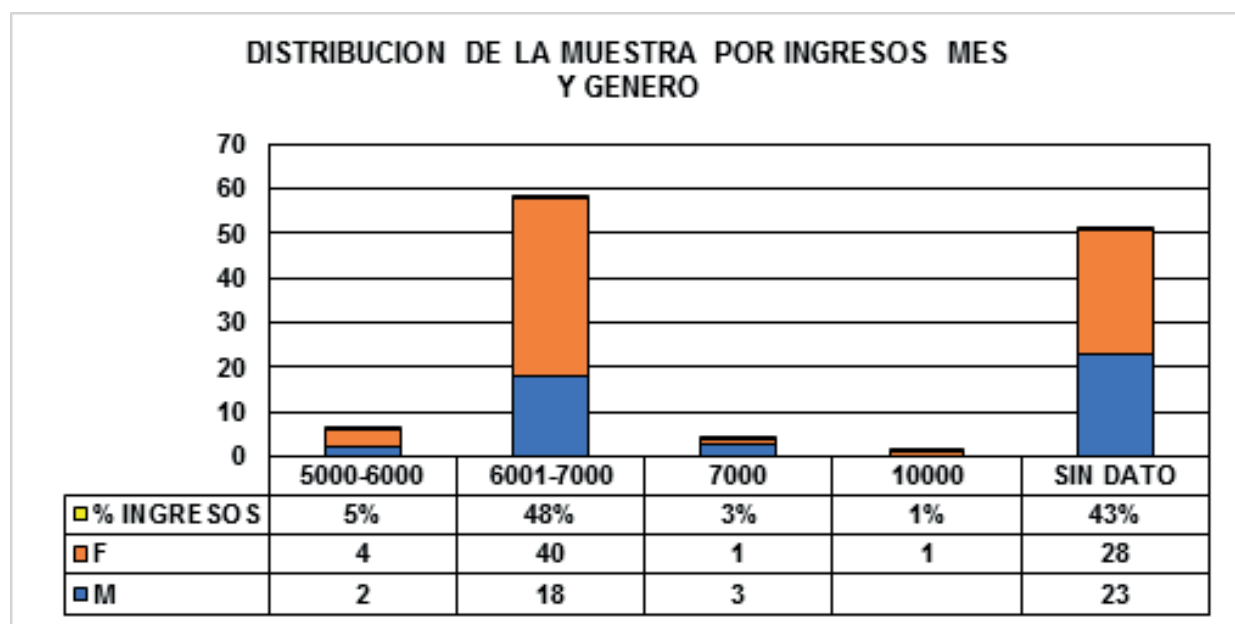
Se observa que la mayor proporción viven con familiares, si se suma a estos los que viven en alquiler o en casa prestada llegan a representar el 69% lo que muestra que más de las dos terceras partes no cuentan con vivienda propia que sería un elemento que confirma las consecuencias de la feminización de la profesión médica.



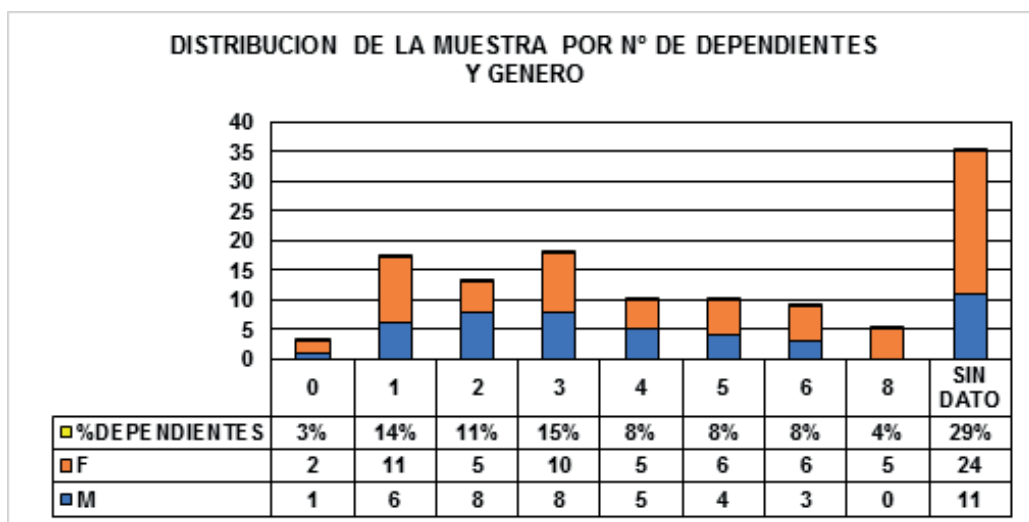
Se observa que la mayor proporción de médicos(as) se formaron en Universidad Pública. Entre los que estudiaron en universidad privada, la proporción de mujeres es mayor.



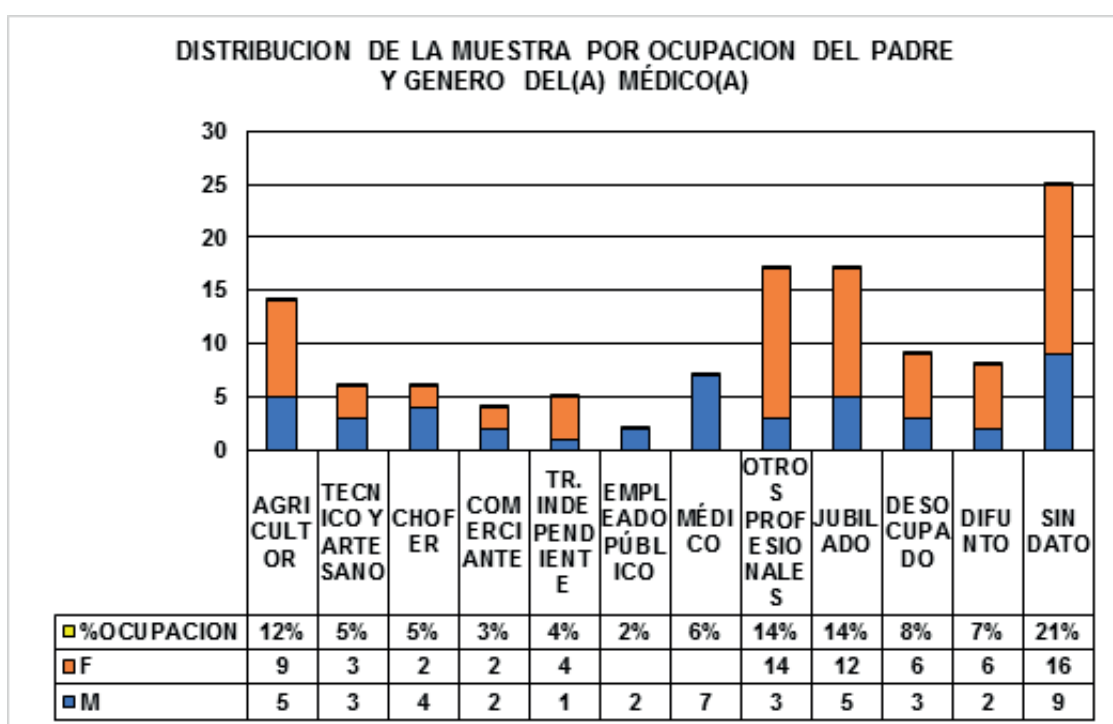
La mayor proporción en la muestra representan quienes no tienen especialidad, que representan el 55%. Entre los especialistas la mayor frecuencia se presenta en los especialistas en salud familiar comunitaria intercultural, seguidos de los especialistas en emergencias y con menor proporción en otras especialidades.



