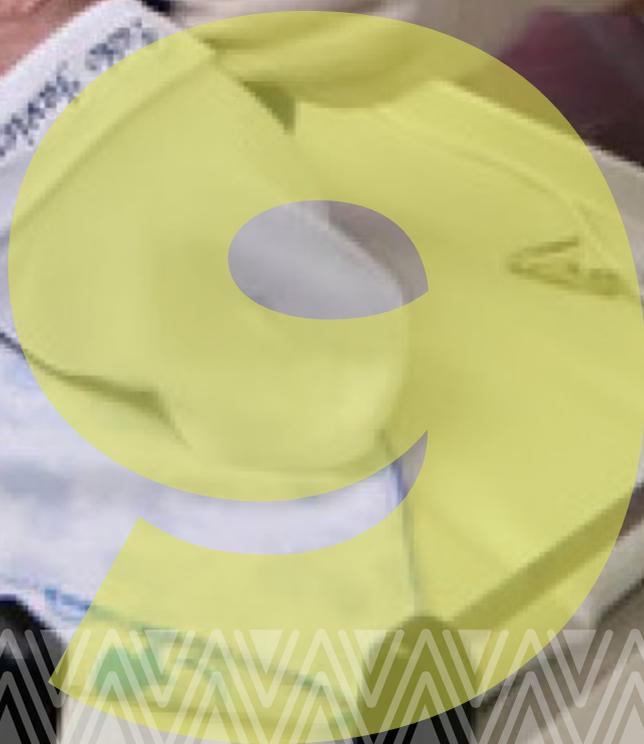


ANEXOS REFERENCIAS IMPORTANTES

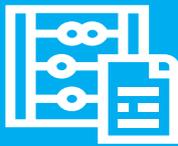




Anexo
Bolivia



Anexo
Chile



Anexo
Colombia



Anexo
Ecuador



Anexo
Perú



Anexo
Venezuela

ANEXO

Bolivia

Constitución Republica de Bolivia Febrero 2009

PREÁMBULO

PREÁMBULO



En tiempos inmemoriales se erigieron montañas, se desplazaron ríos, se formaron lagos. Nuestra amazonia, nuestro chaco, nuestro altiplano y nuestros llanos y valles se cubrieron de verdes y flores. Poblamos esta sagrada Madre Tierra con rostros diferentes, y comprendimos desde entonces la pluralidad vigente de todas las cosas y nuestra diversidad como seres y culturas. Así conformamos nuestros pueblos, y jamás comprendimos el racismo hasta que lo sufrimos desde los funestos tiempos de la colonia.

El pueblo boliviano, de composición plural, desde la profundidad de la historia, inspirado en las luchas del pasado, en la sublevación indígena anticolonial, en la independencia, en las luchas populares de liberación, en las marchas indígenas, sociales y sindicales, en las guerras del agua y de octubre, en las luchas por la tierra y territorio, y con la memoria de nuestros mártires, construimos un nuevo Estado.

Un Estado basado en el respeto e igualdad entre todos, con principios de soberanía, dignidad, complementariedad, solidaridad, armonía y equidad en la distribución y redistribución del producto social, donde predomine la búsqueda del vivir bien; con respeto a la pluralidad económica, social, jurídica, política y cultural de los habitantes de esta tierra; en convivencia colectiva con acceso al agua, trabajo, educación, salud y vivienda para todos.

Dejamos en el pasado el Estado colonial, republicano y neoliberal. Asumimos el reto histórico de construir colectivamente el Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, que integra y articula los propósitos de avanzar hacia una Bolivia democrática, productiva, portadora e inspiradora de la paz, comprometida con el desarrollo integral y con la libre determinación de los pueblos.

Nosotros, mujeres y hombres, a través de la Asamblea Constituyente y con el poder originario del pueblo, manifestamos nuestro compromiso con la unidad e integridad del país.

Cumpliendo el mandato de nuestros pueblos, con la fortaleza de nuestra Pachamama y gracias a Dios, refundamos Bolivia.

Honor y gloria a los mártires de la gesta constituyente y liberadora, que han hecho posible esta nueva historia.

EVO MORALES AYMA
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA

Por cuanto, el Pueblo Boliviano a través del Referéndum de fecha 25 de enero de 2009, ha aprobado el proyecto de Constitución Política del Estado, presentado al H. Congreso Nacional por la Asamblea Constituyente el 15 de diciembre de 2007 con los ajustes establecidos por el H. Congreso Nacional. Por la voluntad del soberano se proclama lo siguiente:

CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO

PRIMERA PARTE

BASES FUNDAMENTALES DEL ESTADO

DERECHOS, DEBERES Y GARANTÍAS

TÍTULO I

BASES FUNDAMENTALES DEL ESTADO

CAPÍTULO PRIMERO

MODELO DE ESTADO

Artículo 1.



Bolivia se constituye en un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías. Bolivia se funda en la pluralidad y el pluralismo político, económico, jurídico, cultural y lingüístico, dentro del proceso integrador del país.

Artículo 2.



Dada la existencia precolonial de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y su dominio ancestral sobre sus territorios, se garantiza su libre determinación en el marco de la unidad del Estado, que consiste en su derecho a la autonomía, al autogobierno, a su cultura, al reconocimiento de sus instituciones y a la consolidación de sus entidades territoriales, conforme a esta Constitución y la ley.

Artículo 3.



La nación boliviana está conformada por la totalidad de las bolivianas y los bolivianos, las naciones y pueblos indígena originario campesinos, y las comunidades interculturales y afrobolivianas que en conjunto constituyen el pueblo boliviano.

Artículo 4.



El Estado respeta y garantiza la libertad de religión y de creencias espirituales, de acuerdo con sus cosmovisiones. El Estado es independiente de la religión.

Artículo 5.



- I. Son idiomas oficiales del Estado el castellano y todos los idiomas de las naciones y pueblos indígena originario campesinos, que son el aymara, araona, baure, bésiro, canichana, cavineño, cayubaba, chácobo, chimán, ese ejja, guaraní, guarasu'we, guarayu, itonama, leco, machajuyai-kallawaya, machineri, maropa, mojeño-trinitario, mojeño-ignaciano, moré, mosetén, movima, pacawara, puquina, quechua, sirionó, tacana, tapiete, toromona, uru-chipaya, weenhayek, yaminawa, yuki, yuracaré y zamuco.
- II. El Gobierno plurinacional y los gobiernos departamentales deben utilizar al menos dos idiomas oficiales. Uno de ellos debe ser el castellano, y el otro se decidirá tomando en cuenta el uso, la conveniencia, las circunstancias, las necesidades y preferencias de la población en su totalidad o del territorio en cuestión.

Los demás gobiernos autónomos deben utilizar los idiomas propios de su territorio, y uno de ellos debe ser el castellano.

Artículo 6.



- I. Sucre es la Capital de Bolivia.
- II. Los símbolos del Estado son la bandera tricolor rojo, amarillo y verde; el himno boliviano; el escudo de armas; la wiphala; la escarapela; la flor de la kantuta y la flor del patujú.

CAPÍTULO SEGUNDO

PRINCIPIOS, VALORES Y FINES DEL ESTADO

Artículo 7.



La soberanía reside en el pueblo boliviano, se ejerce de forma directa y delegada. De ella emanan, por delegación, las funciones y atribuciones de los órganos del poder público; es inalienable e imprescriptible.

Artículo 8.



- I. El Estado asume y promueve como principios ético-morales de la sociedad plural: ama qhilla, ama llulla, ama suwa (no seas flojo, no seas mentiroso ni seas ladrón), suma qamaña (vivir bien), ñandereko (vida armoniosa), teko kavi (vida buena), ivi maraei (tierra sin mal) y qhapaj ñan (camino o vida noble).
- II. El Estado se sustenta en los valores de unidad, igualdad, inclusión, dignidad, libertad, solidaridad, reciprocidad, respeto, complementariedad, armonía, transparencia, equilibrio, igualdad de oportunidades, equidad social y de género en la participación, bienestar común, responsabilidad, justicia social, distribución y redistribución de los productos y bienes sociales, para vivir bien.

Artículo 9.



Son fines y funciones esenciales del Estado, además de los que establece la Constitución y la ley:

1. Constituir una sociedad justa y armoniosa, cimentada en la descolonización, sin discriminación ni explotación, con plena justicia social, para consolidar las identidades plurinacionales.
2. Garantizar el bienestar, el desarrollo, la seguridad y la protección e igual dignidad de las personas, las naciones, los pueblos y las comunidades, y fomentar el respeto mutuo y el diálogo intracultural, intercultural y plurilingüe.
3. Reafirmar y consolidar la unidad del país, y preservar como patrimonio histórico y humano la diversidad plurinacional.
4. Garantizar el cumplimiento de los principios, valores, derechos y deberes reconocidos y consagrados en esta Constitución.
5. Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo.
6. Promover y garantizar el aprovechamiento responsable y planificado de los recursos naturales, e impulsar su industrialización, a través del desarrollo y del fortalecimiento de la base productiva en sus diferentes dimensiones y niveles, así como la conservación del medio ambiente, para el bienestar de las generaciones actuales y futuras.

Artículo 10.



- I. Bolivia es un Estado pacifista, que promueve la cultura de la paz y el derecho a la paz, así como la cooperación entre los pueblos de la región y del mundo, a fin de contribuir al conocimiento mutuo, al desarrollo equitativo y a la promoción de la interculturalidad, con pleno respeto a la soberanía de los estados.
- II. Bolivia rechaza toda guerra de agresión como instrumento de solución a los diferendos y conflictos entre estados y se reserva el derecho a la legítima defensa en caso de agresión que comprometa la independencia y la integridad del Estado.
- III. Se prohíbe la instalación de bases militares extranjeras en territorio boliviano.

CAPÍTULO TERCERO

SISTEMA DE GOBIERNO

Artículo 11.



- I. La República de Bolivia adopta para su gobierno la forma democrática participativa, representativa y comunitaria, con equivalencia de condiciones entre hombres y mujeres.
- II. La democracia se ejerce de las siguientes formas, que serán desarrolladas por la ley:
 1. Directa y participativa, por medio del referendo, la iniciativa legislativa ciudadana, la revocatoria de mandato, la asamblea, el cabildo y la consulta previa. Las asambleas y cabildos tendrán carácter deliberativo conforme a Ley.
 2. Representativa, por medio de la elección de representantes por voto universal, directo y secreto, conforme a Ley.
 3. Comunitaria, por medio de la elección, designación o nominación de autoridades y representantes por normas y procedimientos propios de las naciones y pueblos indígena originario campesinos, entre otros, conforme a Ley.

Artículo 12.



- I. El Estado se organiza y estructura su poder público a través de los órganos Legislativo, Ejecutivo, Judicial y Electoral. La organización del Estado está fundamentada en la independencia, separación, coordinación y cooperación de estos órganos.
- II. Son funciones estatales la de Control, la de Defensa de la Sociedad y la de Defensa del Estado.
- III. Las funciones de los órganos públicos no pueden ser reunidas en un solo órgano ni son delegables entre sí.

TÍTULO II

DERECHOS FUNDAMENTALES Y GARANTÍAS

CAPÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 13.



- I. Los derechos reconocidos por esta Constitución son inviolables, universales, interdependientes,

indivisibles y progresivos. El Estado tiene el deber de promoverlos, protegerlos y respetarlos.

- II. Los derechos que proclama esta Constitución no serán entendidos como negación de otros derechos no enunciados.
- III. La clasificación de los derechos establecida en esta Constitución no determina jerarquía alguna ni superioridad de unos derechos sobre otros.
- IV. Los tratados y convenios internacionales ratificados por la Asamblea Legislativa Plurinacional, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los Estados de Excepción prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta Constitución se interpretarán de conformidad con los Tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Bolivia.

Artículo 14.



- I. Todo ser humano tiene personalidad y capacidad jurídica con arreglo a las leyes y goza de los derechos reconocidos por esta Constitución, sin distinción alguna.
- II. El Estado prohíbe y sanciona toda forma de discriminación fundada en razón de sexo, color, edad, orientación sexual, identidad de género, origen, cultura, nacionalidad, ciudadanía, idioma, credo religioso, ideología, filiación política o filosófica, estado civil, condición económica o social, tipo de ocupación, grado de instrucción, discapacidad, embarazo, u otras que tengan por objetivo o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos de toda persona.
- III. El Estado garantiza a todas las personas y colectividades, sin discriminación alguna, el libre y eficaz ejercicio de los derechos establecidos en esta Constitución, las leyes y los tratados internacionales de derechos humanos.
- IV. En el ejercicio de los derechos, nadie será obligado a hacer lo que la Constitución y las leyes no manden, ni a privarse de lo que éstas no prohíban.
- V. Las leyes bolivianas se aplican a todas las personas, naturales o jurídicas, bolivianas o extranjeras, en el territorio boliviano.
- VI. Las extranjeras y los extranjeros en el territorio boliviano tienen los derechos y deben cumplir los deberes establecidos en la Constitución, salvo las restricciones que ésta contenga.

CAPÍTULO SEGUNDO

DERECHOS FUNDAMENTALES

Artículo 15.



- I. Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual. Nadie será torturado, ni sufrirá tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes. No existe la pena de muerte.
- II. Todas las personas, en particular las mujeres, tienen derecho a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad.
- III. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar la violencia de género y generacional, así como toda acción u omisión que tenga por objeto degradar la condición humana, causar muerte, dolor y sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como privado.
- IV. Ninguna persona podrá ser sometida a desaparición forzada por causa o circunstancia alguna.

- V. Ninguna persona podrá ser sometida a servidumbre ni esclavitud. Se prohíbe la trata y tráfico de personas.

Artículo 16.



- I. Toda persona tiene derecho al agua y a la alimentación.
- II. El Estado tiene la obligación de garantizar la seguridad alimentaria, a través de una alimentación sana, adecuada y suficiente para toda la población.

Artículo 17.



Toda persona tiene derecho a recibir educación en todos los niveles de manera universal, productiva, gratuita, integral e intercultural, sin discriminación.

Artículo 18.



- I. Todas las personas tienen derecho a la salud.
- II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.
- III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Artículo 19.



- I. Toda persona tiene derecho a un hábitat y vivienda adecuada, que dignifiquen la vida familiar y comunitaria.
- II. El Estado, en todos sus niveles de gobierno, promoverá planes de vivienda de interés social, mediante sistemas adecuados de financiamiento, basándose en los principios de solidaridad y equidad. Estos planes se destinarán preferentemente a familias de escasos recursos, a grupos menos favorecidos y al área rural.

Artículo 20.



- I. Toda persona tiene derecho al acceso universal y equitativo a los servicios básicos de agua potable, alcantarillado, electricidad, gas domiciliario, postal y telecomunicaciones.
- II. Es responsabilidad del Estado, en todos sus niveles de gobierno, la provisión de los servicios básicos a través de entidades públicas, mixtas, cooperativas o comunitarias. En los casos de electricidad, gas domiciliario y telecomunicaciones se podrá prestar el servicio mediante contratos con la empresa privada. La provisión de servicios debe responder a los criterios de universalidad, responsabilidad, accesibilidad, continuidad, calidad, eficiencia, eficacia, tarifas equitativas y cobertura necesaria; con participación y control social.
- III. El acceso al agua y alcantarillado constituyen derechos humanos, no son objeto de concesión ni privatización y están sujetos a régimen de licencias y registros, conforme a ley.

CAPÍTULO TERCERO

DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS

SECCIÓN I

DERECHOS CIVILES

Artículo 21.



Las bolivianas y los bolivianos tienen los siguientes derechos:

1. A la autoidentificación cultural.
2. A la privacidad, intimidad, honra, honor, propia imagen y dignidad.
3. A la libertad de pensamiento, espiritualidad, religión y culto, expresados en forma individual o colectiva, tanto en público como en privado, con fines lícitos.
4. A la libertad de reunión y asociación, en forma pública y privada, con fines lícitos.
5. A expresar y difundir libremente pensamientos u opiniones por cualquier medio de comunicación, de forma oral, escrita o visual, individual o colectiva.
6. A acceder a la información, interpretarla, analizarla y comunicarla libremente, de manera individual o colectiva.
7. A la libertad de residencia, permanencia y circulación en todo el territorio boliviano, que incluye la salida e ingreso del país.

Artículo 22.



La dignidad y la libertad de la persona son inviolables. Respetarlas y protegerlas es deber primordial del Estado.

Artículo 23.



- I. Toda persona tiene derecho a la libertad y seguridad personal. La libertad personal sólo podrá ser restringida en los límites señalados por la ley, para asegurar el descubrimiento de la verdad histórica en la actuación de las instancias jurisdiccionales.
- II. Se evitará la imposición a los adolescentes de medidas privativas de libertad. Todo adolescente que se encuentre privado de libertad recibirá atención preferente por parte de las autoridades judiciales, administrativas y policiales. Éstas deberán asegurar en todo momento el respeto a su dignidad y la reserva de su identidad. La detención deberá cumplirse en recintos distintos de los asignados para los adultos, teniendo en cuenta las necesidades propias de su edad.
- III. Nadie podrá ser detenido, aprehendido o privado de su libertad, salvo en los casos y según las formas establecidas por la ley. La ejecución del mandamiento requerirá que éste emane de autoridad competente y que sea emitido por escrito.
- IV. Toda persona que sea encontrada en delito flagrante podrá ser aprehendida por cualquier otra persona, aun sin mandamiento. El único objeto de la aprehensión será su conducción ante autoridad judicial competente, quien deberá resolver su situación jurídica en el plazo máximo de veinticuatro horas.
- V. En el momento en que una persona sea privada de su libertad, será informada de los motivos por los que se procede a su detención, así como de la denuncia o querrela formulada en su contra.
- VI. Los responsables de los centros de reclusión deberán llevar el registro de personas privadas de libertad. No recibirán a ninguna persona sin copiar en su registro el mandamiento correspondiente. Su

incumplimiento dará lugar al procesamiento y sanciones que señale la ley.

Artículo 24.



Toda persona tiene derecho a la petición de manera individual o colectiva, sea oral o escrita, y a la obtención de respuesta formal y pronta. Para el ejercicio de este derecho no se exigirá más requisito que la identificación del peticionario.

Artículo 25.



- I. Toda persona tiene derecho a la inviolabilidad de su domicilio y al secreto de las comunicaciones privadas en todas sus formas, salvo autorización judicial.
- II. Son inviolables la correspondencia, los papeles privados y las manifestaciones privadas contenidas en cualquier soporte, éstos no podrán ser incautados salvo en los casos determinados por la ley para la investigación penal, en virtud de orden escrita y motivada de autoridad judicial competente.
- III. Ni la autoridad pública, ni persona u organismo alguno podrán interceptar conversaciones o comunicaciones privadas mediante instalación que las controle o centralice.
- IV. La información y prueba obtenidas con violación de correspondencia y comunicaciones en cualquiera de sus formas no producirán efecto legal.

SECCIÓN II

DERECHOS POLÍTICOS

Artículo 26.



- I. Todas las ciudadanas y los ciudadanos tienen derecho a participar libremente en la formación, ejercicio y control del poder político, directamente o por medio de sus representantes, y de manera individual o colectiva. La participación será equitativa y en igualdad de condiciones entre hombres y mujeres.
- II. El derecho a la participación comprende:
 1. La organización con fines de participación política, conforme a la Constitución y a la ley.
 2. El sufragio, mediante voto igual, universal, directo, individual, secreto, libre y obligatorio, escrutado públicamente. El sufragio se ejercerá a partir de los dieciocho años cumplidos.
 3. Donde se practique la democracia comunitaria, los procesos electorales se ejercerán según normas y procedimientos propios, supervisados por el Órgano Electoral, siempre y cuando el acto electoral no esté sujeto al voto igual, universal, directo, secreto, libre y obligatorio.
 4. La elección, designación y nominación directa de los representantes de las naciones y pueblos indígena originario campesinos, de acuerdo con sus normas y procedimientos propios.
 5. La fiscalización de los actos de la función pública.

Artículo 27.



- I. Las bolivianas y los bolivianos residentes en el exterior tienen derecho a participar en las elecciones a la Presidencia y Vicepresidencia del Estado, y en las demás señaladas por la ley. El derecho se ejercerá a través del registro y empadronamiento realizado por el Órgano Electoral.

- II. Las extranjeras y los extranjeros residentes en Bolivia tienen derecho a sufragar en las elecciones municipales, conforme a la ley, aplicando principios de reciprocidad internacional.

Artículo 28.



El ejercicio de los derechos políticos se suspende en los siguientes casos, previa sentencia ejecutoriada mientras la pena no haya sido cumplida:

1. Por tomar armas y prestar servicio en fuerzas armadas enemigas en tiempos de guerra.
2. Por defraudación de recursos públicos.
3. Por traición a la patria.

Artículo 29.



- I. Se reconoce a las extranjeras y los extranjeros el derecho a pedir y recibir asilo o refugio por persecución política o ideológica, de conformidad con las leyes y los tratados internacionales.
- II. Toda persona a quien se haya otorgado en Bolivia asilo o refugio no será expulsada o entregada a un país donde su vida, integridad, seguridad o libertad peligran. El Estado atenderá de manera positiva, humanitaria y expedita las solicitudes de reunificación familiar que se presenten por padres o hijos asilados o refugiados.

CAPÍTULO CUARTO

DERECHOS DE LAS NACIONES Y PUEBLOS INDÍGENA ORIGINARIO CAMPESINOS

Artículo 30.



- I. Es nación y pueblo indígena originario campesino toda la colectividad humana que comparta identidad cultural, idioma, tradición histórica, instituciones, territorialidad y cosmovisión, cuya existencia es anterior a la invasión colonial española.
- II. En el marco de la unidad del Estado y de acuerdo con esta Constitución las naciones y pueblos indígena originario campesinos gozan de los siguientes derechos:
 1. A existir libremente.
 2. A su identidad cultural, creencia religiosa, espiritualidades, prácticas y costumbres, y a su propia cosmovisión.
 3. A que la identidad cultural de cada uno de sus miembros, si así lo desea, se inscriba junto a la ciudadanía boliviana en su cédula de identidad, pasaporte u otros documentos de identificación con validez legal.
 4. A la libre determinación y territorialidad.
 5. A que sus instituciones sean parte de la estructura general del Estado.
 6. A la titulación colectiva de tierras y territorios.
 7. A la protección de sus lugares sagrados.
 8. A crear y administrar sistemas, medios y redes de comunicación propios.

9. A que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados.
 10. A vivir en un medio ambiente sano, con manejo y aprovechamiento adecuado de los ecosistemas.
 11. A la propiedad intelectual colectiva de sus saberes, ciencias y conocimientos, así como a su valoración, uso, promoción y desarrollo.
 12. A una educación intracultural, intercultural y plurilingüe en todo el sistema educativo.
 13. Al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales.
 14. Al ejercicio de sus sistemas políticos, jurídicos y económicos acorde a su cosmovisión.
 15. A ser consultados mediante procedimientos apropiados, y en particular a través de sus instituciones, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles. En este marco, se respetará y garantizará el derecho a la consulta previa obligatoria, realizada por el Estado, de buena fe y concertada, respecto a la explotación de los recursos naturales no renovables en el territorio que habitan.
 16. A la participación en los beneficios de la explotación de los recursos naturales en sus territorios.
 17. A la gestión territorial indígena autónoma, y al uso y aprovechamiento exclusivo de los recursos naturales renovables existentes en su territorio sin perjuicio de los derechos legítimamente adquiridos por terceros.
 18. A la participación en los órganos e instituciones del Estado.
- III. El Estado garantiza, respeta y protege los derechos de las naciones y pueblos indígena originario campesinos consagrados en esta Constitución y la ley.

Artículo 31.



- I. Las naciones y pueblos indígena originarios en peligro de extinción, en situación de aislamiento voluntario y no contactados, serán protegidos y respetados en sus formas de vida individual y colectiva.
- II. Las naciones y pueblos indígenas en aislamiento y no contactados gozan del derecho a mantenerse en esa condición, a la delimitación y consolidación legal del territorio que ocupan y habitan.

Artículo 32.



El pueblo afroboliviano goza, en todo lo que corresponda, de los derechos económicos, sociales, políticos y culturales reconocidos en la Constitución para las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

CAPÍTULO QUINTO

DERECHOS SOCIALES Y ECONÓMICOS

SECCIÓN I

DERECHO AL MEDIO AMBIENTE

Artículo 33.



Las personas tienen derecho a un medio ambiente saludable, protegido y equilibrado. El ejercicio de este

derecho debe permitir a los individuos y colectividades de las presentes y futuras generaciones, además de otros seres vivos, desarrollarse de manera normal y permanente.

Artículo 34.



Cualquier persona, a título individual o en representación de una colectividad, está facultada para ejercitar las acciones legales en defensa del derecho al medio ambiente, sin perjuicio de la obligación de las instituciones públicas de actuar de oficio frente a los atentados contra el medio ambiente.

SECCIÓN II

DERECHO A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL

Artículo 35.



- I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.
- II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 36.



- I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.
- II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Artículo 37.



El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Artículo 38.



- I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados.
- II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.

Artículo 39.



- I. El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley.
- II. La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.

Artículo 40.



El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.

Artículo 41.



- I. El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos.
- II. El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación.
- III. El derecho a acceder a los medicamentos no podrá ser restringido por los derechos de propiedad intelectual y comercialización, y contemplará estándares de calidad y primera generación.

Artículo 42.



- I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
- II. La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
- III. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.

Artículo 43.



La ley regulará las donaciones o trasplantes de células, tejidos u órganos bajo los principios de humanidad, solidaridad, oportunidad, gratuidad y eficiencia.

Artículo 44.



- I. Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida.
- II. Ninguna persona será sometida a experimentos científicos sin su consentimiento.

Artículo 45.



- I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social.
- II. La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social.
- III. El régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales.
- IV. El Estado garantiza el derecho a la jubilación, con carácter universal, solidario y equitativo.
- V. Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatal y posnatal.
- VI. Los servicios de seguridad social pública no podrán ser privatizados ni concesionados.

SECCIÓN III

DERECHO AL TRABAJO Y AL EMPLEO

Artículo 46.



- I. Toda persona tiene derecho:
 1. Al trabajo digno, con seguridad industrial, higiene y salud ocupacional, sin discriminación, y con remuneración o salario justo, equitativo y satisfactorio, que le asegure para sí y su familia una existencia digna.
 2. A una fuente laboral estable, en condiciones equitativas y satisfactorias.
- II. El Estado protegerá el ejercicio del trabajo en todas sus formas.
- III. Se prohíbe toda forma de trabajo forzoso u otro modo análogo de explotación que obligue a una persona a realizar labores sin su consentimiento y justa retribución.

Artículo 47.



- I. Toda persona tiene derecho a dedicarse al comercio, la industria o a cualquier actividad económica lícita, en condiciones que no perjudiquen al bien colectivo.
- II. Las trabajadoras y los trabajadores de pequeñas unidades productivas urbanas o rurales, por cuenta propia, y gremialistas en general, gozarán por parte del Estado de un régimen de protección especial, mediante una política de intercambio comercial equitativo y de precios justos para sus productos, así como la asignación preferente de recursos económicos financieros para incentivar su producción.
- III. El Estado protegerá, fomentará y fortalecerá las formas comunitarias de producción.

Artículo 48.



- I. Las disposiciones sociales y laborales son de cumplimiento obligatorio.
- II. Las normas laborales se interpretarán y aplicarán bajo los principios de protección de las trabajadoras y de los trabajadores como principal fuerza productiva de la sociedad; de primacía de la relación laboral; de continuidad y estabilidad laboral; de no discriminación y de inversión de la prueba a favor de la trabajadora y del trabajador.
- III. Los derechos y beneficios reconocidos en favor de las trabajadoras y los trabajadores no pueden renunciarse, y son nulas las convenciones contrarias o que tiendan a burlar sus efectos.
- IV. Los salarios o sueldos devengados, derechos laborales, beneficios sociales y aportes a la seguridad social no pagados tienen privilegio y preferencia sobre cualquier otra acreencia, y son inembargables e imprescriptibles.
- V. El Estado promoverá la incorporación de las mujeres al trabajo y garantizará la misma remuneración que a los hombres por un trabajo de igual valor, tanto en el ámbito público como en el privado.
- VI. Las mujeres no podrán ser discriminadas o despedidas por su estado civil, situación de embarazo, edad, rasgos físicos o número de hijas o hijos. Se garantiza la inamovilidad laboral de las mujeres en estado de embarazo, y de los progenitores, hasta que la hija o el hijo cumpla un año de edad.
- VII. El Estado garantizará la incorporación de las jóvenes y los jóvenes en el sistema productivo, de acuerdo

con su capacitación y formación.

Artículo 49.



- I. Se reconoce el derecho a la negociación colectiva.
- II. La ley regulará las relaciones laborales relativas a contratos y convenios colectivos; salarios mínimos generales, sectoriales e incrementos salariales; reincorporación; descansos remunerados y feriados; cómputo de antigüedad, jornada laboral, horas extra, recargo nocturno, dominicales; aguinaldos, bonos, primas u otros sistemas de participación en las utilidades de la empresa; indemnizaciones y desahucios; maternidad laboral; capacitación y formación profesional, y otros derechos sociales.
- III. El Estado protegerá la estabilidad laboral. Se prohíbe el despido injustificado y toda forma de acoso laboral. La ley determinará las sanciones correspondientes.

Artículo 50.



El Estado, mediante tribunales y organismos administrativos especializados, resolverá todos los conflictos emergentes de las relaciones laborales entre empleadores y trabajadores, incluidos los de la seguridad industrial y los de la seguridad social.

Artículo 51.



- I. Todas las trabajadoras y los trabajadores tienen derecho a organizarse en sindicatos de acuerdo con la ley.
- II. El Estado respetará los principios sindicales de unidad, democracia sindical, pluralismo político, autosostenimiento, solidaridad e internacionalismo.
- III. Se reconoce y garantiza la sindicalización como medio de defensa, representación, asistencia, educación y cultura de las trabajadoras y los trabajadores del campo y de la ciudad.
- IV. El Estado respetará la independencia ideológica y organizativa de los sindicatos. Los sindicatos gozarán de personalidad jurídica por el solo hecho de organizarse y ser reconocidos por sus entidades matrices.
- V. El patrimonio tangible e intangible de las organizaciones sindicales es inviolable, inembargable e indelegable.
- VI. Las dirigentas y los dirigentes sindicales gozan de fuero sindical, no se les despedirá hasta un año después de la finalización de su gestión y no se les disminuirán sus derechos sociales, ni se les someterá a persecución ni privación de libertad por actos realizados en el cumplimiento de su labor sindical.
- VII. Las trabajadoras y los trabajadores por cuenta propia tienen el derecho a organizarse para la defensa de sus intereses.

Artículo 52.



- I. Se reconoce y garantiza el derecho a la libre asociación empresarial.
- II. El Estado garantizará el reconocimiento de la personalidad jurídica de las asociaciones empresariales, así como las formas democráticas organizativas empresariales, de acuerdo con sus propios estatutos.
- III. El Estado reconoce las instituciones de capacitación de las organizaciones empresariales.

IV. El patrimonio de las organizaciones empresariales, tangible e intangible, es inviolable e inembargable.

Artículo 53.



Se garantiza el derecho a la huelga como el ejercicio de la facultad legal de las trabajadoras y los trabajadores de suspender labores para la defensa de sus derechos, de acuerdo con la ley.

Artículo 54.



- I. Es obligación del Estado establecer políticas de empleo que eviten la desocupación y la subocupación, con la finalidad de crear, mantener y generar condiciones que garanticen a las trabajadoras y los trabajadores posibilidades de ocupación laboral digna y de remuneración justa.
- II. Es deber del Estado y de la sociedad la protección y defensa del aparato industrial y de los servicios estatales.
- III. Las trabajadoras y los trabajadores, en defensa de sus fuentes de trabajo y en resguardo del interés social podrán, de acuerdo con la ley, reactivar y reorganizar empresas en proceso de quiebra, concurso o liquidación, cerradas o abandonadas de forma injustificada, y conformarán empresas comunitarias o sociales. El Estado podrá coadyuvar a la acción de las trabajadoras y los trabajadores.

Artículo 55.



El sistema cooperativo se sustenta en los principios de solidaridad, igualdad, reciprocidad, equidad en la distribución, finalidad social, y no lucro de sus asociados. El Estado fomentará y regulará la organización de cooperativas mediante la ley.

SECCIÓN IV

DERECHO A LA PROPIEDAD

Artículo 56.



- I. Toda persona tiene derecho a la propiedad privada individual o colectiva, siempre que ésta cumpla una función social.
- II. Se garantiza la propiedad privada siempre que el uso que se haga de ella no sea perjudicial al interés colectivo.
- III. Se garantiza el derecho a la sucesión hereditaria.

Artículo 57.



La expropiación se impondrá por causa de necesidad o utilidad pública, calificada conforme con la ley y previa indemnización justa. La propiedad inmueble urbana no está sujeta a reversión.

SECCIÓN V

DERECHOS DE LA NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Artículo 58.



Se considera niña, niño o adolescente a toda persona menor de edad. Las niñas, niños y adolescentes son titulares de los derechos reconocidos en la Constitución, con los límites establecidos en ésta, y de los derechos específicos inherentes a su proceso de desarrollo; a su identidad étnica, sociocultural, de género y

generacional; y a la satisfacción de sus necesidades, intereses y aspiraciones.

Artículo 59.



- I. Toda niña, niño y adolescente tiene derecho a su desarrollo integral.
- II. Toda niña, niño y adolescente tiene derecho a vivir y a crecer en el seno de su familia de origen o adoptiva. Cuando ello no sea posible, o sea contrario a su interés superior, tendrá derecho a una familia sustituta, de conformidad con la ley.
- III. Todas las niñas, niños y adolescentes, sin distinción de su origen, tienen iguales derechos y deberes respecto a sus progenitores. La discriminación entre hijos por parte de los progenitores será sancionada por la ley.
- IV. Toda niña, niño y adolescente tiene derecho a la identidad y la filiación respecto a sus progenitores. Cuando no se conozcan los progenitores, utilizarán el apellido convencional elegido por la persona responsable de su cuidado.
- V. El Estado y la sociedad garantizarán la protección, promoción y activa participación de las jóvenes y los jóvenes en el desarrollo productivo, político, social, económico y cultural, sin discriminación alguna, de acuerdo con la ley.

Artículo 60.



Es deber del Estado, la sociedad y la familia garantizar la prioridad del interés superior de la niña, niño y adolescente, que comprende la preeminencia de sus derechos, la primacía en recibir protección y socorro en cualquier circunstancia, la prioridad en la atención de los servicios públicos y privados, y el acceso a una administración de justicia pronta, oportuna y con asistencia de personal especializado.

Artículo 61.



- I. Se prohíbe y sanciona toda forma de violencia contra las niñas, niños y adolescentes, tanto en la familia como en la sociedad.
- II. Se prohíbe el trabajo forzado y la explotación infantil. Las actividades que realicen las niñas, niños y adolescentes en el marco familiar y social estarán orientadas a su formación integral como ciudadanas y ciudadanos, y tendrán una función formativa. Sus derechos, garantías y mecanismos institucionales de protección serán objeto de regulación especial.

SECCIÓN VI

DERECHOS DE LAS FAMILIAS

Artículo 62.



El Estado reconoce y protege a las familias como el núcleo fundamental de la sociedad, y garantizará las condiciones sociales y económicas necesarias para su desarrollo integral. Todos sus integrantes tienen igualdad de derechos, obligaciones y oportunidades.

Artículo 63.



- I. El matrimonio entre una mujer y un hombre se constituye por vínculos jurídicos y se basa en la igualdad de derechos y deberes de los cónyuges.
- II. Las uniones libres o de hecho que reúnan condiciones de estabilidad y singularidad, y sean mantenidas

entre una mujer y un hombre sin impedimento legal, producirán los mismos efectos que el matrimonio civil, tanto en las relaciones personales y patrimoniales de los convivientes como en lo que respecta a las hijas e hijos adoptados o nacidos de aquéllas.

Artículo 64.



- I. Los cónyuges o convivientes tienen el deber de atender, en igualdad de condiciones y mediante el esfuerzo común, el mantenimiento y responsabilidad del hogar, la educación y formación integral de las hijas e hijos mientras sean menores o tengan alguna discapacidad.
- II. El Estado protegerá y asistirá a quienes sean responsables de las familias en el ejercicio de sus obligaciones.

Artículo 65.



En virtud del interés superior de las niñas, niños y adolescentes y de su derecho a la identidad, la presunción de filiación se hará valer por indicación de la madre o el padre. Esta presunción será válida salvo prueba en contrario a cargo de quien niegue la filiación. En caso de que la prueba niegue la presunción, los gastos incurridos corresponderán a quien haya indicado la filiación.

Artículo 66.



Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.

SECCIÓN VII

DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Artículo 67.



- I. Además de los derechos reconocidos en esta Constitución, todas las personas adultas mayores tienen derecho a una vejez digna, con calidad y calidez humana.
- II. El Estado proveerá una renta vitalicia de vejez, en el marco del sistema de seguridad social integral, de acuerdo con la ley.

Artículo 68.



- I. El Estado adoptará políticas públicas para la protección, atención, recreación, descanso y ocupación social de las personas adultas mayores, de acuerdo con sus capacidades y posibilidades.
- II. Se prohíbe y sanciona toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación a las personas adultas mayores.

Artículo 69.



Los Beneméritos de la Patria merecerán gratitud y respeto de las instituciones públicas, privadas y de la población en general, serán considerados héroes y defensores de Bolivia y recibirán del Estado una pensión vitalicia, de acuerdo con la ley.

SECCIÓN VIII

DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



Artículo 70.

Toda persona con discapacidad goza de los siguientes derechos:

1. A ser protegido por su familia y por el Estado.
2. A una educación y salud integral gratuita.
3. A la comunicación en lenguaje alternativo.
4. A trabajar en condiciones adecuadas, de acuerdo a sus posibilidades y capacidades, con una remuneración justa que le asegure una vida digna.
5. Al desarrollo de sus potencialidades individuales.



Artículo 71.

- I. Se prohibirá y sancionará cualquier tipo de discriminación, maltrato, violencia y explotación a toda persona con discapacidad.
- II. El Estado adoptará medidas de acción positiva para promover la efectiva integración de las personas con discapacidad en el ámbito productivo, económico, político, social y cultural, sin discriminación alguna.
- III. El Estado generará las condiciones que permitan el desarrollo de las potencialidades individuales de las personas con discapacidad.



Artículo 72.

El Estado garantizará a las personas con discapacidad los servicios integrales de prevención y rehabilitación, así como otros beneficios que se establezcan en la ley.

SECCIÓN IX

DERECHOS DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

Artículo 73.



- I. Toda persona sometida a cualquier forma de privación de libertad será tratada con el debido respeto a la dignidad humana.
- II. Todas las personas privadas de libertad tienen derecho a comunicarse libremente con su defensor, intérprete, familiares y personas allegadas. Se prohíbe la incomunicación. Toda limitación a la comunicación sólo podrá tener lugar en el marco de investigaciones por comisión de delitos, y durará el tiempo máximo de veinticuatro horas.

Artículo 74.



- I. Es responsabilidad del Estado la reinserción social de las personas privadas de libertad, velar por el respeto de sus derechos, y su retención y custodia en un ambiente adecuado, de acuerdo a la clasificación, naturaleza y gravedad del delito, así como la edad y el sexo de las personas retenidas.
- II. Las personas privadas de libertad tendrán la oportunidad de trabajar y estudiar en los centros penitenciarios.

SECCIÓN X

DERECHOS DE LAS USUARIAS Y LOS USUARIOS Y DE LAS CONSUMIDORAS Y LOS CONSUMIDORES

Artículo 75.



Las usuarias y los usuarios y las consumidoras y los consumidores gozan de los siguientes derechos:

1. Al suministro de alimentos, fármacos y productos en general, en condiciones de inocuidad, calidad, y cantidad disponible adecuada y suficiente, con prestación eficiente y oportuna del suministro.
2. A la información fidedigna sobre las características y contenidos de los productos que consuman y servicios que utilicen.

Artículo 76.



- I. El Estado garantiza el acceso a un sistema de transporte integral en sus diversas modalidades. La ley determinará que el sistema de transporte sea eficiente y eficaz, y que genere beneficios a los usuarios y a los proveedores.
- II. No podrán existir controles aduaneros, retenes ni puestos de control de ninguna naturaleza en el territorio boliviano, con excepción de los que hayan sido creados por la ley.

CAPÍTULO SEXTO

EDUCACIÓN, INTERCULTURALIDAD Y DERECHOS CULTURALES

SECCIÓN I

EDUCACIÓN

Artículo 77.



- I. La educación constituye una función suprema y primera responsabilidad financiera del Estado, que tiene la obligación indeclinable de sostenerla, garantizarla y gestionarla.
- II. El Estado y la sociedad tienen tuición plena sobre el sistema educativo, que comprende la educación regular, la alternativa y especial, y la educación superior de formación profesional. El sistema educativo desarrolla sus procesos sobre la base de criterios de armonía y coordinación.
- III. El sistema educativo está compuesto por las instituciones educativas fiscales, instituciones educativas privadas y de convenio.

Artículo 78.



- I. La educación es unitaria, pública, universal, democrática, participativa, comunitaria, descolonizadora y de calidad.
- II. La educación es intracultural, intercultural y plurilingüe en todo el sistema educativo.
- III. El sistema educativo se fundamenta en una educación abierta, humanista, científica, técnica y tecnológica, productiva, territorial, teórica y práctica, liberadora y revolucionaria, crítica y solidaria.
- IV. El Estado garantiza la educación vocacional y la enseñanza técnica humanística, para hombres y

mujeres, relacionada con la vida, el trabajo y el desarrollo productivo.

Artículo 79.



La educación fomentará el civismo, el diálogo intercultural y los valores ético morales. Los valores incorporarán la equidad de género, la no diferencia de roles, la no violencia y la vigencia plena de los derechos humanos.

Artículo 80.



- I. La educación tendrá como objetivo la formación integral de las personas y el fortalecimiento de la conciencia social crítica en la vida y para la vida. La educación estará orientada a la formación individual y colectiva; al desarrollo de competencias, aptitudes y habilidades físicas e intelectuales que vincule la teoría con la práctica productiva; a la conservación y protección del medio ambiente, la biodiversidad y el territorio para el vivir bien. Su regulación y cumplimiento serán establecidos por la ley.
- II. La educación contribuirá al fortalecimiento de la unidad e identidad de todas y todos como parte del Estado Plurinacional, así como a la identidad y desarrollo cultural de los miembros de cada nación o pueblo indígena originario campesino, y al entendimiento y enriquecimiento intercultural dentro del Estado.

Artículo 81.



- I. La educación es obligatoria hasta el bachillerato.
- II. La educación fiscal es gratuita en todos sus niveles hasta el superior.
- III. A la culminación de los estudios del nivel secundario se otorgará el diploma de bachiller, con carácter gratuito e inmediato.

Artículo 82.



- I. El Estado garantizará el acceso a la educación y la permanencia de todas las ciudadanas y los ciudadanos en condiciones de plena igualdad.
- II. El Estado apoyará con prioridad a los estudiantes con menos posibilidades económicas para que accedan a los diferentes niveles del sistema educativo, mediante recursos económicos, programas de alimentación, vestimenta, transporte, material escolar; y en áreas dispersas, con residencias estudiantiles, de acuerdo con la ley.
- III. Se estimulará con becas a estudiantes de excelente aprovechamiento en todos los niveles del sistema educativo. Toda niña, niño y adolescente con talento natural destacado tiene derecho a ser atendido educativamente con métodos de formación y aprendizaje que le permitan el mayor desarrollo de sus aptitudes y destrezas.

Artículo 83.



Se reconoce y garantiza la participación social, la participación comunitaria y de los padres de familia en el sistema educativo, mediante organismos representativos en todos los niveles del Estado y en las naciones y pueblos indígena originario campesinos. Su composición y atribuciones estarán establecidas en la ley.

Artículo 84.



El Estado y la sociedad tienen el deber de erradicar el analfabetismo a través de programas acordes con la realidad cultural y lingüística de la población.

**Artículo 85.**

El Estado promoverá y garantizará la educación permanente de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, o con talentos extraordinarios en el aprendizaje, bajo la misma estructura, principios y valores del sistema educativo, y establecerá una organización y desarrollo curricular especial.

**Artículo 86.**

En los centros educativos se reconocerá y garantizará la libertad de conciencia y de fe y de la enseñanza de religión, así como la espiritualidad de las naciones y pueblos indígena originario campesinos, y se fomentará el respeto y la convivencia mutua entre las personas con diversas opciones religiosas, sin imposición dogmática. En estos centros no se discriminará en la aceptación y permanencia de las alumnas y los alumnos por su opción religiosa.

**Artículo 87.**

Se reconoce y respeta el funcionamiento de unidades educativas de convenio con fines de servicio social, con acceso libre y sin fines de lucro, que deberán funcionar bajo la tuición de las autoridades públicas, respetando el derecho de administración de entidades religiosas sobre dichas unidades educativas, sin perjuicio de lo establecido en disposiciones nacionales, y se regirán por las mismas normas, políticas, planes y programas del sistema educativo.

**Artículo 88.**

- I. Se reconoce y respeta el funcionamiento de unidades educativas privadas, en todos los niveles y modalidades, éstas se regirán por las políticas, planes, programas y autoridades del sistema educativo. El Estado garantiza su funcionamiento previa verificación de las condiciones y cumplimiento de los requisitos establecidos por la ley.
- II. Se respeta el derecho de las madres y padres a elegir la educación que convenga para sus hijas e hijos.

**Artículo 89.**

El seguimiento, la medición, evaluación y acreditación de la calidad educativa en todo el sistema educativo, estará a cargo de una institución pública, técnica especializada, independiente del Ministerio del ramo. Su composición y funcionamiento será determinado por la ley.

**Artículo 90.**

- I. El Estado reconocerá la vigencia de institutos de formación humanística, técnica y tecnológica, en los niveles medio y superior, previo cumplimiento de las condiciones y requisitos establecidos en la ley.
- II. El Estado promoverá la formación técnica, tecnológica, productiva, artística y lingüística, a través de institutos técnicos.
- III. El Estado, a través del sistema educativo, promoverá la creación y organización de programas educativos a distancia y populares no escolarizados, con el objetivo de elevar el nivel cultural y desarrollar la conciencia plurinacional del pueblo.

SECCIÓN II

EDUCACIÓN SUPERIOR

**Artículo 91.**

- I. La educación superior desarrolla procesos de formación profesional, de generación y divulgación de conocimientos orientados al desarrollo integral de la sociedad, para lo cual tomará en cuenta los conocimientos universales y los saberes colectivos de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
- II. La educación superior es intracultural, intercultural y plurilingüe, y tiene por misión la formación integral de recursos humanos con alta calificación y competencia profesional; desarrollar procesos de investigación científica para resolver problemas de la base productiva y de su entorno social; promover políticas de extensión e interacción social para fortalecer la diversidad científica, cultural y lingüística; participar junto a su pueblo en todos los procesos de liberación social, para construir una sociedad con mayor equidad y justicia social.
- III. La educación superior está conformada por las universidades, las escuelas superiores de formación docente, y los institutos técnicos, tecnológicos y artísticos, fiscales y privados.

Artículo 92.



- I. Las universidades públicas son autónomas e iguales en jerarquía. La autonomía consiste en la libre administración de sus recursos; el nombramiento de sus autoridades, su personal docente y administrativo; la elaboración y aprobación de sus estatutos, planes de estudio y presupuestos anuales; y la aceptación de legados y donaciones, así como la celebración de contratos, para realizar sus fines y sostener y perfeccionar sus institutos y facultades. Las universidades públicas podrán negociar empréstitos con garantía de sus bienes y recursos, previa aprobación legislativa.
- II. Las universidades públicas constituirán, en ejercicio de su autonomía, la Universidad Boliviana, que coordinará y programará sus fines y funciones mediante un organismo central, de acuerdo con un plan de desarrollo universitario.
- III. Las universidades públicas estarán autorizadas para extender diplomas académicos y títulos profesionales con validez en todo el Estado.

Artículo 93.



- I. Las universidades públicas serán obligatoria y suficientemente subvencionadas por el Estado, independientemente de sus recursos departamentales, municipales y propios, creados o por crearse.
- II. Las universidades públicas, en el marco de sus estatutos, establecerán los mecanismos de participación social de carácter consultivo, de coordinación y asesoramiento.
- III. Las universidades públicas establecerán mecanismos de rendición de cuentas y transparencia en el uso de sus recursos, a través de la presentación de estados financieros a la Asamblea Plurinacional Legislativa, a la Contraloría General y al Órgano Ejecutivo.
- IV. Las universidades públicas, en el marco de sus estatutos, establecerán programas de desconcentración académica y de interculturalidad, de acuerdo a las necesidades del Estado y de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
- V. El Estado, en coordinación con las universidades públicas, promoverá en áreas rurales la creación y el funcionamiento de universidades e institutos comunitarios pluriculturales, asegurando la participación social. La apertura y funcionamiento de dichas universidades responderá a las necesidades del fortalecimiento productivo de la región, en función de sus potencialidades.

Artículo 94.



- I. Las universidades privadas se regirán por las políticas, planes, programas y autoridades del sistema

educativo. Su funcionamiento será autorizado mediante decreto supremo, previa verificación del cumplimiento de las condiciones y requisitos establecidos por la ley.

- II. Las universidades privadas estarán autorizadas para expedir diplomas académicos. Los títulos profesionales con validez en todo el país serán otorgados por el Estado.
- III. En las universidades privadas, para la obtención de los diplomas académicos en todas las modalidades de titulación, se conformarán tribunales examinadores, que estarán integrados por docentes titulares, nombrados por las universidades públicas, en las condiciones establecidas por la ley. El Estado no subvencionará a las universidades privadas.

Artículo 95.



- I. Las universidades deberán crear y sostener centros interculturales de formación y capacitación técnica y cultural, de acceso libre al pueblo, en concordancia con los principios y fines del sistema educativo.
- II. Las universidades deberán implementar programas para la recuperación, preservación, desarrollo, aprendizaje y divulgación de las diferentes lenguas de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
- III. Las universidades promoverán centros de generación de unidades productivas, en coordinación con las iniciativas productivas comunitarias, públicas y privadas.

Artículo 96.



- I. Es responsabilidad del Estado la formación y capacitación docente para el magisterio público, a través de escuelas superiores de formación. La formación de docentes será única, fiscal, gratuita, intracultural, intercultural, plurilingüe, científica y productiva, y se desarrollará con compromiso social y vocación de servicio.
- II. Los docentes del magisterio deberán participar en procesos de actualización y capacitación pedagógica continua.
- III. Se garantiza la carrera docente y la inamovilidad del personal docente del magisterio, conforme con la ley. Los docentes gozarán de un salario digno.

Artículo 97.



La formación post-gradual en sus diferentes niveles tendrá como misión fundamental la cualificación de profesionales en diferentes áreas, a través de procesos de investigación científica y generación de conocimientos vinculados con la realidad, para coadyuvar con el desarrollo integral de la sociedad. La formación post-gradual será coordinada por una instancia conformada por las universidades del sistema educativo, de acuerdo con la ley.

SECCIÓN III

CULTURAS

Artículo 98.



- I. La diversidad cultural constituye la base esencial del Estado Plurinacional Comunitario. La interculturalidad es el instrumento para la cohesión y la convivencia armónica y equilibrada entre todos los pueblos y naciones. La interculturalidad tendrá lugar con respeto a las diferencias y en igualdad de condiciones.

- II. El Estado asumirá como fortaleza la existencia de culturas indígena originario campesinas, depositarias de saberes, conocimientos, valores, espiritualidades y cosmovisiones.
- III. Será responsabilidad fundamental del Estado preservar, desarrollar, proteger y difundir las culturas existentes en el país.

Artículo 99.



- I. El patrimonio cultural del pueblo boliviano es inalienable, inembargable e imprescriptible. Los recursos económicos que generen se regularán por la ley, para atender prioritariamente a su conservación, preservación y promoción.
- II. El Estado garantizará el registro, protección, restauración, recuperación, revitalización, enriquecimiento, promoción y difusión de su patrimonio cultural, de acuerdo con la ley.
- III. La riqueza natural, arqueológica, paleontológica, histórica, documental, y la procedente del culto religioso y del folklore, es patrimonio cultural del pueblo boliviano, de acuerdo con la ley.

Artículo 100.



- I. Es patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos las cosmovisiones, los mitos, la historia oral, las danzas, las prácticas culturales, los conocimientos y las tecnologías tradicionales. Este patrimonio forma parte de la expresión e identidad del Estado.
- II. El Estado protegerá los saberes y los conocimientos mediante el registro de la propiedad intelectual que salvaguarde los derechos intangibles de las naciones y pueblos indígena originario campesinas y las comunidades interculturales y afrobolivianas.

Artículo 101.



Las manifestaciones del arte y las industrias populares, en su componente intangible, gozarán de especial protección del Estado. Asimismo, disfrutarán de esta protección los sitios y actividades declarados patrimonio cultural de la humanidad, en su componente tangible e intangible.

Artículo 102.



El Estado registrará y protegerá la propiedad intelectual, individual y colectiva de las obras y descubrimientos de los autores, artistas, compositores, inventores y científicos, en las condiciones que determine la ley.

SECCIÓN IV

CIENCIA, TECNOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Artículo 103.



- I. El Estado garantizará el desarrollo de la ciencia y la investigación científica, técnica y tecnológica en beneficio del interés general. Se destinarán los recursos necesarios y se creará el sistema estatal de ciencia y tecnología.
- II. El Estado asumirá como política la implementación de estrategias para incorporar el conocimiento y aplicación de nuevas tecnologías de información y comunicación.
- III. El Estado, las universidades, las empresas productivas y de servicio públicas y privadas, y las naciones y pueblos indígena originario campesinos, desarrollarán y coordinarán procesos de investigación, innovación, promoción, divulgación, aplicación y transferencia de ciencia y tecnología para fortalecer la

base productiva e impulsar el desarrollo integral de la sociedad, de acuerdo con la ley.

SECCIÓN V

DEPORTE Y RECREACIÓN

Artículo 104.



Toda persona tiene derecho al deporte, a la cultura física y a la recreación. El Estado garantiza el acceso al deporte sin distinción de género, idioma, religión, orientación política, ubicación territorial, pertenencia social, cultural o de cualquier otra índole.

Artículo 105.



El Estado promoverá, mediante políticas de educación, recreación y salud pública, el desarrollo de la cultura física y de la práctica deportiva en sus niveles preventivo, recreativo, formativo y competitivo, con especial atención a las personas con discapacidad. El Estado garantizará los medios y los recursos económicos necesarios para su efectividad.

CAPÍTULO SÉPTIMO

COMUNICACIÓN SOCIAL

Artículo 106.



- I. El Estado garantiza el derecho a la comunicación y el derecho a la información.
- II. El Estado garantiza a las bolivianas y los bolivianos el derecho a la libertad de expresión, de opinión y de información, a la rectificación y a la réplica, y el derecho a emitir libremente las ideas por cualquier medio de difusión, sin censura previa.
- III. El Estado garantiza a las trabajadoras y los trabajadores de la prensa, la libertad de expresión, el derecho a la comunicación y a la información.
- IV. Se reconoce la cláusula de conciencia de los trabajadores de la información.

Artículo 107.



- I. Los medios de comunicación social deberán contribuir a la promoción de los valores éticos, morales y cívicos de las diferentes culturas del país, con la producción y difusión de programas educativos plurilingües y en lenguaje alternativo para discapacitados.
- II. La información y las opiniones emitidas a través de los medios de comunicación social deben respetar los principios de veracidad y responsabilidad. Estos principios se ejercerán mediante las normas de ética y de autorregulación de las organizaciones de periodistas y medios de comunicación y su ley.
- III. Los medios de comunicación social no podrán conformar, de manera directa o indirecta, monopolios u oligopolios.
- IV. El Estado apoyará la creación de medios de comunicación comunitarios en igualdad de condiciones y oportunidades.

TÍTULO III

DEBERES



Artículo 108.

Son deberes de las bolivianas y los bolivianos:

1. Conocer, cumplir y hacer cumplir la Constitución y las leyes.
2. Conocer, respetar y promover los derechos reconocidos en la Constitución.
3. Promover y difundir la práctica de los valores y principios que proclama la Constitución.
4. Defender, promover y contribuir al derecho a la paz y fomentar la cultura de paz.
5. Trabajar, según su capacidad física e intelectual, en actividades lícitas y socialmente útiles.
6. Formarse en el sistema educativo hasta el bachillerato.
7. Tributar en proporción a su capacidad económica, conforme con la ley.
8. Denunciar y combatir todos los actos de corrupción.
9. Asistir, alimentar y educar a las hijas e hijos.
10. Asistir, proteger y socorrer a sus ascendientes.
11. Socorrer con todo el apoyo necesario, en casos de desastres naturales y otras contingencias.
12. Prestar el servicio militar, obligatorio para los varones.
13. Defender la unidad, la soberanía y la integridad territorial de Bolivia, y respetar sus símbolos y valores.
14. Resguardar, defender y proteger el patrimonio natural, económico y cultural de Bolivia.
15. Proteger y defender los recursos naturales y contribuir a su uso sustentable, para preservar los derechos de las futuras generaciones.
16. Proteger y defender un medio ambiente adecuado para el desarrollo de los seres vivos.

TÍTULO IV

GARANTÍAS JURISDICCIONALES Y ACCIONES DE DEFENSA

CAPÍTULO PRIMERO

GARANTÍAS JURISDICCIONALES

Artículo 109.



- I. Todos los derechos reconocidos en la Constitución son directamente aplicables y gozan de iguales garantías para su protección.
- II. Los derechos y sus garantías sólo podrán ser regulados por la ley.

Artículo 110.



- I. Las personas que vulneren derechos constitucionales quedan sujetas a la jurisdicción y competencia de

las autoridades bolivianas.

- II. La vulneración de los derechos constitucionales hace responsables a sus autores intelectuales y materiales.
- III. Los atentados contra la seguridad personal hacen responsables a sus autores inmediatos, sin que pueda servirles de excusa el haberlos cometido por orden superior.

Artículo 111.



Los delitos de genocidio, de lesa humanidad, de traición a la patria, crímenes de guerra son imprescriptibles.

Artículo 112.



Los delitos cometidos por servidores públicos que atenten contra el patrimonio del Estado y causen grave daño económico, son imprescriptibles y no admiten régimen de inmunidad.

Artículo 113.



- I. La vulneración de los derechos concede a las víctimas el derecho a la indemnización, reparación y resarcimiento de daños y perjuicios en forma oportuna.
- II. En caso de que el Estado sea condenado a la reparación patrimonial de daños y perjuicios, deberá interponer la acción de repetición contra la autoridad o servidor público responsable de la acción u omisión que provocó el daño.

Artículo 114.



- I. Queda prohibida toda forma de tortura, desaparición, confinamiento, coacción, exacción o cualquier forma de violencia física o moral. Las servidoras públicas y los servidores públicos o las autoridades públicas que las apliquen, instiguen o consientan, serán destituidas y destituidos, sin perjuicio de las sanciones determinadas por la ley.
- II. Las declaraciones, acciones u omisiones obtenidas o realizadas mediante el empleo de tortura, coacción, exacción o cualquier forma de violencia, son nulas de pleno derecho.

Artículo 115.



- I. Toda persona será protegida oportuna y efectivamente por los jueces y tribunales en el ejercicio de sus derechos e intereses legítimos.
- II. El Estado garantiza el derecho al debido proceso, a la defensa y a una justicia plural, pronta, oportuna, gratuita, transparente y sin dilaciones.

Artículo 116.



- I. Se garantiza la presunción de inocencia. Durante el proceso, en caso duda sobre la norma aplicable, regirá la más favorable al imputado o procesado.
- II. Cualquier sanción debe fundarse en una ley anterior al hecho punible.

Artículo 117.



- I. Ninguna persona puede ser condenada sin haber sido oída y juzgada previamente en un debido

proceso. Nadie sufrirá sanción penal que no haya sido impuesta por autoridad judicial competente en sentencia ejecutoriada.

- II. Nadie será procesado ni condenado más de una vez por el mismo hecho. La rehabilitación en sus derechos restringidos será inmediata al cumplimiento de su condena.
- III. No se impondrá sanción privativa de libertad por deudas u obligaciones patrimoniales, excepto en los casos establecidos por la ley.

Artículo 118.



- I. Está prohibida la infamia, la muerte civil y el confinamiento.
- II. La máxima sanción penal será de treinta años de privación de libertad, sin derecho a indulto.
- III. El cumplimiento de las sanciones privativas de libertad y las medidas de seguridad están orientadas a la educación, habilitación e inserción social de los condenados, con respeto a sus derechos.

Artículo 119.



- I. Las partes en conflicto gozarán de igualdad de oportunidades para ejercer durante el proceso las facultades y los derechos que les asistan, sea por la vía ordinaria o por la indígena originaria campesina.
- II. Toda persona tiene derecho inviolable a la defensa. El Estado proporcionará a las personas denunciadas o imputadas una defensora o un defensor gratuito, en los casos en que éstas no cuenten con los recursos económicos necesarios.

Artículo 120.



- I. Toda persona tiene derecho a ser oída por una autoridad jurisdiccional competente, independiente e imparcial, y no podrá ser juzgada por comisiones especiales ni sometida a otras autoridades jurisdiccionales que las establecidas con anterioridad al hecho de la causa.
- II. Toda persona sometida a proceso debe ser juzgada en su idioma; excepcionalmente, de manera obligatoria, deberá ser asistida por traductora, traductor o intérprete.

Artículo 121.



- I. En materia penal, ninguna persona podrá ser obligada a declarar contra sí misma, ni contra sus parientes consanguíneos hasta el cuarto grado o sus afines hasta el segundo grado. El derecho de guardar silencio no será considerado como indicio de culpabilidad.
- II. La víctima en un proceso penal podrá intervenir de acuerdo con la ley, y tendrá derecho a ser oída antes de cada decisión judicial. En caso de no contar con los recursos económicos necesarios, deberá ser asistida gratuitamente por una abogada o abogado asignado por el Estado.

Artículo 122.



Son nulos los actos de las personas que usurpen funciones que no les competen, así como los actos de las que ejercen jurisdicción o potestad que no emane de la ley.

Artículo 123.



La ley sólo dispone para lo venidero y no tendrá efecto retroactivo, excepto en materia laboral, cuando lo determine expresamente a favor de las trabajadoras y de los trabajadores; en materia penal, cuando beneficie

a la imputada o al imputado; en materia de corrupción, para investigar, procesar y sancionar los delitos cometidos por servidores públicos contra los intereses del Estado; y en el resto de los casos señalados por la Constitución.

Artículo 124.



- I. Comete delito de traición a la patria la boliviana o el boliviano que incurra en los siguientes hechos:
 1. Que tome armas contra su país, se ponga al servicio de estados extranjeros participantes, o entre en complicidad con el enemigo, en caso de guerra internacional contra Bolivia.
 2. Que viole el régimen constitucional de recursos naturales.
 3. Que atente contra la unidad del país.
- II. Este delito merecerá la máxima sanción penal.

CAPÍTULO SEGUNDO

ACCIONES DE DEFENSA

SECCIÓN I

ACCIÓN DE LIBERTAD

Artículo 125.



Toda persona que considere que su vida está en peligro, que es ilegalmente perseguida, o que es indebidamente procesada o privada de libertad personal, podrá interponer Acción de Libertad y acudir, de manera oral o escrita, por sí o por cualquiera a su nombre y sin ninguna formalidad procesal, ante cualquier juez o tribunal competente en materia penal, y solicitará que se guarde tutela a su vida, cese la persecución indebida, se restablezcan las formalidades legales o se restituya su derecho a la libertad.

Artículo 126.



- I. La autoridad judicial señalará de inmediato día y hora de la audiencia pública, la cual tendrá lugar dentro de las veinticuatro horas de interpuesta la acción, y dispondrá que la persona accionante sea conducida a su presencia o acudirá al lugar de la detención. Con dicha orden se practicará la citación, personal o por cédula, a la autoridad o a la persona denunciada, orden que será obedecida sin observación ni excusa, tanto por la autoridad o la persona denunciada como por los encargados de las cárceles o lugares de detención, sin que éstos, una vez citados, puedan desobedecer.
- II. En ningún caso podrá suspenderse la audiencia. En ausencia del demandado, por inasistencia o abandono, se llevará a efecto en su rebeldía.
- III. Conocidos los antecedentes y oídas las alegaciones, la autoridad judicial, obligatoriamente y bajo responsabilidad, dictará sentencia en la misma audiencia. La sentencia podrá ordenar la tutela de la vida, la restitución del derecho a la libertad, la reparación de los defectos legales, el cese de la persecución indebida o la remisión del caso al juez competente. En todos los casos, las partes quedarán notificadas con la lectura de la sentencia.
- IV. El fallo judicial será ejecutado inmediatamente. Sin perjuicio de ello, la decisión se elevará en revisión, de oficio, ante el Tribunal Constitucional Plurinacional, en el plazo de las veinticuatro horas siguientes a su emisión.

Artículo 127.



- I. Los servidores públicos o personas particulares que resistan las decisiones judiciales en los casos previstos por esta acción, serán remitidos por orden de la autoridad que conoció de la acción ante el Ministerio Público para su procesamiento penal por atentado contra las garantías constitucionales.
- II. La autoridad judicial que no proceda conforme con lo dispuesto por este artículo quedará sujeta a sanción, de acuerdo con la Constitución y la ley.

SECCIÓN II

ACCIÓN DE AMPARO CONSTITUCIONAL

Artículo 128.



La Acción de Amparo Constitucional tendrá lugar contra actos u omisiones ilegales o indebidos de los servidores públicos, o de persona individual o colectiva, que restrinjan, supriman o amenacen restringir o suprimir los derechos reconocidos por la Constitución y la ley.

Artículo 129.



- I. La Acción de Amparo Constitucional se interpondrá por la persona que se crea afectada, por otra a su nombre con poder suficiente o por la autoridad correspondiente de acuerdo con la Constitución, ante cualquier juez o tribunal competente, siempre que no exista otro medio o recurso legal para la protección inmediata de los derechos y garantías restringidos, suprimidos o amenazados.
- II. La Acción de Amparo Constitucional podrá interponerse en el plazo máximo de seis meses, computable a partir de la comisión de la vulneración alegada o de notificada la última decisión administrativa o judicial.
- III. La autoridad o persona demandada será citada en la forma prevista para la Acción de Libertad, con el objeto de que preste información y presente, en su caso, los actuados concernientes al hecho denunciado, en el plazo máximo de cuarenta y ocho horas desde la presentación de la Acción.
- IV. La resolución final se pronunciará en audiencia pública inmediatamente recibida la información de la autoridad o persona demandada y, a falta de ésta, lo hará sobre la base de la prueba que ofrezca la persona accionante. La autoridad judicial examinará la competencia de la servidora pública o del servidor público o de la persona demandada y, en caso de encontrar cierta y efectiva la demanda, concederá el amparo solicitado. La decisión que se pronuncie se elevará, de oficio, en revisión ante el Tribunal Constitucional Plurinacional en el plazo de las veinticuatro horas siguientes a la emisión del fallo.
- V. La decisión final que conceda la Acción de Amparo Constitucional será ejecutada inmediatamente y sin observación. En caso de resistencia se procederá de acuerdo con lo señalado en la Acción de Libertad. La autoridad judicial que no proceda conforme con lo dispuesto por este artículo, quedará sujeta a las sanciones previstas por la ley.

SECCIÓN III

ACCIÓN DE PROTECCIÓN DE PRIVACIDAD

Artículo 130.



- I. Toda persona individual o colectiva que crea estar indebida o ilegalmente impedida de conocer, objetar u obtener la eliminación o rectificación de los datos registrados por cualquier medio físico, electrónico, magnético o informático, en archivos o bancos de datos públicos o privados, o que afecten a su derecho fundamental a la intimidad y privacidad personal o familiar, o a su propia imagen, honra y reputación, podrá interponer la Acción de Protección de Privacidad.

- II. La Acción de Protección de Privacidad no procederá para levantar el secreto en materia de prensa.

Artículo 131.



- I. La Acción de Protección de Privacidad tendrá lugar de acuerdo con el procedimiento previsto para la acción de Amparo Constitucional.
- II. Si el tribunal o juez competente declara procedente la acción, ordenará la revelación, eliminación o rectificación de los datos cuyo registro fue impugnado.
- III. La decisión se elevará, de oficio, en revisión ante el Tribunal Constitucional Plurinacional en el plazo de las veinticuatro horas siguientes a la emisión del fallo, sin que por ello se suspenda su ejecución.
- IV. La decisión final que conceda la Acción de Protección de Privacidad será ejecutada inmediatamente y sin observación. En caso de resistencia se procederá de acuerdo con lo señalado en la Acción de Libertad. La autoridad judicial que no proceda conforme con lo dispuesto por este artículo quedará sujeta a las sanciones previstas por la ley.

SECCIÓN IV

ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD

Artículo 132.



Toda persona individual o colectiva afectada por una norma jurídica contraria a la Constitución tendrá derecho a presentar la Acción de Inconstitucionalidad, de acuerdo con los procedimientos establecidos por la ley.

Artículo 133.



La sentencia que declare la inconstitucionalidad de una ley, decreto o cualquier género de resolución no judicial, hace inaplicable la norma impugnada y surte plenos efectos respecto a todos.

SECCIÓN V

ACCIÓN DE CUMPLIMIENTO

Artículo 134.



- I. La Acción de Cumplimiento procederá en caso de incumplimiento de disposiciones constitucionales o de la ley por parte de servidores públicos, con el objeto de garantizar la ejecución de la norma omitida.
- II. La acción se interpondrá por la persona individual o colectiva afectada, o por otra a su nombre con poder suficiente, ante juez o tribunal competente, y se tramitará de la misma forma que la Acción de Amparo Constitucional.
- III. La resolución final se pronunciará en audiencia pública, inmediatamente recibida la información de la autoridad demandada y, a falta de ésta, lo hará sobre la base de la prueba que ofrezca el demandante. La autoridad judicial examinará los antecedentes y, si encuentra cierta y efectiva la demanda, declarará procedente la acción y ordenará el cumplimiento inmediato del deber omitido.
- IV. La decisión se elevará, de oficio, en revisión ante el Tribunal Constitucional Plurinacional en el plazo de las veinticuatro horas siguientes a la emisión del fallo, sin que por ello se suspenda su ejecución.
- V. La decisión final que conceda la Acción de Cumplimiento será ejecutada inmediatamente y sin

observación. En caso de resistencia, se procederá de acuerdo con lo señalado en la Acción de Libertad. La autoridad judicial que no proceda conforme con lo dispuesto por este artículo quedará sujeta a las sanciones previstas por la ley.

SECCIÓN VI

ACCIÓN POPULAR

Artículo 135.



La Acción Popular procederá contra todo acto u omisión de las autoridades o de personas individuales o colectivas que violen o amenacen con violar derechos e intereses colectivos, relacionados con el patrimonio, el espacio, la seguridad y salubridad pública, el medio ambiente y otros de similar naturaleza reconocidos por esta Constitución.

Artículo 136.



- I. La Acción Popular podrá interponerse durante el tiempo que subsista la vulneración o la amenaza a los derechos e intereses colectivos. Para interponer esta acción no será necesario agotar la vía judicial o administrativa que pueda existir.
- II. Podrá interponer esta acción cualquier persona, a título individual o en representación de una colectividad y, con carácter obligatorio, el Ministerio Público y el Defensor del Pueblo, cuando por el ejercicio de sus funciones tengan conocimiento de estos actos. Se aplicará el procedimiento de la Acción de Amparo Constitucional.

CAPÍTULO TERCERO

ESTADOS DE EXCEPCIÓN

Artículo 137.



En caso de peligro para la seguridad del Estado, amenaza externa, conmoción interna o desastre natural, la Presidenta o el Presidente del Estado tendrá la potestad de declarar el estado de excepción, en todo o en la parte del territorio donde fuera necesario. La declaración del estado de excepción no podrá en ningún caso suspender las garantías de los derechos, ni los derechos fundamentales, el derecho al debido proceso, el derecho a la información y los derechos de las personas privadas de libertad.

Artículo 138.



- I. La vigencia de la declaración del estado de excepción dependerá de la aprobación posterior de la Asamblea Legislativa Plurinacional, que tendrá lugar apenas las circunstancias lo permitan y, en todo caso, dentro de las siguientes setenta y dos horas a la declaración del estado de excepción. La aprobación de la declaración indicará las facultades conferidas y guardará estricta relación y proporción con el caso de necesidad atendida por el estado de excepción. Los derechos consagrados en la Constitución no quedarán en general suspendidos por la declaración del estado de excepción.
- II. Una vez finalizado el estado de excepción, no podrá declararse otro estado de excepción dentro del siguiente año, salvo autorización legislativa previa.

Artículo 139.



- I. El Ejecutivo rendirá cuentas a la Asamblea Legislativa Plurinacional de los motivos que dieron lugar a la declaración del estado de excepción, así como del uso que haya hecho de las facultades conferidas por la Constitución y la ley.

- II. Quienes violen los derechos establecidos en esta Constitución serán objeto de proceso penal por atentado contra los derechos.
- III. Los estados de excepción serán regulados por la ley.

Artículo 140.



- I. Ni la Asamblea Legislativa Plurinacional, ni ningún otro órgano o institución, ni asociación o reunión popular de ninguna clase, podrán conceder a órgano o persona alguna facultades extraordinarias diferentes a las establecidas en esta Constitución.
- II. No podrá acumularse el Poder Público, ni otorgarse supremacía por la que los derechos y garantías reconocidos en esta Constitución queden a merced de órgano o persona alguna.
- III. La reforma de la Constitución no podrá iniciarse mientras esté vigente un estado de excepción.

TÍTULO V

NACIONALIDAD Y CIUDADANIA

CAPITULO I

NACIONALIDAD

Artículo 141.



- I. La nacionalidad boliviana se adquiere por nacimiento o por naturalización. Son bolivianas y bolivianos por nacimiento, las personas nacidas en el territorio boliviano, con excepción de las hijas y los hijos de personal extranjero en misión diplomática; y las personas nacidas en el extranjero, de madre boliviana o de padre boliviano.

Artículo 142.



- I. Podrán adquirir la nacionalidad boliviana por naturalización las extranjeras y los extranjeros en situación legal, con más de tres años de residencia ininterrumpida en el país bajo supervisión del Estado, que manifiesten expresamente su voluntad de obtener la nacionalidad boliviana y cumplan con los requisitos establecidos en la ley.
- II. El tiempo de residencia se reducirá a dos años en el caso de extranjeras y extranjeros que se encuentren en una de las situaciones siguientes:
 - 1. Que tengan cónyuge boliviana o boliviano, hijas bolivianas o hijos bolivianos o padres sustitutos bolivianos. Las ciudadanas extranjeras o los ciudadanos extranjeros que adquieran la ciudadanía por matrimonio con ciudadanas bolivianas o ciudadanos bolivianos no la perderán en caso de viudez o divorcio.
 - 2. Que presten el servicio militar en Bolivia a la edad requerida y de acuerdo con la ley.
 - 3. Que, por su servicio al país, obtengan la nacionalidad boliviana concedida por la Asamblea Legislativa Plurinacional.
- III. El tiempo de residencia para la obtención de la nacionalidad podrá ser modificado cuando existan, a título de reciprocidad, convenios con otros estados, prioritariamente latinoamericanos.

Artículo 143.



- I. Las bolivianas y los bolivianos que contraigan matrimonio con ciudadanas extranjeras o ciudadanos extranjeros no perderán su nacionalidad de origen. La nacionalidad boliviana tampoco se perderá por adquirir una ciudadanía extranjera.
- II. Las extranjeras o los extranjeros que adquieran la nacionalidad boliviana no serán obligados a renunciar a su nacionalidad de origen.

CAPITULO II

CIUDADANÍA

Artículo. 144.



- I. Son ciudadanas y ciudadanos todas las bolivianas y todos los bolivianos, y ejercerán su ciudadanía a partir de los 18 años de edad, cualesquiera sean sus niveles de instrucción, ocupación o renta.
- II. La ciudadanía consiste:
 1. En concurrir como elector o elegible a la formación y al ejercicio de funciones en los órganos del poder público, y
 2. En el derecho a ejercer funciones públicas sin otro requisito que la idoneidad, salvo las excepciones establecidas en la Ley
- III. Los derechos de ciudadanía se suspenden por las causales y en la forma prevista en el artículo 28 de esta Constitución.

SEGUNDA PARTE

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL ESTADO

TÍTULO I

ÓRGANO LEGISLATIVO

CAPÍTULO PRIMERO

COMPOSICIÓN Y ATRIBUCIONES DE LA ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL

Artículo 145.



La Asamblea Legislativa Plurinacional está compuesta por dos cámaras, la Cámara de Diputados y la Cámara de Senadores, y es la única con facultad de aprobar y sancionar leyes que rigen para todo el territorio boliviano.

Artículo 146.



- I. La Cámara de Diputados estará conformada por 130 miembros.
- II. En cada Departamento, se eligen la mitad de los Diputados en circunscripciones uninominales. La otra mitad se elige en circunscripciones plurinominales departamentales, de las listas encabezadas por los candidatos a Presidente, Vicepresidente y Senadores de la República.
- III. Los Diputados son elegidos en votación universal, directa y secreta. En las circunscripciones uninominales por simple mayoría de sufragios. En las circunscripciones plurinominales mediante el

sistema de representación que establece la ley.

- IV. El número de Diputados debe reflejar la votación proporcional obtenida por cada partido, agrupación ciudadana o pueblo indígena.
- V. La distribución del total de escaños entre los departamentos se determinará por el Órgano Electoral en base al número de habitantes de cada uno de ellos, de acuerdo al último Censo Nacional, de acuerdo a la Ley. Por equidad la ley asignará un número de escaños mínimo a los departamentos con menor población y menor grado de desarrollo económico. Si la distribución de escaños para cualquier departamento resultare impar, se dará preferencia a la asignación de escaños uninominales.
- VI. Las circunscripciones uninominales deben tener continuidad geográfica, afinidad y continuidad territorial, no trascender los límites de cada departamento y basarse en criterios de población y extensión territorial. El Órgano Electoral delimitará las circunscripciones uninominales.
- VII. Las circunscripciones especiales indígena originario campesinas, se regirán por el principio de densidad poblacional en cada departamento. No deberán trascender los límites departamentales. Se establecerán solamente en el área rural, y en aquellos departamentos en los que estos pueblos y naciones indígena originario campesinos constituyan una minoría poblacional. El Órgano Electoral determinará las circunscripciones especiales. Estas circunscripciones forman parte del número total de diputados.

Artículo 147.



- I. En la elección de asambleístas se garantizará la igual participación de hombres y mujeres.
- II. En la elección de asambleístas se garantizará la participación proporcional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
- III. La ley determinará las circunscripciones especiales indígena originario campesinas, donde no deberán ser considerados como criterios condicionales la densidad poblacional, ni la continuidad geográfica.

Artículo 148.



- I. La Cámara de Senadores estará conformada por un total de 36 miembros.
- II. En cada departamento se eligen 4 Senadores en circunscripción departamental, por votación universal, directa y secreta.
- III. La asignación de los escaños de Senadores en cada departamento se hará mediante el sistema proporcional, de acuerdo a la Ley.

Artículo 149.



Para ser candidata o candidato a la Asamblea Legislativa Plurinacional se requerirá cumplir con las condiciones generales de acceso al servicio público, contar con dieciocho años de edad cumplidos al momento de la elección, haber residido de forma permanente al menos los dos años inmediatamente anteriores a la elección en la circunscripción correspondiente.

Artículo 150.



- I. La Asamblea Legislativa Plurinacional contará con asambleístas suplentes que no percibirán remuneración salvo en los casos en que efectivamente realicen suplencia. La ley determinará la forma de sustitución de sus integrantes.
- II. Los asambleístas no podrán desempeñar ninguna otra función pública, bajo pena de perder su mandato,

excepto la docencia universitaria.

- III. La renuncia al cargo de asambleísta será definitiva, sin que puedan tener lugar licencias ni suplencias temporales con el propósito de desempeñar otras funciones

Artículo 151.



- I. Las asambleístas y los asambleístas gozarán de inviolabilidad personal durante el tiempo de su mandato y con posterioridad a éste, por las opiniones, comunicaciones, representaciones, requerimientos, interpelaciones, denuncias, propuestas, expresiones o cualquier acto de legislación, información o fiscalización que formulen o realicen en el desempeño de sus funciones no podrán ser procesados penalmente.
- II. El domicilio, la residencia o la habitación de las asambleístas y los asambleístas serán inviolables, y no podrán ser allanados en ninguna circunstancia. Esta previsión se aplicará a los vehículos de su uso particular u oficial y a las oficinas de uso legislativo.

Artículo 152.



Las asambleístas y los asambleístas no gozarán de inmunidad. Durante su mandato, en los procesos penales, no se les aplicará la medida cautelar de la detención preventiva, salvo delito flagrante.

Artículo 153.



- I. La Vicepresidenta o el Vicepresidente del Estado presidirá la Asamblea Legislativa Plurinacional.
- II. Las sesiones ordinarias de la Asamblea Legislativa Plurinacional serán inauguradas el 6 de Agosto de cada año.
- III. Las sesiones ordinarias de la Asamblea Legislativa Plurinacional serán permanentes y contarán con dos recesos de quince días cada uno, por año.
- IV. La Asamblea Legislativa Plurinacional podrá sesionar en un lugar distinto al habitual dentro el territorio del Estado, por decisión de la Plenaria y a convocatoria de su Presidenta o Presidente.

Artículo 154.



Durante los recesos, funcionará la Comisión de Asamblea, en la forma y con las atribuciones que determine el Reglamento de la Cámara de Diputados. De manera extraordinaria, por asuntos de urgencia, la Asamblea podrá ser convocada por su Presidenta o Presidente, o por la Presidenta o el Presidente del Estado. Sólo se ocupará de los asuntos consignados en la convocatoria.

Artículo 155.



La Asamblea Legislativa Plurinacional inaugurará sus sesiones el 6 de Agosto en la Capital de Bolivia, salvo convocatoria expresa de su Presidenta o Presidente.

Artículo 156.



El tiempo del mandato de las y los asambleístas es de cinco años pudiendo ser reelectas y reelectos por una sola vez de manera continua.

Artículo 157.



El mandato de asambleísta se pierde por fallecimiento, renuncia, revocatoria de mandato, sentencia condenatoria ejecutoriada en causas penales o abandono injustificado de sus funciones por más de seis días de trabajo continuos y once discontinuos en el año, calificados de acuerdo con el Reglamento.

Artículo 158.



- I. Son atribuciones de la Asamblea Legislativa Plurinacional, además de las que determina esta Constitución y la ley:
 1. Aprobar autónomamente su presupuesto y ejecutarlo; nombrar y remover a su personal administrativo, y atender todo lo relativo a su economía y régimen interno.
 2. Fijar la remuneración de las asambleístas y los asambleístas, que en ningún caso será superior al de la Vicepresidenta o Vicepresidente del Estado. Se prohíbe percibir cualquier ingreso adicional por actividad remunerada.
 3. Dictar leyes, interpretarlas, derogarlas, abrogarlas y modificarlas.
 4. Elegir a seis de los miembros del Órgano Electoral Plurinacional, por dos tercios de votos de sus miembros presentes.
 5. Preseleccionar a las candidatas y a los candidatos para la conformación del Tribunal Constitucional Plurinacional, Tribunal Supremo de Justicia, Tribunal Agroambiental y Consejo de la Magistratura.
 6. Aprobar la creación de nuevas unidades territoriales y establecer sus límites, de acuerdo con la Constitución y con la ley.
 7. Aprobar el plan de desarrollo económico y social presentado por el Órgano Ejecutivo.
 8. Aprobar leyes en materia de presupuestos, endeudamiento, control y fiscalización de recursos estatales de crédito público y subvenciones, para la realización de obras públicas y de necesidad social.
 9. Decidir las medidas económicas estatales imprescindibles en caso de necesidad pública.
 10. Aprobar la contratación de empréstitos que comprometan las rentas generales del Estado y autorizar a las universidades la contratación de empréstitos.
 11. Aprobar el Presupuesto General del Estado presentado por el Órgano Ejecutivo. Recibido el proyecto de ley, éste deberá ser considerado en la Asamblea Legislativa Plurinacional dentro del término de sesenta días. En caso de no ser aprobado en este plazo, el proyecto se dará por aprobado.
 12. Aprobar los contratos de interés público referidos a recursos naturales y áreas estratégicas, firmados por el Órgano Ejecutivo.
 13. Aprobar la enajenación de bienes de dominio público del Estado.
 14. Ratificar los tratados internacionales celebrados por el Ejecutivo, en las formas establecidas por esta Constitución.
 15. Establecer el sistema monetario.
 16. Establecer el sistema de medidas.

17. Controlar y fiscalizar los órganos del Estado y las instituciones públicas.
 18. Interpelar, a iniciativa de cualquier asambleísta, a las Ministras o los Ministros de Estado, individual o colectivamente, y acordar la censura por dos tercios de los miembros de la Asamblea. La interpelación podrá ser promovida por cualquiera de las Cámaras. La censura implicará la destitución de la Ministra o del Ministro.
 19. Realizar investigaciones en el marco de sus atribuciones fiscalizadoras, mediante la comisión o comisiones elegidas para el efecto, sin perjuicio del control que realicen los órganos competentes.
 20. Controlar y fiscalizar las empresas públicas, las de capital mixto y toda entidad en la que tenga participación económica el Estado.
 21. Autorizar la salida de tropas militares, armamento y material bélico del territorio del Estado, y determinar el motivo y tiempo de su ausencia.
 22. Autorizar excepcionalmente el ingreso y tránsito temporal de fuerzas militares extranjeras, determinando el motivo y el tiempo de permanencia.
 23. A iniciativa del Órgano Ejecutivo, crear o modificar impuestos de competencia del nivel central del Estado. Sin embargo, la Asamblea Legislativa Plurinacional a pedido de uno de sus miembros, podrá requerir del Órgano Ejecutivo la presentación de proyectos sobre la materia. Si el Órgano Ejecutivo, en el término de veinte días no presenta el proyecto solicitado, o la justificación para no hacerlo, el representante que lo requirió u otro, podrá presentar el suyo para su consideración y aprobación.
- II. La organización y las funciones de la Asamblea Legislativa Plurinacional se regulará por el Reglamento de la Cámara de Diputados.

Artículo 159.



Son atribuciones de la Cámara de Diputados, además de las que determina esta Constitución y la ley:

1. Elaborar y aprobar su Reglamento.
2. Calificar las credenciales otorgadas por el Órgano Electoral Plurinacional.
3. Elegir a su directiva, determinar su organización interna y su funcionamiento.
4. Aplicar sanciones a las diputadas o a los diputados, de acuerdo con el Reglamento, por decisión de dos tercios de los miembros presentes.
5. Aprobar su presupuesto y ejecutarlo; nombrar y remover a su personal administrativo y atender todo lo relativo con su economía y régimen interno.
6. Iniciar la aprobación del Presupuesto General del Estado.
7. Iniciar la aprobación del plan de desarrollo económico y social presentado por el Órgano Ejecutivo.
8. Iniciar la aprobación o modificación de leyes en materia tributaria, de crédito público o de subvenciones.
9. Iniciar la aprobación de la contratación de empréstitos que comprometan las rentas generales del Estado, y la autorización a las universidades para la contratación de empréstitos.
10. Aprobar en cada legislatura la fuerza militar que ha de mantenerse en tiempo de paz.

11. Acusar ante la Cámara de Senadores a los miembros del Tribunal Constitucional Plurinacional, del Tribunal Supremo y del Control Administrativo de Justicia por delitos cometidos en el ejercicio de sus funciones.
12. Proponer ternas a la Presidenta o al Presidente del Estado para la designación de presidentas o presidentes de entidades económicas y sociales, y otros cargos en que participe el Estado, por mayoría absoluta de acuerdo con la Constitución.
13. Preseleccionar a los postulantes al Control Administrativo de Justicia y remitir al Órgano Electoral Plurinacional la nómina de los precalificados para que éste proceda a la organización, única y exclusiva, del proceso electoral.

Artículo 160.



Son atribuciones de la Cámara de Senadores, además de las que determina esta Constitución y la ley:

1. Elaborar y aprobar su Reglamento.
2. Calificar las credenciales otorgadas por el Órgano Electoral Plurinacional.
3. Elegir a su directiva, determinar su organización interna y su funcionamiento.
4. Aplicar sanciones a las Senadoras y los Senadores, de acuerdo al Reglamento, por decisión de dos tercios de los miembros presentes.
5. Aprobar su presupuesto y ejecutarlo; nombrar y remover a su personal administrativo, y atender todo lo relativo con su economía y régimen interno.
6. Juzgar en única instancia a los miembros del Tribunal Constitucional Plurinacional, del Tribunal Supremo, del Tribunal Agroambiental y del Control Administrativo de Justicia por delitos cometidos en el ejercicio de sus funciones, cuya sentencia será aprobada por al menos dos tercios de los miembros presentes, de acuerdo con la ley.
7. Reconocer honores públicos a quienes lo merezcan por servicios eminentes al Estado.
8. Ratificar los ascensos, a propuesta del Órgano Ejecutivo, a General de Ejército, de Fuerza Aérea, de División y de Brigada; a Almirante, Vicealmirante, Contralmirante y General de Policía Boliviana.
9. Aprobar o negar el nombramiento de embajadores y Ministros plenipotenciarios propuestos por el Presidente del Estado.

Artículo 161.



Las Cámaras se reunirán en Asamblea Legislativa Plurinacional para ejercer las siguientes funciones, además de las señaladas en la Constitución:

1. Inaugurar y clausurar sus sesiones.
2. Recibir el juramento de la Presidenta o del Presidente del Estado, y de la Vicepresidenta o del Vicepresidente del Estado.
3. Admitir o negar la renuncia de la Presidenta o del Presidente del Estado, y de la Vicepresidenta o del Vicepresidente del Estado.
4. Considerar las leyes vetadas por el Órgano Ejecutivo.

5. Considerar los proyectos de ley que, aprobados en la Cámara de origen, no fueran aprobados en la Cámara revisora.
6. Aprobar los estados de excepción.
7. Autorizar el enjuiciamiento de la Presidenta o del Presidente, o de la Vicepresidenta o del Vicepresidente del Estado.
8. Designar al Fiscal General del Estado y al Defensor del Pueblo.

CAPÍTULO SEGUNDO

PROCEDIMIENTO LEGISLATIVO

Artículo 162.



- I. Tienen la facultad de iniciativa legislativa, para su tratamiento obligatorio en la Asamblea Legislativa Plurinacional:
 1. Las ciudadanas y los ciudadanos.
 2. Las asambleístas y los asambleístas en cada una de sus Cámaras.
 3. El Órgano Ejecutivo.
 4. El Tribunal Supremo, en el caso de iniciativas relacionadas con la administración de justicia.
 5. Los gobiernos autónomos de las entidades territoriales.
- II. La ley y los reglamentos de cada Cámara desarrollarán los procedimientos y requisitos para ejercer la facultad de iniciativa legislativa.

Artículo 163.



El procedimiento legislativo se desarrollará de la siguiente manera:

1. El proyecto de ley presentado por asambleístas de una de las Cámaras, iniciará el procedimiento legislativo en esa Cámara, que la remitirá a la comisión o comisiones que correspondan para su tratamiento y aprobación inicial.
2. El proyecto de ley presentado por otra iniciativa será enviado a la Cámara de Diputados, que lo remitirá a la comisión o las comisiones.
3. Las iniciativas legislativas en materia de descentralización, autonomías y ordenamiento territorial serán de conocimiento de la Cámara de Senadores.
4. Cuando el proyecto haya sido informado por la comisión o las comisiones correspondientes, pasará a consideración de la plenaria de la Cámara, donde será discutido y aprobado en grande y en detalle. Cada aprobación requerirá de la mayoría absoluta de los miembros presentes.
5. El proyecto aprobado por la Cámara de origen será remitido a la Cámara revisora para su discusión. Si la Cámara revisora lo aprueba, será enviado al Órgano Ejecutivo para su promulgación.
6. Si la Cámara revisora enmienda o modifica el proyecto, éste se considerará aprobado si la Cámara de origen acepta por mayoría absoluta de los miembros presentes las enmiendas o modificaciones. En caso

de que no las acepte, las dos Cámaras se reunirán a requerimiento de la Cámara de origen dentro de los veinte días siguientes y deliberarán sobre el proyecto. La decisión será tomada por el Pleno de la Asamblea Legislativa Plurinacional por mayoría absoluta de sus miembros presentes.

7. En caso de que pasen treinta días sin que la Cámara revisora se pronuncie sobre el proyecto de ley, el proyecto será considerado en el Pleno de la Asamblea Legislativa Plurinacional.
8. El proyecto aprobado, una vez sancionado, será remitido al Órgano Ejecutivo para su promulgación como ley.
9. Aquel proyecto que haya sido rechazado podrá ser propuesto nuevamente en la Legislatura siguiente.
10. La ley sancionada por la Asamblea Legislativa Plurinacional y remitida al Órgano Ejecutivo, podrá ser observada por la Presidenta o el Presidente del Estado en el término de diez días hábiles desde el momento de su recepción. Las observaciones del Órgano Ejecutivo se dirigirán a la Asamblea. Si ésta estuviera en receso, la Presidenta o el Presidente del Estado remitirá sus observaciones a la Comisión de Asamblea.
11. Si la Asamblea Legislativa Plurinacional considera fundadas las observaciones modificará la ley conforme a éstas y la devolverá al Órgano Ejecutivo para su promulgación. En el caso de que considere infundadas las observaciones, la ley será promulgada por la Presidenta o el Presidente de la Asamblea. Las decisiones de la Asamblea se tomarán por mayoría absoluta de sus miembros presentes.
12. La ley que no sea observada dentro del plazo correspondiente será promulgada por la Presidenta o Presidente del Estado. Las leyes no promulgadas por el Órgano Ejecutivo en los plazos previstos en los numerales anteriores serán promulgadas por la Presidenta o el Presidente de la Asamblea.