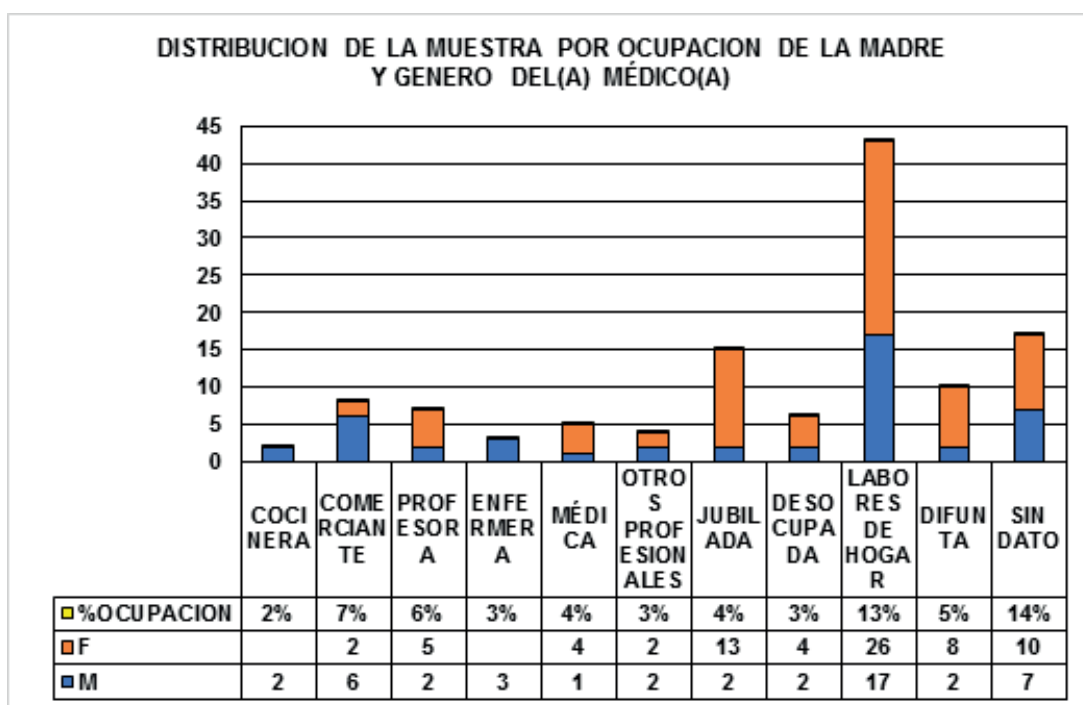
El grupo mayoritario se encuentra entre los que ganan 6001 a 7000 Bs. No existiendo una diferencia muy grande dentro del grupo encuestado.



El número de dependientes oscila entre 0 y 8 siendo los más frecuentes entre 1 y 3.



Este grafico muestra que la ocupación del padre ha ido cambiando de perfil siendo mayoritario el grupo de hijos de padre jubilado o de otra profesión seguido de los hijos(as) de padre agricultor. Correspondiendo los hijos(as) de médicos solo al 6 %, esto refleja las políticas de inclusión en el acceso a la profesión médica.



La ocupación más común entre las madres son labores del hogar seguida de comerciantes, profesora y los demás en menor proporción. Es interesante destacar la modificación intergeneracional en el acceso a la profesionalización.

7.2.2 RESULTADOS DE LA ENCUESTA

La encuesta constaba de 5 partes:

- La primera parte; opiniones respecto a la práctica médica.
- La segunda parte; motivaciones para la selección de especialidad.
- La tercera parte; disponibilidad de migración y requisitos para la misma.
- La cuarta parte; condiciones necesarias para ir a trabajar en lugares donde haya mayor necesidad de médicos(as).
- La quinta parte; percepciones respecto a los problemas para la práctica en atención primaria de salud.

Primera parte:

OPINIONES: Califique del 1 al 5 su grado de acuerdo con las siguientes aseveraciones.

1. Total desacuerdo
2. Parcial desacuerdo
3. Me es indiferente
4. Algo de acuerdo
5. Muy de acuerdo

N°	Enunciado	Grado de acuerdo MUJERES						TOTAL
		5	4	3	2	1	S/DATO	
1	Me gustaría ejercer como medica/o en APS	43	19	8	1	2	1	74
2	Me gratifica atender pacientes	68	4	2				74
3	Prefiero ejercer en el sector Público de Salud	48	14	10		2		74
4	Preferiría mayor formación teórica a la que da la residencia	34	14	15	6	4	1	74
5	Para la calidad de atención en mejor especializarse cada vez mas	56	13		3	2		74
6	No es imprescindible para la calidad de atención el uso de tecnología	4	21	3	17	28	1	74
7	Estaría dispuesta/o a compartir consultorio con una partera o medico tradicional	27	13	17	7	9	1	74
8	La anamnesis y examen físico son suficientes para realizar un diagnostico	21	29	1	16	7		74
9	Para trabajar es mejor una clínica o sanatorio Privado	2	8	24	14	25	1	74
10	Para competir en el mercado prefiero súper especializarme	22	22	10	14	5	1	74

11	Podría mudarme al interior por una buena propuesta laboral	32	18	12	3	8	1	74
12	Ejercería en un área rural	26	31	7	2	7	1	74
13	La formación de pregrado no es suficiente para ejercer	9	15	2	31	16	1	74
14	La formación de medicina debería tener un enfoque social	54	18		1		1	74
15	Me iría a las zonas del país que necesitan médicos/as	22	30	12	3	6	1	74
16	La tecnología es imprescindible para arribar a un buen diagnóstico	29	22	3	16	4		74
17	Un buen examen físico es imprescindible para un buen diagnóstico	62	9	1	2			74
18	Se aprende menos de medicina en un Centro de Salud que en un Hospital	21	21	6	16	10		74
19	Los servicios de salud deberían incluir atención por médicos tradicionales	26	16	21	4	6	1	74
20	Hay especialidades más apropiadas para los hombres que para las mujeres	3	13	16	36	6		74
21	Los lugares alejados debieran ser cubiertos por médicos varones	19	16	8	16	14	1	74
22	Las mujeres tienen dificultades para acceder a los puestos de trabajo buenos	12	19	9	17	17		74
23	Los turnos están organizados en función de las preferencias de los hombres	8	9	8	23	25	1	74
24	Las prácticas tradicionales complican las enfermedades	4	31	3	26	10		74
25	La atención de partos puede hacerse por parteras tradicionales en el hogar	13	31	5	22	3		74
26	Los centros de trabajo no toman en cuenta la necesidades de las médicas	21	20	9	21	2	1	74
27	Las prácticas de la medicina tradicional responden a creencias sin fundamento	7	10	6	31	19	1	74

N°	Enunciado	Grado de acuerdo HOMBRES						TOTAL
		5	4	3	2	1	S/DATO	
1	Me gustaría ejercer como medica/o en APS	26	9	8	1	2		46
2	Me gratifica atender pacientes	38	8					46
3	Prefiero ejercer en el sector Público de Salud	26	10	3	4	0	3	46
4	Preferiría mayor formación teórica a la que da la residencia	19	15	4	2	5	1	46
5	Para la calidad de atención en mejor especializarse cada vez mas	35	6	1	2	2		46
6	No es imprescindible para la calidad de atención el uso de tecnología	6	15	4	6	14	1	46
7	Estaría dispuesta/o a compartir consultorio con una partera o medico tradicional	10	13	10	6	7		46
8	La anamnesis y examen físico son suficientes para realizar un diagnostico	5	24	3	14			46
9	Para trabajar es mejor una clínica o sanatorio Privado	1	7	10	10	18		46
10	Para competir en el mercado prefiero súper especializarme	13	14	4	8	7		46
11	Podría mudarme al interior por una buena propuesta laboral	16	16	3	7	4		46
12	Ejercería en un área rural	15	15	9	6	1		46
13	La formación de pregrado no es suficiente para ejercer	7	14	3	13	9		46
14	La formación de medicina debería tener un enfoque social	30	12	3	1			46
15	Me iría a las zonas del país que necesitan médicos/as	18	15	7	2	4		46
16	La tecnología es imprescindible para arribar a un buen diagnostico	13	15	5	11	1	1	46
17	Un buen examen físico es imprescindible para un buen diagnostico	38	6	1			1	46
18	Se aprende menos de medicina en un Centro de Salud que en un Hospital	8	14	5	12	6	1	46
19	Los servicios de salud deberían incluir atención por médicos tradicionales	15	14	8	4	4	1	46

20	Hay especialidades más apropiadas para los hombres que para las mujeres	2	11	8	9	16		46
21	Los lugares alejados deberían ser cubiertos por médicos varones	6	9	8	13	9	1	46
22	Las mujeres tienen dificultades para acceder a los puestos de trabajo buenos	4	11	3	14	12	2	46
23	Los turnos están organizados en función de las preferencias de los hombres	3	1	4	18	18	2	46
24	Las prácticas tradicionales complican las enfermedades	5	17	3	14	6	1	46
25	La atención de partos puede hacerse por parteras tradicionales en el hogar	6	17	4	12	5	2	46
26	Los centros de trabajo no toman en cuenta la necesidades de las médicas	10	14	4	10	6	2	46
27	Las prácticas de la medicina tradicional responden a creencias sin fundamento	1	4	5	14	20	2	46

En esta primera parte de opiniones existen enunciados que se relacionan entre sí por referirse a determinados temas. En este entendido se los agrupa para ver la consistencia interna de las respuestas y poder intentar algunas conclusiones.

TEMA 1: Atención médica: enunciados 1, 2, 6, 8, 16, 17

Con relación a los dos primeros enunciados existe un grado de acuerdo mayor y se refieren a la disponibilidad y satisfacción de la atención médica.

Todos los demás enunciados que también están referidos a la atención médica en lo relativo a la tecnología y el diagnóstico estos enunciados se observan un grado de coincidencia en las respuestas de hombres y mujeres en las que, aunque no se considera imprescindible la tecnología para la calidad de atención, sí se la valora para un buen diagnóstico.

Por otro lado, con relación al examen físico y la anamnesis para las mujeres es absolutamente clara su importancia para el diagnóstico, en tanto que para los hombres es relativa porque las opiniones se distribuyen entre acuerdo y desacuerdo, aunque prima el acuerdo.

Esto parecería reflejar que las mujeres tienen un mayor grado de empatía en la relación médico-paciente, confían más en la anamnesis y el examen físico como fuente de información para el diagnóstico porque les permite resolver problemas independientemente de la tecnología disponible en tanto los varones parecería que dependen más de la tecnología.

TEMA 2: Formación

La coincidencia mayor tanto en varones como en mujeres es que la formación médica debería tener un enfoque social.

Un segundo aspecto de coincidencia es la sobrevaloración de la especialización para la calidad de atención y la competencia en el mercado laboral y la paralela subvaloración de la formación de pregrado. Este aspecto es más notorio en las mujeres y constituye un tema preocupante pues refleja una inseguridad en su propia capacitación, dado que la mayoría no tiene ninguna especialidad.

TEMA 3: Interculturalidad

Tanto varones como mujeres tienen una percepción favorable a la incorporación de la medicina tradicional y las prácticas interculturales, para las mujeres el grado de aceptación es mayor.

TEMA 4: Migración

Entre los encuestados(as) es muy alta la disponibilidad de migrar a lugares donde se necesite atención médica siempre que tengan una buena propuesta laboral.

TEMA 5: Género

La cantidad de mujeres que está de acuerdo con que los puestos de trabajo alejados deberían ser cubiertos por varones, es similar a la que está en desacuerdo, siendo la primera opción ligeramente mayor.

En contraste una cantidad mayor de hombres no considera que los puestos de trabajo alejados deberían ser cubiertos por ellos.

Los resultados muestran que, en la percepción de los encuestados, tanto mujeres como varones pueden ejercer cualquier especialidad y tanto en el ámbito urbano como rural, pero por otro lado se reconoce que los Centros de Salud no toman en cuenta las necesidades de las mujeres y en la percepción de las mujeres no creen que los turnos estén organizados en función de la necesidad de los varones, lo cual resulta contradictorio.

TEMA 6: Público Privado

Una mayoría significativa de hombres y mujeres, prefieren ejercer en el sector público de salud, adicionalmente una mayoría significativa de hombres y mujeres considera que no es mejor trabajar en una clínica o sanatorio privado.

Segunda parte:

MOTIVACIONES QUE HA TENIDO O TIENE PARA ELECCIÓN DE ESPECIALIDAD.

Califique del 1 al 5 el grado de influencia de los siguientes aspectos en la elección de especialidad:

1. más bien genera desaliento,
2. No alienta,
3. No incide para nada
4. De alguna forma estimula
5. es un gran aliciente

Enunciado	Grado de influencia MUJERES						TOTAL
	5	4	3	2	1	S/DATO	
Duración de la Residencia o postgrado	7	26	21	9	9	2	74
Cantidad de plazas disponibles	4	5	4	34	25	2	74
Prestigio de la especialidad	22	28	18	4	1	1	74
Perspectiva económica futura	7	46	8	9	2	2	74
Monto de la beca o sueldo	13	34	10	15	1	1	74
Posibilidad de ubicación inmediata al concluir la residencia	22	14	12	16	9	1	74
Orientación en la formación de pregrado	16	31	13	10	3	1	74
Tradición familiar	8	16	40	6	4		74
Influencia de docentes	7	31	22	9	3	2	74
Interés en profundizar conocimiento en órgano aparato y su patología	45	21	4	1	2	1	74
Otro							0

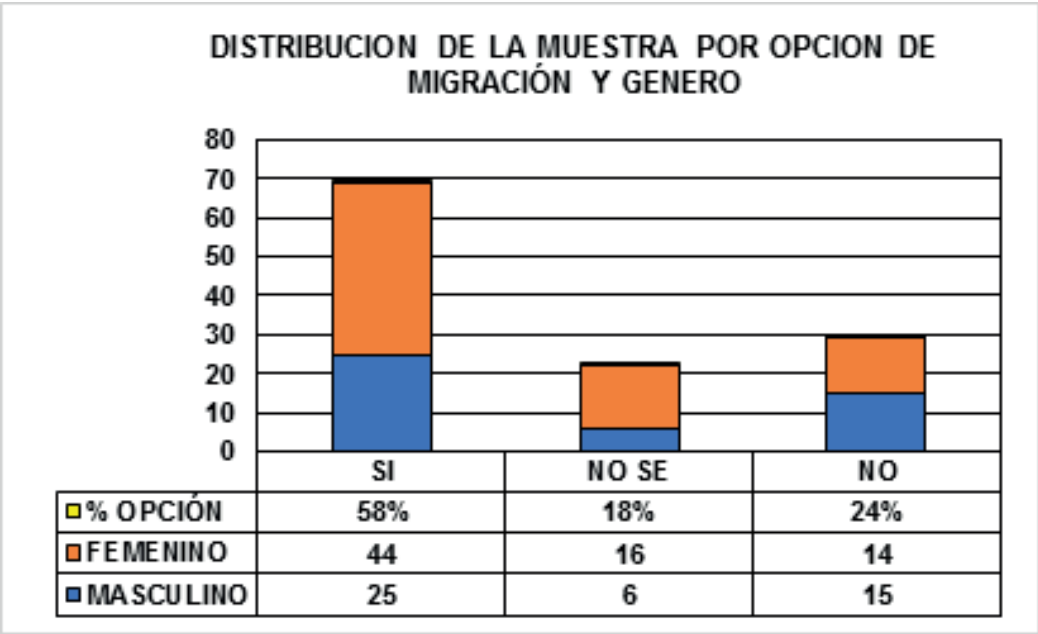
Enunciado	Grado de influencia HOMBRES						TOTAL
	5	4	3	2	1	S/DATO	
Duración de la Residencia o postgrado	6	5	17	10	5	3	46
Cantidad de plazas disponibles	1	5	6	17	15	2	46
Prestigio de la especialidad	16	14	11	1	2	2	46
Perspectiva económica futura	9	22	9	4	2		46
Monto de la beca o sueldo	7	12	11	11	3	2	46
Posibilidad de ubicación inmediata al concluir la residencia	10	11	6	11	6	2	46
Orientación en la formación de pregrado	8	18	6	10	2	2	46
Tradición familiar	3	9	25	5	2	2	46
Influencia de docentes	8	16	13	3	4	2	46
Interés en profundizar conocimiento en órgano aparato y su patología	22	9	9	2	3	1	46
Otro							0

El Factor que ocupa el primer lugar entre las motivaciones es el interés de profundizar el conocimiento de un órgano, aparato y su patología. El segundo son la perspectiva económica futura y el prestigio de la especialidad.

Estas respuestas resultan incongruentes con buena parte de las respuestas obtenidas en la primera parte, porque parecieran indicar que la principal motivación son el prestigio y el dinero y no así la calidad de atención a los pacientes que fue a la que hicieron referencia en la parte anterior.

Tercera parte:

- MIGRARIA A OTRO LUGAR DEL PAÍS PARA EJERCER SU PROFESIÓN.
SI NO NO –SÉ



La disponibilidad de migrar es alta en ambos géneros.

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA O “NO SÉ” CUÁLES SERÍAN SUS 5 PRINCIPALES CONDICIONES PARA MIGRAR A OTRO LUGAR Marque con una “X” SÓLO las 5 principales

Ordenado de mayor a menor

Condiciones para migrar	Nº de marcas mujeres	Nº de marcas hombres	Nº de marcas total
Mejores posibilidades de formación	52	22	74
Ambiente de trabajo saludable	42	21	63
Calidad de vida	37	17	54
Mejor salario	29	11	40
Estabilidad laboral	28	12	40
Cobertura de vivienda	20	17	37
Traslados periódicos a su lugar de origen con transporte pagado	19	15	34
Puesto de trabajo para mi pareja	17	13	30
Posibilidad de desarrollo de la especialidad elegida	12	10	22
Menor carga horaria	12	8	20
Mejores condiciones de vida para el desarrollo del proyecto vital	16		16

Horarios y tiempo libre	5	4	9
Prestigio de la institución	4	4	8
Acceso a tecnología para el ejercicio de la profesión	6	1	7
Otros (especifique)	1		1

En la tabla ordenada se puede apreciar que las condiciones para migrar en orden de la importancia que le asignan los encuestados notándose similitud entre ambos géneros, con excepción de que para los hombres, la cobertura de vivienda es más importante que la estabilidad laboral.

Cuarta Parte:

¿CUÁNTO DINERO MENSUAL Y QUÉ OTRAS COMODIDADES CONSIDERA NECESARIAS PARA UNA OFERTA LABORAL RAZONABLE QUE LE PERMITIRÍA CONTEMPLAR LA POSIBILIDAD DE IRSE A OTRAS CIUDADES o COMUNIDADES DEL PAÍS QUE NECESITAN MÉDICAS/OS? Marque con una “X” SÓLO las 5 consideraciones principales

Con respecto a la cantidad de dinero mensual necesaria las respuestas varían desde 7.000 Bs equivalentes a 1.000 dólares y 7000 dólares.