Artículo 164.



- I. La ley promulgada será publicada en la Gaceta Oficial de manera inmediata.
- II. La ley será de cumplimiento obligatorio desde el día de su publicación, salvo que en ella se establezca un plazo diferente para su entrada en vigencia.

TÍTULO II

ÓRGANO EJECUTIVO

CAPÍTULO PRIMERO

COMPOSICIÓN Y ATRIBUCIONES DEL ÓRGANO EJECUTIVO

SECCIÓN I

DISPOSICIÓN GENERAL

Artículo 165.



- I. El Órgano Ejecutivo está compuesto por la Presidenta o el Presidente del Estado, la Vicepresidenta o el Vicepresidente del Estado, y las Ministras y los Ministros de Estado.
- II. Las determinaciones adoptadas en Consejo de Ministros son de responsabilidad solidaria.

SECCIÓN II

PRESIDENCIA Y VICEPRESIDENCIA DEL ESTADO

Artículo 166.

- I. La Presidenta o el Presidente y la Vicepresidenta o el Vicepresidente del Estado serán elegidas o elegidos por sufragio universal, obligatorio, directo, libre y secreto. Será proclamada a la Presidencia y a la Vicepresidencia la candidatura que haya reunido el cincuenta por ciento más uno de los votos válidos; o que haya obtenido un mínimo del cuarenta por ciento de los votos válidos, con una diferencia de al menos diez por ciento en relación con la segunda candidatura.
- II. En caso de que ninguna de las candidaturas cumpla estas condiciones se realizará una segunda vuelta electoral entre las dos candidaturas más votadas, en el plazo de sesenta días computables a partir de la votación anterior. Será proclamada a la Presidencia y a la Vicepresidencia del Estado la candidatura que haya obtenido la mayoría de los votos.

Artículo 167.

Para acceder a la candidatura a la Presidencia o a la Vicepresidencia del Estado se requiere cumplir con las condiciones generales de acceso al servicio público, contar con treinta años de edad cumplidos al día de la elección, y haber residido de forma permanente en el país al menos cinco años inmediatamente anteriores a la elección.

Artículo 168.

El periodo de mandato de la Presidenta o del Presidente y de la Vicepresidenta o del Vicepresidente del Estado es de cinco años, y pueden ser reelectas o reelectos por una sola vez de manera continua.

Artículo 169.

- I. En caso de impedimento o ausencia definitiva de la Presidenta o del Presidente del Estado, será reemplazada o reemplazado en el cargo por la Vicepresidenta o el Vicepresidente y, a falta de ésta o éste, por la Presidenta o el Presidente del Senado, y a falta de ésta o éste por la Presidente o el Presidente de la Cámara de Diputados. En este último caso, se convocarán nuevas elecciones en el plazo máximo de noventa días.
- II. En caso de ausencia temporal, asumirá la Presidencia del Estado quien ejerza la Vicepresidencia, por un periodo que no podrá exceder los noventa días.

Artículo 170.

La Presidenta o el Presidente del Estado cesará en su mandato por muerte; por renuncia presentada ante la Asamblea Legislativa Plurinacional; por ausencia o impedimento definitivo; por sentencia condenatoria ejecutoriada en materia penal; y por revocatoria del mandato.

Artículo 171.

En caso de revocatoria del mandato, la Presidenta o el Presidente del Estado cesará de inmediato en sus funciones, debiendo asumir la Presidencia la persona que ejerza la Vicepresidencia, quien convocará de forma inmediata a elecciones a la Presidencia del Estado a realizarse en el plazo máximo de noventa días.

Artículo 172.

Son atribuciones de la Presidenta o del Presidente del Estado, además de las que establece esta Constitución y la ley:

1. Cumplir y hacer cumplir la Constitución y las leyes.
2. Mantener y preservar la unidad del Estado boliviano.
3. Proponer y dirigir las políticas de gobierno y de Estado.
4. Dirigir la administración pública y coordinar la acción de los Ministros de Estado.
5. Dirigir la política exterior; suscribir tratados internacionales; nombrar servidores públicos diplomáticos y consulares de acuerdo a la ley; y admitir a los funcionarios extranjeros en general.
6. Solicitar la convocatoria a sesiones extraordinarias al Presidente o Presidenta de la Asamblea Legislativa Plurinacional.
7. Promulgar las leyes sancionadas por la Asamblea Legislativa Plurinacional.
8. Dictar decretos supremos y resoluciones.
9. Administrar las rentas estatales y decretar su inversión por intermedio del Ministerio del ramo, de acuerdo a las leyes y con estricta sujeción al Presupuesto General del Estado.
10. Presentar el plan de desarrollo económico y social a la Asamblea Legislativa Plurinacional.
11. Presentar a la Asamblea Legislativa Plurinacional, dentro de las treinta primeras sesiones, el proyecto de Ley del Presupuesto General del Estado para la siguiente gestión fiscal y proponer, durante su vigencia, las modificaciones que estime necesarias. El informe de los gastos públicos conforme al presupuesto se presentará anualmente.
12. Presentar anualmente a la Asamblea Legislativa Plurinacional, en su primera sesión, el informe escrito acerca del curso y estado de la Administración Pública durante la gestión anual, acompañado de las memorias ministeriales.
13. Hacer cumplir las sentencias de los tribunales.
14. Decretar amnistía o indulto, con la aprobación de la Asamblea Legislativa Plurinacional.
15. Nombrar, de entre las ternas propuestas por la Asamblea Legislativa Plurinacional, a la Contralora o al Contralor General del Estado, a la Presidenta o al Presidente del Banco Central de Bolivia, a la máxima autoridad del Órgano de Regulación de Bancos y Entidades Financieras, y a las Presidentas o a los Presidentes de entidades de función económica y social en las cuales interviene el Estado.
16. Preservar la seguridad y la defensa del Estado.
17. Designar y destituir al Comandante en Jefe de las Fuerzas Armadas y a los Comandantes del Ejército, de la Fuerza Aérea y de la Armada.
18. Designar y destituir al Comandante General de la Policía Boliviana.
19. Proponer a la Asamblea Legislativa Plurinacional los ascensos a General de Ejército, de Fuerza Aérea, de División y de Brigada; a Almirante, Vicealmirante y Contralmirante, y a General de la Policía, de acuerdo a informe de sus servicios y promociones.
20. Crear y habilitar puertos.
21. Designar a sus representantes ante el Órgano Electoral.
22. Designar a las Ministras y a los Ministros de Estado, respetando el carácter plurinacional y la equidad de

género en la composición del gabinete ministerial.

23. Designar a la Procuradora o al Procurador General del Estado.
24. Presentar proyectos de ley de urgencia económica, para su consideración por la Asamblea Legislativa Plurinacional, que deberá tratarlos con prioridad.
25. Ejercer el mando de Capitana o Capitán General de las Fuerzas Armadas, y disponer de ellas para la defensa del Estado, su independencia y la integridad del territorio.
26. Declarar el estado de excepción.
27. Ejercer la autoridad máxima del Servicio Boliviano de Reforma Agraria y otorgar títulos ejecutoriales en la distribución y redistribución de las tierras.

Artículo 173.



La Presidenta o el Presidente del Estado podrá ausentarse del territorio boliviano por misión oficial, sin autorización de la Asamblea Legislativa Plurinacional, hasta un máximo de diez días.

Artículo 174.



Son atribuciones de la Vicepresidenta o del Vicepresidente del Estado, además de las que establece esta Constitución y la ley:

1. Asumir la Presidencia del Estado, en los casos establecidos en la presente Constitución.
2. Coordinar las relaciones entre el Órgano Ejecutivo, la Asamblea Legislativa Plurinacional y los gobiernos autónomos.
3. Participar en las sesiones del Consejo de Ministros.
4. Coadyuvar con la Presidenta o el Presidente del Estado en la dirección de la política general del Gobierno.
5. Participar conjuntamente con la Presidenta o el Presidente del Estado en la formulación de la política exterior, así como desempeñar misiones diplomáticas.

SECCIÓN III

MINISTERIOS DE ESTADO

Artículo 175.



- I. Las Ministras y los Ministros de Estado son servidoras públicas y servidores públicos, y tienen como atribuciones, además de las determinadas en esta Constitución y la ley:
 1. Proponer y coadyuvar en la formulación de las políticas generales del Gobierno.
 2. Proponer y dirigir las políticas gubernamentales en su sector.
 3. La gestión de la Administración Pública en el ramo correspondiente.
 4. Dictar normas administrativas en el ámbito de su competencia.
 5. Proponer proyectos de decreto supremo y suscribirlos con la Presidenta o el Presidente del

Estado.

6. Resolver en última instancia todo asunto administrativo que corresponda al Ministerio.
 7. Presentar a la Asamblea Legislativa Plurinacional los informes que les soliciten.
 8. Coordinar con los otros Ministerios la planificación y ejecución de las políticas del gobierno.
- II. Las Ministras y los Ministros de Estado son responsables de los actos de administración adoptados en sus respectivas carteras.

Artículo 176.



Para ser designada o designado Ministra o Ministro de Estado se requiere cumplir con las condiciones generales de acceso al servicio público; tener cumplidos veinticinco años al día del nombramiento; no formar parte de la Asamblea Legislativa Plurinacional; no ser directivo, accionista ni socio de entidades financieras o empresas que mantengan relación contractual o que enfrenten intereses opuestos con el Estado; no ser cónyuge ni pariente consanguíneo o afín dentro del segundo grado de quienes se hallaren en ejercicio de la Presidencia o la Vicepresidencia del Estado.

Artículo 177.



No podrá ser designada como Ministra o Ministro de Estado la persona que, en forma directa o como representante legal de persona jurídica, tenga contratos pendientes de su cumplimiento o deudas ejecutoriadas con el Estado.

TÍTULO III

ÓRGANO JUDICIAL Y TRIBUNAL CONSTITUCIONAL PLURINACIONAL

CAPÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 178.



- I. La potestad de impartir justicia emana del pueblo boliviano y se sustenta en los principios de independencia, imparcialidad, seguridad jurídica, publicidad, probidad, celeridad, gratuidad, pluralismo jurídico, interculturalidad, equidad, servicio a la sociedad, participación ciudadana, armonía social y respeto a los derechos.
- II. Constituyen garantías de la independencia judicial:
 1. El desempeño de los jueces de acuerdo a la carrera judicial.
 2. La autonomía presupuestaria de los órganos judiciales.

Artículo 179.



- I. La función judicial es única. La jurisdicción ordinaria se ejerce por el Tribunal Supremo de Justicia, los tribunales departamentales de justicia, los tribunales de sentencia y los jueces; la jurisdicción agroambiental por el Tribunal y jueces agroambientales; la jurisdicción indígena originaria campesina se ejerce por sus propias autoridades; existirán jurisdicciones especializadas reguladas por la ley.
- II. La jurisdicción ordinaria y la jurisdicción indígena originario campesina gozarán de igual jerarquía.

III. La justicia constitucional se ejerce por el Tribunal Constitucional Plurinacional.

IV. El Consejo de la Magistratura es parte del Órgano Judicial.

CAPÍTULO SEGUNDO

JURISDICCIÓN ORDINARIA

Artículo 180.



- I. La jurisdicción ordinaria se fundamenta en los principios procesales de gratuidad, publicidad, transparencia, oralidad, celeridad, probidad, honestidad, legalidad, eficacia, eficiencia, accesibilidad, inmediatez, verdad material, debido proceso e igualdad de las partes ante el juez.
- II. Se garantiza el principio de impugnación en los procesos judiciales.
- III. La jurisdicción ordinaria no reconocerá fueros, privilegios ni tribunales de excepción. La jurisdicción militar juzgará los delitos de naturaleza militar regulados por la ley.

SECCIÓN I

TRIBUNAL SUPREMO DE JUSTICIA

Artículo 181.



El Tribunal Supremo de Justicia es el máximo tribunal de la jurisdicción ordinaria. Está integrado por Magistradas y Magistrados. Se organiza internamente en salas especializadas. Su composición y organización se determinará por la ley.

Artículo 182.



- I. Las Magistradas y los Magistrados del Tribunal Supremo de Justicia serán elegidas y elegidos mediante sufragio universal.
- II. La Asamblea Legislativa Plurinacional efectuará por dos tercios de sus miembros presentes la preselección de las postulantes y los postulantes por cada departamento y remitirá al órgano electoral la nómina de los precalificados para que éste proceda a la organización, única y exclusiva, del proceso electoral.
- III. Las y los postulantes o persona alguna, no podrán realizar campaña electoral a favor de sus candidaturas, bajo sanción de inhabilitación. El Órgano Electoral será el único responsable de difundir los méritos de las candidatas y los candidatos.
- IV. Las magistradas y magistrados no podrán pertenecer a organizaciones políticas.
- V. Serán elegidas y elegidos las candidatas y los candidatos que obtengan mayoría simple de votos. La Presidenta o el Presidente del Estado ministrará posesión en sus cargos.
- VI. Para optar a la Magistratura del Tribunal Supremo de Justicia será necesario cumplir con los requisitos generales establecidos para los servidores públicos: haber cumplido treinta años de edad, poseer título de abogado, haber desempeñado, con honestidad y ética, funciones judiciales, profesión de abogado o cátedra universitaria durante ocho años y no contar con sanción de destitución del Consejo de la Magistratura. Para la calificación de méritos se tomará en cuenta el haber ejercido la calidad de autoridad originaria bajo su sistema de justicia.

VII. El sistema de prohibiciones e incompatibilidades aplicado a las Magistradas y a los Magistrados del Tribunal Supremo de Justicia será el mismo que para los servidores públicos.

Artículo 183.



- I. Las Magistradas y los Magistrados, no podrán ser reelegidas ni reelegidos. Su periodo de mandato será de seis años.
- II. Las Magistradas y Magistrados del Tribunal Supremo de Justicia cesarán en sus funciones por cumplimiento de mandato, sentencia ejecutoriada emergente de juicio de responsabilidades, renuncia, fallecimiento y demás causales previstas en la ley.

Artículo 184.



Son atribuciones del Tribunal Supremo de Justicia, además de las señaladas por la ley:

1. Actuar como tribunal de casación y conocer recursos de nulidad en los casos expresamente señalados por la ley.
2. Dirimir conflictos de competencias suscitados entre los tribunales departamentales de justicia.
3. Conocer, resolver y solicitar en única instancia los procesos de extradición.
4. Juzgar, como tribunal colegiado en pleno y en única instancia, a la Presidenta o al Presidente del Estado, o a la Vicepresidenta o al Vicepresidente del Estado, por delitos cometidos en el ejercicio de su mandato. El juicio se llevará a cabo previa autorización de la Asamblea Legislativa Plurinacional, por decisión de al menos dos tercios de los miembros presentes, y a requerimiento fundado de la Fiscal o del Fiscal General del Estado, quien formulará acusación si estima que la investigación proporcionó fundamento para el enjuiciamiento. El proceso será oral, público, continuo e ininterrumpido. La ley determinará el procedimiento.
5. Designar, de las ternas presentadas por el Consejo de la Magistratura, a los vocales de los tribunales departamentales de justicia.
6. Preparar proyectos de leyes judiciales y presentarlos a la Asamblea Legislativa Plurinacional.
7. Conocer y resolver casos de revisión extraordinaria de sentencia.

Artículo 185.



La magistratura del Tribunal Supremo de Justicia será ejercida de manera exclusiva.

CAPÍTULO TERCERO

JURISDICCIÓN AGROAMBIENTAL

Artículo 186.



El Tribunal Agroambiental es el máximo tribunal especializado de la jurisdicción agroambiental. Se rige en particular por los principios de función social, integralidad, inmediatez, sustentabilidad e interculturalidad.

Artículo 187.



Para ser elegida Magistrada o elegido Magistrado del Tribunal Agroambiental serán necesarios los mismos requisitos que los miembros del Tribunal Supremo de Justicia, además de contar con especialidad en estas

materias y haber ejercido con idoneidad, ética y honestidad la judicatura agraria, la profesión libre o la cátedra universitaria en el área, durante ocho años. En la preselección de las candidatas y los candidatos se garantizará la composición plural, considerando criterios de plurinacionalidad.

Artículo 188.



- I. Las Magistradas y los Magistrados del Tribunal Agroambiental serán elegidas y elegidos mediante sufragio universal, según el procedimiento, mecanismos y formalidades para los miembros del Tribunal Supremo de Justicia.
- II. El sistema de prohibiciones e incompatibilidades aplicado a las Magistradas y los Magistrados del Tribunal Agroambiental será el de los servidores públicos.
- III. El tiempo de ejercicio, la permanencia y la cesación en el cargo establecidos para las Magistradas y los Magistrados del Tribunal Supremo de Justicia serán de aplicación a los miembros del Tribunal Agroambiental.

Artículo 189.



Son atribuciones del Tribunal Agroambiental, además de las señaladas por la ley:

1. Resolver los recursos de casación y nulidad en las acciones reales agrarias, forestales, ambientales, de aguas, derechos de uso y aprovechamiento de los recursos naturales renovables, hídricos, forestales y de la biodiversidad; demandas sobre actos que atenten contra la fauna, la flora, el agua y el medio ambiente; y demandas sobre prácticas que pongan en peligro el sistema ecológico y la conservación de especies o animales.
2. Conocer y resolver en única instancia las demandas de nulidad y anulabilidad de títulos ejecutoriales.
3. Conocer y resolver en única instancia los procesos contencioso administrativos que resulten de los contratos, negociaciones, autorizaciones, otorgación, distribución y redistribución de derechos de aprovechamiento de los recursos naturales renovables, y de los demás actos y resoluciones administrativas.
4. Organizar los juzgados agroambientales.

CAPÍTULO CUARTO

JURISDICCIÓN INDÍGENA ORIGINARIA CAMPESINA

Artículo 190.



- I. Las naciones y pueblos indígena originario campesinos ejercerán sus funciones jurisdiccionales y de competencia a través de sus autoridades, y aplicarán sus principios, valores culturales, normas y procedimientos propios.
- II. La jurisdicción indígena originaria campesina respeta el derecho a la vida, el derecho a la defensa y demás derechos y garantías establecidos en la presente Constitución.

Artículo 191.



- I. La jurisdicción indígena originario campesina se fundamenta en un vínculo particular de las personas que son miembros de la respectiva nación o pueblo indígena originario campesino.
- II. La jurisdicción indígena originario campesina se ejerce en los siguientes ámbitos de vigencia personal,

material y territorial:

1. Están sujetos a esta jurisdicción los miembros de la nación o pueblo indígena originario campesino, sea que actúen como actores o demandado, denunciante o querellante, denunciados o imputados, recurrentes o recurridos.
2. Esta jurisdicción conoce los asuntos indígena originario campesinos de conformidad a lo establecido en una Ley de Deslinde Jurisdiccional.
3. Esta jurisdicción se aplica a las relaciones y hechos jurídicos que se realizan o cuyos efectos se producen dentro de la jurisdicción de un pueblo indígena originario campesino.

Artículo 192.



- I. Toda autoridad pública o persona acatará las decisiones de la jurisdicción indígena originaria campesina.
- II. Para el cumplimiento de las decisiones de la jurisdicción indígena originario campesina, sus autoridades podrán solicitar el apoyo de los órganos competentes del Estado.
- III. El Estado promoverá y fortalecerá la justicia indígena originaria campesina. La Ley de Deslinde Jurisdiccional, determinará los mecanismos de coordinación y cooperación entre la jurisdicción indígena originaria campesina con la jurisdicción ordinaria y la jurisdicción agroambiental y todas las jurisdicciones constitucionalmente reconocidas.

CAPÍTULO QUINTO

CONSEJO DE LA MAGISTRATURA

Artículo 193.



- I. El Consejo de la Magistratura es la instancia responsable del régimen disciplinario de la jurisdicción ordinaria, agroambiental y de las jurisdicciones especializadas; del control y fiscalización de su manejo administrativo y financiero; y de la formulación de políticas de su gestión. El Consejo de la Magistratura se regirá por el principio de participación ciudadana.
- II. Su conformación, estructura y funciones estarán determinadas por la ley.

Artículo 194.



- I. Los miembros del Consejo de la Magistratura se elegirán mediante sufragio universal de entre las candidatas y los candidatos propuestos por la Asamblea Legislativa Plurinacional. La organización y ejecución del proceso electoral estará a cargo del Órgano Electoral Plurinacional.
- II. Los miembros del Consejo de la Magistratura de Justicia requerirán, además de las condiciones generales de acceso al servicio público, haber cumplido treinta años de edad, poseer conocimientos en el área de sus atribuciones y haber desempeñado sus funciones con ética y honestidad.
- III. Los miembros del consejo de la Magistratura de Justicia durarán en sus funciones seis años, y no podrán ser reelegidas ni reelegidos.

Artículo 195.



Son atribuciones del Consejo de la Magistratura de Justicia, además de las establecidas en la Constitución y en la ley:

1. Promover la revocatoria de mandato de las Magistradas y de los Magistrados del Tribunal Supremo de Justicia y del Tribunal Agroambiental, cuando, en el ejercicio de sus funciones, cometan faltas gravísimas determinadas por la ley.
2. Ejercer el control disciplinario de las vocales y los vocales, juezas y jueces; y personal auxiliar y administrativo del Órgano Judicial. El ejercicio de esta facultad comprenderá la posibilidad de cesación del cargo por faltas disciplinarias gravísimas, expresamente establecidas en la ley.
3. Controlar y fiscalizar la administración económica financiera y todos los bienes del Órgano Judicial.
4. Evaluar el desempeño de funciones de las administradoras y los administradores de justicia, y del personal auxiliar.
5. Elaborar auditorías jurídicas y de gestión financiera.
6. Realizar estudios técnicos y estadísticos.
7. Preseleccionar a las candidatas y a los candidatos para la conformación de los tribunales departamentales de justicia que serán designados por el Tribunal Supremo de Justicia.
8. Designar, mediante concurso de méritos y exámenes de competencia, a los jueces de partido y de instrucción.
9. Designar a su personal administrativo.

CAPÍTULO SEXTO

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL PLURINACIONAL

Artículo 196.



- I. El Tribunal Constitucional Plurinacional vela por la supremacía de la Constitución, ejerce el control de constitucionalidad, y precautela el respeto y la vigencia de los derechos y las garantías constitucionales.
- II. En su función interpretativa, el Tribunal Constitucional Plurinacional aplicará como criterio de interpretación, con preferencia, la voluntad del constituyente, de acuerdo con sus documentos, actas y resoluciones, así como el tenor literal del texto.

Artículo 197.



- I. El Tribunal Constitucional Plurinacional estará integrado por Magistradas y Magistrados elegidos con criterios de plurinacionalidad, con representación del sistema ordinario y del sistema indígena originario campesino.
- II. Las Magistradas y los Magistrados suplentes del Tribunal Constitucional Plurinacional no recibirán remuneración, y asumirán funciones exclusivamente en caso de ausencia del titular, o por otros motivos establecidos en la ley.
- III. La composición, organización y funcionamiento del Tribunal Constitucional Plurinacional serán regulados por la ley.

Artículo 198.



Las Magistradas y los Magistrados del Tribunal Constitucional Plurinacional se elegirán mediante sufragio universal, según el procedimiento, mecanismo y formalidades de los miembros del Tribunal Supremo de Justicia.

Artículo 199.



- I. Para optar a la magistratura del Tribunal Constitucional Plurinacional se requerirá, además de los requisitos generales para el acceso al servicio público, haber cumplido treinta y cinco años y tener especialización o experiencia acreditada de por lo menos ocho años en las disciplinas de Derecho Constitucional, Administrativo o Derechos Humanos. Para la calificación de méritos se tomará en cuenta el haber ejercido la calidad de autoridad originaria bajo su sistema de justicia.
- II. Las candidatas y los candidatos al Tribunal Constitucional Plurinacional podrán ser propuestas y propuestos por organizaciones de la sociedad civil y de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 200.



El tiempo de ejercicio, la permanencia y la cesación en el cargo establecidos para las Magistradas y los Magistrados del Tribunal Supremo de Justicia será de aplicación a los miembros del Tribunal Constitucional Plurinacional.

Artículo 201.



Las Magistradas y los Magistrados del Tribunal Constitucional Plurinacional se regirán por el mismo sistema de prohibiciones e incompatibilidades de los servidores públicos.

Artículo 202.



Son atribuciones del Tribunal Constitucional Plurinacional, además de las establecidas en la Constitución y la ley, conocer y resolver:

1. En única instancia, los asuntos de puro derecho sobre la inconstitucionalidad de leyes, Estatutos Autonómicos, Cartas Orgánicas, decretos y todo género de ordenanzas y resoluciones no judiciales. Si la acción es de carácter abstracto, sólo podrán interponerla la Presidenta o Presidente de la República, Senadoras y Senadores, Diputadas y Diputados, Legisladores, Legisladoras y máximas autoridades ejecutivas de las entidades territoriales autónomas.
2. Los conflictos de competencias y atribuciones entre órganos del poder público.
3. Los conflictos de competencias entre el gobierno plurinacional, las entidades territoriales autónomas y descentralizadas, y entre éstas.
4. Los recursos contra tributos, impuestos, tasas, patentes, derechos o contribuciones creados, modificados o suprimidos en contravención a lo dispuesto en esta Constitución.
5. Los recursos contra resoluciones del Órgano Legislativo, cuando sus resoluciones afecten a uno o más derechos, cualesquiera sean las personas afectadas.
6. La revisión de las acciones de Libertad, de Amparo Constitucional, de Protección de Privacidad, Popular y de Cumplimiento. Esta revisión no impedirá la aplicación inmediata y obligatoria de la resolución que resuelva la acción.
7. Las consultas de la Presidenta o del Presidente de la República, de la Asamblea Legislativa Plurinacional, del Tribunal Supremo de Justicia o del Tribunal Agroambiental sobre la constitucionalidad de proyectos de ley. La decisión del Tribunal Constitucional es de cumplimiento obligatorio.
8. Las consultas de las autoridades indígenas originario campesinas sobre la aplicación de sus normas

jurídicas aplicadas a un caso concreto. La decisión del Tribunal Constitucional es obligatoria.

9. El control previo de constitucionalidad en la ratificación de tratados internacionales.
10. La constitucionalidad del procedimiento de reforma parcial de la Constitución.
11. Los conflictos de competencia entre la jurisdicción indígena originaria campesina y la jurisdicción ordinaria y agroambiental.
12. Los recursos directos de nulidad.

Artículo 203.



Las decisiones y sentencias del Tribunal Constitucional Plurinacional son de carácter vinculante y de cumplimiento obligatorio, y contra ellas no cabe recurso ordinario ulterior alguno.

Artículo 204.



La ley determinará los procedimientos que regirán ante el Tribunal Constitucional Plurinacional.

TÍTULO IV
ÓRGANO ELECTORAL
CAPÍTULO PRIMERO
ÓRGANO ELECTORAL PLURINACIONAL

Artículo 205.



- I. El Órgano Electoral Plurinacional está compuesto por:
 1. El Tribunal Supremo Electoral.
 2. Los Tribunales Electorales Departamentales.
 3. Los Juzgados Electorales.
 4. Los Jurados de las Mesas de sufragio.
 5. Los Notarios Electorales.
- II. La jurisdicción, competencias y atribuciones del Órgano Electoral y de sus diferentes niveles se definen, en esta Constitución y la ley.

Artículo 206.



- I. El Tribunal Supremo Electoral es el máximo nivel del Órgano Electoral, tiene jurisdicción nacional.
- II. El Tribunal Supremo Electoral está compuesto por siete miembros, quienes durarán en sus funciones seis años sin posibilidad de reelección, y al menos dos de los cuales serán de origen indígena originario campesino.
- III. La Asamblea Legislativa Plurinacional, por dos tercios de votos de los miembros presentes, elegirá a seis de los miembros del Órgano Electoral Plurinacional. La Presidenta o el Presidente del Estado

designará a uno de sus miembros.

- IV. La elección de los miembros del Órgano Electoral Plurinacional requerirá de convocatoria pública previa, y calificación de capacidad y méritos a través de concurso público.
- V. Las Asambleas Legislativas Departamentales o Consejos Departamentales seleccionarán por dos tercios de votos de sus miembros presentes, una terna por cada uno de los vocales de los Tribunales Departamentales Electorales. De estas ternas la Cámara de Diputados elegirá a los miembros de los Tribunales Departamentales Electorales, por dos tercios de votos de los miembros presentes, garantizando que al menos uno de sus miembros sea perteneciente a las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos del Departamento.

Artículo 207.



Para ser designada Vocal del Tribunal Supremo Electoral y Departamental, se requiere cumplir con las condiciones generales de acceso al servicio público, haber cumplido treinta años de edad al momento de su designación y tener formación académica.

Artículo 208.



- I. El Tribunal Supremo Electoral es el responsable de organizar, administrar y ejecutar los procesos electorales y proclamar sus resultados.
- II. El Tribunal garantizará que el sufragio se ejercite efectivamente, conforme a lo dispuesto en el artículo 26 de esta Constitución.
- III. Es función del Tribunal Supremo Electoral organizar y administrar el Registro Civil y el Padrón Electoral.

CAPÍTULO SEGUNDO

REPRESENTACIÓN POLÍTICA

Artículo 209.



Las candidatas y los candidatos a los cargos públicos electos, con excepción de los cargos elegibles del Órgano Judicial y del Tribunal Constitucional Plurinacional serán postuladas y postulados a través de las organizaciones de las naciones y pueblos indígena originario campesinos, las agrupaciones ciudadanas y los partidos políticos, en igualdad de condiciones y de acuerdo con la ley.

Artículo 210.



- I. La organización y funcionamiento de las organizaciones de las naciones y pueblos indígena originario campesinos, las agrupaciones ciudadanas y los partidos políticos deberán ser democráticos.
- II. La elección interna de las dirigentes y los dirigentes y de las candidatas y los candidatos de las agrupaciones ciudadanas y de los partidos políticos será regulada y fiscalizada por el Órgano Electoral Plurinacional, que garantizará la igual participación de hombres y mujeres.
- III. Las organizaciones de las naciones y pueblos indígena originario campesinos podrán elegir a sus candidatas o candidatos de acuerdo con sus normas propias de democracia comunitaria.

Artículo 211.



- I. Las naciones y pueblos indígena originario campesinos podrán elegir a sus representantes políticos en las instancias que corresponda, de acuerdo con sus formas propias de elección.

- II. El Órgano Electoral supervisará que en la elección de autoridades, representantes y candidatas y candidatos de los pueblos y naciones indígena originario campesinos mediante normas y procedimientos propios, se de estricto cumplimiento a la normativa de esos pueblos y naciones.

Artículo 212.



Ninguna candidata ni ningún candidato podrán postularse simultáneamente a más de un cargo electivo, ni por más de una circunscripción electoral al mismo tiempo.

TITULO V

FUNCIONES DE CONTROL, DE DEFENSA DE LA SOCIEDAD Y DE DEFENSA DEL ESTADO

CAPÍTULO PRIMERO

FUNCIÓN DE CONTROL

SECCIÓN I

CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO

Artículo 213.



- I. La Contraloría General del Estado es la institución técnica que ejerce la función de control de la administración de las entidades públicas y de aquéllas en las que el Estado tenga participación o interés económico. La Contraloría está facultada para determinar indicios de responsabilidad administrativa, ejecutiva, civil y penal; tiene autonomía funcional, financiera, administrativa y organizativa.
- II. Su organización, funcionamiento y atribuciones, que deben estar fundados en los principios de legalidad, transparencia, eficacia, eficiencia, economía, equidad, oportunidad y objetividad, se determinarán por la ley.

Artículo 214.



La Contralora o Contralor General del Estado se designará por dos tercios de votos de los presentes de la Asamblea Legislativa Plurinacional. La elección requerirá de convocatoria pública previa, y calificación de capacidad profesional y méritos a través de concurso público.

Artículo 215.



Para ser designada Contralora o ser designado Contralor General del Estado se requiere cumplir con las condiciones generales de acceso al servicio público; contar con al menos treinta años de edad al momento de su designación; haber obtenido título profesional en una rama afín al cargo y haber ejercido la profesión por un mínimo de ocho años; contar con probada integridad personal y ética, determinadas a través de la observación pública.

Artículo 216.



La Contralora o Contralor General del Estado ejercerá sus funciones por un periodo de seis años, sin posibilidad de nueva designación.

Artículo 217.



- I. La Contraloría General del Estado será responsable de la supervisión y del control externo posterior de

las entidades públicas y de aquéllas en las que tenga participación o interés económico el Estado. La supervisión y el control se realizará asimismo sobre la adquisición, manejo y disposición de bienes y servicios estratégicos para el interés colectivo.

- II. La Contraloría General del Estado presentará cada año un informe sobre su labor de fiscalización del sector público a la Asamblea Legislativa Plurinacional.

CAPÍTULO SEGUNDO

FUNCIÓN DE DEFENSA DE LA SOCIEDAD

SECCIÓN I

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Artículo 218.



- I. La Defensoría del Pueblo velará por la vigencia, promoción, difusión y cumplimiento de los derechos humanos, individuales y colectivos, que se establecen en la Constitución, las leyes y los instrumentos internacionales. La función de la Defensoría alcanzará a la actividad administrativa de todo el sector público y a la actividad de las instituciones privadas que presten servicios públicos.
- II. Corresponderá asimismo a la Defensoría del Pueblo la promoción de la defensa de los derechos de las naciones y pueblos indígena originario campesinos, de las comunidades urbanas e interculturales, y de las bolivianas y los bolivianos en el exterior.
- III. La Defensoría del Pueblo es una institución con autonomía funcional, financiera y administrativa, en el marco de la ley. Sus funciones se regirán bajo los principios de gratuidad, accesibilidad, celeridad y solidaridad. En el ejercicio de sus funciones no recibe instrucciones de los órganos del Estado.

Artículo 219.



- I. La Defensoría del Pueblo estará dirigida por la Defensora o el Defensor del Pueblo, que ejercerá sus funciones por un periodo de seis años, sin posibilidad de nueva designación.
- II. La Defensora o el Defensor del Pueblo no será objeto de persecución, detención, acusación ni enjuiciamiento por los actos realizados en el ejercicio de sus atribuciones.

Artículo 220.



La Defensora o el Defensor del Pueblo se designará por al menos dos tercios de los presentes de la Asamblea Legislativa Plurinacional. La designación requerirá de convocatoria pública previa y calificación de capacidad profesional y méritos a través de concurso público, entre personas reconocidas por su trayectoria en la defensa de los derechos humanos.

Artículo 221.



Para ser designada Defensora o ser designado Defensor del Pueblo se requerirá cumplir con las condiciones generales de acceso al servicio público, contar con treinta años de edad cumplidos al momento de su designación y contar con probada integridad personal y ética, determinada a través de la observación pública.

Artículo 222.



Son atribuciones de la Defensoría del Pueblo, además de las que establecen la Constitución y la ley:

1. Interponer las acciones de Inconstitucionalidad, de Libertad, de Amparo Constitucional, de Protección de Privacidad, Popular, de Cumplimiento y el recurso directo de nulidad, sin necesidad de mandato.
2. Presentar proyectos de ley y proponer modificaciones a leyes, decretos y resoluciones no judiciales en materia de su competencia.
3. Investigar, de oficio o a solicitud de parte, los actos u omisiones que impliquen violación de los derechos, individuales y colectivos, que se establecen en la Constitución, las leyes y los instrumentos internacionales, e instar al Ministerio Público al inicio de las acciones legales que correspondan.
4. Solicitar a las autoridades y servidores públicos información respecto a las investigaciones que realice la Defensoría del Pueblo, sin que puedan oponer reserva alguna.
5. Formular recomendaciones, recordatorios de deberes legales, y sugerencias para la inmediata adopción de correctivos y medidas a todos los órganos e instituciones del Estado, y emitir censura pública por actos o comportamientos contrarios a dichas formulaciones.
6. Acceder libremente a los centros de detención e internación, sin que pueda oponerse objeción alguna.
7. Ejercer sus funciones sin interrupción de ninguna naturaleza, aun en caso de declaratoria de estado de excepción.
8. Asistir con prontitud y sin discriminación a las personas que soliciten sus servicios.
9. Elaborar los reglamentos necesarios para el ejercicio de sus funciones.

Artículo 223.



Las autoridades y los servidores públicos tienen la obligación de proporcionar a la Defensoría del Pueblo la información que solicite en relación con el ejercicio de sus funciones. En caso de no ser debidamente atendida en su solicitud, la Defensoría interpondrá las acciones correspondientes contra la autoridad, que podrá ser procesada y destituida si se demuestra el incumplimiento.

Artículo 224.



Cada año, la Defensora o el Defensor del Pueblo informará a la Asamblea Legislativa Plurinacional y al Control Social sobre la situación de los derechos humanos en el país y sobre la gestión de su administración. La Defensora o Defensor del Pueblo podrá ser convocada o convocado en cualquier momento por la Asamblea Legislativa Plurinacional o el Control Social, para rendir informe respecto al ejercicio de sus funciones.

SECCIÓN II

MINISTERIO PÚBLICO

Artículo 225.



- I. El Ministerio Público defenderá la legalidad y los intereses generales de la sociedad, y ejercerá la acción penal pública. El Ministerio Público tiene autonomía funcional, administrativa y financiera.
- II. El Ministerio Público ejercerá sus funciones de acuerdo con los principios de legalidad, oportunidad, objetividad, responsabilidad, autonomía, unidad y jerarquía.

Artículo 226.



- I. La Fiscal o el Fiscal General del Estado es la autoridad jerárquica superior del Ministerio Público y ejerce

la representación de la institución.

- II. El Ministerio Público contará con fiscales departamentales, fiscales de materia y demás fiscales establecidos por la ley.

Artículo 227.



- I. La Fiscal o el Fiscal General del Estado se designará por dos tercios de votos de los miembros presentes de la Asamblea Legislativa Plurinacional. La designación requerirá de convocatoria pública previa, y calificación de capacidad profesional y méritos, a través de concurso público.
- II. La Fiscal o el Fiscal General del Estado reunirá los requisitos generales de los servidores públicos, así como los específicos establecidos para la Magistratura del Tribunal Supremo de Justicia.

Artículo 228.



La Fiscal o el Fiscal General del Estado ejercerá sus funciones por seis años, sin posibilidad de nueva designación.

CAPÍTULO TERCERO

FUNCIÓN DE DEFENSA DEL ESTADO

SECCIÓN I

PROCURADURÍA GENERAL DEL ESTADO

Artículo 229.



La Procuraduría General del Estado es la institución de representación jurídica pública que tiene como atribución promover, defender y precautelar los intereses del Estado. Su organización y estructura serán determinadas por la ley.

Artículo 230.



- I. La Procuraduría General del Estado está conformada por la Procuradora o el Procurador General, que la dirigirá, y los demás servidores públicos que determine la ley.
- II. La designación de la Procuradora o el Procurador General del Estado corresponderá a la Presidenta o al Presidente del Estado. La persona designada debe cumplir con los requisitos exigidos para la Magistratura del Tribunal Supremo de Justicia.
- III. La designación podrá ser objetada por decisión de al menos dos tercios de los miembros presentes de la Asamblea Legislativa Plurinacional, en un plazo no mayor a sesenta días calendario desde su nombramiento. La objeción tendrá por efecto el cese en las funciones de la persona designada.

Artículo 231.



Son funciones de la Procuraduría General del Estado, además de las determinadas por la Constitución y la ley:

1. Defender judicial y extrajudicialmente los intereses del Estado, asumiendo su representación jurídica e interviniendo como sujeto procesal de pleno derecho en todas las acciones judiciales y administrativas, en el marco de la Constitución y la ley.
2. Interponer recursos ordinarios y acciones en defensa de los intereses del Estado.

3. Evaluar y velar por el ejercicio de las acciones diligentes de las unidades jurídicas de la Administración Pública en los procesos que se sustancien ante autoridades jurisdiccionales o administrativas. En caso de acción negligente, debe instar al inicio de las acciones que correspondan.
4. Requerir a las servidoras públicas o a los servidores públicos, y a las personas particulares, la información que considere necesaria a los fines del ejercicio de sus atribuciones. Esta información no se le podrá negar por ninguna causa ni motivo; la ley establecerá las sanciones correspondientes.
5. Requerir a la máxima autoridad ejecutiva de las entidades públicas el enjuiciamiento de las servidoras públicas o los servidores públicos que, por negligencia o corrupción, ocasionen daños al patrimonio del Estado.
6. Atender las denuncias y los reclamos motivados de ciudadanos y entidades que conforman el Control Social, en los casos en que se lesionen los intereses del Estado.
7. Instar a la Fiscalía General del Estado al ejercicio de las acciones judiciales a que hubiera lugar por los delitos cometidos contra el patrimonio público de los cuales tenga conocimiento.
8. Presentar proyectos de ley sobre materias relativas a su competencia.

CAPÍTULO CUARTO

SERVIDORAS PÚBLICAS Y SERVIDORES PÚBLICOS

Artículo 232.



La Administración Pública se rige por los principios de legitimidad, legalidad, imparcialidad, publicidad, compromiso e interés social, ética, transparencia, igualdad, competencia, eficiencia, calidad, calidez, honestidad, responsabilidad y resultados.

Artículo 233.



Son servidoras y servidores públicos las personas que desempeñan funciones públicas. Las servidoras y los servidores públicos forman parte de la carrera administrativa, excepto aquellas personas que desempeñen cargos electivos, las designadas y los designados, y quienes ejerzan funciones de libre nombramiento.

Artículo 234.



Para acceder al desempeño de funciones públicas se requiere:

1. Contar con la nacionalidad boliviana.
2. Ser mayor de edad.
3. Haber cumplido con los deberes militares.
4. No tener pliego de cargo ejecutoriado, ni sentencia condenatoria ejecutoriada en materia penal, pendientes de cumplimiento.
5. No estar comprendida ni comprendido en los casos de prohibición y de incompatibilidad establecidos en la Constitución.
6. Estar inscrita o inscrito en el padrón electoral.
7. Hablar al menos dos idiomas oficiales del país.

Artículo 235.



Son obligaciones de las servidoras y los servidores públicos:

1. Cumplir la Constitución y las leyes.
2. Cumplir con sus responsabilidades, de acuerdo con los principios de la función pública.
3. Prestar declaración jurada de bienes y rentas antes, durante y después del ejercicio del cargo.
4. Rendir cuentas sobre las responsabilidades económicas, políticas, técnicas y administrativas en el ejercicio de la función pública.
5. Respetar y proteger los bienes del Estado, y abstenerse de utilizarlos para fines electorales u otros ajenos a la función pública.

Artículo 236.



Son prohibiciones para el ejercicio de la función pública:

- I. Desempeñar simultáneamente más de un cargo público remunerado a tiempo completo.
- II. Actuar cuando sus intereses entren en conflicto con los de la entidad donde prestan sus servicios, y celebrar contratos o realizar negocios con la Administración Pública directa, indirectamente o en representación de tercera persona.
- III. Nombrar en la función pública a personas con las cuales tengan parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad.

Artículo 237.



I. Son obligaciones para el ejercicio de la función pública:

1. Inventariar y custodiar en oficinas públicas los documentos propios de la función pública, sin que puedan sustraerlos ni destruirlos. La ley regulará el manejo de los archivos y las condiciones de destrucción de los documentos públicos.
2. Guardar secreto respecto a las informaciones reservadas, que no podrán ser comunicadas incluso después de haber cesado en las funciones. El procedimiento de calificación de la información reservada estará previsto en la ley.

II. La ley determinará las sanciones en caso de violación de estas obligaciones.

Artículo 238.



No podrán acceder a cargos públicos electivos aquellas personas que incurran en las siguientes causales de inelegibilidad:

1. Quienes ocuparon u ocupen cargos directivos en empresas o corporaciones que tengan contratos o convenios con el Estado, y no hayan renunciado al menos tres meses antes al día de la elección.
2. Quienes hayan ocupado cargos directivos en empresas extranjeras transnacionales que tengan contratos o convenios con el Estado, y no hayan renunciado al menos cinco años antes al día de la elección.

3. Quienes ocupen cargos electivos, de designación o de libre nombramiento, que no hayan renunciado a éste, al menos tres meses antes al día de la elección, excepto el Presidente y el Vicepresidente de la República.
4. Los miembros de las Fuerzas Armadas y de la Policía Boliviana en servicio activo que no hayan renunciado al menos tres meses antes al día de la elección.
5. Los ministros de cualquier culto religioso que no hayan renunciado al menos tres meses antes al día de la elección.

Artículo 239.



Es incompatible con el ejercicio de la función pública:

1. La adquisición o arrendamiento de bienes públicos a nombre de la servidora pública o del servidor público, o de terceras personas.
2. La celebración de contratos administrativos o la obtención de otra clase de ventajas personales del Estado.
3. El ejercicio profesional como empleadas o empleados, apoderadas o apoderados, asesoras o asesores, gestoras o gestores de entidades, sociedades o empresas que tengan relación contractual con el Estado.

Artículo 240.



- I. Toda persona que ejerza un cargo electo podrá ser revocada de su mandato, excepto el Órgano Judicial, de acuerdo con la ley.
- II. La revocatoria del mandato podrá solicitarse cuando haya transcurrido al menos la mitad del periodo del mandato. La revocatoria del mandato no podrá tener lugar durante el último año de la gestión en el cargo.
- III. El referendo revocatorio procederá por iniciativa ciudadana, a solicitud de al menos el quince por ciento de votantes del padrón electoral de la circunscripción que eligió a la servidora o al servidor público.
- IV. La revocatoria del mandato de la servidora o del servidor público procederá de acuerdo a Ley.
- V. Producida la revocatoria de mandato el afectado cesará inmediatamente en el cargo, proveyéndose su suplencia conforme a ley.
- VI. La revocatoria procederá una sola vez en cada mandato constitucional del cargo electo.

TÍTULO VI

PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL

Artículo 241.



- I. El pueblo soberano, por medio de la sociedad civil organizada, participará en el diseño de las políticas públicas.
- II. La sociedad civil organizada ejercerá el control social a la gestión pública en todos los niveles del Estado, y a las empresas e instituciones públicas, mixtas y privadas que administren recursos fiscales.

- III. Ejercerá control social a la calidad de los servicios públicos.
- IV. La Ley establecerá el marco general para el ejercicio del control social.
- V. La sociedad civil se organizará para definir la estructura y composición de la participación y control social.
- VI. Las entidades del Estado generarán espacios de participación y control social por parte de la sociedad.

Artículo 242.



La participación y el control social implica, además de las previsiones establecidas en la Constitución y la ley:

1. Participar en la formulación de las políticas de Estado.
2. Apoyar al Órgano Legislativo en la construcción colectiva de las leyes.
3. Desarrollar el control social en todos los niveles del gobierno y las entidades territoriales autónomas, autárquicas, descentralizadas y desconcentradas.
4. Generar un manejo transparente de la información y del uso de los recursos en todos los espacios de la gestión pública. La información solicitada por el control social no podrá denegarse, y será entregada de manera completa, veraz, adecuada y oportuna.
5. Formular informes que fundamenten la solicitud de la revocatoria de mandato, de acuerdo al procedimiento establecido en la Constitución y la Ley.
6. Conocer y pronunciarse sobre los informes de gestión de los órganos y funciones del Estado.
7. Coordinar la planificación y control con los órganos y funciones del Estado.
8. Denunciar ante las instituciones correspondientes para la investigación y procesamiento, en los casos que se considere conveniente.
9. Colaborar en los procedimientos de observación pública para la designación de los cargos que correspondan.
10. Apoyar al órgano electoral en transparentar las postulaciones de los candidatos para los cargos públicos que correspondan.

TÍTULO VII

FUERZAS ARMADAS Y POLICÍA BOLIVIANA

CAPÍTULO PRIMERO

FUERZAS ARMADAS

Artículo 243.



Las Fuerzas Armadas del Estado están orgánicamente constituidas por el Comando en Jefe, Ejército, la Fuerza Aérea y la Armada Boliviana, cuyos efectivos serán fijados por la Asamblea Legislativa Plurinacional a propuesta del Órgano Ejecutivo.

Artículo 244.



Las Fuerzas Armadas tienen por misión fundamental defender y conservar la independencia, seguridad y estabilidad del Estado, su honor y la soberanía del país; asegurar el imperio de la Constitución, garantizar la estabilidad del Gobierno legalmente constituido, y participar en el desarrollo integral del país.

Artículo 245.



La organización de las Fuerzas Armadas descansa en su jerarquía y disciplina. Es esencialmente obediente, no delibera y está sujeta a las leyes y a los reglamentos militares. Como organismo institucional no realiza acción política; individualmente, sus miembros gozan y ejercen los derechos de ciudadanía en las condiciones establecidas por la ley.

Artículo 246.



- I. Las Fuerzas Armadas dependen de la Presidenta o del Presidente del Estado y reciben sus órdenes, en lo administrativo, por intermedio de la Ministra o del Ministro de Defensa y en lo técnico, del Comandante en Jefe.
- II. En caso de guerra, el Comandante en Jefe de las Fuerzas Armadas dirigirá las operaciones.

Artículo 247.



- I. Ninguna extranjera ni ningún extranjero ejercerá mando ni empleo o cargo administrativo en las Fuerzas Armadas sin previa autorización del Capitán General.
- II. Para desempeñar los cargos de Comandante en Jefe de las Fuerzas Armadas, Jefe del Estado Mayor General, Comandantes y Jefes de Estado Mayor del Ejército, Fuerza Aérea, Armada Boliviana y de grandes unidades, será indispensable ser boliviana o boliviano por nacimiento y reunir los requisitos que señale la ley. Igualmente serán necesarias para ser Viceministra o Viceministro del Ministerio de Defensa.

Artículo 248.



El Consejo Supremo de Defensa del Estado Plurinacional, cuya composición, organización y atribuciones determinará la ley, estará presidido por el Capitán General de las Fuerzas Armadas.

Artículo 249.



Todo boliviano estará obligado a prestar servicio militar, de acuerdo con la ley.

Artículo 250.



Los ascensos en las Fuerzas Armadas serán otorgados conforme con la ley respectiva.

CAPÍTULO SEGUNDO

POLICÍA BOLIVIANA

Artículo 251.



- I. La Policía Boliviana, como fuerza pública, tiene la misión específica de la defensa de la sociedad y la conservación del orden público, y el cumplimiento de las leyes en todo el territorio boliviano. Ejercerá la función policial de manera integral, indivisible y bajo mando único, en conformidad con la Ley Orgánica de la Policía Boliviana y las demás leyes del Estado.

- II. Como institución, no delibera ni participa en acción política partidaria, pero individualmente sus miembros gozan y ejercen sus derechos ciudadanos, de acuerdo con la ley.

Artículo 252.



Las Fuerzas de la Policía Boliviana dependen de la Presidenta o del Presidente del Estado por intermedio de la Ministra o Ministro de Gobierno.

Artículo 253.



Para ser designado Comandante General de la Policía Boliviana será indispensable ser boliviana o boliviano por nacimiento, General de la institución, y reunir los requisitos que señala la ley.

Artículo 254.



En caso de guerra internacional, las fuerzas de la Policía Boliviana pasarán a depender del Comando en Jefe de las Fuerzas Armadas por el tiempo que dure el conflicto.

TÍTULO VIII

RELACIONES INTERNACIONALES, FRONTERAS, INTEGRACIÓN Y REIVINDICACIÓN MARÍTIMA

CAPÍTULO PRIMERO

RELACIONES INTERNACIONALES

Artículo 255.



- I. Las relaciones internacionales y la negociación, suscripción y ratificación de los tratados internacionales responden a los fines del Estado en función de la soberanía y de los intereses del pueblo.
- II. La negociación, suscripción y ratificación de tratados internacionales se regirá por los principios de:
1. Independencia e igualdad entre los estados, no intervención en asuntos internos y solución pacífica de los conflictos.
 2. Rechazo y condena a toda forma de dictadura, colonialismo, neocolonialismo e imperialismo.
 3. Defensa y promoción de los derechos humanos, económicos, sociales, culturales y ambientales, con repudio a toda forma de racismo y discriminación.
 4. Respeto a los derechos de los pueblos indígenas originarios campesinos.
 5. Cooperación y solidaridad entre los estados y los pueblos.
 6. Preservación del patrimonio, capacidad de gestión y regulación del Estado.
 7. Armonía con la naturaleza, defensa de la biodiversidad, y prohibición de formas de apropiación privada para el uso y explotación exclusiva de plantas, animales, microorganismos y cualquier materia viva.
 8. Seguridad y soberanía alimentaria para toda la población; prohibición de importación, producción y comercialización de organismos genéticamente modificados y elementos tóxicos que dañen la salud y el medio ambiente.

9. Acceso de toda la población a los servicios básicos para su bienestar y desarrollo.
10. Preservación del derecho de la población al acceso a todos los medicamentos, principalmente los genéricos.
11. Protección y preferencias para la producción boliviana, y fomento a las exportaciones con valor agregado.

Artículo 256.



- I. Los tratados e instrumentos internacionales en materia de derechos humanos que hayan sido firmados, ratificados o a los que se hubiera adherido el Estado, que declaren derechos más favorables a los contenidos en la Constitución, se aplicarán de manera preferente sobre ésta.
- II. Los derechos reconocidos en la Constitución serán interpretados de acuerdo a los tratados internacionales de derechos humanos cuando éstos prevean normas más favorables.

Artículo 257.



- I. Los tratados internacionales ratificados forman parte del ordenamiento jurídico interno con rango de ley.
- II. Requerirán de aprobación mediante referendo popular vinculante previo a la ratificación los tratados internacionales que impliquen:
 1. Cuestiones limítrofes.
 2. Integración monetaria.
 3. Integración económica estructural.
 4. Cesión de competencias institucionales a organismos internacionales o supranacionales, en el marco de procesos de integración.

Artículo 258.



Los procedimientos de celebración de tratados internacionales se regularán por la ley.

Artículo 259.



- I. Cualquier tratado internacional requerirá de aprobación mediante referendo popular cuando así lo solicite el cinco por ciento de los ciudadanos registrados en el padrón electoral, o el treinta y cinco por ciento de los representantes de la Asamblea Legislativa Plurinacional. Estas iniciativas podrán utilizarse también para solicitar al Órgano Ejecutivo la suscripción de un tratado.
- II. El anuncio de convocatoria a referendo suspenderá, de acuerdo a los plazos establecidos por la ley, el proceso de ratificación del tratado internacional hasta la obtención del resultado.

Artículo 260.



- I. La denuncia de los tratados internacionales seguirá los procedimientos establecidos en el propio tratado internacional, las normas generales del Derecho internacional, y los procedimientos establecidos en la Constitución y la ley para su ratificación.
- II. La denuncia de los tratados ratificados deberá ser aprobada por la Asamblea Legislativa Plurinacional

antes de ser ejecutada por la Presidenta o Presidente del Estado.

- III. Los tratados aprobados por referendo deberán ser sometidos a un nuevo referendo antes de su denuncia por la Presidenta o Presidente del Estado.

CAPÍTULO SEGUNDO

FRONTERAS DEL ESTADO

Artículo 261.



La integridad territorial, la preservación y el desarrollo de zonas fronterizas constituyen un deber del Estado.

Artículo 262.



- I. Constituye zona de seguridad fronteriza los cincuenta kilómetros a partir de la línea de frontera. Ninguna persona extranjera, individualmente o en sociedad, podrá adquirir propiedad en este espacio, directa o indirectamente, ni poseer por ningún título aguas, suelo ni subsuelo; excepto en el caso de necesidad estatal declarada por ley expresa aprobada por dos tercios de la Asamblea Legislativa Plurinacional. La propiedad o la posesión afectadas en caso de incumplimiento de esta prohibición pasarán a beneficio del Estado, sin ninguna indemnización.
- II. La zona de seguridad fronteriza estará sujeta a un régimen jurídico, económico, administrativo y de seguridad especial, orientado a promover y priorizar su desarrollo, y a garantizar la integridad del Estado.

Artículo 263.



Es deber fundamental de las Fuerzas Armadas la defensa, seguridad y control de las zonas de seguridad fronteriza. Las Fuerzas Armadas participarán en las políticas de desarrollo integral y sostenible de estas zonas, y garantizarán su presencia física permanente en ellas.

Artículo 264.



- I. El Estado establecerá una política permanente de desarrollo armónico, integral, sostenible y estratégico de las fronteras, con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de su población, y en especial de las naciones y pueblos indígena originario campesinos fronterizos.
- II. Es deber del Estado ejecutar políticas de preservación y control de los recursos naturales en las áreas fronterizas.
- III. La regulación del régimen de fronteras será establecida por la ley.

CAPÍTULO TERCERO

INTEGRACIÓN

Artículo 265.



- I. El Estado promoverá, sobre los principios de una relación justa, equitativa y con reconocimiento de las asimetrías, las relaciones de integración social, política, cultural y económica con los demás estados, naciones y pueblos del mundo y, en particular, promoverá la integración latinoamericana.
- II. El Estado fortalecerá la integración de sus naciones y pueblos indígena originario campesinos con los pueblos indígenas del mundo.

Artículo 266.



Las representantes y los representantes de Bolivia ante organismos parlamentarios supraestatales emergentes de los procesos de integración se elegirán mediante sufragio universal.

CAPÍTULO CUARTO

REIVINDICACIÓN MARÍTIMA

Artículo 267.



- I. El Estado boliviano declara su derecho irrenunciable e imprescriptible sobre el territorio que le dé acceso al océano Pacífico y su espacio marítimo.
- II. La solución efectiva al diferendo marítimo a través de medios pacíficos y el ejercicio pleno de la soberanía sobre dicho territorio constituyen objetivos permanentes e irrenunciables del Estado boliviano.

Artículo 268.



El desarrollo de los intereses marítimos, fluviales y lacustres, y de la marina mercante será prioridad del Estado, y su administración y protección será ejercida por la Armada Boliviana, de acuerdo con la ley.

TERCERA PARTE

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DEL ESTADO

TÍTULO I

ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DEL ESTADO

CAPITULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 269.



- I. Bolivia se organiza territorialmente en departamentos, provincias, municipios y territorios indígena originario campesinos.
- II. La creación, modificación y delimitación de las unidades territoriales se hará por voluntad democrática de sus habitantes, de acuerdo a las condiciones establecidas en la Constitución y la ley.
- III. Las regiones formarán parte de la organización territorial, en los términos y las condiciones que determinen la ley.

Artículo 270.



Los principios que rigen la organización territorial y las entidades territoriales descentralizadas y autónomas son: la unidad, voluntariedad, solidaridad, equidad, bien común, autogobierno, igualdad, complementariedad, reciprocidad, equidad de género, subsidiariedad, gradualidad, coordinación y lealtad institucional, transparencia, participación y control social, provisión de recursos económicos y preexistencia de las naciones y pueblos indígena originario campesinos, en los términos establecidos en esta Constitución.

Artículo 271.



- I. La Ley Marco de Autonomías y Descentralización regulará el procedimiento para la elaboración de Estatutos autonómicos y Cartas Orgánicas, la transferencia y delegación competencial, el régimen económico financiero, y la coordinación entre el nivel central y las entidades territoriales descentralizadas y autónomas.
- II. La Ley Marco de Autonomías y Descentralización será aprobada por dos tercios de votos de los miembros presentes de la Asamblea Legislativa Plurinacional.

Artículo 272.



La autonomía implica la elección directa de sus autoridades por las ciudadanas y los ciudadanos, la administración de sus recursos económicos, y el ejercicio de las facultades legislativa, reglamentaria, fiscalizadora y ejecutiva, por sus órganos del gobierno autónomo en el ámbito de su jurisdicción y competencias y atribuciones.

Artículo 273.



La ley regulará la conformación de mancomunidades entre municipios, regiones y territorios indígena originario campesinos para el logro de sus objetivos.

Artículo 274.



En los departamentos descentralizados se efectuará la elección de prefectos y consejeros departamentales mediante sufragio universal. Estos departamentos podrán acceder a la autonomía departamental mediante referendo.

Artículo 275.



Cada órgano deliberativo de las entidades territoriales elaborará de manera participativa el proyecto de Estatuto o Carta Orgánica que deberá ser aprobado por dos tercios del total de sus miembros, y previo control de constitucionalidad, entrará en vigencia como norma institucional básica de la entidad territorial mediante referendo aprobatorio en su jurisdicción.

Artículo 276.



Las entidades territoriales autónomas no estarán subordinadas entre ellas y tendrán igual rango constitucional.

CAPÍTULO SEGUNDO

AUTONOMÍA DEPARTAMENTAL

Artículo 277.



El gobierno autónomo departamental está constituido por una Asamblea Departamental, con facultad deliberativa, fiscalizadora y legislativa departamental en el ámbito de sus competencias y por un órgano ejecutivo.

Artículo 278.



- I. La Asamblea Departamental estará compuesta por asambleístas departamentales, elegidas y elegidos por votación universal, directa, libre, secreta y obligatoria; y por asambleístas departamentales elegidos por las naciones y pueblos indígena originario campesinos, de acuerdo a sus propias normas y procedimientos.

- II. La Ley determinará los criterios generales para la elección de asambleístas departamentales, tomando en cuenta representación poblacional, territorial, de identidad cultural y lingüística cuando son minorías indígena originario campesinas, y paridad y alternancia de género. Los Estatutos Autonómicos definirán su aplicación de acuerdo a la realidad y condiciones específicas de su jurisdicción.

Artículo 279.



El órgano ejecutivo departamental está dirigido por la Gobernadora o el Gobernador, en condición de máxima autoridad ejecutiva.

CAPÍTULO TERCERO

AUTONOMÍA REGIONAL

Artículo 280.



- I. La región, conformada por varios municipios o provincias con continuidad geográfica y sin trascender límites departamentales, que compartan cultura, lenguas, historia, economía y ecosistemas en cada departamento, se constituirá como un espacio de planificación y gestión.

Excepcionalmente una región podrá estar conformada únicamente por una provincia, que por sí sola tenga las características definidas para la región. En las conurbaciones mayores a 500.000 habitantes, podrán conformarse regiones metropolitanas.

- II. La Ley Marco de Autonomías y Descentralización establecerá los términos y procedimientos para la conformación ordenada y planificada de las regiones.

Donde se conformen regiones no se podrá elegir autoridades provinciales.

- III. La región podrá constituirse en autonomía regional, a iniciativa de los municipios que la integran, vía referendo en sus jurisdicciones. Sus competencias deben ser conferidas por dos tercios de votos del total de los miembros del órgano deliberativo departamental.

Artículo 281.



El gobierno de cada autonomía regional estará constituido por una Asamblea Regional con facultad deliberativa, normativo-administrativa y fiscalizadora, en el ámbito de sus competencias, y un órgano ejecutivo.

Artículo 282.



- I. Las y los miembros de la Asamblea Regional serán elegidas y elegidos en cada municipio junto con las listas de candidatos a concejales municipales, de acuerdo a criterios poblacionales y territoriales.
- II. La región elaborará de manera participativa su Estatuto, de acuerdo a los procedimientos establecidos para las autonomías regionales.

CAPÍTULO CUARTO

AUTONOMÍA MUNICIPAL

Artículo 283.



El gobierno autónomo municipal está constituido por un Concejo Municipal con facultad deliberativa, fiscalizadora y legislativa municipal en el ámbito de sus competencias; y un órgano ejecutivo, presidido por la

Alcaldesa o el Alcalde.

Artículo 284.



- I. El Concejo Municipal estará compuesto por concejales y concejalas elegidas y elegidos mediante sufragio universal.
- II. En los municipios donde existan naciones o pueblos indígena originario campesinos, que no constituyan una autonomía indígena originaria campesina, éstos podrán elegir sus representantes ante el Concejo Municipal de forma directa mediante normas y procedimientos propios y de acuerdo a la Carta Orgánica Municipal.
- III. La Ley determinará los criterios generales para la elección y cálculo del número de concejalas y concejales municipales. La Carta Orgánica Municipal definirá su aplicación de acuerdo a la realidad y condiciones específicas de su jurisdicción.
- IV. El Concejo Municipal podrá elaborar el proyecto de Carta Orgánica, que será aprobado según lo dispuesto por esta Constitución.

CAPÍTULO QUINTO

ÓRGANOS EJECUTIVOS DE LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS

Artículo 285.



- I. Para ser candidata o candidato a un cargo electivo de los órganos ejecutivos de los gobiernos autónomos se requerirá cumplir con las condiciones generales de acceso al servicio público, y:
 1. Haber residido de forma permanente al menos los dos años inmediatamente anteriores a la elección en el departamento, región o municipio correspondiente.
 2. En el caso de la elección de la Alcaldesa o del Alcalde y de la autoridad regional haber cumplido veintiún años.
 3. En el caso de la elección de Prefecta o Prefecto y Gobernador o Gobernadora haber cumplido veinticinco años.
- II. El periodo de mandato de las máximas autoridades ejecutivas de los gobiernos autónomos es de cinco años, y podrán ser reelectas o reelectos de manera continua por una sola vez.

Artículo 286.



- I. La suplencia temporal de la máxima autoridad ejecutiva de un gobierno autónomo corresponderá a un miembro del Concejo o Asamblea de acuerdo al Estatuto Autonómico o Carta Orgánica según corresponda.
- II. En caso de renuncia o muerte, inhabilidad permanente o revocatoria de la máxima autoridad ejecutiva de un gobierno autónomo, se procederá a una nueva elección, siempre y cuando no hubiere transcurrido la mitad de su mandato. En caso contrario, la sustituta o sustituto será una autoridad ya electa definida de acuerdo al Estatuto Autonómico o Carta Orgánica según corresponda.

CAPÍTULO SEXTO

ÓRGANOS LEGISLATIVOS, DELIBERATIVOS Y FISCALIZADORES DE LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS



Artículo 287.

- I. Las candidatas y los candidatos a los concejos y a las asambleas de los gobiernos autónomos deberán cumplir con las condiciones generales de acceso al servicio público, y:
 1. Haber residido de forma permanente al menos los dos años inmediatamente anteriores a la elección en la jurisdicción correspondiente.
 2. Tener 18 años cumplidos al día de la elección.
- II. La elección de las Asambleas y Concejos de los gobiernos autónomos tendrá lugar en listas separadas de los ejecutivos.



Artículo 288.

El período de mandato de los integrantes de los Concejos y Asambleas de los gobiernos autónomos será de cinco años, y podrán ser reelectas o reelectos de manera continua por una sola vez.

CAPÍTULO SÉPTIMO

AUTONOMÍA INDÍGENA ORIGINARIA CAMPESINA



Artículo 289.

La autonomía indígena originaria campesina consiste en el autogobierno como ejercicio de la libre determinación de las naciones y los pueblos indígena originario campesinos, cuya población comparte territorio, cultura, historia, lenguas, y organización o instituciones jurídicas, políticas, sociales y económicas propias.



Artículo 290.

- I. La conformación de la autonomía indígena originario campesina se basa en los territorios ancestrales, actualmente habitados por esos pueblos y naciones, y en la voluntad de su población, expresada en consulta, de acuerdo a la Constitución y la ley.
- II. El autogobierno de las autonomías indígenas originario campesinas se ejercerá de acuerdo a sus normas, instituciones, autoridades y procedimientos, conforme a sus atribuciones y competencias, en armonía con la Constitución y la ley.



Artículo 291.

- I. Son autonomías indígena originario campesinas los territorios indígena originario campesinos, y los municipios, y regiones que adoptan tal cualidad de acuerdo a lo establecido en esta Constitución y la ley.
- II. Dos o más pueblos indígenas originarios campesinos podrán conformar una sola autonomía indígena originaria campesina.



Artículo 292.

Cada autonomía indígena originario campesina elaborará su Estatuto, de acuerdo a sus normas y procedimientos propios, según la Constitución y la Ley.



Artículo 293.

- I. La autonomía indígena basada en territorios indígenas consolidados y aquellos en proceso, una vez consolidados, se constituirá por la voluntad expresada de su población en consulta en conformidad a sus normas y procedimientos propios como único requisito exigible.
- II. Si la conformación de una autonomía indígena originario campesina afectase límites de distritos municipales, el pueblo o nación indígena originario campesino y el gobierno municipal deberán acordar una nueva delimitación distrital. Si afectase límites municipales, deberá seguirse un procedimiento ante la Asamblea Legislativa Plurinacional para su aprobación, previo cumplimiento de los requisitos y condiciones particulares que señale la Ley.
- III. La Ley establecerá requisitos mínimos de población y otros diferenciados para la constitución de autonomía indígena originario campesina.
- IV. Para constituir una autonomía indígena originario campesina cuyos territorios se encuentren en uno o más municipios, la ley señalará los mecanismos de articulación, coordinación y cooperación para el ejercicio de su gobierno.

Artículo 294.



- I. La decisión de constituir una autonomía indígena originario campesina se adoptará de acuerdo a las normas y procedimientos de consulta, conforme a los requisitos y condiciones establecidos por la Constitución y la ley.
- II. La decisión de convertir un municipio en autonomía indígena originario campesina se adoptará mediante referendo conforme a los requisitos y condiciones establecidos por ley.
- III. En los municipios donde existan comunidades campesinas con estructuras organizativas propias que las articulen y con continuidad geográfica, podrá conformarse un nuevo municipio, siguiendo el procedimiento ante la Asamblea Legislativa Plurinacional para su aprobación, previo cumplimiento de requisitos y condiciones conforme a la Constitución y la ley.

Artículo 295.



- I. Para conformar una región indígena originario campesina que afecte límites municipales deberá previamente seguirse un procedimiento ante la Asamblea Legislativa Plurinacional cumpliendo los requisitos y condiciones particulares señalados por Ley.
- II. La agregación de municipios, distritos municipales y/o autonomías indígena originario campesinas para conformar una región indígena originario campesina, se decidirá mediante referendo y/o de acuerdo a sus normas y procedimientos de consulta según corresponda y conforme a los requisitos y condiciones establecidos por la Constitución y la Ley.

Artículo 296.



El gobierno de las autonomías indígena originario campesinas se ejercerá a través de sus propias normas y formas de organización, con la denominación que corresponda a cada pueblo, nación o comunidad, establecidas en sus estatutos y en sujeción a la Constitución y a la Ley.

CAPÍTULO OCTAVO

DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS

Artículo 297.



- I. Las competencias definidas en esta Constitución son:

1. Privativas, aquellas cuya legislación, reglamentación y ejecución no se transfiere ni delega, y están reservadas para el nivel central del Estado.
 2. Exclusivas, aquellas en las que un nivel de gobierno tiene sobre una determinada materia las facultades legislativa, reglamentaria y ejecutiva, pudiendo transferir y delegar estas dos últimas.
 3. Concurrentes, aquellas en las que la legislación corresponde al nivel central del Estado y los otros niveles ejercen simultáneamente las facultades reglamentaria y ejecutiva.
 4. Compartidas, aquellas sujetas a una legislación básica de la Asamblea Legislativa Plurinacional cuya legislación de desarrollo corresponde a las entidades territoriales autónomas, de acuerdo a su característica y naturaleza. La reglamentación y ejecución corresponderá a las entidades territoriales autónomas.
- II. Toda competencia que no esté incluida en esta Constitución será atribuida al nivel central del Estado, que podrá transferirla o delegarla por Ley.

Artículo 298.



I. Son competencias privativas del nivel central del Estado:

1. Sistema financiero.
2. Política monetaria, Banco Central, sistema monetario, y la política cambiaria.
3. Sistema de pesas y medidas, así como la determinación de la hora oficial.
4. Régimen aduanero.
5. Comercio Exterior.
6. Seguridad del Estado, Defensa, Fuerzas Armadas y Policía boliviana.
7. Armas de fuego y explosivos.
8. Política exterior.
9. Nacionalidad, ciudadanía, extranjería, derecho de asilo y refugio.
10. Control de fronteras en relación a la seguridad del Estado.
11. Regulación y políticas migratorias.
12. Creación, control y administración de las empresas públicas estratégicas del nivel central del Estado.
13. Administración del patrimonio del Estado Plurinacional y de las entidades públicas del nivel central del Estado.
14. Control del espacio y tránsito aéreo, en todo el territorio nacional. Construcción, mantenimiento y administración de aeropuertos internacionales y de tráfico interdepartamental.
15. Registro Civil.
16. Censos oficiales.

17. Política general sobre tierras y territorio, y su titulación.
18. Hidrocarburos.
19. Creación de impuestos nacionales, tasas y contribuciones especiales de dominio tributario del nivel central del Estado.
20. Política general de Biodiversidad y Medio Ambiente.
21. Codificación sustantiva y adjetiva en materia civil, familiar, penal, tributaria, laboral, comercial, minería y electoral.
22. Política económica y planificación nacional.

II. Son competencias exclusivas del nivel central del Estado:

1. Régimen electoral nacional para la elección de autoridades nacionales y subnacionales, y consultas nacionales.
2. Régimen general de las comunicaciones y las telecomunicaciones.
3. Servicio postal.
4. Recursos naturales estratégicos, que comprenden minerales, espectro electromagnético, recursos genéticos y biogenéticos y las fuentes de agua.
5. Régimen general de recursos hídricos y sus servicios.
6. Régimen general de biodiversidad y medio ambiente.
7. Política Forestal y régimen general de suelos, recursos forestales y bosques.
8. Política de generación, producción, control, transmisión y distribución de energía en el sistema interconectado.
9. Planificación, diseño, construcción, conservación y administración de carreteras de la Red Fundamental.
10. Construcción, mantenimiento y administración de líneas férreas y ferrocarriles de la Red Fundamental.
11. Obras públicas de infraestructura de interés del nivel central del Estado.
12. Elaboración y aprobación de planos y mapas cartográficos oficiales; geodesia.
13. Elaboración y aprobación de estadísticas oficiales.
14. Otorgación de personalidad jurídica a organizaciones sociales que desarrollen Actividades en más de un Departamento.
15. Otorgación y registro de personalidad jurídica a Organizaciones No Gubernamentales, Fundaciones y entidades civiles sin fines de lucro que desarrollen actividades en más de un Departamento.
16. Régimen de Seguridad Social.

17. Políticas del sistema de educación y salud.
18. Sistema de Derechos Reales en obligatoria coordinación con el registro técnico municipal.
19. Áreas protegidas bajo responsabilidad del nivel central del Estado.
20. Reservas fiscales respecto a recursos naturales.
21. Sanidad e inocuidad agropecuaria.
22. Control de la administración agraria y catastro rural.
23. Política fiscal.
24. Administración de Justicia.
25. Promoción de la cultura y conservación del patrimonio cultural, histórico, artístico, monumental, arquitectónico, arqueológico, paleontológico, científico, tangible e intangible de interés del nivel central del Estado.
26. Expropiación de inmuebles por razones de utilidad y necesidad pública, conforme al procedimiento establecido por Ley.
27. Centros de información y documentación, archivos, bibliotecas, museos, hemerotecas y otros de interés del nivel central del Estado.
28. Empresas públicas del nivel central del Estado.
29. Asentamientos humanos rurales.
30. Políticas de servicios básicos.
31. Políticas y régimen laborales.
32. Transporte, terrestre, aéreo, fluvial y otros cuando alcance a mas de un departamento.
33. Políticas de planificación territorial y ordenamiento territorial.
34. Deuda pública interna y externa.
35. Políticas generales de desarrollo productivo.
36. Políticas generales de vivienda.
37. Políticas generales de turismo.
38. Régimen de la tierra. La ley determinará las facultades a ser transferidas o delegadas a las autonomías.

Artículo 299.



- I. Las siguientes competencias se ejercerán de forma compartida entre el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas:
 1. Régimen electoral departamental y municipal.

2. Servicios de telefonía fija, móvil y telecomunicaciones.
 3. Electrificación urbana.
 4. Juegos de lotería y de azar.
 5. Relaciones internacionales en el marco de la política exterior del Estado.
 6. Establecimiento de Instancias de Conciliación ciudadana para resolución de conflictos entre vecinos sobre asuntos de carácter municipal.
 7. Regulación para la creación y/o modificación de impuestos de dominio exclusivo de los gobiernos autónomos.
- II. Las siguientes competencias se ejercerán de forma concurrente por el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas:
1. Preservar, conservar y contribuir a la protección del medio ambiente y fauna silvestre manteniendo el equilibrio ecológico y el control de la contaminación ambiental.
 2. Gestión del sistema de salud y educación.
 3. Ciencia, tecnología e investigación.
 4. Conservación de suelos, recursos forestales y bosques.
 5. Servicio metereológico.
 6. Frecuencias electromagnéticas en el ámbito de su jurisdicción y en el marco de las políticas del Estado.
 7. Promoción y administración de proyectos hidráulicos y energéticos.
 8. Residuos industriales y tóxicos.
 9. Proyectos de agua potable y tratamiento de residuos sólidos.
 10. Proyectos de riego.
 11. Protección de cuencas.
 12. Administración de puertos fluviales.
 13. Seguridad ciudadana.
 14. Sistema de control gubernamental.
 15. Vivienda y vivienda social.
 16. Agricultura, ganadería, caza y pesca.

Artículo 300.



- I. Son competencias exclusivas de los gobiernos departamentales autónomos, en su jurisdicción:
 1. Elaborar su Estatuto de acuerdo a los procedimientos establecidos en esta Constitución y en la

Ley.

2. Planificar y promover el desarrollo humano en su jurisdicción.
3. Iniciativa y convocatoria de consultas y referendos departamentales en las materias de su competencia.
4. Promoción del empleo y mejora de las condiciones laborales, en el marco de las políticas nacionales.
5. Elaboración y ejecución de Planes de Ordenamiento Territorial y de uso de suelos, en coordinación con los planes del nivel central del Estado municipales e indígena originario campesino.
6. Proyectos de generación y transporte de energía en los sistemas aislados.
7. Planificación, diseño, construcción conservación y administración de carreteras de la red departamental de acuerdo a las políticas estatales, incluyendo las de la Red Fundamental en defecto del nivel central, conforme a las normas establecidas por éste.
8. Construcción y mantenimiento de líneas férreas y ferrocarriles en el departamento de acuerdo a las políticas estatales, interviniendo en los de las Red fundamental en coordinación con el nivel central del Estado.
9. Transporte interprovincial terrestre, fluvial, ferrocarriles y otros medios de transporte en el departamento.
10. Construcción, mantenimiento y administración de aeropuertos públicos departamentales.
11. Estadísticas departamentales.
12. Otorgar personalidad jurídica a organizaciones sociales que desarrollen actividades en el departamento.
13. Otorgar personalidad jurídica a Organizaciones No Gubernamentales, fundaciones y entidades civiles sin fines de lucro que desarrollen actividades en el departamento.
14. Servicios de sanidad e inocuidad agropecuaria.
15. Proyectos de electrificación rural.
16. Proyectos de fuentes alternativas y renovables de energía de alcance departamental preservando la seguridad alimentaria.
17. Deporte en el ámbito de su jurisdicción.
18. Promoción y conservación del patrimonio natural departamental.
19. Promoción y conservación de cultura, patrimonio cultural, histórico, artístico, monumental, arquitectónico, arqueológico, paleontológico, científico, tangible e intangible departamental.
20. Políticas de turismo departamental.
21. Proyectos de infraestructura departamental para el apoyo a la producción.
22. Creación y administración de impuestos de carácter departamental, cuyos hechos imposables no sean análogos a los impuestos nacionales o municipales.

23. Creación y administración de tasas y contribuciones especiales de carácter departamental.
 24. Comercio, industria y servicios para el desarrollo y la competitividad en el ámbito departamental.
 25. Expropiación de inmuebles en su jurisdicción por razones de utilidad y necesidad pública departamental, conforme al procedimiento establecido por Ley, así como establecer limitaciones administrativas y de servidumbre a la propiedad, por razones de orden técnico, jurídico y de interés público.
 26. Elaborar, aprobar y ejecutar sus programas de operaciones y su presupuesto.
 27. Fondos fiduciarios, fondos de inversión y mecanismos de transferencia de recursos necesarios e inherentes a los ámbitos de sus competencias.
 28. Centros de información y documentación, archivos, bibliotecas, museos, hemerotecas y otros departamentales.
 29. Empresas públicas departamentales.
 30. Promoción y desarrollo de proyectos y políticas para niñez y adolescencia, mujer, adulto mayor y personas con discapacidad.
 31. Promoción y administración de los servicios para el desarrollo productivo y agropecuario.
 32. Elaboración y ejecución de planes de desarrollo económico y social departamental.
 33. Participar en empresas de industrialización, distribución y comercialización de Hidrocarburos en el territorio departamental en asociación con las entidades nacionales del sector.
 34. Promoción de la inversión privada en el departamento en el marco de las políticas económicas nacionales.
 35. Planificación del desarrollo departamental en concordancia con la planificación nacional.
 36. Administración de sus recursos por regalías en el marco del presupuesto general de la nación, los que serán transferidos automáticamente al Tesoro Departamental.
- II. Los Estatutos Autonómicos Departamentales podrán a su vez definir como concurrentes algunas de sus competencias exclusivas, con otras entidades territoriales del departamento.
- III. Serán también de ejecución departamental las competencias que le sean transferidas o delegadas.

Artículo 301.



La región, una vez constituida como autonomía regional, recibirá las competencias que le sean transferidas o delegadas.

Artículo 302.



- I. Son competencias exclusivas de los gobiernos municipales autónomos, en su jurisdicción:
 1. Elaborar su Carta Orgánica Municipal de acuerdo a los procedimientos establecidos en esta Constitución y la Ley.
 2. Planificar y promover el desarrollo humano en su jurisdicción.

3. Iniciativa y convocatoria de consultas y referendos municipales en las materias de su competencia.
4. Promoción del empleo y mejora de las condiciones laborales en el marco de las políticas nacionales.
5. Preservar, conservar y contribuir a la protección del medio ambiente y recursos naturales, fauna silvestre y animales domésticos.
6. Elaboración de Planes de Ordenamiento Territorial y de uso de suelos, en coordinación con los planes del nivel central del Estado, departamentales e indígenas.
7. Planificar, diseñar, construir, conservar y administrar caminos vecinales en coordinación con los pueblos indígena originario campesinos cuando corresponda.
8. Construcción, mantenimiento y administración de aeropuertos públicos locales.
9. Estadísticas municipales.
10. Catastro urbano en el ámbito de su jurisdicción en conformidad a los preceptos y parámetros técnicos establecidos para los Gobiernos Municipales.
11. Áreas protegidas municipales en conformidad con los parámetros y condiciones establecidas para los Gobiernos Municipales.
12. Proyectos de fuentes alternativas y renovables de energía preservando la seguridad alimentaria de alcance municipal.
13. Controlar la calidad y sanidad en la elaboración, transporte y venta de productos alimenticios para el consumo humano y animal.
14. Deporte en el ámbito de su jurisdicción.
15. Promoción y conservación del patrimonio natural municipal.
16. Promoción y conservación de cultura, patrimonio cultural, histórico, artístico, monumental, arquitectónico, arqueológico, paleontológico, científico, tangible e intangible municipal.
17. Políticas de turismo local.
18. Transporte urbano, registro de propiedad automotor, ordenamiento y educación vial, administración y control del tránsito urbano.
19. Creación y administración de impuestos de carácter municipal, cuyos hechos imposables no sean análogos a los impuestos nacionales o departamentales.
20. Creación y administración de tasas, patentes a la actividad económica y contribuciones especiales de carácter municipal.
21. Proyectos de infraestructura productiva.
22. Expropiación de inmuebles en su jurisdicción por razones de utilidad y necesidad pública municipal, conforme al procedimiento establecido por Ley, así como establecer limitaciones administrativas y de servidumbre a la propiedad, por razones de orden técnico, jurídico y de interés público.

23. Elaborar, aprobar y ejecutar sus programas de operaciones y su presupuesto.
 24. Fondos fiduciarios, fondos de inversión y mecanismos de transferencia de recursos necesarios e inherentes a los ámbitos de sus competencias.
 25. Centros de información y documentación, archivos, bibliotecas, museos, hemerotecas y otros municipales.
 26. Empresas públicas municipales.
 27. Aseo urbano, manejo y tratamiento de residuos sólidos en el marco de la política del Estado.
 28. Diseñar, construir, equipar y mantener la infraestructura y obras de interés público y bienes de dominio municipal, dentro de su jurisdicción territorial.
 29. Desarrollo urbano y asentamientos humanos urbanos.
 30. Servicio de alumbrado público de su jurisdicción.
 31. Promoción de la Cultura y actividades artísticas en el ámbito de su jurisdicción.
 32. Espectáculos públicos y juegos recreativos.
 33. Publicidad y propaganda urbana.
 34. Promover y suscribir convenios de asociación o mancomunidad municipal con otros municipios.
 35. Convenios y/o contratos con personas naturales o colectivas, públicas y privadas para el desarrollo y cumplimiento de sus atribuciones, competencias y fines.
 36. Constituir y reglamentar la Guardia Municipal para coadyuvar el cumplimiento, ejercicio y ejecución de sus competencias así como el cumplimiento de las normas municipales y de sus resoluciones emitidas.
 37. Políticas que garanticen la defensa de los consumidores y usuarios en el ámbito municipal.
 38. Sistemas de microriego en coordinación con los pueblos indígena originario campesinos.
 39. Promoción y desarrollo de proyectos y políticas para niñez y adolescencia, mujer, adulto mayor y personas con discapacidad.
 40. Servicios básicos así como aprobación las tasas que correspondan en su jurisdicción.
 41. Aridos y agregados, en coordinación con los pueblos indígena originario campesinos, cuando corresponda.
 42. Planificación del desarrollo municipal en concordancia con la planificación departamental y nacional.
 43. Participar en empresas de industrialización, distribución y comercialización de Hidrocarburos en el territorio municipal en asociación con las entidades nacionales del sector.
- II. Serán también de ejecución municipal las competencias que le sean transferidas o delegadas.

Artículo 303.



- I. La autonomía indígena originario campesina, además de sus competencias, asumirá las de los municipios, de acuerdo con un proceso de desarrollo institucional y con las características culturales propias de conformidad a la Constitución y a la Ley Marco de Autonomías y Descentralización.
- II. La región indígena originario campesina, asumirá las competencias que le sean transferidas o delegadas.

Artículo 304.



- I. Las autonomías indígena originario campesinas podrán ejercer las siguientes competencias exclusivas:
 1. Elaborar su Estatuto para el ejercicio de su autonomía conforme a la Constitución y la ley.
 2. Definición y gestión de formas propias de desarrollo económico, social, político, organizativo y cultural, de acuerdo con su identidad y visión de cada pueblo.
 3. Gestión y administración de los recursos naturales renovables, de acuerdo a la Constitución.
 4. Elaboración de Planes de Ordenamiento Territorial y de uso de suelos, en coordinación con los planes del nivel central del Estado, departamentales, y municipales.
 5. Electrificación en sistemas aislados dentro de su jurisdicción.
 6. Mantenimiento y administración de caminos vecinales y comunales.
 7. Administración y preservación de áreas protegidas en su jurisdicción, en el marco de la política del Estado.
 8. Ejercicio de la jurisdicción indígena originaria campesina para la aplicación de justicia y resolución de conflictos a través de normas y procedimientos propios de acuerdo a la Constitución y la ley.
 9. Deporte, esparcimiento y recreación.
 10. Patrimonio cultural, tangible e intangible. Resguardo, fomento y promoción de sus culturas, arte, identidad, centros arqueológicos, lugares religiosos, culturales y museos.
 11. Políticas de Turismo.
 12. Crear y administrar tasas, patentes y contribuciones especiales en el ámbito de su jurisdicción de acuerdo a Ley.
 13. Administrar los impuestos de su competencia en el ámbito de su jurisdicción.
 14. Elaborar, aprobar y ejecutar sus programas de operaciones y su presupuesto.
 15. Planificación y gestión de la ocupación territorial.
 16. Vivienda, urbanismo y redistribución poblacional conforme a sus prácticas culturales en el ámbito de su jurisdicción.
 17. Promover y suscribir acuerdos de cooperación con otros pueblos y entidades públicas y privadas.
 18. Mantenimiento y administración de sus sistemas de microriego.
 19. Fomento y desarrollo de su vocación productiva.

20. Construcción, mantenimiento y administración de la infraestructura necesaria para el desarrollo en su jurisdicción.
 21. Participar, desarrollar y ejecutar los mecanismos de consulta previa, libre e informada relativos a la aplicación de medidas legislativas, ejecutivas y administrativas que los afecten.
 22. Preservación del hábitat y el paisaje, conforme a sus principios, normas y prácticas culturales, tecnológicas, espaciales e históricas.
 23. Desarrollo y ejercicio de sus instituciones democráticas conforme a sus normas y procedimientos propios.
- II. Las autonomías indígena originario campesinas podrán ejercer las siguientes competencias compartidas:
1. Intercambios internacionales en el marco de la política exterior del Estado.
 2. Participación y control en el aprovechamiento de áridos.
 3. Resguardo y registro de los derechos intelectuales colectivos, referidos a conocimientos de recursos genéticos, medicina tradicional y germoplasma, de acuerdo con la ley.
 4. Control y regulación a las instituciones y organizaciones externas que desarrollen actividades en su jurisdicción, inherentes al desarrollo de su institucionalidad, cultura, medio ambiente y patrimonio natural.
- III. Las autonomías indígena originario campesinas podrán ejercer las siguientes competencias concurrentes:
1. Organización, planificación y ejecución de políticas de salud en su jurisdicción.
 2. Organización, planificación y ejecución de planes, programas y proyectos de educación, ciencia, tecnología e investigación, en el marco de la legislación del Estado.
 3. Conservación de recursos forestales, biodiversidad y medio ambiente.
 4. Sistemas de riego, recursos hídricos, fuentes de agua y energía, en el marco de la política del Estado, al interior de su jurisdicción.
 5. Construcción de sistemas de microriego.
 6. Construcción de caminos vecinales y comunales.
 7. Promoción de la construcción de infraestructuras productivas.
 8. Promoción y fomento a la agricultura y ganadería.
 9. Control y monitoreo socioambiental a las actividades hidrocarburíferas y mineras que se desarrollan en su jurisdicción.
 10. Sistemas de control fiscal y administración de bienes y servicios.
- IV. Los recursos necesarios para el cumplimiento de sus competencias serán transferidos automáticamente por el Estado Plurinacional de acuerdo a la ley.

Artículo 305.



Toda asignación o transferencia de competencias deberá estar acompañada de la definición de la fuente de los recursos económicos y financieros necesarios para su ejercicio.

CUARTA PARTE

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN ECONÓMICA DEL ESTADO

TÍTULO I

ORGANIZACIÓN ECONÓMICA DEL ESTADO

CAPÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 306.



- I. El modelo económico boliviano es plural y está orientado a mejorar la calidad de vida y el vivir bien de todas las bolivianas y los bolivianos.
- II. La economía plural está constituida por las formas de organización económica comunitaria, estatal, privada y social cooperativa.
- III. La economía plural articula las diferentes formas de organización económica sobre los principios de complementariedad, reciprocidad, solidaridad, redistribución, igualdad, seguridad jurídica, sustentabilidad, equilibrio, justicia y transparencia. La economía social y comunitaria complementará el interés individual con el vivir bien colectivo.
- IV. Las formas de organización económica reconocidas en esta Constitución podrán constituir empresas mixtas.
- V. El Estado tiene como máximo valor al ser humano y asegurará el desarrollo mediante la redistribución equitativa de los excedentes económicos en políticas sociales, de salud, educación, cultura, y en la reinversión en desarrollo económico productivo.

Artículo 307.



El Estado reconocerá, respetará, protegerá y promoverá la organización económica comunitaria. Esta forma de organización económica comunitaria comprende los sistemas de producción y reproducción de la vida social, fundados en los principios y visión propios de las naciones y pueblos indígena originario y campesinos.

Artículo 308.



- I. El Estado reconoce, respeta y protege la iniciativa privada, para que contribuya al desarrollo económico, social y fortalezca la independencia económica del país.
- II. Se garantiza la libertad de empresa y el pleno ejercicio de las actividades empresariales, que serán reguladas por la ley.

Artículo 309.



La forma de organización económica estatal comprende a las empresas y otras entidades económicas de propiedad estatal, que cumplirán los siguientes objetivos:

1. Administrar a nombre del pueblo boliviano los derechos propietarios de los recursos naturales y ejercer

- el control estratégico de las cadenas productivas y los procesos de industrialización de dichos recursos.
2. Administrar los servicios básicos de agua potable y alcantarillado directamente o por medio de empresas públicas, comunitarias, cooperativas o mixtas.
 3. Producir directamente bienes y servicios.
 4. Promover la democracia económica y el logro de la soberanía alimentaria de la población.
 5. Garantizar la participación y el control social sobre su organización y gestión, así como la participación de los trabajadores en la toma de decisiones y en los beneficios.

Artículo 310.



El Estado reconoce y protege las cooperativas como formas de trabajo solidario y de cooperación, sin fines de lucro. Se promoverá principalmente la organización de cooperativas en actividades de producción.

Artículo 311.



- I. Todas las formas de organización económica establecidas en esta Constitución gozarán de igualdad jurídica ante la ley.
- II. La economía plural comprende los siguientes aspectos:
 1. El Estado ejercerá la dirección integral del desarrollo económico y sus procesos de planificación.
 2. Los recursos naturales son de propiedad del pueblo boliviano y serán administrados por el Estado. Se respetará y garantizará la propiedad individual y colectiva sobre la tierra. La agricultura, la ganadería, así como las actividades de caza y pesca que no involucren especies animales protegidas, son actividades que se rigen por lo establecido en la cuarta parte de esta Constitución referida a la estructura y organización económica del Estado.
 3. La industrialización de los recursos naturales para superar la dependencia de la exportación de materias primas y lograr una economía de base productiva, en el marco del desarrollo sostenible, en armonía con la naturaleza.
 4. El Estado podrá intervenir en toda la cadena productiva de los sectores estratégicos, buscando garantizar su abastecimiento para preservar la calidad de vida de todas las bolivianas y todos los bolivianos.
 5. El respeto a la iniciativa empresarial y la seguridad jurídica.
 6. El Estado fomentará y promocionará el área comunitaria de la economía como alternativa solidaria en el área rural y urbana.

Artículo 312.



- I. Toda actividad económica debe contribuir al fortalecimiento de la soberanía económica del país. No se permitirá la acumulación privada de poder económico en grado tal que ponga en peligro la soberanía económica del Estado.
- II. Todas las formas de organización económica tienen la obligación de generar trabajo digno y contribuir a la reducción de las desigualdades y a la erradicación de la pobreza.
- III. Todas las formas de organización económica tienen la obligación de proteger el medio ambiente.

Artículo 313.



Para eliminar la pobreza y la exclusión social y económica, para el logro del vivir bien en sus múltiples dimensiones, la organización económica boliviana establece los siguientes propósitos:

1. Generación del producto social en el marco del respeto de los derechos individuales, así como de los derechos de los pueblos y las naciones.
2. La producción, distribución y redistribución justa de la riqueza y de los excedentes económicos.
3. La reducción de las desigualdades de acceso a los recursos productivos.
4. La reducción de las desigualdades regionales.
5. El desarrollo productivo industrializador de los recursos naturales.
6. La participación activa de las economías pública y comunitaria en el aparato productivo.

Artículo 314.



Se prohíbe el monopolio y el oligopolio privado, así como cualquier otra forma de asociación o acuerdo de personas naturales o jurídicas privadas, bolivianas o extranjeras, que pretendan el control y la exclusividad en la producción y comercialización de bienes y servicios.

Artículo 315.



- I. El Estado reconoce la propiedad de tierra a todas aquellas personas jurídicas legalmente constituidas en territorio nacional siempre y cuando sea utilizada para el cumplimiento del objeto de la creación del agente económico, la generación de empleos y la producción y comercialización de bienes y/o servicios.
- II. Las personas jurídicas señaladas en el párrafo anterior que se constituyan con posterioridad a la presente Constitución tendrán una estructura societaria con un número de socios no menor a la división de la superficie total entre cinco mil hectáreas, redondeando el resultado hacia el inmediato número entero superior.

CAPÍTULO SEGUNDO

FUNCIÓN DEL ESTADO EN LA ECONOMÍA

Artículo 316.



La función del Estado en la economía consiste en:

1. Conducir el proceso de planificación económica y social, con participación y consulta ciudadana. La ley establecerá un sistema de planificación integral estatal, que incorporará a todas las entidades territoriales.
2. Dirigir la economía y regular, conforme con los principios establecidos en esta Constitución, los procesos de producción, distribución, y comercialización de bienes y servicios.
3. Ejercer la dirección y el control de los sectores estratégicos de la economía.
4. Participar directamente en la economía mediante el incentivo y la producción de bienes y servicios económicos y sociales para promover la equidad económica y social, e impulsar el desarrollo, evitando el control oligopólico de la economía.

5. Promover la integración de las diferentes formas económicas de producción, con el objeto de lograr el desarrollo económico y social.
6. Promover prioritariamente la industrialización de los recursos naturales renovables y no renovables, en el marco del respeto y protección del medio ambiente, para garantizar la generación de empleo y de insumos económicos y sociales para la población.
7. Promover políticas de distribución equitativa de la riqueza y de los recursos económicos del país, con el objeto de evitar la desigualdad, la exclusión social y económica, y erradicar la pobreza en sus múltiples dimensiones.
8. Determinar el monopolio estatal de las actividades productivas y comerciales que se consideren imprescindibles en caso de necesidad pública.
9. Formular periódicamente, con participación y consulta ciudadana, el plan general de desarrollo, cuya ejecución es obligatoria para todas las formas de organización económica.
10. Gestionar recursos económicos para la investigación, la asistencia técnica y la transferencia de tecnologías para promover actividades productivas y de industrialización.
11. Regular la actividad aeronáutica en el espacio aéreo del país.

Artículo 317.



El Estado garantizará la creación, organización y funcionamiento de una entidad de planificación participativa que incluya a representantes de las instituciones públicas y de la sociedad civil organizada.

CAPÍTULO TERCERO

POLÍTICAS ECONÓMICAS

Artículo 318.



- I. El Estado determinará una política productiva industrial y comercial que garantice una oferta de bienes y servicios suficientes para cubrir de forma adecuada las necesidades básicas internas, y para fortalecer la capacidad exportadora.
- II. El Estado reconoce y priorizará el apoyo a la organización de estructuras asociativas de micro, pequeñas y medianas empresas productoras, urbanas y rurales.
- III. El Estado fortalecerá la infraestructura productiva, manufactura e industrial y los servicios básicos para el sector productivo.
- IV. El Estado priorizará la promoción del desarrollo productivo rural como fundamento de las políticas de desarrollo del país.
- V. El Estado promoverá y apoyará la exportación de bienes con valor agregado y los servicios.

Artículo 319.



- I. La industrialización de los recursos naturales será prioridad en las políticas económicas, en el marco del respeto y protección del medio ambiente y de los derechos de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y sus territorios. La articulación de la explotación de los recursos naturales con el aparato productivo interno será prioritaria en las políticas económicas del Estado.

- II. En la comercialización de los recursos naturales y energéticos estratégicos, el Estado considerará, para la definición del precio de su comercialización, los impuestos, regalías y participaciones correspondientes que deban pagarse a la hacienda pública.

Artículo 320.



- I. La inversión boliviana se priorizará frente a la inversión extranjera.
- II. Toda inversión extranjera estará sometida a la jurisdicción, a las leyes y a las autoridades bolivianas, y nadie podrá invocar situación de excepción, ni apelar a reclamaciones diplomáticas para obtener un tratamiento más favorable.
- III. Las relaciones económicas con estados o empresas extranjeras se realizarán en condiciones de independencia, respeto mutuo y equidad. No se podrá otorgar a Estados o empresas extranjeras condiciones más beneficiosas que las establecidas para los bolivianos.
- IV. El Estado es independiente en todas las decisiones de política económica interna, y no aceptará imposiciones ni condicionamientos sobre esta política por parte de estados, bancos o instituciones financieras bolivianas o extranjeras, entidades multilaterales ni empresas transnacionales.
- V. Las políticas públicas promocionarán el consumo interno de productos hechos en Bolivia.

SECCIÓN I

POLÍTICA FISCAL

Artículo 321.



- I. La administración económica y financiera del Estado y de todas las entidades públicas se rige por su presupuesto.
- II. La determinación del gasto y de la inversión pública tendrá lugar por medio de mecanismos de participación ciudadana y de planificación técnica y ejecutiva estatal. Las asignaciones atenderán especialmente a la educación, la salud, la alimentación, la vivienda y el desarrollo productivo.
- III. El Órgano Ejecutivo presentará a la Asamblea Legislativa Plurinacional, al menos dos meses antes de la finalización de cada año fiscal, el proyecto de ley del Presupuesto General para la siguiente gestión anual, que incluirá a todas las entidades del sector público.
- IV. Todo proyecto de ley que implique gastos o inversiones para el Estado deberá establecer la fuente de los recursos, la manera de cubrirlos y la forma de su inversión. Si el proyecto no fue de iniciativa del Órgano Ejecutivo, requerirá de consulta previa a éste.
- V. El Órgano Ejecutivo, a través del Ministerio del ramo, tendrá acceso directo a la información del gasto presupuestado y ejecutado de todo el sector público. El acceso incluirá la información del gasto presupuestado y ejecutado de las Fuerzas Armadas y la Policía Boliviana.

Artículo 322.



- I. La Asamblea Legislativa Plurinacional autorizará la contratación de deuda pública cuando se demuestre la capacidad de generar ingresos para cubrir el capital y los intereses, y se justifiquen técnicamente las condiciones más ventajosas en las tasas, los plazos, los montos y otras circunstancias.
- II. La deuda pública no incluirá obligaciones que no hayan sido autorizadas y garantizadas expresamente por la Asamblea Legislativa Plurinacional.

**Artículo 323.**

- I. La política fiscal se basa en los principios de capacidad económica, igualdad, progresividad, proporcionalidad, transparencia, universalidad, control, sencillez administrativa y capacidad recaudatoria.
- II. Los impuestos que pertenecen al dominio tributario nacional serán aprobados por la Asamblea Legislativa Plurinacional. Los impuestos que pertenecen al dominio exclusivo de las autonomías departamental o municipal, serán aprobados, modificados o eliminados por sus Concejos o Asambleas, a propuesta de sus órganos ejecutivos. El dominio tributario de los Departamentos Descentralizados, y regiones estará conformado por impuestos departamentales tasas y contribuciones especiales, respectivamente.
- III. La Asamblea Legislativa Plurinacional mediante ley, clasificará y definirá los impuestos que pertenecen al dominio tributario nacional, departamental y municipal.
- IV. La creación, supresión o modificación de los impuestos bajo dominio de los gobiernos autónomos facultados para ello se efectuará dentro de los límites siguientes:
 1. No podrán crear impuestos cuyos hechos imponible sean análogos a los correspondientes a los impuestos nacionales u otros impuestos departamentales o municipales existentes, independientemente del dominio tributario al que pertenezcan.
 2. No podrán crear impuestos que graven bienes, actividades rentas o patrimonios localizados fuera de su jurisdicción territorial, salvo las rentas generadas por sus ciudadanos o empresas en el exterior del país. Esta prohibición se hace extensiva a las tasas, patentes y contribuciones especiales.
 3. No podrán crear impuestos que obstaculicen la libre circulación y el establecimiento de personas, bienes, actividades o servicios dentro de su jurisdicción territorial. Esta prohibición se hace extensiva a las tasas, patentes y contribuciones especiales.
 4. No podrán crear impuestos que generen privilegios para sus residentes discriminando a los que no lo son. Esta prohibición se hace extensiva a las tasas, patentes y contribuciones especiales.

Artículo 324.

No prescribirán las deudas por daños económicos causados al Estado.

Artículo 325.

El ilícito económico, la especulación, el acaparamiento, el agio, la usura, el contrabando, la evasión impositiva y otros delitos económicos conexos serán penados por ley.

SECCIÓN II

POLÍTICA MONETARIA

Artículo 326.

- I. El Estado, a través del Órgano Ejecutivo, determinará los objetivos de la política monetaria y cambiaria del país, en coordinación con el Banco Central de Bolivia.
- II. Las transacciones públicas en el país se realizarán en moneda nacional.

Artículo 327.

El Banco Central de Bolivia es una institución de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio. En el marco de la política económica del Estado, es función del Banco Central de Bolivia mantener la estabilidad del poder adquisitivo interno de la moneda, para contribuir al desarrollo económico y social.

Artículo 328.



- I. Son atribuciones del Banco Central de Bolivia, en coordinación con la política económica determinada por el Órgano Ejecutivo, además de las señaladas por la ley:
 1. Determinar y ejecutar la política monetaria.
 2. Ejecutar la política cambiaria.
 3. Regular el sistema de pagos.
 4. Autorizar la emisión de la moneda.
 5. Administrar las reservas internacionales.

Artículo 329.



- I. El Directorio del Banco Central de Bolivia estará conformado por una Presidenta o un Presidente, y cinco directoras o directores designados por la Presidenta o el Presidente del Estado de entre las ternas presentadas por la Asamblea Legislativa Plurinacional para cada uno de los cargos.
- II. Los miembros del Directorio del Banco Central de Bolivia durarán en sus funciones cinco años, sin posibilidad de reelección. Serán considerados servidoras y servidores públicos, de acuerdo con la Constitución y la ley. Los requisitos particulares para el acceso al cargo serán determinados por la ley.
- III. La Presidenta o el Presidente del Banco Central de Bolivia deberá rendir informes y cuentas sobre las funciones de la institución, cuantas veces sean solicitados por la Asamblea Legislativa Plurinacional o sus Cámaras. El Banco Central de Bolivia elevará un informe anual a la Asamblea Legislativa y está sometido al sistema de control gubernamental y fiscal del Estado.

SECCIÓN III

POLÍTICA FINANCIERA

Artículo 330.



- I. El Estado regulará el sistema financiero con criterios de igualdad de oportunidades, solidaridad, distribución y redistribución equitativa.
- II. El Estado, a través de su política financiera, priorizará la demanda de servicios financieros de los sectores de la micro y pequeña empresa, artesanía, comercio, servicios, organizaciones comunitarias y cooperativas de producción.
- III. El Estado fomentará la creación de entidades financieras no bancarias con fines de inversión socialmente productiva.
- IV. El Banco Central de Bolivia y las entidades e instituciones públicas no reconocerán adeudos de la banca o de entidades financieras privadas. Éstas obligatoriamente aportarán y fortalecerán un fondo de reestructuración financiera, que será usado en caso de insolvencia bancaria.
- V. Las operaciones financieras de la Administración Pública, en sus diferentes niveles de gobierno, serán

realizadas por una entidad bancaria pública. La ley preverá su creación.

Artículo 331.



Las actividades de intermediación financiera, la prestación de servicios financieros y cualquier otra actividad relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión del ahorro, son de interés público y sólo pueden ser ejercidas previa autorización del Estado, conforme con la ley.

Artículo 332.



- I. Las entidades financieras estarán reguladas y supervisadas por una institución de regulación de bancos y entidades financieras. Esta institución tendrá carácter de derecho público y jurisdicción en todo el territorio boliviano.
- II. La máxima autoridad de la institución de regulación de bancos y entidades financieras será designada por la Presidenta o Presidente del Estado, de entre una terna propuesta por la Asamblea Legislativa Plurinacional, de acuerdo con el procedimiento establecido en la ley.

Artículo 333.



Las operaciones financieras realizadas por personas naturales o jurídicas, bolivianas o extranjeras, gozarán del derecho de confidencialidad, salvo en los procesos judiciales, en los casos en que se presuma comisión de delitos financieros, en los que se investiguen fortunas y los demás definidos por la ley. Las instancias llamadas por la ley a investigar estos casos tendrán la atribución para conocer dichas operaciones financieras, sin que sea necesaria autorización judicial.

SECCIÓN IV

POLÍTICAS SECTORIALES

Artículo 334.



En el marco de las políticas sectoriales, el Estado protegerá y fomentará:

1. Las organizaciones económicas campesinas, y las asociaciones u organizaciones de pequeños productores urbanos, artesanos, como alternativas solidarias y recíprocas. La política económica facilitará el acceso a la capacitación técnica y a la tecnología, a los créditos, a la apertura de mercados y al mejoramiento de procesos productivos.
2. El sector gremial, el trabajo por cuenta propia, y el comercio minorista, en las áreas de producción, servicios y comercio, será fortalecido por medio del acceso al crédito y a la asistencia técnica.
3. La producción artesanal con identidad cultural.
4. Las micro y pequeñas empresas, así como las organizaciones económicas campesinas y las organizaciones o asociaciones de pequeños productores, quienes gozarán de preferencias en las compras del Estado.

Artículo 335.



Las cooperativas de servicios públicos serán organizaciones de interés colectivo, sin fines de lucro y sometidas a control gubernamental y serán administradas democráticamente. La elección de sus autoridades de administración y vigilancia será realizada de acuerdo a sus propias normas estatutarias y supervisada por el Órgano Electoral Plurinacional. Su organización y funcionamiento serán regulados por la ley.

Artículo 336.



El Estado apoyará a las organizaciones de economía comunitaria para que sean sujetos de crédito y accedan al financiamiento.

Artículo 337.



- I. El turismo es una actividad económica estratégica que deberá desarrollarse de manera sustentable para lo que tomará en cuenta la riqueza de las culturas y el respeto al medio ambiente.
- II. El Estado promoverá y protegerá el turismo comunitario con el objetivo de beneficiar a las comunidades urbanas y rurales, y las naciones y pueblos indígena originario campesinos donde se desarrolle esta actividad.

Artículo 338.



El Estado reconoce el valor económico del trabajo del hogar como fuente de riqueza y deberá cuantificarse en las cuentas públicas.

CAPÍTULO CUARTO

BIENES Y RECURSOS DEL ESTADO Y SU DISTRIBUCIÓN

Artículo 339.



- I. El Presidente de la República podrá decretar pagos no autorizados por la ley del presupuesto, únicamente para atender necesidades impostergables derivadas de calamidades públicas, de conmoción interna o del agotamiento de recursos destinados a mantener servicios cuya paralización causaría graves daños. Los gastos destinados a estos fines no excederán del uno por ciento del total de egresos autorizados por el Presupuesto General.
- II. Los bienes de patrimonio del Estado y de las entidades públicas constituyen propiedad del pueblo boliviano, inviolable, inembargable, imprescriptible e inexpropiable; no podrán ser empleados en provecho particular alguno. Su calificación, inventario, administración, disposición, registro obligatorio y formas de reivindicación serán regulados por la ley.
- III. Los ingresos del Estado se invertirán conforme con el plan general de desarrollo económico y social del país, el Presupuesto General del Estado y con la ley.

Artículo 340.



- I. Las rentas del Estado se dividen en nacionales, departamentales, municipales, e indígena originario campesinas y se invertirán independientemente por sus Tesoros, conforme a sus respectivos presupuestos.
- II. La ley clasificará los ingresos nacionales, departamentales, municipales e indígena originario campesinos.
- III. Los recursos departamentales, municipales, de autonomías indígena originario campesinas, judiciales y universitarios recaudados por oficinas dependientes del nivel nacional, no serán centralizados en el Tesoro Nacional.
- IV. El Órgano Ejecutivo nacional establecerá las normas destinadas a la elaboración y presentación de los proyectos de presupuestos de todo el sector público, incluidas las autonomías.



Artículo 341.

Son recursos departamentales:

1. Las regalías departamentales creadas por ley;
2. La participación en recursos provenientes de impuestos a los Hidrocarburos según los porcentajes previstos en la Ley.
3. Impuestos, tasas, contribuciones especiales y patentes departamentales sobre los recursos naturales.
4. Las transferencias del Tesoro General de la Nación destinadas a cubrir el gasto en servicios personales de salud, educación y asistencia social;
5. Las transferencias extraordinarias del Tesoro General de la Nación, en los casos establecidos en el artículo 339.I de esta Constitución.
6. Los créditos y empréstitos internos y externos contraídos de acuerdo a las normas de endeudamiento público y del sistema Nacional de Tesorería y Crédito Público.
7. Los ingresos provenientes de la venta de bienes, servicios y enajenación de activos.
8. Los legados, donaciones y otros ingresos similares.

TÍTULO II

MEDIO AMBIENTE, RECURSOS NATURALES, TIERRA Y TERRITORIO

CAPÍTULO PRIMERO

MEDIO AMBIENTE

Artículo 342.



Es deber del Estado y de la población conservar, proteger y aprovechar de manera sustentable los recursos naturales y la biodiversidad, así como mantener el equilibrio del medio ambiente.

Artículo 343.



La población tiene derecho a la participación en la gestión ambiental, a ser consultado e informado previamente sobre decisiones que pudieran afectar a la calidad del medio ambiente.

Artículo 344.



- I. Se prohíbe la fabricación y uso de armas químicas, biológicas y nucleares en el territorio boliviano, así como la internación, tránsito y depósito de residuos nucleares y desechos tóxicos.
- II. El Estado regulará la internación, producción, comercialización y empleo de técnicas, métodos, insumos y sustancias que afecten a la salud y al medio ambiente.

Artículo 345.



Las políticas de gestión ambiental se basarán en:

1. La planificación y gestión participativas, con control social.

2. La aplicación de los sistemas de evaluación de impacto ambiental y el control de calidad ambiental, sin excepción y de manera transversal a toda actividad de producción de bienes y servicios que use, transforme o afecte a los recursos naturales y al medio ambiente.
3. La responsabilidad por ejecución de toda actividad que produzca daños medioambientales y su sanción civil, penal y administrativa por incumplimiento de las normas de protección del medio ambiente.

Artículo 346.



El patrimonio natural es de interés público y de carácter estratégico para el desarrollo sustentable del país. Su conservación y aprovechamiento para beneficio de la población será responsabilidad y atribución exclusiva del Estado, y no comprometerá la soberanía sobre los recursos naturales. La ley establecerá los principios y disposiciones para su gestión.

Artículo 347.



- I. El Estado y la sociedad promoverán la mitigación de los efectos nocivos al medio ambiente, y de los pasivos ambientales que afectan al país. Se declara la responsabilidad por los daños ambientales históricos y la imprescriptibilidad de los delitos ambientales.
- II. Quienes realicen actividades de impacto sobre el medio ambiente deberán, en todas las etapas de la producción, evitar, minimizar, mitigar, remediar, reparar y resarcir los daños que se ocasionen al medio ambiente y a la salud de las personas, y establecerán las medidas de seguridad necesarias para neutralizar los efectos posibles de los pasivos ambientales.

CAPÍTULO SEGUNDO

RECURSOS NATURALES

Artículo 348.



- I. Son recursos naturales los minerales en todos sus estados, los hidrocarburos, el agua, el aire, el suelo y el subsuelo, los bosques, la biodiversidad, el espectro electromagnético y todos aquellos elementos y fuerzas físicas susceptibles de aprovechamiento.
- II. Los recursos naturales son de carácter estratégico y de interés público para el desarrollo del país.

Artículo 349.



- I. Los recursos naturales son de propiedad y dominio directo, indivisible e imprescriptible del pueblo boliviano, y corresponderá al Estado su administración en función del interés colectivo.
- II. El Estado reconocerá, respetará y otorgará derechos propietarios individuales y colectivos sobre la tierra, así como derechos de uso y aprovechamiento sobre otros recursos naturales.
- III. La agricultura, la ganadería, así como las actividades de caza y pesca que no involucren especies animales protegidas, son actividades que se rigen por lo establecido en la cuarta parte de esta Constitución referida a la estructura y organización económica del Estado.

Artículo 350.



Cualquier título otorgado sobre reserva fiscal será nulo de pleno derecho, salvo autorización expresa por necesidad estatal y utilidad pública, de acuerdo con la ley.

**Artículo 351.**

- I. El Estado, asumirá el control y la dirección sobre la exploración, explotación, industrialización, transporte y comercialización de los recursos naturales estratégicos a través de entidades públicas, cooperativas o comunitarias, las que podrán a su vez contratar a empresas privadas y constituir empresas mixtas.
- II. El Estado podrá suscribir contratos de asociación con personas jurídicas, bolivianas o extranjeras, para el aprovechamiento de los recursos naturales. Debiendo asegurarse la reinversión de las utilidades económicas en el país.
- III. La gestión y administración de los recursos naturales se realizará garantizando el control y la participación social en el diseño de las políticas sectoriales. En la gestión y administración podrán establecerse entidades mixtas, con representación estatal y de la sociedad, y se precautelaré el bienestar colectivo.
- IV. Las empresas privadas, bolivianas o extranjeras, pagarán impuestos y regalías cuando intervengan en la explotación de los recursos naturales, y los cobros a que den lugar no serán reembolsables. Las regalías por el aprovechamiento de los recursos naturales son un derecho y una compensación por su explotación, y se regularán por la Constitución y la ley.

Artículo 352.

La explotación de recursos naturales en determinado territorio estará sujeta a un proceso de consulta a la población afectada, convocada por el Estado, que será libre, previa e informada. Se garantiza la participación ciudadana en el proceso de gestión ambiental y se promoverá la conservación de los ecosistemas, de acuerdo con la Constitución y la ley. En las naciones y pueblos indígena originario campesinos, la consulta tendrá lugar respetando sus normas y procedimientos propios.

Artículo 353.

El pueblo boliviano tendrá acceso equitativo a los beneficios provenientes del aprovechamiento de todos los recursos naturales. Se asignará una participación prioritaria a los territorios donde se encuentren estos recursos, y a las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 354.

El Estado desarrollará y promoverá la investigación relativa al manejo, conservación y aprovechamiento de los recursos naturales y la biodiversidad.

Artículo 355.

- I. La industrialización y comercialización de los recursos naturales será prioridad del Estado.
- II. Las utilidades obtenidas por la explotación e industrialización de los recursos naturales serán distribuidas y reinvertidas para promover la diversificación económica en los diferentes niveles territoriales del Estado. La distribución porcentual de los beneficios será sancionada por la ley.
- III. Los procesos de industrialización se realizarán con preferencia en el lugar de origen de la producción y crearán condiciones que favorezcan la competitividad en el mercado interno e internacional.

Artículo 356.

Las actividades de exploración, explotación, refinación, industrialización, transporte y comercialización de los recursos naturales no renovables tendrán el carácter de necesidad estatal y utilidad pública.

**Artículo 357.**

Por ser propiedad social del pueblo boliviano, ninguna persona ni empresa extranjera, ni ninguna persona o empresa privada boliviana podrá inscribir la propiedad de los recursos naturales bolivianos en mercados de valores, ni los podrá utilizar como medios para operaciones financieras de titularización o seguridad. La anotación y registro de reservas es una atribución exclusiva del Estado.

**Artículo 358.**

Los derechos de uso y aprovechamiento sobre los recursos naturales deberán sujetarse a lo establecido en la Constitución y la ley. Estos derechos estarán sujetos a control periódico del cumplimiento de las regulaciones técnicas, económicas y ambientales. El incumplimiento de la ley dará lugar a la reversión o anulación de los derechos de uso o aprovechamiento.

CAPÍTULO TERCERO

HIDROCARBUROS

**Artículo 359.**

- I. Los hidrocarburos, cualquiera sea el estado en que se encuentren o la forma en la que se presenten, son de propiedad inalienable e imprescriptible del pueblo boliviano. El Estado, en nombre y representación del pueblo boliviano, ejerce la propiedad de toda la producción de hidrocarburos del país y es el único facultado para su comercialización. La totalidad de los ingresos percibidos por la comercialización de los hidrocarburos será propiedad del Estado.
- II. Ningún contrato, acuerdo o convenio, de forma, directa o indirecta, tácita o expresa, podrá vulnerar total o parcialmente lo establecido en el presente artículo. En el caso de vulneración los contratos serán nulos de pleno derecho y quienes los hayan acordado, firmado, aprobado o ejecutado, cometerán delito de traición a la patria.

**Artículo 360.**

El Estado definirá la política de hidrocarburos, promoverá su desarrollo integral, sustentable y equitativo, y garantizará la soberanía energética.

**Artículo 361.**

- I. Yacimientos Petrolíferos Fiscales Bolivianos (YPFB) es una empresa autárquica de derecho público, inembargable, con autonomía de gestión administrativa, técnica y económica, en el marco de la política estatal de hidrocarburos. YPFB, bajo tuición del Ministerio del ramo y como brazo operativo del Estado, es la única facultada para realizar las actividades de la cadena productiva de hidrocarburos y su comercialización.
- II. YPFB no podrá transferir sus derechos u obligaciones en ninguna forma o modalidad, tácita o expresa, directa o indirectamente.

**Artículo 362.**

- I. Se autoriza a YPFB suscribir contratos, bajo el régimen de prestación de servicios, con empresas públicas, mixtas o privadas, bolivianas o extranjeras, para que dichas empresas, a su nombre y en su representación, realicen determinadas actividades de la cadena productiva a cambio de una retribución o pago por sus servicios. La suscripción de estos contratos no podrá significar en ningún caso pérdidas para YPFB o para el Estado.

- II. Los contratos referidos a actividades de exploración y explotación de hidrocarburos deberán contar con previa autorización y aprobación expresa de la Asamblea Legislativa Plurinacional. En caso de no obtener esta autorización serán nulos de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial ni extrajudicial alguna.

Artículo 363.



- I. La Empresa Boliviana de Industrialización de Hidrocarburos (EBIH) es una empresa autárquica de derecho público, con autonomía de gestión administrativa, técnica y económica, bajo la tuición del Ministerio del ramo y de YPFB, que actúa en el marco de la política estatal de hidrocarburos. EBIH será responsable de ejecutar, en representación del Estado y dentro de su territorio, la industrialización de los hidrocarburos.
- II. YPFB podrá conformar asociaciones o sociedades de economía mixta para la ejecución de las actividades de exploración, explotación, refinación, industrialización, transporte y comercialización de los hidrocarburos. En estas asociaciones o sociedades, YPFB contará obligatoriamente con una participación accionaria no menor al cincuenta y uno por ciento del total del capital social.

Artículo 364.



YPFB, en nombre y representación del Estado boliviano, operará y ejercerá derechos de propiedad en territorios de otros estados.

Artículo 365.



Una institución autárquica de derecho público, con autonomía de gestión administrativa, técnica y económica, bajo la tuición del Ministerio del ramo, será responsable de regular, controlar, supervisar y fiscalizar las actividades de toda la cadena productiva hasta la industrialización, en el marco de la política estatal de hidrocarburos conforme con la ley.

Artículo 366.



Todas las empresas extranjeras que realicen actividades en la cadena productiva hidrocarburífera en nombre y representación del Estado estarán sometidas a la soberanía del Estado, a la dependencia de las leyes y de las autoridades del Estado. No se reconocerá en ningún caso tribunal ni jurisdicción extranjera y no podrán invocar situación excepcional alguna de arbitraje internacional, ni recurrir a reclamaciones diplomáticas.

Artículo 367.



La explotación, consumo y comercialización de los hidrocarburos y sus derivados deberán sujetarse a una política de desarrollo que garantice el consumo interno. La exportación de la producción excedente incorporará la mayor cantidad de valor agregado.

Artículo 368.



Los departamentos productores de hidrocarburos percibirán una regalía del once por ciento de su producción departamental fiscalizada de hidrocarburos. De igual forma, los departamentos no productores de hidrocarburos y el Tesoro General del Estado obtendrán una participación en los porcentajes, que serán fijados mediante una ley especial.

CAPÍTULO CUARTO

MINERÍA Y METALURGIA

Artículo 369.



- I. El Estado será responsable de las riquezas mineralógicas que se encuentren en el suelo y subsuelo cualquiera sea su origen y su aplicación será regulada por la ley. Se reconoce como actores productivos a la industria minera estatal, industria minera privada y sociedades cooperativas.
- II. Los recursos naturales no metálicos existentes en los salares, salmueras, evaporíticos, azufres y otros, son de carácter estratégico para el país.
- III. Será responsabilidad del Estado la dirección de la política minera y metalúrgica, así como el fomento, promoción y control de la actividad minera.
- IV. El Estado ejercerá control y fiscalización en toda la cadena productiva minera y sobre las actividades que desarrollen los titulares de derechos mineros, contratos mineros o derechos preconstituidos.

Artículo 370.



- I. El Estado otorgará derechos mineros en toda la cadena productiva, suscribirá contratos mineros con personas individuales y colectivas previo cumplimiento de las normas establecidas en la ley.
- II. El Estado promoverá y fortalecerá las cooperativas mineras para que contribuyan al desarrollo económico social del país.
- III. El derecho minero en toda la cadena productiva así como los contratos mineros tienen que cumplir una función económica social ejercida directamente por sus titulares.
- IV. El derecho minero que comprende las inversiones y trabajo en la prospección, exploración, explotación, concentración, industria o comercialización de los minerales o metales es de dominio de los titulares. La ley definirá los alcances de este derecho.
- V. El contrato minero obligará a los beneficiarios a desarrollar la actividad minera para satisfacer el interés económico social. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a su resolución inmediata.
- VI. El Estado, a través de sus entidades autárquicas, promoverá y desarrollará políticas de administración, prospección, exploración, explotación, industrialización, comercialización, evaluación e información técnica, geológica y científica de los recursos naturales no renovables para el desarrollo minero.

Artículo 371.



- I. Las áreas de explotación minera otorgadas por contrato son intransferibles, inembargables e intransmisibles por sucesión hereditaria.
- II. El domicilio legal de las empresas mineras se establecerá en la jurisdicción local donde se realice la mayor explotación minera.

Artículo 372.



- I. Pertenecen al patrimonio del pueblo los grupos mineros nacionalizados, sus plantas industriales y sus fundiciones, los cuales no podrán ser transferidos o adjudicados en propiedad a empresas privadas por ningún título.
- II. La dirección y administración superiores de la industria minera estarán a cargo de una entidad autárquica con las atribuciones que determine la ley.
- III. El Estado deberá participar en la industrialización y comercialización de los recursos mineralógicos metálicos y no metálicos, regulado mediante la ley.

- IV. Las nuevas empresas autárquicas creadas por el Estado establecerán su domicilio legal en los departamentos de mayor producción minera, Potosí y Oruro.

CAPÍTULO QUINTO

RECURSOS HÍDRICOS

Artículo 373.



- I. El agua constituye un derecho fundamentalísimo para la vida, en el marco de la soberanía del pueblo. El Estado promoverá el uso y acceso al agua sobre la base de principios de solidaridad, complementariedad, reciprocidad, equidad, diversidad y sustentabilidad.
- II. Los recursos hídricos en todos sus estados, superficiales y subterráneos, constituyen recursos finitos, vulnerables, estratégicos y cumplen una función social, cultural y ambiental. Estos recursos no podrán ser objeto de apropiaciones privadas y tanto ellos como sus servicios no serán concesionados y están sujetos a un régimen de licencias, registros y autorizaciones conforme a Ley.

Artículo 374.



- I. El Estado protegerá y garantizará el uso prioritario del agua para la vida. Es deber del Estado gestionar, regular, proteger y planificar el uso adecuado y sustentable de los recursos hídricos, con participación social, garantizando el acceso al agua a todos sus habitantes. La ley establecerá las condiciones y limitaciones de todos los usos.
- II. El Estado reconocerá, respetará y protegerá los usos y costumbres de las comunidades, de sus autoridades locales y de las organizaciones indígena originaria campesinas sobre el derecho, el manejo y la gestión sustentable del agua.
- III. Las aguas fósiles, glaciales, humedales, subterráneas, minerales, medicinales y otras son prioritarias para el Estado, que deberá garantizar su conservación, protección, preservación, restauración, uso sustentable y gestión integral; son inalienables, inembargables e imprescriptibles.

Artículo 375.



- I. Es deber del Estado desarrollar planes de uso, conservación, manejo y aprovechamiento sustentable de las cuencas hidrográficas.
- II. El Estado regulará el manejo y gestión sustentable de los recursos hídricos y de las cuencas para riego, seguridad alimentaria y servicios básicos, respetando los usos y costumbres de las comunidades.
- III. Es deber del Estado realizar los estudios para la identificación de aguas fósiles y su consiguiente protección, manejo y aprovechamiento sustentable.

Artículo 376.



Los recursos hídricos de los ríos, lagos y lagunas que conforman las cuencas hidrográficas, por su potencialidad, por la variedad de recursos naturales que contienen y por ser parte fundamental de los ecosistemas, se consideran recursos estratégicos para el desarrollo y la soberanía boliviana. El Estado evitará acciones en las nacientes y zonas intermedias de los ríos que ocasionen daños a los ecosistemas o disminuyan los caudales, preservará el estado natural y velará por el desarrollo y bienestar de la población.

Artículo 377.



- I. Todo tratado internacional que suscriba el Estado sobre los recursos hídricos garantizará la soberanía

del país y priorizará el interés del Estado.

- II. El Estado resguardará de forma permanente las aguas fronterizas y transfronterizas, para la conservación de la riqueza hídrica que contribuirá a la integración de los pueblos.

CAPÍTULO SEXTO

ENERGÍA

Artículo 378.



- I. Las diferentes formas de energía y sus fuentes constituyen un recurso estratégico, su acceso es un derecho fundamental y esencial para el desarrollo integral y social del país, y se regirá por los principios de eficiencia, continuidad, adaptabilidad y preservación del medio ambiente.
- II. Es facultad privativa del Estado el desarrollo de la cadena productiva energética en las etapas de generación, transporte y distribución, a través de empresas públicas, mixtas, instituciones sin fines de lucro, cooperativas, empresas privadas, y empresas comunitarias y sociales, con participación y control social. La cadena productiva energética no podrá estar sujeta exclusivamente a intereses privados ni podrá concesionarse. La participación privada será regulada por la ley.

Artículo 379.



- I. El Estado desarrollará y promoverá la investigación y el uso de nuevas formas de producción de energías alternativas, compatibles con la conservación del ambiente.
- II. El Estado garantizará la generación de energía para el consumo interno; la exportación de los excedentes de energía debe prever las reservas necesarias para el país.

CAPÍTULO SÉPTIMO

BIODIVERSIDAD, COCA, ÁREAS PROTEGIDAS Y RECURSOS FORESTALES

SECCIÓN I

BIODIVERSIDAD

Artículo 380.



- I. Los recursos naturales renovables se aprovecharán de manera sustentable, respetando las características y el valor natural de cada ecosistema.
- II. Para garantizar el equilibrio ecológico, los suelos deberán utilizarse conforme con su capacidad de uso mayor en el marco del proceso de organización del uso y ocupación del espacio, considerando sus características biofísicas, socioeconómicas, culturales y político institucionales. La ley regulará su aplicación.

Artículo 381.



- I. Son patrimonio natural las especies nativas de origen animal y vegetal. El Estado establecerá las medidas necesarias para su conservación, aprovechamiento y desarrollo.
- II. El Estado protegerá todos los recursos genéticos y microorganismos que se encuentren en los ecosistemas del territorio, así como los conocimientos asociados con su uso y aprovechamiento. Para su protección se establecerá un sistema de registro que salvaguarde su existencia, así como la propiedad

intelectual en favor del Estado o de los sujetos sociales locales que la reclamen. Para todos aquellos recursos no registrados, el Estado establecerá los procedimientos para su protección mediante la ley.

Artículo 382.



Es facultad y deber del Estado la defensa, recuperación, protección y repatriación del material biológico proveniente de los recursos naturales, de los conocimientos ancestrales y otros que se originen en el territorio.

Artículo 383.



El Estado establecerá medidas de restricción parcial o total, temporal o permanente, sobre los usos extractivos de los recursos de la biodiversidad. Las medidas estarán orientadas a las necesidades de preservación, conservación, recuperación y restauración de la biodiversidad en riesgo de extinción. Se sancionará penalmente la tenencia, manejo y tráfico ilegal de especies de la biodiversidad.

SECCIÓN II

COCA

Artículo 384.



El Estado protege a la coca originaria y ancestral como patrimonio cultural, recurso natural renovable de la biodiversidad de Bolivia, y como factor de cohesión social; en su estado natural no es estupefaciente. La revalorización, producción, comercialización e industrialización se regirá mediante la ley.

SECCIÓN III

ÁREAS PROTEGIDAS

Artículo 385.



- I. Las áreas protegidas constituyen un bien común y forman parte del patrimonio natural y cultural del país; cumplen funciones ambientales, culturales, sociales y económicas para el desarrollo sustentable.
- II. Donde exista sobreposición de áreas protegidas y territorios indígena originario campesinos, la gestión compartida se realizará con sujeción a las normas y procedimientos propios de las naciones y pueblos indígena originaria campesinos, respetando el objeto de creación de estas áreas.

SECCIÓN IV

RECURSOS FORESTALES

Artículo 386.



Los bosques naturales y los suelos forestales son de carácter estratégico para el desarrollo del pueblo boliviano. El Estado reconocerá derechos de aprovechamiento forestal a favor de comunidades y operadores particulares. Asimismo promoverá las actividades de conservación y aprovechamiento sustentable, la generación de valor agregado a sus productos, la rehabilitación y reforestación de áreas degradadas.

Artículo 387.



- I. El Estado deberá garantizar la conservación de los bosques naturales en las áreas de vocación forestal, su aprovechamiento sustentable, la conservación y recuperación de la flora, fauna y áreas degradadas.
- II. La ley regulará la protección y aprovechamiento de las especies forestales de relevancia

socioeconómica, cultural y ecológica.

Artículo 388.



Las comunidades indígena originario campesinas situadas dentro de áreas forestales serán titulares del derecho exclusivo de su aprovechamiento y de su gestión, de acuerdo con la ley.

Artículo 389.



- I. La conversión de uso de tierras con cobertura boscosa a usos agropecuarios u otros, sólo procederá en los espacios legalmente asignados para ello, de acuerdo con las políticas de planificación y conforme con la ley.
- II. La ley determinará las servidumbres ecológicas y la zonificación de los usos internos, con el fin de garantizar a largo plazo la conservación de los suelos y cuerpos de agua.
- III. Toda conversión de suelos en áreas no clasificadas para tales fines constituirá infracción punible y generará la obligación de reparar los daños causados.

CAPÍTULO OCTAVO

AMAZONIA

Artículo 390.



- I. La cuenca amazónica boliviana constituye un espacio estratégico de especial protección para el desarrollo integral del país por su elevada sensibilidad ambiental, biodiversidad existente, recursos hídricos y por las ecoregiones.
- II. La amazonia boliviana comprende la totalidad del departamento de Pando, la provincia Iturrealde del departamento de La Paz y las provincias Vaca Díez y Ballivián del departamento del Beni. El desarrollo integral de la amazonia boliviana, como espacio territorial selvático de bosques húmedos tropicales, de acuerdo a sus específicas características de riqueza forestal extractiva y recolectora, se regirá por ley especial en beneficio de la región y del país.

Artículo 391.



- I. El Estado priorizará el desarrollo integral sustentable de la amazonia boliviana, a través de una administración integral, participativa, compartida y equitativa de la selva amazónica. La administración estará orientada a la generación de empleo y a mejorar los ingresos para sus habitantes, en el marco de la protección y sustentabilidad del medio ambiente.
- II. El Estado fomentará el acceso al financiamiento para actividades turísticas, ecoturísticas y otras iniciativas de emprendimiento regional.
- III. El Estado en coordinación con las autoridades indígena originario campesinas y los habitantes de la amazonia, creará un organismo especial, descentralizado, con sede en la amazonia, para promover actividades propias de la región.

Artículo 392.



- I. El Estado implementará políticas especiales en beneficio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos de la región para generar las condiciones necesarias para la reactivación, incentivo, industrialización, comercialización, protección y conservación de los productos extractivos tradicionales.

- II. Se reconoce el valor histórico cultural y económico de la siringa y del castaño, símbolos de la amazonia boliviana, cuya tala será penalizada, salvo en los casos de interés público regulados por la ley.

CAPÍTULO NOVENO

TIERRA Y TERRITORIO

Artículo 393.



El Estado reconoce, protege y garantiza la propiedad individual y comunitaria o colectiva de la tierra, en tanto cumpla una función social o una función económica social, según corresponda.

Artículo 394.



- I. La propiedad agraria individual se clasifica en pequeña, mediana y empresarial, en función a la superficie, a la producción y a los criterios de desarrollo. Sus extensiones máximas y mínimas, características y formas de conversión serán reguladas por la ley. Se garantizan los derechos legalmente adquiridos por propietarios particulares cuyos predios se encuentren ubicados al interior de territorios indígena originario campesinos.
- II. La pequeña propiedad es indivisible, constituye patrimonio familiar inembargable, y no está sujeta al pago de impuestos a la propiedad agraria. La indivisibilidad no afecta el derecho a la sucesión hereditaria en las condiciones establecidas por ley.
- III. El Estado reconoce, protege y garantiza la propiedad comunitaria o colectiva, que comprende el territorio indígena originario campesino, las comunidades interculturales originarias y de las comunidades campesinas. La propiedad colectiva se declara indivisible, imprescriptible, inembargable, inalienable e irreversible y no está sujeta al pago de impuestos a la propiedad agraria. Las comunidades podrán ser tituladas reconociendo la complementariedad entre derechos colectivos e individuales respetando la unidad territorial con identidad.

Artículo 395.



- I. Las tierras fiscales serán dotadas a indígena originario campesinos, comunidades interculturales originarias, afrobolivianos y comunidades campesinas que no las posean o las posean insuficientemente, de acuerdo con una política estatal que atienda a las realidades ecológicas y geográficas, así como a las necesidades poblacionales, sociales, culturales y económicas. La dotación se realizará de acuerdo con las políticas de desarrollo rural sustentable y la titularidad de las mujeres al acceso, distribución y redistribución de la tierra, sin discriminación por estado civil o unión conyugal.
- II. Se prohíben las dobles dotaciones y la compraventa, permuta y donación de tierras entregadas en dotación.
- III. Por ser contraria al interés colectivo, está prohibida la obtención de renta fundiaria generada por el uso especulativo de la tierra.

Artículo 396.



- I. El Estado regulará el mercado de tierras, evitando la acumulación en superficies mayores a las reconocidas por la ley, así como su división en superficies menores a la establecida para la pequeña propiedad.
- II. Las extranjeras y los extranjeros bajo ningún título podrán adquirir tierras del Estado.

Artículo 397.



- I. El trabajo es la fuente fundamental para la adquisición y conservación de la propiedad agraria. Las propiedades deberán cumplir con la función social o con la función económica social para salvaguardar su derecho, de acuerdo a la naturaleza de la propiedad.
- II. La función social se entenderá como el aprovechamiento sustentable de la tierra por parte de pueblos y comunidades indígena originario campesinos, así como el que se realiza en pequeñas propiedades, y constituye la fuente de subsistencia y de bienestar y desarrollo sociocultural de sus titulares. En el cumplimiento de la función social se reconocen las normas propias de las comunidades.
- III. La función económica social debe entenderse como el empleo sustentable de la tierra en el desarrollo de actividades productivas, conforme a su capacidad de uso mayor, en beneficio de la sociedad, del interés colectivo y de su propietario. La propiedad empresarial está sujeta a revisión de acuerdo con la ley, para verificar el cumplimiento de la función económica y social.

Artículo 398.



Se prohíbe el latifundio y la doble titulación por ser contrarios al interés colectivo y al desarrollo del país. Se entiende por latifundio la tenencia improductiva de la tierra; la tierra que no cumpla la función económica social; la explotación de la tierra que aplica un sistema de servidumbre, semiesclavitud o esclavitud en la relación laboral o la propiedad que sobrepasa la superficie máxima zonificada establecida en la ley. La superficie máxima en ningún caso podrá exceder de cinco mil hectáreas.

Artículo 399.



- I. Los nuevos límites de la propiedad agraria zonificada se aplicarán a predios que se hayan adquirido con posterioridad a la vigencia de esta Constitución. A los efectos de la irretroactividad de la Ley, se reconocen y respetan los derechos de posesión y propiedad agraria de acuerdo a Ley.
- II. Las superficies excedentes que cumplan la Función Económico Social serán expropiadas. La doble titulación prevista en el artículo anterior se refiere a las dobles dotaciones tramitadas ante el ex - Consejo Nacional de Reforma Agraria, CNRA. La prohibición de la doble dotación no se aplica a derechos de terceros legalmente adquiridos.

Artículo 400.



Por afectar a su aprovechamiento sustentable y por ser contrario al interés colectivo, se prohíbe la división de las propiedades en superficies menores a la superficie máxima de la pequeña propiedad reconocida por la ley que, para su establecimiento, tendrá en cuenta las características de las zonas geográficas. El Estado establecerá mecanismos legales para evitar el fraccionamiento de la pequeña propiedad.

Artículo 401



- I. El incumplimiento de la función económica social o la tenencia latifundista de la tierra, serán causales de reversión y la tierra pasará a dominio y propiedad del pueblo boliviano.
- II. La expropiación de la tierra procederá por causa de necesidad y utilidad pública, y previo pago de una indemnización justa.

Artículo 402.



El Estado tiene la obligación de:

1. Fomentar planes de asentamientos humanos para alcanzar una racional distribución demográfica y un mejor aprovechamiento de la tierra y los recursos naturales, otorgando a los nuevos asentados

facilidades de acceso a la educación, salud, seguridad alimentaria y producción, en el marco del Ordenamiento Territorial del Estado y la conservación del medio ambiente.

2. Promover políticas dirigidas a eliminar todas las formas de discriminación contra las mujeres en el acceso, tenencia y herencia de la tierra.

Artículo 403.



- I. Se reconoce la integralidad del territorio indígena originario campesino, que incluye el derecho a la tierra, al uso y aprovechamiento exclusivo de los recursos naturales renovables en las condiciones determinadas por la ley; a la consulta previa e informada y a la participación en los beneficios por la explotación de los recursos naturales no renovables que se encuentran en sus territorios; la facultad de aplicar sus normas propias, administrados por sus estructuras de representación y la definición de su desarrollo de acuerdo a sus criterios culturales y principios de convivencia armónica con la naturaleza. Los territorios indígena originario campesinos podrán estar compuestos por comunidades.
- II. El territorio indígena originario campesino comprende áreas de producción, áreas de aprovechamiento y conservación de los recursos naturales y espacios de reproducción social, espiritual y cultural. La ley establecerá el procedimiento para el reconocimiento de estos derechos.

Artículo 404.



El Servicio Boliviano de Reforma Agraria, cuya máxima autoridad es el Presidente del Estado, es la entidad responsable de planificar, ejecutar y consolidar el proceso de reforma agraria y tiene jurisdicción en todo el territorio del país.

TÍTULO III

DESARROLLO RURAL INTEGRAL SUSTENTABLE

Artículo 405.



El desarrollo rural integral sustentable es parte fundamental de las políticas económicas del Estado, que priorizará sus acciones para el fomento de todos los emprendimientos económicos comunitarios y del conjunto de los actores rurales, con énfasis en la seguridad y en la soberanía alimentaria, a través de:

1. El incremento sostenido y sustentable de la productividad agrícola, pecuaria, manufacturera, agroindustrial y turística, así como su capacidad de competencia comercial.
2. La articulación y complementariedad interna de las estructuras de producción agropecuarias y agroindustriales.
3. El logro de mejores condiciones de intercambio económico del sector productivo rural en relación con el resto de la economía boliviana.
4. La significación y el respeto de las comunidades indígena originario campesinas en todas las dimensiones de su vida.
5. El fortalecimiento de la economía de los pequeños productores agropecuarios y de la economía familiar y comunitaria.

Artículo 406.



- I. El Estado garantizará el desarrollo rural integral sustentable por medio de políticas, planes, programas y proyectos integrales de fomento a la producción agropecuaria, artesanal, forestal y al turismo, con el

objetivo de obtener el mejor aprovechamiento, transformación, industrialización y comercialización de los recursos naturales renovables.

- II. El Estado promoverá y fortalecerá las organizaciones económicas productivas rurales, entre ellas a los artesanos, las cooperativas, las asociaciones de productores agropecuarios y manufactureros, y las micro, pequeñas y medianas empresas comunitarias agropecuarias, que contribuyan al desarrollo económico social del país, de acuerdo a su identidad cultural y productiva.

Artículo 407.



Son objetivos de la política de desarrollo rural integral del Estado, en coordinación con las entidades territoriales autónomas y descentralizadas:

1. Garantizar la soberanía y seguridad alimentaria, priorizando la producción y el consumo de alimentos de origen agropecuario producidos en el territorio boliviano.
2. Establecer mecanismos de protección a la producción agropecuaria boliviana.
3. Promover la producción y comercialización de productos agro ecológicos.
4. Proteger la producción agropecuaria y agroindustrial ante desastres naturales e inclemencias climáticas, geológicas y siniestros. La ley preverá la creación del seguro agrario.
5. Implementar y desarrollar la educación técnica productiva y ecológica en todos sus niveles y modalidades.
6. Establecer políticas y proyectos de manera sustentable, procurando la conservación y recuperación de suelos.
7. Promover sistemas de riego, con el fin de garantizar la producción agropecuaria.
8. Garantizar la asistencia técnica y establecer mecanismos de innovación y transferencia tecnológica en toda la cadena productiva agropecuaria.
9. Establecer la creación del banco de semillas y centros de investigación genética.
10. Establecer políticas de fomento y apoyo a sectores productivos agropecuarios con debilidad estructural natural.
11. Controlar la salida y entrada al país de recursos biológicos y genéticos.
12. Establecer políticas y programas para garantizar la sanidad agropecuaria y la inocuidad alimentaria.
13. Proveer infraestructura productiva, manufactura e industrial y servicios básicos para el sector agropecuario.

Artículo 408.



El Estado determinará estímulos en beneficio de los pequeños y medianos productores con el objetivo de compensar las desventajas del intercambio inequitativo entre los productos agrícolas y pecuarios con el resto de la economía.

Artículo 409.



La producción, importación y comercialización de transgénicos será regulada por Ley.

QUINTA PARTE

JERARQUÍA NORMATIVA Y REFORMA DE LA CONSTITUCIÓN

TÍTULO ÚNICO

PRIMACÍA Y REFORMA DE LA CONSTITUCIÓN

Artículo 410.



- I. Todas las personas, naturales y jurídicas, así como los órganos públicos, funciones públicas e instituciones, se encuentran sometidos a la presente Constitución.
- II. La Constitución es la norma suprema del ordenamiento jurídico boliviano y goza de primacía frente a cualquier otra disposición normativa. El bloque de constitucionalidad está integrado por los Tratados y Convenios internacionales en materia de Derechos Humanos y las normas de Derecho Comunitario, ratificados por el país. La aplicación de las normas jurídicas se regirá por la siguiente jerarquía, de acuerdo a las competencias de las entidades territoriales:
 1. Constitución Política del Estado.
 2. Los tratados internacionales.
 3. Las leyes nacionales, los estatutos autonómicos, las cartas orgánicas y el resto de legislación departamental, municipal e indígena.
 4. Los decretos, reglamentos y demás resoluciones emanadas de los órganos ejecutivos correspondientes.

Artículo 411.



- I. La reforma total de la Constitución, o aquella que afecte a sus bases fundamentales, a los derechos, deberes y garantías, o a la primacía y reforma de la Constitución, tendrá lugar a través de una Asamblea Constituyente originaria plenipotenciaria, activada por voluntad popular mediante referendo. La convocatoria del referendo se realizará por iniciativa ciudadana, con la firma de al menos el veinte por ciento del electorado; por mayoría absoluta de los miembros de la Asamblea Legislativa Plurinacional; o por la Presidenta o el Presidente del Estado. La Asamblea Constituyente se autorregulará a todos los efectos, debiendo aprobar el texto constitucional por dos tercios del total de sus miembros presentes. La vigencia de la reforma necesitará referendo constitucional aprobatorio.
- II. La reforma parcial de la Constitución podrá iniciarse por iniciativa popular, con la firma de al menos el veinte por ciento del electorado; o por la Asamblea Legislativa Plurinacional, mediante ley de reforma constitucional aprobada por dos tercios del total de los miembros presentes de la Asamblea Legislativa Plurinacional. Cualquier reforma parcial necesitará referendo constitucional aprobatorio.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.



- I. El Congreso de la República en el plazo de 60 días desde la promulgación de la presente Constitución, sancionará un nuevo régimen electoral para la elección de la Asamblea Legislativa Plurinacional, Presidente y Vicepresidente de la República; la elección tendrá lugar el día 6 de diciembre de 2009.
- II. Los mandatos anteriores a la vigencia de esta Constitución serán tomados en cuenta a los efectos del cómputo de los nuevos periodos de funciones.

- III. Las elecciones de autoridades departamentales y municipales se realizarán el 4 de abril de 2010.
- IV. Excepcionalmente se prorroga el mandato de Alcaldes, Concejales Municipales y Prefectos de Departamento hasta la posesión de las nuevas autoridades electas de conformidad con el párrafo anterior.

Segunda.



La Asamblea Legislativa Plurinacional sancionará, en el plazo máximo de ciento ochenta días a partir de su instalación, la Ley del Órgano Electoral Plurinacional, la Ley del Régimen Electoral, la Ley del Órgano Judicial, la Ley del Tribunal Constitucional Plurinacional y la Ley Marco de Autonomías y Descentralización.

Tercera.



- I. Los departamentos que optaron por las autonomías departamentales en el referendo del 2 de julio de 2006, accederán directamente al régimen de autonomías departamentales, de acuerdo con la Constitución.
- II. Los departamentos que optaron por la autonomía departamental en el referéndum del 2 de julio de 2006, deberán adecuar sus estatutos a esta Constitución y sujetarlos a control de constitucionalidad.

Cuarta.



La elección de las autoridades de los órganos comprendidos en la disposición segunda, se realizarán de conformidad al calendario electoral establecido por el Órgano Electoral Plurinacional.

Quinta.



Durante el primer mandato de la Asamblea Legislativa Plurinacional se aprobarán las leyes necesarias para el desarrollo de las disposiciones constitucionales.

Sexta.



En el plazo máximo de un año después de que entre en vigencia la Ley del Órgano Judicial, y de acuerdo con ésta, se procederá a la revisión del escalafón judicial.

Séptima.



A efectos de la aplicación del párrafo I del artículo 293 de esta Constitución, el territorio indígena tendrá como base de su delimitación a las Tierras Comunitarias de Origen. En el plazo de un año desde la elección del Órgano Ejecutivo y Legislativo, la categoría de Tierra Comunitaria de Origen se sujetará a un trámite administrativo de conversión a Territorio Indígena Originario Campesino, en el marco establecido en esta Constitución.

Octava.



- I. En el plazo de un año desde la elección del Órgano Ejecutivo y del Órgano Legislativo, las concesiones sobre recursos naturales, electricidad, telecomunicaciones y servicios básicos deberán adecuarse al nuevo ordenamiento jurídico. La migración de las concesiones a un nuevo régimen jurídico en ningún caso supondrá desconocimiento de derechos adquiridos.
- II. En el mismo plazo, se dejarán sin efecto las concesiones mineras de minerales metálicos y no metálicos, evaporíticos, salares, azufreras y otros, concedidas en las reservas fiscales del territorio boliviano.

- III. Las concesiones mineras otorgadas a las empresas nacionales y extranjeras con anterioridad a la promulgación de la presente Constitución, en el plazo de un año, deberán adecuarse a ésta, a través de los contratos mineros.
- IV. El Estado reconoce y respeta los derechos pre-constituidos de las sociedades cooperativas mineras, por su carácter productivo social.
- V. Las concesiones de minerales radioactivos otorgadas con anterioridad a la promulgación de la Constitución quedan resueltas, y se revierten a favor del Estado.

Novena.



Los tratados internacionales anteriores a la Constitución y que no la contradigan se mantendrán en el ordenamiento jurídico interno, con rango de ley. En el plazo de cuatro años desde la elección del nuevo Órgano Ejecutivo, éste denunciará y, en su caso, renegociará los tratados internacionales que sean contrarios a la Constitución.

Décima.



El requisito de hablar al menos dos idiomas oficiales para el desempeño de funciones públicas determinado en el Artículo 235. 7 será de aplicación progresiva de acuerdo a Ley.

DISPOSICIÓN ABROGATORIA

Disposición abrogatoria.



Queda abrogada la Constitución Política del Estado de 1967 y sus reformas posteriores.

DISPOSICIÓN FINAL

Disposición final.



Esta Constitución, aprobada en referendo por el pueblo boliviano entrará en vigencia el día de su publicación en la Gaceta Oficial.

Remítase al Poder Ejecutivo, para fines constitucionales.

Por tanto, la promulgo para que se tenga y cumpla como Ley fundamental del nuevo Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, descentralizado y con autonomías.

Ciudad de El Alto de La Paz, a los siete días del mes de febrero de dos mil nueve años.

FDO. EVO MORALES AYMA
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA

ANEXO

Chile

Informe de Matricula de programas

Informe de Brechas del Sector Público 2016

Especialización médica en Chile: tipos, mecanismos y requisitos de postulación. Una actualización de los procesos para los médicos generales. Rev Med Chile 2017; 145: 1454-1462

Matrícula total de Educación Superior Posgrado, años 2005-2022



Instrucciones

- Para una mejor visualización de los datos, seleccione la variable que desea revisar (Matrícula Total, Matrícula Primer año, etc.) y seleccione algunos de los filtros (Por ej: Años, Pregrado/posgrado, Clasificación IES; entre otras). Este año se incorporó un filtro adicional de Adscripción a Gratuidad. Entre más filtros seleccionados más específicas son las visualizaciones de datos. Los años anteriores al 2013 se deben seleccionar desde la pestaña "Años".

Valores múltiples	Años	Matrícula total	Matrícula/Programas	Postgrado	Pregrado/Postgrado
Tradicional	Clasificación IES	Todo	Subclasificación	Todo	Adscripción a Gratuidad
Todo	Región	Todo	Comuna	Salud	Área Conocimiento
Todo	Horario	Todo	Tipo de Título	Todo	Nombre Institución

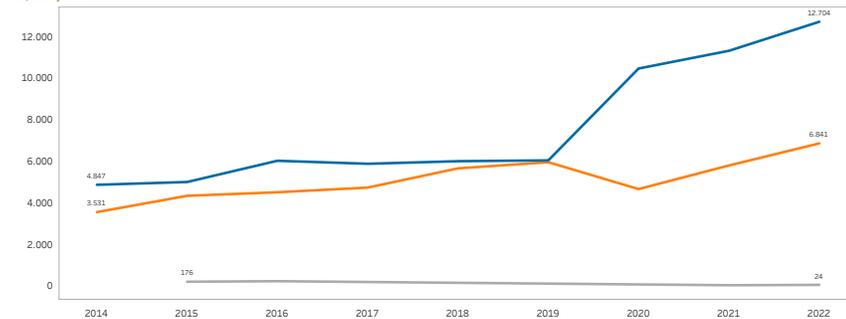
Tendencia de Matrícula total

Según Enseñanza Postgrado, Clasificación IES Tradicional, Subclasificación IES Todo, Región Todo, Comuna Todo, Área del Conocimiento Salud, Horario Todo y Tipo de Título Todo, años 2014, 2015, 2016 y 6 más.

Año	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Matrícula total	8.378	9.474	10.695	10.573	11.624	11.959	15.091	17.093	19.569

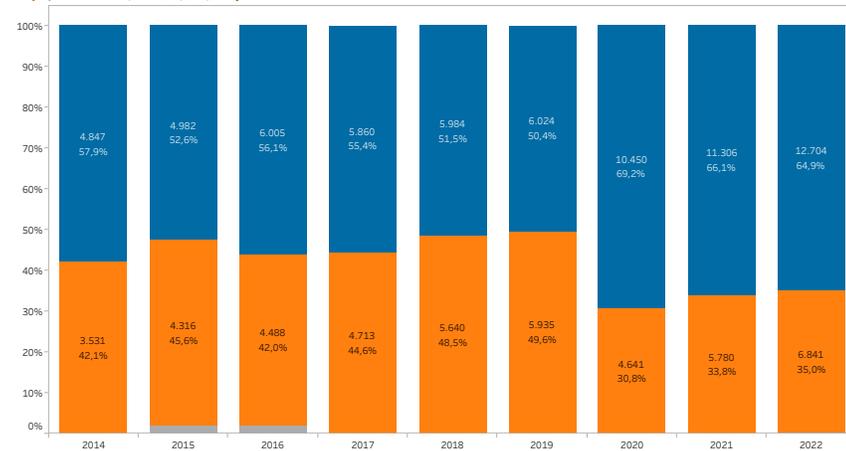
Tendencia de Matrícula total por tipo de Institución de Educación Superior

Según Enseñanza Postgrado, Clasificación IES Tradicional, Subclasificación IES Todo, Región Todo, Comuna Todo, Área del Conocimiento Salud, Horario Todo y Tipo de Título Todo, años 2014, 2015, 2016 y 6 más.



Distribución de Matrícula total por tipo de Institución de Educación Superior

Según Enseñanza Postgrado, Clasificación IES Tradicional, Subclasificación IES Todo, Adscripción a Gratuidad Todo, Región Todo, Comuna Todo, Área del Conocimiento Salud, Horario Todo y Tipo de Título Todo, años 2014, 2015, 2016 y 6 más.



Crecimiento anual de Matrícula total por tipo de Institución de Educación Superior

Según Enseñanza Postgrado, Clasificación IES Tradicional, Subclasificación IES Todo, Adscripción a Gratuidad Todo, Región Todo, Comuna Todo, Área del Conocimiento Salud, Horario Todo y Tipo de Título Todo, años 2014, 2015, 2016 y 6 más.

Subclasificación	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
(a) Universidades CRUCH	2,8%	20,5%	-2,4%	2,1%	0,7%	73,5%	8,2%	12,4%	
(b) Universidades Privadas	22,2%	4,0%	5,0%	19,7%	5,2%	-21,8%	24,5%	18,4%	
(c) Institutos Profesionales		14,8%	-100,0%					242,9%	
Total	13,1%	12,9%	-1,1%	9,9%	2,9%	26,2%	13,3%	14,5%	

Crecimiento anual compuesto (CAGR) de Matrícula total por tipo de Institución de Educación Superior

Según Enseñanza Postgrado, Clasificación IES Tradicional, Subclasificación IES Todo, Adscripción a Gratuidad Todo, Región Todo, Comuna Todo, Área del Conocimiento Salud, Horario Todo y Tipo de Título Todo, años 2014, 2015, 2016 y 6 más.

Subclasificación	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
(a) Universidades CRUCH	0,0%	2,8%	11,3%	6,5%	5,4%	4,4%	13,7%	12,9%	12,8%
(b) Universidades Privadas	0,0%	22,2%	12,7%	10,1%	12,4%	10,9%	4,7%	7,3%	8,6%
(c) Institutos Profesionales									
Total	0,0%	13,1%	13,0%	8,1%	8,5%	7,4%	10,3%	10,7%	11,2%

Notas: i) Solamente se encuentran disponibles datos de Instituciones de Educación Superior (IES) participantes en INDICES entre los años 2005 a 2022. Para mayor detalle sobre las IES participantes revisar hoja 08_IESPParticipantes; ii) La tasa de crecimiento anual requiere la selección de la serie completa de Años disponible. En caso de tener activo el filtro "Años" para el despliegue de algunos años en particular la tasa de crecimiento anual se verá alterada y no corresponde necesariamente a la variación anual.

Especialización médica en Chile: tipos, mecanismos y requisitos de postulación. Una actualización de los procesos para los médicos generales

DIEGO E. CLOUET-HUERTA¹, BÁRBARA GONZÁLEZ^{2,a},
KATHERINE CORREA^{3,b}

¹Escuela de Medicina, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

²Escuela de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

³Escuela de Antropología, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

^aInterna de Medicina.

^bAntropóloga.

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Los autores declaran no poseer fuentes de financiamiento externo.

Recibido el 2 de mayo de 2017, aceptado el 20 de octubre de 2017.

Correspondencia a:
Diego E. Clouet-Huerta
Ancha Sacha 371. Calama, Chile.
dclouet@hotmail.com

Medical specialization in Chile. A centralized vision

Medical graduates face different postgraduate training options, but their priority is to obtain a primary medical specialty, defined as a specialty that does not derive from other. There are different specialty training programs in Chile, which can be dependent or independent of the Ministry of Health. The information about these programs is available in different Internet sites. However a centralized information service that groups and synthetize these programs is lacking, hampering graduate choice decisions. This article aims to review all specialization program modalities, providing a general vision of the institutional structure and implications that govern the specialization process in Chile.

(Rev Med Chile 2017; 145: 1454-1462)

Key words: Chile; Education, Medical; Specialization; Students, Medical.

En las últimas décadas, Chile ha logrado un gran desarrollo económico y productivo, el que se ha traducido en mejoras sustanciales en variados aspectos, pero sobre todo en la salud de la población. El aumento en la esperanza de vida, la disminución en la mortalidad por enfermedades infectocontagiosas y las mejoras en el acceso a la salud, han incrementado la población del país y al mismo tiempo han generado una importante demanda para el sistema público de salud, sobrepasando su capacidad de atención¹⁻³. Según un informe del Ministerio de Salud (MINSAL), en el año 2014 existía un déficit de 3.795 especialistas que afectaban a 1.500.000 usuarios⁴.

Con el fin de disminuir el déficit, se han desarrollado estrategias nacionales, como aumentar los cupos y centros formadores de médicos e incrementando el número de becas para especialidades médicas con devolución en el sistema público⁴.

Lo anterior ha generado múltiples opciones

para la especialización médica primaria (EMP) en Chile, entendiéndose como la formación en especialidades médicas no derivadas de otras, por ejemplo, Medicina Interna o Pediatría, con procesos, requisitos y exigencias distintas para cada una. Algunos de estos aspectos son de conocimiento público pero otras desconocidos por los aspirantes, especialmente para los médicos recién egresados. Estos suelen recibir esta información de sus pares dadas las pocas fuentes de información formal y la escasa mención al respecto dentro de su formación académica, viendo reducidas sus opciones de EMP y desconociendo las implicancias de cada opción.

El presente trabajo tiene por objetivo revisar cada una de las modalidades por las cuales un médico general (MG) puede acceder a la EMP en nuestro país, a fin de proporcionar una visión general de la institucionalidad e implicancias que rigen el proceso en Chile.

Tipos de especialización médica

En Chile, actualmente, existen seis modalidades por las cuales un MG puede acceder a una EMP, estas pueden clasificarse en dependientes e independientes del MINSAL (Figura 1).

I. Dependientes del Ministerio de Salud

Es importante aclarar que los programas de especialidades médicas son de responsabilidad exclusiva de los centros formadores quienes determinan el número de cupos de EMP y su distribución por modalidad, según su capacidad docente y las necesidades de la institución y del Estado, pero cumpliendo la normativa legal vigente del Comité Nacional de Acreditación.

Este tipo fue desarrollado a raíz del déficit de médicos generales y especialistas en el sistema

público de salud y por la tendencia de estos a migrar al sistema privado por diversos motivos: carga asistencial, remuneraciones y prestaciones disponibles, entre otros.

En este contexto, desde 2015, el MINSAL ha desarrollado el plan de “*Ingreso, Formación y Retención de Especialistas en el Sector Público de Salud*”, a través de una expansión presupuestaria progresiva y anual; buscando durante el período 2015-2018 formar 4.000 nuevos médicos especialistas para el sistema público⁵, mediante la incorporación de médicos a la atención primaria, la implementación de tecnología e infraestructura, mejorando las condiciones laborales y educando permanentemente en salud.

Dentro del ámbito formativo del plan señalado, el MINSAL asegura e incrementa progresivamente el número de cupos para EMP disponibles en las universidades formadoras. En el 2002 se

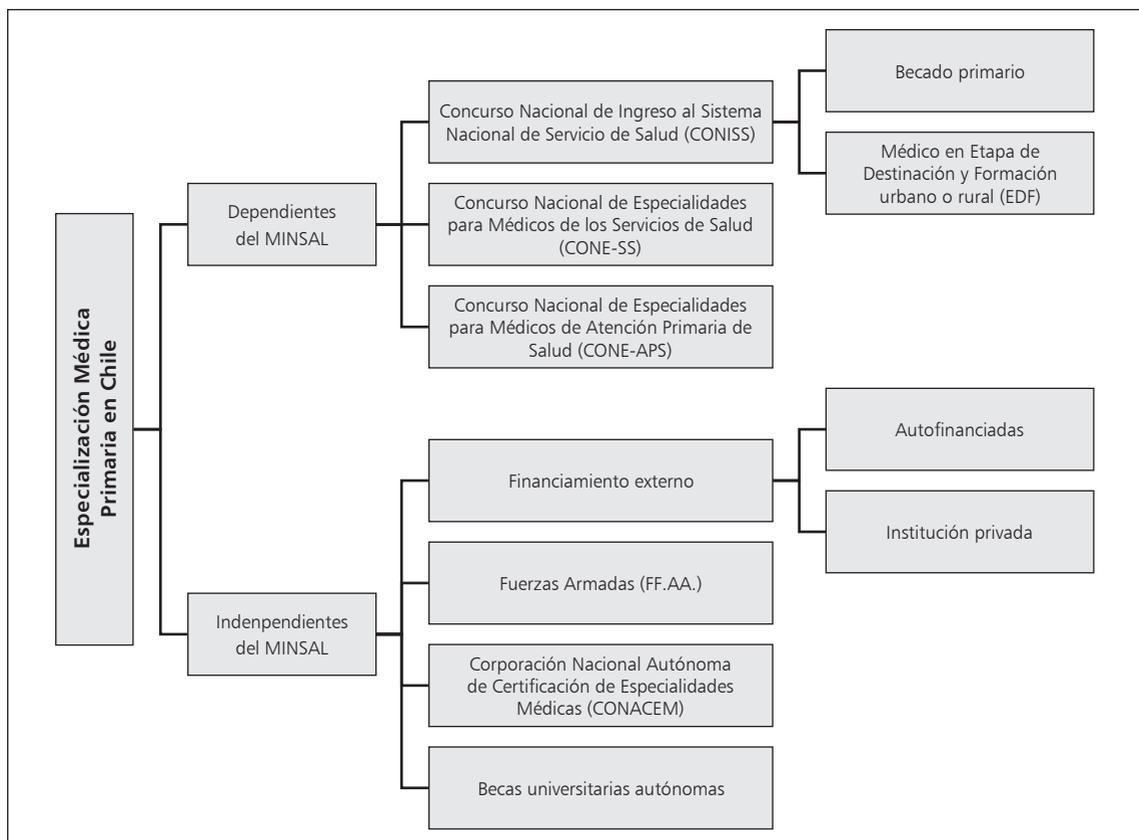


Figura 1. Mecanismos de ingreso a la especialización primaria en Chile el 2016. MINSAL: Ministerio de Salud de Chile; EDF: Dado mecanismo existente previamente es mejor conocido como Médico General de Zona (MGZ).

formaron 150 médicos especialistas con recursos públicos, ascendiendo en 2015 a 1.128⁵, disminuyendo consecutivamente los cupos por otras vías de especialización, especialmente los autofinanciados, a fin de retener a los nuevos especialistas en el sistema público⁶.

Los cupos disponibles son distribuidos mediante tres procesos independientes, los cuales difieren en fechas de realización y tipos de aspirantes, sin embargo, poseen en común su respaldado por leyes nacionales, otorgando resguardos a los postulantes, pero también sanciones judiciales en caso de incumplimiento⁶.

1. Concurso Nacional de Ingreso al Sistema Nacional de Servicios de Salud (CONISS)

Está orientado a los médicos egresados en los dos últimos años en relación a la fecha del concur-

so. Cuenta con la ventaja de disponer del mayor número de cupos para EMP y está regulado por la Ley N° 19.964. Presenta dos vías para acceder a la EMP: Médico en etapa de destinación y formación (EDF) y becado primario⁷.

Dicha ley establece, al menos una vez por año, la realización de un proceso imparcial, público y nacional para acceder al CONISS. Considera una serie de requisitos mínimos de postulación y antecedentes académicos del candidato (Tabla 1 y Figura 2)⁸ que son analizados y evaluados por una comisión de selección que asigna puntaje por diferentes ítems, pudiendo apelar ante fallos. Se elabora un listado definitivo en orden decreciente con los postulantes, según su puntaje y en una reunión de carácter presencial, cada uno es llamado para optar a los cupos en cada una de las vías. Existe una segunda convocatoria del con-

Tabla 1. Requisitos de postulación y antecedentes académicos solicitados en el Concurso Nacional de Ingreso al Sistema Nacional de Servicios de Salud (CONISS) de 2016

Requisitos de postulación	<ul style="list-style-type: none"> • Nacionalidad chilena o certificado de residencia definitiva en Chile • Ser médico cirujano egresado entre los plazos definidos por las bases del concurso del año correspondiente • Certificado original de egreso o título que incluya la Calificación Médica Nacional (CMN) • Acreditar la aprobación del Examen Único de Conocimientos de Medicina (EUNACOM) • No haber optado a una beca de especialización, ni cargo en EDF a través del mismo proceso establecido en el artículo 8° de la Ley 19.664 en algún proceso de selección anterior
Antecedentes académicos solicitados	<ul style="list-style-type: none"> • Meses desempeñados como ayudante alumno • Trabajos científicos • Práctica de atención abierta • Cursos de capacitación y perfeccionamiento • Publicaciones científicas • Presentaciones en congresos • Actividades docentes

$$CMN = 0,6x(NL) + 0,3x(NI) + 0,1x(NP)$$

Nota de Licenciatura (NL): Corresponde al promedio aritmético de las asignaturas de primero a quinto año de Medicina, o bien, en caso del uso de créditos al promedio ponderado, este se calcula en base a la "nota de asignatura" multiplicado por el "número de créditos de la asignatura" y dividido por la "suma total de créditos de las asignaturas"

Nota de Internado (NI): Promedio aritmético de las notas de los cuatro internados básicos (Medicina, Obstetricia, Cirugía y Pediatría) más la de un quinto internado decidido por cada facultad (Internado rural, Psiquiatría, Especialidades, Optativo, etc.)

Nota de Pregrados (NP): Obtenido del promedio aritmético de los exámenes de pregrado de Medicina, Obstetricia, Cirugía y Pediatría

Figura 2. Fórmula para el cálculo de la Calificación Médica Nacional (CMN). Adaptado de Radrihan ME, Arteaga E. Calificación Médica Nacional. Rev Med Chile 1990; 118: 925-926.

curso, de similar metodología, pero que dispone de menos cupos al ser los restantes de la primera convocatoria.

Los postulantes por vía becado primario, al momento de la convocatoria, deben estar necesariamente habilitados en el centro formador a postular, ya que paralelo al CONISS, cada centro posee una comisión evaluadora que determina la competencia del postulante a un programa de formación de especialista en la respectiva escuela de postgrado, mediante entrevistas personales, antecedentes académicos y pruebas psicológicas.

Dependiendo de la modalidad escogida, la iniciación de la formación varía. A continuación, se describen ambas.

a. Médico en etapa de destinación y formación urbano o rural

Popularmente conocido y denominado médico general de zona (MGZ), por el programa anterior de EMP, cuenta con dos etapas, una de destinación (ED) y otra de formación (EF).

La ED busca la incorporación de la última promoción de MG a centros de salud públicos situados en las localidades más vulnerables del país. Se ubican en sectores urbanos o rurales, poseen diferentes grados de complejidad y corresponden a: Centros de salud familiar (CESFAM), centros comunitarios de salud familiar (CESCOF) y hospitales de baja a moderada resolución; los centros, denominados “plazas”, son categorizadas según variables sociodemográficas y epidemiológicas

Tabla 2. Antecedentes solicitados del postulante a la etapa de formación del Médico en Etapa de Destinación y Formación (EDF) Urbano o Rural en Chile el 2016

• Antigüedad en la EDF
• Nivel de dificultad de la plaza
• Funciones directivas
• Trabajo en posta rural
• Trabajo en servicios de urgencia
• Trabajos de investigación
• Cursos de perfeccionamiento
• Organización de actividades en la comunidad
• Actividades docentes
• Calidad de médico cirujano único

por letras desde la A a la E en orden decreciente de complejidad y puntaje.

Finalizada la ED, los médicos, mediante un concurso anual similar al realizado para ingresar al CONISS, postulan a las distintas EMP ofrecidas por el MINSAL. Considera un gran número de cupos, al ser el primer concurso del año calendario, dependiente del MINSAL en realizarse. Los postulantes deben entregar nuevos antecedentes (Tabla 2) que son evaluados por una comisión, que realiza un listado en orden decreciente de todos los candidatos según puntaje obtenido. Luego, en una convocatoria presencial, cada candidato selecciona una EMP según su lugar en el listado final. Se debe considerar que algunas universidades exigen que el postulante esté previamente habilitado en el centro. De esta forma, se da inicio a la EF.

Esta vía de EMP dura un período máximo de 9 años y, al respecto, es importante considerar tres puntos:

1. La permanencia mínima en la ED son 3 años y a fines del tercer año se puede postular a la EF para el cuarto año.
2. El EDF dura como máximo 9 años, considerándose en ellos los años en ED y EF, implicándose, de postular al séptimo año a una especialidad de 3 años quedaría fuera del programa por exceder el período máximo.
3. Una vez cumplido los 9 años del EDF y, dado el término del contrato adquirido con el MINSAL se pierde el derecho a postular a una beca a través del programa.

Concluida la EF, y con ello el EDF, no existe obligatoriedad del ejercicio como especialista o “devolución” en el sistema de salud público.

Adicionalmente, esta vía presenta como beneficio la realización de carrera de funcionario, por considerar al profesional como trabajador público y mantener el sueldo recibido previamente, mientras se realiza la EF⁷.

b. Becado primario

Esta vía permite que el MG, ahora llamado becario, una vez adjudicado el cupo por el CONISS, ingrese directamente a su formación como especialista. Según lo dispuesto actualmente presenta dos períodos: El formativo (PF) y el asistencial obligatorio (PAO).

Durante el PF del becario, el MINSAL realiza el pago del arancel y matrícula, correspondientes

al costo del programa fijado por la institución formadora, adicionalmente otorga un estipendio mensual, correspondiente al equivalente del sueldo base que recibe un profesional que cumple una jornada de 44 h, siendo mayor en caso de especializaciones calificadas “de interés nacional” y, además, considera el derecho a recibir bonificaciones previsionales y asignación familiar en conformidad a la ley aplicable.

Finalizado el PF, e inmediatamente a continuación, el becario debe cumplir con el PAO, suscrito al momento de la adjudicación de la beca primaria. Este consiste en la obligación de desempeñarse en calidad de funcionario, como especialista, en un establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud por un lapso igual al doble de la duración de su PF. El establecimiento en el cual deberá desempeñarse queda definido al momento de la adjudicación del cupo en el “*Convenio sobre derechos, obligaciones y garantía de becario en programa de especialización*” celebrado entre el becario y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, no permitiendo cambios posteriores del establecimiento, según lo definido por la Ley N° 19.664. Este convenio también establece cláusulas penales y multas en caso de: Renuncias al programa de especialidad e incumplimiento del PAO, ya sea por inasistencia o abandono, inhabilitando, en este último caso, la contratación del médico dentro del servicio público de salud por un período de hasta 6 años⁷.

2. Concurso Nacional de Especialidades para Médicos de los Servicios de Salud (CONE-SS)

Concurso para MG que se desempeñan en los servicios de salud públicos del país, facilitando la

EMP mediante un mecanismo similar al becado primario, consta de dos etapas: EF y ED.

Para postular a este proceso, los MG deben corresponder a la generación titulada a partir del tercer año previo al concurso y, según último proceso, hasta el 2006, variando esto según la versión del concurso; y que estén contratados por las leyes: N° 19.378, Artículo 9° de la N° 19.664 y N° 15.076. En las primeras dos leyes se exige que los MG se hayan desempeñado por un lapso no inferior a tres años en algún servicio de salud, o bien, de postular a especialidades médicas de interés nacional: Medicina Interna, Medicina Familiar, Obstetricia y Ginecología, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia, Pediatría, Salud Pública y Medicina de Urgencia, dicho período no podrá ser inferior a un año. Para Medicina de Urgencia, esta exige como requisito adicional una edad inferior a 35 años y haber ejercido como MG por más de 4 y menos de 5 años desde la fecha de titulación hasta el año previo del concurso.

Para la selección de postulantes se evalúan sus antecedentes, considerando dos ejes: Desempeño Asistencial o Laboral y Desempeño Académico (Tabla 3). Se realiza un listado final en orden decreciente de acuerdo al puntaje obtenido, convocándose una reunión presencial para la adjudicación de los cupos. Los centros formadores establecen requisitos de ingreso o permanencia, solicitando la habilitación en el centro previa adjudicación del cupo.

Luego de la EF, inicia la ED, que corresponde a la “devolución” en un centro establecido durante la adjudicación del cupo, por un tiempo equivalente al doble de la duración de la EF, siendo

Tabla 3. Rubros evaluados en el Concurso Nacional de Especialidades para Médicos de los Servicios de Salud (CONE-SS). Chile, 2016

Desempeño asistencial o laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Desempeño como médico en Atención Primaria de Salud • Desempeño en establecimientos de uno o más servicios de salud por Ley N° 15.076 • Desempeño en servicios de urgencias o de camas críticas (UCI-UTI) • Desempeño como médico en COMPIN, SEREMI o SML • Desempeño en instituciones docentes
Desempeño académico	<ul style="list-style-type: none"> • Cursos de capacitación y perfeccionamiento y postgrado • Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM) o examen médico nacional (EMN) • Calificación médica nacional (CMN)

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; UTI: Unidad de Tratamiento Intermedio; COMPIN: Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez; SEREMI: Secretaría Regional Ministerial; SML: Servicio Médico Legal.

posible validar hasta el 50% del tiempo de la ED, según los años trabajados en el servicio público al momento de la postulación al CONE-SS⁹.

3. Concurso Médicos Atención Primaria de Salud (CONE-APS)

Proceso destinado a MG que se desempeñan en atención primaria de salud, contratados bajo la ley N° 19.378 o por el artículo 9° de la Ley N° 19.664, siendo esta última la que identifica a los médicos contratados por los directores de los servicios de salud como profesionales en EDF. Este proceso consta de dos etapas: EF y PAO.

Entre los requisitos de postulación se incluye el tiempo de desempeño previo, dependiendo de la especialidad a postular, siendo requisito un lapso no inferior a un año a la fecha de postulación en el nivel primario de uno o más servicios de salud o establecimientos de salud municipal para los aspirantes a especialidades de “interés nacional”, excluyendo medicina de urgencia y medicina familiar; otras especialidades requieren de un período mínimo de 3 años a la fecha de postulación. Entre los rubros evaluados al postular (Tabla 4), los ítems de mayor puntuación son: antigüedad funcionaria, trabajo comunitario, cursos de perfeccionamiento, trabajos de investigación y docencia.

Al igual que en los concursos previos, una vez elaborada la lista de puntajes definitivos, se procede al ofrecimiento de los cupos de especia-

lización mediante un llamado a viva voz, el cual se realiza en las mismas dos instancias. Es necesario previamente la habilitación del postulante en el centro formador.

El proceso tiene una duración máxima de 9 años en total, correspondiendo a la sumatoria de los períodos en EF y PAO. Se debe destacar que al momento de adjudicación del cupo del concurso es posible validar hasta el 50% del tiempo desempeñado previamente. Durante la EF se mantiene la calidad funcionaria y remuneración conservando su contrato durante el ciclo¹⁰.

II. Especialización médica independiente del Ministerio de Salud

En general, son las vías para la EMP menos conocidas, corresponden a procesos regulados por contratos entre sus participantes. Cada una presenta fechas y requisitos de postulación diferentes, siendo aconsejable la consulta periódica de la información.

1. Financiamiento externo

Existen dos opciones de financiamiento externo disponibles para los médicos generales que pudiesen financiar el costo del programa, ya sea de forma independiente o respaldados por instituciones privadas, clínicas o mutuales de seguridad, correspondiendo a las autónomas o con financiamiento privado, respectivamente. La primera tiene la ventaja de que el becario, una vez completado el período de formación, no debe realizar compensación alguna al sistema público o privado y su desventaja es el no recibir un estipendio de manutención durante su formación; la segunda, por el contrario, al depender de un centro privado, una vez completada la formación debe realizar una devolución a la institución, y el tiempo adeudado u otras cláusulas adicionales dependerán del acuerdo acordado entre las partes variando evidentemente en cada caso.

Últimamente, el número de postulantes a esta modalidad ha ido decreciendo. Este fenómeno se debe, en parte, a la disminución de cupos y centros de formación con esta opción, como también por el elevado costo de los programas, fijado por cada institución. A modo de ejemplo, y dado variabilidad del costo anual, para el año 2017, el costo anual de formar un traumatólogo en la Univer-

Tabla 4. Rubros evaluados en el Concurso Médicos Atención Primaria de Salud (CONE-APS). Chile, 2016

• Antigüedad funcionario
• Cursos de perfeccionamiento
• Funciones de responsabilidad
• Organización de proyectos y trabajo con la comunidad en centros comunitarios o postas rurales
• Trabajos de investigación o docencia
• Servicios de urgencia o extensión horaria
• Calificación médica nacional
• Desempeño en zonas extremas

Zonas Extremas: Regiones de Arica y Paríacota, Tarapacá, Aysén, Magallanes y la Antártica Chilena; y Provincias de Chiloé y Palena.

sidad Austral de Chile corresponde a \$ 5.800.000 pesos chilenos, mientras que el de un médico internista en la Universidad de Valparaíso es de aproximadamente \$5.542.320 pesos chilenos^{11,12}. Cada año, usualmente en diciembre, las instituciones publican en sus páginas electrónicas los cupos disponibles, requisitos y costos asociados.

2. Fuerzas Armadas

En Chile existe la posibilidad de ingresar como MG en grado de Oficial de Sanidad a las Fuerzas Armadas (FF.AA.), en las distintas ramas: Ejército, Armada o Fuerza Aérea; desempeñándose en centros de salud al interior de la institución, zonas de conflicto o misiones de paz. Luego de un período mínimo de 5 años dentro de la institución, se puede postular a una EMP recibiendo el financiamiento de 100% del programa de formación por parte de la institución. Posterior a ello, exige la devolución mínima por 5 años como especialista en las FF.AA, con la posibilidad de trabajar paralelamente fuera de la institución. Una vez finalizada la devolución se puede continuar trabajando o solicitar la baja de la institución.

Cada una de las ramas de las FF.AA publica, usualmente en diciembre, en sus páginas electrónicas la información referente a los requisitos y antecedentes necesarios (Tabla 5). El proceso de selección incluye una entrevista personal, un examen médico que acredite salud compatible del

postulante y un examen práctico de conocimientos en medicina.

Respecto a las especialidades disponibles para postular, si bien son cupos ilimitados, varían anualmente según las necesidades de la institución; pese a esto, se puede solicitar la evaluación de otras especialidades. Destaca el beneficio de la mantención del sueldo como oficial durante la formación, desarrollo de carrera militar y disponibilidad para realizar cursos como: medicina subacuática e hiperbárica, medicina aeroespacial, entre otros.

3. Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas

Este mecanismo permite que los MG que se encuentren desempeñándose en distintos servicios de especialidades del país puedan, tras cumplir un período de adiestramiento en práctica (AP), ser reconocidos como especialistas, siendo la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM) la corporación de derecho privado encargada de esto¹⁴.

Para iniciar este proceso se debe recopilar y enviar antecedentes a la corporación, además de pagar un costo que asciende a \$ 180.000 o \$ 200.000 pesos chilenos, según sea la certificación en un centro nacional o extranjero, respectivamente.

Existen requisitos generales para la postulación (Tabla 6), y otros específicos según la especialidad a certificar, los que se detallan en su página elec-

Tabla 5. Requisitos y antecedentes solicitados para el ingreso como Oficial de Sanidad en las Fuerzas Armadas (FF.AA.) de Chile, 2016

Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> • Nacionalidad chilena • Presentar menos de 35 años de edad • Salud compatible con el cargo • Título de médico cirujano • Disponibilidad inmediata de traslado a cualquier área del país o extranjero
Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Curriculum vitae • Puntaje de prueba selección universitaria • Concentración notas universidad • Certificado título profesional • Nota de titulación carrera • Nota del examen único nacional de conocimientos de medicina (EUNACOM) • Cursos efectuados • Trabajos de investigación publicados • Post grados efectuados • Carta motivacional • Domino certificado de idioma inglés

Tabla 6. Requisitos generales solicitados para la certificación de especialidades a través de la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM), 2017

1. Título de Médico Cirujano: <ul style="list-style-type: none"> - Obtenido en universidades chilenas - Legalmente validado de corresponder a universidades extranjeras
2. Acreditar un período de adiestramiento en práctica: <ul style="list-style-type: none"> - Período ininterrumpido de 5 años y 22 h semanales mínimo - Realizado en hospital de alta complejidad perteneciente al ministerio de salud, o bien, un centro docente asistencial de igual complejidad que quedará a evaluación por el comité - El centro debe poseer al menos dos especialistas, certificados por programas universitarios acreditados o por CONACEM, que avalen la formación y desarrollo del postulante
3. Cumplir con condiciones específicas de la especialidad a acreditar, disponible en el sitio web de CONACEM (http://www.conacem.cl/requisitos_especialidad.asp)
4. Aprobar las pruebas teóricas y prácticas diseñadas por CONACEM para validar formación como especialista

trónica¹⁵. Una vez certificada la especialidad no se debe realizar un período de devolución como la PAO.

4. Becas Universitarias Autónomas

Esta modalidad permite que los distintos centros formadores dispongan de cupos de EMP, de acuerdo a las necesidades del plantel, hacia los médicos cirujanos. Los requisitos de ingreso y devolución de esta modalidad son propios de cada centro, siendo modificados anualmente e informados a los aspirantes usualmente a finales de cada año a través de sus páginas electrónicas.

En líneas generales, esta modalidad ofrece a los becarios aceptados el financiamiento total del programa de especialización y, en algunos casos, un estipendio mensual asociado a modo de mantenimiento durante el período formativo, pero a cambio que posteriormente el becado trabaje al interior de la institución como docente o especialista.

Cabe destacar el caso particular de la Universidad de Chile con su opción de "Doctorado en Ciencias Médicas y Especialidad" que permite, por un lado adquirir los conocimientos y técnicas de un área específico para desarrollar su práctica asistencial y por otro la obtención de un título académico que le permita el desarrollo de las ciencias en un plazo de seis años donde ambas opciones se cursan en paralelo.

Conclusión

La EMP ha adquirido una categoría de interés nacional, transformándose en el eje central de desarrollo, un método para mejorar y disminuir las brechas sanitarias existentes en Chile. En comparación a décadas previas, han aumentado enormemente los mecanismos de especialización y anualmente se crean o modifican los ya existentes, generando diversos caminos con características totalmente distintas entre ellas, aumentando las posibilidades para los médicos.

Por lo anterior, y como repuesta al gran dinamismo del tema, esta revisión busca contribuir a una mejor comprensión del sistema actual de especialización, centralizando la información y haciéndola más amena tanto para los médicos recién egresados como para aquellos en formación, además de fomentar la discusión para mejorar su desarrollo y así alcanzar la meta de un sistema salud público de excelencia.