Ordenado

COMODIDADES	N° de marcas mujeres	N° de marcas hombres	N° de marcas total
Estabilidad laboral, aporte jubilatorio	42	29	71
Posibilidad de formación académica y desarrollo profesionales	38	22	60
Trabajo en equipo y apoyo de especialistas	36	20	56
Monto mensual (estime monto deseado)	30	18	48
Establecimiento de salud bien dotado	25	20	45
Calidad de vida y seguridad	33	11	44
Vivienda y educación para los hijos	23	15	38
Horario de trabajo no mayor a 8 horas	24	12	36
Gastos para viajes a su lugar de origen	20	15	35
Acceso a tecnología e instrumentos de actualización	19	8	27
Horarios que incluyan tiempo libre y vacaciones	16	9	25
Trabajo para mi pareja	19	5	24
Ambiente laboral cordial	9	15	24
No más de 4 guardias por mes	6	3	9
Guardias de 12 horas	3	0	3

En ambos casos se ve como prioritaria la estabilidad laboral y un aporte jubilatorio, seguido de posibilidades de formación académica y desarrollo profesional. También se le dé importancia al trabajo en equipo, pero con apoyo de especialistas, siendo similares

las respuestas en ambos géneros. El único punto divergente es que para las mujeres la calidad de vida y seguridad tendría más importancia que el trabajar en un establecimiento bien dotado.

Cuarta Parte:

Ordenado

¿CUÁLES SON LOS 5 PRINCIPALES PROBLEMAS U OBSTÁCULOS QUE IDENTIFICA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL EN ESPECIALIDADES PRIORITARIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)? Marque sólo 5.	N° de marcas mujeres	N° de marcas hombres	N° de marcas total
Deficiencia de infraestructura e insumos	43	25	68
Sobrecarga laboral por excesiva demanda	33	24	57
Distancia y calidad del transporte a y desde el establecimiento de salud	33	19	52
Atravesado por intereses y/o conflictos políticos	28	20	48
Remuneración insuficiente	29	17	46
Falta de articulación entre diferentes niveles de atención	26	13	39
Tareas que exceden lo que tiene que hacer un/a médico/a	21	16	37
Difícil acceso a los centros de salud	15	12	27
No se integra la visión intercultural a la APS	16	7	23
Las autoridades locales e indígenas pretenden decidir sobre la actividad médica	17	4	21
Menosprecio de las especialidades de APS	17	3	20
Falta de formación y herramientas para trabajar en APS	13	5	18
Exposición a situaciones de violencia e inseguridad	11	5	16
Falta de perspectiva social en la medicina	7	8	15
Dificultad en el uso de los idiomas nativos por parte del médico	7	7	14
Limitación del médico generalista y/o de familia al sector público	9	5	14
Escaso acceso al uso de tecnología	8	5	13
Otros (especifique cuales)	2	2	4

Tanto en mujeres como en varones las cinco opciones priorizadas son las mismas siendo la más importantes la deficiencia en infraestructura e insumos, seguida de la sobrecarga laboral, distancia y calidad de transporte. Las mujeres mencionan también que las autoridades locales e indígenas pretenden decidir sobre la actividad médica, que se menosprecian las especialidades de atención primaria de salud y la falta de formación y herramientas para trabajar en APS.

8 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



8.1 DEL ESTUDIO CUANTITATIVO

Todos los países presentan avances en la dotación de médicos por 10.000 habitantes, pero se observan inequidades en la distribución entre estados, provincias o departamentos o regiones dentro de cada país.

- En todos los países de la región se observa un proceso de incremento significativo de la proporción de mujeres entre los médicos que trabajan en las diferentes instituciones del sistema público.
- El único país en que las edades más jóvenes tienen menor proporción de mujeres que de hombres es el Ecuador, se recomienda buscar las razones de esta situación porque parecería estar ligada a algún fenómeno de migración de las médicas jóvenes y/o a la jubilación temprana de los varones y más tardía de las mujeres.
- El país con mayor proporción de mujeres con relación al total de médicos es Venezuela hecho que parece relacionarse con una política estatal de inclusión laboral preferente para las mujeres.
- La mayor proporción de feminización se presenta en:
 - el ámbito rural
 - en el primer nivel de atención
 - entre las médicas sin especialidad
 - dentro los especialistas en los que tienen especialidad no quirúrgica
 - en los que tienen contrato temporal

Esta observación unida al hecho de haberse encontrado asociación estadística significativa entre género y todas las variables consideradas en este estudio determina a la luz de la definición de feminización adoptada para el estudio la necesidad de profundizar la naturaleza de esta asociación para ver en cada uno de los países que medidas deberían adoptarse para evitar que la inclusión de mujeres como fuerza laboral médica implique una discriminación y reforzamiento de la visión patriarcal.

- Al comparar los niveles de ingreso por género en Chile y Ecuador (siendo estos dos los únicos con información suficiente sobre la variable ingreso) se concluye que en el primero caso existe predominancia femenina en los niveles de ingreso más bajos y

masculina en los niveles más altos, con una diferencia significativa en la cantidad de hombres y mujeres en los segmentos más altos. La tendencia es inversa en el Ecuador donde existen más mujeres ocupando los segmentos de ingreso más altos, aunque se observa que la diferencia entre hombres y mujeres que ocupan dichos segmentos, es significativamente menor.

- Se recomienda profundizar en la conclusión anterior, para determinar si estas diferencias entre los segmentos de ingreso más altos y bajos de ambos países pueden explicarse por otras variables, como nivel de atención, tipo de universidad o ámbito urbano-rural.

8.2 DEL ESTUDIO CUALITATIVO

La parte cualitativa del estudio se realizó solo en Bolivia por las razones ya mencionadas. Se recomienda la aplicación de los instrumentos propuestos en los demás países incluidos en este estudio, previa adaptación de los elementos necesarios, de acuerdo a las particularidades y características de cada caso.

Las presentes conclusiones son válidas solo para Bolivia, al 90% de confiabilidad y con margen de error del 10%.

- Tanto hombres como mujeres coinciden que los aspectos más valorados a la hora de realizar su actividad son aquellos relativos a condición laboral y grado de formación.
- Una mayoría significativa de hombres y mujeres, prefieren ejercer en el sector público de salud, adicionalmente una mayoría significativa de hombres y mujeres considera que no es mejor trabajar en una clínica o sanatorio privado, lo cual parece validar la primera afirmación de que la mayoría de los médicos prefiere el sector público para realizar su actividad. Se sugiere investigar las causas que pueden explicar esta decisión.
- No existe una diferencia significativa en la opinión de hombres y mujeres, sobre si el género es un factor a la hora de ejercer una especialidad, como tampoco en la cuestión de ejercer en el ámbito rural o urbano. Esto podría ser una muestra de que las mujeres asumen condiciones laborales desfavorables como naturales, lo que constituye uno de los elementos descritos en la conceptualización de feminización.
- Las principales motivaciones para la elección de una especialidad son de carácter individual, siendo la primera la perspectiva económica y la segunda el prestigio de dicha especialidad.
- Las principales condiciones que incentivan una potencial migración son aquellas que responden primero a las posibilidades de formación y al mejoramiento del ingreso, de la calidad de vida y condición laboral.

9 BIBLIOGRAFIA

- Agostino, H. N. (2015). Entrevista al Dr. Mario Rovere Hilda. *Carta Informativa de La Junta de Estudios Históricos de La Matanza*.
- Amaya, J., Beltran, A., Chavarro, D., Romero, G., Matallana, A., Puerto, S, Vásquez, M. (2013). Estudio De Disponibilidad Y Distribución De La Oferta De Médicos Especialistas, En Servicios De Alta Y Mediana Complejidad En Colombia. *Cendex*, 87–91.
- Barragán, H. L., Moiso, A., Mestorino, M. de los A., Ojea, O., & Colaboradores, I. y. (2007). Fundamentos de Salud Pública, Primera Parte. *Universidad Nacional de La Plata*, 672. Retrieved from http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo_.pdf?sequence=4
- Bedoya, R. del C. (2016). Feminización de la profesión médica e inserción laboral pública en Ecuador.
- Cuellar, C.M., Morales, L.A., & Galindo, A.C. et al. (2015). OTHS Colombia. *Minsalud.Gov. Co*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Guia-observatorio-talento-humano-Salud-oths.pdf>
- GIZ. (2011). ¿Qué es un enfoque de género? Una guía producida por la Iniciativa alemana BACKUP. *Ministerio Federal de Cooperacion Economica Y Desarrollo*, 1–6.
- González M, Verónica Lauronce, M. et al. (2014). Imaginarios y decisiones migratorias de los jóvenes profesionales de la salud; una perspectiva de análisis para la carencia de recursos humanos especializados en el subsector público., 1–44.
- INEC. (2014). Anuario de Estadística de Salud: Recursos y Actividades. *Ecuador En Cifras*, 64–69. Retrieved from http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/Publicaciones/Anuario_Rec_Act_Salud_2014.pdf%0Ahttp://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Sal
- Ministerio de Salud y Protección Social Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. (2013). Segunda medición a las metas regionales de recursos humanos en salud, 1–28.
- Pozzio, M. (2014). “El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada”: feminización y experiencias de las mujeres en la ginecobstetricia en México. *Salud Colectiva*, 10.