Referencias

1. Medina E, Kaempffer R. Tendencias y características de la mortalidad chilena 1970-2003. *Rev Med Chile* 2007; 135(2): 240-50.
2. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Evolución de la Mortalidad en Chile según causas de muerte y edad,

- 1990-2007. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadísticas de Chile; 2010 [Acceso el 12 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://historico.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/010211/evo90_07_010211.pdf
3. Barber R, Fullman N, Sorensen R, Bollyky T, McKee M, Noite E et. al. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017; 10091 (390): 231-66.
 4. Ministerio de Salud de Chile. Informe sobre brechas de personal de salud por Servicio de Salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2016 [Acceso el 23 de abril de 2017]. Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Marzo2016.pdf
 5. Plan de ingreso, formación y retención de especialistas en el sector público de salud [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 4 de agosto de 2015 [Acceso el 23 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/medicosespecialistas/>
 6. Concursos 2016-2017 [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 22 de septiembre de 2016 [Acceso el 23 de abril de 2017]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/concursos-2016-2017/>
 7. Concurso Nacional de Ingreso al Sistema Nacional de Servicios de Salud (CONISS) [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 20 de septiembre de 2016 [Acceso el 29 de abril de 2016]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/concurso-nacional-de-ingreso-al-sistema-nacional-de-servicios-de-salud-coniss/>
 8. Radrigan ME, Arteaga E. Calificación Médica Nacional. *Rev Med Chile* 1990; 118: 925-6.
 9. Concurso Nacional de Especialidades para Médicos de los Servicios de Salud (CONE-SS) [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 20 de septiembre de 2016 [Acceso el 29 de abril de 2016]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/concurso-nacional-de-especialidades-para-medicos-de-los-servicios-de-salud-cone-ss/>
 10. Concurso Médicos Atención Primaria de Salud año 2017 (CONE-APS) [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 20 de septiembre de 2016 [Acceso el 29 de abril de 2016]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/concurso-medicos-atencion-primaria-de-salud-ano-2017/>
 11. Especialidades médicas [Internet]. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 14 de diciembre de 2016 [Acceso el 5 de enero de 2017]. Disponible en: <http://medicina.uach.cl/noticia.php?id=2641>
 12. Especialidad en Medicina Interna [Internet]. Valparaíso: Universidad de Valparaíso; [Acceso el 23 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.uv.cl/postgrado/?id=167>
 13. Admisión Médicos Navales 2017 [Internet]. Valparaíso: Armada de Chile; [Acceso el 23 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.admisionarmada.cl/admision-medicos-navales-2017/admision/2016-10-12/095901.html>
 14. Corporación Nacional Autónoma de Certificación Especialidad Médicas (CONACEM) [Internet]. Santiago: CONACEM [Acceso el 25 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.conacem.cl/index.asp>
 15. Requisitos por especialidad para la certificación de especialistas [Internet]. Santiago: CONACEM [Acceso el 25 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.conacem.cl/requisitos_especialidad.asp
 16. Doctorado en Ciencias Médicas y Especialidad [Internet]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 12 de diciembre de 2016 [Acceso el 23 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.uchile.cl/postgrados/10286/ciencias-medicas-y-especialidad>

2016

Ministerio de Salud

Subsecretaría de Redes Asistenciales

División de Gestión y Desarrollo de las Personas

Departamento de Calidad y Formación

Departamento de Planificación y Control de Gestión de RHS

**INFORME SOBRE BRECHAS DE PERSONAL DE
SALUD POR SERVICIO DE SALUD**

Glosa 01, letra i. Ley de Presupuestos N° 20.882 y 20.890 Año 2016

Santiago, 31 de marzo de 2016



Contenido

Presentación.....	2
Introducción	3
I – La Estrategia Mundial de Recursos Humanos de Salud hacia 2030. Los Recursos Humanos de Salud en Chile: comparaciones internacionales.....	6
II – Actualización de Brechas de RHS en la Red Asistencial Pública	37
III– Algunos elementos de contextualización de las estrategias de reducción de déficit de RHS en el sector público de salud	51
IV– Plan de trabajo para la instalación de un sistema de monitorización de brechas y elaboración de escenarios de mediano plazo de oferta y demanda de recursos humanos en el sector público de salud.....	60
ANEXO 1 – Distribución por rango de edad y sexo de los médicos especialistas de las leyes 19.664 y 15.076 contratados en los servicios de salud al 31 de diciembre 2015, en algunas especialidades	62



Presentación

La Ley de Presupuestos 2016 estipula, en la Glosa 01 letra i, que, **“antes del 31 de marzo de 2016, el Ministerio de Salud deberá enviar a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos y publicar en su página web un informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud y especialidad, que justifique los recursos asignados al Programa de Formación de Especialistas. En este informe se deberá incluir a los profesionales médicos, a los profesionales no médicos, a los técnico-profesionales y a los técnicos”**.

En cumplimiento del compromiso antes señalado, se encuentra en el presente documento, la información proveniente de la monitorización del Plan de formación y retención de especialistas en el sector público de salud, anunciado por la Presidenta de la República en noviembre de 2014, y que apunta a mejorar el acceso de la población a una atención oportuna y de calidad particularmente en las regiones y comunas que presentan los mayores déficits de estos profesionales altamente calificados, contribuyendo a disminuir las inequidades de salud que numerosos estudios han documentado.

En relación con el amplio programa de inversión en infraestructura de hospitales públicos y centros de atención primaria instalado por el Gobierno, se incluirá en el presente informe un estado de situación de las brechas y planificación de cierre de déficits en recursos humanos destinados a la cartera de inversión.

Además de lo anterior, se actualizarán las brechas de profesionales y técnicos sanitarios en relación con los informes publicados por esta Secretaría de Estado en años precedentes.

Adicionalmente, considerando que la necesidad de robustecer las políticas y otorgar viabilidad a la función de planificación a mediano y largo plazo de recursos humanos ejercida por la Autoridad de Salud, cobra alta relevancia frente a los cambios y desafíos sanitarios, económicos y sociales que vive el país, el informe incluye un plan de trabajo cuyo propósito es dotar al Ministerio de Salud de un sistema permanente de proyección de necesidades, planificación y monitorización de personal sanitario, centrado en una primera etapa desplegada en el periodo 2016 y 2017, en los especialistas. La propuesta de plan de trabajo se apoya en un análisis previo de las metodologías en uso y las experiencias más recientes a nivel internacional en materia de construcción de escenarios de demanda y oferta de Recursos Humanos en Salud.



La dinámica de la evolución de los factores que influyen sobre la demanda y oferta de profesionales de salud observada tanto a nivel nacional como internacional motiva la incorporación de un primer capítulo en el que se podrá visualizar la situación de algunos indicadores clave de Recursos Humanos de Salud en Chile comparativamente a otros países, en el contexto de la Estrategia Mundial de RHS 2030 de la OMS-OPS.

Introducción

Al Estado le corresponde ejercer un rol de promoción de la participación de las personas en la construcción de estilos de vida que favorezcan su desarrollo individual y colectivo, para lo cual debe garantizar condiciones sanitarias idóneas a lo largo del país y el acceso oportuno a acciones de salud integrales y de calidad, logrando que las personas, familias y comunidades se sientan acogidas y más seguras en ambientes sanitariamente protegidos.

Este propósito cobra mayor importancia en un contexto de creciente complejidad, caracterizado por un proceso de cambio social, epidemiológico y demográfico, que exige respuestas integrales, tanto a nivel de políticas de salud y prevención como de servicios asistenciales, para enfrentar los efectos del envejecimiento de la población, así como el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles, en el marco de un sistema de derechos garantizados de salud y una ciudadanía cada vez más activa y exigente de sus derechos en materia de calidad de atención.

Abordar los desafíos señalados, obliga a incorporar importantes transformaciones en las políticas, planificación y administración de recursos económicos, humanos y técnicos, siendo el personal sanitario la pieza esencial para liderar los procesos de transformación requeridos para avanzar en el mejoramiento continuo de la salud de la población y de la satisfacción de sus necesidades.

En este contexto, esta Secretaría de Estado gestiona políticas de recursos humanos que han permitido en los últimos dos años la consecución de dos importantes acuerdos plurianuales tendientes a mejorar las condiciones laborales y de desarrollo profesional; aumentar las remuneraciones; entregar mayor movilidad dentro del Sistema de Salud; y fortalecer las carreras funcionarias, factores esenciales para atraer y retener el personal sanitario en el sector público, además de alcanzar mayores niveles de satisfacción en el trabajo a través de la implementación del plan presidencial de buenas prácticas laborales :

- En julio de 2015, se firma un Protocolo de Acuerdo entre el Ministerio de Salud, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda y el Colegio Médico – AG.



- A su vez, en septiembre de 2015, se concluye el Protocolo de Acuerdo entre el Ministerio de Salud, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda y siete gremios del representantes de los funcionarios de los Servicios de Salud.

En cuanto a la detección de necesidades de Recursos Humanos, su articulación con la oferta de personal sanitario y la implementación de estrategias que permitan lograr a mediano y largo plazo mejores ajustes entre la demanda y la disponibilidad de personal, tanto a nivel nacional como regional, el Ministerio de Salud ha realizado varios estudios y desarrollado distintas líneas de trabajo a estos efectos. A continuación se citan los informes publicados en este ámbito entre los años 2012 y 2016.

1. Brechas de Recursos Humanos de Salud. Informe, glosa H, Ley N° 20.557 de Presupuestos del Sector Público. Año 2012. Ministerio de Salud – Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Junio de 2012.
2. Informe de Estrategias de Superación o Cierre de Brechas de Recursos Humanos de Salud. Glosa 14 de la Ley N° 20.641 de Presupuestos del Sector Público. Año 2013. Ministerio de Salud – Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Marzo de 2013.
3. Informe de brechas de RHS atención de urgencia, hospitales de baja complejidad. Glosa 01, letra h Ley 20641 de presupuestos del sector público de 2013. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. 2013.
4. Plan de formación y Capacitación de Especialistas en Chile. Año 2013. Ley N° 20.641 de Presupuestos del Sector Público 2013. Ministerio de Salud – Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Junio de 2013.
5. Informe Brecha de Especialistas Médicos en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Ministerio de Salud - Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Calidad y Formación. Unidad de Destinación y Becas. Octubre de 2014.
6. Profesionales y Técnicos inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud y la dotación de personal del sector público. Ministerio de Salud – Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Departamento de Planificación y Control de Gestión de Recursos Humanos. Febrero 2015.



7. Informe de Brechas RHS y Estrategia de Reducción. Cartera de Inversiones hospitalarias. Plan 20-20-20. Ministerio de Salud – Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Departamento de Planificación y Control de Gestión de Recursos Humanos Marzo de 2015.
8. Oferta de profesionales de salud en Chile: evolución 2007-2015 de la matrícula y los titulados en las universidades nacionales. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Departamento de Planificación y Control de Gestión de Recursos Humanos. Febrero 2016.

Si bien es necesario realizar nuevos avances en los sistemas de información, cabe señalar que, en los últimos 10 años, se ha logrado un mejoramiento significativo de la disponibilidad, extensibilidad, confiabilidad y precisión de la información sectorial y extra sectorial sobre el personal sanitario. Ejemplos de ello son la implementación del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud y del Sistema de Información y Estadísticas (SIES) del Ministerio de Educación. Estos progresos permiten hoy considerar la posibilidad de instalar gradualmente en el Ministerio de Salud un sistema de proyección de escenarios de demanda y oferta de personal de salud y monitorización permanente de las estrategias de reducción o cierre de los déficits. El plan de trabajo correspondiente elaborado a estos efectos se presentará más adelante en el informe.

Es preciso mencionar que, tal como lo corrobora la evidencia internacional, la brecha de Recursos Humanos en Salud es un concepto dinámico, cuyo nivel está influido por múltiples factores, varios de ellos encontrándose fuera del alcance de las Políticas de Salud, tales como son las políticas de educación y el desarrollo regional y económico, por ejemplo. Además de lo anterior, la existencia de un sistema de salud mixto implica un mercado laboral marcado por la competencia entre el sector público y el privado por el acceso al personal calificado, lo que a su vez va modelando las opciones de trabajo de los interesados y hace más complejo lograr mejores balances entre la oferta y la demanda de Recursos Humanos y una distribución territorial más equitativa.

Finalmente, considerando la creciente atención a la problemática de la suficiencia del personal sanitario constatada a nivel internacional y la consecuente producción de evidencias, elaboración de estrategias y acuerdos liderados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha estimado conveniente dedicar el primer apartado del informe a una breve presentación de la situación de Chile en comparación a otros países, en el marco de la Estrategia Mundial de Recursos Humanos en Salud 2030 de la OMS.



I – La Estrategia Mundial de Recursos Humanos de Salud hacia 2030. Los Recursos Humanos de Salud en Chile: comparaciones internacionales.

1 – Diagnostico de la OMS para la Estrategia mundial de RHS hasta el 2030.

El análisis de las evidencias disponibles y de los resultados de estudios complementarios realizados por la OMS, que conduce al llamado a los países a “*adoptar un paradigma distinto en la planificación del personal sanitario y la formación, movilización y redistribución de los trabajadores de la salud*”¹ se puede resumir de la siguiente manera:

- a- El personal sanitario es y será fundamental para satisfacer las prioridades sanitarias del nuevo marco de desarrollo posterior a 2015, alcanzar el acceso y la cobertura universal de salud y los nuevos objetivos del desarrollo sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, -en los que la salud de la población es central-, y cumplir con las obligaciones relacionadas con la seguridad sanitaria colectiva a escala mundial que establece el Reglamento Sanitario Internacional.
- b- Los países de todos los niveles de desarrollo socio económico enfrentan, en mayor o menor medida, dificultades para educar, movilizar, fidelizar y hacer rendir el personal de salud.
- c- Se ha podido demostrar que los importantes progresos en el desarrollo de Recursos Humanos que realizaron varios países en el pasado han tenido resultados efectivos en el mejoramiento de la atención sanitaria de sus poblaciones. La disponibilidad de personal de salud está mejorando en la mayoría de los países para los que se dispone de datos. Sin embargo estos progresos no han sido suficientemente rápidos y pronunciados.
- d- La evolución de los perfiles epidemiológicos y las estructuras demográficas está aumentando la carga de morbilidad en los sistemas de salud de todo el mundo, tanto en lo que se refiere a

¹ Fuentes: 1) WHO – Health workforce 2030. Synthesis paper of the thematic working groups. 2015. http://www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/. 2) OMS - Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el personal de salud de aquí a 2030. Documento presentado en la 138ª sesión del Consejo ejecutivo de la OMS. Diciembre de 2015. 3) OECD - OECD Health Workforce Policies: Right Numbers, Right Skills, Right Places. March 2016. www.oecd.org.



las enfermedades no transmisibles como a las enfermedades crónicas². Este fenómeno se acompaña de una demanda creciente de servicios de salud centrados en la persona y de atención personalizada³.

- e- En varios países de ingresos elevados, la insuficiente inversión en formación y capacitación del personal de salud provoca una escasez crónica de recursos humanos que se suple mediante la contratación de personal sanitario procedente de países de menos recursos; algunos de estos últimos pierden hasta 50% de sus graduados a causa de la emigración a otros países.
- f- En la mayoría de los países persisten desequilibrios en la distribución territorial del personal de salud que contribuyen a intensificar los flujos migratorios. Esta observación está corroborada en la reciente publicación de la OCDE: "Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places (marzo de 2016).
- g- Un número importante de países de altos ingresos está experimentando un retiro masivo del personal de salud que pertenece a las numerosas generaciones nacidas en los años posteriores al término de la segunda guerra mundial. La insuficiente anticipación y planificación de los reemplazos observada en varios casos es un factor de fuerte incremento de las tensiones en el mercado laboral internacional de Recursos Humanos en Salud.
- h- Nuevos cálculos se realizaron sobre los cambios que deben producirse en las próximas décadas para satisfacer la demanda de atención de salud creciente, cubrir las lagunas existentes y hacer frente al nivel de rotación laboral previsto. De acuerdo con las previsiones de la OMS y el Banco Mundial⁴, para alcanzar un nivel elevado de cobertura eficaz en toda la gama de servicios de salud que se requiere para garantizar una vida saludable para todos, será necesario formar y movilizar a entre 40 y 50 millones de trabajadores en el sector socio sanitario en todo el mundo, de los cuales al menos 10 millones deben aumentar la oferta de trabajadores de la salud en los países de ingresos medianos y bajos⁵.

² Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Lancet. 2014. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61682-](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61682-)

³ WHO 2015. WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services. – Interim report. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/service-delivery/safety/areas/people-centred-care/en>

⁴ OMS – Banco Mundial. Requisitos relativos al personal sanitario con miras a la aplicación de la Estrategia mundial de RSH, y costos conexos. Forthcoming Publication.

⁵ Economic, demographic, and epidemiological transitions and the future of health labour markets. Global Health Workforce Alliance, Working Group 1, 2014-

(http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG1_SynthesisSept282014.pdf?ua=1).



- i- Evidencias empiezan a ser disponibles sobre los efectos socioeconómicos de la inversión en personal de salud confirmando que ésta impulsa un círculo virtuoso al sostener el desarrollo e impactar positivamente la economía de los países; se estima que durante el período 2000-2011, 24 % del crecimiento del Ingreso Nacional Total de los países de bajos y medianos ingresos se debe al aumento de la expectativa de vida de su población.

2 - Principios Objetivos y Metas de la Estrategia Mundial de RHS 2030

La Resolución final sobre la Estrategia Mundial se adoptará en la 69° Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2016 en Ginebra.

Su propósito es atender la crisis mundial de RHS que se ha ido demostrando en los últimos años que la OMS y la ONU consideran como el principal obstáculo al logro de la cobertura y acceso universal a la salud y de los objetivos de desarrollo definidos por los Naciones Unidas⁶.

OCHO PRINCIPIOS

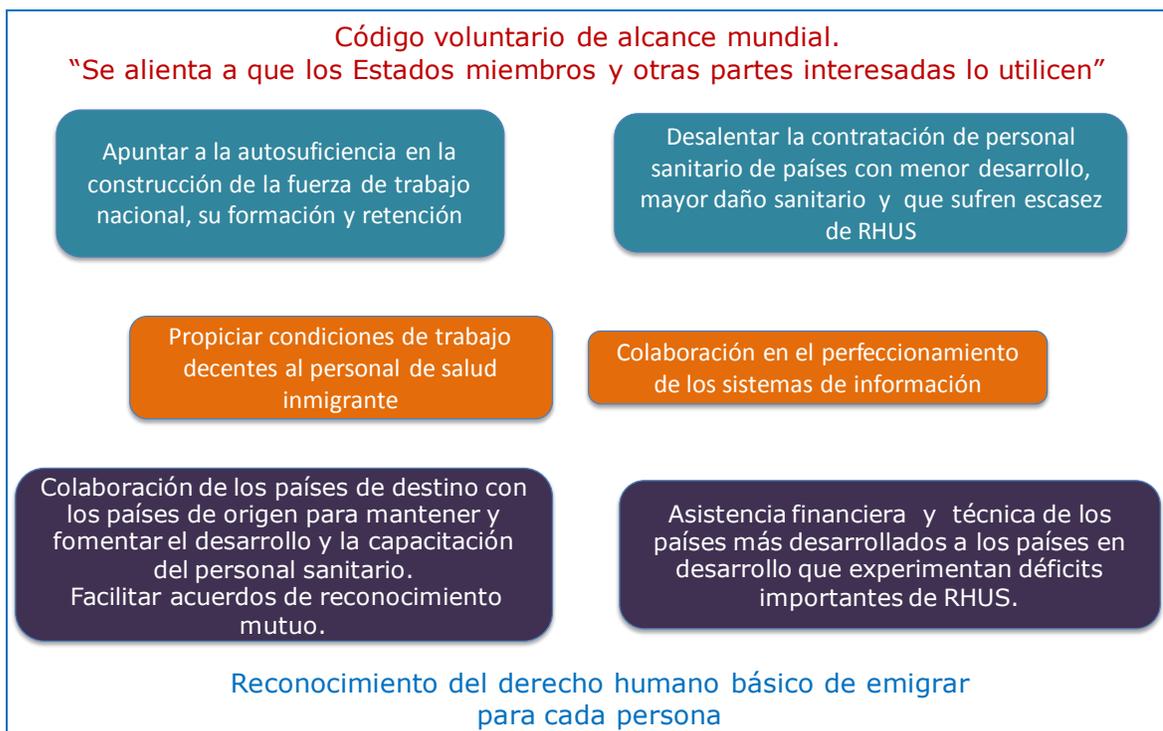
1. Promover el derecho a la salud.
2. Proporcionar servicios de salud integrales y centrados en las personas.
3. Fomentar el empoderamiento y compromiso de las comunidades.
4. Sostener los derechos personales, laborales y profesionales de todos los trabajadores de la salud, propiciando libertad y entornos laborales seguros y decentes. Eliminar la violencia de género, la discriminación y el acoso laboral.
5. Promover la colaboración y solidaridad internacional, en articulación con las prioridades nacionales.
6. Asegurar prácticas éticas de contratación en conformidad con el Código mundial de Práctica de reclutamiento internacional de personal de salud de la OMS⁷ (ver Figura N° 1).
7. Movilizar y sostener compromiso político y financiero, y fomentar inclusión y colaboración transversal entre sectores involucrados y electores.
8. Promover la innovación y uso de la evidencia.

⁶ ONU – The road to dignity by 2030: ending poverty, transforming all lives and protecting the planet. Synthesis report of the Secretary-General on the post-2015 agenda. 2014.

⁷ Este Código ha sido adoptado por los Estados miembros de la OMS, en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2010.



Figura 1 - Síntesis de los principios del código ético de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud



CUATRO OBJETIVOS

1 – Optimizar el desempeño, calidad e impacto del personal sanitario, mediante políticas de RHS basadas en evidencia, contribuyendo a la vida saludable y bien estar, cobertura universal de salud efectiva, resiliencia de los sistemas de salud y seguridad en todos los niveles. Entre otros:

- Adoptar estrategias más efectivas y eficientes, así como una regulación apropiada sobre la educación del personal sanitario.
- Racionalizar los ámbitos de prácticas y fomentar una combinación de competencias más sostenible y reactiva frente a los cambios en las necesidades de salud de la población.
- Promover la colaboración inter profesional, las oportunidades de desarrollo profesional, la formación continua y sistemas de incentivos adecuados.

2 – Alinear la inversión en RHS con las necesidades actuales y futuras de la población, tomando en cuenta las dinámicas del mercado laboral, con el fin de facilitar al máximo el mejoramiento de los resultados de salud, la creación de empleos y el crecimiento económico.

3 – Construir o fortalecer las capacidades de las instituciones en los niveles regional o local, nacional e internacional para alcanzar un liderazgo y gobernanza efectiva de las acciones sobre los RHS.

4 – Reforzar los sistemas de información en RHS para la monitorización y rendición de cuentas sobre las estrategias nacionales y la estrategia mundial.

PRINCIPALES METAS

El documento de la OMS desarrolla una serie de hitos intermedios para el 2020 y 5 metas finales para el 2030.

Principales hitos planteados para el 2020 para todos los países:

1. Disponer de mecanismos institucionales inclusivos para coordinar una agenda de RHS intersectorial.
2. Contar con mecanismos que aseguren la seguridad de los pacientes y permitan una adecuada supervisión del sector privado de salud.
3. Fortalecer (o instalar según corresponda) una dirección nacional de RHS responsable del desarrollo y monitorización de las políticas y planes de recursos humanos articulados con la planificación nacional de largo plazo en Salud.
4. Disponer de dispositivos de acreditación de las Instituciones Formadoras de personal sanitario.
5. Progresar en los registros de información sobre los RHS y en compartir datos e indicadores en este ámbito con otros países a través de la instalación de Cuentas Nacionales de Recursos Humanos en Salud.



Principales metas 2030 para todos los países:

1. Todos los países deben progresar hacia reducir en un 50% las inequidades de acceso de la población a un trabajador de salud.
2. Todos los países deberán haber reducido a 20% o menos la tasa de deserción pre titulación en la formación de pregrado de médicos, enfermeras y personal sanitario asociado, en las entidades formadoras.
3. Todos los países deberán progresar hasta reducir en un 50% su dependencia de personal sanitario formado en el extranjero.

3 - Los Recursos Humanos de Salud en Chile: situación actual y comparaciones internacionales

3.1 – Universo Nacional

En Chile, al 31 de diciembre de 2015, el **personal sanitario** inscrito en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud (SIS) alcanza el número de 406.739, que se distribuyen en 214.841 profesionales (52,8%) y 191.898 técnicos (47,2%).

La distribución de los profesionales por categoría se puede visualizar en la tabla y el gráfico N° 1 a continuación, destacándose los psicólogos, las enfermeras y los médicos como los grupos más numerosos.

Tabla 1 – Profesionales inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la SIS⁸

Título habilitante	Nº de Profesionales inscritos al 31/12/2015
Psicólogo (a)	44.638
Enfermera (o)	39.665
Médico (a) Cirujano (a)	38.702
Kinesiólogo (a)	19.152
Cirujano (a) Dentista	18.046
Matrón (a)	11.497
Tecnólogo (a) Médico (a)	11.395
Nutricionista	10.593
Químico farmacéutico	7.965
Fonoaudiólogo (a)	7.377
Terapeuta ocupacional	3.439
Bioquímico (a)	2.372
Total general	214.841

⁸ Fuente tabla y gráficos 1 y 2: procesamiento propio a partir del Registro de la SIS al 31/12/2015.

Gráfico 1

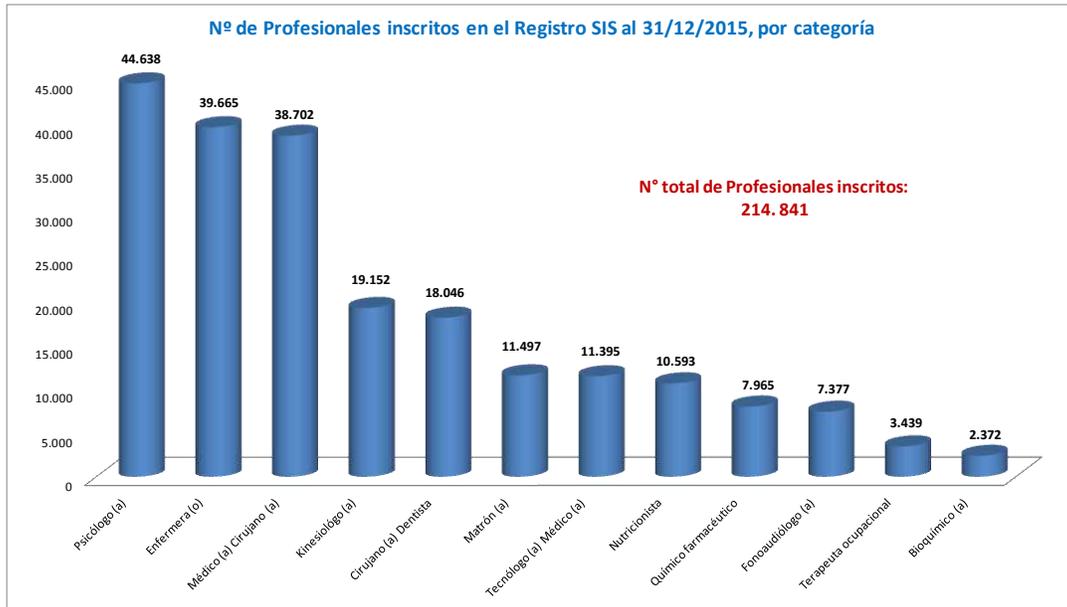
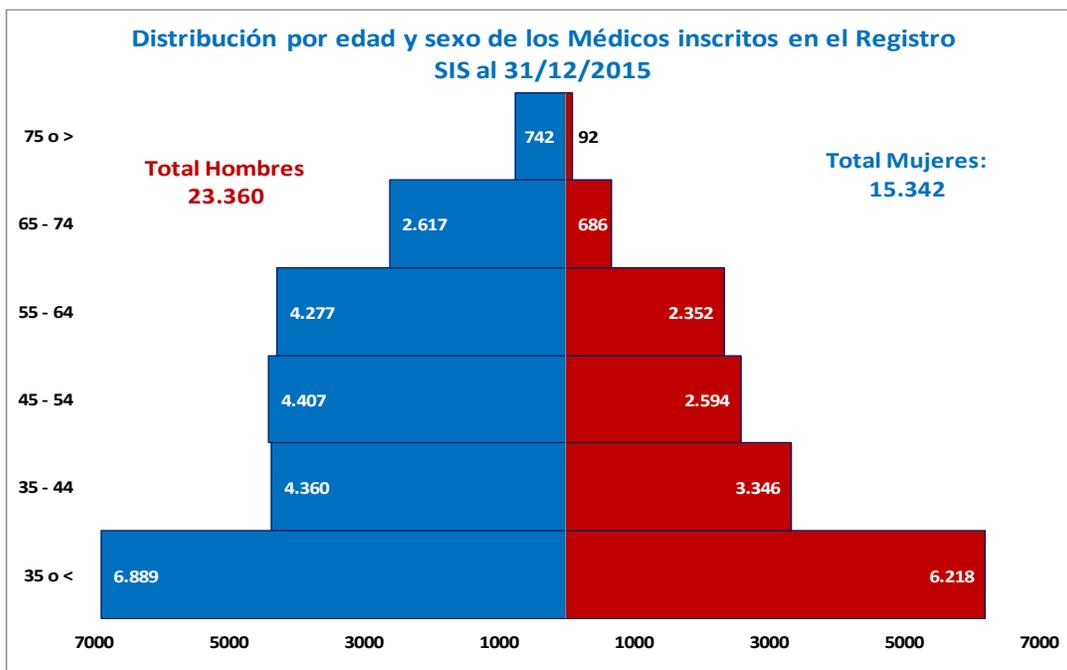


Gráfico 2



En el gráfico N° 2, se puede apreciar **la distribución de los Médicos** inscritos en el Registro SIS, **por rango de edad y sexo**. La proporción de profesionales menores a 35 años es importante y representa 33,7 % del total, porcentaje más alto en las mujeres donde alcanza más de 47%, mostrando el incremento de la incorporación del sexo femenino a esta profesión. La proporción de hombres en el total de Médicos inscritos es de más de 60%, mientras entre los profesionales menores de 35 años representan 52,6%.

Es importante constatar que 10,7% de los profesionales médicos tiene más de 65 años (3.359 hombres y 778 mujeres), considerando los posibles retiros de la actividad laboral en estos rango de edad.

En 2013, la proporción de médicos de más de 55 años alcanza un promedio 33% en los países de la OCDE mientras en Chile este porcentaje es de 28%⁹ y muestra un perfil menos envejecido del que presentan 17 de los 29 países donde se dispone de esta información.

Las enfermeras inscritas en el Registro SIS son jóvenes: más de la mitad (53%) tiene menos de 35 años, y sólo 3,2% son mayores de 64 años.

Respecto de **las matronas**, se observa una situación diferente con 6% de profesionales de 65 años o más, y 31% menores de 35 años.

Con un valor de 19,1 por 10.000 habitantes, Chile presenta una baja densidad nacional de médicos en comparación tanto a los países de la OCDE, como a países de América Latina de nivel económico comparable, tales como Argentina, México y Uruguay, y se encuentra en una situación cercana a la de Brasil (18,0 por 10.000 habitantes). La tabla N° 2 permite ilustrar esta constatación.

Sin perjuicio de lo anterior, el crecimiento de la matrícula en la carrera de Medicina, especialmente antes de 2010, acompañada de un alta tasa de titulación -93% promedio en los años 2012, 2013 y 2014- ha permitido un incremento de la densidad por 10.000 habitantes de 17 en 2008 a 19 en 2014, generando una baja del número de habitantes por Médico de - 17% en el mismo periodo (**de 559 a 463 habitantes por Médico**).

⁹ Fuente: OECD. Health at a Glance. 2015. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

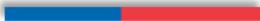


Tabla N° 2 – Densidad de Médicos por 10.000 habitantes en varios países

Países	Densidad de Médicos por 10.000 habitantes.
Argentina	39
Uruguay	37
México	22
Chile	19
Brasil	18
Promedio OCDE	33
Mínimo OCDE: Turquía	18
1° Máximo OCDE: Grecia	63
2° Máximo OCDE: Austria	50

Fuentes: OMS – Global Health Observatory. OECD: Health at a Glance. 2015.

En 2015, la **densidad de enfermeras universitarias por 10.000 habitantes** se establece en un valor de 22 en Chile, el promedio en los países de la OCDE alcanzando un nivel de 33. El número de Enfermeras por Médico es de 1,02 en 2015 (cumpliendo con el nivel mínimo recomendado por la OPS). El promedio de este indicador en los países de la OCDE es más alto con 2,8 enfermeras por Médico, alcanzado más de 4 en Estados Unidos y Canadá, y 3 en Reino Unido. Cabe señalar que este indicador pasó de 0,77 enfermeras por médico en 2012 al valor actual de 1,02 (+32%) en Chile. El universo nacional de técnicos de nivel superior en enfermería inscritos en el Registro Nacional de Prestadores de la SIS, alcanza al 31 de diciembre de 2015, el número de 105.021 personas. Por lo anterior, sumando enfermeras universitarias y técnicos de nivel superior en enfermería, se puede establecer que la densidad nacional de personal de enfermería es de 80.3 por 10.000 habitantes. A su vez, la razón de personal de enfermería por médico sube a 3.7.



Los médicos especialistas certificados constituyen un universo nacional de 20.845 al 31 de diciembre de 2015¹⁰, en progresión de 8% respecto de 2014.

La distribución de estos profesionales entre médicos generales y médicos especialistas se puede visualizar en la tabla N° 3.

Los médicos que han certificado al menos una especialidad representan un 53.9% del total de profesionales, proporción estable en comparación al porcentaje del año anterior (53.6%).

Tabla 3 – Distribución de los médicos inscritos en el Registro Nacional SIS al 31 de diciembre de 2015 entre médicos especialistas y médicos generales al 31 de diciembre de 2015.

Categoría de Médicos	Número de profesionales	%
Médicos con especialidad inscrita	20.845	53,9%
Médicos sin especialidad inscrita	17.813	46,1%
TOTAL Médicos inscritos	38.658	100,0%

No se dispone de datos comparables de médicos generales y especialistas (por especialidad) entre los países de América Latina en las plataformas estadísticas que mantienen los organismos internacionales, tales como la OMS-OPS.

Sin perjuicio de lo anterior, la OCDE incluye en su solicitud de datos de RHS a los países que la integran, datos sobre la distribución de médicos generales y especialistas por grandes categorías de especialidades.

Respecto de la distribución entre médicos generales y especialistas, la publicación Health at a Glance 2015¹¹ permite constatar que existe una gran diversidad de situaciones al respecto, señalando que la OCDE considera en conjunto médicos generales y médicos de familia para establecer esta comparación¹².

¹⁰ Fuente: procesamiento propio a partir del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la SIS. 31/12/2015.

¹¹ OECD – Health at a Glance 2015.

¹² El motivo de esta opción se debe a que los países tienen distintos desarrollos históricos y situaciones en cuanto a los médicos destinados al primer nivel de atención: algunos como España no tienen médicos generales sino que médicos familiares y comunitarios; Francia eligió transformar la medicina general en una especialidad en 2004. Por lo anterior, en estos dos países, por ejemplo, la medicina no se puede ejercer con sólo haber obtenido el pregrado correspondiente, teniendo presente que en la mayoría de los países europeos los estudios de pregrado de medicina duran 5 o 6 años.

En promedio, los médicos especialistas (excluyendo a medicina familiar) representan 62% del total de médicos en los países de la OCDE.

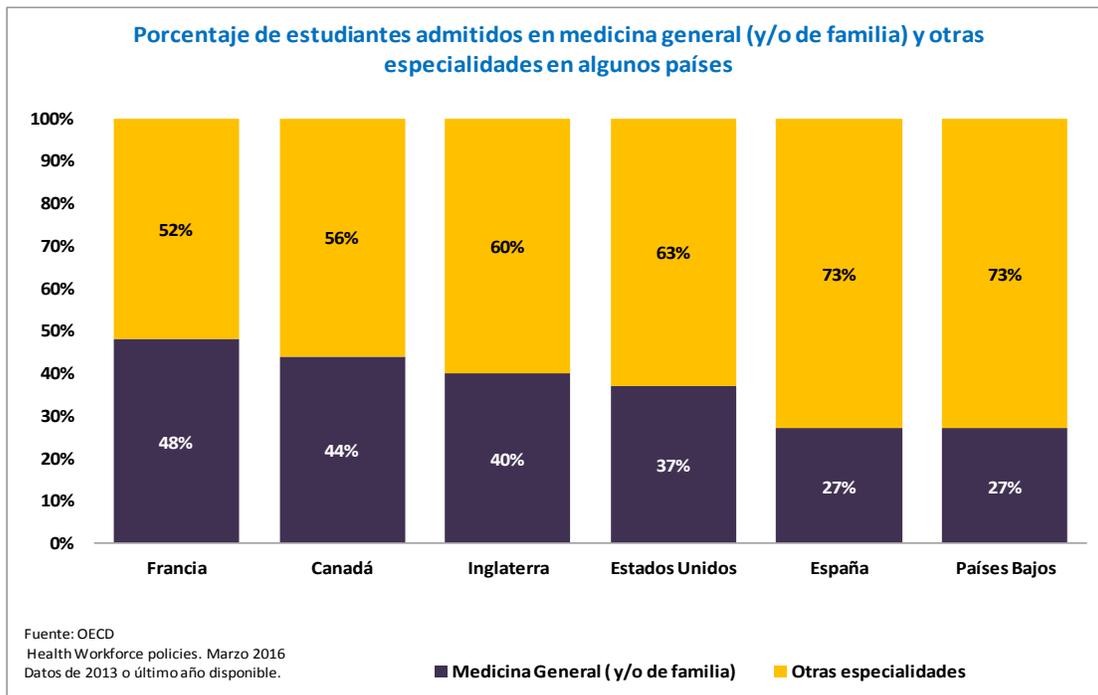
- Este porcentaje varía desde 88% en Estados Unidos a un valor entre 50% y 56% en Canadá, Francia, Países Bajos y Chile.
- México muestra una proporción de médicos especialistas de 65% sobre el total de médicos del país.

En los últimos 10 años, se ha producido un debate en varios países en torno a la distribución de los médicos entre “generalistas” y “especialistas”, en atención a la tendencia mundial al incremento de la especialización en medicina. Si bien la especialización permite resolver más problemas complejos de salud con mejores tecnologías, se acompaña de un alza en los costos de las prestaciones de salud y puede llevar a generar una brecha entre las necesidades de atención de la mayor parte de la población y la composición de los profesionales médicos (se estima que 70 a 80% de los problemas de salud se pueden resolver en el primer nivel de atención). El envejecimiento de las poblaciones y el fuerte aumento de la carga de enfermedades crónicas acentuó esta brecha en varios países, ya que la mayoría de los pacientes que presentan este tipo de problema de salud requiere principalmente un seguimiento ambulatorio, mucha veces a lo largo de la vida, con modelos de atención que incluyan un sólido componente de coordinación entre distintos profesionales de salud especializados y no especializados.

Por estos motivos, algunos Ministerios de Salud de países envejecidos, que disponen de la herramienta del “numerus clausus” para definir los cupos de formación de pre y post grado en las carreras de salud, tales como Canadá y Francia, han implementado políticas que permitan mantener en el sistema de salud una proporción de médicos generales y/o de familia de alrededor de 45-50%, tal como lo ilustra el gráfico N° 3 a continuación.



Gráfico 3



Entre los médicos especialistas inscritos en el Registro de Prestadores Individuales de la SIS, 3.557 de los profesionales (17,1%) certificaron más de una especialidad primaria o derivada reconocidas por el Decreto Supremo N°8/2013. En la tabla N° 4 y el Gráfico N° 3 se puede apreciar la distribución según la última especialidad certificada.¹³

¹³Con la finalidad de permitir las comparaciones internacionales, la OCDE propone a los países usar este criterio de categorización de los médicos especialistas, en ausencia de información sobre la especialidad efectivamente ejercida por los profesionales del sector privado que certifican más de una especialidad.

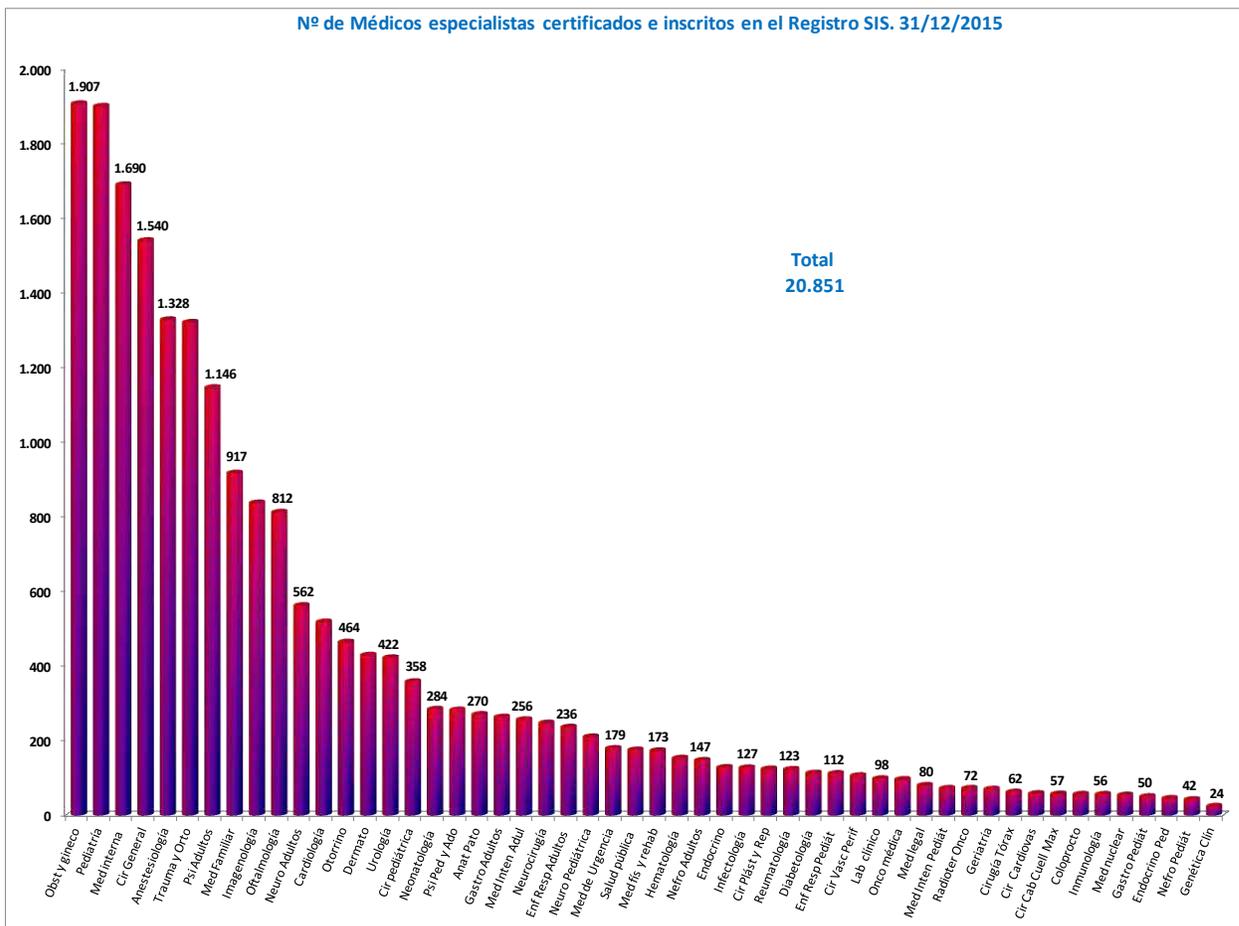


Tabla 4

Disribución de los Médicos según la última especialidad certificada. Universo Nacional. Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud. 31/12/2015.	
Última Especialidad certificada	Nº de Médicos
Obstetricia y ginecología	1.907
Pediatría	1.900
Medicina interna	1.690
Cirugía General	1.540
Anestesiología	1.328
Traumatología y Ortopedia	1.321
Psiquiatría Adultos	1.146
Medicina Familiar	917
Imagenología	837
Oftalmología	812
Neurología Adultos	562
Cardiología (1)	518
Otorrinolaringología	464
Dermatología	429
Urología	422
Cirugía pediátrica	358
Neonatología	284
Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia	282
Anatomía Patológica	270
Gastroenterología Adultos	263
Medicina Intensiva Adultos	256
Neurocirugía	247
Enfermedades Respiratorias Adultos	236
Neurología Pediátrica	210
Medicina de Urgencia	179
Salud pública	175
Medicina física y rehabilitación	173
Hematología (2)	153
Nefrología Adultos	147
Endocrinología	128
Infectología	127
Cirugía Plástica y Reparadora	124
Reumatología	123
Diabetología	113
Enfermedades Respiratorias Pediátricas	112
Cirugía Vasculiar Periférica	106
Laboratorio clínico	98
Oncología médica	96
Medicina legal	80
Medicina Intensiva Pediátrica	72
Radioterapia Oncológica	72
Geriatría	70
Cirugía de Tórax	62
Cirugía Cardiovascular	58
Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial	57
Coloproctología	56
Inmunología	56
Medicina nuclear	54
Gastroenterología Pediátrica	50
Endocrinología Pediátrica	45
Nefrología Pediátrica	42
Genética Clínica	24
Total general	20.851

- (1) Entre los 518 cardiólogos certificados, 37 están inscritos como cardiólogos pediátricos.
 (2) Entre los 153 hematólogos certificados, 34 están inscritos como hematólogos pediátricos.

Gráfico3



Diez especialidades agrupan 64% de los profesionales:

- Obstetricia y ginecología,
- Pediatría,
- Medicina Interna,
- Cirugía general,
- Anestesiología,
- Traumatología y ortopedia,
- Psiquiatría adultos,
- Medicina familiar,
- Imagenología,
- Oftalmología.



Chile presenta **densidades nacionales por grupos de especialistas** relativamente bajas (por 100.000 habitantes) **en comparación a otros países**, excepto en Obstetras Ginecólogos, tal como se puede observar en la tabla n° 5.

Destacan las situaciones de la especialidad de psiquiatría y del grupo de especialidades médicas, en este último caso incluso cuando se compara a los países de ingresos comparables como México, Corea y Eslovenia.

Tabla 5

País	Densidad de Médicos Especialistas por 100.000 habitantes, por grupos de especialidades						
	Pediatras "Generalistas" (1)	Obstetras y Ginecólogos por 100.000 habitantes	Obstetras y Ginecólogos por 1000 nacidos vivos	Psiquiatras Adultos y Pediátricos	Grupo Especialidades Médicas (2)	Grupo de Especialidades Quirúrgicas (3)	Otros Especialistas (4)
CHILE	9,0	10,0	68,3	7,0	32,0	34,0	5,0
Australia	8,0	8,0	59,5	16,0	43,0	58,0	20,0
Bélgica	12,0	8,0	100,5	17,0	81,0	55,0	S/I
Canadá	9,0	8,0	68,0	16,0	59,0	37,0	3,0
Finlandia	11,0	10,0	91,6	22,0	65,0	38,0	3,0
Francia	12,0	12,0	102,2	22,0	82,0	45,0	3,0
Japón	13,0	10,0	115,2	12,0	S/I	S/I	S/I
Corea	12,0	12,0	117,9	7,0	57,0	60,0	11,0
México	15,0	17,0	87,4	1,0	75,0	15,0	17,0
Slovenia	25,0	16,0	149,5	11,0	82,0	51,0	6,0
España	26,0	12,0	124,5	10,0	76,0	84,0	25,0
Reino Unido	15,0	12,0	93,3	19,0	67,0	76,0	11,0
Estados Unidos	24,0	13,0	104,5	14,0	70,0	38,0	56,0

Fuente: Procesamiento propio a partir de OECD.stats.org - Datos 2013 o último año disponible.

Notas de la tabla N° 5:

- (1) Excluye a los Pediatras que poseen una subespecialidad;
- (2) El grupo de Especialidades Médicas incluye: Medicina interna, Cardiología, Endocrinología, Gastroenterología, Neumología, Medicina Respiratoria, Oncología, Ginecología Oncológica, Inmunología, Reumatología, Neurología, Otorrinolaringología, Radiología, Enfermedades Infecciosas,

Microbiología y Bacteriología, Dermatología, Hematología, Patología (Laboratorio Clínico), Medicina Ocupacional, “Comunitary Medicine (including hygiene, epidemiology and evaluative medicine)” -

- (3) El grupo de Especialidades Quirúrgicas incluye: Cirugía general, Neurocirugía, Cirugía Plástica, Ortopedia, Oftalmología, Urología, Anestesiología, Medicina Intensiva, Medicina de Urgencia y Accidentes, otros tipos de cirugías.
- (4) El grupo de otras especialidades incluye aquellas no clasificadas en los grupos anteriores.

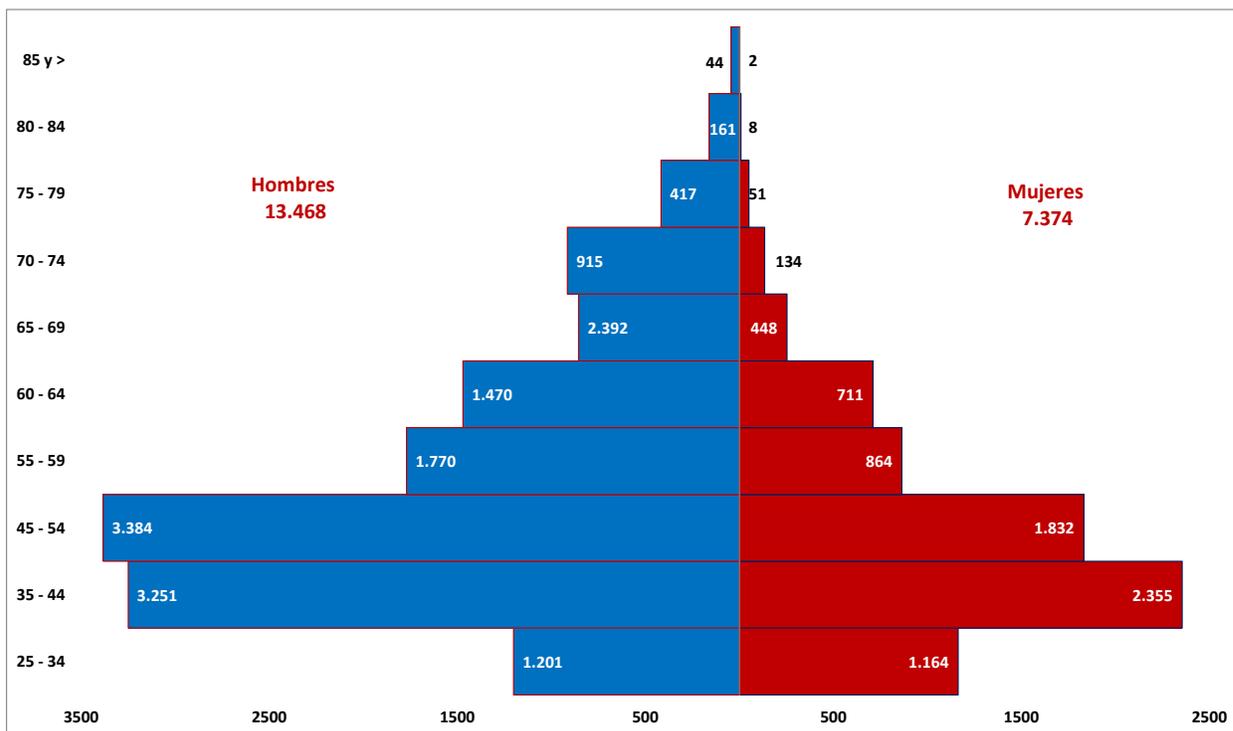
Tal como se puede observar en la tabla N° 6 y el gráfico N° 4, **las mujeres representan un 35% del total de los médicos especialistas certificados y 44,1% de aquellos que pertenecen al rango de edad inferior 45 años**, confirmando la feminización señalada anteriormente.

Es importante destacar que **1.537 especialistas hombres tienen 70 años y más (11,2% del total de profesionales del sexo masculino)**, mientras este tramo de edad incluye sólo a 2,6% de mujeres.

Tabla 6

Rango de edad	Mujeres	Hombres	Total	%
25 - 34	1.164	1.201	2.365	11,3%
35 - 44	2.355	3.251	5.606	26,9%
45 - 54	1.832	3.384	5.216	25,0%
55 - 59	864	1.770	2.634	12,6%
60 - 64	711	1.470	2.181	10,5%
65 - 69	253	855	1.108	5,3%
70 - 74	134	915	1.049	5,0%
75 - 79	51	417	468	2,2%
80 - 84	8	161	169	0,8%
85 y >	2	44	46	0,2%
Total	7.374	13.468	20.842	100,0%
%	35,4%	64,6%	100,0%	

Gráfico 4 – Distribución por rango de edad y sexo de los médicos especialistas certificados e inscritos en el Registro de Prestadores Individuales de la SIS al 31 de diciembre de 2015.



Fuente: procesamiento propio a partir del Registro SIS. Diciembre 2015.

La OMS señala en su informe sobre la Estrategia mundial de recursos humanos en salud para 2030, que la mala **distribución territorial de los profesionales de salud, en particular médicos, sigue siendo un problema insuficientemente resuelto en un número importante de países**, varios de ellos presentando una situación geodemográfica más favorable que la de Chile.

Es así que, tomando algunos ejemplos¹⁴, la densidad de médicos generales y especialistas varía según la región:

- de 9,7 a 26,9 por 10.000 habitantes en México,
- entre 28 y 44 por 10.000 en Finlandia y Dinamarca,
- de 18 a 25 por 10.000 en Canadá,
- de 22 a 34 por 10.000 en Reino Unido,
- de 26 a 41 por 10.000 en Francia,

¹⁴ Fuente: OECD.stats.org – Año 2012 o más cercana.



- de 25 a 69 por 10.000 en España,
- de 15 a 26 en Polonia.

En la tabla n° 7 a continuación se **presenta en el caso de Chile la distribución por región de los médicos especialistas del universo nacional**. Cabe señalar que *no se dispone del lugar de trabajo habitual de 18% (3.889) especialistas inscritos en el Registro de Prestadores de la SIS al 31 de diciembre 2015*. Se trata de un grupo de médicos con desempeño exclusivo en el sector privado, la región de desempeño siendo conocida para la totalidad de los funcionarios del sector público.

Considerando la limitación antes señalada, se puede comentar que la densidad promedio nacional de médicos especialistas alcanza 11,6 por 10.000 habitantes, y se extiende desde 4,6 en la Región de Maule hasta 13,5 por 10.000 en la región metropolitana.

Tabla 7 – Densidad de médicos especialistas por 10.000 habitantes, por región. Universo nacional. Diciembre de 2015.

Región habitual de trabajo	Total Médicos Especialistas certificados	% Médicos Especialistas por Región	Población total 2015 proyección INE	% Población por Región	Densidad de Médicos Especialistas por cada 10.000 habitantes
I Región de Tarapacá	160	0.8%	336,769	1.9%	4.8
II Región de Antofagasta	393	1.9%	622,640	3.5%	6.3
III Región de Atacama	144	0.7%	312,486	1.7%	4.6
IV Región de Coquimbo	419	2.0%	782,801	4.3%	5.4
Región Metropolitana	9,874	47.3%	7,314,176	40.6%	13.5
V Región de Valparaíso	1,383	6.6%	1,825,757	10.1%	7.6
VI Región del Libertador Bernardo O'Higgins	493	2.4%	918,751	5.1%	5.4
VII Región del Maule	477	2.3%	1,042,989	5.8%	4.6
VIII Región del Biobío	1,460	7.0%	2,114,286	11.7%	6.9
IX Región de La Araucanía	786	3.8%	989,798	5.5%	7.9
X Región de Los Lagos	643	3.1%	841,123	4.7%	7.6
XI Región de Aisén del General Carl	96	0.5%	108,328	0.6%	8.9
XII Región de Magallanes	170	0.8%	164,661	0.9%	10.3
XIV Región de Los Ríos	336	1.6%	404,432	2.2%	8.3
XV Región de Arica y Parinacota	156	0.7%	239,126	1.3%	6.5
No informada	3,889	18.6%			
Total Universo Nacional	20,879	100.0%	18,018,123	100.0%	11.6

Fuente: Procesamiento propio a partir del Registro Nacional de Prestadores individuales de SIS, y de los datos de población del INE.

Cabe señalar que la importante inversión en la formación de especialistas que realiza el país se ha traducido en una disminución significativa del número de habitantes por médico especialista desde un nivel de 1.065 en 2008 a 863 en 2015 (-19,1%).

3.2. – Sector Público

Al 31 de diciembre de 2015, la **dotación efectiva de los Servicios de Salud del país** asciende a 100.832 funcionarios de planta o a contrata que permiten disponer de 4.281.567 horas semanales, distribuidos por planta tal como se puede visualizar en la tabla N° 8.

Tabla 8- Dotación efectiva de los Servicios de Salud al 31 de diciembre de 2015, por planta

Planta	N° de Profesionales	%	N° de Horas semanales	%
Administrativos	11,520	11.4%	507,364	11.8%
Bioquímicos	113	0.1%	4,785	0.1%
Directivos	410	0.4%	18,084	0.4%
Médicos	13,626	13.5%	470,080	11.0%
Odontólogos	1,953	1.9%	70,178	1.6%
Profesionales	26,592	26.4%	1,159,895	27.1%
Químicos Farmacéuticos	679	0.7%	28,930	0.7%
Técnicos y auxiliares	45,939	45.6%	2,022,251	47.2%
Total	100,832	100.0%	4,281,567	100.0%

Fuente: procesamiento propio a partir del SIRH. Diciembre 2015.

La evolución de la expansión de cargos en los Servicios de Salud en los años 2013, 2014 y 2015 se resume en la tabla N° 9, y se detalla por líneas programáticas en las tablas N° 10 a 12 a continuación.



Tabla 9 – Resumen expansión de cargos Leyes 19.664, 15.076 y 18.334 en 2013, 2014, 2015¹⁵

Años de Expansión	Total Acumulado												
	Leyes 19.664						Ley 15.076		Ley 18.334				
	44	33	22	11	Cargos 19.664	Horas 19.664	Cargos 15.076	Horas 15.076	Prof	Tecn	Adm	Aux	Cargos Ley 18.334
Año 2013	204	17	68	8	297	11,121	219	6,132	891	800	202	304	2,197
Año 2014	429	14	30	3	476	20,053	217	6,076	845	829	120	212	2,006
Año 2015	354	29	194	74	1,386	51,887	208	5,824	1,206	1,014	217	341	2,778
Total Cargos 3 años	9,784												

Tabla 10 - Expansión de cargos Leyes 19.664, 15.076 y 18.334 en 2013, por líneas programáticas

Año 2013													
PROGRAMA	Leyes 19.664						Ley 15.076		Ley 18.334				
	44	33	22	11	Cargos 19.664	Horas 19.664	Cargos 15.076	Horas 15.076	Prof	Tecn	Adm	Aux	Cargos Ley 18.334
FORTALECIMIENTO DE REDES DE ESPECIALIDAD ONCOLÓGICAS	2	0	8	0	10	264	0	0	7	0	0	0	7
AUGE	3	0	6	1	10	275	0	0	20	21	0	4	45
AUMENTO COMPLEJIDAD HOSPITALARIA (CAMAS CRÍTICAS CUIDADOS MEDIOS, ADULTO PEDIÁTRICO NEONATOLOGÍA Y SIQUIÁTRICAS)	0	16	26	0	42	1,100	42	1,176	113	166	0	13	292
REFUERZO ATENCIÓN URGENCIA HOSPITALARIA Y PREHOSPITALARIA	3	0	0	0	3	132	4	112	44	28	0	24	96
TELERRADIOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	26	2	0	0	28
MEDICINA TRANSFUSIONAL	0	0	2	0	2	44	0	0	1	1	0	3	5
DESARROLLO DE ESTRATEGIAS INTERSECTOR SENAME, MINEDUC	0	0	8	4	12	220	0	0	22	16	4	0	42
FORTALECIMIENTO DE RED Y GESTIÓN DE TRASPLANTES Y TEJIDOS	0	0	3	0	3	66	0	0	11	0	0	0	11
PROYECTO INTERSECTORIAL (MINSAL, MINJUS, GENCHI, SENAME, SENDA), PSIQUIATRIA FORENSE EN SUS COMPONENTES ADULTO E INFANTO ADOLESCENTE	13	0	0	0	13	572	0	0	70	88	7	80	245
CIERRE DE BRECHAS	80	0	2	2	84	3,586	102	2,856	298	264	158	126	846
CONTINGENCIAS OPERACIONALES	1	0	0	0	1	44	0	0	0	0	0	0	0
ENTRADA EN OPERACIONES	22	0	2	0	24	1,012	48	1,344	235	210	33	54	532
GESTION AMBIENTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	32	0	0	0	32
GESTION CAMAS	0	0	0	0	0	0	0	0	-3	0	0	0	-3
PAO	77	1	11	1	90	3,674	21	588	0	0	0	0	0
PILOTO GES PREVENTIVO EN AT.PRIMARIA, VIDA SANA	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	8
PROGRAMA CLINICO FINANCIERO (GRD-WinSIG)	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	11
REGULARIZACION DECRETOS 2012	3	0	0	0	3	132	2	56	0	0	0	0	0
	204	17	68	8	297	11,121	219	6,132	891	800	202	304	2,197

¹⁵ Fuente: Procesamiento propio DIGEDEP.

Tabla 11 - Expansión de cargos Leyes 19.664, 15.076 y 18.334 en 2014, por líneas programáticas

Año 2014													
PROGRAMA	Leyes 19.664						Ley 15.076		Ley 18.334				Cargos Ley 18.334
	44	33	22	11	Cargos 19.664	Horas 19.664	Cargos 15.076	Horas 15.076	Prof	Tecn	Adm	Aux	
02 AUGE	34	2	11	0	47	1,804	0	0	119	30	0	0	149
05 REFUERZO ATENCIÓN URGENCIA HOSPITALARIA Y PREHOSPITALARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	18	0	0	0	18
07 TELERADIOLOGÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	28	0	0	0	28
09 MEDICINA TRANSFUSIONAL	0	0	0	0	0	0	0	0	8	3	0	0	11
10 DESARROLLO DE ESTRATEGIAS INTERSECTOR SENAME, MINEDUC	0	0	0	2	2	44	0	0	4	0	0	0	4
11 COORDINACION NACIONAL DE PROCURAMIENTO Y TRASPLANTES DE ORGANOS Y TEJ	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	4
12 REHABILITACION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
16 CIERRE DE BRECHAS	170	0	0	0	170	7,480	102	2,856	445	398	89	145	1,077
17 ENTRADA EN OPERACIONES	23		2		25	1,056	30	840	155	134	17	61	367
25 OTROS DIGEDEP	164	12	17	1	194	7,997	85	2,380	38	52	14	6	110
IMPLEMENTACIÓN ASISTENTES DE EDUCACIÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	29	0	0	0	29
REFUERZO ATENCIÓN URGENCIA HBC	38	0	0	0	38	1,672	0	0	0	0	0	0	0
RESIDUOS SANITARIOS TÓXICO PELIGROSOS Y REAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	208	0	0	208
Totales	429	14	30	3	476	20,053	217	6,076	845	829	120	212	2,006

Tabla 12 - Expansión de cargos Leyes 19.664, 15.076 y 18.334 en 2015, por líneas programáticas

Año 2015													
PROGRAMA	Leyes 19.664						Ley 15.076		Ley 18.334				Cargos Ley 18.334
	44	33	22	11	Cargos 19.664	Horas 19.664	Cargos 15.076	Horas 15.076	Prof	Tecn	Adm	Aux	
ACOGIDA PARA VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	9
ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES	0	0	0	0	0	0	0	0	36	0	0	0	36
AUGE	47		43		90	3,014	6	168	112	57	9	1	179
AUMENTO COMPLEJIDAD HOSPITALARIA	1	0	2	1	3	99	0	0	40	37	0	1	78
AUMENTO DE LA RESOLUTIVIDAD ATENCIÓN AMBULATORIA (COSAM)	1	0	5	0	6	154	0	0	19	9	5	3	36
CAMAS UPC (PROG. GOBIERNO DIGERA)	0	0	7	0	7	154	24	672	43	48	0	12	103
CENTROS DIURNOS PERSONAS CON DEMENCIA	0	0	4	4	8	132	0	0	28	8	0	8	44
CIERRE DE BRECHAS	131	0	0	0	131	5,764	100	2,800	409	437	77	143	1,066
CIERRE DE BRECHAS APS SERVICIOS DE SALUD	1	0	9	0	10	242	0	0	28	20	9	1	58
COORDINACIÓN NACIONAL DE PROCURAMIENTO Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	20
ENTRADA EN OPERACIONES	60	0	3	0	63	2,706	36	1,008	235	210	68	79	592
FONDO FARMACIA (FOFAR)	29	0	0	0	29	1,276	0	0	0	27	0	0	27
FORMACIÓN ESPECIALISTAS	370	0	0	0	370	16,280	0	0	0	0	0	0	0
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	0	0	23	0	23	506	0	0	23	23	0	0	46
MEDICINA TRANSFUSIONAL	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	0	16
PLAN PRESIDENCIAL 33 MIL HORAS	320	25	193	65	603	19,866	0	0	0	0	0	0	0
REFUERZO ATENCIÓN URGENCIA HOSPITALARIA Y PREHOSPITALARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	17	0	0	0	17
REGULARIZACIÓN DE HONORARIOS	0	0	0	0	0	0	0	0	45	53	49	69	216
REHABILITACIÓN PROGRAMA DE GOBIERNO	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	0	0	9
REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD	0	0	0	0	0	0	0	0	44	0	0	21	65
RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA	0	0	0	4	4	44	0	0	4	4	0	0	8
SAMU	10	0	0	0	10	440	0	0	20	80	0	0	100
SAPU ALTA RESOLUCIÓN SAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
TELERADIOLOGÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	24	0	0	0	24
VIDA SANA PREVENCIÓN EN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	0	0	0	0	0	0	0	0	26	0	0	0	26
PAO	24	4	1	0	29	1,210	42	1,176	0	0	0	0	0
Totales	354	29	194	74	1,386	51,887	208	5,824	1,206	1,014	217	341	2,778

La distribución de la **dotación efectiva en profesionales nucleares¹⁶ (Médicos, Enfermeras y Matronas)** además de su **densidad por 10.000 Beneficiarios de FONASA por Servicio de Salud** se puede apreciar en la tabla n° 13 a continuación.

Tabla N° 13 – Dotación efectiva y densidad por 10.000 Beneficiarios de FONASA de Médicos, Enfermeras y Matronas en los Servicios de Salud. 31/12/2015

Servicio de Salud	N° Enfermeras (os)	N° Matronas	N° Medicos (as) Cirujanos (as)	N° Total de profesionales nucleares	Total Jornadas equivalentes 44 Hrs Médicos, Enfermeras y Matronas	Población Beneficiaria de FONASA al 31 de diciembre de 2013	Densidad de profesionales nucleares por 10.000 Beneficiarios de FONASA	Densidad de Eq. Jornadas 44 hrs profesionales nucleares por 10.000 Beneficiarios de FONASA
S.S. Aconcagua	180	76	227	483	443	215.967	22,4	20,5
S.S. Antofagasta	358	120	394	872	802	376.336	23,2	21,3
S.S. Araucanía Norte	161	60	239	460	452	176.382	26,1	25,6
S.S. Araucanía Sur	536	143	632	1.311	1.211	603.862	21,7	20,1
S.S. Arauco	137	60	191	388	385	154.103	25,2	25,0
S.S. Arica	176	46	169	391	369	178.720	21,9	20,6
S.S. Atacama	205	77	217	499	470	233.063	21,4	20,2
S.S. Aysén	119	57	226	402	412	78.367	51,3	52,6
S.S. Bio Bio	326	94	350	770	738	343.204	22,4	21,5
S.S. Chiloé	175	45	179	399	390	148.062	26,9	26,3
S.S. Concepción	594	128	653	1.375	1.216	488.548	28,1	24,9
S.S. Coquimbo	443	102	518	1.063	972	588.633	18,1	16,5
S.S. Del Reloncavi	338	114	411	863	800	325.416	26,5	24,6
S.S. Iquique	237	69	234	540	502	232.584	23,2	21,6
S.S. Magallanes	205	39	192	436	413	120.879	36,1	34,2
S.S. Maule	647	158	700	1.505	1.394	861.554	17,5	16,2
S.S. Met. Central	685	163	819	1.667	1.434	722.137	23,1	19,9
S.S. Met. Norte	433	124	729	1.286	1.069	654.997	19,6	16,3
S.S. Met. Occidente	735	208	854	1.797	1.545	977.139	18,4	15,8
S.S. Met. Oriente	711	117	903	1.731	1.403	593.623	29,2	23,6
S.S. Met. Sur	591	162	793	1.546	1.308	920.598	16,8	14,2
S.S. Met. Sur Oriente	739	237	1.182	2.158	1.788	1.089.522	19,8	16,4
S.S. Ñuble	355	84	411	850	794	407.058	20,9	19,5
S.S. O'Higgins	401	162	500	1.063	974	718.991	14,8	13,6
S.S. Osorno	163	58	261	482	447	206.997	23,3	21,6
S.S. Talcahuano	344	71	367	782	696	298.591	26,2	23,3
S.S. Valdivia	285	76	383	744	673	316.872	23,5	21,2
S.S. Valparaíso-San Antonio	377	82	493	952	833	411.240	23,1	20,2
S.S. Viña del Mar-Quillota	507	135	660	1.302	1.132	773.549	16,8	14,6
Total general	11.163	3.067	13.887	28.117	25.064	13.216.994	21,3	19,0

Se puede constatar que la densidad de Médicos, Enfermeras y Matronas por 10.000 Beneficiarios de FONASA alcanza 21,3 en promedio nacional, con diferencias entre Servicios de Salud que varían entre 14,8 en O'Higgins y 29,2 en el Metropolitano Oriente -exceptuando los Servicios de Salud de Aysén (51,3 y Magallanes (36,1) cuyos valores altos se deben a la baja cantidad de población-.

¹⁶ Definición de la OMS.

Expresadas en número de jornadas equivalentes a 44 horas semanales la densidad promedio nacional baja a 19 por 10.000 Beneficiarios.

La OPS estableció en 2006, en el Llamado a una Década de Recursos Humanos de Toronto, que debajo de una **densidad mínima de 25 profesionales nucleares por 10.000 habitantes**, no se puede conseguir el acceso de toda la población a prestaciones de salud básicas.

Para evaluar este indicador es necesario considerar la dotación efectiva de la red asistencial completa, la que se puede observar en la tabla N° 14.

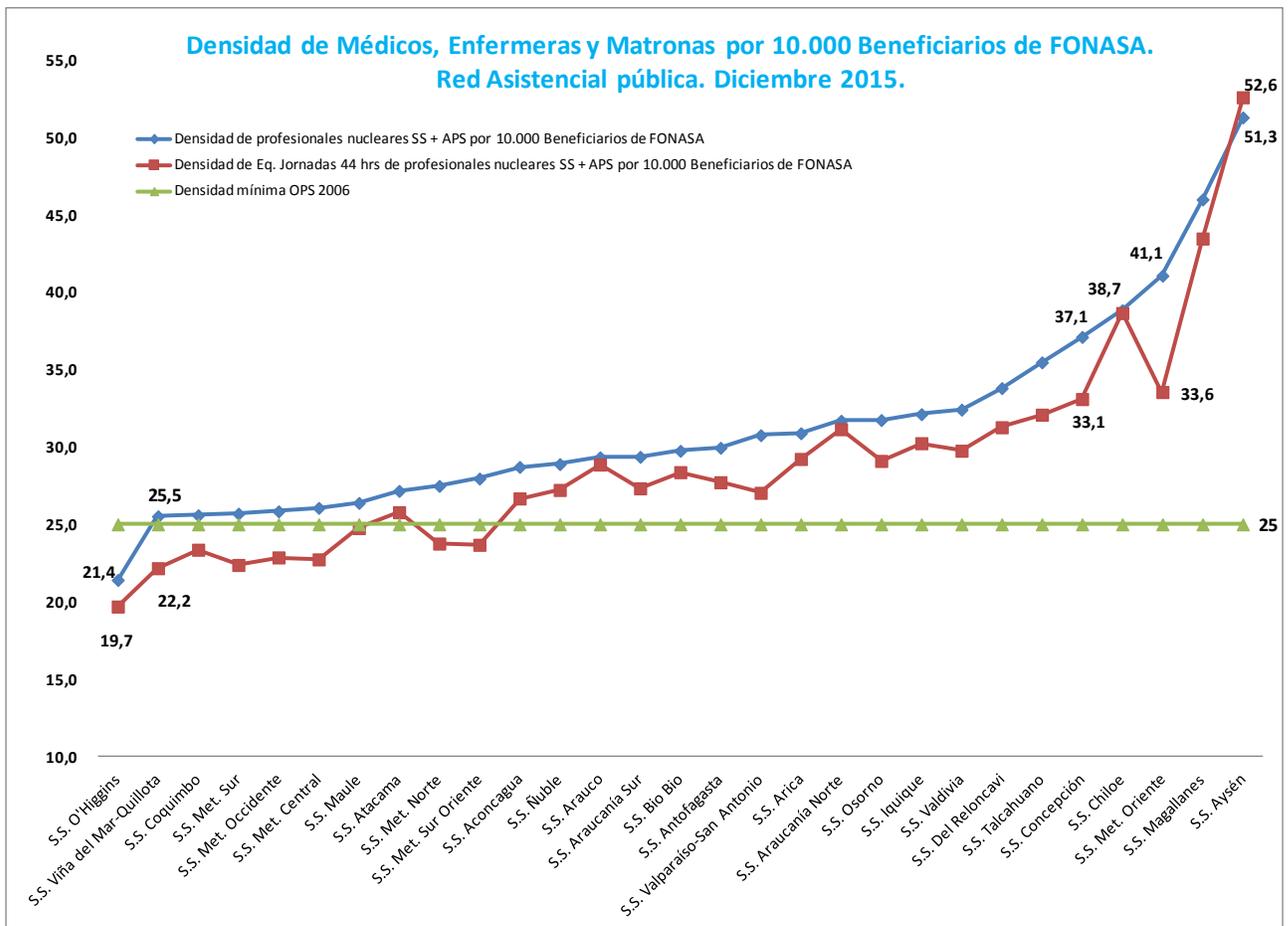
Tabla N° 14¹⁷– Densidad de Médicos, Enfermeras y Matronas por 10.000 Beneficiarios de FONASA. Dotación efectiva de la Red de establecimientos dependientes de los Servicios de Salud y de la APS municipal. Diciembre 2015.

Servicio de Salud	Densidad de profesionales nucleares SS + APS por 10.000 Beneficiarios de FONASA	Densidad de Eq. Jornadas 44 hrs de profesionales nucleares SS + APS por 10.000 Beneficiarios de FONASA	Densidad mínima OPS
S.S. O'Higgins	21.4	19.7	25
S.S. Viña del Mar-Quillota	25.5	22.2	25
S.S. Coquimbo	25.6	23.4	25
S.S. Met. Sur	25.7	22.4	25
S.S. Met. Occidente	25.8	22.9	25
S.S. Met. Central	26.1	22.7	25
S.S. Maule	26.4	24.8	25
S.S. Atacama	27.2	25.8	25
S.S. Met. Norte	27.5	23.8	25
S.S. Met. Sur Oriente	28.0	23.7	25
S.S. Aconcagua	28.7	26.7	25
S.S. Ñuble	28.9	27.2	25
S.S. Arauco	29.3	28.9	25
S.S. Araucanía Sur	29.4	27.3	25
S.S. Bio Bio	29.7	28.4	25
S.S. Antofagasta	29.9	27.7	25
S.S. Valparaíso-San Antonio	30.8	27.0	25
S.S. Arica	30.9	29.2	25
S.S. Araucanía Norte	31.7	31.1	25
S.S. Osorno	31.7	29.1	25
S.S. Iquique	32.1	30.2	25
S.S. Valdivia	32.4	29.8	25
S.S. Del Reloncavi	33.8	31.3	25
S.S. Talcahuano	35.5	32.1	25
S.S. Concepción	37.1	33.1	25
S.S. Chiloé	38.8	38.7	25
S.S. Met. Oriente	41.1	33.6	25
S.S. Magallanes	46.0	43.5	25
S.S. Aysén	51.3	52.6	25
Total general	29.1	26.2	25

¹⁷ Procesamiento propio a partir de las Bases del SIRH y del desempeño difícil de la APS municipal (DIVAP).

Con 29,1 profesionales nucleares y 26,2 jornadas equivalentes 44 horas por 10.000 beneficiarios de FONASA, el sector público supera el mínimo recomendado por la OPS, sin embargo no se alcanza en el Servicio de Salud de O'Higgins. Excluyendo a Aysén y Magallanes, se constata una variación importante entre redes asistenciales, encontrándose la máxima densidad en número de jornadas 44 horas en el Servicio Metropolitano Oriente con 33,6, y la mínima en el Servicio de Salud de O'Higgins con 19,7 y en Viña del Mar con 22 (ver Gráfico N° 5).

Gráfico 5



El indicador presentado ha experimentado un incremento importante desde el año 2013, año en el que realizó la 2° medición de las metas regionales de RHS de la OPS, **pasando de 23,9 a nivel nacional al valor actual de 29,1 profesionales nucleares por 10.000 beneficiarios de FONASA** (19 en 2007).



La densidad de Médicos, Enfermeras y Matronas, considerando el universo completo de aquellos profesionales inscritos en el Registro Nacional de la Superintendencia de Salud y con el supuesto que todos se encuentren activos laboralmente, asciende a **49 profesionales nucleares por 10.000 habitantes** (en base a una población proyectada por el INE de 18.018.123 al 2015).

En cuanto a los Médicos, la tabla N° 15 da cuenta de la distribución entre especialistas y médicos generales en los Servicios de Salud y la APS municipal: 68,5 % de dichos profesionales contratados en hospitales certificaron al menos una especialidad mientras los especialistas, principalmente Médicos de Familia, representan 14,6 % de la dotación efectiva de APS municipal.

En total se puede apreciar que 56% de los Médicos de la red asistencial pública son especialistas, representando un **46,6 % del total de los especialistas certificados del país**. En su conjunto la dotación efectiva de Médicos del SNSS alcanza **44% del total de médicos registrados a nivel nacional**.

Tabla 15 – Distribución de los Médicos generales y especialistas en la red asistencial pública. Diciembre 2015

Categoría de Médicos	N° de Médicos Servicios de Salud	%	N° de Médicos APS municipal	%	TOTAL SNSS	%
N° Médicos con al menos una especialidad certificada	9,124	68.5%	587	14.6%	9,711	56.0%
N° Médicos sin especialidad certificada	4,204	31.5%	3,422	85.4%	7,626	44.0%
TOTAL	13,328	100.0%	4,009	100.0%	17,337	100.0%

Fuentes: Procesamiento propio de las bases SIRH Diciembre 2015, Desempeño Difícil APS municipal Noviembre 2015 y Registro SIS, Diciembre 2015

Para planificar los recursos humanos de salud a mediano y largo plazo es importante realizar un seguimiento de la distribución por rango de edad y sexo de los funcionarios, en la medida en que los retiros tienen impacto sobre las necesidades de renovación de los profesionales.

Los gráficos Nº 6 a 14¹⁸ a continuación permiten visualizar la situación de los principales profesionales y de los técnicos paramédicos respecto de estas variables demográficas.

Como comentario general, se puede observar **que los médicos especialistas** son los profesionales que presentan la proporción más alta de mayores de 65 años con 7%, sin perjuicio de lo cual 45% de este grupo tiene menos de 44 años. Están seguidos por los **odontólogos** con 6% de profesionales de más de 65 años. Los otros profesionales y los técnicos constituyen un personal de salud con un perfil relativamente joven, por ejemplo 80% de las **enfermeras y de los kinesiólogos** tienen menos de 44 años; 47% y 40% de los tecnólogos médicos y de los técnicos paramédicos se encuentran en esta misma situación, presentando un perfil más concentrado en edades medianas.

La distribución por sexo rango de edad de los médicos de los servicios de salud varía de una especialidad a otra, tal como se puede apreciar en los gráficos A a Q del Anexo Nº 1. A grandes rasgos, destaca:

- una mayor presencia femenina en algunas especialidades, tales como pediatría, medicina de familia, neonatología, medicina interna, anestesiología y psiquiatría por ejemplo, que en otras, tales como las quirúrgicas,
- un perfil de edad más envejecido en obstétrica ginecología y neonatología que en otras especialidades.

¹⁸ Fuente de los Gráficos: Procesamiento propio a partir de la dotación efectiva de los funcionarios de las leyes 19.664, 15.076 y 18.334 de los Servicios de Salud al 31 de Diciembre de 2015.



Gráfico 6

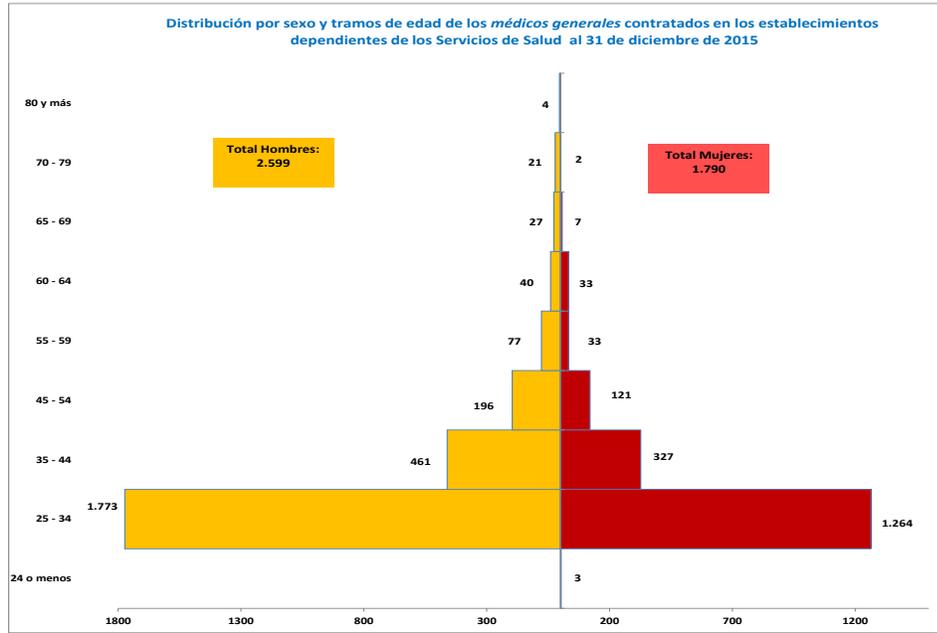


Gráfico 7 - Distribución por sexo y tramo de edad de los *médicos especialistas certificados* de los Servicios de Salud al 31 de diciembre de 2015

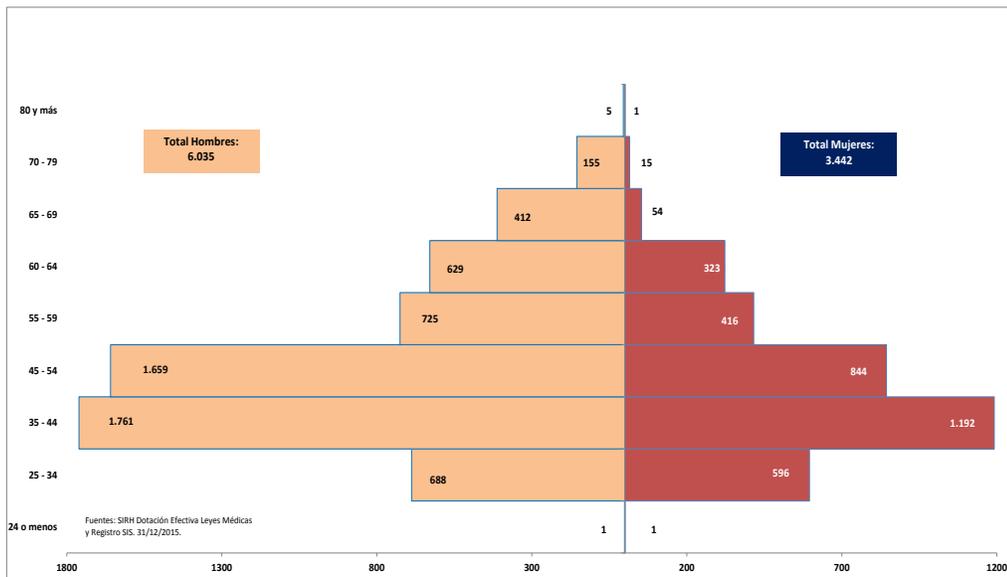
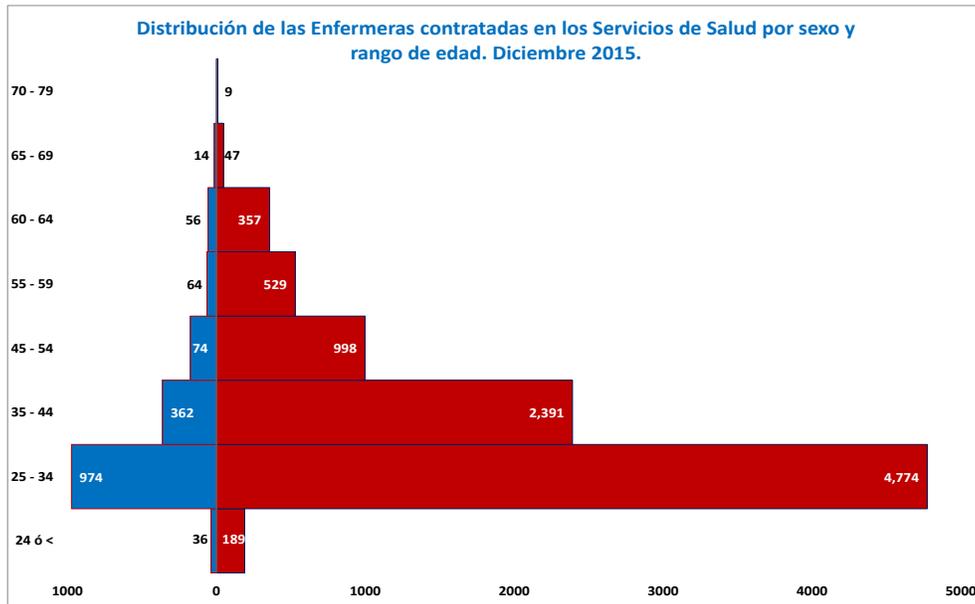


Gráfico 8



Leyenda de los Gráficos Nº 8 a14: ■ Hombres ■ Mujeres

Gráfico 9

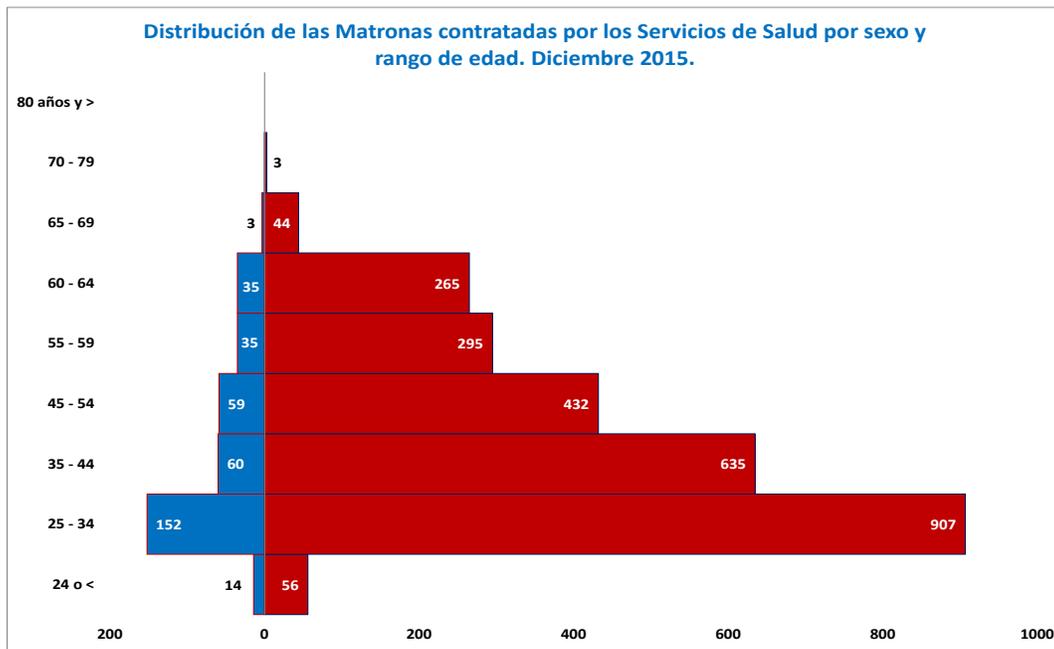


Gráfico 10

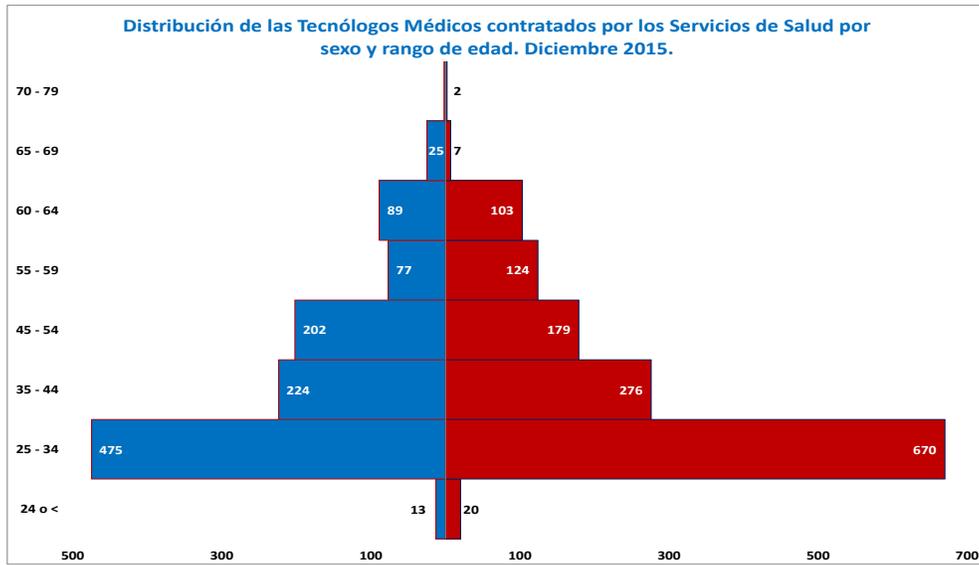


Gráfico 11

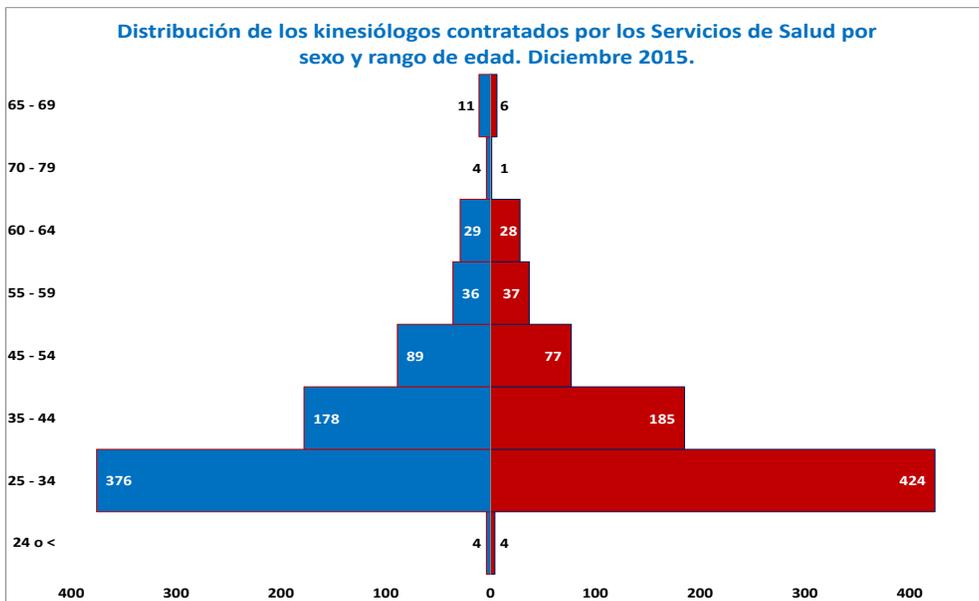


Gráfico 12

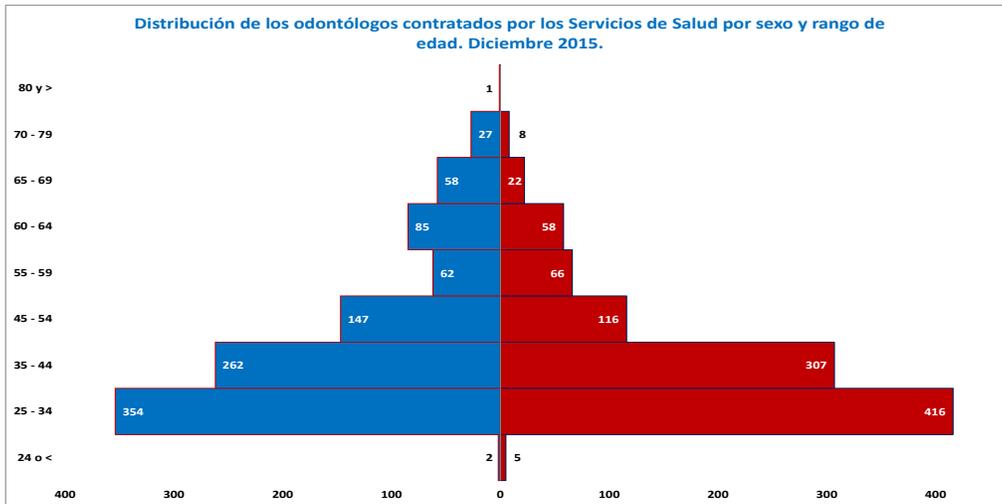


Gráfico 13

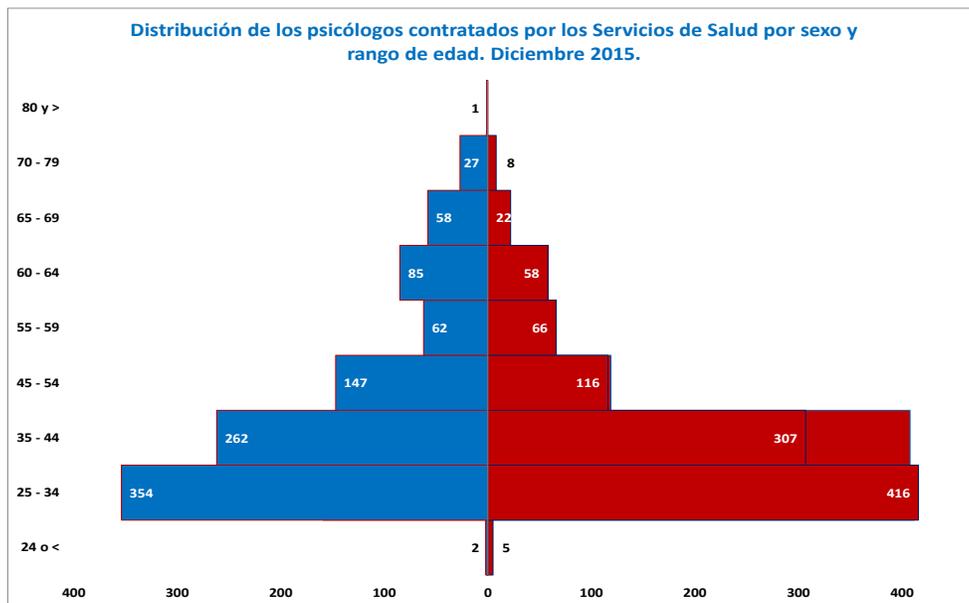
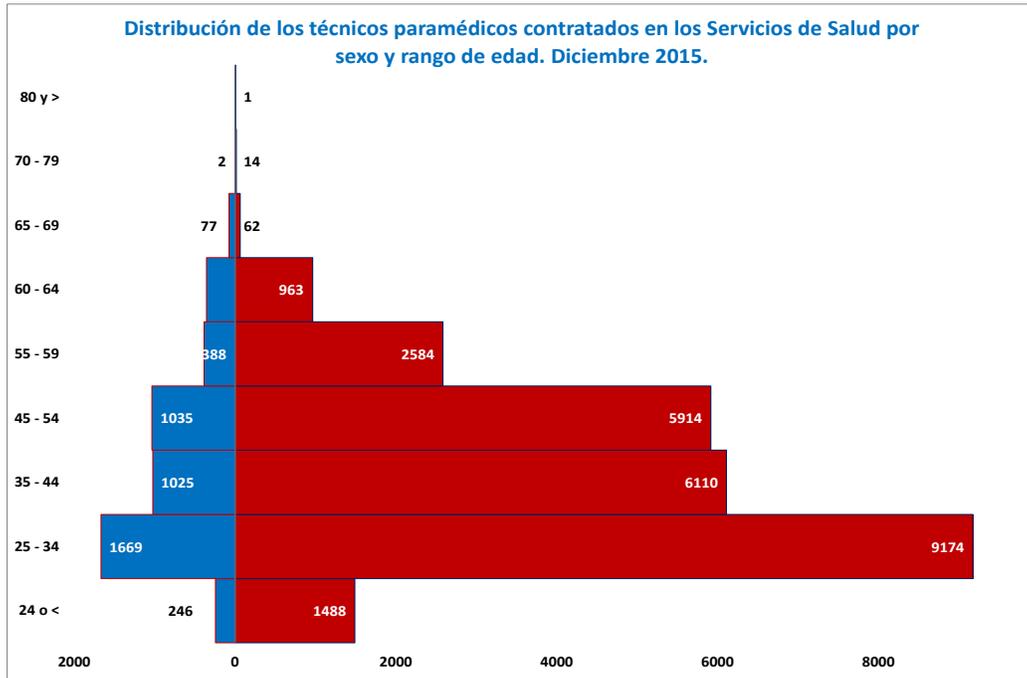


Gráfico 14



II – Actualización de Brechas de RHS en la Red Asistencial Pública

2.1.- Introducción metodológica

En este apartado se presenta un resumen de las metodologías disponibles y más utilizadas en los últimos años a nivel internacional para elaborar escenarios de proyección de oferta y demanda de prestaciones de salud y su traducción en requerimientos de personal sanitario. La planificación de mediano y largo plazo en RHS ha cobrado una creciente relevancia en los últimos 15 años en una gran cantidad de países, generando numerosas experiencias y la producción de documentos que relatan implementaciones, o comparan y evalúan tanto las metodologías como los resultados, desde el ángulo de dos criterios principales: 1) la capacidad de incorporar en forma permanente los instrumentos que un país elige en este ámbito, ello en razón de la complejidad que reviste este tipo de trabajo y del tiempo que requiere su implementación (costo/efectividad); 2) la potencialidad que ofrecen las metodologías vigentes para apoyar efectivamente el diseño, la discusión y las opciones de políticas de los Gobiernos en la provisión y distribución de un personal sanitario suficiente y competente que se ajuste a las necesidades de la población y sus evoluciones a mediano y largo plazo.