- Rico, M. N., & Marco, F. (2006). *Mujer Y Empleo La reforma de la salud y la salud de la reforma en la Argentina*. Retrieved from [http://www.politicas.unam.mx/biblioteca/catalogo_unam_2009.pdf#page=43%5Cnhttp://www.educacional.com.br/upload/dados/materialapoio/3710007/8200100/o que ? a sociologia pol?tica.pdf](http://www.politicas.unam.mx/biblioteca/catalogo_unam_2009.pdf#page=43%5Cnhttp://www.educacional.com.br/upload/dados/materialapoio/3710007/8200100/o%20que%20a%20sociologia%20pol%20tica.pdf)
- ROVERE, M. (2006). Los nuevos y renovados debates en torno de los recursos humanos en salud.
- Schraiber, Lilia Blima; d'Oliveira, A. F. P. L. (2014). La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña. *Salud Colectiva*, 10.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales, & Ministerio de Salud. (2016). Informe sobre Brechas de Personal de Salud por Servicio de Salud. *Glosa 01 Letra l. Ley de Presupuesto No 20.882 Y 20.890 Año 2016*, (19), 71. Retrieved from [http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-Público_Abril2017.pdf%0Ahttp://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-Público_Marzo2016.pdf](http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-Publico_Abril2017.pdf%0Ahttp://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-Publico_Marzo2016.pdf)
- Ley Del Ejercicio Profesional Medico Capitulo. (2005), (3131).



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

Estrategias de incorporación y retención del personal
médico en áreas subatendidas

ÍNDICE





PRESENTACIÓN..... 108

1 INTRODUCCIÓN..... 110

2 ANTECEDENTES..... 112

3 JUSTIFICACIÓN..... 115

4 OBJETIVOS..... 117

5 MARCO CONCEPTUAL..... 119

6 DISEÑO METODOLÓGICO..... 124

7 RESULTADOS..... 128

8 CONCLUSIONES..... 169

BIBLIOGRAFÍA..... 170

ANEXOS..... 172

PRESENTACIÓN

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 prospectivas, 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^{ava} 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 tendientes a lograr una Salud Universal¹. 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 2017². 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

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

² 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

*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 2030³.

³Documento 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 médica⁴; 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.

⁴ 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 Subregión⁵. 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 2018⁶. 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

⁵ Ver el listado de documentos revisados en Anexos 1.

⁶ 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 Andina⁷. 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

⁷ 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)⁸, 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.

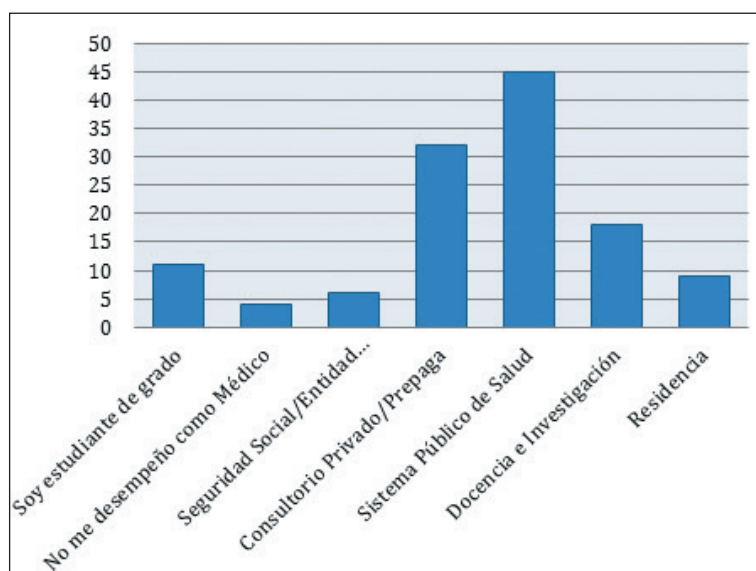
Factores que intervienen en la elección de lugar de desarrollo profesional por sector, ámbito y nivel de atención por parte de profesionales médico/as y estudiantes de medicina.

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).

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

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



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.

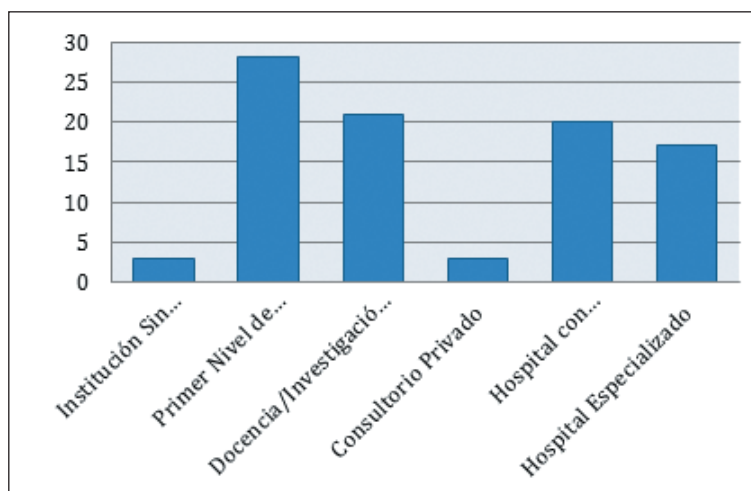
En relación con el nivel en el que se desempeñan los profesionales de la medicina se obtuvieron 92 respuestas -cabe destacar que esta pregunta admite múltiples respuestas-. Por otro lado, en este caso se excluyeron a los estudiantes de medicina y profesionales médico/as que no se encuentran en ejercicio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

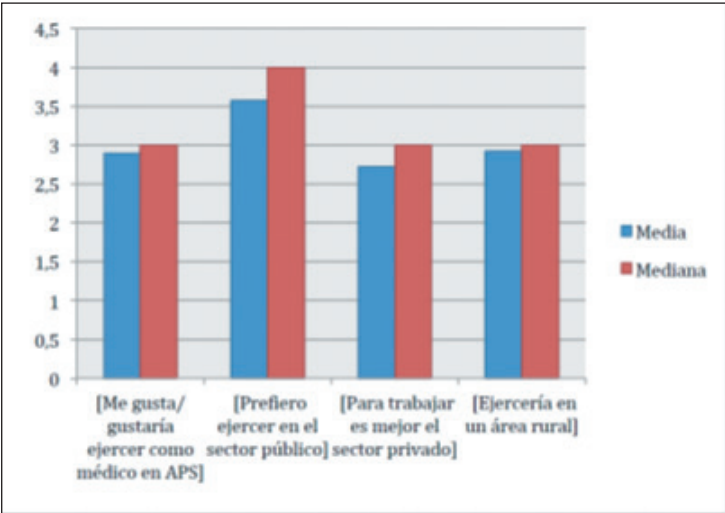
Prevalece una afinidad por el desempeño laboral en el sector público en relación al privado. Con respecto al ejercicio en el primer nivel de atención, la afinidad es menor al ejercicio en el ámbito rural. En ese sentido, esta pregunta se complementa con la elección de 5 problemas que se identifican en 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.

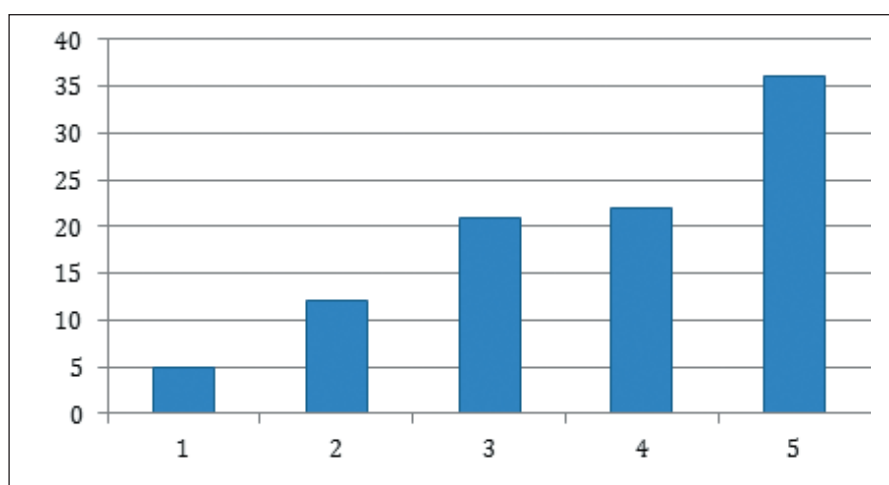
En el otro extremo, también existe una frustración producto de no acceder a la terapéutica o la tecnología diagnóstica básica, fundamental. Eso genera una fatiga en el médico/as que, por todos los medios, trata de conseguir los recursos necesarios para dar respuesta, capacidad resolutive a un problema 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*”.

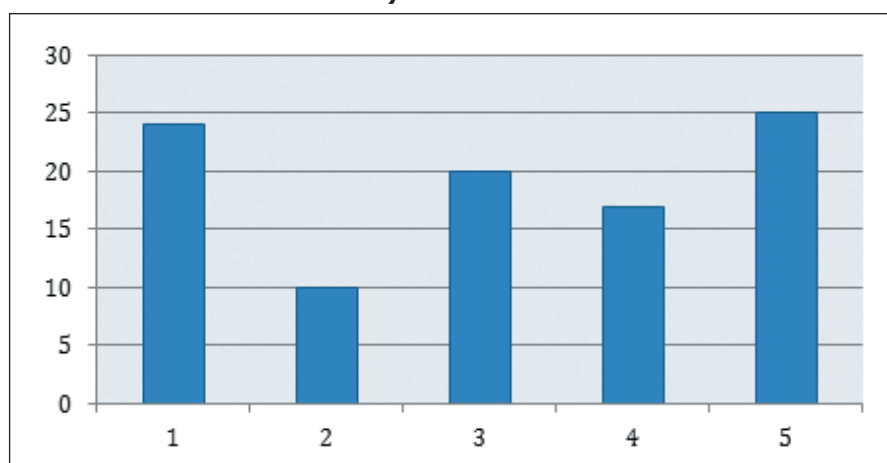
4. Resultados de la encuesta. Registre entre el 1 y 5 su opinión respecto a la frase “*La formación de grado no es suficiente para ejercer*” siendo 1 muy poco de acuerdo y 5 muy de acuerdo.



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.

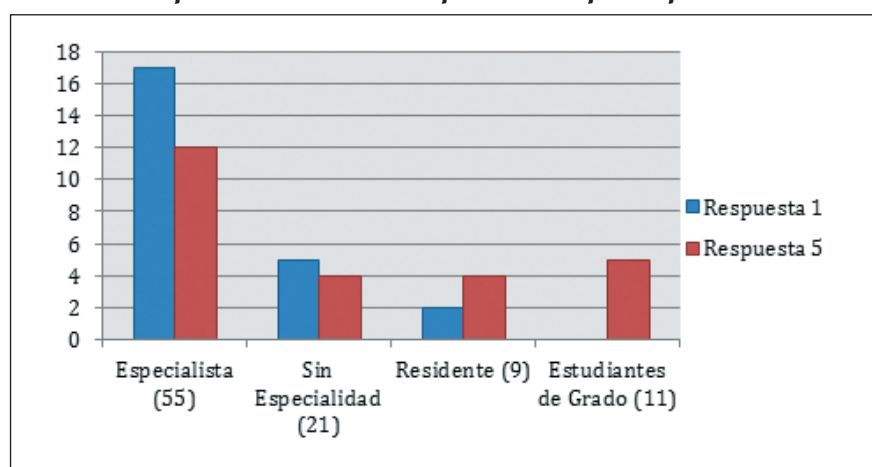
5. Resultados de la encuesta. Registre entre el 1 y 5 su opinión respecto a la frase “Para competir en el mercado prefiero “super especializarme”, siendo 1 muy poco de acuerdo y 5 muy de acuerdo.



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*⁹ (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

⁹ 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.))

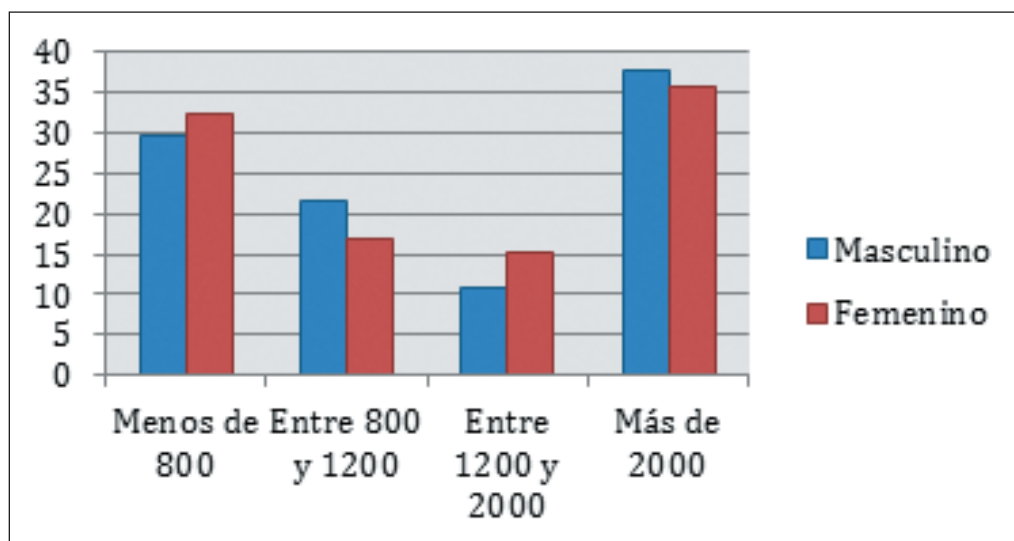
Médica 35 años

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

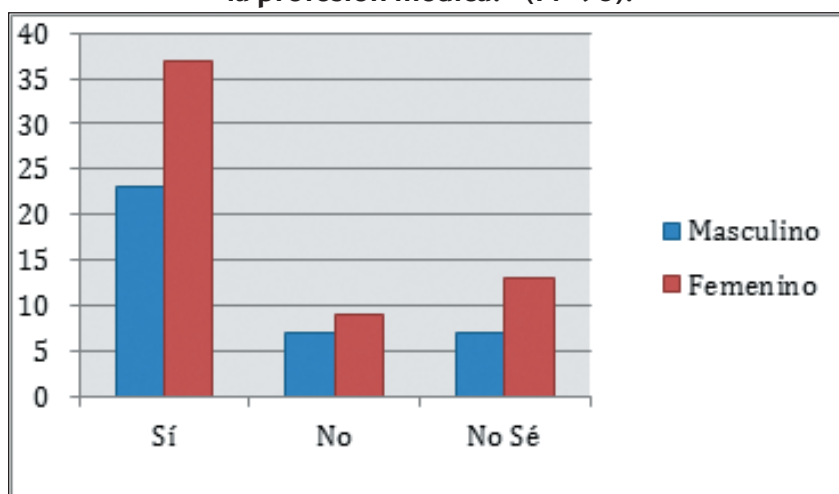
Factores tomados en cuenta ante una decisión migratoria a zonas desatendidas

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 Yaracuy 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

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	https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/d_dgps_upsyms_p304.pdf
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.	https://www.minsalud.gob.bo/

¹⁰ 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.



Servicio Social de Salud Rural Obligatorio (SSSRO)	Ley 15629. Decreto 26217.	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.	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.	http://www.sedeslapaz.gob.bo/pdf/redes/Manual%20SSSRO%202017.pdf
Brigada Médica Cubana	Convenio entre Cuba y el Estado Plurinacional de Bolivia 2015-2018	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).	Ninguno	http://www.bmcbolivia.com.bo/?page_id=119

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	http://mgz.cl/quienes-somos/
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	https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Plan-de-formaci%C3%B3n-y-retenci%C3%B3n-de-especialistas.pdf
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.	https://www.youtube.com/watch?time_continue=124&v=PnrL8jDbC-4
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.	https://www.contraloria.cl/documentos/451102/1887680/PDF+Ley+18834/6568eabf-e3f0-438a-b71f-2d98d-b4f5738

¹¹No 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.

¹²En 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.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/abc-ss.pdf
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.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/rethus-observatorio.pdf
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	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/1.estrategia-tarea-todos-incentivos-minsalud.pdf
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	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa-unico-nacional-%20Especializacion-medicina-familiar.pdf

¹³Existe 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	https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/Manual_De_Estrategia_de_Abordaje_Medico_del_Barrio_2018.pdf



¹³Existe 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).