Los modelos de elaboración y proyección de demanda y oferta de RHS incluyen dos componentes: la modelización de la oferta de RHS y la modelización de la demanda; en cada componente se requiere introducir, en la medida de la información disponible en cada país, los principales factores que influyen sobre una y la otra. Esta categoría de instrumentos está destinada a fundamentar políticas nacionales de RHS y sustentar un diálogo sectorial e intersectorial con los actores relevantes y grupos de intereses que tienen influencia sobre el personal sanitario, su formación, composición, modalidades y opciones de trabajo.

La modelización de la oferta resulta ser la operación menos compleja, según lo reportado por diversas experiencias internacionales y nacionales¹⁹. Tiene que apoyarse sobre una modelización de los patrones de ingreso y egreso de los sistemas de salud, así como de la dinámica del sector formador, la atracción de las carreras de salud y los patrones de deserción de los estudiantes durante el periodo de educación, pudiendo variar alguno de los factores en juego en función de los mecanismos de regulación y la capacidad de influencia del sector salud sobre el sector educativo para orientar una adecuación de la oferta a las necesidades de salud del país.

¹⁹ Respecto de los países andinos, se dispone de los resultados de la consultoría multipaís financiada por el Organismo Andino de Salud: "Sistematización de las experiencias en el diseño, implementación y monitoreo de estrategias y planes de reducción de brechas de Recursos Humanos en Salud. ORAS. Países andinos: Informe de marzo 2016.

En cuanto a los países de la OCDE dos publicaciones comparan metodologías de planificación y políticas de RHS respectivamente: 1) OECD. Health Workforce Planning. Review of 26 projection models from 18 countries. 2013. 2) OECD. Health Workforce policies: right jobs, right skills, right places. 2016.



La modelización de la demanda para su proyección a mediano y largo plazo es compleja por el gran número de factores que su evolución conlleva. Actualmente, se trabaja principalmente a partir de 3 metodologías:

- 1- La carga de enfermedad de la población y su proyección a mediano y largo plazo, a la que se asocia un modelo de atención, opciones sobre composición de los equipos de salud y su utilización para resolver los problemas, y una estandarización de las prestaciones en secuencias, tecnología, composición y tiempos de realización.
- 2- La metodología de las tasas de uso de las prestaciones de salud por la población, basada en la demanda expresada según edad y sexo y efectivamente atendida por un conjunto de profesionales en cantidad, composición y horas dedicadas. La proyección de las tasas de uso en función de las proyecciones demográficas permite medir el impacto de los cambios en la composición de la población sobre el volumen de la demanda de atención. Varios países suman a la demanda expresada y atendida una estimación de la demanda no satisfecha o sub atendida, utilizando por ejemplo la información de las listas de espera.
- 3- La metodología de las densidades de RHS por población comparadas a una referencia interna o externa, o a una recomendación basada en evidencias internacionales. Es de fácil uso por su bajo requerimiento en información y permite analizar comparativamente la distribución territorial y la cobertura en personal de salud.

Con los dos primeros métodos se puede omitir ciertos factores, o al contrario introducir hipótesis sobre futuros cambios en patrones de problemas de salud, tecnología de cuidados o atención, así como en la configuración de los profesionales y técnicos de salud y sus ámbitos de acción.

Además de las metodologías de proyección de mediano y largo plazo de oferta y demanda de RHS, se usan, en forma puntual o más permanente, herramientas que permiten estimar el personal necesario para una nueva unidad clínica, nuevo hospital o centro asistencial, en función de la infraestructura, equipamiento, población a cargo, cartera de prestaciones y previsión del volumen de actividades, aplicando un modelo de gestión y estándares de funcionamiento y rendimiento. La unidad de aplicación son los servicios clínicos, de apoyo y administrativos que componen un establecimiento. Tal es el caso de la metodología de los estudios de RHS preinversionales utilizada por el Ministerio de Salud con los hospitales que forman parte de la cartera de inversión del programa de gobierno, que tiene una larga trayectoria de aplicación en el país.



A continuación se presentarán dos líneas de trabajo Ministeriales sobre la política de reducción de brechas de RHS:

- el plan de formación y retención de médicos generales y especialistas en el SNSS 2014-2018 y sus avances (Párrafo 2-2).
- la actualización a diciembre 2015 de la estimación de brechas de personal sanitario relacionada a la cartera de inversión hospitalaria cuya superación que responden a una programación específica en cada establecimiento en función del desarrollo de las obras (Párrafo 2-3).

Adicionalmente, los resultados de la aplicación de un método estimación de brechas en base a densidades por población se incluirán respecto de los profesionales nucleares en la red asistencial pública, y de los técnicos paramédicos de la ley 18.834 de los servicios de salud (Párrafo 2-4).

2.2 - Plan de formación de especialistas en el SNSS y contribución a reducción de brechas.

En Octubre de 2014 se estimó que faltaban 3.795 especialistas, distribuidos por Servicios de Salud y especialidad. A continuación, se revisa la contribución del Plan de Formación de Especialistas iniciado en el año 2015 al cierre de la brecha que existe actualmente en los establecimientos del SNSS a lo largo del país, mediante la estrategia del Período Asistencial Obligatorio que deben cumplir los profesionales que concluyen su formación. Para estimar la brecha a marzo 2016, junto con considerar el aumento en la disponibilidad de horas médicas, hay que revisar los factores que están impactando en la disminución de horas médicas, lo que permite estimar una brecha actualizada para cada año en función de los datos iniciales.

Para la construcción de la brecha actualizada se consideró la disminución de médicos producto del plan de incentivo al retiro, así como la necesidad de más horas médicas que genera la cartera de inversiones para el período. Como detallan las tablas 16 y 17, en 2015 se incorporaron 445 médicos especialistas al sector público y otros 659 lo harán a partir del 1° de abril del presente año, en la modalidad denominada Período Asistencial Obligatorio (PAO), correspondiente a la devolución pos beca que establecen las normas que regulan la formación de especialistas en salud.



Tabla 16: Número de médicos en PAO, especialidades primarias. 2015 y 2016

ESPECIALIDAD PRIMARIA	Cargos	
	2015	2016
Anatomía patológica	5	9
Anestesiología y reanimación	40	60
Cirugía general	30	45
Cirugía pediátrica	3	4
Dermatología	3	9
Gastroenterología	1	-
Genética	-	-
Inmunología	-	-
Laboratorio clínico	2	-
Medicina de urgencia	29	43
Medicina familiar	15	16
Medicina familiar del niño	2	-
Medicina física y rehabilitación	2	5
Medicina intensiva adulto	-	-
Medicina intensiva pediátrica	1	-
Medicina interna	76	123
Medicina nuclear	2	1
Neurocirugía	6	5
Neurocirugía vascular	1	-
Neurología adultos	10	12
Neurología pediátrica	12	8
Obstetricia y ginecología	27	30
Oftalmología	4	8
Otorrinolaringología	4	7
Pediatría	44	78
Psiquiatría adultos	24	41
Psiquiatría forense	-	1
Psiquiatría infantil y de la adolescencia	11	14
Radiología e imagenología	16	23
Radioterapia oncológica	-	5
Salud pública	3	2
Traumatología y ortopedia	16	20
Traumatología y ortopedia infantil	1	2
Urología	7	6
Urología pediátrica	-	1
Total	397	578

Tabla 17: Número de médicos en PAO, especialidades derivadas. 2015 y 2016

ESPECIALIDAD DERIVADA	Cargos	
	2015	2016
Broncopulmonar	1	-
Cardiología adulto	4	8
Cardiología infantil	-	1
cardiología pediátrica	2	-
Cateterismo cardiaco y cardiología intervenciones	-	-
Cirugía artroscópica y reconstructiva	2	1
Cirugía cardiovascular	2	2
Cirugía de cabeza, cuello y maxilofacial	-	2
Cirugía de mano y microcirugía	-	-
Cirugía de tórax	1	-
Cirugía digestiva	2	2
Cirugía endoscópica	-	1
Cirugía oncológica	3	-
Cirugía ortognática	-	1
Cirugía plástica y reparación	1	-
Cirugía urológica laparoscópica	-	-
Cirugía vascular	-	-
Cirugía vascular periférica	1	3
Cirugía vitrorretinal	-	-
Coloproctología	2	-
Diabetes adulto	1	-
Electrocardiografía del adulto	-	1
Endocrinología	1	5
Endocrinología pediátrica	-	-
Endoscopia diagnóstica y terapéutica	-	-
Endoscopia terapéutica	-	1
Enfermedades respiratorias	3	2
Enfermedades respiratorias pediátricas	-	1
Epilepsia y electroencefalografía	-	-
Fellowship endourología y laparoscopia	-	-
Fulguración de fibrilación auricular y arritmias ventriculares complejas	1	-
Gastroenterología	-	5
Gastroenterología pediátrica	-	1
Geriatría	-	3
Ginecología oncológica	-	2
Glaucoma	-	-
Hematología	4	3
Hematología oncológica pediátrica	1	2
Hombro y codo	-	1
Infectología	2	3
Infectología microbiología	-	-

ESPECIALIDAD DERIVADA	Cargos	
	2015	2016
Infectología pediátrica	-	1
Infertilidad y endocrinología de la reproducción	-	1
Inmunología clínica y reumatológica	-	1
Medicina intensiva adulto	-	2
Medicina intensiva pediátrica	-	3
Medicina materno fetal	-	1
Nefrología	2	3
Nefrología infantil	1	
Nefrología pediátrica	2	1
Neonatología	3	4
Neumología pediátrica	0	0
Oculoplástica orbita y vía lagrimal	0	1
Oncología medica	3	4
Patología quirúrgica de rodilla	-	1
Perfeccionamiento de mano, muñeca y microcirugía	-	1
Retina médica y quirúrgica	2	1
Reumatología	1	5
Total general	48	81

Por otra parte, debe considerarse que durante 2015 se acogieron a retiro 237 profesionales especialistas, en la distribución que detalla la Tabla 18, lo cual contribuye a la disminución en la disponibilidad de horas médicas.

Tabla 18: Médicos acogidos a retiro 2015

Especialidades	Nº	Especialidades	Nº
ANATOMIA PATOLOGICA	0	MEDICINA DE FAMILIA	1
ANESTESIOLOGIA	6	MEDICINA DE URGENCIA	2
CARDIOLOGIA	8	MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	3
CIRUGIA CABEZA Y CUELLO	1	MEDICINA INTENSIVA	3
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	2	MEDICINA INTENSIVA PEDIATRICA	0
CIRUGIA DE TORAX	2	MEDICINA INTERNA	12
CIRUGIA DIGESTIVA	0	MEDICINA MATERNO FETAL	0
CIRUGIA GENERAL	33	MEDICINA NUCLEAR	1
CIRUGIA PEDIATRICA	12	MEDICINA REPRODUCTIVA E INFERTILIDAD	0
CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	2	MICROBIOLOGIA	0
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	2	NEFROLOGIA	1
COLOCPROTOLOGIA	0	NEFROLOGIA PEDIATRICA	0
DERMATOLOGIA	1	NEONATOLOGIA	12
ENDOCRINOLOGIA	4	NEUROCIRUGIA	3
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL ADULTO	5	NEUROLOGIA ADULTO	1
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PEDIÁTRICAS	3	NEUROLOGIA PEDIATRICA	5
GASTROENTEROLOGIA	5	NUTRICION Y DIABETES	4
GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	0	OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	25

Especialidades	Nº	Especialidades	Nº
GENETICA CLINICA	0	OFTALMOLOGIA	4
GERIATRIA	0	ONCOLOGIA MEDICA	2
GINECOLOGIA ONCOLOGICA	0	OTORRINOLARINGOLOGIA	4
HEMATO ONCOLOGIA PEDIATRICA	1	PEDIATRIA	24
HEMATOLOGIA	8	PSIQUIATRIA ADULTO	8
HEMODYNAMIA	0	PSIQUIATRIA INFANTIL	2
IMAGENOLOGÍA	5	REUMATOLOGIA	2
INFECTOLOGIA	1	SALUD PUBLICA	1
INMUNOLOGIA	0	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	9
LABORATORIO CLINICO	2	UROLOGIA	5
		TOTAL GENERAL	237

Este dato corresponde al 92% de los médicos en edad de retirarse en el año 2015. En los próximos años es posible que se aumenten los retiros, dado que las cohortes de edad se mantienen en el tiempo y existirán nuevos plazos de incentivo al retiro en condiciones equivalentes.

Finalmente, de acuerdo al proceso iniciado con la nueva infraestructura y una mayor tecnología diagnóstica y terapéutica, hay una creciente necesidad de cargos asociada a la cartera de inversión sectorial. Este cambio, supone el aumento de la necesidad de médicos, modificando las condiciones al momento de la estimación 2014. De acuerdo a lo establecido en la programación de proyectos de inversión, en 2015 se requirieron de 91 especialistas adicionales al año anterior para la puesta en marcha de nuevos establecimientos.

Considerando los factores ya referidos, la brecha nominal de especialistas a marzo de 2016 es la que se muestra en la siguiente Tabla siguiente:

Tabla 19: Brecha de especialistas marzo 2016, según especialidad

Nº Especialidad	brecha marzo 2016	
	Nº	%
MEDICINA INTERNA	345	9,6
CIRUGIA GENERAL	285	7,9
ANESTESIOLOGIA	262	7,3
MEDICINA DE FAMILIA	224	6,2
MEDICINA INTENSIVA	224	6,2
PEDIATRIA	151	4,2
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	150	4,2
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	138	3,8
IMAGENOLOGÍA	119	3,3
OFTALMOLOGIA	102	2,8
PSIQUIATRIA ADULTO	95	2,6
CARDIOLOGIA	93	2,6
NEUROLOGIA ADULTO	91	2,5
NEONATOLOGIA	87	2,4
GASTROENTEROLOGIA	77	2,1
MEDICINA DE URGENCIA	75	2,1

Nº Especialidad	brecha marzo 2016	
	Nº	%
OTORRINOLARINGOLOGIA	75	2,1
UROLOGIA	69	1,9
ENDOCRINOLOGIA	67	1,9
CIRUGIA PEDIATRICA	64	1,8
DERMATOLOGIA	61	1,7
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	60	1,7
NEFROLOGIA	56	1,6
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	55	1,5
NEUROCIRUGIA	54	1,5
PSIQUIATRIA INFANTIL	53	1,5
ANATOMIA PATOLOGICA	49	1,4
GERIATRIA	39	1,1
NUTRICION Y DIABETES	37	1,0
HEMATOLOGIA	35	1,0
INFECTOLOGIA	31	0,9
CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	30	0,8
REUMATOLOGIA	29	0,8
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL ADULTO	24	0,7
ONCOLOGIA MEDICA	22	0,6
CIRUGIA DE TORAX	20	0,6
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PEDIÁTRICAS	14	0,4
NEUROLOGIA PEDIATRICA	14	0,4
CIRUGIA DIGESTIVA	13	0,4
MEDICINA INTENSIVA PEDIATRICA	13	0,4
CIRUGIA CABEZA Y CUELLO	10	0,3
LABORATORIO CLINICO	8	0,2
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	7	0,2
COLOCPROTOLOGIA	7	0,2
HEMATO ONCOLOGIA PEDIATRICA	7	0,2
MEDICINA MATERNO FETAL	7	0,2
GINECOLOGIA ONCOLOGICA	6	0,2
MEDICINA REPRODUCTIVA E INFERTILIDAD	6	0,2
SALUD PUBLICA	6	0,2
GENETICA CLINICA	5	0,1
HEMODINAMIA	5	0,1
GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	4	0,1
MICROBIOLOGIA	4	0,1
NEFROLOGIA PEDIATRICA	4	0,1
INMUNOLOGIA	3	0,1
MEDICINA NUCLEAR	3	0,1
TOTAL GENERAL	3.594	100,0

Estos déficits representan una disminución del 6% en relación con la brecha observada en Octubre de 2014. Los avances más significativos han ocurrido a la fecha en neurología pediátrica, medicina de urgencia, pediatría, cirugía cardiovascular y coloproctología. Cabe recalcar que el 1º de abril de 2016 se incorporarán 659 nuevos especialistas, tal como detalla las tablas 16 y 17, lo cual disminuiría incluso más la brecha para el primer año del Plan de Formación, llegando a un número nominal de 2.935 especialistas, sin embargo, la dinámica del año permitirá actualizar los datos dado que no se conoce por ahora la magnitud efectiva de la puesta en marcha de los nuevos establecimientos y el efecto neto de los retiros, situación que se irá actualizando en el transcurso del año.

2.3 – Actualización de la Brechas de la cartera de inversión hospitalaria

La Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL, a través de la División de Gestión y Desarrollo de Personas, tiene la misión de mejorar la disponibilidad, distribución y competencias del personal sanitario, mediante la evaluación de RR.HH. en establecimientos asistenciales, con el fin de garantizar, acorde a su nivel de resolutivez, calidad y equidad en el acceso a la salud de la población usuaria.

Desde la perspectiva de la planificación de los recursos humanos se define como línea de trabajo el cierre y/o superación de brecha de RR.HH. en establecimientos que se encuentran dentro de la cartera de inversiones hospitalarias, aspecto que es abordado, en atención a los desafíos sanitarios trazados para la década 2011 -2020, en la Estrategia Nacional de Salud, la que define como eje estratégico el fortalecimiento del Sistema Sanitario, cuya meta de impacto en el ámbito de los recursos humanos es mejorar la gestión del personal de salud; siendo uno de los resultados esperados contar con dotaciones adecuadas de personal en el sector.

En evidencia de lo expuesto, en la determinación de recursos humanos parte de los insumos considerados es el análisis del Modelo de Red Asistencial, Modelo de Gestión y Cartera de Prestaciones, Infraestructura, Equipamiento y Producción; tanto en la etapa de prefactibilidad de los proyectos como un año antes de la entrada en operaciones de los respectivos establecimientos.

Asimismo, como parte de la planificación del recurso humano, se contempla una programación del cierre de brechas de carácter progresivo, conforme al nivel de complejidad y fecha de entrada en operaciones de los establecimientos de salud, en atención a diferentes factores que influyen en la necesidad de avanzar paulatinamente, tanto desde la disponibilidad en el mercado de recursos humanos capacitado; la capacidad del Sector Formador; el contexto económico y presupuestario.

Conforme a lo señalado, se logra contextualizar y concluir las siguientes brechas de RR.HH. asociadas a la cartera de inversiones en cada Servicio de Salud, cuyos resultados estarán sujetos al dinamismo propio de la cartera de proyectos y a la programación de cierre de brechas establecido. (Tabla N° 20).



Tabla 20²⁰—Actualización a diciembre 2015 de las brechas de RHS relacionadas con la cartera de inversión hospitalaria en número de cargos equivalentes 44 horas por ley y estamento.

Servicio de Salud	Ley 19664	Ley 15076	Profesionales	Técnicos	Administrativos	Auxiliares	Total Brechas
Arica (*)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Iquique	39,25	48,00	175,00	285,00	62,00	93,00	702,25
Antofagasta	55,75	0,00	207,00	228,00	52,00	-2,00	540,75
Atacama	3,00	0,00	26,00	37,00	3,00	12,00	81,00
Coquimbo	41,75	6,00	95,00	81,00	42,00	28,00	293,75
Aconcagua (**)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Viña del Mar Quillota	195,50	197,00	640,00	868,00	105,00	185,00	2.190,50
Valparaíso - San Antonio	43,50	21,00	169,00	145,00	15,00	45,00	438,50
O'Higgins	30,75	30,00	142,50	166,00	33,00	63,00	465,25
Maule	190,50	166,00	608,00	708,00	87,50	50,00	1.810,00
Ñuble	52,00	84,00	209,00	206,00	13,00	41,00	605,00
Talcahuano	32,50	76,00	207,00	233,00	38,00	13,00	599,50
Concepción	29,00	77,00	201,00	142,00	26,00	23,00	498,00
Bio Bio	8,00	6,00	35,00	40,00	5,00	19,00	113,00
Arauco	7,00	12,00	97,50	104,00	21,00	15,00	256,50
Araucanía Norte	35,50	36,00	166,50	208,00	26,00	71,00	543,00
Araucanía Sur	93,00	36,00	320,50	425,50	78,00	119,00	1.072,00
Valdivia	50,00	53,00	283,00	254,00	74,00	97,00	811,00
Osorno	3,50	0,00	23,00	12,00	3,00	6,00	47,50
Reloncaví	1,50	12,00	104,00	88,00	38,00	43,00	286,50
Chiloé	19,75	24,00	154,00	166,00	27,00	53,00	443,75
Aysén	9,25	0,00	55,00	53,00	16,00	41,00	174,25
Magallanes	10,00	6,00	47,00	49,00	17,00	28,00	157,00
M. Norte	122,00	128,00	463,00	664,00	115,00	189,00	1.681,00
M. Central	11,00	22,00	69,00	105,00	36,00	71,00	314,00
M. Occidente	87,25	146,00	387,00	446,00	49,00	30,00	1.145,25
M. Oriente	61,75	42,00	180,00	-15,00	5,00	-10,00	263,75
M. Sur	182,25	195,00	579,00	639,00	84,00	67,00	1.746,25
M. Sur Oriente	289,25	249,00	906,00	1.044,00	274,00	148,00	2.910,25
	1.704,50	1.672,00	6.549,00	7.381,50	1.344,50	1.538,00	20.189,50

(*) Servicio de Salud Arica no cuenta con proyectos en la Cartera de Inversiones Hospitalarias.

(**) Acorde al estado de avance de los proyectos en el Servicio de Salud Aconcagua, al mes de diciembre de 2015 se han cerrado las brechas detectadas.

²⁰ Fuente: tablas 20 y 21: procesamiento propio, Dpto. de Planificación y Control de Gestión de RHS. DIGEDEP.

Conforme a los criterios de progresividad del cierre de brechas en atención a la planificación de su programación dada tanto por el nivel de complejidad como la fechas de entrada en operaciones de los establecimientos, se indica a continuación el avance actual en la reducción de brechas de RR.HH. en los proyectos que se encuentran en cartera de inversiones en cada Servicio de Salud (tabla N° 21).

Tabla 21 – Reducción de brechas en los hospitales de la cartera de inversión en número de cargos por ley y estamento

Servicio de Salud	Ley 19664	Ley 15076	Profesionales	Técnicos	Administrativos	Auxiliares	Total Brechas
Arica (*)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Iquique	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Antofagasta	26,00	51,00	148,00	155,00	27,00	26,00	433,00
Atacama	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Coquimbo	1,00	0,00	15,00	8,00	1,00	0,00	25,00
Aconcagua	8,50	0,00	42,00	56,00	0,00	16,00	122,50
Viña del Mar Quillota	0,00	12,00	80,00	45,00	0,00	27,00	164,00
Valparaíso - San Antonio	0,50	1,00	4,00	6,00	1,00	0,00	12,50
O'Higgins	46,00	66,00	181,00	77,00	47,00	31,00	448,00
Maule	59,00	66,00	260,00	182,00	36,00	46,00	649,00
Ñuble	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Talcahuano	2,00	0,00	27,00	22,00	13,00	1,00	65,00
Concepción	8,00	12,00	47,00	61,00	11,00	28,00	167,00
Bio Bio	56,00	34,00	78,00	80,00	20,00	38,00	306,00
Arauco	15,00	0,00	41,00	42,00	22,00	5,00	125,00
Araucanía Norte	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Araucanía Sur	33,50	33,00	213,00	208,00	31,00	39,00	557,50
Valdivia	0,00	0,00	8,00	4,00	2,00	4,00	18,00
Osorno	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Reloncaví	125,00	48,00	223,00	284,00	32,00	76,00	788,00
Chiloé	4,00	6,00	15,00	20,00	5,00	8,00	58,00
Aysén	4,00	0,00	19,00	16,00	8,00	5,00	52,00
Magallanes	4,00	0,00	13,00	15,00	2,00	6,00	40,00
M. Norte	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
M. Central	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
M. Occidente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,00	8,00
M. Oriente	1,00	6,00	28,00	25,00	0,00	10,00	70,00
M. Sur	6,00	0,00	39,00	25,00	4,00	10,00	84,00
M. Sur Oriente	0,00	0,00	10,00	0,00	0,00	0,00	10,00
	399,50	335,00	1.491,00	1.331,00	262,00	384,00	4.202,50

(*)Servicio de Salud Arica no cuenta con proyectos en la Cartera de Inversiones Hospitalarias.

2.4 - Actualización de las brechas de personal sanitario nuclear y técnicos paramédicos.

2.4.1 – Brechas de profesionales nucleares en la Red Asistencial Pública

Tal como se señaló anteriormente, se ha logrado igualar o superar en la casi totalidad de la red asistencial pública la densidad mínima de 25 por 10.000 beneficiarios recomendada por la OPS en Médicos + Enfermeras + Matronas, sin embargo persisten diferencias territoriales.

Los estudios realizados por la Agencias Internacionales -OMS, OIT (Oficina Internacional del Trabajo) y Banco Mundial, entre otras- para fundamentar la Estrategia Mundial de RHS 2030, incluyen una estimación de la densidad de profesionales nucleares que se requeriría en todos los países para lograr tanto las metas sanitarias como los objetivos de desarrollo post 2015 definidos a nivel de la ONU. Se utilizó, entre otras, la metodología del benchmarking con países de ingresos medios altos que presentan buenos resultados en salud y baja inequidad en la distribución de ingresos y de acceso a prestaciones de salud y de servicios sociales de la población. El resultado es que se necesitaría alcanzar una densidad de 41 de profesionales nucleares por 10.000 habitantes²¹.

En lo antes señalado, se ha podido establecer que respecto del conjunto sector público y privado, Chile ha superado esta densidad, sin embargo no se alcanza este valor en la red asistencial pública.

En la tabla N° 22, se presenta una estimación de las brechas de Médicos + Enfermeras + Matronas por Servicio de Salud que se requeriría superar para conseguir una meta intermedia al 2020 de 30 profesionales nucleares por 10.000 beneficiarios en todas las redes asistenciales públicas, considerando una población beneficiaria de FONASA estable.

La brecha estimada en el conjunto de las redes asistenciales suma 5.979 jornadas equivalentes 44 horas semanales, sin perjuicio de que se requiere analizar con más profundidad la composición interna entre médicos, enfermeras y matronas.

²¹ Desde abril 2015, la OMS ha facilitado un esfuerzo coordinado inter agencias, y multi institucional para estimar la necesidad mundial de personal sanitario al 2030. El Anexo 1 del documento citado en referencia 1 refleja el estado de análisis a diciembre de 2015 y se finalizará para ser presentado en la Asamblea mundial de la Salud en mayo 2016.



Tabla 22 – Estimación de brechas de Médicos + Enfermeras + Matronas para alcanzar una densidad de 30 por 10.000 Beneficiarios de FONASA.²²

Servicio de Salud	Nº Total de profesionales nucleares SS + APS	Nº Total jornadas equivalentes 44 Hrs de profesionales nucleares SS + APS	Población Beneficiaria de FONASA al 31 de diciembre de 2013	Brecha en relación a 30 profesionales nucleares por 10.000 beneficiarios de FONASA (en nº Jornadas 44 hrs)
S.S. Aconcagua	620	576	215.967	-72
S.S. Antofagasta	1.127	1.043	376.336	-86
S.S. Araucanía Norte	559	549	176.382	0
S.S. Araucanía Sur	1.773	1.650	603.862	-161
S.S. Arauco	452	445	154.103	-17
S.S. Arica	552	522	178.720	-14
S.S. Atacama	633	601	233.063	-98
S.S. Aysén	402	412	78.367	0
S.S. Bio Bio	1.021	974	343.204	-56
S.S. Chiloé	575	572	148.062	0
S.S. Concepción	1.813	1.617	488.548	0
S.S. Coquimbo	1.506	1.375	588.633	-391
S.S. Del Reloncavi	1.100	1.018	325.416	0
S.S. Iquique	747	703	232.584	0
S.S. Magallanes	556	525	120.879	0
S.S. Maule	2.273	2.133	861.554	-452
S.S. Met. Central	1.882	1.642	722.137	-525
S.S. Met. Norte	1.800	1.556	654.997	-409
S.S. Met. Occidente	2.525	2.234	977.139	-698
S.S. Met. Oriente	2.438	1.992	593.623	0
S.S. Met. Sur	2.365	2.060	920.598	-702
S.S. Met. Sur Oriente	3.046	2.580	1.089.522	-689
S.S. Ñuble	1.176	1.108	407.058	-113
S.S. O'Higgins	1.539	1.415	718.991	-742
S.S. Osorno	657	602	206.997	-19
S.S. Talcahuano	1.059	958	298.591	0
S.S. Valdivia	1.027	943	316.872	-8
S.S. Valparaíso-San Antonio	1.265	1.112	411.240	-122
S.S. Viña del Mar-Quillota	1.974	1.714	773.549	-606
Total general	38.462	34.632	13.216.994	-5.979

²² Procesamiento propio DIGEDEP a partir de la base de dotación efectiva SIRH, de la base de desempeño difícil de la APS municipal (DIVAP) 2015, y de los datos demográficos de FONASA, 2013.

2.4.2 – Brechas de técnicos paramédicos de la ley 18.832 en los Servicios de Salud.

La densidad promedio de técnicos paramédicos de los Servicios de Salud a nivel nacional es de 24 por 10.000 beneficiarios de FONASA al 31 de diciembre de 2015.

La tabla N° 23 muestra que la diversidad de densidades observadas en esta categoría de funcionarios asistenciales entre servicios de salud se condice con las brechas de distribución territorial de los profesionales asistenciales mencionada en capítulos anteriores del informe, estableciéndose un déficit, en relación al promedio nacional, de 2.964, déficit concentrado en algunos servicios de salud.

Tabla 23 – Brechas de distribución de técnicos paramédicos en los Servicios de Salud en relación a la densidad promedio nacional por 10.000 beneficiarios de FONASA.

Servicio de Salud	Nº Total de técnicos paramédicos	Población beneficiaria de FONASA al 31 de diciembre 2013	Densidad de técnicos paramédicos por 10.000 beneficiarios de FONASA	Brecha en nº de técnicos paramédicos en relación a densidad promedio nacional
S.S. Aconcagua	759	215.967	35,14	0
S.S. Antofagasta	839	376.336	22,29	-64
S.S. Araucanía Norte	654	176.382	37,08	0
S.S. Araucanía Sur	1.554	603.862	25,73	0
S.S. Arauco	416	154.103	26,99	0
S.S. Arica	431	178.720	24,12	0
S.S. Atacama	575	233.063	24,67	0
S.S. Aysén	417	78.367	53,21	0
S.S. Bio Bio	964	343.204	28,09	0
S.S. Chiloé	431	148.062	29,11	0
S.S. Concepción	1.616	488.548	33,08	0
S.S. Coquimbo	1.329	588.633	22,58	-83
S.S. Del Reloncavi	1.010	325.416	31,04	0
S.S. Iquique	557	232.584	23,95	-1
S.S. Magallanes	465	120.879	38,47	0
S.S. Maule	1.992	861.554	23,12	-75
S.S. Met. Central	1.817	722.137	25,16	0
S.S. Met. Norte	1.258	654.997	19,21	-314
S.S. Met. Occidente	1.819	977.139	18,62	-525
S.S. Met. Oriente	1.629	593.623	27,44	0
S.S. Met. Sur	1.611	920.598	17,50	-598
S.S. Met. Sur Oriente	2.069	1.089.522	18,99	-545
S.S. Ñuble	1.002	407.058	24,62	0
S.S. O'Higgins	1.349	718.991	18,76	-376
S.S. Osorno	581	206.997	28,07	0
S.S. Talcahuano	782	298.591	26,19	0
S.S. Valdivia	951	316.872	30,01	0
S.S. Valparaíso-San Antonio	1.361	411.240	33,10	0
S.S. Viña del Mar-Quillota	1.473	773.549	19,04	-383
Total general	31.711	13.216.994	23,99	-2.964

Fuente: procesamiento propio a partir de la dotación efectiva SIRH diciembre 2015 y datos de FONASA diciembre 2013.

Cabe señalar que se requieren más estudios sobre los requerimientos de técnicos paramédicos, en base a factores tales como infraestructura, equipamiento, camas y rendimiento, entre otros, tales como se establecen en los estudios preinversionales de recursos humanos de la cartera de inversión hospitalaria.

III- Algunos elementos de contextualización de las estrategias de reducción de déficit de RHS en el sector público de salud

Teniendo en cuenta que, por las características propias del trabajo asistencial, el ítem correspondiente al personal sanitario representa una proporción importante del gasto total en salud, **cabe considerar algunos rasgos del financiamiento de la salud en Chile respecto de otros países comparables** que permiten explicar la situación de relativa escasez en las densidades personal sanitario calificado, particularmente en el sector público.

Además de lo anterior, **es relevante analizar la dinámica de la oferta de profesionales de salud de los centros formadores nacionales, sus tendencias y distribución geográfica**, para anticipar la posibilidad de contar en el corto y mediano plazo con el personal sanitario que requieren las redes asistenciales, incluyendo las necesidades de reemplazo que surgen de la rotación de los RHS.

Sobre el 1° punto, la publicación realizada por el Departamento de Economía de la Salud del Ministerio²³ y la consultación de fuentes internacionales indica que, si bien en Chile se observa un incremento del gasto total en salud en porcentaje del PIB desde 6.2 % en 2006 hasta 7.8 % estimado en 2014, la proporción de gasto público en el total es la más baja de los países de la OCDE: 46% versus el promedio OCDE de 73%. Países de América latina tales como Argentina con 67,7 % de gasto público, Costa Rica y Colombia con más de 75% y Uruguay con 70,2% muestran una estructura de financiamiento distinta a la de Chile. Otro aspecto relevante en cuanto al financiamiento del gasto en salud es el nivel porcentual del gasto de bolsillo (33% en 2013) que, en Chile se encuentra el más alto de la OCDE (promedio OCDE: 20%), con excepción de México (45%).

²³ - Boletines de Economía y Salud 2015. N° 2-9-17 y 2-9-8. Departamento de Economía de la Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.

- WHO-Global Health Observatory

- Plataforma de estadísticas en salud. OECD.stats.org.



Este componente del financiamiento del gasto de salud ha experimentado una disminución en proporción del gasto total en salud entre 2003 y 2013 pasando de 42% a 33%, sin embargo supera el de países vecinos tales como Uruguay, Argentina y Brasil con 17%, 21 % y 29,9% respectivamente.

Sobre el 2° punto, se resumen a continuación los principales resultados de un estudio realizado por esta Secretaría de Estado sobre la evolución de la matrícula y los titulados en carreras profesionales de salud en las Universidades Nacionales entre 2007 y 2015²⁴ (informe citado en introducción del presente documento), a partir del Servicio de Información de Educación Superior (SIES) del Ministerio de Educación.

En la tabla N° 24 y el gráfico N° 16 **se puede apreciar la evolución de la matrícula de 1° año entre 2007 y 2015 en las 12 principales carreras de salud** en 58 Universidades Nacionales y 6 Institutos profesionales²⁵.

Tabla 24 – Evolución de la Matrícula de primer año en Carreras Profesionales de la Salud entre 2007 y 2015

Profesión	Años									Total	% Crecimiento 2007-2015
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
BIOQUIMICA	328	307	338	346	338	363	322	338	400	3.080	22,0%
ENFERMERIA	4.177	5.971	7.665	8.851	9.374	9.560	8.201	7.724	7.428	68.951	77,8%
FONOAUDIOLOGIA	1.278	1.870	1.895	2.793	3.429	3.526	2.828	2.697	2.617	22.933	104,8%
KINESIOLOGIA	5.122	5.639	6.444	6.871	6.858	6.597	5.193	4.543	4.282	51.549	-16,4%
MEDICINA	1.802	1.929	1.983	1.945	2.068	1.988	1.984	2.029	2.061	17.789	14,4%
NUTRICION Y DIETETICA	2.113	2.535	2.872	3.464	3.774	4.054	3.513	3.483	3.504	29.312	65,8%
OBSTETRICIA	615	601	596	857	1.054	1.173	1.484	1.456	1.535	9.371	149,6%
ODONTOLOGIA	1.946	2.162	2.354	2.492	2.643	2.896	2.449	2.404	2.336	21.682	20,0%
PSICOLOGIA	4.861	5.064	5.200	5.750	6.350	6.564	6.226	6.588	7.344	53.947	51,1%
QUIMICA Y FARMACIA	687	729	766	796	759	766	815	909	940	7.167	36,8%
TECNOLOGIA MEDICA	1.439	1.601	1.636	1.797	2.028	2.336	2.330	2.288	2.426	17.881	68,6%
TERAPIA OCUPACIONAL	567	689	834	1.345	1.605	1.952	2.167	2.163	2.399	13.721	323,1%
Total general	24.935	29.069	32.583	37.307	40.280	41.775	37.512	36.622	37.272	317.355	49,5%

Considerando el conjunto de las profesiones, la matrícula de 1° año creció en un 49,5% entre 2007 y 2015, pasando de 24.935 a 37.272 estudiantes a nivel nacional. Las tasas más alta de crecimiento se observan en Terapia Ocupacional (+323%), Obstetricia (+149,6%), Fonoaudiología (+104%), Enfermería (77,8%), Tecnología Médica (68,1%) y Nutrición y Dietética (+65.8%).

²⁴ Se puede consultar el informe n° 8 citado en introducción del presente documento.

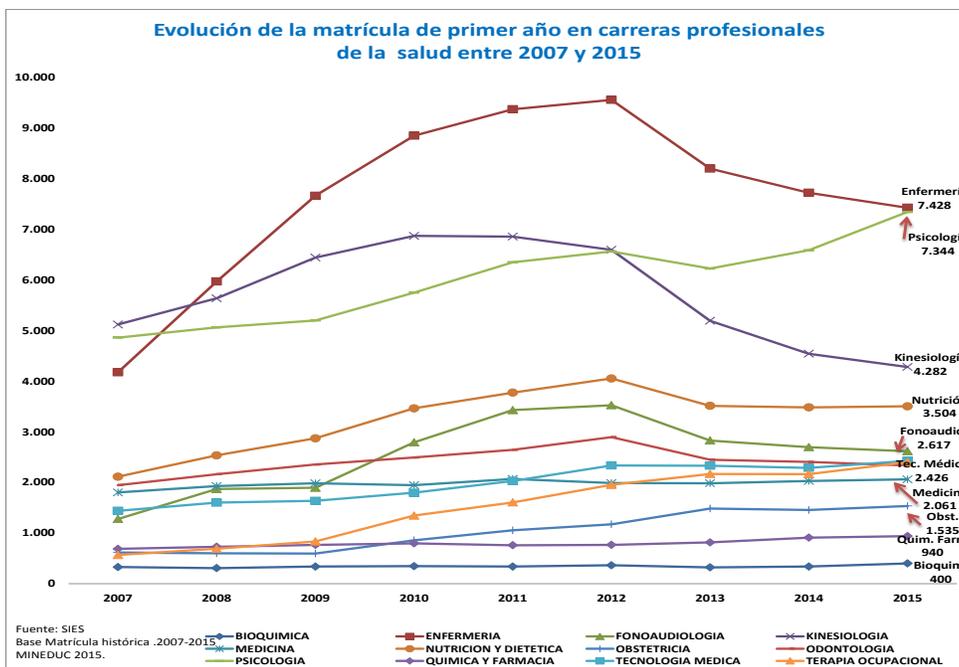
²⁵ Fuente de los datos presentados en este apartado: procesamiento propio de la DIGEPEP a partir de la base de matrícula histórica y el glosario del Servicio de Información de Educación Superior (SIES) MINEDUC. 26/08/2015.

En números absolutos, las formaciones de pregrado que congregan la mayor cantidad de estudiantes ingresando en 1º año en el período en análisis son las de Enfermería con más de 68.000, Psicología con 53.947 y Kinesiología con 51.549 respectivamente.

El gráfico nº 16 muestra un descenso de la matrícula de 1ª año a partir del año 2013 en Enfermería, Kinesiología, Nutrición, Fonoaudiología y Odontología. El mismo fenómeno se observa en Psicología pero limitado al año 2013, una nueva fase de crecimiento iniciándose en 2014 en esta profesión. Sumando los años 2014 y 2015 el ingreso de 1º año de estudiantes en el total de las profesiones en análisis, se redujo en 5.153 en comparación a 2012. Parte de esta rebaja (aproximadamente 37%) se puede atribuir la ausencia de matrícula en la Universidad del Mar desde 2013, que no ha sido compensada por un incremento de los ingresos de 1º año en otras Universidades o por el inicio de carreras de salud en nuevas universidades²⁶.

Sin perjuicio de lo anterior, la disminución de la matrícula de 1º año se ha mantenido hasta el año 2015 en Enfermería, Kinesiología y Fonoaudiología, mientras el ingreso de estudiantes al 1º año de Medicina se estabilizó a una cifra de 2000 aproximadamente desde el año 2009.

Gráfico 16



²⁶ En dicho establecimiento ingresaron en 1º año un promedio de 2000 estudiantes en el período 2008-2012, en todas las carreras profesionales, exceptuando Bioquímica, Química-Farmacia y Terapia Ocupacional.

La tabla N° 25 y el gráfico N° 17 que se insertan a continuación muestran la **evolución del número de titulados en las carreras profesionales de salud entre 2007 y 2014**²⁷ en las Universidades del país.

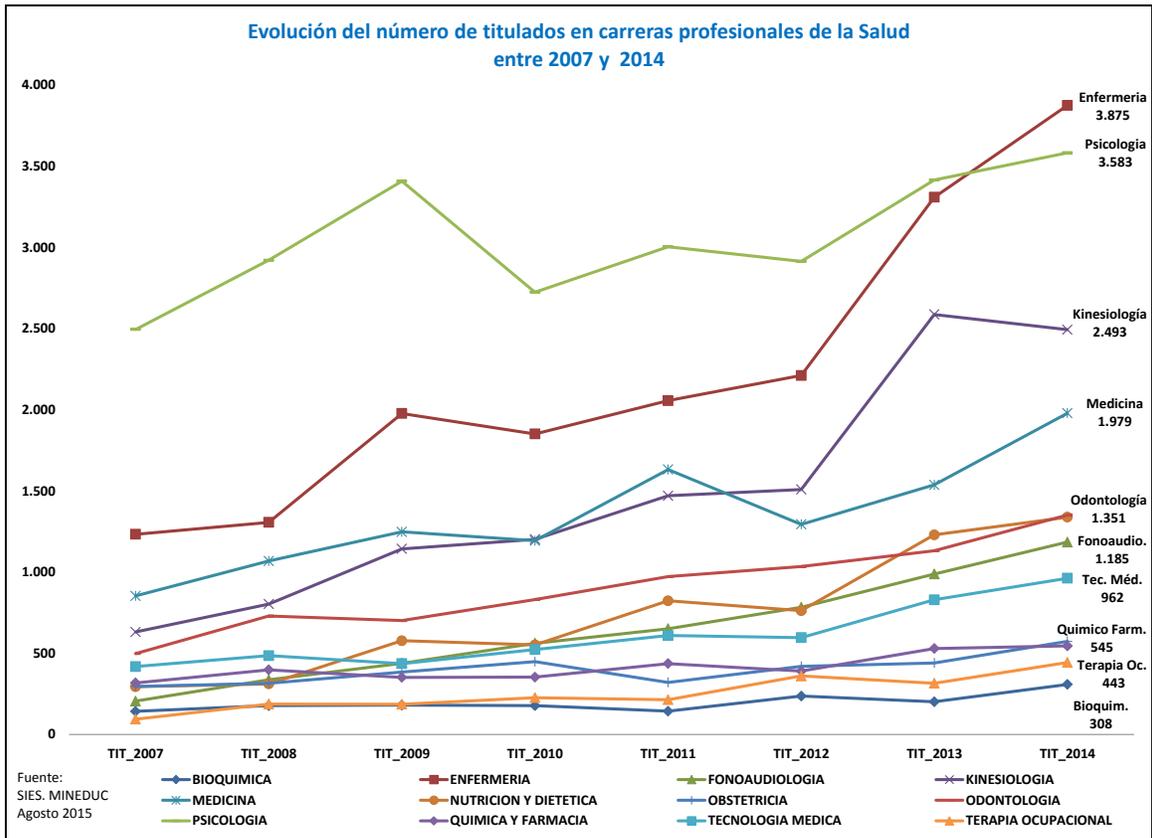
Tabla 25 – Evolución del número de titulados en carreras profesionales de la salud entre 2007 y 2014

Carrera	Años								Total 2007 2015	% Crecimiento 2007-2015
	TIT_2007	TIT_2008	TIT_2009	TIT_2010	TIT_2011	TIT_2012	TIT_2013	TIT_2014		
BIOQUIMICA	142	177	180	177	143	236	201	308	1.564	116,9%
ENFERMERIA	1.233	1.306	1.977	1.851	2.056	2.211	3.309	3.875	17.818	214,3%
FONOAUDIOLOGIA	205	337	438	561	651	783	988	1.185	5.148	478,0%
KINESIOLOGIA	631	803	1.143	1.202	1.470	1.509	2.587	2.493	11.838	295,1%
MEDICINA	853	1.068	1.248	1.193	1.632	1.294	1.537	1.979	10.804	132,0%
NUTRICION Y DIETETICA	294	311	577	551	823	762	1.229	1.338	5.885	355,1%
OBSTETRICIA	295	315	384	448	320	419	440	573	3.194	94,2%
ODONTOLOGIA	498	729	701	831	972	1.034	1.131	1.351	7.247	171,3%
PSICOLOGIA	2.495	2.921	3.408	2.724	3.004	2.914	3.415	3.583	24.464	43,6%
QUIMICA Y FARMACIA	317	398	351	353	436	390	529	545	3.319	71,9%
TECNOLOGIA MEDICA	418	485	436	523	609	596	829	962	4.858	130,1%
TERAPIA OCUPACIONAL	94	187	186	226	214	360	315	443	2.025	371,3%
Total	7.475	9.037	11.029	10.640	12.330	12.508	16.510	18.635	98.164	149,3%

En 7 años, el número de titulados de las 12 carreras de profesionales de salud pasó de un total de 7.475 a 18.635, lo que representa un crecimiento de +149,3 %, destacándose las profesiones de Fonoaudiología con un aumento de 478% (205 titulados en 2007 y 1.185 en 2014), Terapia Ocupacional con +371% (94 en 2007 y 443 en 2014), y Nutrición y Dietética con +355% (294 en 2007 y 1.338 en 2014).

²⁷ Último año disponible.

Gráfico 17



Tal como se puede constatar en la tabla N° 26, el rendimiento de la formación de los estudiantes que ingresan a las universidades es muy distinto de una carrera de salud a la otra. Sin bien no se dispone de un análisis sistemático de las cohortes de estudiantes, que, a partir del seguimiento de cada alumno desde el inicio hasta el término de la formación, permita calcular las tasas reales de titulación, se puede aproximar este indicador a través del cálculo del porcentaje de alumnos que se titulan en un año determinado respecto de la matrícula de 1º año correspondiente.



Tabla 26 -Tasas de titulación por Carrera Profesional²⁸, años 2012, 2013 y 2014

Profesión	Tasas de titulación promedio 2012-2014
MEDICO	93.7%
BIOQUIMICO	80.2%
MATRONA	79.0%
QUIMICO FARMACEUTICO	75.8%
PSICOLOGO	65.7%
FONOAUDIOLOGO	58.6%
ODONTOLOGO	54.4%
TERAPEUTA OCUPACIONAL	53.5%
TECNOLOGO MEDICO	51.0%
ENFERMERA	47.6%
NUTRICIONISTA	44.3%
KINESIOLOGO	38.3%

Los “rendimientos” más elevados se observan para los médicos, bioquímicos, matronas y químico farmacéuticos (76% y más). Los más bajos se encuentran en las carreras de kinesiólogo, nutricionista, enfermera y tecnólogo médico (menos de 51%).

La estabilidad de la matrícula de 1º de medicina constatada desde el año 2009 está compensada por una alta tasa de titulación, que permite proyectar que el país cuente con aproximadamente 2.000 nuevos médicos cirujanos al año hasta el 2020.

Entre 2007 y 2015, **se observa una leve tendencia a la diseminación regional de la capacidad formadora en las carreras de salud.** La regionalización de las entidades formadoras es un factor importante para la permanencia de los profesionales de salud en su región de origen, que condiciona en parte el mejoramiento de la distribución territorial del personal sanitario y por ende el acceso de la población a las prestaciones de salud.

²⁸ La tasa promedio de titulación de los Médicos ha sido calculada sobre los titulados 2012-2014 relacionados con la matrícula de 1º año 2005-2007.

La tabla N° 27 muestra que la carrera que tiene más presencia en regiones es la de Enfermería, la matrícula de 1° año fuera de las Vª, VIIIª y XIIIª regiones representando más de un tercio del total nacional.

**Tabla 27 – Distribución de la capacidad formadora por carrera profesional de salud y región.
Total Matrícula 1° año 2007-2015**

CARRERA	Regiones donde se imparte	% Matrícula 1° año en regiones (excluidas Metropolitana, Valparaíso y Bio Bio). Total período 2007-2015
BIOQUIMICA	Antofagasta, Valparaíso, Metropolitana, Bio Bio, Araucanía, Los Ríos	24,7%
ENFERMERIA	Todas	33,9%
FONOAUDIOLOGIA	Tarapacá, Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins, Maule, Bio Bio, Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Magallanes	29,4%
KINESIOLOGIA	Todas, excepto Aysén	33,9%
MEDICINA	Tarapacá, Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana, Maule, Bio Bio, Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Magallanes	28,7%
NUTRICION Y DIETETICA	Todas, excepto O'Higgins y Aysén	24,0%
OBSTETRICIA	Arica y Parinacota, Antofagasta, Atacama, Valparaíso, Metropolitana, Maule, Bio Bio, Araucanía, Los Ríos, Los Lagos	33,8%
ODONTOLOGIA	Tarapacá, Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana, Maule, Bio Bio, Araucanía, Los Ríos, Los Lagos	25,3%
PSICOLOGIA	Todas, excepto Aysén	32,4%
QUIMICA Y FARMACIA	Tarapacá, Antofagasta, Valparaíso, Metropolitana, Bio Bio, Los Ríos,	18,3%
TECNOLOGIA MEDICA	Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana, Maule, Bio Bio, Araucanía, Los Ríos, Los Lagos	31,6%
TERAPIA OCUPACIONAL	Todas excepto Atacama, Maule y Aysén	22,8%

En el gráfico N° 18, se observa que la contribución de regiones (fuera de la Vª, VIIIª y XIIIª) a la matrícula de 1° año creció de 29 % en 2007 a 33% en 2015.



Gráfico 18

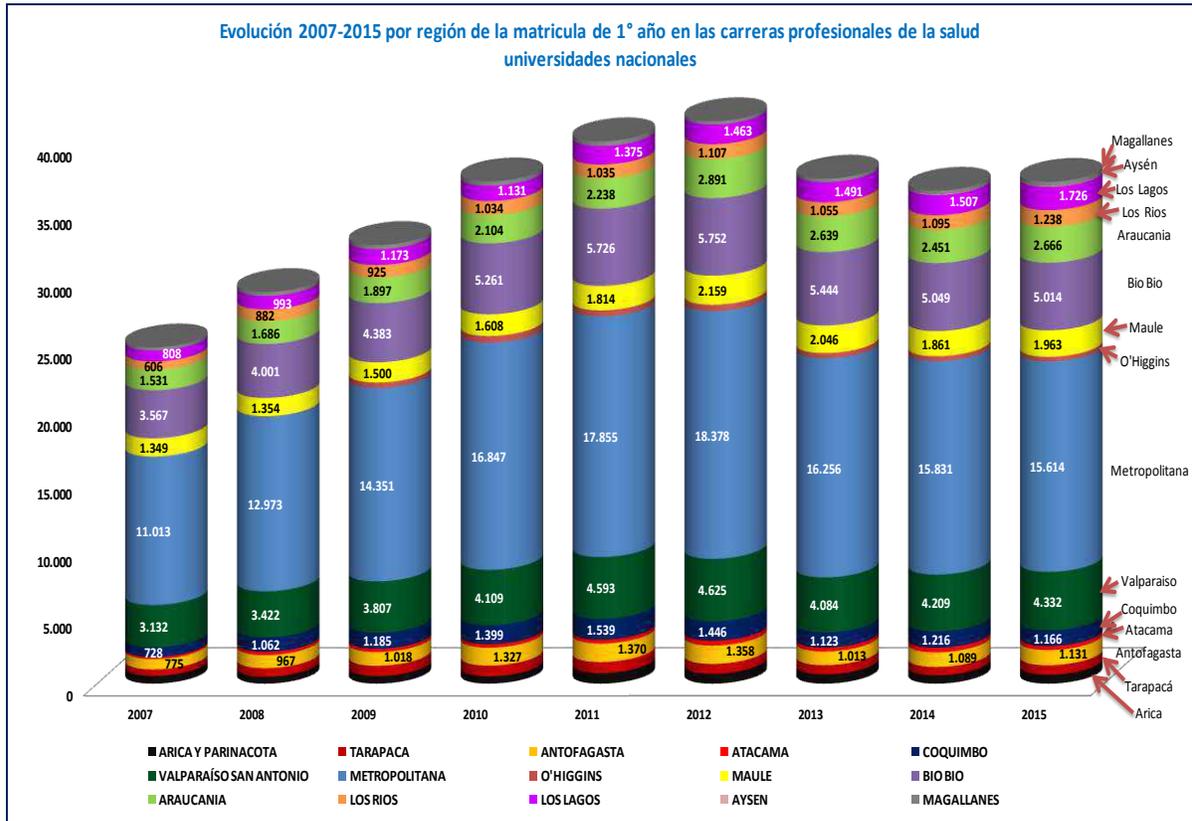


A su vez, el peso de la región metropolitana en la oferta nacional bajó de 44,2% en 2007 a 42% en 2015.

El gráfico nº 19 permite dimensionar en números absolutos la evolución de la oferta de formación en carreras profesionales de la salud entre regiones en el periodo en análisis.



Gráfico 19



No obstante lo comentado anteriormente, las regiones más extremas del norte del país, además de Magallanes siguen teniendo una oferta de formación limitada, lo que intensifica el desafío de reducir las brechas de dotación de recursos humanos existentes en los establecimientos de salud de estas regiones.



IV- Plan de trabajo para la instalación de un sistema de monitorización de brechas y elaboración de escenarios de mediano plazo de oferta y demanda de recursos humanos en el sector público de salud.

Se proponen dos estrategias para determinar las brechas de recursos humanos, principalmente de médicos especialistas:

1.- Corto plazo: Octubre de 2016. Realizar una actualización en la estimación de brechas de médicos especialistas basada en la construcción de escenarios de proyección de demanda y oferta de prestaciones especializadas, utilizando en la 2° metodología de estimación de demanda mencionada anteriormente (párrafo 2-1) y en un modelo de flujos de entradas y salidas de los profesionales de los hospitales, que incluya los patrones de retiro y considere la evolución de los egresos del plan gubernamental de formación de especialistas:

- proyección a 5 y 10 años de las tendencias en las tasas de uso por la población beneficiaria de FONASA, desagregada por sexo y edad, de las atenciones médicas especializadas - consultas, intervenciones quirúrgicas, egresos hospitalarios, procedimientos-. con la incorporación de la demanda no satisfecha utilizando la información de las listas de espera.
- proyección de la oferta de médicos especialistas a partir de los flujos de ingresos y egresos de los hospitales y la formación de especialistas; de un conjunto de hipótesis sobre el impacto posible a mediano plazo de las estrategias de incentivos económicos y no económicos; y de la retención de los profesionales en el sector público.



2.- Mediano plazo: Marzo de 2018. Instalar un sistema informatizado de monitorización de necesidades de RHS y escenarios de oferta y demanda/necesidades de mediano y largo plazo, que permita a la Autoridad de Salud:

- tomar decisiones de política basadas en evidencias y consenso con expertos y actores claves de salud y educación (comenzando por los Médicos Especialistas para el sector público).
- contar con actualizaciones periódicas de los escenarios en función de la dinámica oferta/demanda de RHS y de los cambios en factores relevantes: demografía y epidemiología de la población, inversiones en infraestructura hospitalaria, situación económica general del país, reformas, tecnología de las prestaciones de salud, modelos de atención y gestión, políticas de RHS etc.
- simular los efectos posibles de distintas alternativas de políticas.
- monitorear los efectos de la implementación de dichas políticas.

En el sistema enunciado, la estimación de necesidades descansará en la incorporación de las características demográficas y epidemiológicas de la población y su evolución predecible de mediano a largo plazo, considerando entre otros la carga de enfermedad; la atribución de las prestaciones a los especialistas (áreas de incumbencias, modelo de atención y conjunto de hipótesis sobre la resolutivez del primer nivel de atención); la modelización y estandarización de las prestaciones de salud en sus contenidos y tiempos de ejecución, basada en guías clínicas, juicio de expertos y experiencias anteriores del Ministerio de Salud²⁹.

²⁹ Modelos y metodologías construidas en 2008-2009 en el marco del Convenio Gobierno de Chile-Banco Mundial y experimentados en algunas especialidades médicas en 2010.



ANEXO 1 – Distribución por rango de edad y sexo de los médicos especialistas de las leyes 19.664 y 15.076 contratados en los servicios de salud al 31 de diciembre 2015, en algunas especialidades

Gráfico A

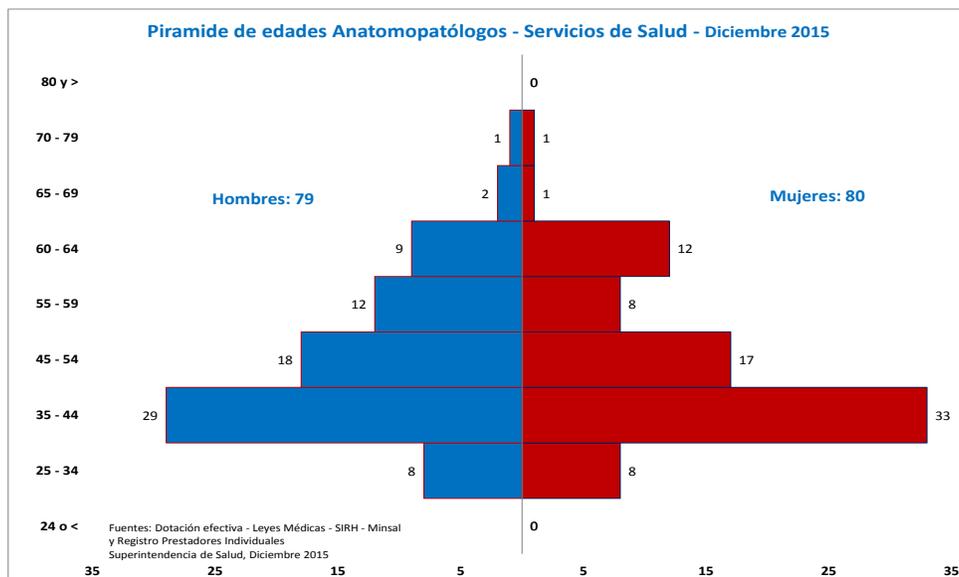


Gráfico B

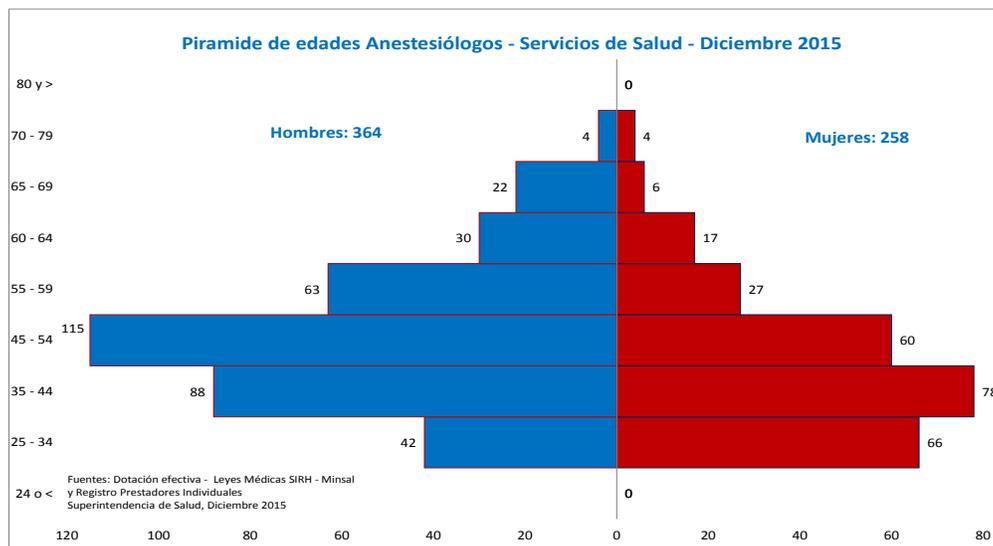


Gráfico C

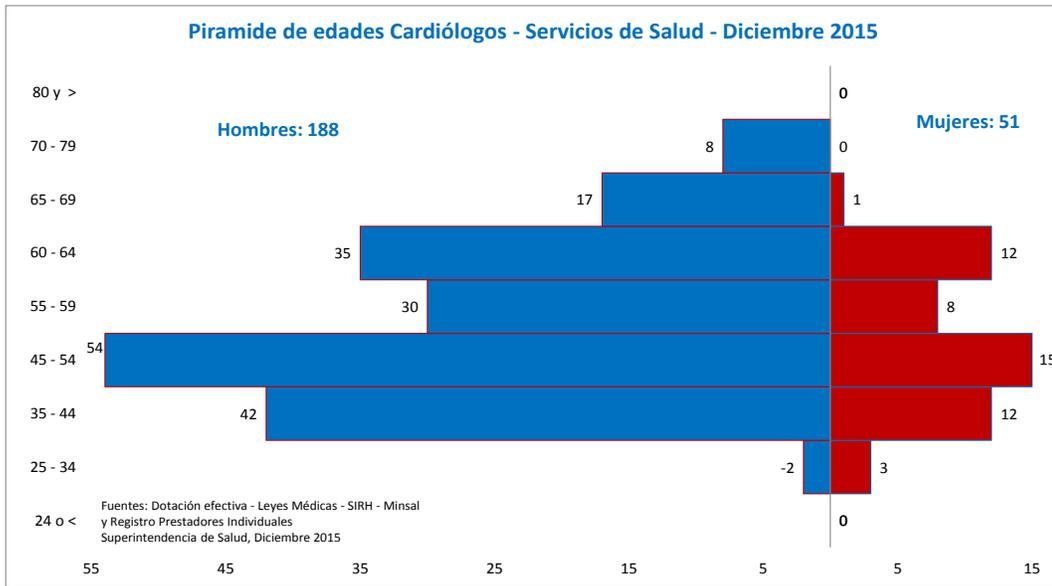


Gráfico D

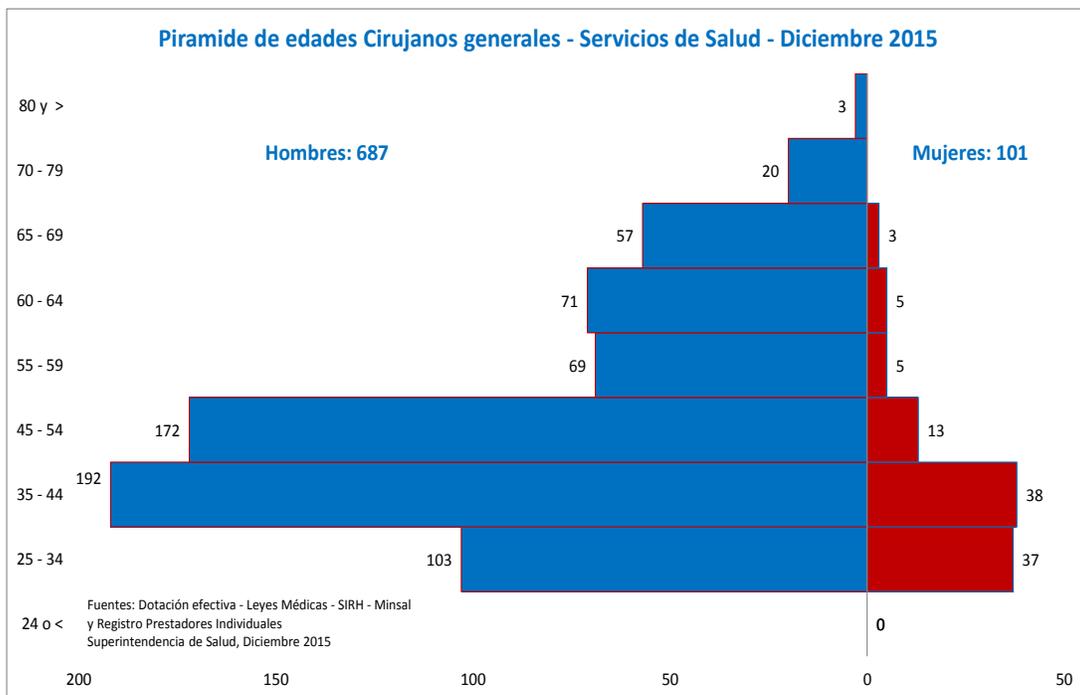


Gráfico E

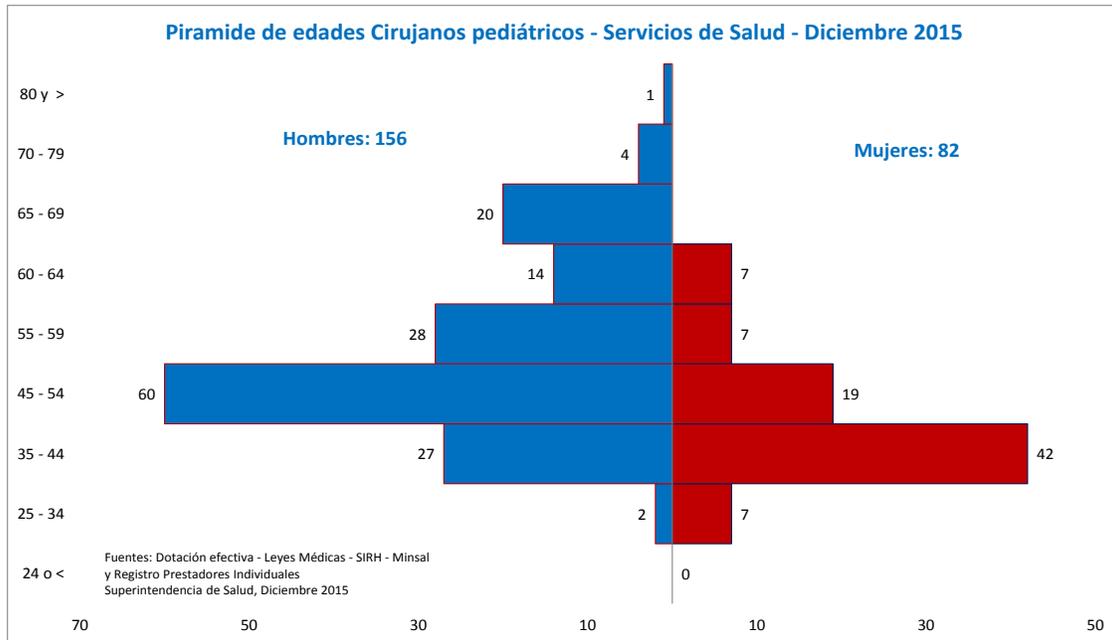


Gráfico F

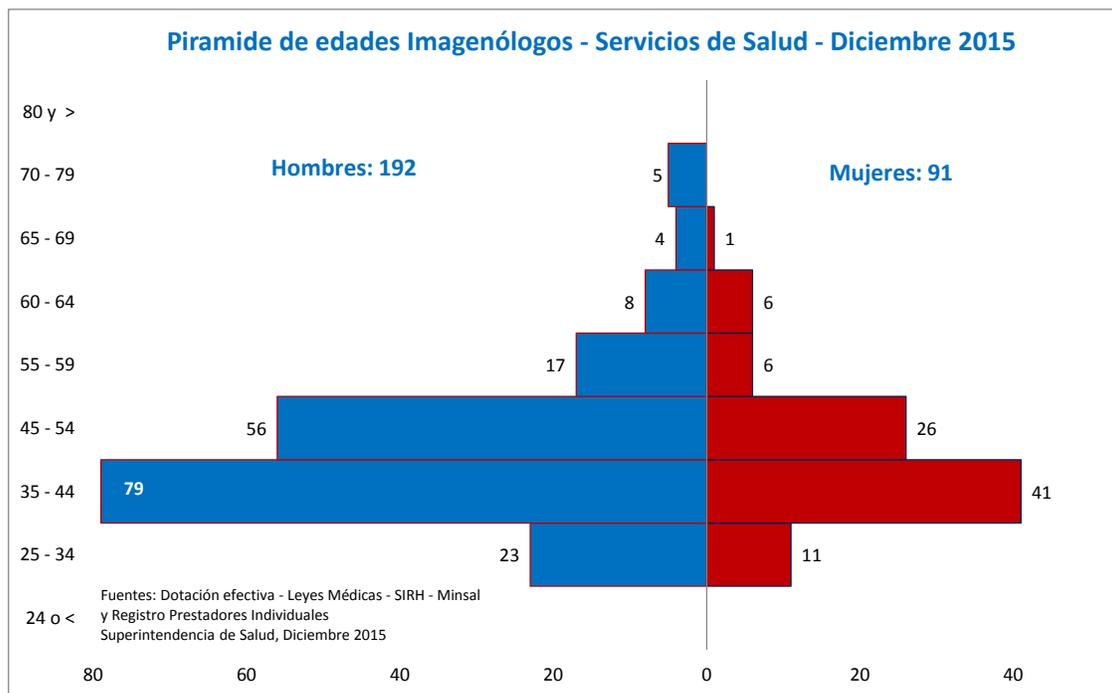


Gráfico G

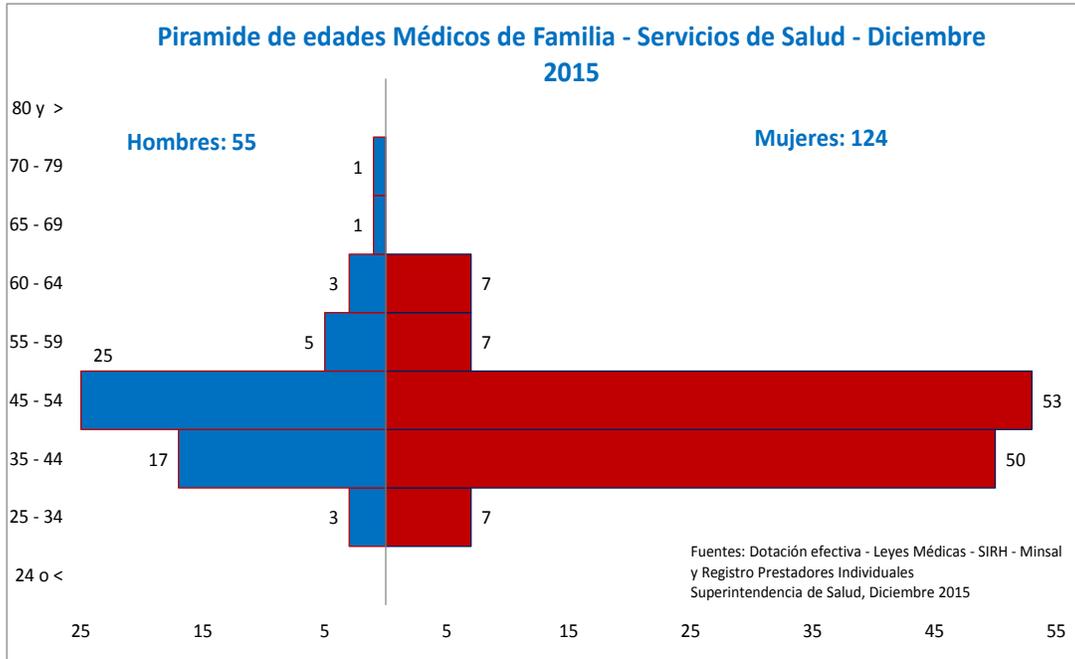


Gráfico H

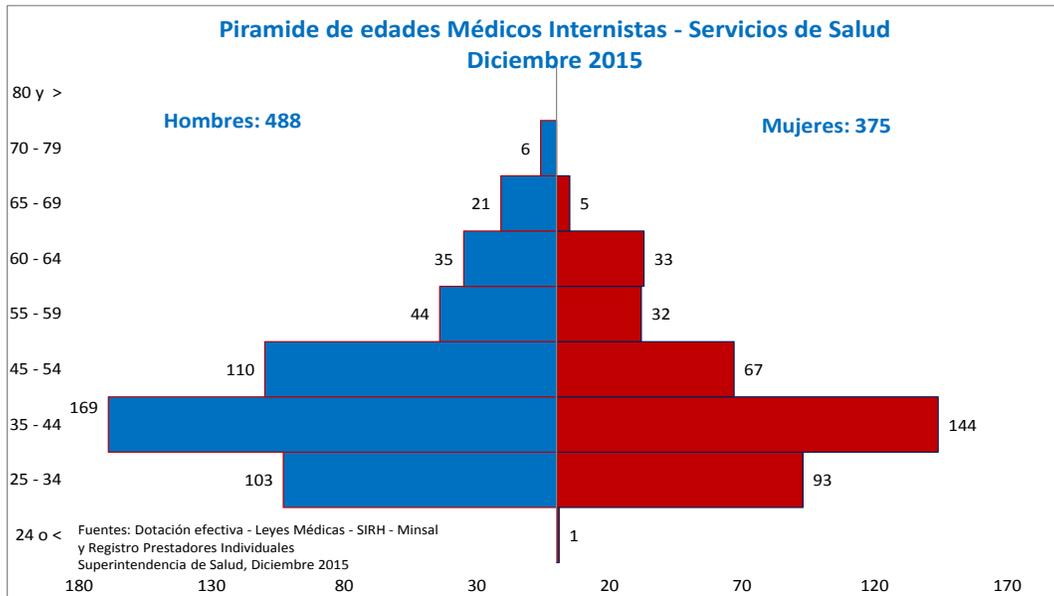


Gráfico I

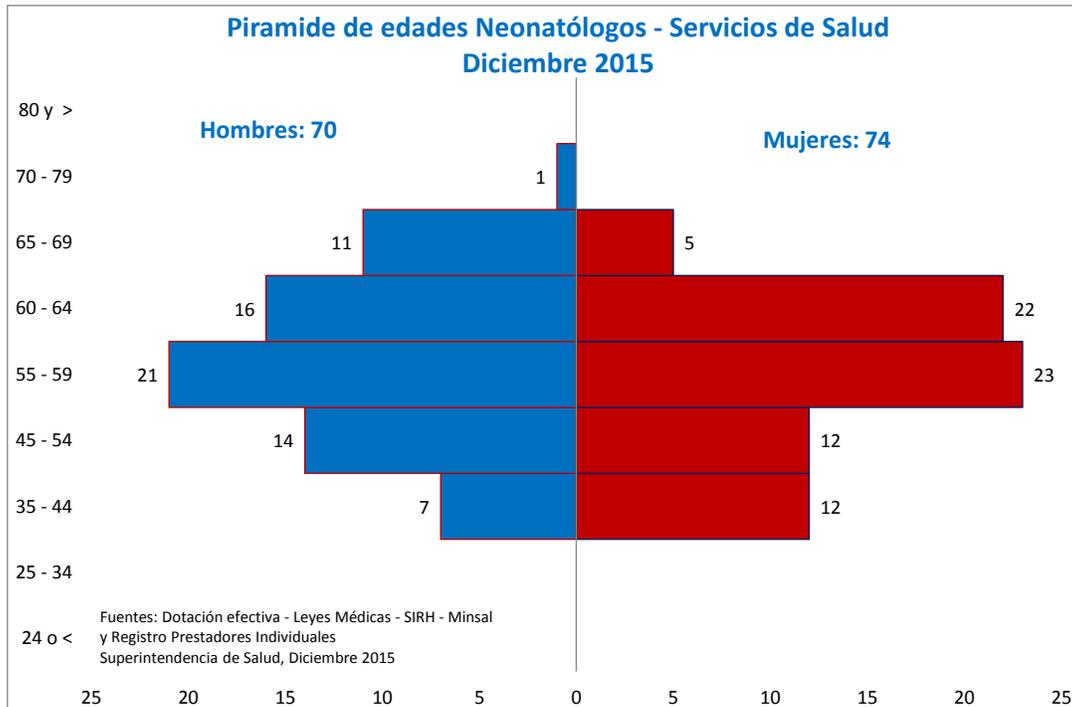


Gráfico J

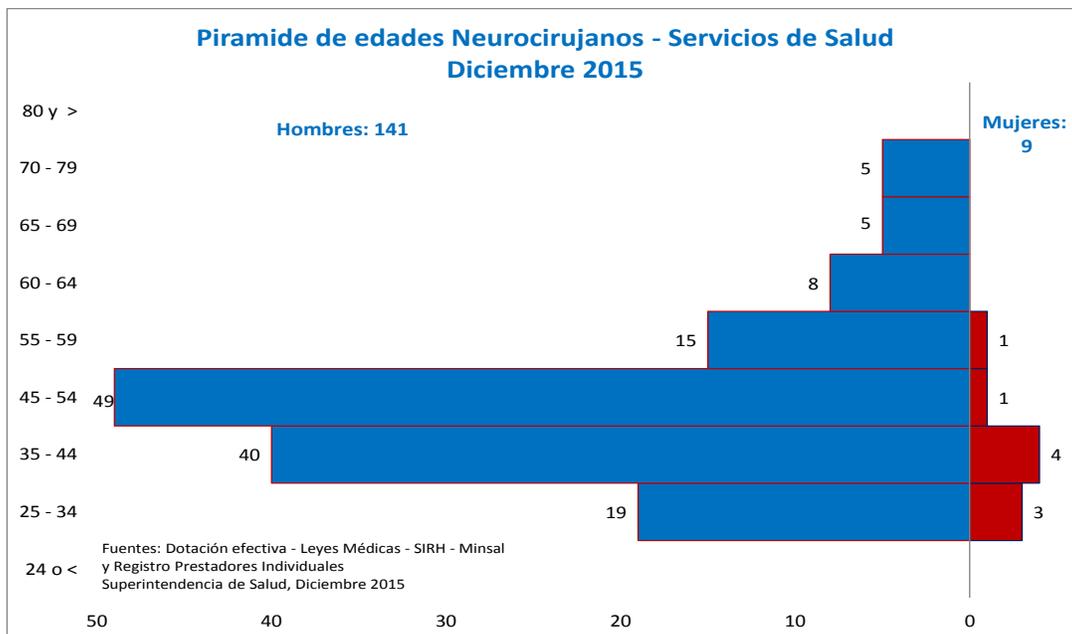


Gráfico K

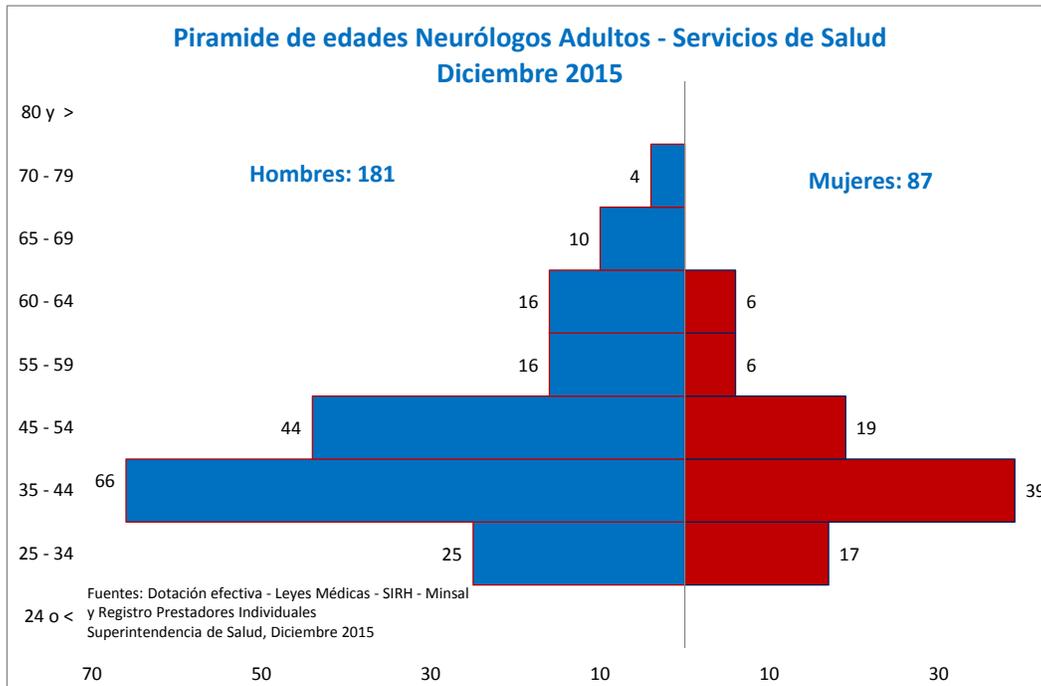


Gráfico L

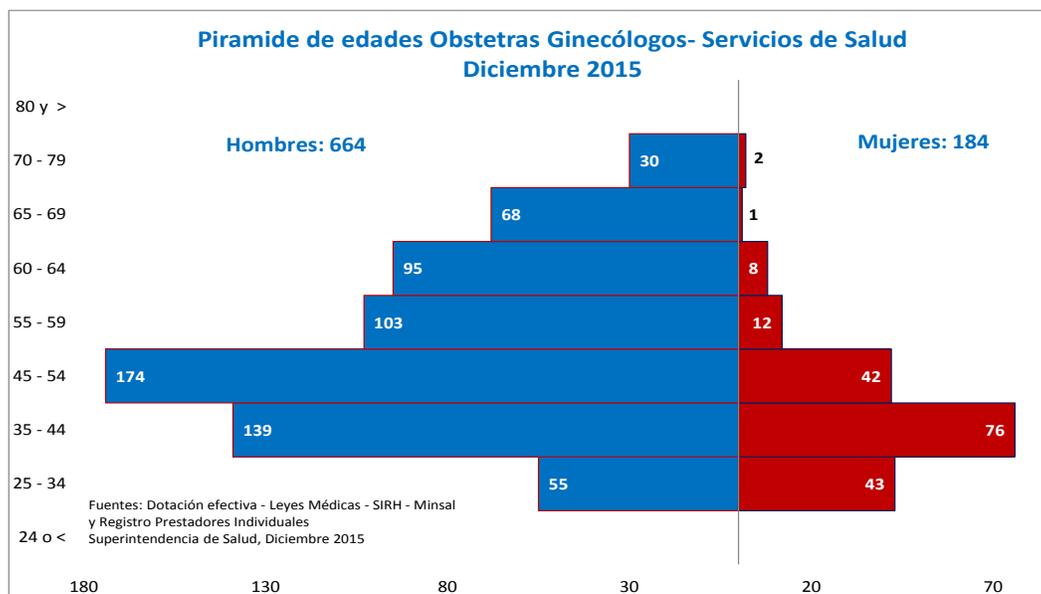


Gráfico M

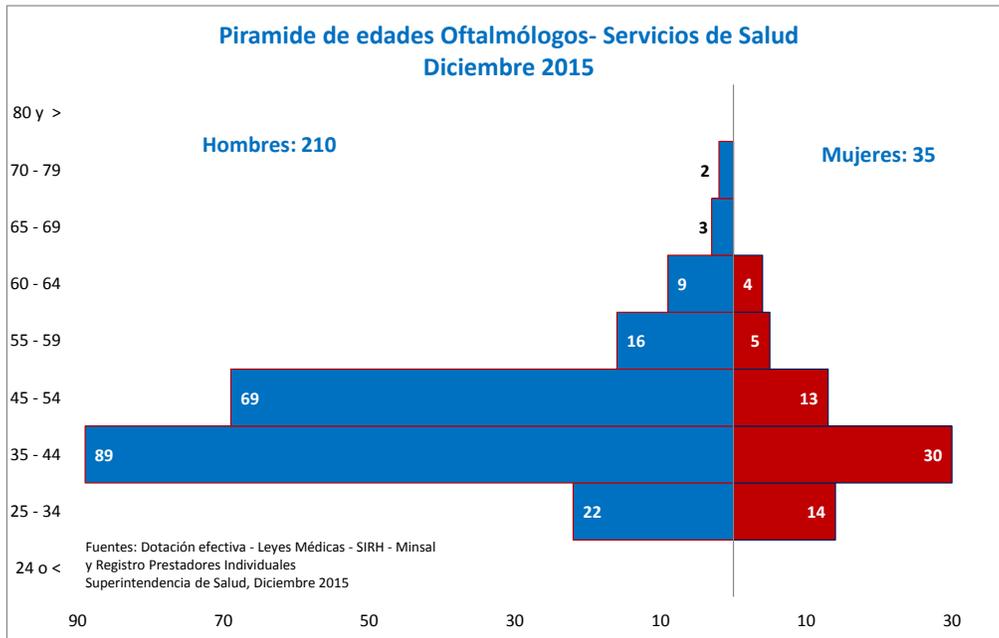


Gráfico N

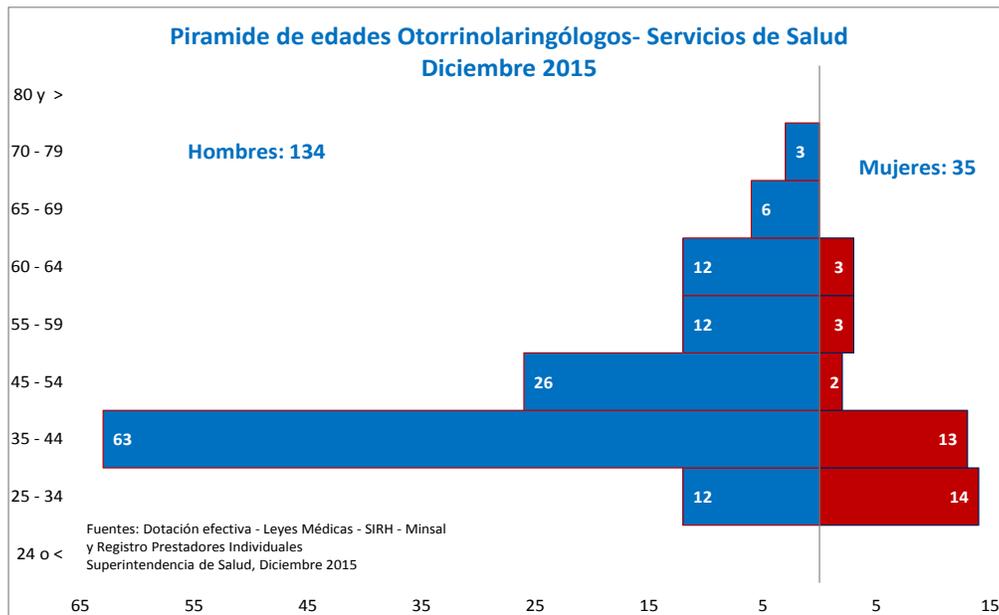


Gráfico O

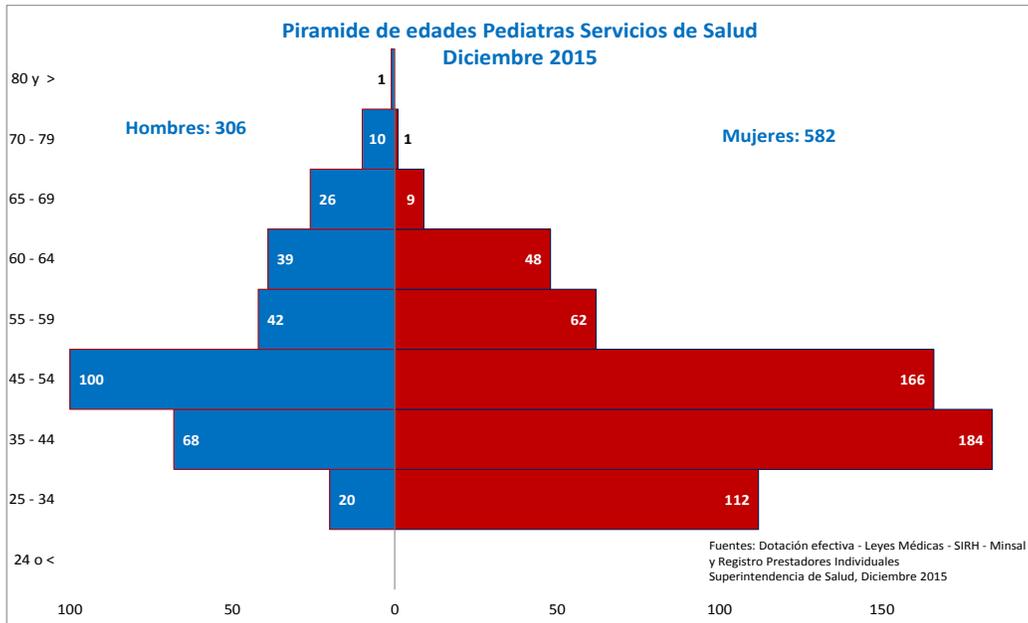


Gráfico P

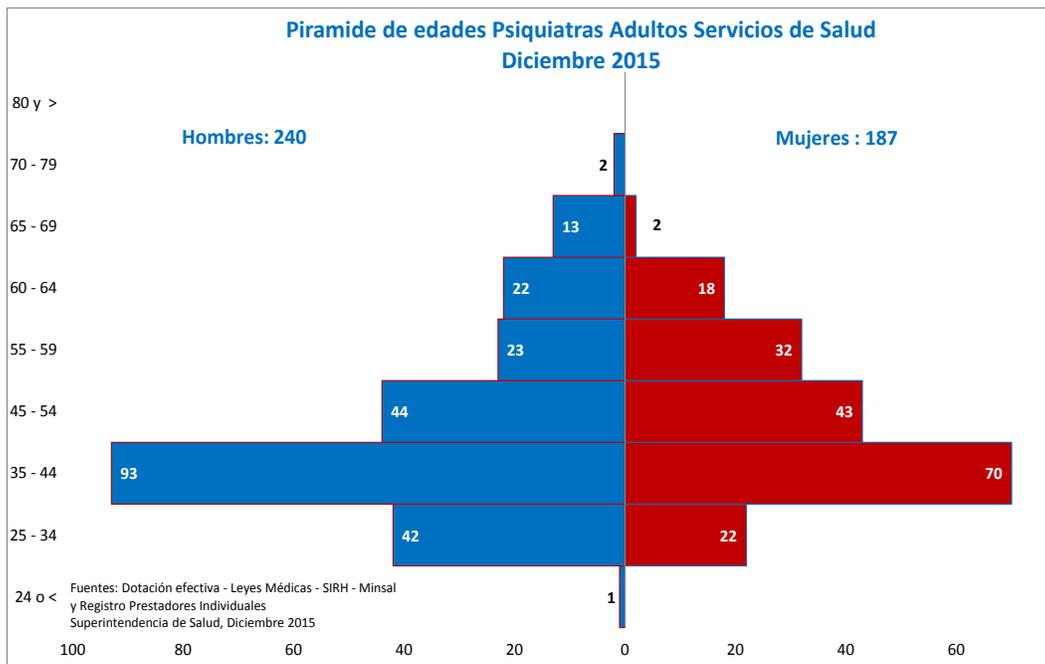
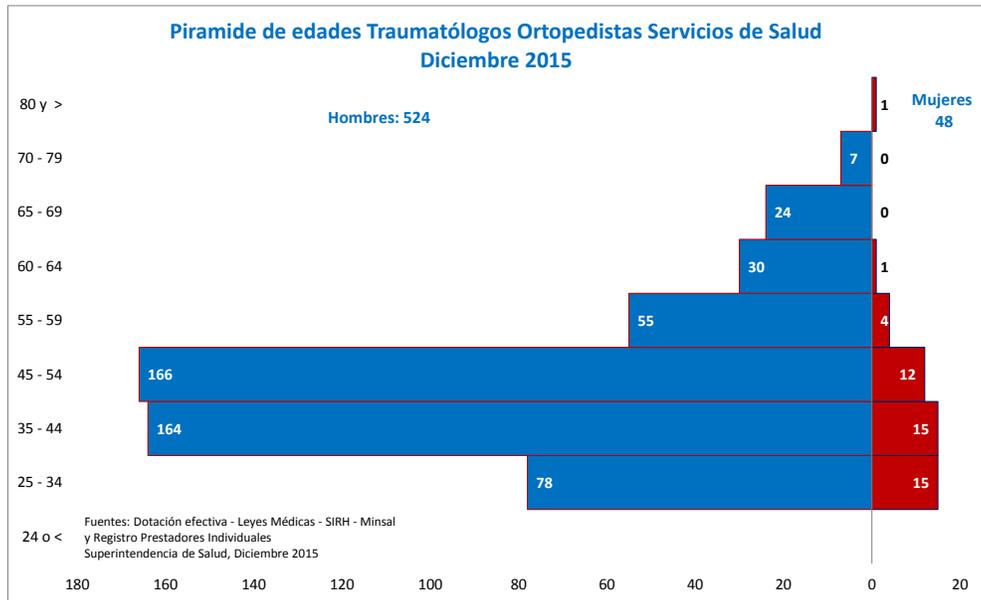


Gráfico Q





Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Gestión y Desarrollo de las Personas
Departamento Planificación de RHS y Gestión de la Información



2103

ORD. C305/ N º _____/

ANT.: Ley de Presupuestos del Sector Público N° 21.395 de 2022.

MAT.: Informe sobre brechas de personal de salud por Servicio de Salud y especialidad 2022.

SANTIAGO,

29 JUN 2022

DE: SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

A: COMISIÓN ESPECIAL MIXTA DE PRESUPUESTOS

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley de Presupuestos de 2022, remito a Usted informe de Glosa N°01 letra c, la que señala:

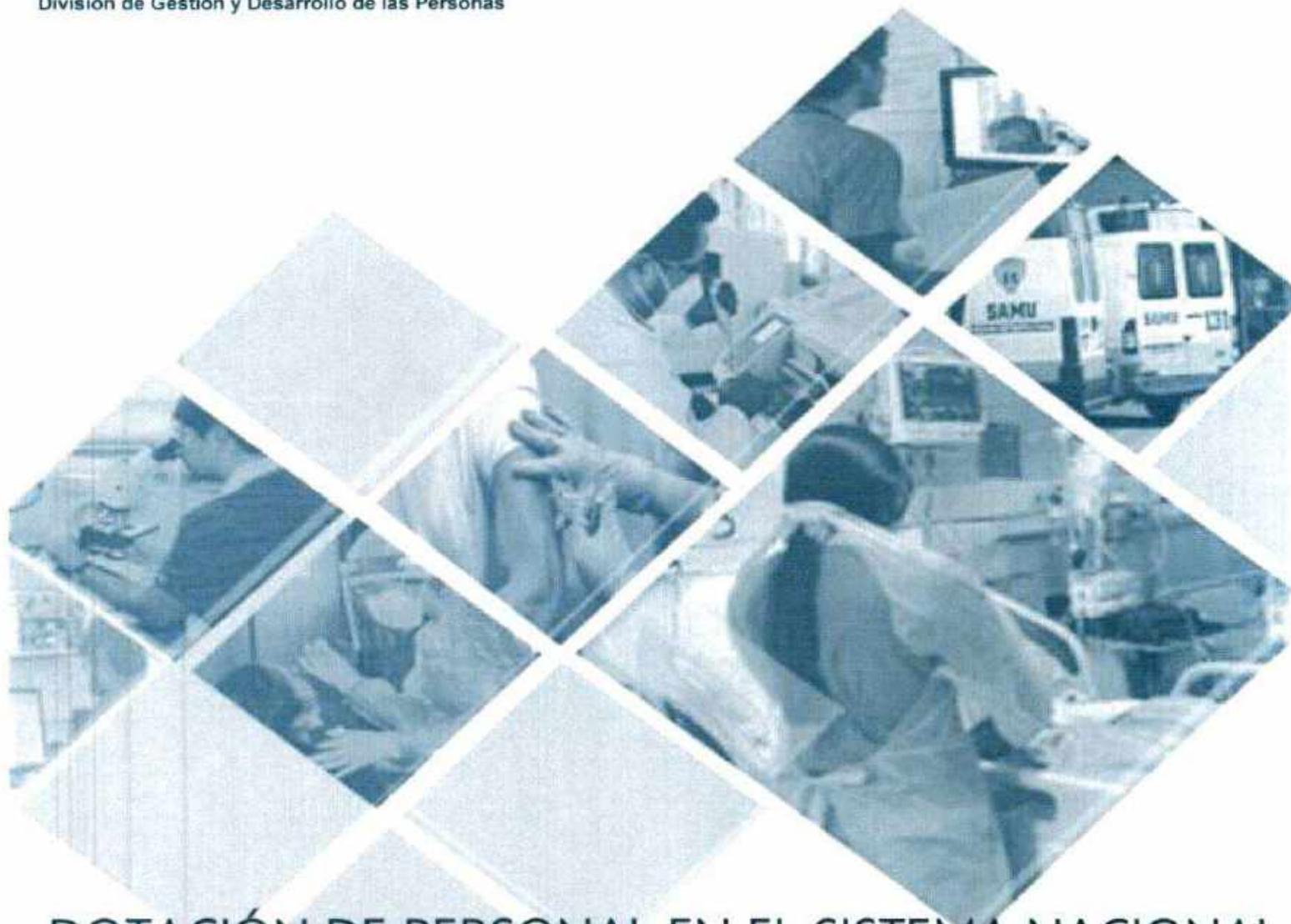
“Antes del 30 de junio de 2022 el Ministerio de Salud deberá enviar a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos y publicar en su página web un informe sobre brechas de personal de salud por Servicio de Salud y especialidad, que justifique los recursos asignados al Programa de Formación de Especialistas. En este informe se deberá incluir a los profesionales médicos, a los profesionales no médicos, a los técnico-profesionales y a los técnicos”.

Sin otro particular, saluda atentamente,

DR. FERNANDO ARAOS DATTOLI
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

DISTRIBUCIÓN:

- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Departamento de Control de Gestión – Gabinete
- División de Presupuesto
- División de Gestión y Desarrollo de las Personas
- Departamento de Planificación de RHS y Gestión de la Información - DIGEDEP
- Oficina de Partes



DOTACIÓN DE PERSONAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

BRECHAS POR SERVICIO DE SALUD Y ESPECIALIDAD

Glosa N°01 letra c - Ley de Presupuesto N°21.395
Junio 2022

JUNIO 2022

Dotación de Personal en el Sistema Nacional de Servicios de Salud
Brechas por Servicio de Salud y Especialidad
Informe anual Glosa N°01 Letra c - Ley de Presupuesto N°21.395

CONTENIDO

1.	PRESENTACIÓN.....	2
2.	ELEMENTOS DE CONTEXTO.....	4
2.1.	ESTRATEGIA MUNDIAL DE RECURSOS HUMANOS 2030 HACIA EL ACCESO Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD.....	4
2.2.	POLÍTICA ANDINA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD, PLAN ESTRATÉGICO 2018 – 2022.....	8
2.3.	EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE.....	10
2.4.	REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD.....	13
3.	PERSONAL DE SALUD - UNIVERSO NACIONAL.....	15
3.1.	DENSIDADES DE PERSONAL MÉDICO Y EQUIPO NUCLEAR.....	17
3.2.	MIGRACIONES DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	19
3.3.	EVOLUCIÓN DE MATRÍCULA Y TITULADOS DE LAS CARRERAS DE LA SALUD, PERIODO 2010 - 2020..	20
4.	PERSONAL DE SALUD EN LA RED ASISTENCIAL PÚBLICA.....	24
4.1.	DOTACIÓN DE FUNCIONARIOS EN LA RED SERVICIOS DE SALUD.....	27
4.2.	DENSIDADES EQUIPO NUCLEAR.....	30
4.3.	MIGRACIONES MÉDICOS Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	32
5.	SISTEMA DE PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD.....	33
6.	BRECHAS DE PERSONAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD.....	36
6.1.	BRECHAS DE PERSONAL ASOCIADAS AL PLAN NACIONAL DE INVERSIONES HOSPITALARIAS.....	37
6.2.	BRECHAS DE PERSONAL ASOCIADAS AL PLAN NACIONAL DE CANCER.....	41
6.3.	BRECHAS DE REEMPLAZO.....	46
6.4.	TASA DE ROTACIÓN.....	55
6.5.	BRECHAS DE COBERTURA Y/O DISTRIBUCIÓN.....	61
6.6.	ESCENARIO DE PROYECCIÓN CORTO PLAZO: BRECHAS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS PERIODO 2022 – 2025.....	71

1 PRESENTACIÓN

Permanentemente son los desafíos de nuestro Sector Salud para enfrentar las diferentes necesidades sanitarias, en el contexto de una atención de salud con estándares de calidad, en oportunidad y seguridad a nuestra población beneficiaria.

Este reto constituye el centro de nuestro accionar, alineado a los principios rectores de asegurar los derechos en salud, alcanzar la cobertura universal y reducir las inequidades existentes, a fin de lograr altos niveles de salud para toda la población, por lo que se torna imprescindible progresar en el desarrollo de personal sanitario que permita alcanzar este desafío.

Existe un reconocimiento sostenido de que la realización progresiva de la cobertura universal de salud depende de una fuerza de trabajo de salud suficiente, no sólo en cantidad adecuada, sino que además con las competencias necesarias, bien distribuidos geográficamente y en los diferentes niveles de atención, con los mecanismos adecuados para atraer, reclutar y retener al personal calificado.

En este contexto, se sustenta el desarrollo de un Sistema de Planificación de Recursos Humanos en Salud - RHS, que sienta las bases de análisis permanentes, incorporando la contribución de las diferentes fuerzas influyentes en este objetivo, de manera de prever las necesidades de dotación de personas, en un tiempo y espacio determinado, en consistencia con el Modelo de Atención de Salud y la Red Asistencial Pública, así como a enfrentar la demanda creciente de equipos de salud con una mayor especialización y con competencias necesarias para brindar una atención con estándares de calidad y seguridad esperados.

Teniendo presente que no existen prácticas únicas para afrontar las diferentes exigencias en cada campo de acción de los recursos humanos, así como la dinámica permanente de los factores influyentes sobre la demanda y oferta de profesionales de salud, desde la Planificación de Recursos Humanos en Salud se abordan las líneas tendientes a identificar -anualmente- las necesidades de personal sanitario, desde aquellos requerimientos asociados a proyectos de inversión de infraestructura y equipamiento de salud como aquellos relacionados a las salidas o egresos del sector, que incluye el incentivo al retiro



para los funcionarios, incluyendo -además- los flujos de entrada, relacionados a los ingresos de especialistas a su Período Asistencial Obligatorio.

La Ley de Presupuestos para el Sector Público 2022, señala que *"Antes del 30 de junio de 2022 el Ministerio de Salud deberá enviar a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos y publicar en su página web un informe sobre brechas de personal de salud por Servicio de Salud y especialidad, que justifique los recursos asignados al Programa de Formación de Especialistas. En este informe se deberá incluir a los profesionales médicos, a los profesionales no médicos, a los técnico-profesionales y a los técnicos"*.

En el presente informe, se da a conocer la disponibilidad de personal sanitario en nuestro país, de acuerdo al Registro Nacional de Prestadores Individuales – SIS, la dotación de funcionarios de la Red de Servicios de Salud (incluyendo APS dependiente) según los registros del Sistema de Información - SIRH y la base de Atención Primaria Municipal, abordando la caracterización del personal de los Servicios de Salud.

Asimismo, se contemplan otros elementos de análisis como: la evolución de migraciones de médicos y profesionales de enfermería, tanto a nivel nacional como en los Servicios de Salud; evolución de las matrículas y titulados de las carreras de la salud; así como las densidades de médicos y equipo nuclear.

Se presenta un capítulo de Brechas de Personal en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, que aborda los requerimientos de médicos, especialistas y equipo de salud, que incluye los resultados asociados a: Plan Nacional de Inversiones Hospitalarias, Proyectos del Plan Nacional de Cáncer, Brechas de Reemplazo por incentivo al retiro; Brechas de Cobertura y/o Distribución.

Es preciso señalar, que el resultado informado en el presente informe constituye un análisis enfocado en ciertos requerimientos y flujos del periodo, por lo que no representa el universo total de requerimientos de la red pública asociados a la demanda de salud de la población.



2 • ELEMENTOS DE CONTEXTO

Desde la perspectiva internacional, hace varias décadas, la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han realizado llamados a la acción respecto a la importancia de fortalecer el rol rector de las Autoridades de Salud en materia de políticas y planificación de recursos humanos a través de la instalación, en las Direcciones de RHS de los Ministerios de Salud, de una función -y de las capacidades requeridas correspondientes- que, estrechamente vinculada a la programación sanitaria, permita mejorar en forma significativa y permanente la disponibilidad, distribución, composición, competencias y motivación del personal sanitario de acuerdo a las necesidades de salud de la población, apoyando los procesos de decisión de políticas públicas en la materia. En este sentido, a continuación, se presenta lo referido a la Estrategia Mundial de Recursos Humanos al 2030 y lo referido a la Política Andina de Recursos Humanos en Salud.

2.1. ESTRATEGIA MUNDIAL DE RECURSOS HUMANOS 2030 HACIA EL ACCESO Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

La 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó, en septiembre del año 2017, la Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud (documento CSP29/10). En la Resolución aprobatoria, se consigna la elaboración de un plan de acción regional con objetivos e indicadores, que permita avanzar en la ruta definida por esta Estrategia.

En este contexto, el documento presenta el Plan de Acción de la Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud 2018-2023, cuyo propósito es presentar los objetivos que han sido priorizados para cada línea de acción propuesta en la referida Estrategia, a fin de avanzar en forma expedita en el itinerario planteado, facilitando a los países la construcción de mapas de ruta de acuerdo con su realidad local.

El Plan fue elaborado a través de un proceso de consultas y discusión técnica con los Estados Miembros, en el que se expone la necesidad de que los indicadores establecidos reflejen el contexto de cada país, en términos de su diversidad y prioridades.



El documento presenta dos acápitos importantes:

- Análisis de la situación, que destaca los principales retos y desafíos que deben enfrentar los países. Explicita que, pese a la disminución de los desequilibrios en la fuerza laboral de salud, mejoras en la dotaciones y disponibilidad de personal en el primer nivel de atención, persisten obstáculos, entre los que cabe mencionar:
 - Debilidad en los procesos intersectoriales asociados a la gobernanza: fragmentación de los marcos legales de salud, educación, trabajo y presupuesto.
 - Los países no disponen de metodologías avanzadas para el monitoreo y la evaluación de los recursos humanos para apoyar la toma de decisiones.
 - El financiamiento asignado a recursos humanos es insuficiente para entregar prestaciones de calidad, especialmente en el nivel primario.
 - Las inequidades en la disponibilidad, distribución y calidad de personal de salud están presentes entre países, dentro de los países, entre niveles de atención y entre el sector público y privado. A ello, se suma el fenómeno de la migración.
 - Escaso desarrollo de alternativas innovadoras para enfrentar el reto de la disponibilidad y distribución de personas.
 - En materia de educación, la regulación ha sido insuficiente, lo que afecta la calidad de la formación.
 - Desequilibrios en la oferta de especialistas, entre zonas geográficas, escasez de egresados en algunas especialidades. Ausencia de planificación sobre el número y tipo de especialistas que necesita el país.

- Propuesta que contiene las Líneas estratégicas, objetivos e indicadores asociados a cada una de ellas, como se describe a continuación:



Tabla 1 Líneas Estratégicas, Objetivos e Indicadores Plan Mundial de RHS 2030

Objetivos	Indicadores	Meta 2030
Línea estratégica de acción 1: Fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría de los recursos humanos para la salud.		
1.2 Fortalecer las capacidades de planificación estratégica de la fuerza laboral, incluyendo el análisis de la movilidad profesional, con el fin de proyectar y responder a las necesidades del personal de salud a mediano y largo plazo, con el apoyo de un sistema nacional de información de recursos humanos.	1.2.1 Número de países que cuentan con un equipo multidisciplinario institucionalizado con capacidades para la planificación de los recursos humanos para la salud o la función equivalente en el ministerio de salud.	26 países
	1.2.2 Número de países que cuentan con proyecciones de necesidades de recursos humanos para la salud y estrategias de acción, de acuerdo con el modelo de atención.	25 países
	1.2.3 Número de países con un sistema nacional de información de recursos humanos para la salud en funcionamiento que responda a las necesidades de planificación, realice el monitoreo de la movilidad profesional y apoye la toma de decisiones.	26 países
1.3 Ampliar la inversión pública en recursos humanos de salud, mejorando la oferta de empleo y las condiciones de trabajo, especialmente en el primer nivel de atención.	1.3.1 Número de países que han incrementado la proporción de presupuesto público destinado a los recursos humanos de salud.	22
	1.3.2 Número de países que han incrementado el presupuesto público reflejado en puestos de trabajo en el primer nivel de atención en relación con el total del personal de salud.	27
Línea estratégica de acción 2: Desarrollar condiciones y capacidades de los recursos humanos para la salud para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad.		
2.2 Conformar equipos interprofesionales en el primer nivel de atención cuya combinación de competencias permita un abordaje integral y con capacidad resolutiva de los problemas de salud, con enfoque de interculturalidad y de los determinantes sociales de la salud.	2.2.1 Número de países que cuentan con un equipo interprofesional de salud definido para el primer nivel de atención en el marco del modelo de atención.	30
2.3 Formular e implementar una regulación del ejercicio profesional que permita el máximo despliegue de las competencias de los profesionales de la salud con el fin de ampliar la cobertura y la calidad de la atención, según modelos adecuados de coordinación y supervisión.	2.3.1 Número de países con un marco regulatorio formal que defina las atribuciones de las profesiones de las ciencias de la salud y afines de acuerdo con las necesidades del modelo de atención.	22
	2.3.2 Número de países con un marco regulatorio que promueva la delegación y redistribución de tareas del equipo de salud.	12
Línea estratégica de acción 3: Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.		
3.1 Desarrollar mecanismos de articulación permanente y acuerdos de alto nivel entre los sectores de la educación y la salud para alinear la formación y el desempeño de los recursos humanos con las necesidades presentes y futuras de los sistemas de salud.	3.1.1 Número de países que cuentan con acuerdos y mecanismos de articulación formal permanente entre los sectores de la educación y la salud orientados hacia los principios de la misión social y la educación interprofesional.	27
	3.1.2 Número de países que han puesto en funcionamiento un plan de educación continua para los profesionales de la salud.	28
3.3 Desarrollar mecanismos de regulación y un plan de formación para las especialidades prioritarias en los que se contemple el número de especialistas requeridos por el sistema de salud y un incremento de la formación en salud familiar y comunitaria.	3.3.1 Número de países con plan de formación de especialistas de las distintas profesiones acordado con las entidades formadoras.	23
	3.3.2 Número de países con al menos un 30% de la oferta de plazas de residencias de salud destinada a la salud familiar y comunitaria.	14
	3.3.3 Número de países con al menos un 30% de la oferta de puestos de trabajo para especialistas destinada a los especialistas en salud familiar y comunitaria.	11

Fuente: CE162/16-Plan de Acción sobre RRHH para el Acceso y la Cobertura Universal. OPS. 2018.

Chile ha participado activamente en todas las fases del levantamiento de la Estrategia de Recursos Humanos para el acceso y la cobertura universales de la salud, comprometiéndose con su implementación.

En relación a los principales desafíos que el Plan de Acción plantea, Chile ha realizado importantes esfuerzos y ha presentado avances significativos, entre los que cabe destacar el Plan Nacional de Ingreso, Formación y Retención de Médicos y Especialistas, que viene



a dar respuesta al déficit de profesionales, a fin de fortalecer la Red Asistencial Pública con personal calificado y competente para brindar atención de salud en los diferentes establecimientos asistenciales. Asimismo, con este programa ha sido posible disponer de profesionales que contribuyen no sólo al aumento de la oferta de prestaciones de salud y la resolutivez de los establecimientos asistenciales, sino que –además– constituye un aporte importante a la calidad, equidad y acceso a la salud de nuestra población, incluyendo las zonas más desatendidas y/o vulnerables, permitiendo la incorporación de médicos adicionales a la Atención Primaria de Salud y la expansión de la capacidad formadora universitaria nacional y regional para formar nuevos médicos especialistas y odontólogos.

Además, se han logrado acuerdos con el Colegio Médico respecto al mejoramiento de las remuneraciones que consideran incrementos para la asignación de reforzamiento profesional diurno, asignación de permanencia a especialistas y subespecialistas de un 40% y aumento de sueldo base a becarios de un 15%.

Se ha diseñado e implementado, desde el año 2015, un Programa de Educación Continua como parte de los procesos de perfeccionamiento del recurso humano médico, desde la atención primaria al nivel hospitalario, a lo cual –en la actualidad– se ha sumado los equipos de salud que acompañan a los médicos, entregando y fortaleciendo competencias en la Red, para resolver, con mayor resolutivez, las necesidades de salud de la población.

Señalar que el mejoramiento significativo de la disponibilidad, confiabilidad y precisión de la información sectorial y extra sectorial sobre el personal, junto a la creciente disponibilidad de evidencias comparativas sobre metodologías y resultados de las más recientes experiencias internacionales en materia de planificación de RRHH de salud, permiten desarrollar e implementar progresivamente un Sistema de Planificación de Recursos Humanos en Salud, que permita abordar de manera permanente la proyección de escenarios de demanda y oferta de personal de salud y monitorización de las estrategias de reducción de los déficits.



2.2. POLÍTICA ANDINA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD, PLAN ESTRATÉGICO 2018 – 2022.

La Política Andina de RHS fue adoptada en el año 2012 por los Ministros de Salud de los países agrupados en el Organismo Andino de Salud (ORAS, estableciendo entre sus líneas estratégicas el "Fortalecimiento de la capacidad de planificación para disminuir la brecha de recursos humanos, incluyendo la gestión de la migración".

En este contexto, la planificación y gestión de los recursos humanos en salud fue uno de los ejes fundamentales del Plan Estratégico 2013-2017 del ORAS-CONHU y uno de los avances más significativos en estos años fue la construcción de la Política Andina de RHUS y su plan de acción. La visión de esta Política se plasma en el Plan de Acción 2018-2022 que declara que *"...para fines del año 2022 los países de la Región Andina exhiban avances significativos intra e intersectoriales en conformar la fuerza laboral sostenible, dimensionada, en proceso de formación continua, comprometida con la calidad y pertinencia de los servicios de salud, promotora de una accesibilidad y cobertura universales, con competencias en articulaciones institucionales y facilitación de procesos participativos, y comprometidos con el efectivo ejercicio del derecho a la salud de las comunidades a quienes sirve"*.

En la actual coyuntura se suma otro desafío que es lograr que el acceso universal y la cobertura universal de Salud sean una realidad en todos los países de la Región, lo que supone contar con una fuerza laboral capacitado, distribuidas de acuerdo con las necesidades de la población y los sistemas de salud e identificados con los objetivos de la Salud Universal.

Para contribuir a este desafío, desde la OPS y la OMS se está construyendo una nueva agenda post-2015 de RHUS para la Región de las Américas y una Estrategia Mundial de RHUS 2016-2030.

En virtud de ello, se requiere de diversas condiciones y acciones a abordar, alineadas a los siguientes Objetivos Estratégicos, de los que se derivan líneas estratégicas:

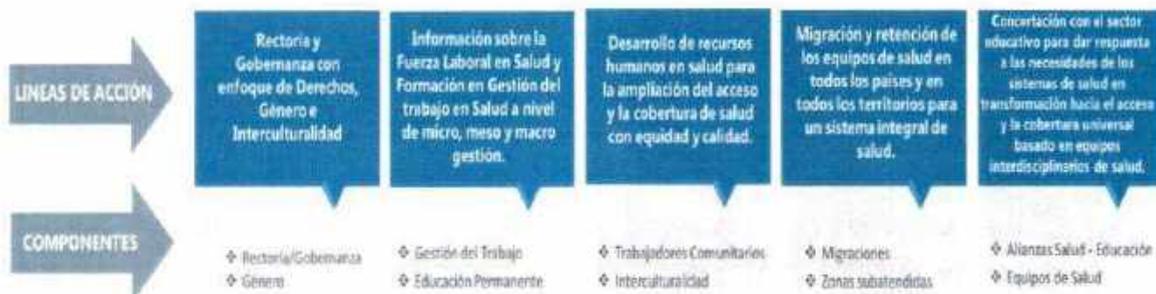


Ilustración 1 Objetivos Estratégicos de la Política Andina de RHS POA 2018-2022.



Fuente: elaboración propia, Depto. Planificación de RHS y Gestión de la Información, a partir del Plan de Acción de la Política Andina de RHS.

Ilustración 2 Líneas de Acción de la Política Andina de RHS POA 2018-2022.



Fuente: elaboración propia, Depto. Planificación de RHS y Gestión de la Información, a partir del Plan de Acción de la Política Andina de RHS.



2.3. EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

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

Como organismo público, el Ministerio de Salud tiene como misión: *“construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera”¹.*

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

- Ejercer la rectoría del sector salud.
- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.
- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.
- Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.
- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.
- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.
- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.

¹ <https://www.minsal.cl/mision-y-vision/>



La Subsecretaría de Redes Asistenciales², es una de las subsecretarías de Estado de Chile dependiente del Ministerio de Salud (Minsal), cuya misión es regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción usuaria.

Parte de sus objetivos estratégicos, son:

- Mejorar el Modelo de Gestión en Red en los Servicios de Salud, con énfasis en la estandarización del Proceso de Diseño y Rediseño de Redes, a través de herramientas normativa para las redes de Alta Complejidad, Garantías Explícitas en Salud y Régimen General de Garantías, con el fin de aumentar la eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud.
- Mejorar la disponibilidad, distribución y competencias del personal sanitario a lo largo de la red asistencial en los diferentes niveles de complejidad, mediante el fortalecimiento de la formación de médicos especialistas y el incremento de cargos asistenciales en los establecimientos, que permitan avanzar en la calidad y equidad del acceso a la salud de la población.

² <https://www.minsal.cl/mision-y-funciones-2/>



El sistema de salud chileno -en cuanto a la prestación de servicios- está organizado sobre

Red de Servicios de Salud en Chile



una base territorial a través de 29 Servicios de Salud, distribuidos en las diferentes regiones del país. Cada uno de los Servicios de Salud conforma una red asistencial en su área de influencia.

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

Los establecimientos asistenciales existentes en el país, corresponde a un total de 196 Hospitales (64 de mayor complejidad, 31 de mediana complejidad y 101

de baja complejidad); 21 Centros Ambulatorios de Especialidad y 2.571 dispositivos de Atención Primaria de Salud-APS.

2.4. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Las Redes Integradas de Servicios de Salud, según lo definido por OPS³ (2010), corresponden a "una red de organizaciones que presta o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve". En nuestro país, se ha implementado el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud, que consta de 29 Servicios de Salud y 6 Macrorregiones.

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

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

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

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

Las Redes Asistenciales Macrorregionales consideran criterios de accesibilidad para el usuario; complementariedad de cartera de servicios; vínculos de articulación de la Red Asistencial y considerando el aporte de los Directores de Servicios de Salud, todo ello

³ Organización Panamericana de la Salud (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas N4. Washington, D.C.



para propender un desarrollo descentralizado de las diferentes especialidades y equipos de salud.

En aquellas regiones que tengan más de un Servicio, existirá un Consejo de Coordinación de Redes Regionales integrado por los Directores de los respectivos Servicios, que será presidido directamente por el Subsecretario de Redes Asistenciales o por quien éste designe.

Tabla 2 Conformación de las Macro zonas según Región y Servicio de Salud

Macrozona	Región	Servicio de Salud
Norte	Arica y Parinacota	S.S. Arica
	Tarapacá	S.S. Iquique
	Antofagasta	S.S. Antofagasta
	Atacama	S.S. Atacama
Centro Norte	Coquimbo	S.S. Coquimbo
	Valparaíso	S.S. Aconcagua
		S.S. Valparaíso-San Antonio
		S.S. Viña del Mar-Quillota
Centro	Metropolitana	S.S. Met. Norte
		S.S. Met. Oriente
		S.S. Met. Occidente
		S.S. Met. Central
		S.S. Met. Sur Oriente
		S.S. Met. Sur
Centro Sur	O'Higgins	S.S. O'Higgins
	Maule	S.S. Maule
Sur	Ñuble	S.S. Ñuble
		S.S. Bio Bio
	Biobío	S.S. Concepción
		S.S. Talcahuano
		S.S. Arauco
		S.S. Araucanía Norte
Extremo Sur	Araucanía	S.S. Araucanía Sur
	Los Ríos	S.S. Valdivia
	Los Lagos	S.S. Osorno
		S.S. Del Reloncaví
		S.S. Chiloé
	Aysén	S.S. Aysén
	Magallanes	S.S. Magallanes

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

De acuerdo a la conformación de las redes asistenciales, es posible evidenciar que diversos son los desafíos a enfrentar por parte del gestor de red en cada territorio (Director del Servicio y Jefe de APS), de manera de realizar una apropiada gestión de las diferentes demandas y propiciar, además, resultados sanitarios adecuados.



3 PERSONAL DE SALUD - UNIVERSO NACIONAL

Para abordar los análisis del personal de salud existente en nuestro país, se utiliza el Registro Nacional de prestadores individuales de la Superintendencia de Salud (RNPI – SIS), que contiene los registros de profesionales y técnicos en salud con la calificación necesaria para brindar atención de salud. A diciembre de 2021, se contabilizaban un total de 686.447 personas inscritas, las que se encontraban habilitadas legalmente para desempeñarse en diferentes funciones de la atención de salud en el sector público y privado; cifra que representa un aumento del 7,9% respecto del año 2020; teniendo presente que no es factible identificar si todos se encuentran activos, a excepción de aquellos con desempeño en la Red Asistencial Pública.

Considerando los registros en el RNPI – SIS, se logra evidenciar que el personal técnico registrado acumula un ascenso entre los años 2019 a 2021, pasando de 279.212 a 305.507 respectivamente; cifras que representan una variación de 9,42%.

Tabla 3 Personal técnico y auxiliar a nivel nacional, periodo 2019-2021

Categoría	2019	2020	2021	Variación 2019/2021
Técnicos Nivel Superior en Salud	203.741	185.278	222.457	9,19%
Otros técnicos y Auxiliares en Salud	75.471	101.773	83.050	10,04%
Total	279.212	287.051	305.507	9,42%

Fuente: Elaboración propia Depto. Planificación de Recursos Humanos (RHS) y Gestión de la Información a partir de la Base Registro Nacional de Prestadores Individuales - SIS diciembre 2019, diciembre 2020 y diciembre 2021⁴.

En lo referido a profesionales de salud registrados en calidad de prestadores individuales, se observa una variación 19,41% entre los años 2019 y 2021, siendo los profesionales Terapeutas Ocupacionales lo que presentan la mayor variación, alcanzando un 39,26%. En la siguiente tabla se puede apreciar el detalle:

⁴ Se observa en base RNPI - SIS a diciembre 2019 diferencia en la categorización de títulos técnicos respecto a los años siguientes, además de modificaciones en registros. Esto podría explicar la disminución del personal técnico entre los años 2019 y 2020.

Tabla 4 Profesionales de salud a nivel nacional, periodo 2019-2021.

Categoría	2019	2020	2021	Variación 2019/2021
Bioquímicos	3.216	3.482	3.793	17,94%
Cirujanos Dentistas	25.098	26.653	28.855	14,97%
Enfermera/Matrona	2.909	3.131	3.197	9,90%
Enfermeros	52.992	62.723	70.394	32,84%
Farmacéuticos y Químico Farmacéutico	10.605	11.502	12.314	16,12%
Fonoaudiólogos	13.949	15.927	17.645	26,50%
Kinesiólogos	30.712	33.376	35.968	17,11%
Matrones	14.484	14.992	15.990	10,40%
Médicos Cirujanos	51.745	54.196	57.952	12,00%
Nutricionistas	18.001	19.678	21.933	21,84%
Otros Profesionales	9.226	10.853	9.800	6,22%
Psicólogos	62.313	67.043	73.754	18,36%
Tecnólogos Médicos	16.032	16.785	18.572	15,84%
Terapeutas Ocupacionales	7.736	8.837	10.773	39,26%
Total	319.018	349.178	380.940	19,41%

Fuente: Elaboración propia Depto. Planificación de Recursos Humanos (RHS) y Gestión de la información a partir de la Base Registro Nacional de Prestadores Individuales - SIS diciembre 2019, diciembre 2020 y diciembre 2021.

En el siguiente gráfico se visualiza la evolución en el número de profesionales de salud inscritos en el Registro Nacional.

Gráfico 1 Profesionales de salud a nivel nacional, periodo 2019 - 2021



Fuente: Elaboración propia Depto. Planificación de Recursos Humanos (RHS) y Gestión de la información a partir de la Base Registro Nacional de Prestadores Individuales - SIS diciembre 2019, diciembre 2020 y diciembre 2021.

Respecto a los registros de médicos cirujanos y médicos especialistas, se observa la siguiente variación entre los años 2019 al 2021:

A diciembre de 2021, el país cuenta con 29.804 médicos que han certificado al menos una especialidad entre las reconocidas por la normativa de certificación vigente (Decretos Supremos N° 8/2013 y 65/2015 de los Ministerios de Salud y Educación), lo que representa un 51,43% del total de médicos inscritos en el RNPI - SS.

Tabla 5 Profesionales médicos nivel nacional, periodo 2019 – 2021

Categoría	2019	2020	2021	Variación 2019/2021
Médicos con especialidad	26.600	28.187	29.804	12,05%
Médicos sin especialidad	25.145	26.009	28.148	11,94%
Total	51.745	54.196	57.952	12,00%

Fuente: Elaboración propia Depto. Planificación de Recursos Humanos (RHS) y Gestión de la Información a partir de la Base Registro Nacional de Prestadores Individuales - SIS diciembre 2019, diciembre 2020 y diciembre 2021.

3.1. DENSIDADES DE PERSONAL MÉDICO Y EQUIPO NUCLEAR

La densidad de personal sanitario por habitante es un indicador relevante que permite analizar los aspectos de distribución y acceso territorial de la población a la atención de salud. Adicionalmente, es un criterio de comparación internacional ampliamente utilizado para evaluar la solidez y los progresos de los sistemas de salud hacia la cobertura universal.

En este contexto, la situación nacional respecto de la densidad total de médicos por 10.000 habitantes se observa un paulatino ascenso, pasando de 27,23 médicos por habitantes el año 2019 a 29,45 el año 2021



Tabla 6 Densidad Médicos nivel nacional por 10.000 habitantes a diciembre de 2021

Año	N Médicos	Población INE	Densidad de Médicos por 10.000 población INE
2019	51.745	19.107.216	27,08
2020	54.196	19.458.310	27,85
2021	57.952	19.678.363	29,45

Fuente: Elaboración propia Depto. Planificación de Recursos Humanos (RHS) y Gestión de la Información a partir de la Base Registro Nacional de Prestadores Individuales - S/S, diciembre 2019, diciembre 2020 y diciembre 2021 y población proyectada a partir de CENSO 2017 Instituto Nacional de Estadística (INE)⁵

Respecto al equipo nuclear, considerando el universo nacional, independiente del sector de desempeño (público, privado o mixto), la densidad de profesionales nucleares (Médicos + Enfermeras + Matronas) expresada en relación a la población total de Chile publicada por el INE, crece en forma sostenida, pasando de 64,06 por 10.000 habitantes a 77,97 entre 2019 y 2021 – en base a una población proyectada por el INE de 19.107216 y 19.678.363 habitantes respectivamente.

Tabla 7 Tasa Equipo Nuclear por 10.000 habitantes población proyectada

Año	Equipo Nuclear			Total profesionales	Población INE	Densidad por 10.000 población INE
	Médicos	Enfermeras(os)[1]	Matrón(as)			
2019	51.745	55.901	14.484	122.130	19.107.216	63,92
2020	54.196	65.854	14.992	135.042	19.458.310	69,40
2021	57.952	73.591	15.990	147.533	19.678.363	74,97

[1] Incluye 3.197 profesionales identificadas como Enfermera/Matrona.

Fuente: Elaboración propia Depto. Planificación de Recursos Humanos (RHS) y Gestión de la Información a partir de la Base Registro Nacional de Prestadores Individuales - S/S diciembre 2021 y población proyectada a partir de CENSO 2017 Instituto Nacional de Estadística (INE)

⁵ <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>.



3.2. MIGRACIONES DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

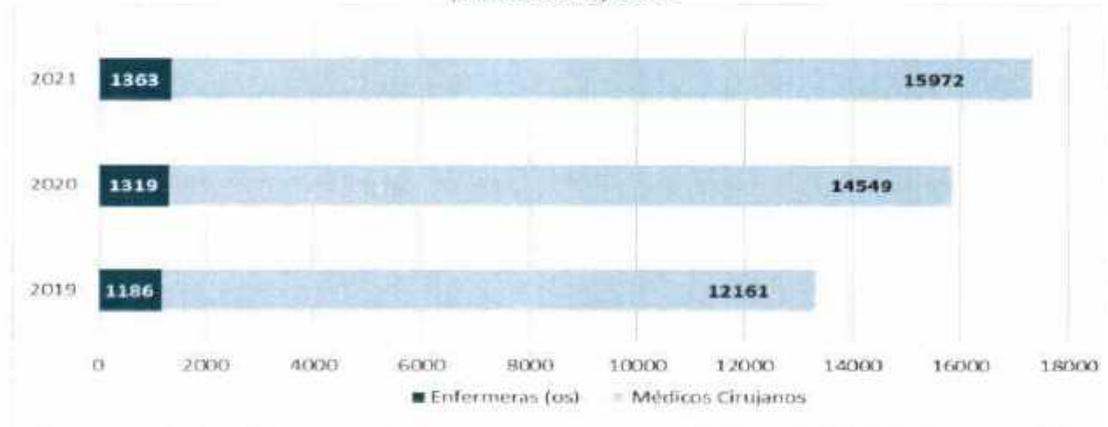
El fenómeno de la migración, según Castells⁶, es uno de los más significativos en el marco de la globalización; no es solo la relocalización de empresas y flujos de capital, sino que también considera los grandes flujos migratorios de distintas procedencias relacionados a la pobreza y esperanzas de futuro con mayor bienestar. América Latina junto a otras regiones, se muestra como una fuente continua de personas que buscan mayores oportunidades y trabajo que no les ofrecen sus países.

En Chile, a partir de los registros disponibles del RNPI - SIS, es posible evidenciar que al año 2021; 15.972 profesionales médicos y 1.363 de la enfermería se han titulado en el extranjero y se encuentran inscritos como prestadores individuales; cifra que representa una variación del 29,8% entre los años 2019 y 2021.

Al respecto, el 82,8% de los médicos titulados en el extranjero con registro RNPI - SIS al 2021 provienen de Colombia, Cuba, Ecuador y Venezuela. De las y los profesionales de la enfermería, el 77% corresponde a titulaciones realizadas en Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

A continuación, se detalla según anualidad y categoría la evolución de registros en el RNPI - SIS entre los años 2019 a 2021 de Profesionales Médicos y de la Enfermería titulados en el extranjero.

Gráfico 2 Profesionales Médicos y de la Enfermería titulados en el extranjero inscritos en el RNPI - SIS periodo 2019 y 2021



Fuente: Elaboración propia Depto. Planificación de Recursos Humanos (RHS) y Gestión de la Información a partir de la Base Registro Nacional de Prestadores Individuales - SIS diciembre 2019, diciembre 2020 y diciembre 2021.

⁶ Globalización, Identidad y Estado en América Latina Manuel Castells



3.3. EVOLUCIÓN DE MATRÍCULA Y TITULADOS DE LAS CARRERAS DE LA SALUD, PERIODO 2010 - 2020

La información contemplada en este capítulo, considera las carreras de la salud impartidas por universidades nacionales. La evolución de la matrícula y titulados en carreras profesionales de la salud impartidas por las universidades nacionales, constituyen una información de relevancia para estimar las posibilidades de superar o cerrar brechas frente a los cambios de demanda de prestaciones de salud que se proyecten a futuro.

Los análisis presentados a continuación se basan en los datos puestos a disposición por la Unidad de Estadística del Centro de Estudios del Ministerio de Educación⁷. De acuerdo con lo informado por dicha unidad, las bases son actualizadas anualmente evidenciándose diferencias marginales en los totales informados en años anteriores, esto se debería a procesos de ajustes de matrículas y titulaciones realizadas por las instituciones de educación superior que son resueltas posteriormente a la publicación anual de los datos.

Evolución Matrícula Carreras de la Salud.

Es relevante el análisis de la dinámica en la oferta de profesionales de salud, por el Sistema de Educación Superior y su incorporación en la definición de políticas y una planificación de recursos humanos en el mediano plazo, que permita responder a las necesidades de personal sanitario en la red asistencial pública, incluyendo los requerimientos que surgen de la necesidad de reemplazos generados por la rotación de funcionarios del sector, con especial énfasis con lo acontecido durante la pandemia Covid que nos afecta desde el año 2020, en donde el área de la salud, se ha visto afectada principalmente.

En la tabla y gráficos siguientes es posible constatar que la matrícula de 1º año en 12 carreras de profesionales de la salud ha aumentado en un 1,2% en total, entre los años 2010 y 2020, observándose los mayores crecimientos en las carreras de Obstetricia y Ginecología (+155,5%), Química y Farmacia (+111,2%), Terapia Ocupacional (+118,2%) sin embargo la carrera de Fonoaudiología, Kinesiología y Enfermería presentan disminuciones de -34,0%, -40,8% y -30,2% respectivamente, durante el periodo 2010 a 2020.

⁷ <https://datosabiertos.mineduc.cl/>



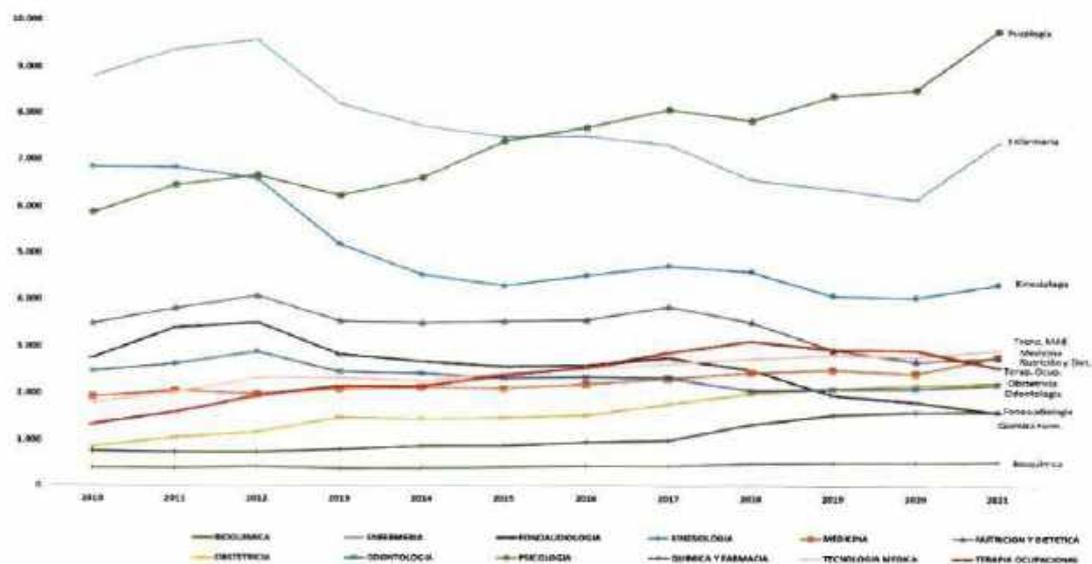
Además, al comparar la variación entre los años 2020 y 2021, se destaca que un incremento en las carreras de Enfermería, Medicina y Psicología con un 19,9%, 15,0% y 14,9% respectivamente, no obstante, se aprecia una disminución de matriculados en las carreras de Fonoaudiología -12,7% y Terapia Ocupacional -12,1%.

Tabla 8 Evolución de la Matricula de primer año en Carreras Profesionales de la Salud

Carrera	Años												Total	% Variación 2010-2020	% Variación 2020-2021
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
BIOQUIMICA	384	380	413	378	386	406	430	428	494	506	513	531	5.249	33,6%	3,5%
ENFERMERIA	8.804	9.365	9.560	8.198	7.720	7.478	7.498	7.308	6.575	6.376	6.145	7.360	92.387	-30,2%	19,8%
FONOAUDIOLOGIA	2.765	3.401	3.511	2.827	2.688	2.577	2.604	2.763	2.512	1.966	1.825	1.593	31.032	-34,0%	-12,7%
KINESIOLOGIA	6.847	6.835	6.589	5.190	4.533	4.296	4.518	4.722	4.598	4.087	4.052	4.332	60.599	-40,8%	6,9%
MEDICINA	1.936	2.061	1.987	2.097	2.129	2.119	2.214	2.326	2.450	2.514	2.433	2.798	27.064	25,7%	15,0%
NUTRICION Y DIETETICA	3.493	3.817	4.077	3.542	3.511	3.540	3.567	3.855	3.522	2.933	2.688	2.771	41.316	-23,0%	3,1%
OBSTETRICIA	857	1.054	1.173	1.484	1.456	1.481	1.535	1.781	2.000	2.098	2.190	2.238	19.347	155,5%	2,2%
ODONTOLOGIA	2.478	2.633	2.891	2.460	2.430	2.327	2.348	2.329	2.062	2.093	2.102	2.189	28.342	-15,2%	4,1%
PSICOLOGIA	5.874	6.459	6.662	6.226	6.610	7.390	7.691	8.067	7.834	8.368	8.497	9.763	89.441	44,7%	14,9%
QUIMICA Y FARMACIA	756	734	735	792	868	884	958	997	1.338	1.539	1.597	1.614	12.812	111,2%	1,1%
TECNOLOGIA MEDICA	1.793	2.020	2.336	2.330	2.288	2.434	2.555	2.642	2.748	2.826	2.786	2.937	29.695	55,4%	5,4%
TERAPIA OCUPACIONAL	1.345	1.605	1.952	2.167	2.163	2.394	2.568	2.883	3.129	2.954	2.935	2.581	28.676	118,2%	-12,1%
Total general	37.332	40.364	41.886	37.891	36.782	37.326	38.486	40.101	39.262	38.260	37.763	40.707	465.960	1,2%	7,8%

Fuente: Procesamiento propio a partir de las bases de datos históricas 2017-2022 del Sistema de Estadística e Información del Ministerio de Educación Superior (SIES-MINEDUC).

Gráfica 3 Evolución de la matrícula de primer año en carreras profesionales de la salud



Fuente: Procesamiento propio Dpto. de Planificación RSH DIGEPEP a partir de las Base de Datos SIES MINEDUC, Base Matriculas periodo 2010-2021.

Evolución Titulados de Carreras de la Salud.

En relación con la evolución de las tasas de los titulados, en la tabla y gráfico presentados a continuación, se constata que entre los años 2010 y 2020 las carreras de Medicina, Odontología y Kinesiología presentan un descenso en las titulaciones de un -60,1%, -47,5% y -29,2% respectivamente. Este descenso se agudiza en el año 2020, observándose una variación del -52,4% respecto al año 2019, en donde los principales descensos se observan en las carreras de Odontología con un -75,6%, Medicina con -72,5% y Kinesiología con un -70,5%.

En el Informe 2020 Titulación en Educación Superior (mayo 2021)⁸, se hace referencia a este fenómeno, evidenciados una baja en el número de titulados a nivel global, siendo las más afectadas las carreras relacionadas al área de la salud. Esto se explica principalmente por la suspensión de actividades producto de Emergencia Sanitaria debido a la Pandemia Covid -19, lo que impactó en la realización de procesos finales de titulación durante el año académico, como prácticas profesionales o evaluaciones finales que requieren actividades presenciales, lo que provocó una eventual postergación de actividades. Todo ello retrasó la certificación formal de titulaciones del año 2020, traspasándolas al periodo de titulación 2021.

Junto con lo anterior, es importante señalar que la primera caída en el número de titulaciones a nivel global se da en el año 2019, con una variación del -0,47% respecto del periodo anterior, lo que podría atribuirse inicialmente al estallido social que se produjo en el último trimestre, el cual afectó la finalización normal de los procesos de titulación del año académico.

⁸ Informe 2020 Titulación en Educación Superior, Mayo 2021, <https://www.mifuturo.cl/wp-content/uploads/2021/05/Informe-Titulacion-2020-SIES.pdf>

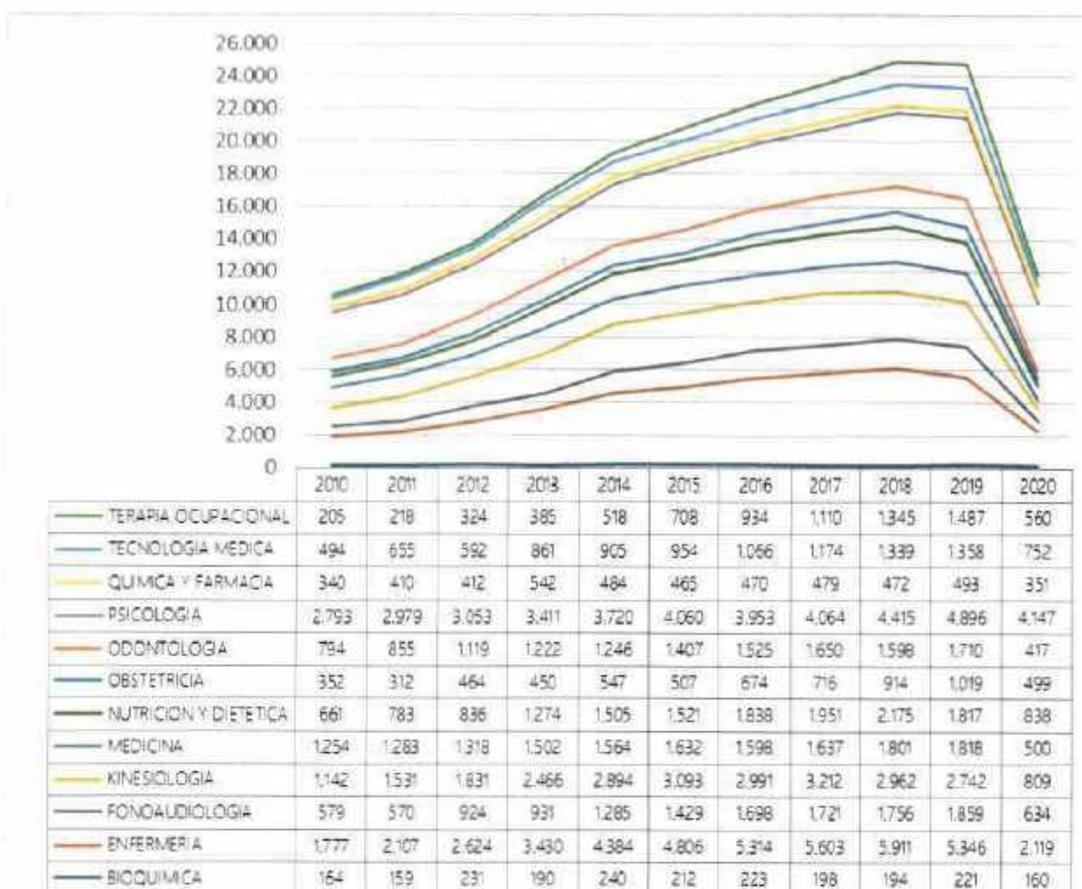


Tabla 9 Evolución del número de titulados en carreras profesionales de la Salud

Carrera	Años											Total	% Variación 2010-2020	% Variación 2019-2020
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
BIOQUIMICA	164	159	231	190	240	212	223	198	194	221	160	2.192	-2,4%	-27,6%
ENFERMERIA	1.777	2.107	2.624	3.430	4.384	4.806	5.314	5.603	5.911	5.346	2.119	43.421	19,2%	-60,4%
FONOAUDILOGIA	579	570	924	931	1.285	1.429	1.698	1.721	1.756	1.859	634	13.966	9,5%	-65,9%
KINESIOLOGIA	1.142	1.531	1.831	2.466	2.894	3.093	2.991	3.212	2.962	2.742	809	25.673	-29,2%	-70,5%
MEDICINA	1.254	1.283	1.318	1.562	1.564	1.632	1.598	1.637	1.801	1.818	500	15.907	-60,1%	-72,5%
NUTRICION Y DIETETICA	661	783	836	1.274	1.505	1.521	1.838	1.951	2.175	1.817	838	15.199	26,8%	-53,9%
OBSTETRICIA	352	312	464	450	547	507	674	716	914	1.019	499	6.454	41,8%	-51,0%
ODONTOLOGIA	794	855	1.119	1.222	1.246	1.407	1.525	1.650	1.598	1.710	417	13.543	-47,5%	-75,6%
PSICOLOGIA	2.793	2.979	3.053	3.411	3.720	4.060	3.953	4.064	4.415	4.896	4.147	41.491	48,5%	-15,3%
QUIMICA Y FARMACIA	340	410	412	542	484	465	470	479	472	493	351	4.918	3,2%	-38,8%
TECNOLOGIA MEDICA	494	655	592	861	905	954	1.066	1.174	1.339	1.358	752	10.150	52,2%	-44,6%
TERAPIA OCUPACIONAL	205	218	324	385	518	708	934	1.110	1.345	1.487	560	7.794	173,2%	-62,3%
Total general	10.555	11.867	13.728	16.664	19.292	20.794	22.784	23.515	24.882	24.766	11.786	200.125	11,7%	-52,4%

Fuente: Procesamiento propio a partir de las bases históricas 2010-2020 del Sistema de Estadística e Información del Ministerio de Educación Superior (SIES-Mineduc)

Gráfico 4 Evolución del número de titulados en carreras profesionales de la salud



Fuente: Procesamiento propio a partir de las bases históricas 2010-2020 del Sistema de Estadística e Información del Ministerio de Educación Superior (SIES-Mineduc)

4 PERSONAL DE SALUD EN LA RED ASISTENCIAL PÚBLICA

La Red Asistencial Pública de salud está conformada por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte de los Servicios de Salud, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud. La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios, y con otras instituciones públicas o privadas que correspondan, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población. La Red Asistencial Pública, conformada por los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud y aquellos de Atención Primaria Municipal alcanza 249.179 funcionarios (as) a diciembre de 2021,

En este contexto, se presenta a continuación el incremento de la dotación de personal en el periodo 2013-2021 que evidencia un 82% de aumento en el Sector Público, como parte de los resultados y acciones abordadas en los diferentes planes y programas que propician un mayor acceso y cobertura de salud a nuestra población, así como el desarrollo de las políticas de gestión de personas impulsadas por el Ministerio de Salud.

Ilustración 3 Evolución de la Dotación de Funcionarios de la Red Asistencial Pública



Fuente: Elaboración propia a partir del SIRH - DIGEDEF diciembre 2013 y 2021, leyes 15.076, 18.834 y 19.654, base de Desempeño Difícil APS de la DIVAP, 2013 y 2021, ley estatuto APS 19.378

Respecto a la composición de la dotación según nivel de atención, a diciembre de 2021, un 41,8% pertenece a la atención primaria (104.257 funcionarios) y un 58,1% de los funcionarios se desempeñan a nivel de los Servicios de Salud (144.922 funcionarios).

En cuanto a la disponibilidad de médicos en la Red Pública, a continuación, se presenta un detalle de médicos generales y especialistas, a partir del Registro Nacional de Prestadores Individuales – SIS, identificando cuántos de ellos se encuentran en desempeño en la Red de Servicios de Salud, APS Dependiente y APS Municipal.

Dado a que no se cuenta con la información del desempeño en otras instituciones y/o establecimientos privados, no es factible aseverar que la diferencia sea sólo asociada a la red privada, o que todos se encuentren activos.

Tabla 10 N° Médicos Generales en RNPI con desempeño en la Red Asistencial Pública a Diciembre de 2021

Médicos	N° Médicos en RNPI	Distribución Red Pública (N° Personas)			N° de Jornadas en los Servicios de Salud	
		Servicios de Salud	APS Dependiente	APS Municipal	N° Jornadas Eq. 44 hrs.	N° Jornadas 28 hrs.
Medicina General	27.308	6.912	402	5.512	5.121,9	1.665

Fuente: *Elaboración propia. Departamento de Planificación RHS y Gestión de la Información a partir del RNPI – SIS, SIRH - DIGEDEP, diciembre 2021. Base de Desempeño Difical APS de la DIVAP 2021.*



Tabla 11 N° Médicos Especialistas en RNPI con desempeño en la Red Asistencial Pública
a Diciembre de 2021

Especialidad / Subespecialidad	N°Especialistas Certificados en RNPI	Distribución Red Pública (N° Personas)			N° de Jornadas en los Servicios de Salud	
		Servicios de Salud	APS Dependiente	APS Municipal	N° Jornadas Eq. 44 hrs.	N° Jornadas 28 hrs.
Anatomía Patológica	369	226	-	-	192,5	-
Anestesiología	2.115	1.146	-	-	336,5	528
Cardiología	862	411	-	2	160,0	84
Cirugía Cardiovascular	88	50	-	-	26,5	4
Cirugía de Cabeza y Cuello y Maxilofacial	113	66	-	-	32,0	9
Cirugía de Tórax	92	46	-	-	19,5	8
Cirugía General	2.487	1.378	-	9	481,0	514
Cirugía pediátrica	490	317	-	2	110,5	109
Cirugía Plástica y Reparadora	49	1	-	-	0,3	-
Cirugía Vascul ar Periférica	12	6	-	-	2,3	1
Coloproctología	1	-	-	-	-	-
Dermatología	628	189	-	1	91,0	-
Diabetología	185	58	-	1	29,8	2
Endocrinología Adultos	207	80	-	1	41,3	7
Endocrinología Pediátrica	80	45	-	-	23,0	1
Enfermedades Respiratorias Adultos	365	137	-	1	60,8	21
Enfermedades Respiratorias Pediátricas	166	78	-	-	35,5	10
Gastroenterología Adultos	446	150	-	-	68,0	17
Gastroenterología Pediátrica	92	48	-	-	23,5	-
Genética Clínica	43	23	-	-	13,5	1
Geriatría	159	74	1	1	41,0	9
Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia	47	15	-	-	6,3	1
Hematología	310	173	-	-	99,0	20
Imagenología	1.411	514	-	3	284,0	29
Infectología	252	157	-	-	71,5	24
Inmunología	153	69	-	-	39,3	2
Laboratorio clínico	345	32	-	1	24,0	1
Medicina de Urgencia	532	298	3	7	49,8	212
Medicina Familiar	1.286	246	75	589	248,8	20
Medicina física y rehabilitación	290	125	1	-	89,5	1
Medicina Intensiva Adultos	257	118	-	-	38,3	44
Medicina Intensiva Pediátrica	130	77	-	-	17,8	42
Medicina Interna	2.031	1.430	-	24	564,0	557
Medicina legal	80	5	-	2	2,0	2
Medicina Materno Fetal	83	29	-	-	11,5	6
Medicina nuclear	70	30	-	1	24,3	1
Nefrología Adulto	184	14	-	-	5,5	3
Nefrología Pediátrica	65	45	-	-	19,0	7
Neonatología	430	202	-	-	57,0	78
Neurocirugía	343	206	-	1	50,0	113
Neurología Adultos	822	435	1	-	206,3	107
Neurología Pediátrica	321	207	-	1	124,8	3
Obstetricia y ginecología	2.350	1.084	5	24	338,0	447
Oftalmología	1.018	363	2	16	162,8	-
Oncología médica	127	15	-	-	10,5	-
Otorrinolaringología	595	228	-	3	125,8	-
Pediatría	2.429	1.194	14	37	333,3	648
Psiquiatría Adultos	1.741	753	9	84	488,3	31
Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia	472	258	7	27	181,3	3
Radioterapia Oncológica	98	47	-	-	40,8	-
Reumatología	143	6	-	-	3,8	-
Salud Pública	729	117	2	30	87,3	12
Traumatología y Ortopedia	1.929	907	-	2	361,5	261
Urología	522	275	-	1	159,8	9
Totales	30.644,0	14.203	170	871	6.113,3	4.009,0

Fuente: Elaboración propia, Departamento de Planificación RNS y Gestión de la Información a partir del RNPI - SIS, SIRH - DIGEDP diciembre 2021, Base de Desempeño Digital APS de la ENRAP 2021.

4.1. DOTACIÓN DE FUNCIONARIOS EN LA RED SERVICIOS DE SALUD

La dotación efectiva de los Servicios de Salud del país alcanza a 144.922 funcionarios al mes de diciembre de 2021, evidenciando un crecimiento de 10,2% respecto del año 2019. Se caracteriza, principalmente por personal de los estamentos de técnicos y profesionales 31,1% y 29,1% respectivamente, seguido del estamento de médicos que representa un 15,0% del total de la dotación. En su conjunto estos tres estamentos constituyen el 75,3% del personal.

Según el tipo de establecimiento con dependencia de los Servicios de Salud, en los Hospitales e Institutos categorizados de alta complejidad se desempeña el 67,4% de la dotación total, seguidos por los establecimientos de baja complejidad, Direcciones de Servicios de Salud, Hospitales de Mediana Complejidad y Establecimientos que brindan atención primaria de salud con dependencia administrativa de los Servicios de Salud con un 10,3%; 9,6%; 8,9% y 3,8% respectivamente.

Tabla 12 Dotación de funcionarios de Servicios de Salud según Estamento y Tipo de establecimiento, al mes de diciembre de 2021, expresado en número de personas

Estamento	Alta Complejidad	Mediana Complejidad	Baja Complejidad	Atención Primaria	Direcciones Servicios de Salud	Total
Administrativos	9.868	1.377	1.848	780	1.718	15.591
Auxiliares	10.481	1.614	2.417	332	1.202	16.046
Bioquímicos	155	6	1	-	23	185
Directivos	105	28	10	1	128	272
Médicos	14.914	1.752	1.547	719	2.860	21.792
Odontólogos	1.075	258	446	368	451	2.598
Profesionales	27.770	3.511	3.596	1.688	5.666	42.231
Químicos Farmacéuticos	695	91	110	42	156	1.094
Técnicos	32.622	4.304	4.951	1.558	1.678	45.113
Total	97.685	12.941	14.926	5.488	13.882	144.922

Fuente: Procesamiento a partir de la Base SIRH de Dotación Efectiva de Servicios de Salud - diciembre de 2021. Elaboración: Depto. Planificación RHS y Gestión de la Información

La distribución de la dotación efectiva de los Servicios de Salud, presenta una fuerte concentración en el rango de edad que fluctúa entre los 25 a 34 años, con una distribución según sexo, que se caracteriza por la preeminencia de las mujeres sobre los hombres, con un 69% y 31% respectivamente.



Tabla 13 Dotación de funcionarios de Servicios de Salud según rango de edades y sexo, al mes de diciembre de 2021, expresado en número de personas

Rango de Edades	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
24 ó menos	667	1,0%	1.837	2,0%	2.504	1,7%
25 - 34	13.870	31,0%	35.527	35,0%	49.397	34,1%
35 - 44	13.274	30,0%	30.613	31,0%	43.887	30,3%
45 - 54	8.192	18,0%	19.312	19,0%	27.504	19,0%
55 - 59	3.855	9,0%	7.878	8,0%	11.733	8,1%
60 - 64	3.328	7,0%	4.145	4,0%	7.473	5,2%
65 y más	1.403	3,0%	1.021	1,0%	2.424	1,7%
Total	44.589	100,0%	100.333	100,0%	144.922	100,0%

Fuente: Procesamiento a partir de la Base SIRH de Dotación Efectiva de Servicios de Salud - diciembre de 2021. Elaboración: Depto. Planificación RRS y Gestión de la Información

En la red de establecimientos dependientes de Servicios de Salud, a diciembre 2021 se contabiliza un total de 152.855 cargos. Consideración a la situación contractual de los funcionarios de los Servicios de Salud, es posible colegir, que el 26.8% corresponde a cargos de personal en calidad jurídica de titular, el 72.7 % contratados y el 0.6% en calidad de suplentes.

Tabla 14 Cargos de personal de los Servicios de Salud según ley estatutaria y calidad contractual, a diciembre de 2021

Ley / Estamento	Contrata	Suplente	Titular	Total
Ley 15076	6.270	23	304	6.597
Médicos	6.179	23	294	6.496
Odontólogos	65	-	10	75
Químicos Farmacéuticos	26	-	-	26
Ley 18834	80.436	804	38.057	119.297
Administrativos	10.191	105	5.298	15.594
Auxiliares	8.805	172	7.069	16.046
Directivos	-	2	237	239
Profesionales	34.313	180	7.810	42.303
Técnicos	27.127	345	17.643	45.115
Ley 19664	24.371	48	2.542	26.961
Bioquímicos	208	1	18	227
Directivos	-	2	31	33
Médicos	20.389	31	1.930	22.350
Odontólogos	2.655	8	464	3.127
Químicos Farmacéuticos	1.119	6	99	1.224
Total	111.077	875	40.903	152.855

Fuente: Procesamiento a partir de la Base SIRH de Dotación Efectiva de Servicios de Salud - diciembre de 2021. Elaboración: Depto. Planificación RRS y Gestión de la Información

Respecto de las jornadas semanales contratadas de los funcionarios de los Servicios de Salud, el 83.6% corresponde a cargos de personal con jornadas de 44 horas, mientras que el 3,1%; 8%; 4,3% y 0,9% corresponde a cargos de personal con jornadas de 11; 22; 28 y 33 horas respectivamente.

Tabla 15 N° de cargos de personal de las Servicios de Salud según ley estatutaria y estamento y jornadas a diciembre de 2021

Ley / Estamento	Horas Semanales					Total
	11	22	28	33	44	
Ley 15076	0	0	6.597	0	0	6.597
Médicos	-	-	6.496	-	-	6.496
Odontólogos	-	-	75	-	-	75
Químicos Farmacéuticos	-	-	26	-	-	26
Ley 18834	0	786	0	4	118.507	119.297
Administrativos	-	1	-	-	15.593	15.594
Audifares	-	-	-	-	16.046	16.046
Directivos	-	-	-	-	239	239
Profesionales	-	784	-	3	41.516	42.303
Técnicos	-	1	-	1	45.113	45.115
Ley 19664	4.794	11.484	0	1.398	9.285	26.961
Bioquímicos	31	44	-	19	133	227
Directivos	-	-	-	4	29	33
Médicos	4.186	10.056	-	1.115	6.993	22.350
Odontólogos	499	1.150	-	222	1.256	3.127
Químicos Farmacéuticos	78	234	-	38	874	1.224
Total	4.794	12.270	6.597	1.402	127.792	152.855

Fuente: Procesamiento a partir de la Base SIRH de Dotación Efectiva de Servicios de Salud - diciembre de 2021. Elaboración Depto. Planificación RHS y Gestión de la Información



4.2. DENSIDADES EQUIPO NUCLEAR

En atención a las densidades del equipo nuclear, establecido por profesionales médicos, de la enfermería y matronería, en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, según jornadas equivalentes, se evidencia a nivel nacional un paulatino ascenso, pasando de una densidad de 23,6 jornadas por 10.000 beneficiarios FONASA a 25,9 entre los años 2019 y 2021.

El siguiente gráfico, permite apreciar el mejoramiento del acceso de la población a la atención en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, presentando densidades de equipos nucleares superiores en los Servicios de Salud regionales del extremo sur (Aysén y Magallanes), el Servicio de Salud Araucanía Norte y Talcahuano.

Si bien es cierto, entre los años 2019 y 2021 se manifiesta una evolución, los Servicios de Salud con densidades menores de equipo nuclear a nivel nacional corresponde a los Metropolitanos Norte, Sur, Sur Oriente y los Servicios de Salud Viña del Mar – Quillota, O'Higgins y Maule.



4.3. MIGRACIONES MÉDICOS Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Para identificar los ingresos de personal de salud en el país, se considera el Registro Nacional de Prestadores – RNPI, identificando el país de origen de la titulación. Gran parte de la dotación de personal ha obtenido su respectiva titulación en establecimientos educacionales nacionales, siendo un 3.26% (4.720 personas) que se ha titulado en el extranjero. De este grupo se destaca los profesionales médicos, un total de 4.230 profesionales titulados en el extranjero se encontraban a diciembre de 2021 ejerciendo en establecimientos dependientes de los Servicios de Salud; cifra que representa el 25% del total de médicos titulados en el extranjero con Registro Nacional de Prestadores – RNPI (diciembre 2021); provenientes principalmente de Venezuela, Ecuador y Cuba.

Tabla 16 Médicos Cirujanos de los Servicios de Salud con titulación en el extranjero, con desempeño en Servicios de Salud

Año	Argentina	Bolivia	Colombia	Cuba	Ecuador	Venezuela	Otros países	Total
2019	107	206	300	381	611	1.447	962	4.014
2020	119	227	339	422	630	1.901	338	3.976
2021	127	248	370	442	633	2.167	243	4.230

Fuente: Procesamiento a partir de la Base SIREI de Dotación Efectiva de Servicios de Salud - diciembre de 2021. Elaboración Depto. Planificación RHS y Gestión de la Información.

Respecto de las y los profesionales de la enfermería, entre los años 2019 y 2021 se aprecia una dotación estable y reducida que no supera las 250 funcionarias (os); siendo los principales países de titulación: Colombia, Perú y Ecuador.

Tabla 17 Enfermeras de los Servicios de Salud con titulación en el extranjero, con desempeño en Servicios de Salud

Año	Brasil	Colombia	Ecuador	Perú	Uruguay	Venezuela	Otros países	Total
2019	11	67	46	69	13	9	17	232
2020	11	72	48	70	12	14	19	246
2021	12	76	47	69	12	15	18	249

Fuente: Procesamiento a partir de la Base SIRS de Dotación Efectiva de Servicios de Salud - diciembre de 2021. Elaboración Depto. Planificación RHS y Gestión de la Información.

5

SISTEMA DE PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Considerando la creciente necesidad de avanzar hacia la cobertura sanitaria universal, resulta preponderando para los sistemas de salud de los países, progresar en el desarrollo de personal sanitario que permita alcanzar este desafío.

Existe un reconocimiento sostenido de que la realización progresiva de la cobertura universal de salud depende de una fuerza de trabajo de salud suficiente, no sólo en cantidad adecuada, sino que además con las competencias necesarias, bien distribuidos geográficamente y en los diferentes niveles de atención, con los mecanismos adecuados para atraer, reclutar y retener al personal calificado.

Según lo expresado por expertos en la materia⁹, se requiere de una optimización de la gestión del personal sanitario mediante el abordaje de los diferentes campos de acción identificados por el Marco de Acción de Recursos Humanos para la Salud, de una forma interrelacionada y que necesariamente cuente con una fuerte capacidad para la administración eficaz de la política de personal sanitario.

Ilustración 4 Campos de Acción identificados por el Marco de Acción de Recursos Humanos para la Salud



Fuente: a partir de "Desarrollo del Personal Sanitario para la Cobertura sanitaria universal". Giorgio Cometto et al.

⁹ Developing the health workforce for universal health coverage: Giorgio Cometto et al.

Es preciso señalar que existen otros factores fuera del control de los responsables de la formulación de políticas en el sector de la salud, que a su vez tienen un papel fundamental en la determinación de la viabilidad política, técnica y financiera, así como la sostenibilidad de las políticas y acciones del personal sanitario.

En este sentido, se destaca que una gobernanza adecuada sustentará el éxito de los objetivos planteados, para garantizar el funcionamiento del sistema y respalde la articulación con los diferentes actores relevantes para el desarrollo del personal sanitario.

Múltiples son los desafíos en materia de disponibilidad y distribución de personal de salud para alcanzar una dotación adecuada en el Sistema Público de Salud, desde la eficiencia de los recursos asignados, disponer de un presupuesto acorde a las definiciones de nuevos requerimientos de equipos de salud que faciliten la respuesta a nuevas demandas de atención de salud de nuestra población, de acuerdo a los cambios demográficos y epidemiológicos, entre otros.

En el entendido que no existen prácticas únicas para afrontar las diferentes exigencias en cada campo de acción, así como la dinámica permanente de los factores influyentes sobre la demanda y oferta de profesionales de salud, ha sustentado la priorización de un Sistema de Planificación de Recursos Humanos en Salud - RHS, que permita sentar las bases de análisis permanente, incorporando la contribución de las diferentes fuerzas influyentes en este objetivo, de manera de prever las necesidades de dotación de personas, en un tiempo y espacio determinado, en consistencia con el Modelo de Atención de Salud y la Red Asistencial Pública, así como a enfrentar la demanda creciente de equipos de salud con una mayor especialización y con competencias necesarias para brindar una atención con estándares de calidad y seguridad requeridos.

En este sentido, se ha abordado el desarrollo de un Sistema de Planificación de Recursos Humanos en Salud, que contempla escenarios proyectivos (Corto – Mediano y Largo plazo); evaluación permanente de los Estándares de Desempeño; Análisis de Costos, así como un Monitoreo de los avances de Cierre de Brechas, entre otros ámbitos prioritarios.



Ilustración 5 Sistema de Planificación de Recursos Humanos en Salud



Fuente: Elaboración propia - Depto. Planificación RHS y Gestión de la Información.

6

BRECHAS DE PERSONAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

Responder a la necesidad de un Sistema de Salud acorde a las exigencias y demandas de salud de la población, que permita garantizar el derecho de salud y avanzar a una salud con cobertura y acceso universal, conlleva implícitamente la necesidad de disponer de una fuerza laboral que permita alcanzar dicho desafío.

Dada las características del sector salud, su gran valor está en disponer de equipos de salud no sólo en cantidad suficiente, sino que además con las competencias necesarias, bien distribuidos geográficamente y en los diferentes niveles de atención, además contar con los mecanismos adecuados para atraer, reclutar y retener a los equipos de salud calificados.

En este contexto, desde la Planificación de Recursos Humanos en Salud se abordan diferentes líneas tendientes a identificar -anualmente- las necesidades de personal sanitario, desde aquellos requerimientos asociados a proyectos de inversión de infraestructura y equipamiento de salud como aquellos relacionados a las salidas o egresos del sector, que incluye el incentivo al retiro para los funcionarios.

Asimismo, se aborda las gestiones tendientes a disponer de los recursos presupuestarios para estos requerimientos, de acuerdo a una programación de cierre de brechas y propuestas anuales de formulación presupuestaria, asociada al Subtítulo 21.

En virtud de lo señalado, se presentan las brechas detectadas en el Plan Nacional de Inversiones, Plan Nacional de Cáncer y las Brechas de Reemplazo, éstas últimas referidas a los egresos del sector, destacando que los resultados de brechas de médicos especialistas, se encuentran asociadas a las especialidades certificadas.



6.1. BRECHAS DE PERSONAL ASOCIADAS AL PLAN NACIONAL DE INVERSIONES HOSPITALARIAS

El Plan Nacional de Inversiones tiene por objetivo fortalecer la Red de Salud y generar un cambio oportuno y concreto a las múltiples necesidades de la población, a través de la construcción, reposición, mantenimiento y mejoramiento de infraestructura sanitaria, fortaleciendo la atención de salud con estándares de calidad, eficiencia energética, tecnología de última generación, espacios amigables, construcciones seguras y con pertinencia cultural, entre otras características que materializan el derecho a una Salud digna.

El Plan considera que para el año 2026 se dispondrá de 57 nuevos hospitales terminados, que en su conjunto aportarán aproximadamente 12.400 camas a la red pública de salud, de las cuales 4.000 corresponden a nuevos dispositivos.

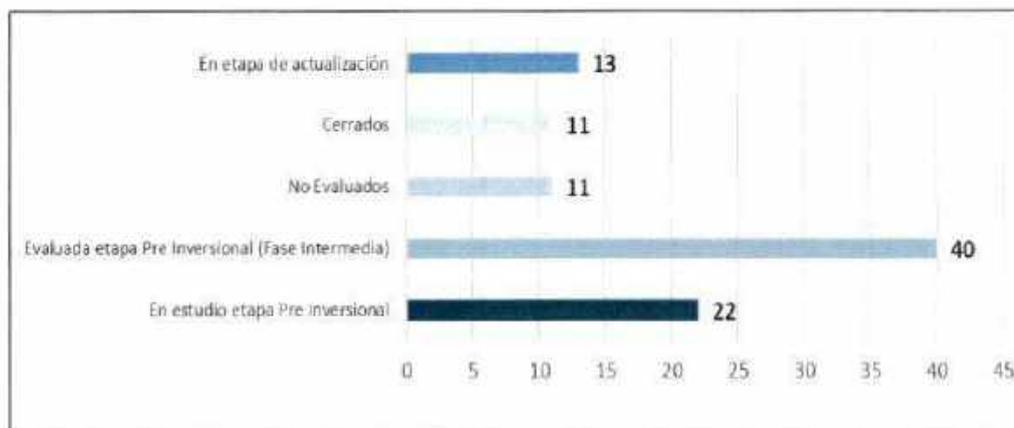
En este ámbito de acción, las proyecciones de dotación, para los planes de gobierno, son relevadas a través del desarrollo del módulo de recursos humanos de los estudios de preinversión, a fin de determinar la suficiencia y disponibilidad de personal para el adecuado funcionamiento de los establecimientos hospitalarios en cartera de inversión, en función de las nuevas condiciones de organización, infraestructura, equipamiento y niveles de producción, entre otras variables.

Desde esta perspectiva y en función del proceso de planificación de recursos humanos en salud, las propuestas que resulten de este módulo se orientan a fortalecer y optimizar la gestión del recurso humano desde una perspectiva integral, situación que se desarrolla en tres momentos: Diagnóstico-Oferta, Demanda-Brecha y Actualización de la Demanda-Brecha, siendo los dos primeros consecutivos en el tiempo y el último, en la puesta en marcha del establecimiento en proyecto.

Conforme al estado de avance de evaluación del RR.HH. de los proyectos en cartera de inversión, a diciembre del año 2021, 64 proyectos cuentan con la evaluación de pre inversión certificada (11 proyectos cerrados; 40 en una fase intermedia la que responde a un periodo de latencia dado entre la etapa preinversión, de ejecución y puesta en marcha de cada proyecto y 13 proyectos en etapa de actualización de demanda y brecha), además se encuentran 22 en evaluación de su fase estudio de preinversión, tal como se muestra el siguiente gráfico:



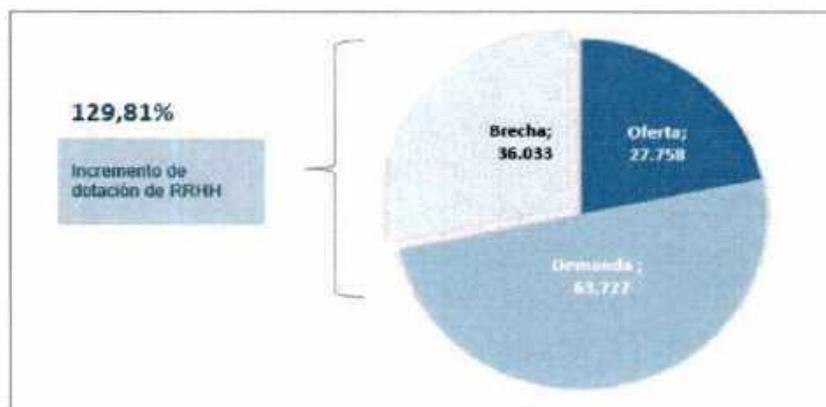
Gráfico 6 Estado de Avance Evaluación Módulo de RHS



Fuente: elaboración propia – Depto. Planificación RHS y Gestión de la Información

A partir del avance de evaluación descrita del módulo de RR.HH. se define una brecha de personal que asciende a 36.033 cargos en jornadas completas, cifra que representa un 129.81% de incremento de dotación de personal en los proyectos de establecimientos hospitalarios.

Gráfico 7 Incremento Porcentual Recursos Humanos



Fuente: elaboración propia – Depto. Planificación RHS y Gestión de la Información

Considerando el desarrollo de la cartera de inversión en infraestructura hospitalaria, a continuación, se presenta las estimaciones de requerimiento de personal de aquellos proyectos cerrados, evaluados en su etapa preinversional (fase intermedia) y los que se

encuentran en proceso de actualización, según Macrorregión y Servicio de Salud, considerando su avance de cierre de brechas a diciembre de 2021:

Tabla 18 Brechas de Recursos Humanos de equipos de salud, expresado en N° de Cargos equivalentes, según ley de contratación y Macrorregión, a diciembre de 2021

Macrorregión	Brecha RR.HH. al 30/12/2021			Total Brecha
	Ley 15076	Ley 19664	Ley 18834	
Norte	93	107	856	1.056
Centro Norte	403	498	4.999	5.900
Metropolitana	723	925	7.419	9.067
Centro Sur	218	312	2.979	3.508
Sur	181	222	2.429	2.832
Extremo Sur	140	199	2.093	2.432
Totales	1.758	2.263	20.775	24.795

Fuente: elaboración propia - Depto. Planificación RRS y Gestión de la Información

Los cargos indicados corresponden a jornadas equivalentes a 28 hrs. en el caso de la ley N° 15076 y equivalentes a jornadas de 44 horas semanales en el caso de las leyes N° 19664 y N° 18834.

Tabla 19 Brechas de Cargos Proyectos de Inversión Hospitalaria

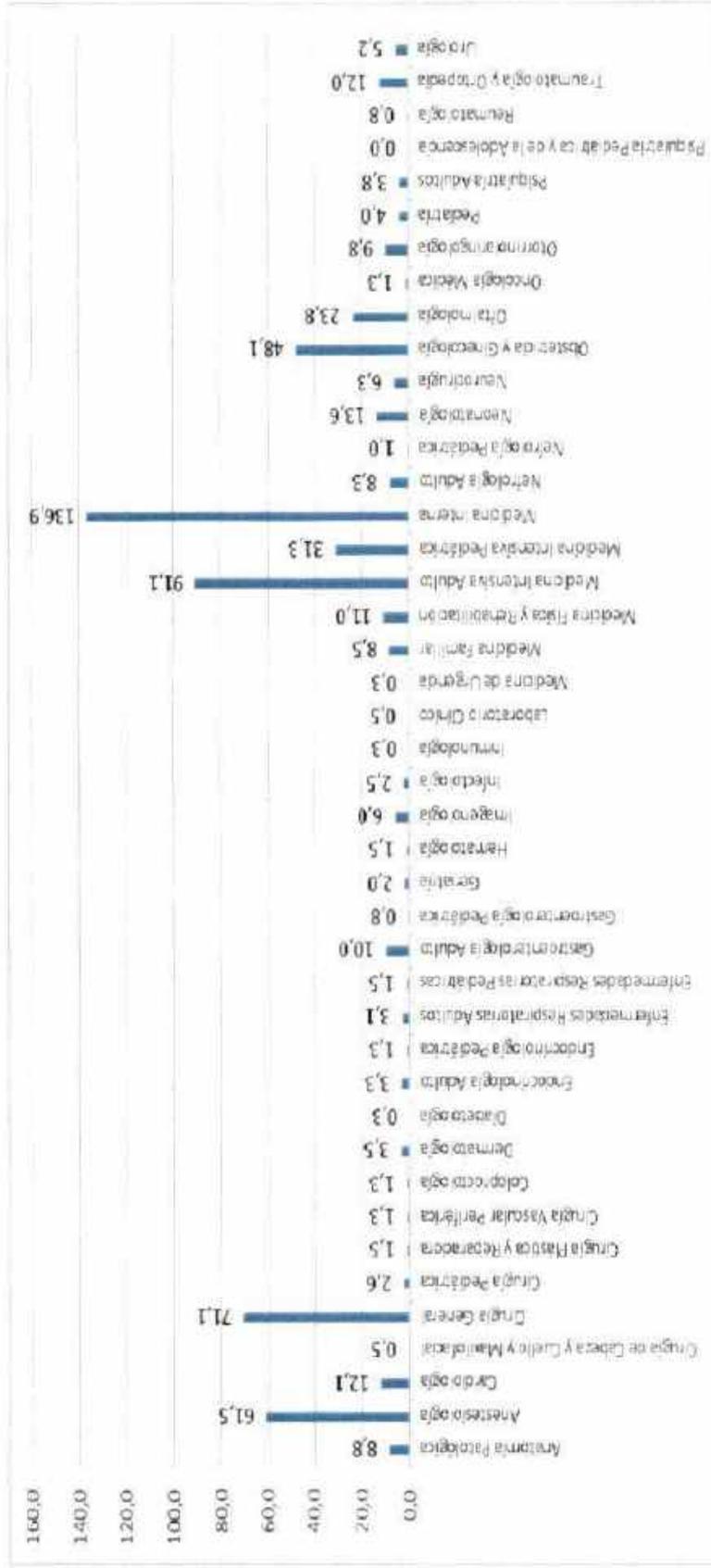
Servicio de Salud	N° Cargos de Brecha
Aconcagua	15
Antofagasta	179
Araucanía Norte	228
Araucanía Sur	328
Arauco	283
Atacama	68
Aysén	44
Bío Bío	152
Chiloé	278
Concepción	1320
Coquimbo	4380
Iquique	810
Maule	1789
Metropolitano Norte	2718
Metropolitano Occidente	726
Metropolitano Oriente	1040
Metropolitano Sur	1903
Metropolitano Sur Oriente	2679
Ñuble	400
O'higgins	1719
Reloncaví	992
Talcahuano	449
Valdivia	790
Valparaíso - San Antonio	224
Viña del Mar - Quillota	1281
Totales	24.795

Fuente: elaboración propia - Depto. Planificación RRS y Gestión de la Información



A continuación, se presentan las brechas asociadas a médicos especialistas de los proyectos de inversión que se encuentran en proceso de ejecución de obras con evaluación de requerimientos de personal a diciembre de 2021, que incorpora la evaluación de oferta de cada uno de los establecimientos en este proceso de normalización.

Gráfico 8 Brecha de médicos especialistas en los Proyectos de Inversión en fase de ejecución de obras al mes de diciembre de 2021, expresada en jornadas equivalentes a 44 horas semanales



Fuente: Elaboración propia - Depto. Estudios, Planificación y Control de Gestión Área de Personal

6.2. BRECHAS DE PERSONAL ASOCIADAS AL PLAN NACIONAL DE CÁNCER

El Plan Nacional de Cáncer¹⁰, se plantea como una iniciativa orientada a las personas, y su trayectoria de vida. Apunta a mejorar la calidad de vida de los chilenos por medio de la prevención, el diagnóstico precoz y un tratamiento óptimo, integral y eficaz para la enfermedad de cáncer, en el lugar, tiempo y con los profesionales correctos, todo ello en el contexto del aumento de la morbilidad por enfermedades no transmisibles, especialmente por cáncer, que a partir del año 2019 se está consolidando como la principal causa de muerte en la población.

Se ha incorporado al sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) una cantidad de veintiún problemas de salud relacionados con el cáncer, incluyendo cuidados paliativos y, recientemente ha establecido al cáncer como un problema prioritario para la salud pública del país, lo que moviliza a la creación de un Plan Nacional de Cáncer el año 2018, el cual es relevado por medio de la promulgación de la Ley N°21.258 que crea la Ley Nacional del Cáncer, la cual en el título I, artículo 3° aborda el Plan Nacional del Cáncer y su elaboración, indicando que el Ministerio de Salud es el responsable de su elaboración. También indica cuál es el objetivo de este plan: "diseño de medidas y propuestas de implementación de estas mismas para el cumplimiento de los objetivos de la Ley que son establecer las causas y prevenir el aumento de incidencia del cáncer por medio del adecuado tratamiento integral y recuperación de las personas con cáncer".

Respecto a los contenidos del nuevo Plan Nacional de Cáncer 2022-2027, la Ley indica que se debe considerar:

- Políticas de formación de recurso humano para el tratamiento del cáncer: especialistas médicos y otros profesionales de la salud e investigadores.
- Programas de capacitación o acompañamiento para familias y personas a cargo de enfermos de cáncer.
- Medidas de difusión sobre prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento e investigación del cáncer y modo de enfrentar consecuencias económicas y sociales.
- Diseñar, ejecutar y evaluar programas de prevención de factores de riesgo de cáncer, especialmente de cesación de productos de tabaco y sus derivados, promoviendo en los establecimientos de atención primaria de salud los tratamientos para la rehabilitación y para superar la dependencia.

¹⁰ <https://leydelcancer.minsal.cl/documentos/Mapa-general-del-Plan-Nacional-de-Cancer-2022-2027.pdf>



- Desarrollar guías clínicas, protocolos y orientaciones técnicas que deban ser aprobadas en el marco de dicho plan.

Las cinco líneas estratégicas consideradas en el Plan Nacional de Cáncer, las que se definen los objetivos, son las siguientes:

- Línea estratégica 1: Promoción, educación y prevención primaria.
- Línea estratégica 2: Provisión de servicios asistenciales.
- Línea estratégica 3: Fortalecimiento de la Red Oncológica.
- Línea estratégica 4: Fortalecimiento de los sistemas de registro, información y vigilancia.
- Línea estratégica 5: Rectoría, regulación y fiscalización.