Registro Estadístico de Recursos y Actividades en Salud a través del INEC	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (ley N° 2002-80).	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.	Las bases de datos están discriminadas por género, sin embargo en la información publicada no lo está.	http://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/ http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2017/Principales_Resultados_%28RAS%29.pdf
Programa de Becas para Fortalecimiento del Talento Humano en Salud.	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.	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.	Ninguno	https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/09/Ofer-ta-posgrados-de-especializaciones.pdf

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	http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4574.pdf http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400026
Redes integradas de Salud	Decreto Supremo 011 – 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	ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/.../RM_N467-2017-MINSA.PDF
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	https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-establece-los-criterios-para-las-metas-i-decreto-supremo-n-022-2018-sa-1687860-9/

¹⁵Existe 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.	Para ejercer la profesión de médico en forma privada o en cargos públicos de índole asistencial, médico -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. 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.	Ninguno.	http://www.asambleanacional.gob.ve/documentos_leyes/ley-de-reforma-de-la-ley-de-ejercicio-de-la-medicina.pdf



¹⁶ 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	https://www.observatoriorh.org/serie-de-estudios-nacionales-ndeg-6-sistematizacion-de-evidencia-cientifica-del-proceso-de http://www.vicepresidencia.gob.ve/index.php/tag/mision-barrio-adentro/
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	http://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/261

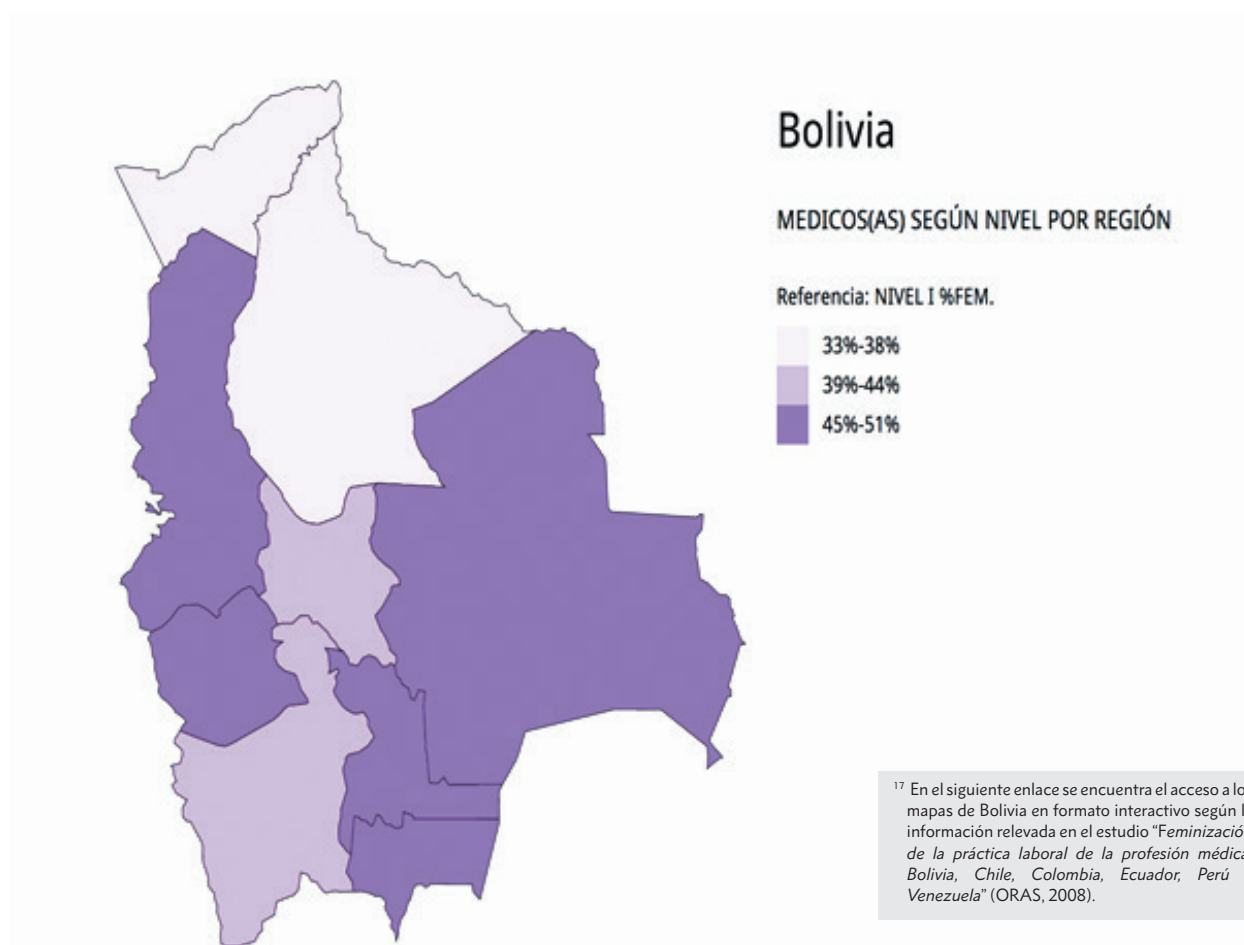
PARTE III

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

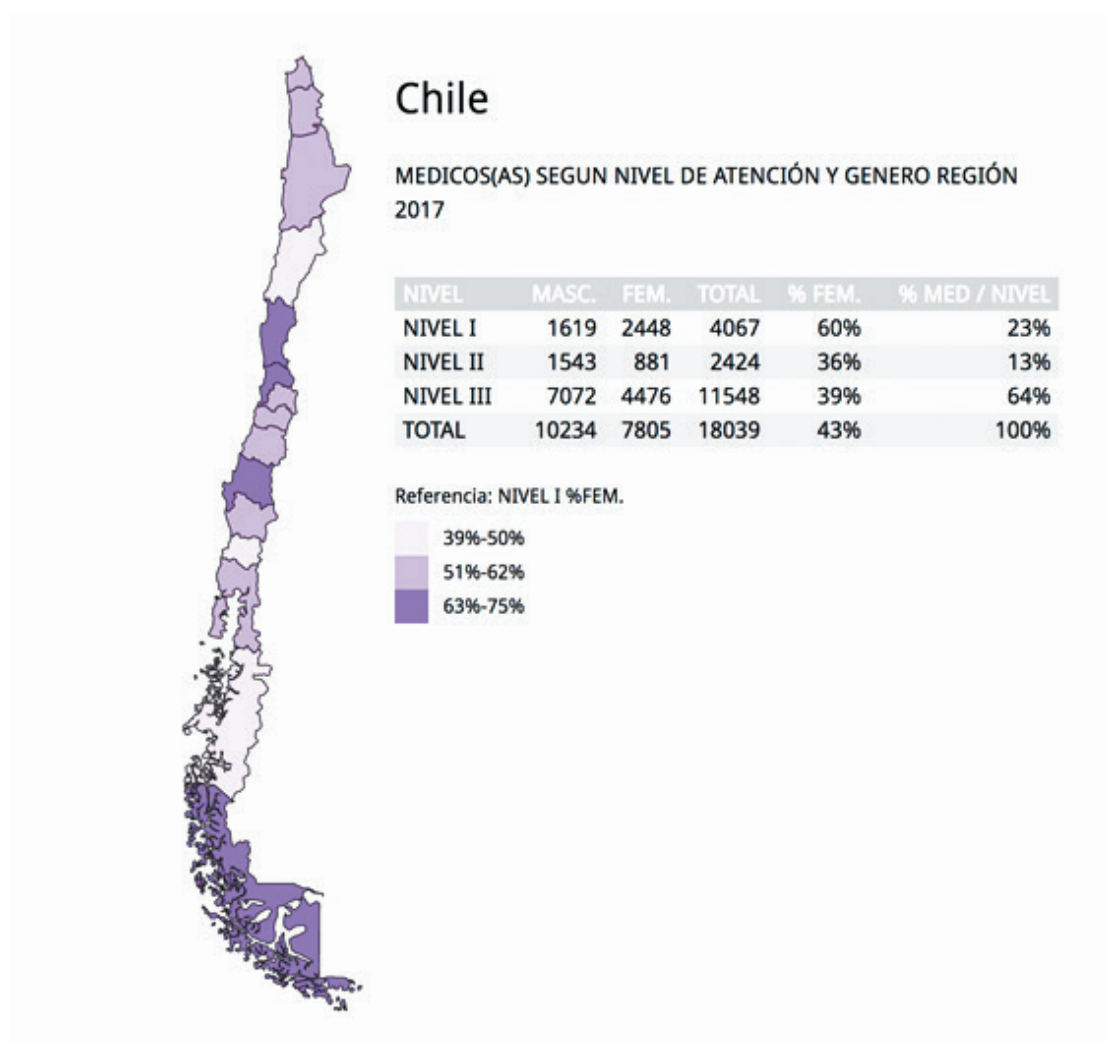
BOLIVIA¹⁷



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.