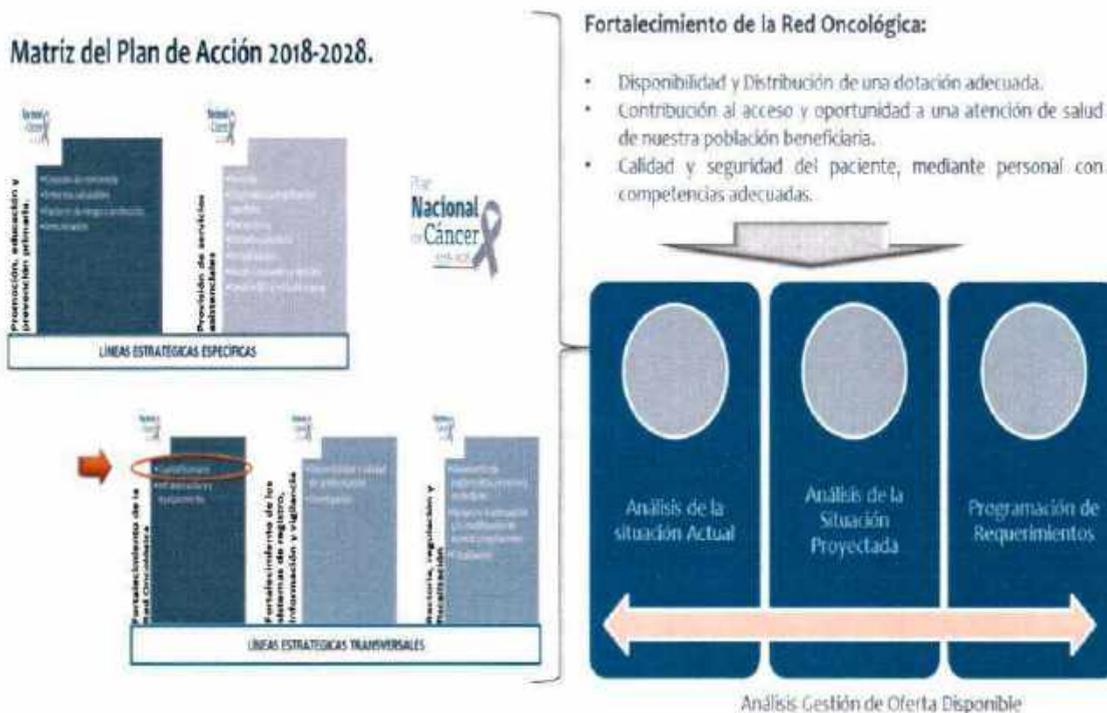
Ilustración 6 Líneas Estratégicas Plan Nacional de Cáncer 2018-2028



Fuente: Departamento del Manejo Integral del Cáncer y Otros Tumores, DIPRECE

La contribución a la Línea Estratégica Fortalecimiento de la Red Oncológica desde la planificación de los recursos humanos se aborda mediante la incorporación a un proceso permanente de trabajo, cuyo enfoque se orienta principalmente al desarrollo de diferentes etapas que permita aportar a la disponibilidad y distribución de una dotación adecuada de personal especializado; a un mayor acceso a la atención de salud especializada de nuestra población beneficiaria; a la calidad y seguridad del paciente, entre otros, que facilitarán la implementación de las diferentes iniciativas del Plan.

Ilustración 7 Líneas de Acción de Planificación de RHS – Plan Nacional de Cáncer 2018-2028



Fuente: Elaboración Propia, Departamento de Planificación RHS y Gestión de la Información, según líneas estratégicas Plan Nacional de Cáncer

Es importante señalar, que el ámbito de capital humano no sólo involucra la definición de Requerimientos de Dotación Necesaria para la implementación del Plan Nacional de Cáncer, sino además otros aspectos, tales como: Fortalecimiento de competencias a los equipos de salud; Formación de Especialistas, Certificación de Especialidades; Evaluación de las estrategias de retención/atracción al personal especializado; entre otros aspectos relevantes para avanzar en la disponibilidad de dotaciones adecuadas.

En este acápite, se dan a conocer las estimaciones realizadas de brechas de médicos y equipo de salud asociadas a proyectos de nuevos centros e iniciativas de inversión relacionados a la oncología que forman parte de la Cartera Nacional de Inversiones, en la línea de Fortalecimiento de la Red Oncológica, que contempla acciones tendientes a disminuir las brechas existentes no sólo en términos de infraestructura y equipamiento, sino que además en términos de capital humano, donde se contemple una mayor disponibilidad de profesionales capacitados y especializados en los diferentes centros para la atención de pacientes con cáncer.

En este sentido, a diciembre de 2021, se encuentran los siguientes proyectos oncológicos con su Módulo de RR.HH. evaluado, que involucra un total de 1639 cargos requeridos para la habilitación de las siguientes iniciativas:

Tabla 20 Brecha de Cargos Proyectos de Inversión Red Oncológica con fase de inversión evaluada según Servicio de Salud, al 31 de diciembre de 2021

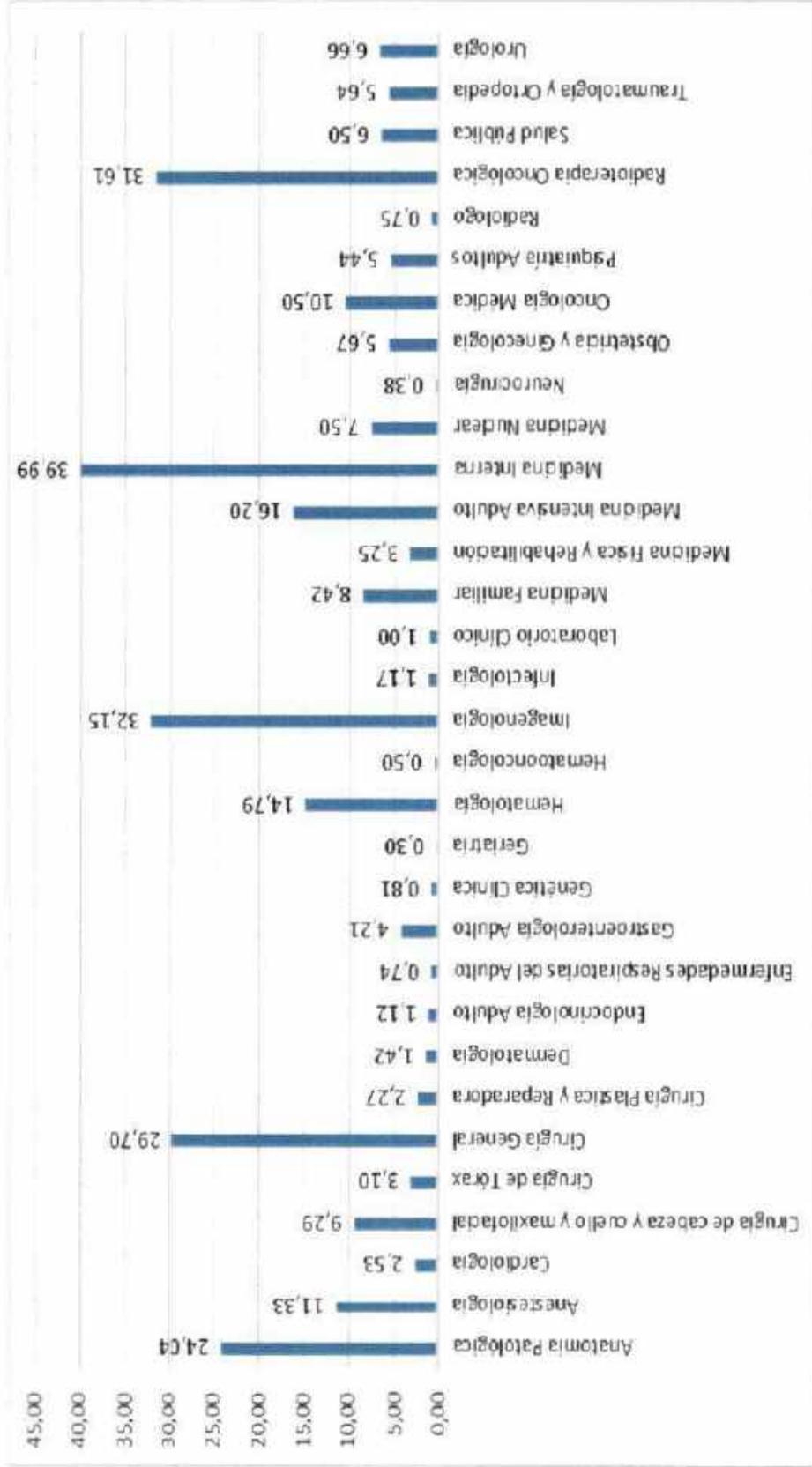
Servicio de Salud	Establecimiento en Proyecto	N° Cargos de Brecha
Iquique	Hospital de Iquique - Habilitación y Mejoramiento Red Oncológica	80
Iquique	Hospital de Iquique - Proyecto Ampliación Unidad de Anatomía Patológica	26
Antofagasta	Mejoramiento Quimioterapia Centro Oncológico del Norte, Antofagasta	11
Atacama	Hospital de Copiapó - Construcción Centro Oncológico de la Región de Atacama	105
Metropolitano Sur Oriente	Complejo Asistencial Sotero del Río - Fortalecimiento de la Red Oncológica	58
Metropolitano Norte	Instituto Nacional del Cáncer	966
Concepción	Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente - Mejoramiento Servicio Hematología Intensiva	45
Araucanía Sur	Hospital Dsr. Hernán Henríquez Aravena - Construcción Unidad de Oncología Integral	306
Reloncavi	Hospital de Puerto Montt - Mejoramiento Oncología	42

Fuente: elaboración propia - Depto. Planificación RRS y Gestión de la Información.

De las brechas de cargos detectadas, se indica a continuación la apertura de requerimientos de especialidades médicas que irrogan estos proyectos de inversión, expresado en jornadas equivalentes a 44 horas semanales:



Gráfico 9 Brecha de médicos especialistas Proyectos de Inversión Red Oncológica al mes de diciembre de 2021, expresada en jornadas equivalentes a 44 horas semanales.



Fuente: Elaboración propia - Depto. Estudios, Planificación y Control de Gestión, Área de Personal

6.3. BRECHAS DE REEMPLAZO

Considerando la dinámica natural de la oferta de personal en la Red Asistencial Pública, se contempla dentro de los procesos anuales que se abordan en las líneas de planificación de recursos humanos, las estimaciones del universo del personal en edad de jubilar, quienes pasarán a constituir parte de los potenciales egresos durante un periodo de análisis y que representan las brechas de reemplazo.

En el presente acápite, se aborda el potencial egreso de personal de salud durante el periodo 2022-2025, en los diferentes establecimientos asistenciales de la Red de Servicios de Salud. Para la proyección del personal que se acogerá a retiro en los próximos años, se tomó como base lo observado en el grupo que se acogió a incentivo al retiro y presentará su renuncia voluntaria antes del 1º mayo del presente año. Se incorporó al análisis la información referente a la Ley 19.404 respecto al Trabajo Pesado, los funcionarios que se encuentra afectos a esta ley pueden adelantar su fecha de jubilación en 5 a 10 años.

En base a los casos observados, el personal cuya labor ha sido reconocida como Trabajo Pesado se retiran en promedio a los 65,1 años en el caso de los hombres (Min = 60 años y Max = 71 años, DS = 1,4 años) y las mujeres a los 62 años (Min = 57 años y Max = 69 años, DS = 2,1 años). En tanto el personal no acogido a la Ley 19.404, en promedio los hombres se retiran a los 66.8 años (Min = 65 años y Max = 71 años, DS = 1.6 años) y las mujeres a los 63.4 años (Min = 60 años y Max = 71 años, DS = 2,1 años). Dado el análisis realizado se tomó como criterio que la edad para acogerse a jubilación corresponde a los 67 años en el caso de los hombres y a los 65 años en el caso de las mujeres, no acogidos a la Ley de Trabajo Pesado. En tanto el personal acogido a dicha ley la edad de retiro sería de 65 y 62 años para hombres y mujeres respectivamente.

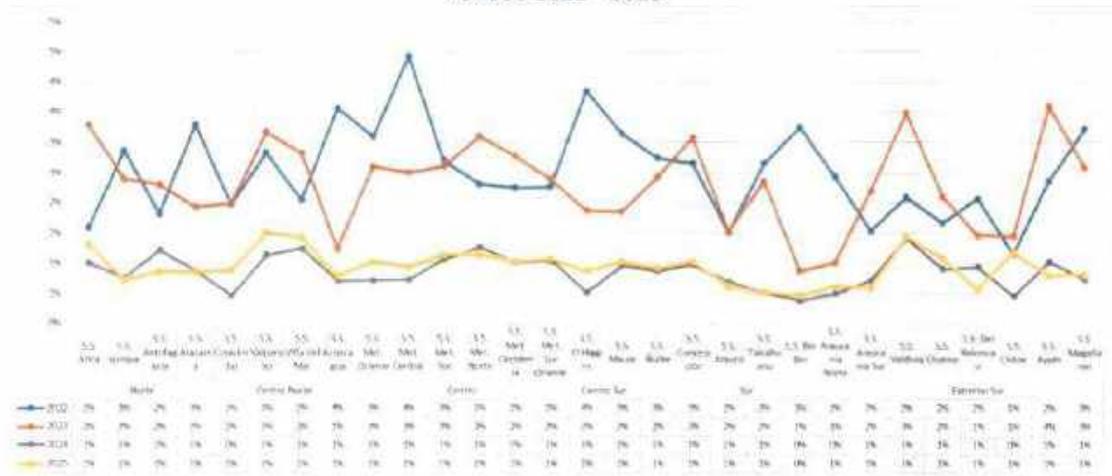
El documento se desarrolla dando respuesta al número de personas con la edad contemplada, según la Planta a la que pertenece, detallando la cantidad de horas semanales contratadas en los diferentes tipos de contratos de horas semanales (11, 22,28, 33 y 44 hrs.), expresando además las jornadas equivalentes a 44 horas semanales que representan.

En base a los criterios señalados, se estima que en el periodo 2022 – 2025 un total de 10.370 personas se acogerían a retiro, lo que representa a 9.561 jornadas equivalentes de 44 horas. El total de personas que potencialmente se acogerían a retiro en el periodo corresponde a un 7,2% de la dotación efectiva, a diciembre 2021. Controlando por el número total de



personal de dotación efectiva, el Servicio de Salud Valparaíso presentaría el mayor porcentaje de personas que se acogerían a retiro en el periodo, con un total de 449 personas, equivalente a un 9.1% de su dotación efectiva, lo que se traduce en 410 jornadas de 44 horas, correspondiente a 8.7% del total de jornadas equivalentes de 44 horas a diciembre 2021.

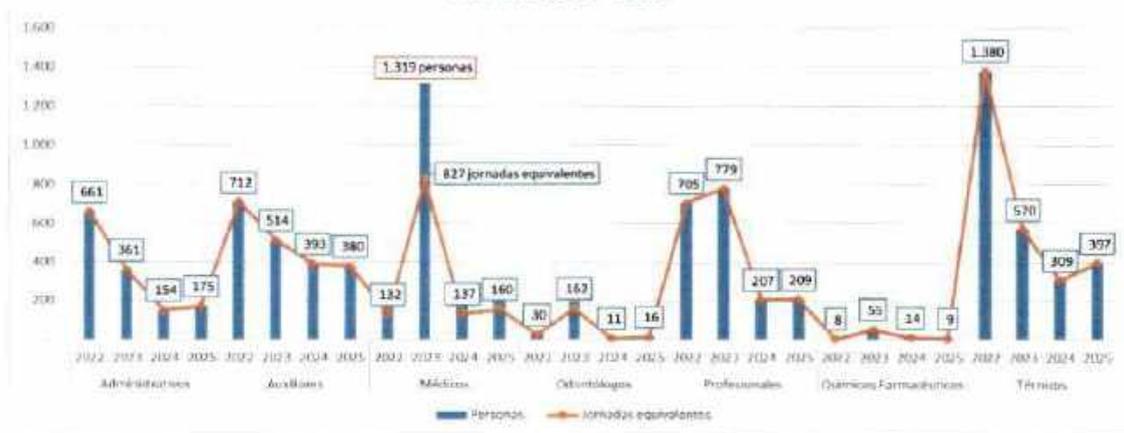
Gráfico 10 Proyección de porcentaje de egresos en Jornadas Equivalentes según Servicio de Salud, Periodo 2022 - 2025



Fuente: Estimación a partir de dotación de Servicios de Salud y Establecimientos Experimentales. Base SIRH a diciembre de 2021. Procesamiento Depto. Planificación RHIS y Gestión de la Información

Al analizar la estimación realizada por planta, en el periodo 2022-2025, se proyecta que en año 2023 el mayor número de profesionales médicos se acogerían a retiro. De acuerdo con la estimación realizada en el año 2023 un total de 1.319 profesionales médicos, lo que se traduce en 827 jornadas equivalentes de 44 horas, potencialmente se acogerían a retiro.

Gráfico 11 Proyección de Egresos en Número de Personas y Jornadas Equivalentes según Planta, Periodo 2022 - 2025



Fuente: Estimación a partir de dotación de Servicios de Salud y Establecimientos Experimentales, Base SIRH a diciembre de 2021. Procesamiento Depto. Planificación RHIS y Gestión de la Información

Tabla 21 Estimación de Egresos de funcionarios según Macrorregión y Planta, Periodo 2022 – 2025

Macro Región	Planta	2022			2023			2024			2025		
		N Personas	Total horas semanales	N Jornadas equivalentes a 44 horas	N Personas	Total horas semanales	N Jornadas equivalentes a 44 horas	N Personas	Total horas semanales	N Jornadas equivalentes a 44 horas	N Personas	Total horas semanales	N Jornadas equivalentes a 44 horas
Norte	Administrativos	57	2.308	57	39	1.718	39	20	880	20	15	660	15
	Auxiliares	68	1.992	68	43	1.892	43	45	1.580	45	30	1.320	30
	Bioquímicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Directivos	3	132	3	2	88	2	2	77	2	2	88	2
	Médicos	7	171	4	99	2.906	66	25	716	16	13	327	2
	Odontólogos	1	33	1	12	451	10	2	44	1	3	99	2
	Profesionales	60	2.640	60	82	3.586	82	12	528	12	19	836	19
	Químicos Farmacéuticos	-	-	-	4	176	4	1	44	1	2	88	2
	Técnicos	83	3.052	83	42	1.848	42	24	1.056	24	31	1.364	31
Sub-total		279	12.128	274	123	12.663	288	131	5.325	121	113	4.782	109
Centro Norte	Administrativos	85	3.740	85	54	2.376	54	24	1.056	24	18	1.672	38
	Auxiliares	87	3.828	87	75	3.300	75	59	2.536	59	63	1.772	63
	Bioquímicos	2	88	2	-	-	-	2	88	2	1	44	1
	Directivos	3	132	3	7	308	7	1	44	1	-	-	-
	Médicos	43	1.102	25	187	4.839	110	40	664	20	50	1.362	31
	Odontólogos	5	209	5	31	1.188	27	1	22	1	3	88	2
	Profesionales	106	4.664	106	122	5.302	121	30	1.298	30	42	1.804	41
	Químicos Farmacéuticos	3	110	3	11	484	11	4	176	4	2	88	2
	Técnicos	188	8.272	188	107	4.708	107	52	2.288	52	74	3.256	74
Sub-total		522	21.145	503	584	23.505	511	213	8.432	192	273	11.086	252
Centro Sur	Administrativos	241	10.604	241	121	5.324	121	61	2.684	61	56	2.464	56
	Auxiliares	208	6.152	208	147	6.468	147	112	4.928	112	59	4.356	59
	Bioquímicos	-	-	-	4	176	4	-	-	-	1	33	1
	Directivos	6	264	6	20	913	21	2	88	2	4	209	5
	Médicos	68	1.783	41	534	14.714	318	82	2.204	50	94	2.591	59
	Odontólogos	7	286	7	54	1.623	27	4	110	3	7	275	6
	Profesionales	223	9.790	223	262	11.462	261	75	3.278	75	76	3.344	76
	Químicos Farmacéuticos	4	176	4	25	1.089	25	3	132	3	1	44	1
	Técnicos	488	21.672	488	179	7.876	179	105	4.620	105	148	6.512	148
Sub-total		1.265	53.527	1.217	1.266	49.645	1.128	448	18.044	419	488	19.828	481
Centro Sur	Administrativos	79	1.476	79	30	1.320	30	9	396	9	15	660	15
	Auxiliares	118	5.192	118	66	2.904	66	34	1.496	34	45	1.980	45
	Bioquímicos	-	-	-	1	44	1	-	-	-	-	-	-
	Directivos	3	132	3	2	176	4	1	44	1	1	44	1
	Médicos	36	875	20	95	2.496	57	23	694	16	20	618	14
	Odontólogos	6	264	6	18	792	18	2	88	2	2	44	1
	Profesionales	105	4.642	106	60	2.618	60	20	880	20	15	660	15
	Químicos Farmacéuticos	-	-	-	3	88	3	1	44	1	-	-	-
	Técnicos	177	7.788	177	37	1.628	37	29	1.276	29	51	2.244	51
Sub-total		524	22.368	508	311	12.066	274	119	4.918	112	149	6.250	142
Sur	Administrativos	123	5.412	123	54	2.376	54	17	748	17	19	836	19
	Auxiliares	132	5.808	132	72	3.168	72	73	3.252	73	69	3.036	69
	Bioquímicos	-	-	-	2	88	2	-	-	-	2	77	2
	Directivos	1	44	1	4	176	4	2	88	2	2	88	2
	Médicos	23	765	17	193	5.632	128	26	655	15	35	919	21
	Odontólogos	9	341	8	49	1.799	41	3	132	3	3	66	3
	Profesionales	118	5.192	118	121	5.302	121	26	1.144	26	29	1.276	29
	Químicos Farmacéuticos	1	44	1	7	297	7	2	88	2	3	132	3
	Técnicos	255	11.220	255	87	3.828	87	36	1.584	36	41	1.804	41
Sub-total		668	28.826	655	589	22.666	515	185	7.651	174	202	8.234	187
Extremo S	Administrativos	76	3.344	76	63	2.772	63	23	1.012	23	32	1.408	32
	Auxiliares	99	4.356	99	111	4.884	111	70	3.080	70	74	3.256	74
	Bioquímicos	-	-	-	2	77	2	-	-	-	-	-	-
	Directivos	3	132	3	4	120	5	-	-	-	-	-	-
	Médicos	39	1.123	28	211	5.813	132	32	892	20	38	1.235	28
	Odontólogos	4	165	4	32	1.265	29	2	66	2	3	132	3
	Profesionales	94	4.092	93	136	5.984	136	45	1.980	45	29	1.276	29
	Químicos Farmacéuticos	-	-	-	6	264	6	3	132	3	1	44	1
	Técnicos	189	8.316	189	118	5.192	118	63	2.772	63	52	2.288	52
Sub-total		504	21.528	489	683	26.471	603	238	9.834	226	229	9.839	213
Total general		6.742	260.523	3.648	3.848	146.018	3.819	1.330	54.304	1.234	1.452	59.819	1.360

Fuente: Estimación a partir de dotación de Servicios de Salud y Establecimientos Experimentales, Base SIRH a diciembre de 2021.

Procesamiento: Depto. Planificación RHS y Gestión de la Información

A continuación, se presenta la proyección de egresos, en base a los criterios explicitados, para cada uno de los años incluidos, según planta.

Tabla 22 Egresos de personal acogido a incentivo a retiro, por Planta - año 2022

Planta	N Personas	N Horas semanales según horas contratadas					Total horas semanales	N Jornadas equivalentes a 44 horas
		11	22	28	33	44		
Administrativos	661	-	-	-	-	29.084	29.084	661
Auxiliares	712	-	-	-	-	31.328	31.328	712
Bioquímicos	2	11	-	-	33	44	88	2
Directivos	19	-	-	-	-	836	836	19
Médicos	222	693	3.124	308	858	836	5.819	132
Odontólogos	32	33	462	-	99	704	1.298	30
Profesionales	706	-	88	-	-	30.932	31.020	705
Químicos Farmacéuticos	8	-	66	-	-	264	330	8
Técnicos	1.380	-	-	-	-	60.720	60.720	1.380
Total	3.742	737	3.740	308	990	154.748	160.523	3.648

Fuente: Dotación de Servicios de Salud y Establecimientos Experimentales.

Base SIRH a diciembre de 2021. Procesamiento Depto. Planificación RHS y Gestión de la Información

- En el año 2022, se observa que 13.364 personas se encuentran en edad legal para jubilar, en el caso de los hombres 60 y 65 años en caso de estar o no acogidos a la Ley de Trabajo Pesado, y mujeres 55 a 60 años, bajo el mismo criterio. Esto representa un total de 553.581 horas semanales y equivalen a 12.581 jornadas de 44 hrs. semanales.
- De acuerdo a lo presentado en tabla anterior, un total de 3.742 personas se acogen a retiro en el año 2022, a través de los procesos 6º y 7º de incentivo al retiro de la Ley N°20.986 y Ley N°20.921 respectivamente. Esto corresponde a un total de 160.523 horas, lo que se traduce en 3.648 jornadas de 44 horas semanales.
- Del total de funcionarios, que se acogen a retiro en el presente año, un 36,9% corresponde a la planta de técnicos, un 19% a la planta de auxiliares y un 18,9% a la planta de profesionales.

Tabla 23 Estimación de egresos de personal según edad, por Planta - año 2023

Planta	N Personas	N Horas semanales según horas contratadas					Total horas semanales	N Jornadas equivalentes a 44 horas
		11	22	28	33	44		
Administrativos	361	-	-	-	-	15.884	15.884	361
Auxiliares	514	-	-	-	-	22.616	22.616	514
Bioquímicos	9	11	-	-	66	308	385	9
Directivos	39	-	-	-	33	1.848	1.881	43
Médicos	1.319	4.301	17.710	2.828	5.049	6.512	36.400	827
Odontólogos	196	451	2.684	56	891	3.036	7.118	162
Profesionales	783	-	198	-	-	34.056	34.254	779
Químicos Farmacéuticos	55	22	176	-	132	2.068	2.398	55
Técnicos	570	-	-	-	-	25.080	25.080	570
Total	3.846	4.785	20.768	2.884	6.171	111.408	146.016	3.319

Fuente: Estimación a partir de dotación de Servicios de Salud y Establecimientos Experimentales.
Base: SIRH a diciembre de 2021. Procesamiento Depto. Planificación RH y Gestión de la Información

- De acuerdo a la estimación realizada, para el año 2023, se proyecta que un total de 3.846 personas se acogerían a retiro, lo que representa un total de 146.016 horas semanales y que equivalen a 3.319 jornadas de 44 hrs. semanales.
- De acuerdo a la proyección realizada para el año 2023, un 34,3% del personal que se acogería a retiro se concentraría en la planta de médicos y un 20,4% en la planta de profesionales.

Tabla 24 Estimación de egresos de personal según edad, por Planta - año 2024

Planta	N Personas	N Horas semanales según horas contratadas					Total horas semanales	N Jornadas equivalentes a 44 horas
		11	22	28	33	44		
Administrativos	154	-	-	-	-	6.776	6.776	154
Auxiliares	393	-	-	-	-	17.292	17.292	393
Bioquímicos	2	-	-	-	-	88	88	2
Directivos	8	-	-	-	33	308	341	8
Médicos	228	1.089	2.772	448	660	1.056	6.025	137
Odontólogos	14	22	198	-	66	176	462	11
Profesionales	208	-	88	-	-	9.020	9.108	207
Químicos Farmacéuticos	14	11	44	-	33	528	616	14
Técnicos	309	-	-	-	-	13.596	13.596	309
Total	1.330	1.122	3.102	448	792	48.840	54.304	1.234

Fuente: Estimación a partir de dotación de Servicios de Salud y Establecimientos Experimentales.
Base: SIRH a diciembre de 2021. Procesamiento Depto. Planificación RH y Gestión de la Información

- Para el año 2024, en base a los criterios señalados, se estima que 1.330 personas se acogerían a retiro, lo que representa un total de 54.304 horas semanales y equivalen a 1.234 jornadas de 44 hrs. semanales.

- Del total de personal que se proyecta se acogería a retiro en el año 2024, un 29,5% se concentraría en la planta de auxiliares, un 23,2% en la planta de técnicos y un 17,1% a la planta de médicos.

Tabla 25 Estimación de egresos de personal según edad, por Planta - año 2025

Planta	N Personas	N Horas semanales según horas contratadas					Total horas semanales	N Jornadas equivalentes a 44 horas
		11	22	28	33	44		
Administrativos	175	-	-	-	-	7.700	7.700	175
Auxiliares	380	-	-	-	-	16.720	16.720	380
Bioquímicos	4	-	-	-	66	88	154	4
Directivos	9	-	-	-	33	396	429	10
Médicos	248	902	3.322	980	792	1.056	7.052	160
Odontólogos	20	44	220	-	132	308	704	16
Profesionales	210	-	44	-	-	9.152	9.196	209
Químicos Farmacéuticos	9	-	-	-	-	396	396	9
Técnicos	397	-	-	-	-	17.468	17.468	397
Total	1.452	946	3.586	980	1.023	53.284	59.819	1.360

Fuente: Estimación a partir de dotación de Servicios de Salud y Establecimientos Experimentales.
Base: SIRH a diciembre de 2021. Procesamiento Depto. Planificación RHS y Gestión de la Información

- Extendiendo la proyección, para el año 2025, se estima que 1.452 personas se acogerían a retiro, lo que representa un total de 59.819 horas semanales y equivalen a 1.360 jornadas de 44 hrs. semanales.
- De acuerdo a la proyección, de total de personas que se acogería a retiro en el año 2025, un 27,3% se concentraría en la planta de técnicos, un 26,2% en la planta de auxiliares y un 17,1% a la planta de médicos.

Profundizando el análisis en el grupo de profesionales médicos, es posible observar que del total de médicos (222) que se acogen a retiro en el año 2022, el 94,6% (210 personas) corresponden a médicos especialistas. Tendencia que se repite en la proyección realizada, donde del total de médicos que se acogerían a retiro en los próximos tres años (1.797), el 89,6% corresponderían a médicos especialistas (1.610).

En el año 2022 las especialidades que presentan mayor número de profesionales que se acogen a retiro, por sobre 10 personas, son: Medicina interna, Obstetricia y ginecología, Cirugía General, Pediatría, Neonatología, Cardiología, Anestesiología y Psiquiatría Adultos. En conjunto estas el desempeño de los profesionales de estas especialidades corresponde a 139 horas, equivalente a 66,6 jornadas de 44 horas.



Tabla 26 Estimación de egresos de Médicos Especialistas según edad, por Planta - año 2025

Especialidad	2022			2023			2024			2025		
	N Personas	Total horas semanales	N Jornadas equivalentes a 44 horas	N Personas	Total horas semanales	N Jornadas equivalentes a 44 horas	N Personas	Total horas semanales	N Jornadas equivalentes a 44 horas	N Personas	Total horas semanales	N Jornadas equivalentes a 44 horas
Anatomía Patológica	5	176	4,0	19	803	18,3	3	110	2,5	2	55	1,3
Anestesiología	12	259	5,9	63	1.482	33,7	17	397	9,0	18	391	8,9
Cardiología	13	358	8,1	55	1.338	30,4	5	110	2,5	7	154	3,5
Grugía Cardiovascular	-	-	-	7	165	3,8	2	77	1,8	2	72	1,6
Grugía de Cabeza y Cuello y Maxilofacial	1	33	0,8	9	220	5,0	-	-	-	1	22	0,5
Grugía de Tórax	-	-	-	7	176	4,0	-	-	-	2	44	1,0
Grugía General	16	358	8,1	136	3.359	76,3	16	380	8,6	17	342	7,8
Grugía pediátrica	7	132	3,0	32	843	19,2	6	143	3,3	9	209	4,8
Grugía Plástica y Reparadora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grugía Vasculor Periférica	1	11	0,3	2	55	1,3	-	-	-	-	-	-
Dermatología	4	99	2,3	9	231	5,3	1	22	0,5	3	77	1,8
Diabetología	3	99	2,3	15	330	7,5	1	11	0,3	1	33	0,8
Endocrinología Adultos	1	22	0,5	6	154	3,5	-	-	-	-	-	-
Endocrinología Pediátrica	3	88	2,0	4	88	2,0	-	-	-	-	-	-
Enfermedades Respiratorias Adultos	4	99	2,3	37	919	20,9	2	44	1,0	2	44	1,0
Enfermedades Respiratorias Pediátricas	1	22	0,5	19	501	11,4	2	55	1,3	1	44	1,0
Gastroenterología Adultos	1	33	0,8	17	429	9,8	3	66	1,5	2	44	1,0
Gastroenterología Pediátrica	2	44	1,0	7	143	3,3	1	22	0,5	-	-	-
Genética Clínica	1	22	0,5	2	88	2,0	-	-	-	-	-	-
Geriatría	-	-	-	3	116	2,6	1	11	0,3	-	-	-
Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia	1	33	0,8	3	66	1,5	-	-	-	-	-	-
Hematología	5	154	3,5	18	473	10,8	3	88	2,0	5	143	3,3
Imagenología	4	77	1,8	22	572	13,0	2	33	0,8	10	319	7,3
Infectología	2	66	1,5	23	633	14,4	3	88	2,0	5	166	3,8
Inmunología	-	-	-	1	22	0,5	1	11	0,3	1	11	0,3

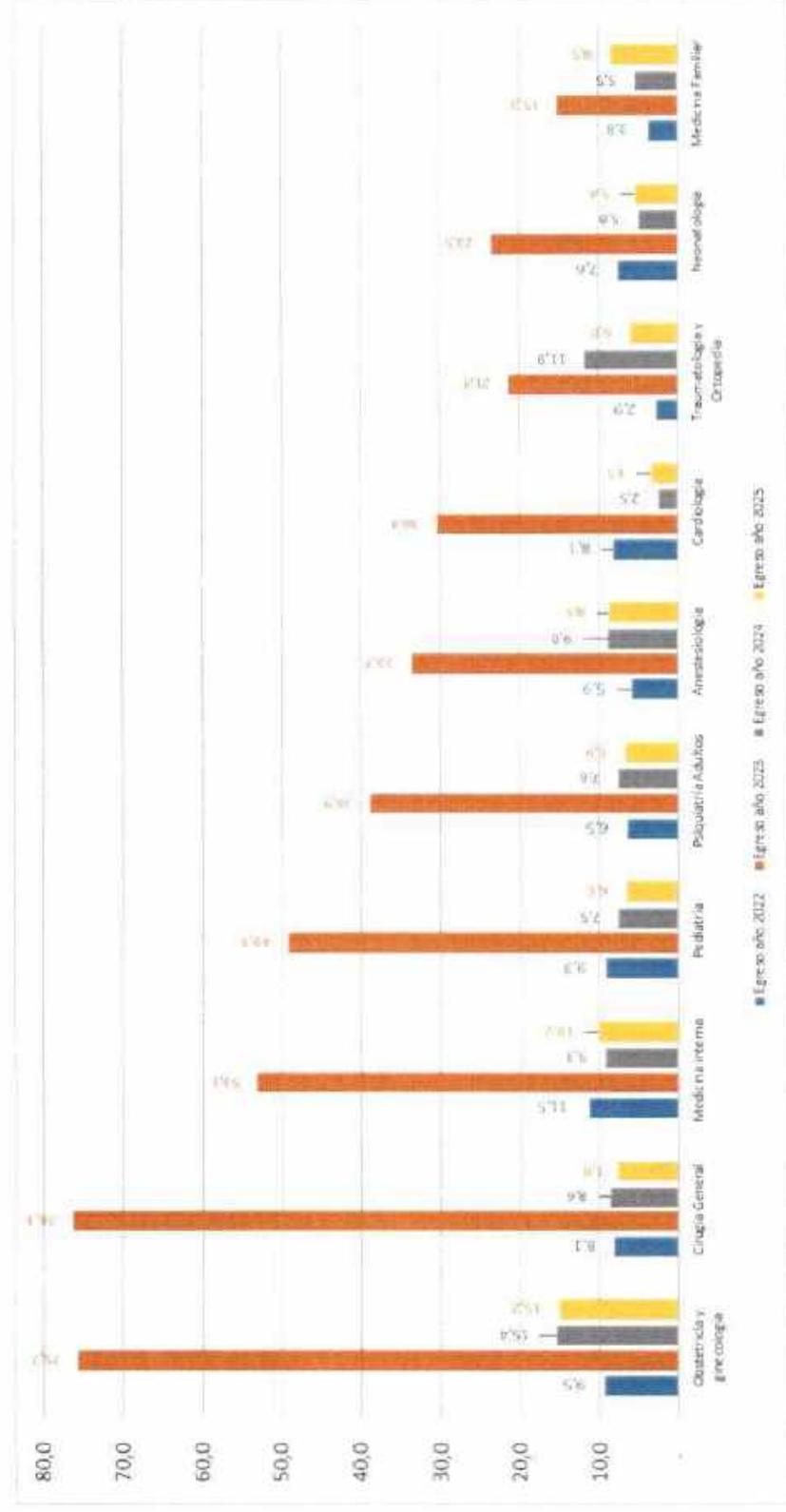
Tabla 27 Estimación de egresos de Médicos Especialistas según edad, por Planta - año 2025 (continuación)

Especialidad	2022			2023			2024			2025		
	N Personas	Total horas semanales	N Jornadas equivalentes a 44 horas	N Personas	Total horas semanales	N Jornadas equivalentes a 44 horas	N Personas	Total horas semanales	N Jornadas equivalentes a 44 horas	N Personas	Total horas semanales	N Jornadas equivalentes a 44 horas
Laboratorio clínico	1	33	0,8	7	231	5,3	1	22	0,5	3	110	2,5
Medicina de Urgencia	2	50	1,1	8	260	5,9	-	-	-	5	144	3,3
Medicina Familiar	5	165	3,8	16	672	15,3	6	242	5,5	9	374	8,5
Medicina física y rehabilitación	1	22	0,5	8	286	6,5	2	55	1,3	3	110	2,5
Medicina Intensiva Adultos	1	22	0,5	27	728	16,5	7	171	3,9	2	44	1,0
Medicina Intensiva Pediátrica	-	-	-	8	198	4,5	2	44	1,0	-	-	-
Medicina interna	21	506	11,5	81	2.338	53,1	16	407	9,3	13	448	10,2
Medicina legal	-	-	-	2	66	1,5	-	-	-	-	-	-
Medicina Materno Fetal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina nuclear	2	77	1,8	4	110	2,5	-	-	-	1	22	0,5
Nefrología Adulto	2	77	1,8	3	66	1,5	-	-	-	-	-	-
Nefrología Pediátrica	1	22	0,5	8	237	5,4	-	-	-	1	22	0,5
Neonatología	13	336	7,6	46	1.036	23,5	11	220	5,0	9	237	5,4
Neurología	-	-	-	14	392	8,9	7	44	1,0	2	44	1,0
Neurología Adultos	3	88	2,0	27	891	20,3	3	66	1,5	7	193	4,4
Neurología Pediátrica	1	22	0,5	16	451	10,3	3	44	1,0	-	-	-
Obstetricia y ginecología	20	418	9,5	141	3.332	75,7	24	679	15,4	26	668	15,2
Oftalmología	3	66	1,5	14	363	8,3	7	143	3,3	4	99	2,3
Oncología médica	3	99	2,3	3	110	2,5	1	22	0,5	-	-	-
Oncología radioterapia	-	-	-	16	396	9,0	1	33	0,8	4	132	3,0
Pediatría	14	408	9,3	82	2.167	49,3	13	331	7,5	13	292	6,6
Psiquiatría Adultos	11	286	6,5	50	1.712	38,9	9	336	7,6	9	303	6,9
Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia	5	154	3,5	13	407	9,3	2	55	1,3	1	22	0,5
Radioterapia Oncológica	-	-	-	6	198	4,5	-	-	-	1	44	1,0
Reumatología	-	-	-	1	22	0,5	-	-	-	-	-	-
Salud Pública	4	154	3,5	16	693	15,8	2	66	1,5	2	77	1,8
Traumatología y Ortopedia	5	127	2,9	38	941	21,4	20	524	11,9	9	265	6,0
Urología	5	143	3,3	17	551	12,5	5	132	3,0	2	55	1,3
Totales	210	5.460	124,1	1.188	32.060	729	206	5.304	121	214	5.875	134

Fuente: Estimación a partir de información de Servicios de Salud y Establecimientos Experimentales, Base SWH a diciembre de 2021. Procesamiento: Depto. Planificación RHs y Gestión de la Información.

A partir de la información anterior, se identifican las diez especialidades médicas con mayor egreso en el periodo:

Gráfico 12 Estimación de egresos de Médicos Especialistas según edad, por Planta - año 2025,
de las diez especialidades con mayor egreso en el periodo



Fuente: Estimación a partir de Dotación de Servicios de Salud y Establecimientos Experimentales - Bases SISH o diciembre de 2023; Proceso de Dotación de Personal - Planificación RHIS y Gestión de la Información.

6.4. TASA DE ROTACIÓN

De acuerdo a lo definido por el Instituto Nacional de Estadísticas, la Tasa de Rotación “es un indicador de flujo laboral, que permite captar las transiciones de las personas desde y hacia el mercado laboral, y dentro del mismo” (INE, 2022)¹¹. Este indicador se mide a partir de la tasa de entrada y la tasa de salida. La tasa de entrada hace referencia a los nuevos puestos de trabajo que se crean entre un periodo y otro, y los puestos de trabajo que existían en uno de esos periodos. En tanto la tasa de salida mide la relación entre los puestos de trabajo que desaparecen de un periodo y otro, y los puestos de trabajo que existían en uno de esos periodos. La Tasa de Rotación, en tanto, se calcula como el promedio entre la tasa de entrada y la de salida.

La Tasa de Rotación se considera un indicador relevante que permite conocer la calidad del empleo y de la flexibilidad del mercado de trabajo. En este sentido, existe evidencia que señala que en países desarrollados con mejor calidad de empleo se tienen tasas de rotación menores a las de América Latina. Chile es el país con la mayor tasa de rotación laboral de una muestra de 25 países pertenecientes a la OCDE.

En base de los resultados obtenidos tras la aplicación de la metodología en base a los registros administrativos de SUCESO, se obtuvo que para el año 2020 la tasa de rotación promedio anual a nivel nacional es de 25,75%. Al diferenciar por sector económico la tasa de rotación laboral más baja corresponde al sector de la Administración Pública con una tasa promedio de 11,9%.

Metodología Aplicada

Para la elaboración de la Tasa de Rotación, se utilizó el registro de dotación efectiva con corte al mes de diciembre de los años 2019, 2020 y 2021 de establecimientos dependientes de Servicios de Salud.

¹¹ INE. (mayo de 2022). Documento de trabajo Cálculo y análisis de las Tasas de Rotación Laboral con Registros Administrativos de la Superintendencia de Seguridad Social. Obtenido de INE: <https://www.ine.cl/inicio/documentos-de-trabajo/documento/c%C3%A1culo-y-an%C3%A1lisis-de-las-tasas-de-rotaci%C3%B3n-laboral-con-registros-administrativos-de-la-superintendencia-de-seguridad-social>



En la metodología aplicada por INE para el cálculo de la Tasa de Rotación se define puesto de trabajo (PT) como la interacción de RUT de trabajador distintos con RUT de empresas distintas en el periodo de referencia, Para el caso del sector público de salud, específicamente, establecimientos dependientes de Servicios de Salud se definió puesto de trabajo como la interacción de RUT de funcionario en dotación efectiva con Código de Establecimiento. En base a esto se identificaron 132.805 puestos de trabajo para el año 2019, 141.021 para el año 2020 y 146.307 en el año 2021.

Los puestos de trabajo identificados por establecimiento se calificaron de acuerdo con su presencia o ausencia respecto al año de referencia, en las siguientes categorías:

- Nuevos: Puestos de Trabajo (interacción RUT y Código Establecimiento) no registrado en el año anterior.
- Continuidad: Puestos de Trabajo (interacción RUT y Código Establecimiento) registrados en el año anterior y que se mantienen en el año analizado.
- Alejamiento: Puestos de Trabajo (interacción RUT y Código Establecimiento) registrados en el año anterior y que no se observan en el año analizado.

Análisis

Tras la aplicación de la metodología descrita se obtuvo que la Tasa de Rotación promedio, los años 2020 y 2021, corresponde a un 9,3%, con una tasa de entrada promedio de 11,7% y una tasa de salida de un 6,8%, esto estaría bajo lo observado en la Administración Pública en general. En el año 2021 se observa un incremento de la tasa de salida observada respecto al año anterior, asociada a un aumento en 3.672 alejamientos.

Tabla 28 Tasa de Rotación, según año.

Años	Tasa de entrada	Tasa de salida	Tasa de rotación
2020	11,8%	5,6%	8,7%
2021	11,7%	7,9%	9,8%

Fuente: Elaboración propia Depto. Planificación de Recursos Humanos (RHS) y Gestión de la Información en base a registros de Dotación Efectiva a diciembre años 2019, 2020 y 2021

Al desagregar estos resultados por sexo de la persona que ocupa el puesto de trabajo, se obtiene que la mayor rotación se produce en hombres, registrando de igual forma mayor tasa de entrada y de salida.



Tabla 29 Tasa de Rotación, según sexo y año.

Años	Tasa de entrada		Tasa de salida		Tasa de rotación	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2020	12,7%	11,4%	6,7%	5,2%	9,7%	8,3%
2021	11,8%	11,6%	8,8%	7,5%	10,3%	9,5%

Fuente: Elaboración propia Depto. Planificación de Recursos Humanos (RHS) y Gestión de la Información en base a registros de Dotación Efectiva a diciembre años 2019, 2020 y 2021

Al comparar por Macro Región se observa que la mayor Tasa de Rotación se presenta en el Centro Norte alcanzando un 10.96% en el año 2021, esto dado que presenta la mayor tasa de entrada en ese periodo. En tanto la mayor tasa de salida se observa en la zona centro.

Tabla 30 Tasa de Rotación, según Macro Región y año.

Macro Región	Tasa de entrada		Tasa de salida		Tasa de rotación	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Norte	11,5%	13,3%	6,1%	8,3%	8,8%	10,8%
Centro Norte	14,0%	14,2%	5,4%	7,8%	9,7%	11,0%
Centro	13,4%	11,2%	6,5%	9,7%	9,9%	10,5%
Centro Sur	7,6%	10,4%	5,3%	7,2%	6,5%	8,8%
Sur	9,6%	10,3%	4,3%	5,8%	6,9%	8,1%
Extremo Sur	12,3%	11,7%	5,7%	7,2%	9,0%	9,4%

Fuente: Elaboración propia Depto. Planificación de Recursos Humanos (RHS) y Gestión de la Información en base a registros de Dotación Efectiva a diciembre años 2019, 2020 y 2021

Al comparar por ley de contratación la mayor Tasa de Rotación se observa en los profesionales contratados a través de la Ley 15.076 con un 16,08% en el año 2021, asociado a una tasa de entrada de 19,19% y una tasa de salida de 12,96%.

Tabla 31 Tasa de Rotación, según ley de contratación y año.

Años	Tasa de entrada			Tasa de salida			Tasa de rotación		
	Ley 15076	Ley 18834	Ley 19664	Ley 15076	Ley 18834	Ley 19664	Ley 15076	Ley 18834	Ley 19664
2020	26,2%	11,1%	13,7%	11,8%	5,1%	7,8%	19,0%	8,1%	10,7%
2021	19,2%	11,1%	13,3%	13,0%	7,5%	9,6%	16,1%	9,3%	11,4%

Fuente: Elaboración propia Depto. Planificación de Recursos Humanos (RHS) y Gestión de la Información en base a registros de Dotación Efectiva a diciembre años 2019, 2020 y 2021



En cuanto a los profesionales médicos, contrastando médicos especialistas y médicos sin especialidad, se observa que la mayor tasa de rotación en los médicos generales alcanzando sobre un 18% en ambos años analizados.

Tabla 32 Tasa de Rotación, según médico con o sin especialidad y año.

Años	Tasa de entrada		Tasa de salida		Tasa de rotación	
	Especialista	General	Especialista	General	Especialista	General
2020	11,6%	23,5%	6,6%	13,0%	9,1%	18,3%
2021	10,6%	21,9%	8,3%	14,6%	12,6%	18,2%

Fuente: Elaboración propia Depto. Planificación de Recursos Humanos (RHS) y Gestión de la Información en base a registros de Dotación Efectiva a diciembre años 2019, 2020 y 2021

Al revisar por especialidad, se tiene que las especialidades que presentan mayor Tasa de Rotación en el año 2021, por sobre el promedio que presenta el grupo en los años 2020 y 2021 (10.9%) corresponden a: Medicina Materno Fetal, Medicina física y rehabilitación, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia, Medicina de Urgencia, Imagenología, Inmunología, Geriatría, Genética Clínica, Psiquiatría Adultos, Medicina interna, Oftalmología, Salud Pública, Anatomía Patológica y Diabetología. A continuación, se presenta el detalle por especialidad.



Tabla 33 Tasa de Rotación, según especialidad y año.

Especialidades	Tasa de entrada		Tasa de salida		Tasa de rotación	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Anatomía Patológica	9,4%	12,8%	5,0%	9,5%	7,2%	11,1%
Anestesiología	14,3%	11,3%	7,3%	8,5%	10,8%	9,9%
Cardiología	5,3%	7,0%	5,8%	9,5%	5,5%	8,2%
Cirugía Cardiovascular	4,3%	4,3%	2,2%	8,5%	3,3%	6,4%
Cirugía de Cabeza y Cuello y Maxilofacial	4,0%	8,2%	6,0%	6,1%	5,0%	7,1%
Cirugía de Tórax	0,0%	2,4%	0,0%	7,1%	0,0%	4,8%
Cirugía General	15,0%	12,5%	6,7%	8,4%	10,9%	10,5%
Cirugía pediátrica	7,0%	5,3%	7,0%	5,6%	7,0%	5,5%
Cirugía Plástica y Reparadora	3,5%	2,0%	17,5%	16,3%	10,5%	9,2%
Cirugía Vascul ar Periférica	0,0%	0,0%	2,7%	4,2%	1,4%	2,1%
Coloproctología	0,0%	0,0%	2,0%	8,0%	1,0%	4,0%
Dermatología	14,0%	11,2%	8,4%	10,1%	11,2%	10,6%
Diabetología	8,7%	8,9%	10,9%	13,3%	9,8%	11,1%
Endocrinología Adultos	2,8%	5,8%	5,6%	10,1%	4,2%	8,0%
Endocrinología Pediátrica	5,0%	7,3%	2,5%	7,3%	3,8%	7,3%
Enfermedades Respiratorias Adultos	4,2%	2,6%	8,3%	10,4%	6,3%	6,5%
Enfermedades Respiratorias Pediátricas	7,4%	1,4%	0,0%	8,2%	3,7%	4,8%
Gastroenterología Adultos	8,3%	10,5%	5,8%	9,7%	7,0%	10,1%
Gastroenterología Pediátrica	2,5%	5,1%	5,0%	2,6%	3,8%	3,8%
Genética Clínica	15,0%	19,0%	10,0%	4,8%	12,5%	11,9%
Geriatría	18,2%	17,7%	5,5%	6,5%	11,8%	12,1%
Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia	7,1%	6,7%	0,0%	6,7%	3,6%	6,7%
Hematología	7,6%	5,0%	9,7%	7,1%	8,7%	6,0%
Imagenología	17,9%	13,8%	5,7%	11,8%	11,8%	12,8%
Infectología	8,0%	5,4%	4,0%	3,1%	6,0%	4,2%
Inmunología	23,5%	17,1%	2,9%	7,3%	13,2%	12,2%
Laboratorio clínico	9,1%	3,1%	12,1%	6,3%	10,6%	4,7%
Medicina de Urgencia	17,4%	19,4%	9,1%	8,4%	13,2%	13,9%
Medicina Familiar	15,8%	13,3%	5,9%	7,2%	10,9%	10,3%
Medicina física y rehabilitación	24,7%	22,6%	6,2%	15,7%	15,5%	19,1%
Medicina Intensiva Adultos	3,7%	2,0%	10,4%	9,8%	7,0%	5,9%
Medicina Intensiva Pediátrica	1,3%	5,5%	6,5%	9,6%	3,9%	7,5%
Medicina interna	15,3%	14,1%	8,8%	9,5%	12,0%	11,8%
Medicina legal	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Medicina Materno Fetal	0,0%	35,0%	0,0%	10,0%	0,0%	22,5%
Medicina nuclear	3,4%	3,4%	3,4%	3,4%	3,4%	3,4%
Nefrología Adulto	0,0%	0,9%	6,6%	7,0%	3,3%	3,9%
Nefrología Pediátrica	0,0%	0,0%	4,5%	0,0%	2,3%	0,0%

Especialidades	Tasa de entrada		Tasa de salida		Tasa de rotación	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Neonatología	0,0%	3,8%	3,7%	7,1%	1,9%	5,5%
Neurocirugía	13,0%	7,4%	7,8%	3,4%	10,4%	5,4%
Neurología Adultos	15,2%	10,2%	5,8%	5,8%	10,5%	8,0%
Neurología Pediátrica	7,4%	7,0%	0,5%	6,5%	4,0%	6,7%
Obstetricia y ginecología	8,3%	8,7%	6,1%	7,6%	7,2%	8,2%
Oftalmología	7,8%	13,2%	4,5%	9,7%	6,1%	11,5%
Oncología médica	1,5%	1,5%	1,5%	13,2%	1,5%	7,4%
Otorrinolaringología	11,1%	9,2%	5,6%	7,9%	8,3%	8,6%
Pediatría	13,1%	9,4%	7,5%	5,6%	10,3%	7,5%
Psiquiatría Adultos	14,3%	12,5%	6,3%	11,1%	10,3%	11,8%
Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia	16,7%	20,5%	7,7%	15,7%	12,2%	18,1%
Radioterapia Oncológica	4,4%	13,3%	4,4%	6,7%	4,4%	10,0%
Reumatología	0,0%	0,0%	6,1%	9,1%	3,0%	4,5%
Salud Pública	9,1%	11,1%	10,4%	11,7%	9,8%	11,4%
Traumatología y Ortopedia	14,4%	11,5%	5,8%	7,0%	10,1%	9,3%
Urología	7,2%	8,2%	5,8%	5,3%	6,5%	6,7%

Fuente: Elaboración propia. Depto. Planificación de Recursos Humanos (RHS) y Gestión de la Información en base a registros de Dotación Efectiva a diciembre años 2019, 2020 y 2021

6.5. BRECHAS DE COBERTURA Y/O DISTRIBUCIÓN

Considerando el desafío constante de fortalecer la red asistencial pública en nuestro país, mediante la disponibilidad de equipos de salud necesarios para brindar atención en los diferentes establecimientos asistenciales, se han incorporado algunos análisis para identificar la distribución de la oferta de médicos generales y especialistas al mes de diciembre de 2021, lo que constituye un aporte a las diferentes acciones tendientes a propiciar un acceso y cobertura universal a toda la población beneficiaria de nuestro país, de manera de identificar aquellas zonas menos favorecidas con jornadas completas de este tipo de profesionales.

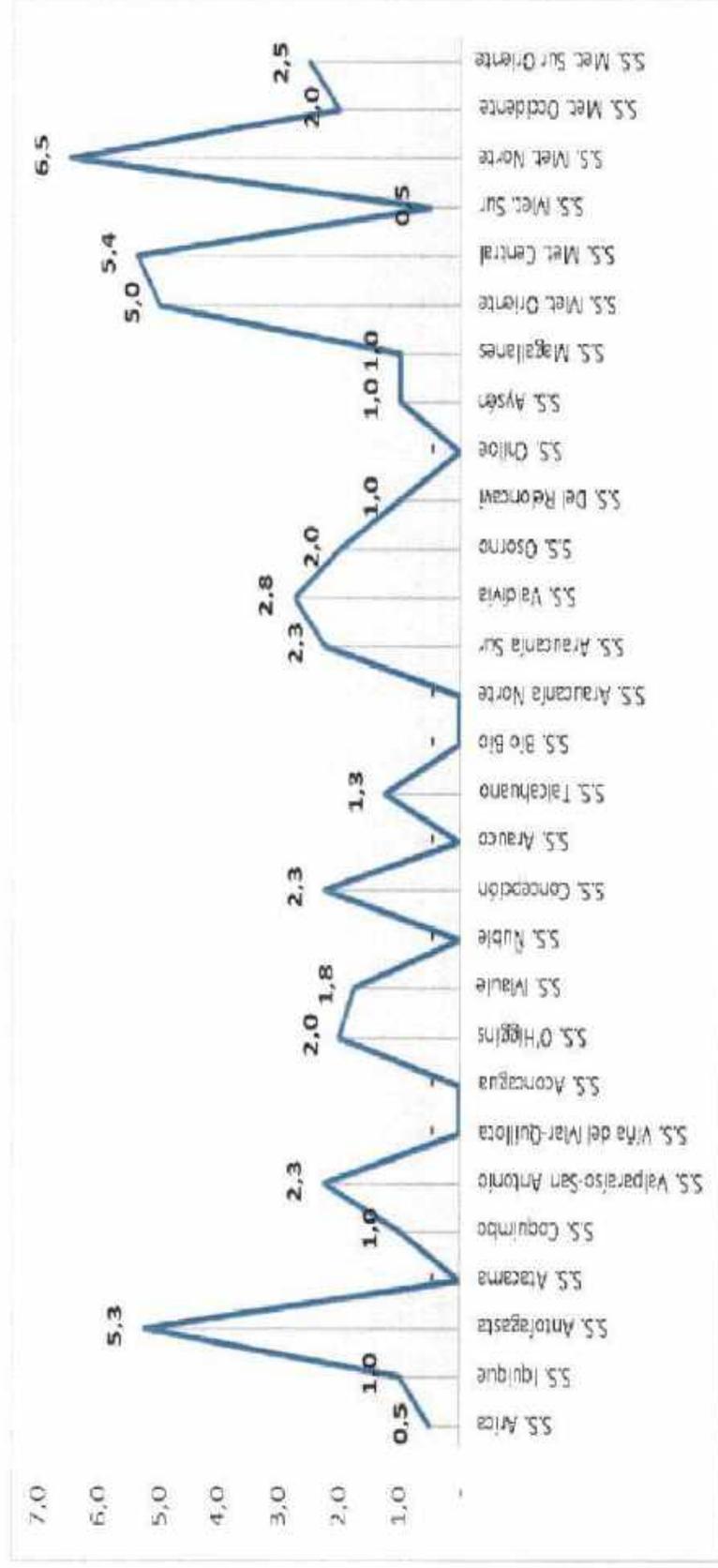
En este contexto, se dan a conocer los siguientes resultados asociados a la distribución territorial y/o cobertura de la fuerza laboral, correspondiente a médicos generales y especialistas con desempeño en la Red de Servicios de Salud y cómo la cantidad de horas contratadas semanalmente en dotación efectiva, contribuye a disponer de jornadas equivalentes a 44 horas, lo que va más allá de la cantidad de profesionales que se encuentran en funciones en los Servicios de Salud, sino la equivalencia de sus horas contratadas en jornadas completas por 10.000 beneficiarios FONASA:

- A nivel país, la densidad de Jornadas equivalentes a 44 horas semanales por 10.000 Beneficiarios FONASA de médicos generales y especialistas, corresponde a 11,9 jornadas.
- Es preciso señalar que el SS. Aysén y SS. Magallanes muestran el mayor número de jornadas por 10.000 beneficiarios, dada la baja densidad poblacional de esas regiones.
- Destacan los Servicios de Salud Talcahuano, Araucanía Norte, Osorno y Chiloé con las densidades más altas respecto al total de jornadas equivalentes, con 16,8; 20,0; 16,9 y 17,4, respectivamente. Sin embargo, la realidad de los Servicios de Salud Talcahuano y Osorno presentan una mayor concentración de jornadas asociadas a médicos especialistas, situación inversa en los demás.
- Todos los Servicios de Salud de la Región Metropolitana, presentan la menor densidad de médicos generales, en cambio su mayor concentración se encuentra en jornadas equivalentes a médicos especialistas.



A continuación, se presentan los resultados acotados a la distribución de jornadas equivalentes a 44 horas semanales, de algunas especialidades médicas, primarias y derivadas, relevadas en algunas líneas programáticas, tales como las relacionadas a la oncología, salud mental, rehabilitación y geriátrica:

Gráfico 124 Distribución de Jornadas equivalentes a 44 hrs. semanales de Médicos Especialistas en Oncología Médica.

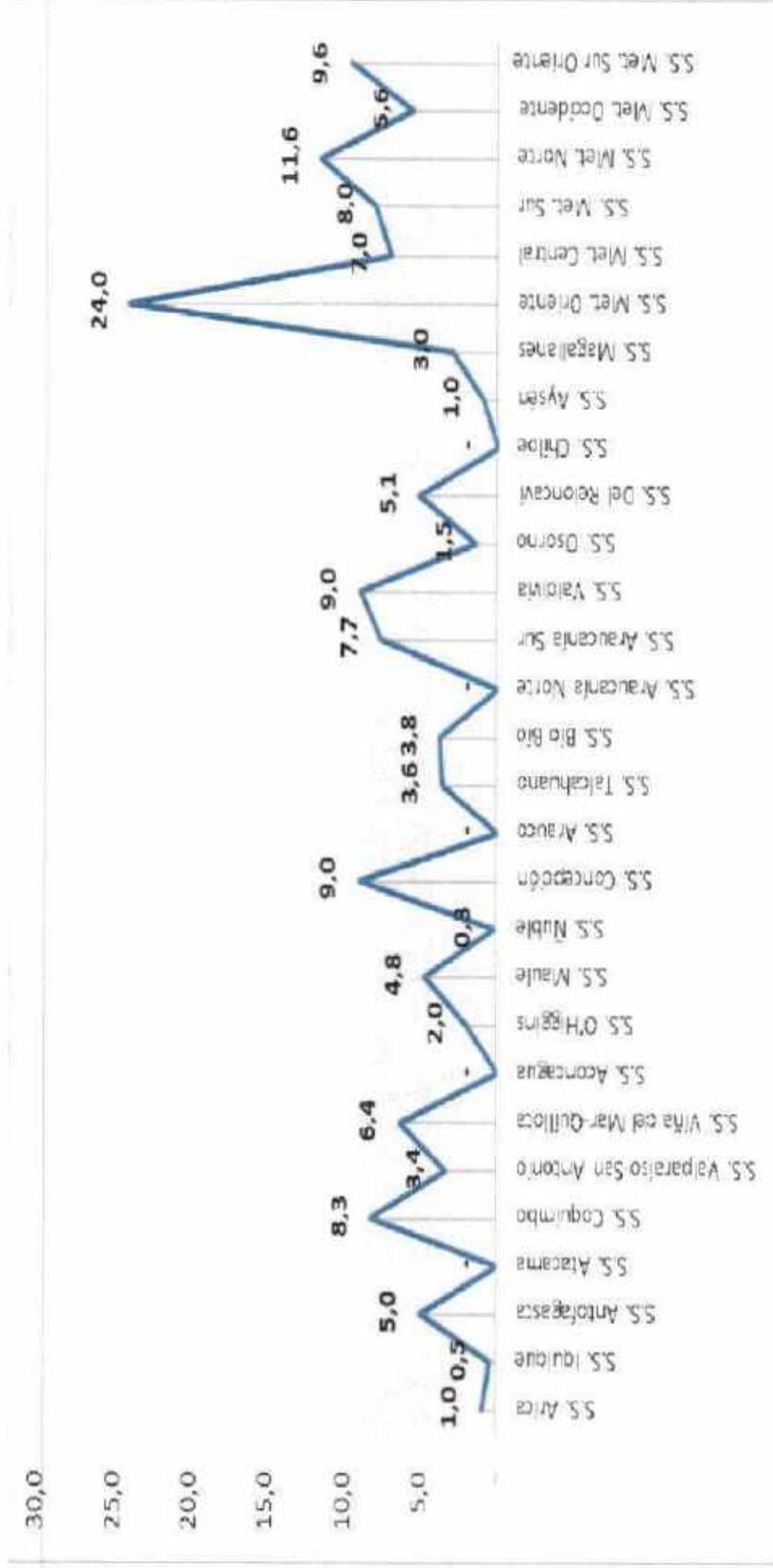


Fuente: Procesamiento a partir de la Base SIRH de Dotación Efectiva de Servicios de Salud - Diciembre de 2021, y el Registro Nacional de Prestadores Individuales - SIS, Diciembre 2021. Procesamiento Depto. Planificación RNS y Gestión de la Información.

- Según lo observado, 21 Servicios de Salud cuenta con oncólogos médicos como parte de su dotación efectiva al mes de diciembre de 2021. Aspecto que representa un avance sustancial respecto del corte anterior (marzo 2021) que se registraba solo en 10 Servicios de Salud.



Gráfico 135 Distribución de Jornadas equivalentes a 44 hrs. semanales de Médicos Especialistas en Hematología

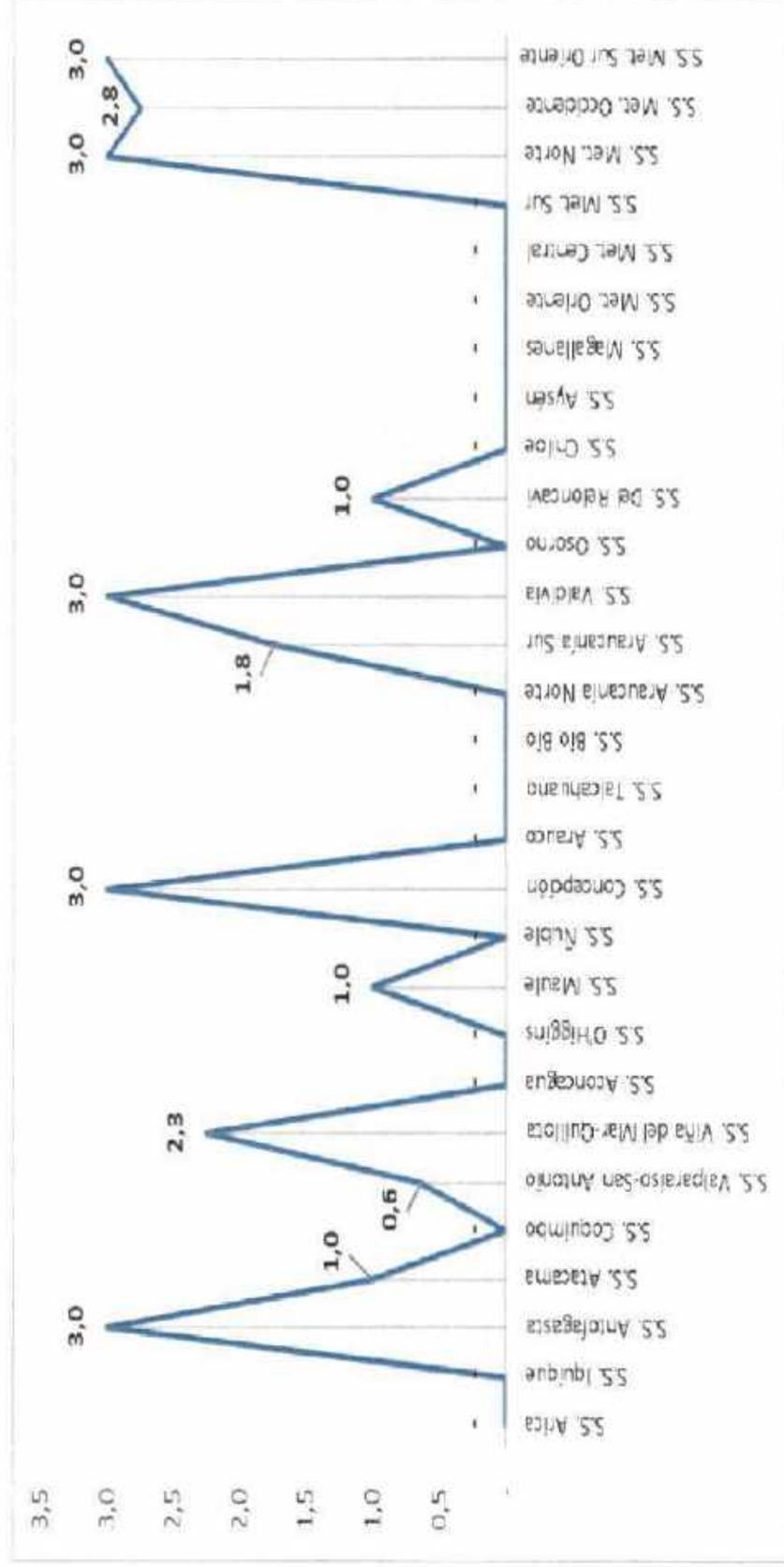


Fuente: Procesamiento a partir de la Base SIHR de Dotación Efectiva de Servicios de Salud - diciembre de 2021 y el Registro Nacional de Prestadores Individuales - 365 (diciembre 2021).
Procesamiento: Digna. Planificación RH-S y Gestión de la Información

- Del total de Servicios de Salud 24 cuentan con médicos especialistas en Hematología como parte de su dotación efectiva al mes de diciembre de 2021.



Gráfico 16: Distribución de Jornadas equivalentes a 44 hrs. semanales de Médicos Especialistas en Medicina Nuclear

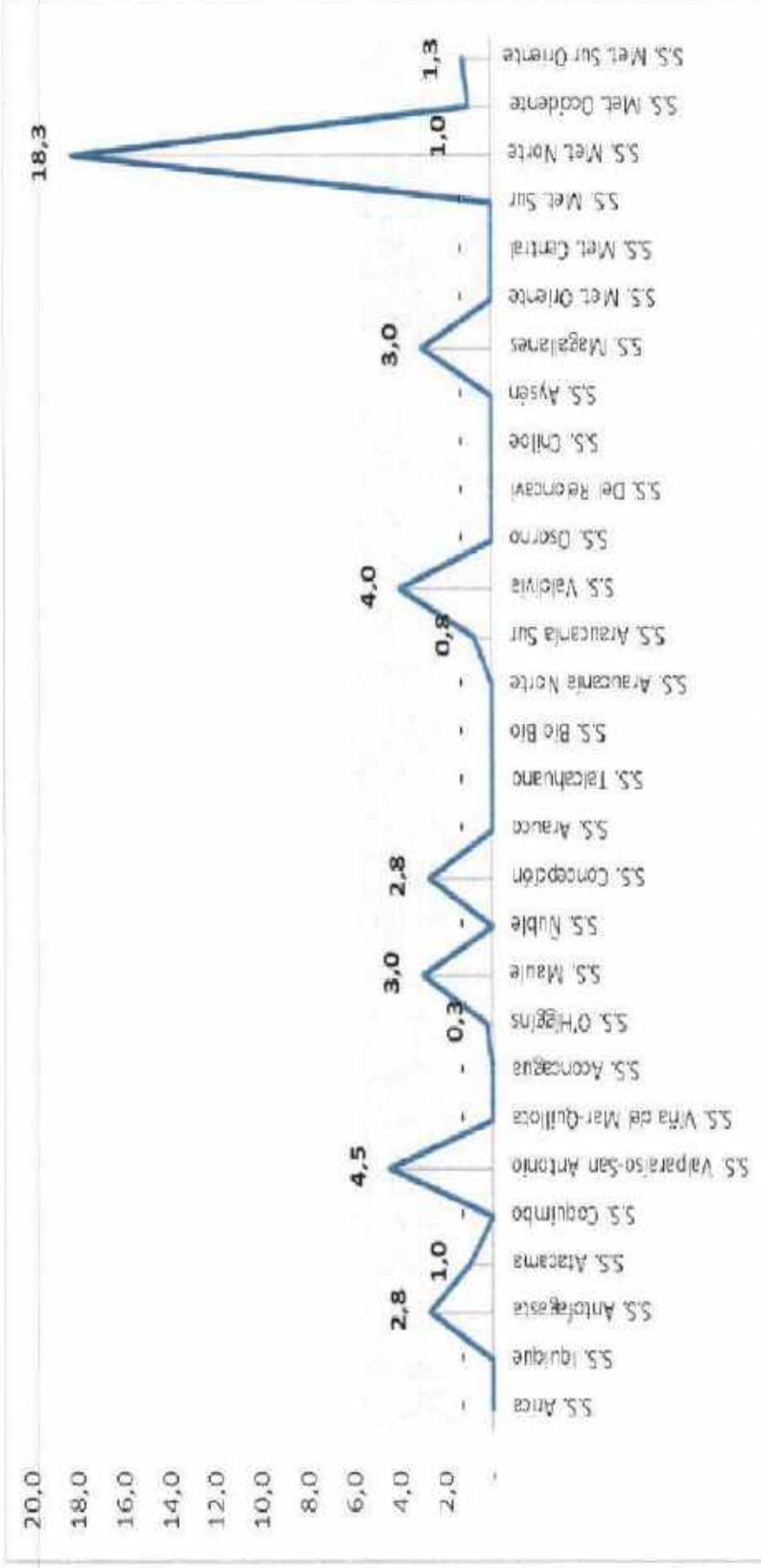


Fuente: Procesamiento a partir de la Base SISR de Dotación Efectiva de Servicios de Salud - Diciembre de 2021, y el Registro Nacional de Prestadores Individuales - SISR, Diciembre 2021.
Procesamiento Depto. Planificación RHG y Gestión de la Información

- Del total de Servicios de Salud, 12 de ellos cuentan con médicos especialistas en Medicina Nuclear como parte de su dotación efectiva al mes de diciembre de 2021.



Gráfico 17 Distribución de Jornadas equivalentes a 44 hrs. semanales de Médicos Especialistas en Radioterapia Oncológica

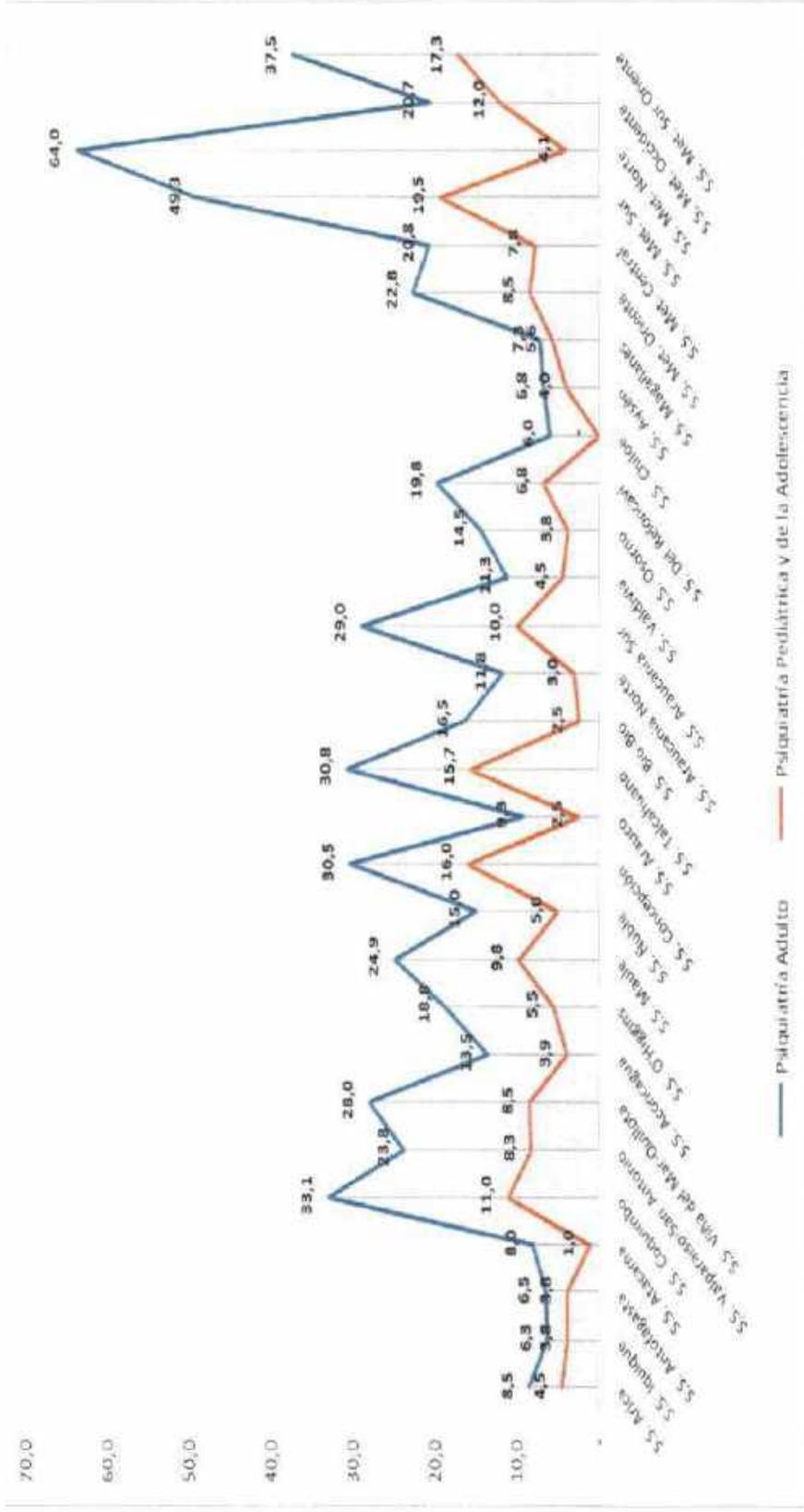


Fuente: Procesamiento a partir de la Base SASH de Examen Efectivo de Servicios de Salud - (Enero a mayo de 2021) y el Registro Nacional de Prestadores Individuales - (SIS, Diciembre 2021).
Procesamiento: Dipita. Manifestación SASH y levantamiento de información.

- Del total de Servicios de Salud, 12 de ellos cuentan con médicos especialistas en Radioterapia Oncológica como parte de su dotación efectiva al mes de diciembre de 2021.



Gráfico 18 Distribución de Jornadas equivalentes a 44 hrs. semanales de Médicos Especialistas en Psiquiatría Adulto y Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia, según Servicio de Salud, al mes de diciembre 2021

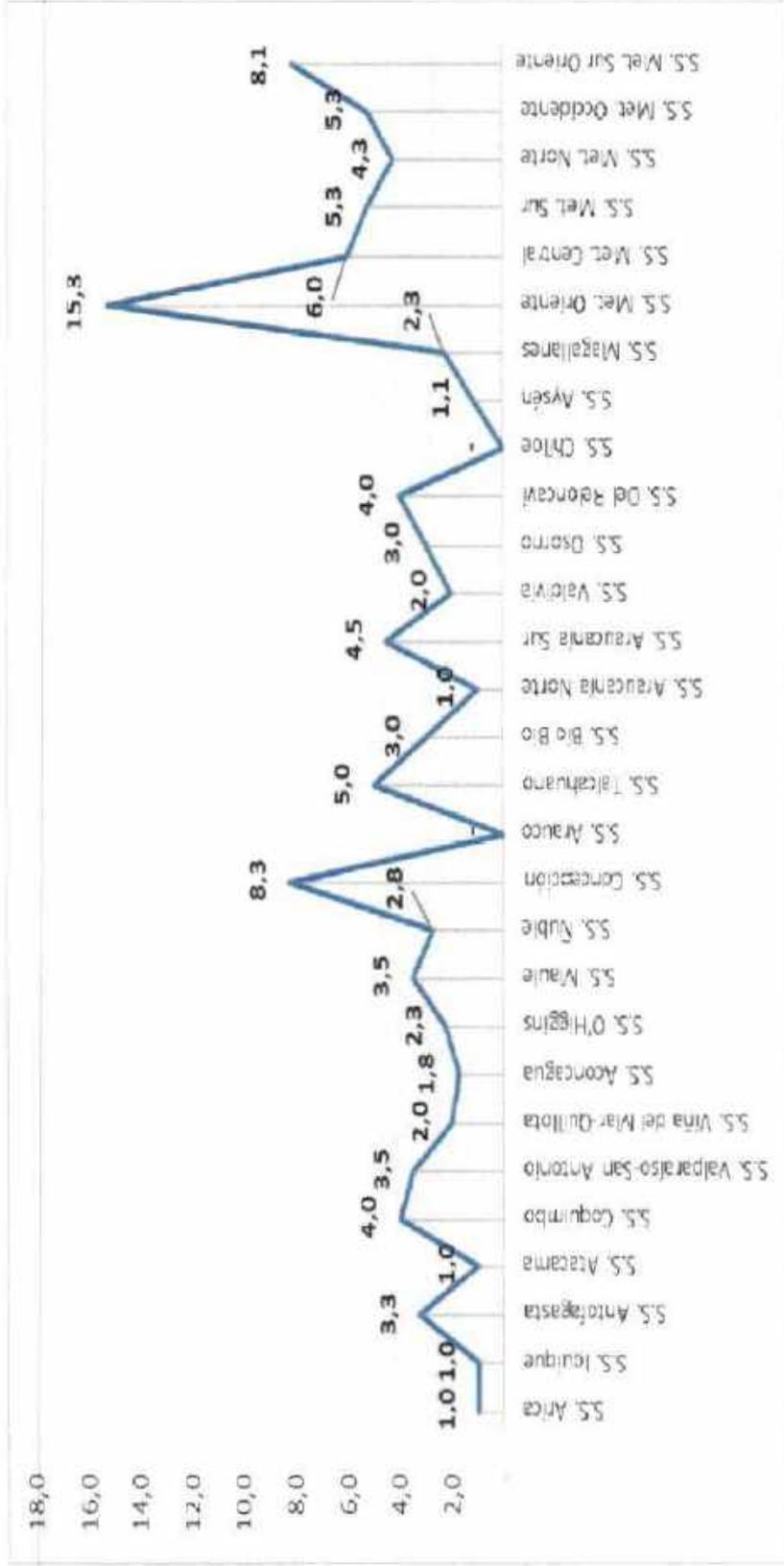


Fuente: Procesamiento a partir de la Base SISH de Dotación Efectiva de Servicios de Salud - Diciembre de 2021 y el Registro Nacional de Prestadores Individuales - S.S. (Diciembre 2021).
Procesamiento Depto. Planificación RPS y Gestión de la Información

- Como se observa, todos los Servicios de Salud cuentan con médicos especialistas en Psiquiatría Adulto y Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia como parte de su dotación efectiva al mes de diciembre de 2021.



Gráfico 19 Distribución de jornadas equivalentes a 44 hrs. semanales de Médicos Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación

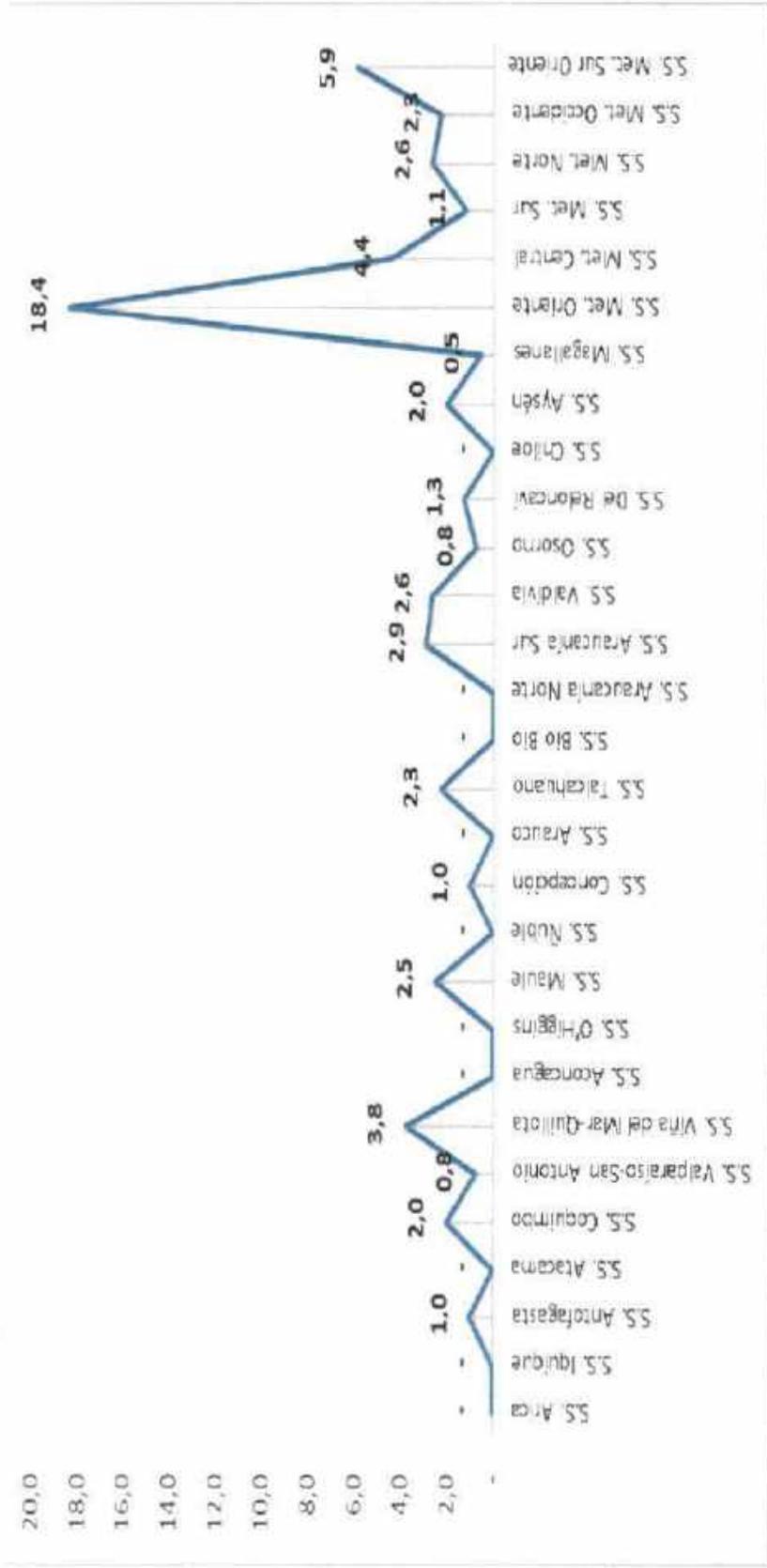


Fuente: Procesoamiento a partir de la Base SIMA de Dotación Efectiva de Servicios de Salud - Diciembre de 2021 y el Registro Nacional de Prestadores Individuales - S/S, Diciembre 2021. Procesamiento: Centro, Planificación RHIS y Gestión de la Información.

- Del total de Servicios de Salud, 27 de ellos cuentan con médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación como parte de su dotación efectiva al mes de diciembre de 2021.



Gráfico 20 Distribución de Jornadas equivalentes a 44 hrs. semanales de Médicos Especialistas en Geriatría



Fuente: Procesamiento a partir de la Base SIRH de Dotación Efectiva de Servicios de Salud - Diciembre de 2021 y el Registro Nacional de Prestadores Individuales - SIG, Diciembre 2021
 Procesamiento Depto. Planificación RHJ y Gestión de la Información

- Del total de Servicios de Salud, 19 de ellos cuentan con médicos especialistas en Geriatría como parte de su dotación efectiva al mes de diciembre de 2021.



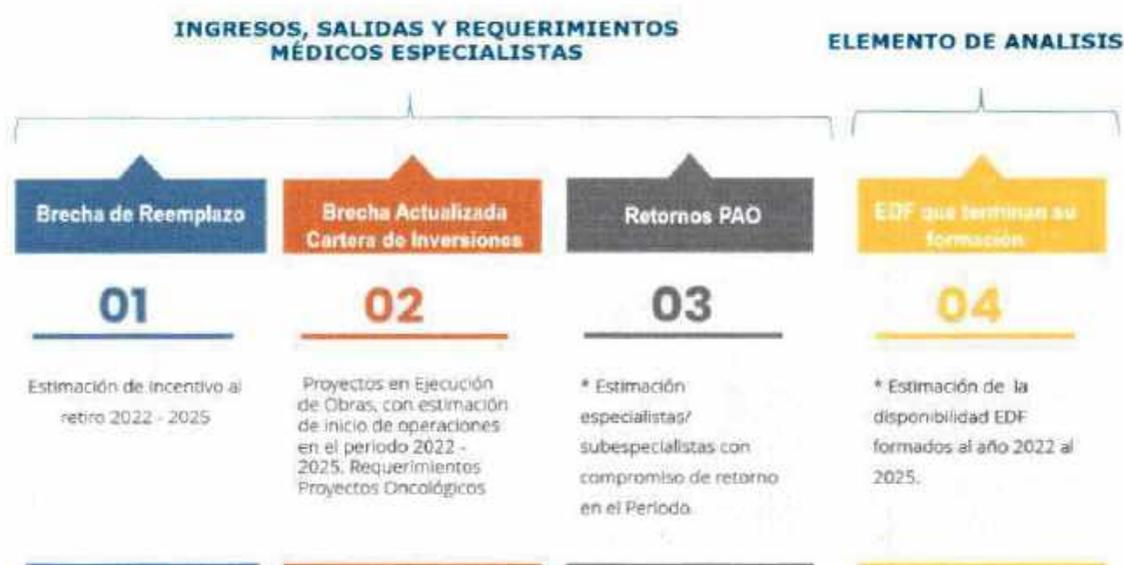
Avanzar a servicios integrales de salud, adecuados en oportunidad, calidad, acceso y cobertura para la población beneficiaria, implica seguir propiciando políticas públicas que permitan sustentar un sistema de salud equitativo y con los equipos de salud necesarios para brindar la atención de salud a lo largo de la red asistencial pública. En este sentido, el programa de formación de especialistas constituye un pilar fundamental dentro de las estrategias de superación de brechas de médicos generales y especialistas que el Sector Público requiere, cuyo enfoque está orientado a mejorar el acceso de la población a una atención oportuna y de calidad particularmente en las regiones y comunas que presentan los mayores déficits de estos profesionales altamente calificados, contribuyendo a disminuir las inequidades de salud, especialmente en las comunidades más vulnerables y en zonas extremas.



6.6. ESCENARIO DE PROYECCIÓN CORTO PLAZO: BRECHAS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS PERIODO 2022 – 2025

De acuerdo a las definiciones del Sistema de Planificación de Recursos Humanos en Salud, que contempla la generación de escenarios de proyección (corto, mediano y largo plazo), lo referido al escenario de corto plazo permite la identificación de los flujos de entrada y salida del personal de salud y -a su vez- identificar los requerimientos no cubiertos en dicho período para prever y anticipar las iniciativas y/o estrategias necesarias para enfrentar este desafío, como se muestra en la representación gráfica:

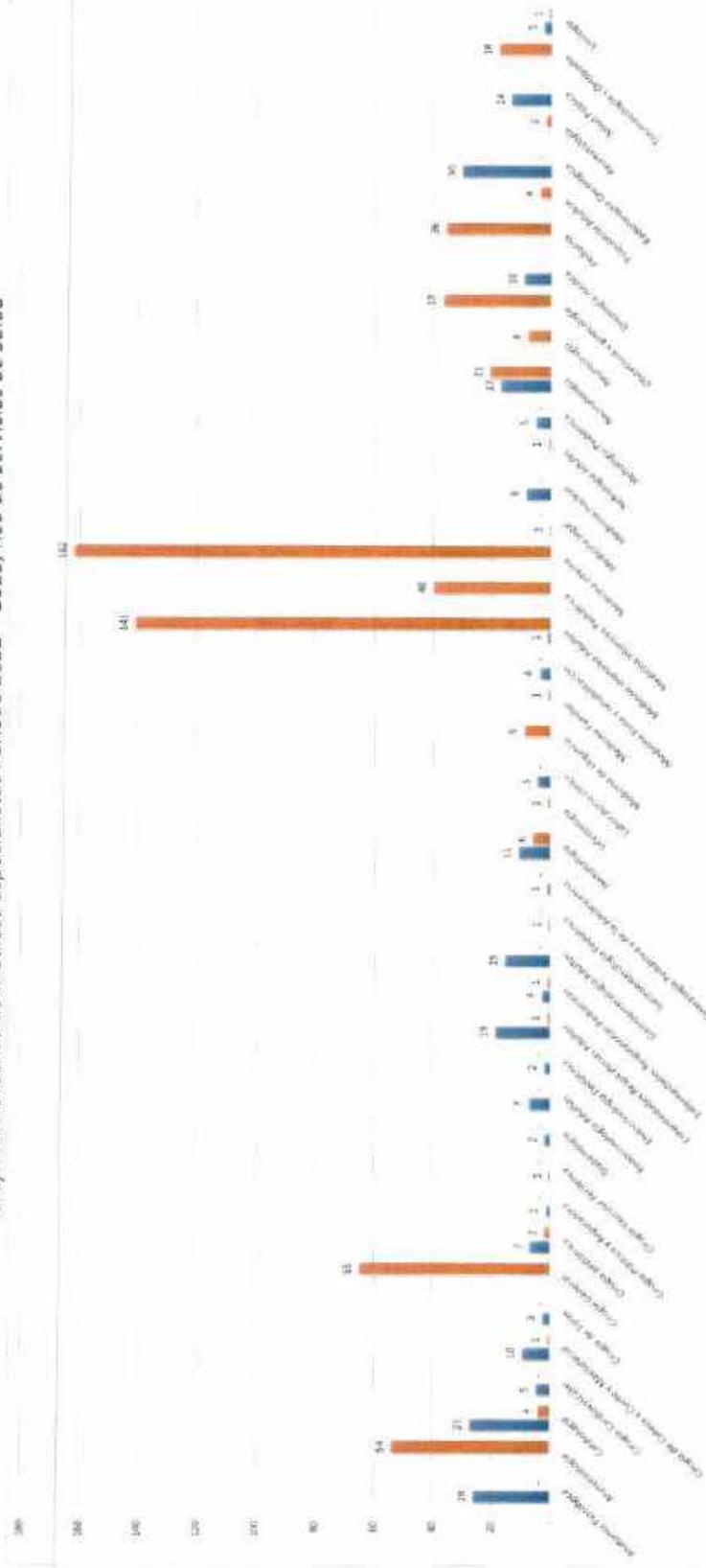
Ilustración 8 Escenarios de Proyección Corto Plazo



Fuente: elaboración propia, Departamento de Planificación de R.H.S

De acuerdo a lo señalado, se presenta el resultado de la estimación de brechas de médicos especialistas en el corto plazo, correspondiente al periodo 2022 – 2025, que incorpora los requerimientos de nuevos especialistas por efecto de la normalización de establecimientos hospitalarios y por Plan Nacional de Cáncer, así como las salidas del sector relacionadas a la estimación de incentivo al retiro; asimismo, se contemplan los flujos de entrada (Médicos que inician su Periodo Asistencial Obligatorio (PAO), tendiente a precisar los requerimientos de médicos especialistas en la Red de Servicios de Salud, asociado a especialidades certificadas que no serían cubiertos por el ingreso de nuevos especialistas en el periodo, y que representan una brecha para la red de Servicios de Salud, teniendo presente que dentro de los elementos de análisis posibles para su cobertura se encuentra aquellos especialistas EDF que terminan su periodo de formación en el periodo.

Gráfico 21 Brechas de Médicos Especialistas Periodo 2022 – 2025, Red de Servicios de Salud



Fuente: elaboración propia / Departamento de Planificación de RIES y Gestión de la Informativa.