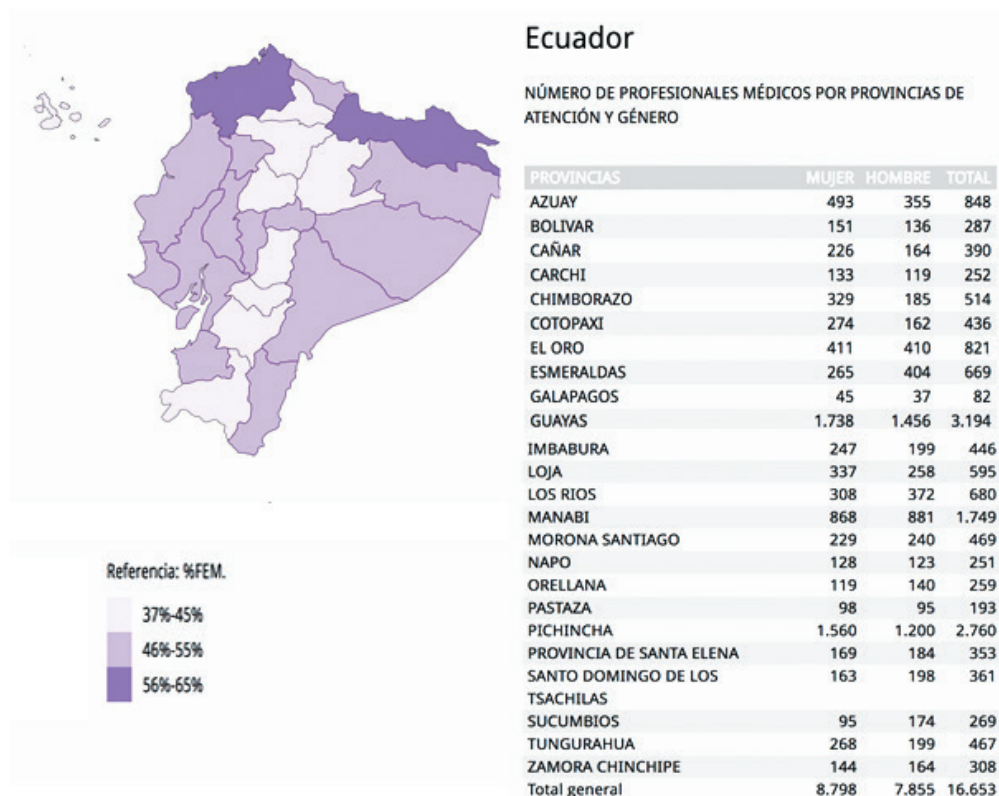
Mapa 2. Chile: Cantidad de médico/as por departamento en el primer nivel de atención. Porcentaje de médicas en relación al total de médico/as en el primer nivel de atención.



¹⁸ 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).

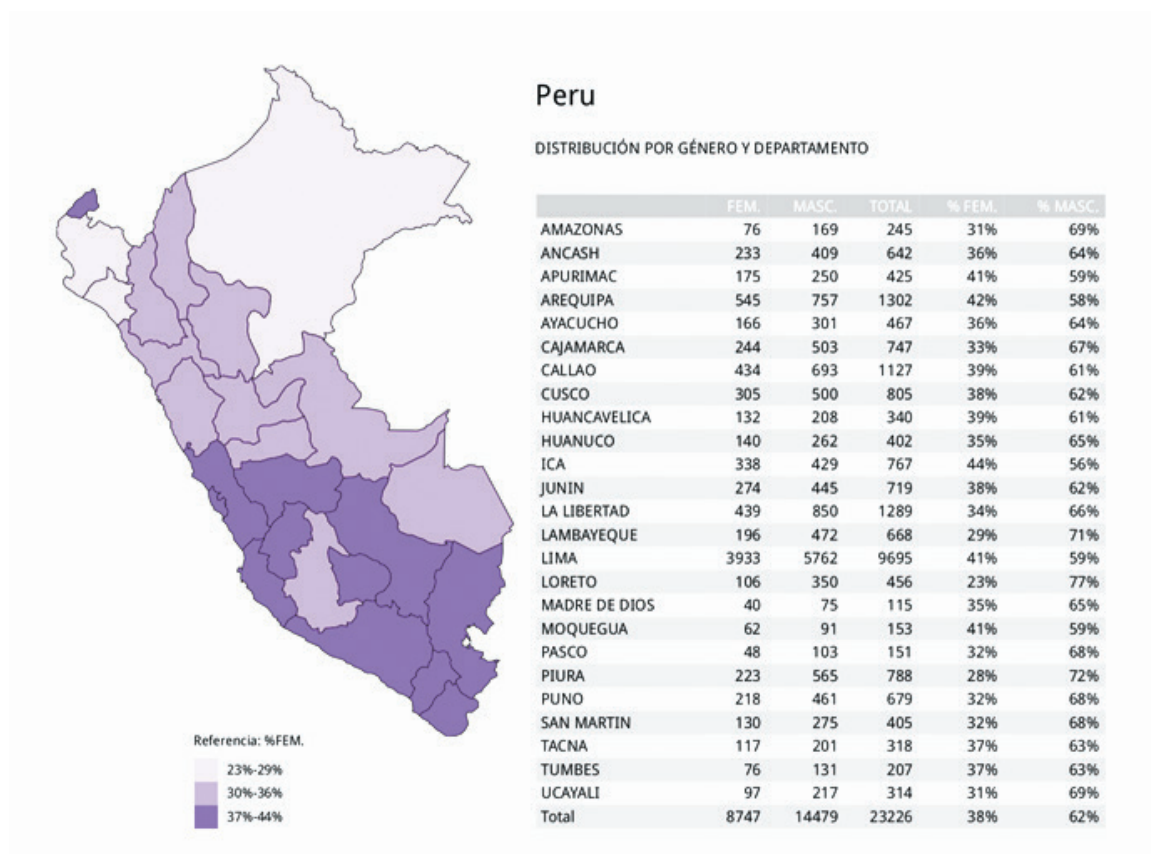


Mapa 3. Ecuador: Distribución de médico/as por provincia. Porcentaje de médicas en relación al total de médico/as por provincia



¹⁹ 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).

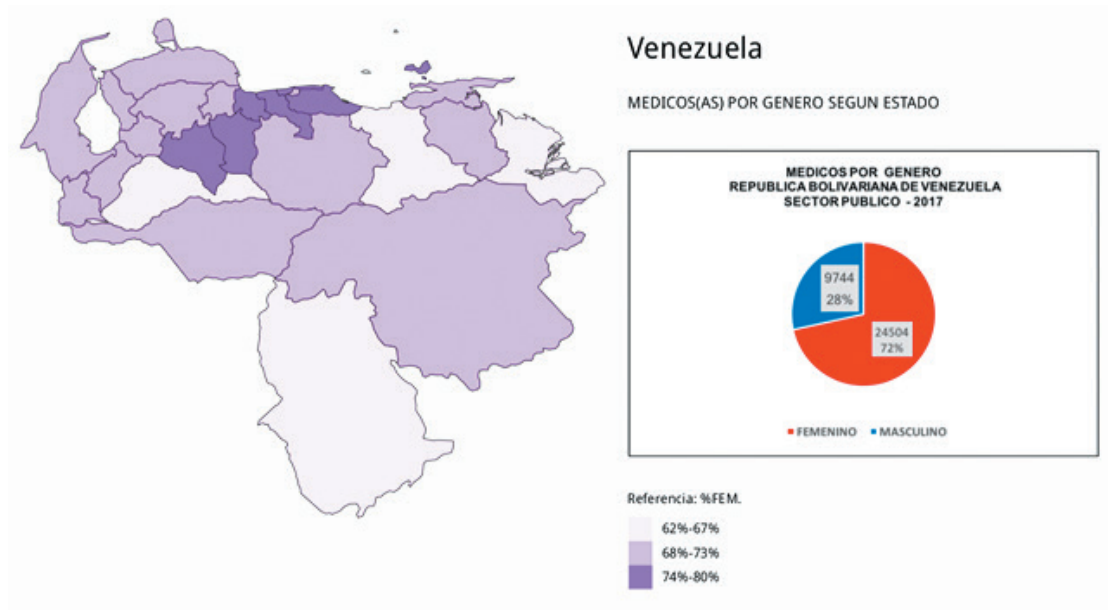
Mapa 4. Perú: Distribución de médico/as por departamento. Porcentaje de médicas en relación al total de médico/as.



²⁰ 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.**



²¹ 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).



PARTE IV

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 estandarizada²².
- Negociaciones colectivas de trabajo con perspectiva de género.

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



PARTE V

Indicadores a corto y mediano plazo para el monitoreo de los mercados de trabajo ante el creciente fenómeno de la feminización²³

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.

²³Basado 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>

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.

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.



CONCLUSIONES

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

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

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>

Abravanel, 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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. 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

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

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
- 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
- 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
- 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.gob.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. Poderico, Edén Galán-Rodas, Daniel Raá-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
- Ministerio de Salud: *Los Recursos Humanos de Salud en Argentina*. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. Bs. As. 2015.
- http://www.msal.gob.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

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

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/1FAIpQLSdCSCdb9IUJNJ5KkjlQ64dGcFxMe7lWaqNsLL8mfeL8q2x2g/viewform>