La evaluación del escenario de corto plazo, que incorpora las dinámicas de flujos de entrada y salida de médicos especialista al Sector, define una estimación de brecha para el periodo 2022 al 2025, de una cifra que asciende a 238 jornadas equivalentes a 44 horas semanales y 616 jornadas equivalentes a 28 horas semanales, a nivel nacional.

Es preciso señalar, que esta evaluación representa un análisis enfocado en ciertos requerimientos y flujos del periodo, por lo que no representa el universo total de requerimientos de la red pública asociados a la demanda de salud de la población.



JUNIO 2022

Dotación de Personal en el Sistema Nacional de Servicios de Salud
Brechas por Servicio de Salud y Especialidad
Informe anual Glosa N°01 Letra c - Ley de Presupuesto N°21,395

ANEXO

Colombia

ABECE Servicio Social Obligatorio SSO Ministerio Salud Colombia Pag 1-10
<https://www.minsalud.gov.co/Portada2021/index.html>

Guía práctica para la convalidación de títulos profesionales en Colombia 1-17
https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-239202_guia_practica.pdf



Educación médica en Colombia y propuestas de cambio

Camilo Torres Serna, MD. PhD¹

catorse@yahoo.com

<http://orcid.org/0000-0002-5861-5935>

Magister en Farmacología,

Magister en Salud Pública,

Magister en Dirección Universitaria,

Doctor en Ciencias de la Educación

Profesor Titular

U. del Valle, U. Libre, U. Santiago de Cali, Colombia.

RESUMEN

Se describen los antecedentes de la educación médica en el mundo, con énfasis en el proceso histórico de Colombia; la influencia recibida de la medicina francesa en primera instancia y del informe Flexner en la segunda mitad del siglo 20; el efecto de la creación del Sistema de Salud Colombiano sobre esta educación médica y la necesidad de reformas curriculares que contribuyan a formar profesionales que respondan a las necesidades del entorno académico, social y laboral actual

Palabras claves: currículo médico; informe flexner; educación médica.

¹ Autor Principal

Medical education in Colombia and proposals for change

ABSTRACT

The background of medical education in the world is described, with emphasis on the historical process of Colombia; the influence received from French medicine in the first instance and from the Flexner report in the second half of the 20th century; the effect of the creation of the Colombian Health System on this medical education and the need for curricular reforms that contribute to training professionals who respond to the needs of the current academic, social and work environment.

Keywords: *medical curriculum; flexner report; medical education.*

Artículo recibido 01 abril 2023

Aceptado para publicación: 15 abril 2023

1. ANTECEDENTES DE LA FORMACIÓN MÉDICA EN EL MUNDO

Desde su origen, el humano ha sido expuesto a la enfermedad y a la muerte, son procesos que forman parte del ciclo biológico y por ello en todas las civilizaciones existentes en el planeta, fueron surgiendo personas dedicadas a buscar maneras para combatir esas enfermedades y evitar la muerte. Hay evidencia de médicos y medicinas desde épocas remotas, Las primeras culturas humanas basaron la práctica médica en dos teorías opuestas: el empirismo de carácter pragmático (aplicado a remedios obtenidos de la naturaleza) y una medicina mágico-religiosa, que recurrió a los dioses para intentar comprender lo inexplicable (De Arana, 1994). De los documentos históricos existentes, se destaca el papiro de Ebers (1550 a. C.), que describe numerosas enfermedades en varios campos de la medicina y sus correspondientes tratamientos y de manera histórica muy interesante describe tres tipos de médicos en la sociedad egipcia: sacerdotes mediadores con la divinidad, los médicos civiles, y los magos, capaces de realizar curaciones mágicas.

Paralelo a esta evolución de la medicina, debió de existir la formación de médicos, formación que se realizaba muy seguramente por transmisión directa de experiencias entre un médico en ejercicio y su aprendiz. No hay una evidencia clara de cómo se realizaba esto, pero se menciona, por ejemplo, la escuela hipocrática, basada en las enseñanzas del considerado padre de la medicina (Laín, 1978).

Las primeras universidades médicas tuvieron su origen en Italia, y estaban basadas en la tradición romana del humanismo (Lawn, 1963). La Escuela Médica Salernitana es reconocida como la primera escuela médica medieval, fue fundada en el siglo IX en la ciudad de Salerno, Italia, fue la mayor fuente de conocimiento médico de Europa en su tiempo. alcanzando su máximo esplendor entre los siglos X y XIII. Su currículo médico se basaba en la teoría humoral de Hipócrates y Galeno. El currículo para la formación médica tenía tres fases: tres años de lógica; cinco años de clínica médica y un año de práctica con un médico experimentado (Capparoni,1923). El prestigio de esta escuela fue muy grande y dio categoría al ejercicio de la medicina, tanto que el rey normando Roger, preocupado por los charlatanes y curanderos que hacían más daño que bien a su población, expidió en el año 1140 un edicto que decía: *"quien, de ahora en adelante desee practicar la medicina tiene que presentarse ante nuestros oficiales y examinadores para obtener su aprobación ... nadie se atreva a practicar la medicina a menos que haya sido considerado idóneo por la junta de maestros salernitanos".*(Salaverri 1999 p. 217)

Este estilo de enseñanza de la medicina predominó durante muchos años, después de una fuerte formación humanista, el estudiante ingresaba a un hospital y con la tutoría de un médico experimentado comenzaba a evaluar enfermos (Rojas, 2012). Los resultados estaban basados en una buena historia clínica y un buen examen físico, aspecto denominado popularmente “*ojo clínico*”. Según la inquietud personal de cada estudiante se revisaban las causas de la enfermedad y su base fisiopatológica (biología, bioquímica, fisiología etc.), temas de poco conocimiento en la época en la cual este modelo predominó. La institucionalización de este modelo, se le conoce como “*medicina francesa*” y predominó en Colombia y los países de Latinoamérica hasta mediados del siglo 20 (Serpa, 1992).

2. EL CURRÍCULO FLEXNERIANO

A principios del siglo 20, científicos y filósofos naturales se unieron para formar lo que puede llamarse el Círculo Hopkins, proyecto que alteró el curso de la educación médica en Estados Unidos (Duffy, 2011A; Duffy, 2011B). Sus esfuerzos resultaron exitosos en la fundación basada en la ciencia de la formación médica que ha hecho de los Estados Unidos el líder reconocido en la educación médica y la investigación médica en la actualidad.

El grupo estaba formado por un graduado de Yale, William Welch, quien fue en gran parte el creador intelectual de Hopkins. Otro miembro del grupo era Frederick Gates, un ministro bautista y asesor de confianza para John D. Rockefeller. Describe Byrn (1993) que Gates, se convirtió en el intermediario, quien convenció a Rockefeller para proporcionar sus recursos filantrópicos para lograr las metas del grupo. El tercer miembro del Círculo fue Abraham Flexner, un maestro de escuela y experto en las prácticas educativas, cuyos antecedentes y formación lo convirtió en un caso atípico en el Círculo.

En las Facultades de Medicina se reconoce a Abraham Flexner, con entera justicia, como el gran transformador de la educación médica. Pero yendo más allá, algunos consideran que, con la sola excepción del *Ratio Studiorum Jesuita* y de la idea de universidad de Henry Newman, ningún pronunciamiento sobre filosofía educativa ha tenido tan decisiva y vasta influencia como el “Informe Flexner” de 1910 (Patiño, 1993). Es imposible hablar de modificaciones al currículo de las escuelas de medicina sin visitar a Abraham Flexner.

Abraham Flexner nació en Louisville, Kentucky, en 1866 y obtuvo su grado en artes y humanidades en la Universidad de Johns Hopkins en 1886. Se inició en la carrera de educador como maestro del

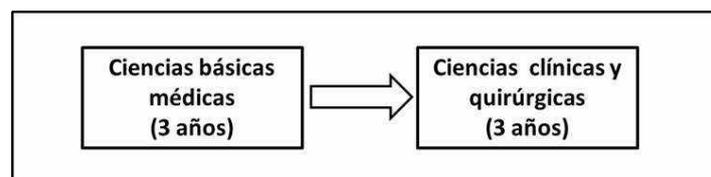
Louisville High School, y luego estableció su propio colegio en dicha ciudad. Hizo estudios de postgrado en Harvard y en Alemania, donde escribió su primera obra, *“The American College: A Criticism”*, la cual le significó una invitación de la Fundación Carnegie para realizar un estudio sobre la educación médica en los Estados Unidos y el Canadá (Flexner, 1912).

A lo largo de su vida, fue un ardiente defensor del estilo pedagógico alemán de la educación médica y en opinión de Billroth (1924) fue firme en su convicción de que la medicina era una disciplina científica que podría ser mejor realizada utilizando el modelo alemán como el prototipo en América.

Dicho estudio, titulado *“La Educación Médica en los Estados Unidos y Canadá. Un informe a la Fundación Carnegie para el Avance de la Enseñanza”*, fue publicado en 1910 y representó la fuerza demoleadora que hizo temblar en sus bases a las escuelas de medicina de entonces y dio paso a la más profunda transformación y reforma de la educación médica en Norte América, con honda repercusión, años más tarde en todo el mundo. Flexner murió en 1959, a la edad de 92 años, habiendo completado una admirable hoja de vida como educador y promotor de la excelencia académica.

Figura 1.

Modelo Flexner para el currículo médico. Fuente: Flexner, Medical Education in The Unites States and Canada, 1910



Flexner fue el creador y primer director del Instituto de Estudios Avanzados de Princeton, con sus escuelas de matemáticas, economía y humanidades, cuya dirección ejerció hasta su retiro de la actividad académica. Durante su dirección vino Albert Einstein a Princeton, proveniente del Instituto de Tecnología de California, y allí trabajó hasta su muerte.

La primera modificación al modelo Flexner apareció con la creación de la OMS, después de la segunda guerra mundial, año 1945. Las políticas de la OMS eran tendientes al desarrollo de la salud pública, el concepto de historia natural de la enfermedad y sus componentes, epidemiología, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, etc. Las facultades de medicina involucraron estos temas al modelo flexneriano.

Desde alrededor de los años 70 hasta la fecha, varias facultades de medicina del mundo han hecho propuestas de estrategias diferentes de aplicación del modelo flexneriano (Pellegrino, 1987).

Se destaca la Universidad de McMaster en Canadá, que desarrolló un modelo denominado aprendizaje basado en problemas (ABP), con el cual, a pesar de seguir el esquema flexneriano, se logró una mayor integración de las ciencias básicas médicas y las ciencias clínicas a través de la búsqueda de la solución a un problema médico específico desde las ciencias básicas (González, 1980).

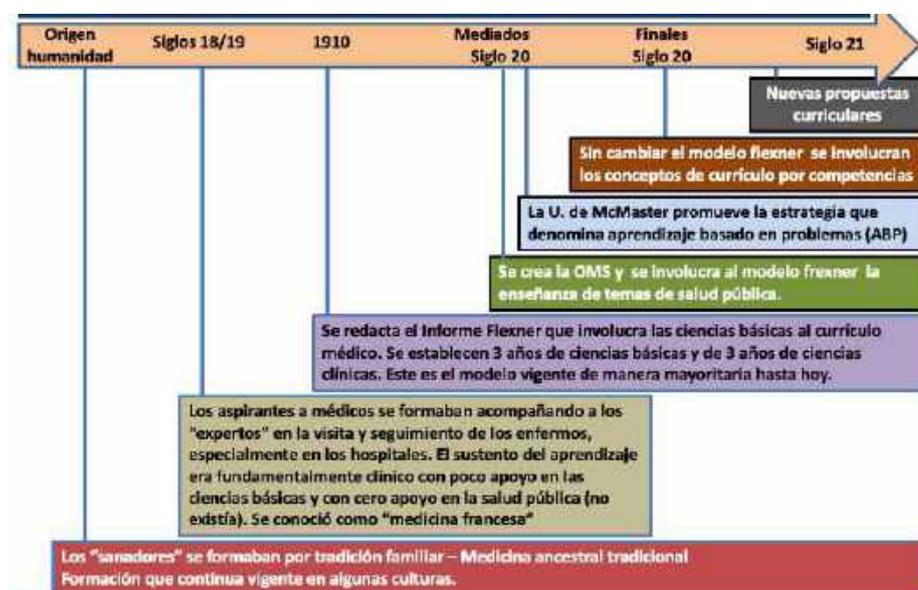
Posteriormente, durante los años 90, se desarrolló una corriente mundial para realizar el currículo médico basado en competencias, pero bajo el mismo modelo flexneriano (ciencias básicas/ciencias clínicas).

Actualmente se plantean otras modificaciones al currículo médico, pero siempre basadas en el modelo Flexner (ciencias básicas/ciencias clínicas).

La figura 2 describe cronológicamente el proceso histórico del currículo médico.

Figura 2.

Evolución histórica del currículo médico en todo el mundo. (Fuentes: Lain, 1984; Serpa 1992, Flexner, 1960; publicado en Torres, 2019)



González y Luna (2019) en una evaluación de la transformación de la educación médica durante el último siglo recopilan importantes deficiencias en la formación:

- Excesiva duración y rigidez de los programas.
- Énfasis en la memorización.

- Falta de integración entre los conocimientos formales y el aprendizaje experiencial.
- Enseñanza clínica a cargo de residentes y supervisada por médicos que cada vez tienen menos tiempo para enseñar.
- Atención inadecuada a los pacientes y hospitales sin una misión educativa.

3. EVOLUCIÓN DE LA EDUCACIÓN MÉDICA EN COLOMBIA

La evolución de la educación médica en Colombia se resume en la tabla 1. En ella se puede observar que la educación médica en Colombia ha tenido dos grandes etapas, originalmente se formaron los médicos bajo el modelo de la medicina francesa, ya descrito y posteriormente, se implementó el modelo flexneriano.

Al empezar la década de los años 50, se inició en el país un proceso de autoevaluación universitaria, que a partir del Primer Seminario Colombiano de Educación Médica (Universidad del Valle, 1957) realizado en la recién fundada Universidad del Valle de Cali, se diseñaron planes de incorporación del currículo flexneriano, acreditación de hospitales docentes y creación de programas formales de especialización médica. Igualmente se dio origen a la asociación colombiana de facultades de medicina (ASCOFAME), con la función de generar estándares para la formación del médico colombiano. La evolución del currículo médico en Colombia se describe en la figura 3.

En los últimos 30 años diferentes factores han pasado a afectar de manera importante la educación médica en Colombia:

- La proliferación de facultades de medicina, actualmente existen 60, públicas y privadas, y muchas de ellas pueden tener debilidades en su estructura académica.
- La promulgación en 1993 de la Ley 100, ley que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El objetivo de esta ley era ofrecer un plan único de salud a toda la población colombiana. Actualmente este sistema cubre a casi el 100% de los colombianos y aunque presenta dificultades en la oportunidad de la oferta de servicios, en general se considera que ha sido un gran avance para la salud de los colombianos. Esta ley, ha afectado el ejercicio médico en el sentido que convirtió a los profesionales de la salud, con pocas excepciones, en asalariados. El futuro del médico general, hoy en día en Colombia está limitado a ser empleado de una entidad de servicios afiliada

al SGSSS. Solo algunos especialistas, y cada vez menos, logran seguir ejerciendo su profesión de manera independiente, pues toda la población tiene servicios de salud bajo aseguramiento del estado.

- El crecimiento natural de la ciencia, limita cada día más la capacidad resolutoria de un médico general, y el médico general y sus pacientes lo saben. Hoy en día los estudiantes de medicina, desde muy temprana vinculación a su facultad sueñan con ser especialistas, investigaciones previas nuestras lo han demostrado (Torres 2008, Torres, 2017). Otros autores han encontrado resultados similares en otros países de Latinoamérica (Referencias).
- La vigilancia más estricta al error médico y la consecuente demanda jurídica. Esto ha limitado más la capacidad del médico de tomar decisiones por temor a una demanda por mala práctica.

La sumatoria de estos factores desencadena una frustración personal y familiar, puesto que cada día es menos probable que un médico general en Colombia crezca socialmente, patrimonialmente, laboralmente e incluso académicamente, pues una vez graduado como médico general, su intensa jornada laboral le impide estar actualizado y la probabilidad de especializarse es mínima pues los cupos de posgrado en las universidades son muy reducidos y costosos.

Esto ha llevado a que desde hace muchos años se plantee la discusión del tipo de médico que se debe formar (Maldonado, 2011; Torres, 2014).

Publicaciones de la Universidad del Valle (Universidad del Valle, 1993) y de profesores colombianos han planteado la necesidad de revisar el currículo médico (Patiño, 2001), los planes de estudio y de valorar la condición precaria de la educación médica colombiana que confronta el problema del atraso científico y tecnológico y la profunda crisis del sistema hospitalario público a todos sus niveles se ha hecho evidente.

La educación médica colombiana ha registrado un debilitamiento progresivo de su base científica, pobre preparación del estudiante en ciencias básicas, especialmente en biología, poca exposición a la investigación y al método científico (Ascofame, 1978; Ascofame, 1987).

A los factores negativos enunciados se suman la disminución, y en algunas facultades la inexistencia, del profesorado de tiempo completo, particularmente en el área de las ciencias básicas, y la persistencia de planes de estudio rígidos que se empeñan en producir un ansioso médico general que pueda atender en forma comprensiva las necesidades de la comunidad, con frecuencia expresado como atención

primaria (Patiño, 1980; Patiño, 1993B; Patiño, 1993C).

Tabla 1. Marco histórico de la educación médica en Colombia.

Época	Hechos históricos
1636 - 1644	Catedra de medicina en el Colegio de San Bartolomé en Bogotá dirigida por Rodrigo Enríquez de Andrade.
1653	Colegio Mayor del Rosario, en Bogotá, intenta formar médicos, pero no logra docentes suficientes y adecuados.
1753	La Universidad Tomística, en Bogotá, con el liderazgo de José Vicente Ramón Cancino, logra la formación de médicos.
1764	En la historia del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario de Bogotá, se menciona la graduación de los primeros médicos en este año. La facultad cerró sus actividades a inicios del siglo 19 y sólo reanuda la formación de médicos en el año 1965, bajo el liderazgo de la Sociedad de Cirugía de Bogotá.
1801 - 1802	José Celestino Mutis plantea un primer proyecto de formación de médicos y propone un plan de estudios. Se considera el nacimiento de la primera facultad de medicina en Colombia.
1804 - 1805	Se aprueba el primer currículo médico que comprendía cinco años de bachillerato y tres años de práctica para obtener el doctorado en medicina.
1823	Se inicia la influencia de la medicina francesa en la formación de médicos y en el ejercicio de la medicina. Influencia que permaneció durante más de cien años.
1826 - 1850	Se crea la Universidad Central, en Bogotá, que da apertura a una facultad de medicina un año después que permaneció hasta el año 1850, formando en ese periodo cerca de 200 médicos.
1830	En Cartagena se organiza una facultad de medicina que graduaba médicos, cirujanos y parteros.
1835 - 1890	Inicia labores una facultad de medicina en Popayán. Funcionó hasta 1890.
1837	Cátedra de medicina en Santafé de Antioquia

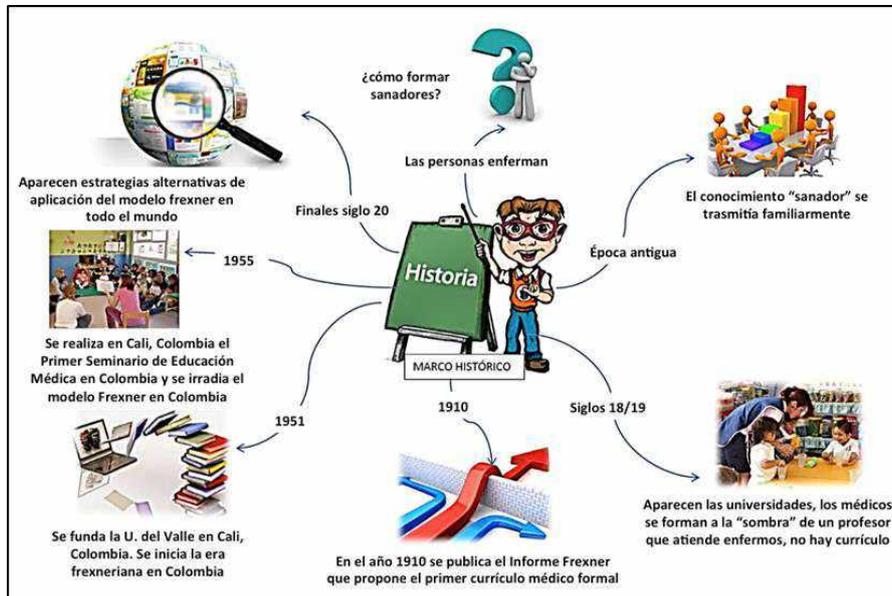
1851	Cátedra de medicina en el Colegio de Antioquia
1865	Antonio Vargas Reyes, reconocido como el padre de la cirugía colombiana, funda la Escuela Médica privada del Colegio de la Independencia.
1866 - 1871	Se crea la Facultad de Medicina del Colegio Académico de Buga, Valle del Cauca, allí se forman médicos durante cinco años.
1867-1868	Se funda la Universidad Nacional de Colombia y su Facultad de Medicina.
1871-1872	Inicia labores la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
1873	Se crea la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Colombia, sociedad que un poco después se convirtió en la Academia Nacional de Medicina de Colombia.
1942	Fundación Facultad de Medicina, Universidad Javeriana en Bogotá.
1950	Se reinicia la Facultad de Medicina de la Universidad del Cauca en Popayán.
1951	Fundación Facultad de Medicina, Universidad del Valle, en Cali.
1952	Fundación Facultad de Medicina, Universidad de Caldas, en Manizales.
1953	La Universidad Nacional organiza una misión para estudiar la educación médica en Colombia y se concluye que la formación de médicos en Colombia tiene atrasos muy grandes con respecto a la educación médica en Europa y en Estados Unidos.
1955	Primer Seminario de Educación Médica de Colombia. Organizado por la Universidad del Valle, en Cali. Se establece en Colombia el modelo Flexner de educación médica y se plantea el internado rotatorio como último año de carrera.
1957	Segundo Seminario de Educación Médica de Colombia. Organizado por la Universidad de Antioquia, en Medellín. Se hacen los ajustes al modelo flexneriano, se consolida el internado rotatorio.
1965	Fundación Facultad de Medicina, Universidad del Rosario, en Bogotá.

1967	Fundación Facultad de Medicina, Universidad Industrial de Santander, en Bucaramanga.
1979	Con la Ley 2 de 1979 se estableció que la Academia Nacional de Medicina fuera consultora del gobierno para todos los asuntos relacionados con la salud pública y la educación médica del pueblo colombiano.
1993	Se promulga la Ley 100 o Sistema General de seguridad Social en Salud, cuyo objetivo es el aseguramiento de toda la población a un plan básico de servicios, de esta manera se modifica, de manera importante, el ejercicio liberal de la medicina, convirtiendo al médico en un asalariado del sistema e impactando de forma importante la capacidad resolutoria del médico y la necesidad de repensar su formación académica.
2011	El Estado colombiano, a través de la Ley 1438 de 2011, estableció criterios y condiciones para considerar a un hospital como Hospital Universitario. Antes de esta Ley, muchos hospitales se denominaban como “universitarios” por el solo hecho de permitir prácticas de estudiantes de ciencias de la salud.
2012	La Resolución 3409 de 2012, emitida por el Ministerio de Salud de Colombia, reglamenta lo pertinente al reconocimiento de hospitales como Hospitales Universitarios.
2014	El 21 de marzo del año 2014, fueron reconocidos los primeros hospitales universitarios, fueron ellos: el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, el Hospital de la Fundación Cardiovascular de Santander y el Hospital de la Fundación Santafé de Bogotá. El 25 julio fue reconocido el Hospital del Centro Dermatológico “Federico Lleras Acosta” en Bogotá.
2023	La Clínica Fundación Valle del Lili, reconocida desde el año 2017 como Hospital Universitario de la Universidad ICESI de Cali, es escalafonado como el mejor Hospital Universitario de Colombia, el segundo en América Latina y el 32 del mundo. (https://brandfinance.com/insights/global-500-2023-report-published) Paralelamente es considerada en el cuarto puesto como mejor hospital de Latinoamérica y el 162 de los mejores hospitales del mundo. (https://www.newsweek.com/rankings/worlds-best-hospitals-2023)

Basado en: Andrade, E. (1986). Evolución histórica de la educación médica en Colombia. Datos históricos complementados por el autor de esta revisión.

Figura 3.

Descripción gráfica del marco histórico del currículo médico con referencia a Colombia. (Fuente: elaboración propia basado en (Lain, 1984; Flexner, 1960; Otero, 1992; Serpa, 1992)



4. LA EDUCACIÓN MÉDICA Y EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

La medicina se ejerció en Colombia como una profesión liberal. Los médicos se graduaban, obtenían su licencia para ejercer y montaban un consultorio o una clínica privada. Ellos determinaban su jornada de trabajo y sus tarifas, obviamente solo atendían a quienes podían pagarles, con algunas excepciones filantrópicas. De manera paralela el Estado, financiaba centros de salud y hospitales públicos que se responsabilizaban de atender la población que no podía pagar la atención particular. Estas entidades del estado tenían presupuestos muy débiles y aunque la calidad de los servicios asistenciales podía considerarse buena, los recursos eran muy pocos.

En 1946 se expidió la ley 90 que ordenaba crear en Colombia el Seguro Social Obligatorio y en 1948 el decreto presidencial 2347 creó el Instituto Colombiano de Seguro Social (ICSS) dirigido a atender a los trabajadores de empresas privadas de Colombia y la Caja Nacional de Previsión se encargaría del seguro para los trabajadores oficiales. Paralelamente se puso en funcionamiento el Ministerio de Higiene, para manejar los asuntos pertinentes a la salud pública del resto de colombianos.

El ICSS, que posteriormente se denominó Instituto de Seguros Sociales (ISS) y la Caja Nacional de Previsión solo atendían al trabajador afiliado, la esposa del trabajador que estuviese embarazada y al

recién nacido durante el primer año de vida, esto dejaba más de la mitad de la población colombiana sin seguridad social, por lo cual los servicios médicos privados o particulares seguían siendo una gran fuente de trabajo y de ingreso para los médicos. Algunos grupos poblacionales (Fuerzas Armadas, profesores universitarios, maestros y funcionarios de la estatal petrolera) tenían servicios médicos especiales.

En 1993, se expide la Ley 100 o Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta Ley pretende crear aseguramiento para toda la población a través de entidades administradoras de beneficios, se estableció un plan de servicios de salud único para toda la población y planes de aseguramiento adicionales para quienes lo deseen. Para bien o para mal la ley 100 ignoró el tema de la formación de los médicos (Prieto, 2016).

La implementación de la Ley 100 convirtió a los médicos en profesionales asalariados, pues, aunque persiste la oferta y la demanda de servicios privadas cada día es más escasa, especialmente para el médico general y para el especialista recién graduado. Esto ha deteriorado de manera importante el ingreso económico de los médicos y lo ha obligado a cumplir duras jornadas de trabajo como asalariado, para lograr ingresos satisfactorios.

Estas nuevas formas de organización social han llevado a la medicina a un ejercicio cada vez más institucionalizado, lo cual quiere decir más regulado, más gerenciado y las implicaciones sobre la educación médica han sido evidentes. La falta de versación de los médicos en las disciplinas de la gerencia y la administración ha hecho que sean desplazados de los cargos directivos por administradores no médicos. Pero si bien es cierto que un médico que no sepa administración no es un buen directivo, tampoco lo es un administrador que no sepa de salud. La administración y la gerencia se perfilan como nuevas destrezas en el campo médico (Patiño, 2001).

“Un buen sistema de salud y un adecuado programa de enseñanza, deben estar íntimamente ligados a las características epidemiológicas, sociales, económicas y culturales del país y por lo tanto cuando queramos tomar de otras culturas sistemas o programas que nos permitan mejorar nuestros aspectos de salud, debemos adecuar a nuestras características nacionales aquello cuyo concienzudo estudio indique aconsejable” (Rojas, 2009, p. 16).

5. PROPUESTAS DE CAMBIOS CURRICULARES PARA UNA NUEVA EDUCACIÓN MÉDICA

El llamado "médico general" se ha convertido en Colombia sólo en un paso obligatorio para poder llegar a ser especialista, como lo demuestran múltiples investigaciones. En entrevistas con Decanos de Facultades de Medicina, estudiantes, internos, médicos rurales y especialistas, se encuentra que el 95% de los estudiantes tienen ya seleccionada una determinada especialidad que quieren hacer; el resto no sabe, cual, pero ninguno quiere ser médico general (Rojas, 1991; Torres, 2017).

Al médico general que están graduando las facultades de medicina, al menos en Colombia, se le está obligando a hacer cosas para las cuales no tiene el adiestramiento apropiado; por otra parte, no están recibiendo la formación requerida para el desempeño de las funciones que deberían realizar (Rojas, 1991). El estudio CENDEX (2013) realizado por la Universidad Javeriana para el Ministerio de Salud de Colombia, entrevistó directivos de 126 hospitales y clínicas en las 20 ciudades más importantes de Colombia y encontró que el 59% de quienes respondieron la encuesta, consideraba que la formación de los médicos generales a su servicio, no era adecuada.

De igual manera, la Comisión para la Transformación de la Educación Médica, conformada por 14 expertos e instalada por los Ministerios de Salud y de Educación de Colombia en el año 2017, al verificar las competencias adquiridas por los médicos generales durante su formación, advierte que: "existen reportes sobre limitaciones en el desempeño, falta de seguridad frente al manejo de los pacientes, precariedad en los conocimientos sobre los temas más relevantes de salud pública y dificultades para la comunicación y el trabajo en equipo" (Ministerio de Salud, 2017).

Los médicos generales desean especializarse (Torres, 2009; Torres 2017), pero la búsqueda de una especialización es tortuosa y puede durar muchos años, la mayoría no logran especializarse, se calcula que uno de cada veinte médicos generales lo logra.

Los médicos generales que logran ingresar a un programa de especialización, tendrán que estudiar un promedio de 4 años más para obtener ese título. Esto significa que, si un joven ingresa de 18 años a la universidad, será muy difícil que haya concluido la formación que desea (ser especialista) antes de los 30 años, esto con grandes consecuencias económicas para su familia y su entorno cercano.

Por otro lado, aquellos médicos generales que no logran ingresar a un programa académico de

especialización, ejercerán una medicina que no desean y además en condiciones laborales, la mayoría de las veces, no confortables. La satisfacción profesional de los médicos es piedra angular del buen funcionamiento de un sistema de salud y un médico que no puede cumplir sus ilusiones académicas, laborales y sociales no hará de manera adecuada su trabajo.

Pero, más grave aún, los pacientes cada día más, quieren que los atienda un especialista, en gran parte esto también es producto del entorno, pero especialmente de la globalización educativa, del internet y de la gran segmentación y diversificación de servicios que se ofrecen (Ascofame, 1978).

Es decir, los pacientes no quieren ser evaluados por un médico general, y los médicos no quieren ser médicos generales, ¿entonces qué sentido tiene seguir formando médicos generales bajo el modelo actual?

Patiño (2001), resumía su visión futurista del currículo médico así: Para alcanzar los objetivos de una facultad de medicina moderna que esté al nivel de las necesidades actuales y futuras de una sociedad que evoluciona rápidamente, se deberá tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Que la enseñanza de la medicina no reside exclusivamente en la facultad y el hospital, sino en la universidad entera, con todas sus disciplinas, sus humanidades y sus ciencias sociales.
- Que la ciencia y el método científico, dentro de un marco de ética y responsabilidad social, constituyen el fundamento de la formación del médico.
- Que el currículo debe ser flexible y diversificado en tal forma que pueda ofrecer áreas de concentración en el pregrado.
- Que la estrategia docente no resida en forzar un enorme volumen de información similar en todos los estudiantes, sino en orientarlos y motivarlos para que se interesen por las disciplinas de su propia elección, en un plan de estudios que permita profundizar en ellas.
- Que la tecnología para el manejo de la información, aparezca como un objetivo, un instrumento y un método pedagógico en la moderna educación médica.

Dos propuestas internacionales adicionales se deben destacar:

El proyecto del Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá que desde el año 2000 impulsa a definir un esquema de competencias necesarias en la formación de un médico especializado para cada entorno (Frank, 2007). El modelo desarrollado se conoce como CanMEDS y en la actualidad sirve de base para

los programas de formación de médicos de muchos países en todo el mundo generando un movimiento en la educación clínica hacia un enfoque basado en las competencias (Frank, 2015).

Otra propuesta novedosa ha sido planteada por Bligh (citado por Frank, 2015) que acuñó el acrónimo PRISMS para una nueva estrategia de desarrollo curricular que plantea que la formación del médico debe realizarse con un elevado componente **P**ráctico, con temas **R**elevantes, de manera **I**nterdisciplinaria, en cursos cortos (**S**horter), en diferentes escenarios de atención clínica (multicéntrico) y con el reconocimiento de la importancia del trabajo en equipo en salud.

Muchas escuelas de medicina han estudiado la gran problemática de la formación de médicos (Venturelli, 2003).

En la Universidad del Cauca, en Popayán, Colombia, se realizó una evaluación de los componentes de formación que idealmente el médico general debería adquirir, como son valores profesionales, actitudes y comportamiento ético, fundamentación científica, pensamiento lógico e investigativo, habilidades en la comunicación social, habilidades clínicas, salud de población y sistemas de salud y manejo de la información (Narvaez, 2005; Torres, 2019).

Durante el XXIII Congreso Colombiano de Medicina Interna en Cartagena, Colombia se plantearon las siguientes propuestas de orientación del médico general (Asociación Colombiana de Medicina Interna, 2014):

1. Dirigir la orientación al médico comunitario. Orientación frecuentemente rechazada por los estudiantes que sueñan con ser súper especialistas (Torres, 2017). Es una orientación retomada, aunque con diferente denominación, por el denominado Consenso de montería, realizado en Colombia en el año 2017.
2. Disminuir la intensidad de la formación en ciencias básicas. Las ciencias básicas cambian tan rápido que puede ser más productivo incrementar la docencia en áreas clínicas, involucrando el sustento básico en la clínica.
3. Concentrar la formación del médico general en entidades trazadoras. Si el médico general no puede aprender de todo, que aprenda bien lo que más requiere el sistema de salud, algunas universidades colombianas ya están formando médicos bajo ese esquema.

4. La Comisión para la Transformación de la Educación Médica, ya mencionada, propuso siete puntos claves en la formación de un médico:

- a.** Selección rigurosa de estudiantes con pruebas sobre criterios académicos específicos definidos por un Consejo General de Educación Médica nacional.
- b.** Primer año de fundamentación. Integración de ciencias básicas biomédicas, clínicas, sociales y de salud pública.
- c.** Cuatro años para adquirir competencias científicas, profesionales y comunicativas en todas las áreas del saber médico.
- d.** El quinto año concentra y refuerza el conocimiento sobre habilidades definidas y al final se otorga el grado de médico, pero sin registro.
- e.** Sexto año es de internado y en él se completan las habilidades y competencias dentro del programa de ejercicio supervisado.
- f.** Al finalizar el internado se aplicaría una prueba de Estado para otorgar el certificado pleno que acredita como médico y habilita para ejercer en todo el territorio nacional.
- g.** El servicio social obligatorio, al terminar la carrera, pasaría a ser voluntario y quienes lo ejerzan, después de una selección rigurosa, obtienen beneficios para ingresar a los programas de especialización.

5. De manera similar, en noviembre de 2017, los Decanos de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame, 2017), reunidos en el “Consenso de Montería sobre Educación Médica” plantearon entre otras cosas: Desarrollar unos lineamientos curriculares de pregrado que incluyan, entre otros:

- a.** Un perfil de ingreso para el pregrado de medicina
- b.** La exposición clínica y comunitaria temprana de los estudiantes fundamentada en la Atención Primaria Renovada (APR);
- c.** Un currículo nuclear basado en competencias, contenidos y procedimientos mínimos;
- d.** La integración de los aprendizajes básicos, biomédicos, clínicos, socio humanísticas y de salud pública con las competencias científicas, profesionales, prácticas, de pensamiento crítico y de civilidad;

e. Definir unas opciones de salida como coterminales.

6. Otra propuesta, más radical o innovadora, es la de no graduar, más profesionales con el título de médicos generales. Se propone que las universidades desde que reciben un estudiante lo orienten a una especialidad (o un énfasis si se quiere) y lo gradué en ese énfasis, es decir, en términos educativos, concentre las competencias de cada graduando en una sola área de la medicina; sin que eso signifique que ese médico no tenga una base clínica general. Ya son pocos los países desarrollados en el mundo donde todavía existen médicos generales, por ejemplo, en Estados Unidos y en España se calcula que menos del 10% de médicos ejercen como médicos generales (Roselli, 2000; Scheurer, 2009). En Colombia, actualmente algunas universidades (Valle, Andes, Icesi) ofrecen la posibilidad de realizar el internado con énfasis en alguna área de la medicina, pero su título profesional continúa siendo el de médico, sin mencionar ese énfasis.

CONCLUSIONES

Del pasado al presente se concluye que no se puede comparar el médico general del pasado con el médico general que forman las universidades hoy (Torres, 2019):

1. El estudiante que llega a las universidades hoy es muy diferente, desde el primer día de clase ya llega con la mente fijada en convertirse en un especialista. Es muy difícil pretender que alguien que llega con el sueño de ser oftalmólogo aprenda a atender partos con calidad, pero peor aún, el ejercicio de este profesional, una vez graduado va a ser frustrante sino logra especializarse.
2. Los profesores de las universidades hoy en día son muy diferentes a los del pasado. Muy seguramente, hace 30 años, un profesor de oftalmología hacía parte de su ejercicio profesional como médico de familia y tenía un buen entrenamiento general. Hoy en día el porcentaje de profesores universitarios que son estrictamente médicos generales son mínimos, los cálculos más optimistas hablan del 7%, los demás son profesores supra especializados en un área de la medicina.

No se puede comparar el ejercicio de la medicina hoy con el ejercicio del pasado:

- a. La ciencia ha aumentado por toneladas, matemáticamente es imposible que hoy en día un médico sepa de todo, como se pretende que sea el médico general.

- b. Las normas legales y éticas que existen hoy hacen que el profesional tenga que ser más cuidadoso con lo que hace. Muy seguramente un médico graduado hace 30 años realizaba cesáreas, eso es imposible hoy.
- c. Los usuarios reclaman derechos y tienen más conocimiento o acceso a él. En épocas pasadas, ante el paciente el único que sabía era el médico, hoy en día, el médico receta un medicamento a un paciente, el paciente se va a consultar en internet y en media hora sabe tanto o más que el médico de ese medicamento.
- d. Los usuarios hoy exigen especialistas, pero lo más interesante es que cada uno de nosotros como usuarios también.

La causa de esta situación se atribuye a inoperancia de los sistemas de salud, pero es posible que sea producto de la evolución natural de la sociedad (Gómez, 2015).

La OMS ha identificado trece mil tipos de enfermedades, síndromes y heridas. Casi todas pueden ser tratadas, bien sea para curarlas o para reducir el dolor. El gran problema es que cada enfermedad implica una serie de pasos diferentes y complejos. Los médicos tienen a su disposición más o menos seis mil fármacos y cerca de cuatro mil procedimientos médicos y quirúrgicos para escoger. Son demasiadas opciones incluso para quien ha estudiado durante años. La respuesta ante esta situación por parte de los profesionales de la medicina, ha sido pasar de la especialización a la supra especialización (Gawande, 2011).

El mundo está preocupado por la formación de sus médicos y los efectos que esto implica sobre la salud de la comunidad y el buen desarrollo de los sistemas de salud estatales y privados (Pinilla, 2016).

La revisión del estado del arte permite concluir que existen elementos teóricos y sustentación investigativa que invita a revisar la pertinencia del currículo actual en la satisfacción académica, laboral y social durante el ejercicio profesional de médicos generales en todo el mundo (Sendoya, 2000; Toro-Huamanchumo, 2017; Huamán, 2007; De Oliveira, 2016).

La evidencia parece hacer pensar que el médico general integral sabelotodo parece cada día más utópico. Ya lo había dicho Rojas en 1991, y es un hecho que muchas universidades han dado pasos en este sentido, algunas instituciones del país permiten hacer el último año de carrera (denominado internado) como primer año de una especialización o permiten realizar la carrera con un énfasis. “*La Universidad*

de los Andes, por ejemplo, dice en la presentación de su programa: En los Andes no se gradúa un solo tipo de médico sino seis, dependiendo del área de escogencia del estudiante; de esta forma el egresado cuenta con diferentes posibilidades laborales” (Universidad de los Andes, 2018, p. web). En la Universidad del Valle, desde hace muchos años, se permite realizar el último año de la carrera de medicina como primer año de la especialización en medicina familiar.

La propuesta que se invita a debatir, retomando la de Rojas (1991), es avanzar a la especialización de la medicina creando un programa de estudios que comprenda cuatro años de ciencias básicas y de salud pública; durante estos cuatro años se afianzarían conceptos de gran crecimiento en medicina como son la biología molecular, la inmunología, la farmacología e igualmente se incrementaría la capacitación en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En un quinto año el estudiante realizaría rotaciones cortas por lo fundamental de todas las especialidades clínicas, en la mayoría de ellas como observador y en algunas quizá adquiriendo algunas competencias básicas que puedan ser de utilidad general (reanimación cardiopulmonar, manejo de líquidos y electrolitos) o requieran poco entrenamiento (suturas, drenaje de abscesos, atención de un parto normal, inmovilización de una fractura, etc.), y a continuación realizaría cuatro o cinco años de su especialización en ciencias básicas, ciencias clínicas, ciencias quirúrgicas, salud pública u otras (Figuras 4 y 5).

De esta manera en un programa de nueve o diez años, se lograría la formación de especialistas jóvenes con gran capacidad de generar nuevo conocimiento, con probabilidad de ser investigadores y de avanzar hacia doctorados o supra especializaciones (Mayol, 2015).

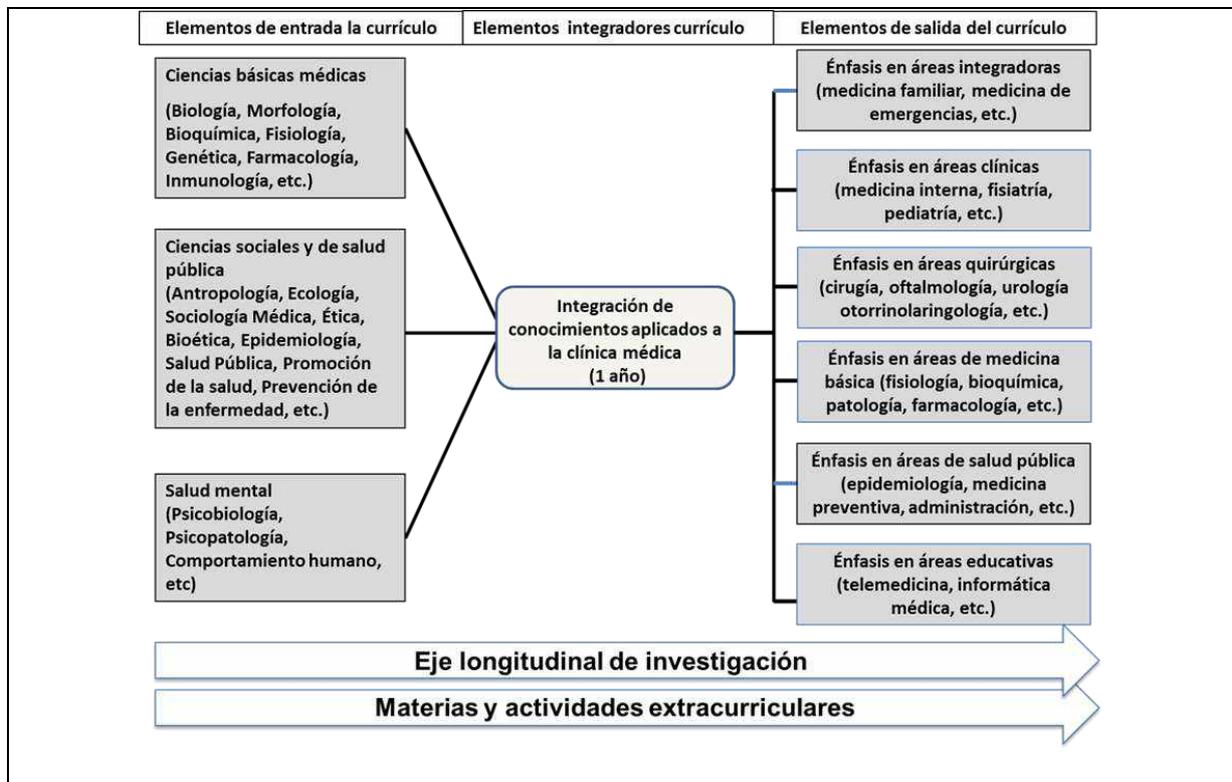
Muchos autores están de acuerdo que, en un mundo en rápido cambio, se percibe la necesidad de una nueva visión y un nuevo modelo de enseñanza superior, que debe estar centrada en el estudiante (Huapaya, 2012), lo cual exige, en la mayor parte de los países, reformas en profundidad, así como una renovación de contenidos, métodos, prácticas y medios de trasmisión del saber, acorde con los estilos de aprendizaje de los estudiantes (Torres, 2018), las necesidades de la comunidad y los sistemas de salud (Cendex, 2013). Se busca forjar la renovación del modelo tradicional flexneriano a un modelo pedagógico socio-constructivista para solucionar problemas de salud (Pinilla, 2018)

No es solo el médico que necesita un país, también debe pensarse en el médico que quieren ser los jóvenes, deben armonizarse esos deseos (Torres, 2019).

Figura 4. Propuesta para un nuevo plan de estudios para la formación de médicos. Fuente: Rojas, 1991; Torres, 2014, Torres, 2019).

Hacia un nuevo médico		
Semestres 1 a 8	Semestres 9 y 10	Semestres 11 a 18 (20 en algunos)
Ciencias básicas médicas (Biología, Morfología, Bioquímica, Fisiología, Genética, Farmacología, Inmunología, etc)	Semestres de 20 semanas para realizar de manera rotatoria y 12 semanas de vacaciones al año: -Historia clínica -Examen físico general -RCP -Líquidos y electrolitos -Pequeña cirugía -Atención parto normal -Atención niño sano -Actividades de P&P -Introducción a la psicoterapia -Otros temas básicos	Especialidades integradoras (Especialista en atención primaria, en cirugía básica, en medicina familiar, en urgencias, en P&P, etc.)
Ciencias sociales y de salud pública (Antropología, Ecología, Sociología Médica, Ética, Bioética, Epidemiología, Salud Pública, Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, etc)		Especialidades clínicas (Medicina interna, pediatría, psiquiatría, fisiatría, medicina deportiva, etc)
Salud mental (Psicobiología, Psicopatología, Comportamiento humano, etc)		Especialidades quirúrgicas (Cirugía general, urología, oftalmología, ORL, plástica, ortopedia, neuro, etc)
		Maestrías y doctorados en ciencias básicas (Biología, Morfología, Bioquímica, Genética, Fisiología, Farmacología, etc)
		Maestrías y doctorados en salud pública (epidemiología, administración, auditoría, salud ocupacional, etc)
		Otras (Comunicación, informática médica, etc.)

Figura 5. Propuesta de la nueva estructura curricular para la formación de un nuevo médico. (Torres, 2019)



REFERENCIAS

- Andrade, E. (1986). Evolución histórica de la educación médica en Colombia. *Rev Fac Med*, 39(2), 189-93.
- Ascofame. (1978). *Inventario nacional de programas docentes para la salud*. Análisis de las características de los programas 1973. Bogotá: Canal Ramírez Antares Editores.
- Ascofame. (1978). *Memorias del Seminario El médico general una respuesta al futuro*. Bogotá: Andes, 1978.
- Ascofame. (2017). Consenso de Montería sobre Educación Médica. Consultado el 27 de junio de 2018 en: http://ascofame.org.co/web/consenso_monteria/#1509566110678-c74119ac-432a
- Asociación Colombiana de medicina Interna (2014). *XXIII Congreso Colombiano de Medicina Interna*. Cartagena, Colombia.
- Byrn, N. R. (1993). Tendencias actuales de la educación médica y propuestas de orientación para la educación médica en América Latina. *Educ Med Salud*, 28, 53-123.
- Capparoni, P. (1923). *Magistri Salernitani nondum cogniti. A contribution to the History of the Medical School of Salerno*. Londres. John Bale, Sons & Danielsson
- Cendex (2013). *Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia*. Bogota: Universidad Javeriana, Ministerio de Salud y Protección Social.
- Centro de Proyección para el desarrollo. (2013). *Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia*. Informe final. Bogotá: Universidad Javeriana.
- Consejo de Facultad Ciencias de la Salud Universidad del Cauca. (2017). Recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia. *Rev Fac Ciencias de la Salud*, 19,12-5.
- De Arana Amurrio, J.I. (1994). *Historias curiosas de la medicina*. Madrid: Espasa Calpe
- De Oliveira P, de Souza MR, Elias PEM, D'Ávila AL. Physicians' job satisfaction and motivation in a public academic hospital. *Hum Resour Health*, 14, 75.

- Duffy, T.P. (2011). The Flexner Report-100 Years Later. *Yale J Biol Med*, 84(3), 269-76.
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in The United States and Canada*. Washington, DC: Science and Health Publications, Inc.
- Flexner, A. (1912). *Medical Education in Europe: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching*. New York. Carnegie.
- Flexner, A. (1960). *An autobiography*. New York: Simon and Schuster.
- Frank, J. D. (2015). *CanMEDs 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Frank, J. D. (2007). The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competences. *Medical Teachers*, 29, 642-47.
- García-Huidobro D. (2006). Expectativas de estudiantes de medicina de pregrado en relación con el perfil del médico esperado. *Rev Méd Chile*, 134, 947-54.
- Gawande, A. (2011). *The checklist manifesto*. New York: Picador Ed. 2011.
- Gómez V.M. (2015). Hacia la diferenciación y la especialización en la educación superior. Propuesta para el caso de Colombia. *Educación Superior y Sociedad*. 2:112-27
- González, A. (1980). *Plan para el desarrollo de las instituciones de salud*. Cali: Carvajal y Cía.
- González P, Luna V. (2019) La transformación de la educación médica en el último siglo: innovaciones curriculares y didácticas (parte 1). *Inv Ed Med*. 8(30), 95-109.
- Huamán M, Kamimura K, Medina J, Bustíos C, Miní E, Benito M, et al. (2007). Características laborales del médico joven egresado de la Facultad de Medicina San Fernando. *An Fac Med*. 68, 19-28.
- Huapaya, J.E. (2012). Objetivos y evolución de la educación médica. *Rev Horiz Med*, 12(4), 43-7.
- Laín, Pedro (1978, reimpresión 2006). *Historia de la medicina*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Laín, P. (1984). *Antropología médica*. Barcelona: Salvat.
- Lawn, B. (1963). *The Salernitan Questions*. Oxford. Oxford University Press
- Maldonado, J. (2011). ¿Necesita Colombia más médicos o mejor preparados? *Iladiba*, 360, 2-3.
- Mayol J. (2015) Debe plantearse un grado de dos años. *Revista Médica*, 43, 30-32.
- Ministerio de Salud (2017). *Comisión para la Transformación de la Educación Médica – Informe final*. Bogotá: Ministerio de Salud.

- Narváez AI, Sarmiento GJ. Habilidades clínicas en la formación del médico general. *Rev Fac Ciencias de la Salud*, 7, 8-18.
- Otero Ruiz, E. (1992). Educación, Ciencia y Humanismo. *Temas médicos*, 14, 538.
- Patiño, J.F. (1970). *La educación médica para el año 2000*. Conferencia Panamericana de Enseñanza de la Demografía en las Facultades de Medicina. Bogotá, Hotel Tequendama.
- Patiño, J.F. (1980). *Las Bases Moleculares de la Vida y la Enfermedad*. Bogotá: Fundación OFA para el Avance de las Ciencias Biomédicas.
- Patiño, J.F. (1991). Formación médico general integral: balance entre áreas básicas, clínicas y salud pública. *Tribuna Médica*, 14, 22-25.
- Patiño, J.F. (1993). Un curriculum equilibrado. *Tribuna Médica*, 88, 270-279.
- Patiño, J.F. (1993B). *Educación médica en el año 2000*. Conferencia andina de Educación Médica. Cartagena: Ascofame.
- Patiño, J.F. (1993C). Educación Médica en el año 2000. *Tribuna Médica*, 88, 234-248.
- Patiño, J.F. (2001). La desprofesionalización de la medicina en Colombia. *Acta Médica Colombiana*, 26, 43-4.
- Pellegrino, E. (1987). *The reconciliation of technology and humanism: A flexnerian task 75 years later*. En V. (ed), *Flexner: 75 Years Later. A Current Commentary on Medical Education*. Maryland: University Press of America, Inc Lanham.
- Pinilla, A, Parra G, Hernández H. (2016). Propuesta curricular para la formación de médicos internistas en Colombia. *Acta Médica Colombiana*, 41,248-58.
- Pinilla, A. (2018). Educación en ciencias de la salud y en educación médica. *Acta Médica Colombiana*, 43,61-5.
- Prieto, C. (2016). La educación médica en Colombia. ¿Cambio de paradigmas?. *Tribuna Ética Médica*. 11:21-5.
- Rojas W. (1991). Reflexiones sobre la educación médica en Colombia. *Rev Col Cirugía*, 6:125-29.
- Rojas W. (2009). Educación y atención médica. *Acta Médica Colombiana*. 34:16-20.
- Rojas, W. (2012). *Historia de la medicina*. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.

- Roselli DA. (2000). *La medicina especializada en Colombia. Una aproximación diagnóstica*. Bogotá: Centro Editorial Javeriano.
- Salaverry, O. (1999). Una Visión Histórica de la Educación Médica. *Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 59(3), 17-23.
- Scheurer DM. (2009). U.S. Physician Satisfaction: A Systematic Review. *J Hospital Medicine*, 4(9): 560-70.
- Sendoya SY. (2000) Nivel de satisfacción de la médica egresada de la Universidad del Valle, Cali. *Colombia Médica*, 31,118-21.
- Serpa, F. (1992) *Páginas de Historia de la Medicina*. Bogotá: Éxito Editores.
- Toro-Huamanchumoa, C.J. Meza-Liviapomac, J. Aspajod, A.J. Roque-Roquee J.S. Novoa-Sandoval P. (2017). Satisfacción laboral del médico egresado de una universidad peruana: estudio preliminar. *Revista de Investigación en Educación Médica*, 7(25), 88-9
- Torres C. (2008). Médicos generales: ¿Una respuesta al pasado? *Revista Colombiana Salud Libre*, 3,157-63.
- Torres C. (2009). Especialidades preferidas por estudiantes de dos Escuelas de Medicina de Cali-Colombia. *Revista Colombiana Salud Libre*, 4,45-54.
- Torres C. (2014) Propuesta para la especialización del ejercicio de la medicina en Colombia. *Salud y Cultura*, 5, 21-26.
- Torres C. Bolaños D. De la Peña LE, Hernández L. Obando K. (2018). Identificación de estilos de aprendizaje de estudiantes de cinco facultades de medicina de Cali, Colombia. *Revista de Estilos de Aprendizaje*, 11,108-29.
- Torres, C. Ramírez, MP. Ospina, J. Díaz, V. (2017). Expectativas para el ejercicio profesional de la medicina en estudiantes que inician su carrera universitaria. *Revista de Investigación en Educación Médica*. 6(23), 190-97.
- Torres, C. (2019) Evolución del currículo médico y los nuevos desafíos. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca*. 21 (1):34-42. ISSN 0124-30X,
- Universidad de los Andes. (2018). Información disponible en www.uniandes.edu.co. Consultado en marzo 20 de 2018.

Universidad del Valle. (1957). *Primer Seminario de Educación Médica en Colombia*. Cali: Carvajal y Cia.

Universidad del Valle. (1993). *La crisis de la educación*. Seminario Nacional sobre currículo. Cali: Editorial Univalle.

Venturelli, J. (2003). *Modernización de la educación médica: ¿Ilusiones inútiles o necesidad imperiosa?* Washington: OPS.

ABECÉ

Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS)

1. ¿Qué es el ReTHUS?

Es la inscripción, en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, del talento humano en salud que cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud. En adelante se hará referencia a este registro a través de la sigla ReTHUS.

En el ReTHUS se señala también la información sobre las sanciones del talento humano en salud que, según el caso, reportan los Tribunales ético-disciplinarios del área de la salud, autoridades competentes o los particulares a quienes se les deleguen las funciones públicas.

2. ¿Qué es el Sistema de Información del ReTHUS?

Es el conjunto de organismos, normas, procesos, procedimientos y aplicativos articulados para permitir la recepción, validación, registro, conservación, reporte y publicación de la información del talento humano autorizado para ejercer profesiones u ocupaciones de la salud en Colombia.

3. ¿Quiénes deben inscribirse en el ReTHUS?

En el marco de lo señalado en la Ley 1164 de 2007, deberán inscribirse en el ReTHUS todas las personas que pretendan ejercer alguna de las siguientes profesiones u ocupaciones:

Tipo de institución	Tipo de programa	Denominación del programa
Educación para el trabajo y el desarrollo humano	Auxiliar	Auxiliar administrativo en Salud
		Auxiliar en enfermería
		Auxiliar en salud oral
		Auxiliar en salud pública
		Auxiliar en servicios farmacéuticos
Educación Superior	Técnico profesional	Técnico profesional en atención pre hospitalaria
		Técnico profesional en citohistología
	Tecnología	Tecnología en atención pre hospitalaria
		Tecnología en citohistología
		Tecnología en regencia de farmacia
		Tecnología en manejo de fuentes abiertas de uso diagnóstico y terapéutico
		Tecnología en radiodiagnóstico y radioterapia
		Tecnología en radiología e imágenes diagnósticas
		Tecnología en radioterapia
	Universitario	Bacteriología
		Enfermería
		Fisioterapia
		Fonoaudiología
		Gerontología
		Instrumentación quirúrgica
		Medicina
		Nutrición y dietética
		Odontología
		Optometría
		Psicología*
Terapia ocupacional		
Terapia respiratoria		
Química Farmacéutica		

* Conforme a lo señalado en la Ley 1090 de 2006, la Psicología "[...] pertenece privilegiadamente al ámbito de la salud, motivo por el cual se considera al psicólogo también como un profesional de la salud".

4. ¿Cuáles son los requisitos para ejercer una profesión u ocupación del área de la salud en Colombia?

Los requisitos para el ejercicio de las profesiones u ocupaciones del área de la salud se encuentran establecidos en la Ley 1164 de 2007, el Decreto 4192 de 2010 (compilado en el Decreto 780 de 2016), la Resolución 3030 de 2014 y los actos administrativos por medio de los cuales se les ha delegado funciones públicas a algunos Colegios Profesionales.

De acuerdo a lo establecido en la Ley 1164 de 2007, para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud se requiere acreditar los siguientes requisitos:

1. Para egresados de programas de educación superior:

a) Título otorgado por una institución de educación superior legalmente reconocida (técnico profesional, tecnólogo, profesional, especialización, magíster, doctorado), en los términos señalados en la Ley 30 de 1992, o la norma que la modifique adicione o sustituya. Si el título se obtuvo en el

extranjero, debe presentarse convalidación por parte de la autoridad competente, que actualmente es el Ministerio de Educación Nacional.

b) Los egresados de los programas de pregrado de Bacteriología, Enfermería, Medicina y Odontología deberán acreditar el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, conforme a lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y a la Resolución 1058 de 2010.

c) Inscribirse en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), según lo definido en el artículo 23 de la Ley 1164 de 2007 (ver respuesta pregunta No. 1).

Efectuada la inscripción, se le expedirá al profesional una tarjeta como Identificación Única Nacional del Talento Humano en Salud, en los casos en que dicha función haya sido delegada a un Colegio de la respectiva profesión.

2. Para egresados de programas de formación para el trabajo y el desarrollo humano:

a) Quienes quieran ejercer una ocupación de la salud, como los técnicos laborales o auxiliares en salud, deberán acreditar el certificado otorgado por una institución de educación para el trabajo y el desarrollo humano, legalmente reconocida, en los términos establecidos en la Ley 115 de 1994 y sus reglamentarios.

b) Inscribirse en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), según lo definido en el artículo 23 de la Ley 1164 de 2007 (ver respuesta pregunta No. 1).

Según la Ley 1164 de 2007 no se requieren requisitos adicionales o diferentes a los arriba señalados, como se establece en su artículo 21:

“La presente ley regula general e integralmente el ejercicio de las profesiones y ocupaciones y tiene prevalencia, en el campo específico de su regulación, sobre las demás leyes.”

“Para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud no se requieren registros, inscripciones, licencias, autorizaciones, tarjetas o cualquier otro requisito diferente a los exigidos en la presente ley”.

Por lo anterior resulta improcedente exigir o realizar inscripciones departamentales diferentes a la del ReTHUS, que, como su nombre lo indica, es un registro único y nacional. Esto sin perjuicio de lo contenido en leyes de la República que de manera específica señalan aspectos relacionados con el ejercicio de algunas áreas del conocimiento.

5. ¿Ante qué entidad se debe tramitar la inscripción en el ReTHUS?

Los profesionales con título de formación universitaria deberán solicitar su inscripción en el ReTHUS ante las siguientes organizaciones:

Profesión	Entidad que realiza la inscripción en el ReTHUS	Información de contacto
Bacteriología	Colegio Nacional de Bacteriología	www.cnbcolombia.org Carrera 15 Bis A No. 33-03 (Bogotá) (571) 2886084 (571) 8064907 (57) 3103238275 funcionespublicas@cnbcolombia.org
Enfermería	Organización Colegial de Enfermería	www.oceinfo.org.co Carrera 7 # 27-52 Oficina 401 – Bogotá (571) 4575358 / (571) 5552166 (57) 3167598693 (57) 3219282407 oce@oceinfo.org.co
Fisioterapia	Colegio Colombiano de Fisioterapeutas	www.colfi.co Calle 58 No. 35 – 79 (Bogotá D.C.) (57) 3000051 (57)3174128598 presidencia@colfi.co colegio@colfi.co
Medicina	Colegio Médico Colombiano	www.colegiomedicocolombiano.org Avenida 15 #100 – 43 Oficina 501 Edificio AV. 15 P.H. (Bogotá D.C.) (571) 7463489 (57) 314 5662198 pqrs@colegiomedicocolombiano.org
Química Farmacéutica	Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia	www.cnqfcolombia.org Carrera 16 No. 31A - 30 (Bogotá D.C.) (571) 7501142 (571) 2453856 (57) 314 3339392 (57) 3134591820 info_comentarios@cnqfcolombia.org direccionejecutiva@cnqfcolombia.org
Fonoaudiología	Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos	www.ccfonoaudiologos.co Carrera 13 A No. 89 -38 Ofc. 606 (Bogotá D.C.) (571) 4577185 ccfonoaudiologos@ccfonoaudiologos.co
Instrumentación Quirúrgica	Colegio Colombiano de Instrumentación Quirúrgica	www.coldinsqui.org Calle 105 A No. 14 – 92 Ofc. 602 (Bogotá D.C.) (571) 8020045 (57) 321 2685697 observatorioprofesional@coldinsqui.org
Optometría	Colegio Federación Colombiana de Optómetras	www.fedopto.org Calle 85 # 19 B – 22 Ofc. 405 (Bogotá D.C.) (571) 6110972 Ext. 105 colegio@fedopto.org
Odontología	Colegio Colombiano de Odontólogos	www.colegiodeodontologos.org Calle 124 No. 15 – 29 Ofc. 408 Ed. Jorge Barón Torre A (Bogotá D.C.) (571) 8057146 (57) 3187418269 – 3175740917 contacto@colegiodeodontologos.org

Profesión	Entidad que realiza la inscripción en el ReTHUS	Información de contacto
Terapia Respiratoria	Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios	http://www.cctr.co Calle 2 No. 66b – 89 of. 504 (Santiago de Cali) (571) 3023770257 cctr2005@gmail.com
Terapia Ocupacional	Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional	http://www.tocolombia.org Calle 65 # 9-23 Oficina 102 Edificio Eneida Bogotá D.C (571) 2355170 presidencia@tocolombia.org
Nutrición y dietética	Colegio Colombiano de Nutricionistas Dietistas	http://www.colnud.co Carrera 15 No. 76-67 oficina 401 (571) 2565586 3143651124 contacto@colnud.co
Gerontología Psicología	Secretarías Departamentales de Salud o Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.	Secretarías Departamentales de Salud o Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Quienes tengan certificados de aptitud ocupacional o títulos distintos a los identificados en el cuadro anterior, como técnicos profesionales, tecnólogos y técnicos laborales o auxiliares, deberán solicitar su inscripción en el ReTHUS ante una Secretaría Departamental de Salud o ante la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

6. ¿Qué entidad expide la tarjeta de identificación única del talento humano en salud?

Los Colegios Profesionales del área de la salud, además de realizar la inscripción en el ReTHUS, expedirán la tarjeta de identificación única para los profesionales en cada área de conocimiento.

Para el caso de las profesiones en las cuales no se han delegado estas funciones en un colegio profesional, las Secretarías Departamentales de Salud y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, además de realizar la inscripción al ReTHUS, continuarán expidiendo el acto administrativo (Resolución), que autoriza a la persona para ejercer su profesión u ocupación en todo el territorio nacional, previo cumplimiento de los requisitos señalados anteriormente.

7. Si una persona cumple los requisitos para ejercer su profesión u ocupación antes de la entrada en operación del ReTHUS y de que los Colegios Profesionales asumieran las funciones públicas, ¿debe solicitar la inscripción en el ReTHUS?

De acuerdo con lo señalado en la Ley 1164 de 2007 y en el artículo 2.7.2.1.2.3 del Decreto 780 de 2016: “*Quienes conforme a las normas vigentes hayan obtenido autorización para el ejercicio de su profesión u ocupación, antes de la fecha en la cual el Colegio Profesional correspondiente asuma las funciones de*

registro y expedición de la tarjeta única del talento humano en salud, serán inscritos en forma automática en el RETHUS [...].

Si cumplió los requisitos para ejercer una profesión u ocupación en el territorio nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con las Secretarías Departamentales de Salud, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y las demás organizaciones públicas o privadas, que en el marco de disposiciones legales particulares expedieron autorizaciones, matrículas o tarjetas profesionales, han venido adelantando las acciones necesarias para realizar la inscripción automática en el ReTHUS.

Las tarjetas profesionales expedidas por la ANEC hasta el 30 de agosto de 2015 tendrán plena validez para los profesionales en enfermería que cumplieron requisitos para su ejercicio (resolución de autorización de ejercicio y tarjeta profesional expedida por la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia - ANEC - entre 1997 y el 30 de agosto de 2015), antes de que la Organización Colegial de Enfermería asumiera las funciones públicas delegadas. A partir del 30 de agosto de 2015, las solicitudes relacionadas con la expedición de la tarjeta profesional de enfermería se realizan ante la Organización Colegial de Enfermería, incluyendo la reposición por pérdida, deterioro o actualización.

8. Si una persona no se encuentra inscrita en el ReTHUS o su información presenta alguna inconsistencia, habiendo obtenido su resolución de ejercicio o tarjeta profesional antes de la entrada en operación de este Registro y/o de que los Colegios Profesionales asumieran funciones públicas, ¿cuál es el procedimiento que debe seguir para inscribirse?

.....

Los auxiliares o técnicos laborales, técnicos profesionales y tecnólogos deben solicitar su inscripción ante la entidad que le autorizó el ejercicio; esto es, ante las Direcciones Departamentales de Salud, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. o el Ministerio de Salud y Protección Social¹, según corresponda.

Por su parte, los profesionales deben solicitar su inscripción en los Colegios Profesionales que se encuentran ejerciendo funciones públicas delegadas en el marco de la Ley 1164 de 2007, en las Direcciones Departamentales de Salud o ante la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., según corresponda (ver pregunta 5 del presente documento).

Se debe tener en cuenta que la inscripción de una profesión u ocupación del área de la salud, para quienes fueron autorizados previamente por las Direcciones Departamentales de Salud, por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C o por el Ministerio de Salud y Protección Social, es gratuita y no requiere intermediarios.

¹ Se deberá solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social si fue esta entidad la que expidió su resolución de autorización (generalmente, personas autorizadas para su ejercicio antes de 1994), a través del correo electrónico rethus@minsalud.gov.co, adjuntando copias del documento de identidad y de la resolución de autorización expedida por el Ministerio de Salud. Los documentos deben ser legibles y estar en formato pdf.

El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una secretaría de salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional).

9. Si una persona obtuvo autorización para el ejercicio de una profesión antes de la entrada en operación del ReTHUS y de que los Colegios Profesionales asumieran las funciones públicas, ¿puede solicitar la expedición de la Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud?

.....
Si. La solicitud de expedición de la Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud la puede presentar en forma voluntaria ante el Colegio Profesional respectivo.

Hasta el momento, se han delegado funciones públicas en Colegios de diez (10) profesiones del área de la salud, quienes iniciaron en las siguientes fechas:

Colegio Profesional	Fecha de inicio
Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia	27 de abril de 2015
Colegio Nacional de Bacteriología	1 de junio de 2015
Colegio Colombiano de Fisioterapeutas	27 de julio de 2015
Colegio Médico Colombiano	18 de agosto de 2015
Organización Colegial de Enfermería	31 de Agosto de 2015
Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos	7 de marzo de 2016
Colegio Colombiano de Instrumentación Quirúrgica	21 de abril de 2017
Colegio Federación Colombiana de Optómetras	22 de junio de 2017
Colegio Colombiano de Odontólogos	21 de septiembre de 2017
Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios	27 de octubre de 2017
Colegio Colombiano de Nutricionistas Dietistas	14 de septiembre de 2018
Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional	9 de octubre de 2018

10. ¿Dónde se puede consultar la información del talento humano en salud inscrito en el ReTHUS?

.....
En línea, a través de sitio <http://web.sispro.gov.co>, en el aparte denominado ReTHUS.

De igual forma, a través de las Secretarías Departamentales de Salud, de la Secretaría de Salud de Bogotá D.C. y de los Colegios Profesionales del área de la salud con funciones públicas delegadas.

11. Para trabajar en un lugar cuya jurisdicción sea diferente a la Secretaría de Salud que expidió la resolución de autorización, ¿se debe solicitar la inscripción en dicho departamento?

No. El ReTHUS, es único y de carácter nacional, sin perjuicio de lo contenido en leyes de la República que de manera específica señalan aspectos relacionados con el ejercicio de algunas disciplinas (por ejemplo, psicología, seguridad y salud en el trabajo).

Por lo anterior, y definido el alcance del Registro Único Nacional, es improcedente exigir o realizar inscripciones departamentales luego de que se encuentre inscrito en el ReTHUS.

En caso de dudas, inquietudes o consultas, los interesados pueden comunicarse a través del correo electrónico soportepisis@minsalud.gov.co, o bien, con la Mesa de Ayuda del Ministerio de Salud y Protección Social en Bogotá, llamando al (+571) 589 3750 y en el resto del país al 01 8000 960020. El horario de atención es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Fecha elaboración: marzo de 2016

Fecha actualización: octubre de 2018

Oficina que elabora: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

ABECÉ

Servicio Social obligatorio (SSO)

1. ¿Qué es el Servicio Social Obligatorio (SSO)?

Es el desempeño de una profesión con carácter social, mediante el cual los egresados de los programas de educación superior del área de la salud contribuyen a la solución de los problemas de salud desde el campo de su competencia profesional, como uno de los requisitos para obtener la autorización del ejercicio, en los términos definidos en las disposiciones normativas y legales vigentes.

El Servicio Social Obligatorio se encuentra establecido en el artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y reglamentado por las Resoluciones 1058 de 2010, 2358 de 2014 y 06357 de 2016.

2. ¿Quiénes deben cumplir con el Servicio Social Obligatorio?

El Servicio Social Obligatorio se cumple por una sola vez, con posterioridad a la obtención del título profesional en bacteriología, enfermería, medicina y odontología.

Conforme a lo señalado en el parágrafo del artículo 4 de la Resolución 1058 de 2010, se exceptúan de prestar el Servicio Social Obligatorio los siguientes profesionales:

- a) Quienes hayan cumplido su servicio social obligatorio en otra profesión del área de la salud en Colombia.

- b) Aquellos nacionales o extranjeros que hayan cumplido el servicio social obligatorio en el exterior.
- c) Los profesionales que hayan cumplido el servicio militar obligatorio en Colombia.
- d) Los nacionales o extranjeros que hayan obtenido título de posgrado en el exterior en áreas de especial interés para el país podrán ser exentos de la prestación del servicio social obligatorio previo concepto del Comité de Servicio Social Obligatorio.
- e) Los profesionales que, por caso fortuito o fuerza mayor debidamente justificada y documentada, soliciten la exoneración o convalidación del servicio social obligatorio y ésta les sea autorizada por la Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos del Ministerio de la Protección Social, previo concepto del Comité de Servicio Social Obligatorio.

Los profesionales a los cuales aplique las condiciones de los literales a), b) y c) del presente artículo podrán presentarse voluntariamente a los procesos de asignación que convoque el Ministerio de Salud y Protección Social.

3. ¿Cuándo se puede cumplir con el Servicio Social Obligatorio y cuánto dura?

Los profesionales deben cumplir el Servicio Social Obligatorio en plazas aprobadas por las Secretarías Departamentales de Salud, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá o la Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla, a través de una de las siguientes opciones:

Opción de cumplimiento	Tiempo de duración
Inmediatamente después de obtener el título de pregrado.	Un año.
En el transcurso de los programas de especialización en Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General, Anestesiología y Medicina Familiar.	Un año de rotaciones en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ubicadas en zonas o regiones con dificultades de acceso a los servicios de salud especializados. Estas rotaciones se deben realizar en el marco de un convenio docencia servicio, suscrito de conformidad con las normas que regulan la materia.
Después de finalizar uno de los programas de especialización mencionados anteriormente.	Seis meses de servicio en su respectiva especialidad, en una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ubicadas en zonas o regiones con dificultades de acceso a los servicios de salud especializados.

4. ¿De qué forma se puede cumplir con el Servicio Social Obligatorio?

El servicio social obligatorio podrá ser prestado en las siguientes modalidades:

- a) Planes de salud pública de intervenciones colectivas o programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- b) Programas de salud dirigidos a poblaciones vulnerables, como población reclusa, desplazados, indígenas, menores en abandono bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), centros de atención a personas mayores, entre otros.
- c) Programas de investigación en salud en Instituciones del sector, avalados por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias).
- d) Prestación de servicios profesionales o especializados de salud, en IPS habilitadas para este fin que presten servicios de salud a poblaciones deprimidas urbanas o rurales.

5. ¿Qué son las plazas de Servicio Social Obligatorio?

Son cargos o puestos de trabajo establecidos por instituciones públicas o privadas que permiten la vinculación legal y reglamentaria (para instituciones públicas) o mediante contrato de trabajo (para instituciones privadas), con carácter temporal, de los profesionales de la salud, cumpliendo con las condiciones establecidas en las disposiciones legales y normativas vigentes para desarrollar el Servicio Social Obligatorio. Estas plazas deben ser previamente aprobadas por la autoridad competente y debe tener el estado de activo que se logra al ponerlas a disposición en cualquiera de los cuatro procesos que se realizan durante el año.

6. ¿Cómo se crea una plaza de Servicio Social Obligatorio?

Cualquier institución, que en el marco de lo señalado anteriormente, identifique la necesidad de crear una plaza de Servicio Social Obligatorio, deberá presentar ante las Secretarías Departamentales de Salud, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá o la Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla (según corresponda), una solicitud de aprobación para la creación de la(s) plaza(s) atendiendo lo establecido en el artículo 9 de la Resolución 1058 de 2010.

Posteriormente, la Secretaría de Salud estudiará la solicitud y aprobará (o rechazará) la creación de la plaza en la institución. Una vez aprobada, la Secretaría de Salud solicitará al Ministerio de Salud y Protección Social la asignación del Código Único de Identificación de Plazas de SSO (CUIP), con lo cual, pasará a ser incluida en el inventario nacional de plazas de SSO.

7. ¿Cuáles son las razones que pueden ocasionar el cierre de plazas de Servicio Social Obligatorio?

Si bien las plazas de Servicio Social Obligatorio son aprobadas por un término indefinido, las Secretarías Departamentales de Salud, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá o la Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla podrán cerrarlas por alguna de las siguientes causas:

- Cuando durante más de dos periodos la plaza no haya sido ocupada.
- Cuando la plaza no sea reportada al Ministerio de Salud y Protección Social.
- Cuando la provisión no cumpla los procedimientos establecidos en la resolución.
- Cuando se comprueben irregularidades en el desarrollo del Servicio Social Obligatorio.

La Inspección, Vigilancia y Control sobre el desarrollo del Servicio Social Obligatorio es competencia de las Secretarías Departamentales de Salud, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y la Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla (según su jurisdicción).

8. ¿Dónde se puede consultar información de las plazas de Servicio Social Obligatorio que están aprobadas en el país?

A través de las Secretarías Departamentales de Salud, de la Secretaría de Salud de Bogotá D.C., de la Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla o del sitio web del Observatorio de Talento Humano en Salud (<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/oths.aspx>).

9. ¿Cómo se asignan las plazas de Servicio Social Obligatorio?

De acuerdo a la Resolución 2358 de 2014, las plazas de Servicio Social Obligatorio pueden ser asignadas directamente o por el Ministerio de Salud y Protección Social:

Artículo 5. *Etapas del proceso para la asignación de plazas.* El proceso para la asignación de plazas del SSO, surtirá las siguientes etapas:

- a) Convocatoria
- b) Reporte y publicación de plazas a asignar.
- c) Inscripción de profesionales aspirantes.
- d) Validación y publicación de profesionales aspirantes.
- e) Asignación de plazas y publicación de resultados.

Parágrafo. Se exceptúan de éste proceso de asignación las plazas de modalidad diferente de prestación de servicios de salud y las plazas de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

10. ¿Cuáles son los periodos de asignación de plazas que realiza el Ministerio de Salud y Protección Social?

Conforme a lo señalado en la Resolución 2358 de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social realizará durante el año cuatro procesos de asignación de plazas de Servicio Social Obligatorio.

En cada proceso, el Ministerio asignará las plazas de SSO reportadas como vacantes por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (a través de las Secretarías Departamentales de Salud, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y la Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla, según corresponda) en cada uno de los siguientes periodos:

Proceso de asignación	Periodo en que estarán vacantes las plazas
1	1 de febrero al 30 de abril
2	1 de mayo al 31 de julio
3	1 de agosto al 31 de octubre
4	1 de noviembre al 31 de enero

11. ¿Cómo se realiza la asignación de plazas de SSO que convoca el Ministerio de Salud y Protección Social?

La asignación de plazas de servicio social obligatorio en instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas se realiza desde el Ministerio de Salud, a través de una convocatoria nacional, teniendo en cuenta las condiciones de prioridad de los profesionales y sus preferencias (plazas y departamentos), así como el departamento de su nacimiento y el departamento de su formación.

La asignación se realiza de manera sistemática, aplicando un algoritmo que da prioridad a los 'raízales' en aquellas plazas que se encuentran ubicadas en el departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Al mismo tiempo, se da prioridad a los profesionales indígenas para aquellas plazas ubicadas en instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas. Posteriormente, se consideran condiciones de prioridad asociadas a la conservación del núcleo familiar (madre lactante, mujer en estado de embarazo), víctimas del conflicto armado, y persona en condición de discapacidad.

12. ¿Cómo se pueden inscribir los profesionales al proceso de asignación?

El Ministerio de Salud y Protección Social dispuso una herramienta para realizar en línea la inscripción al proceso de asignación de plazas de Servicio Social Obligatorio, el cual lo encontrarán en la página web www.minsalud.gov.co.

A través de esta herramienta los profesionales de medicina, bacteriología, enfermería y odontología podrán realizar su inscripción al proceso de asignación

de plazas, sin necesidad de desplazarse hasta la sede de la misma, no requiere de usuario ni de contraseña.

13. ¿Qué navegador se debe tener y en qué versión para poder ingresar al aplicativo de inscripción?

.....
Funciona sobre Internet Explorer, Mozilla y Chrome. Se aconseja trabajar en Internet Explorer versión 9 y superiores.

14. ¿Cómo se realiza la inscripción al proceso de asignación convocado por el Ministerio de Salud y Protección Social?

.....
La inscripción la debe realizar el profesional a través del sitio www.minsalud.gov.co, durante los periodos definidos en el cronograma que publica el Ministerio antes de cada asignación.

La inscripción se realiza:

- Diligenciando completamente el formulario (vía web) en donde el profesional aporta información necesaria para el proceso, incluidas sus condiciones de prioridad y preferencias por plazas y departamentos para cumplir con el Servicio Social Obligatorio.
- Adjuntando los documentos que soportan la inscripción.

15. ¿La inscripción es departamental?

.....
La inscripción es nacional, a través de la página Web del Ministerio de Salud y Protección Social; por eso es importante que cada profesional registre sus preferencias de plazas y de departamentos de forma completa.

16. ¿Cuáles son los documentos que se deben adjuntar para certificar las prioridades?

-
- 1. Raizal:** certificación expedida por la OCRE.
 - 2. Indígena:** certificación del cabildo indígena del cual pertenecen.
 - 3. Madre o padre cabeza de familia:** declaración extra juicio indicando que se encuentra en tal condición.
 - 4. Mujer lactante:** registro civil de nacimiento del menor para probar que se encuentra en el periodo de seis meses posterior al parto, o certificación medica donde conste la necesidad de lactar del menor.
 - 5. Mujer en estado de embarazo:** certificación expedida por la EPS donde se encuentra afiliada para demostrar el embarazo.
 - 6. Para las personas víctimas del conflicto armado,** la verificación la realizará el Ministerio de Salud y Protección Social.
 - 7. Personas en condición de discapacidad:** certificación médica expedida por la EPS o dictamen de pérdida de capacidad laboral y determinación de invalidez expedida por la Junta Nacional o regional calificación de invalidez.

17. ¿Cuáles son las preferencias que el profesional puede registrar en su inscripción?

.....
El profesional podrá seleccionar cinco (5) plazas de su preferencia, a partir de la información publicada en la página web del Ministerio previamente a cada proceso de asignación. Además podrá ordenar los 32 departamentos en el orden de preferencias que tenga cada profesional para prestar su SSO.

18. ¿En qué momento se entiende que efectivamente se ha realizado la inscripción, y por lo tanto que el profesional participará en la asignación de plazas?

.....
Una vez finalizado el trámite en el aplicativo, éste generará un mensaje con el siguiente contenido: "El proceso de inscripción se realizó satisfactoriamente. En unos minutos, recibirá el formulario de inscripción en la cuenta de correo electrónico que ha registrado. Tenga en cuenta que la información suministrada y los documentos que soportan la inscripción, están sujetos a verificación. En caso de presentarse alguna inconsistencia, la inscripción se tendrá como no realizada".

Los aspirantes deberán consultar la cuenta de correo electrónico registrada en la inscripción hasta la fecha de publicación de inscritos, ya que las Direcciones Territoriales de Salud realizarán la validación de la información registrada por el aspirante en el aplicativo. En el evento en que se encuentren inconsistencias entre la información diligenciada y los soportes, la inscripción será informada como rechazada, el aspirante podrá volverse a inscribir subsanando el error o aportando la documentación faltante hasta la fecha establecida para la terminación de las inscripciones.

19. En caso de ser exonerado mediante el proceso de asignación de plazas, ¿puede no aceptar la autorización del ejercicio y postularse nuevamente para el Servicio Social Obligatorio?

.....
Si el profesional desea realizar el servicio social obligatorio, puede volver a presentarse siempre y cuando no haya adelantado los trámites para obtener la autorización del ejercicio y tarjeta profesional, durante el tiempo entre la asignación actual y la próxima asignación.

20. ¿A qué entidad le corresponde brindar el curso de inducción a los profesionales que van a hacer el Servicio Social Obligatorio?

De conformidad con el artículo 14 de la Resolución 1058 del 2010, las Direcciones Territoriales de Salud e instituciones donde se encuentran las plazas ubicadas realizarán el proceso de inducción gratuito a los profesionales, previo inicio de las actividades del Servicio Social Obligatorio.

21. ¿Se puede cancelar la inscripción al sorteo?

Sí. Los profesionales pueden cancelar la inscripción notificando por correo electrónico a la dirección sso@minsalud.gov.co o comunicándose directamente con la Dirección Territorial de Salud del lugar donde registró su domicilio en la inscripción, indicando la razón de la cancelación, hasta un (1) día antes del cierre de inscripción.

22. ¿Cuáles son los documentos para la inscripción a la asignación de plazas?

- Para los profesionales graduados:
 - Acta de Grado.
 - Documento de identidad por ambas caras.
 - Diploma.

- Por Graduar:
 - Documento de identidad por ambas caras.
 - Certificación expedida por la secretaria académica de la universidad donde cursó sus estudios de pregrados, con fecha anterior al primer día del periodo de asignación correspondiente.

- En caso de haber obtenido el título en el exterior:
 - Resolución de convalidación del mismo, otorgada por el Ministerio de Educación Nacional.
 - Cedula de extranjería por ambas caras.

23. ¿Cuándo se aplica la exoneración del Servicio Social Obligatorio por insuficiencia de plazas?

Se realiza la excepción cuando hay mayor número de profesionales inscritos que plazas disponibles en la profesión correspondiente. Este proceso tendrá una duración de tres (3) meses inmediatos a la fecha donde obtuvo el beneficio; si el profesional no ha hecho uso del mismo tendrá que volver a inscribirse al proceso.

24. ¿Existe alguna sanción para el profesional que no se presente a la plaza que le fue asignada?

Los profesionales que no se presenten para ocupar las plazas asignadas en la fecha indicada no podrán ocupar otra plaza de las sometidas al mismo proceso, como tampoco podrá ser nombrado de forma directa en una plaza que resulte vacante a nivel nacional, ni podrán presentarse a los dos siguientes procesos de asignación, salvo que exista justificación de fuerza mayor o caso fortuito, debidamente sustentada por el profesional en escrito dirigido a la Dirección Departamental de Salud, quien decidirá sobre el particular (artículo 9 Resolución 2358 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social).

25. ¿Cuál es el procedimiento que se debe seguir para realizar el Servicio Social Obligatorio en el caso de haber obtenido título en el exterior?

- Tramitar ante el Ministerio de Educación Nacional la convalidación del título.
- Cumplir con el Servicio Social Obligatorio mediante el proceso de asignación de plazas realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

26. Cuando un profesional ha prestado el servicio militar obligatorio y posteriormente ha obtenido el título profesional, ¿debe prestar el Servicio Social Obligatorio?

De acuerdo con el Literal c) del parágrafo del artículo 4 de la Resolución 1058 de 2010, los profesionales que hayan cumplido efectivamente el servicio militar obligatorio en Colombia, de acuerdo a lo señalado en el artículo 13 de la Ley 48 de 1993, serán exentos de la prestación del Servicio Social Obligatorio.

27. ¿Los profesionales de medicina que hicieron pregrado en Colombia y que no hayan realizado el Servicio Social Obligatorio, lo pueden realizar después de la especialización en el territorio nacional o en el extranjero?

Sí. Los profesionales que hicieron el pregrado en Colombia y no hayan realizado el Servicio Social Obligatorio lo pueden realizar luego de terminada su especialización como médico especialista en una plaza aprobada por seis (6) meses.

El profesional de la salud que obtuvo el título de pregrado en instituciones de educación superior en Colombia y realizó estudios en los programas de especialización en pediatría, ginecología y obstetricia, medicina interna, cirugía general, anestesiología y medicina familiar en el exterior, y tiene pendiente la prestación del Servicio Social Obligatorio, debe tener en cuenta:

- Convalidar el título de la especialización ante el Ministerio de Educación Nacional.
- Presentar solicitud ante el Comité del Servicio Social Obligatorio, para aplicación del el literal d) del Parágrafo del Artículo 4 de la Resolución 1058 del 2010.

28. ¿Pueden los profesionales de las áreas de medicina, odontología, bacteriología y odontología inscribirse al Servicio Social Obligatorio en la Modalidad de investigación?

Para prestar el Servicio Social Obligatorio en la modalidad de investigación, el profesional debe conseguir directamente la plaza para tal fin, en IPS públicas o privadas, universidades u otras instituciones de salud, debidamente aprobada por la Dirección Territorial de Salud correspondiente.

29. ¿Los profesionales de salud que no participen en los procesos de asignación pueden aplicar a las plazas que quedaron vacantes?

Las plazas que resulten vacantes o las que sean asignadas y no se ocupen por decisión del profesional pueden ser asignadas directamente por las IPS; para lo cual pueden seleccionar preferiblemente un profesional que se haya presentado al proceso de asignación y que no haya sido asignado a una plaza y/o en segundo término a un profesional que no se haya presentado al mismo proceso.

Así mismo la Dirección Territorial de Salud deberá verificar que el profesional asignado directamente no este impedido para ocupar dicha plaza (que esté asignado en otra plaza en el país o que este sancionado).

Es de precisar que la no presentación a procesos de asignación no exonera de cumplir con el Servicio Social Obligatorio.

30. ¿Cuál es el procedimiento de entrega del registro como profesional, en caso de ser exonerado del Servicio Social Obligatorio?

Los profesionales que resulten sin plaza asignada podrán dirigirse al Colegio Profesional correspondiente para solicitar la inscripción en RETHUS y la emisión de la Tarjeta Única de Identificación Profesional con la cual podrán laborar en el territorio nacional.

Fecha elaboración: septiembre de 2014.

Fecha actualización: octubre de 2017.

Oficina que elabora: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud.

GUÍA PRÁCTICA PARA LA CONVALIDACIÓN DE TÍTULOS PROFESIONALES EN COLOMBIA

¿Qué es una convalidación? El trámite de convalidación de títulos consiste en el reconocimiento que el Gobierno Colombiano, efectúa sobre un título de educación superior, otorgado por una institución de educación superior extranjera o por una institución legalmente reconocida por la autoridad competente en el país de origen, para expedir títulos de educación superior, de tal forma que con dicho reconocimiento adquiere los mismos efectos académicos y jurídicos que tienen los títulos otorgados por instituciones Colombianas, sin que en ningún momento esto exonere al titular del cumplimiento de los requisitos que para el ejercicio profesional tenga establecidos la ley, según el caso particular

Ante un eventual trámite de convalidación, se le informa que el trámite de convalidación de títulos de educación superior implica un examen de legalidad y un examen académico de los estudios cursados.

Con el examen de legalidad se evalúan aspectos tales como la naturaleza jurídica de la institución que otorga el título, la naturaleza jurídica del título otorgado y el reconocimiento de la metodología bajo la cual se desarrolló el programa académico cursado por el solicitante.

Con el examen académico de los estudios cursados por el solicitante, se determina que éstos sean razonablemente equivalentes a los ofrecidos en Colombia. En este sentido, los estudios son objeto de una evaluación académica por parte de pares expertos, que teniendo en cuenta el contenido del programa, la intensidad horaria, el número de créditos, los trabajos de investigación, si es del caso, entre otros, determinan la denominación y la equivalencia de los estudios cursados.

Por otro lado, el Ministerio de Educación Nacional en aras de garantizar la idoneidad, la formación académica y la aptitud adquirida, que certifica el ejercicio profesional en nuestro país, de las personas que obtuvieron títulos de educación superior otorgados en el exterior, ejerce **inspección y vigilancia** como entidad competente de la rama ejecutiva examinando la normatividad que rige el tema de titulación de programas de educación superior de cada país en particular.

El Ministerio de Educación Nacional **NO** efectúa trámites de Homologaciones de estudios parciales.

1. OBLIGATORIEDAD DE LA CONVALIDACIÓN DE TÍTULOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR DEL EXTERIOR

La convalidación de títulos de Educación Superior del extranjero es obligatoria en los siguientes casos:

- ❖ Ingreso al empleo público y sea requisito del cargo, de acuerdo a lo normado en los Decretos 2772 y 585 de 2005.
- ❖ Las especialidades médico quirúrgicas, ya que es deber del Estado exigir títulos de idoneidad, e inspeccionar las profesiones y ocupaciones que exijan formación académica e impliquen un riesgo social. (Artículo 26 Constitución Política).
- ❖ Cuando en las licitaciones, se exija la convalidación como requisito de las formaciones de postgrado para la correspondiente adjudicación.
- ❖ Carreras reguladas por el Estado (exigen tarjeta profesional para su ejercicio)

No se convalidan estudios no formales que no sean de Educación Superior, tales como Diplomados, Cursos de actualización, Cursos de Extensión o Cursos de Formación Continua.

NOTA : Al momento de escoger una universidad del exterior verifique, con el Ministerio de Educación o con quien haga sus veces en el país donde quiere adelantar sus estudios, que esta institución está autorizada para impartir los estudios de educación superior que va a adelantar (Remitirse a la sección **CUÁLES TÍTULOS SE CONVALIDAN Y CUÁLES NO**).

2. CÓMO REALIZAR EL TRÁMITE DE LAS CONVALIDACIONES

Una vez cuente con los documentos **completos** requeridos, usted efectúa el trámite de la **radicación**, que se define como la solicitud de convalidación que usted efectúa en la Unidad de Atención al Ciudadano - UAC-, del Ministerio de Educación Nacional MEN (Calle 43 No. 57 - 14,) Bogotá, D.C., Colombia.

En caso de que el (la) convalidante no se presente personalmente a la Unidad de Atención al Ciudadano del Ministerio de Educación Nacional podrá otorgar poder para realizar la respectiva radicación de los documentos para el trámite.

Cuando se solicite la convalidación simultánea del Pregrado y el Posgrado, serán tratados como dos trámites independientes, por lo que requerirán de pagos independientes, y deberán presentarse en carpetas separadas, salvo que en un solo documento se encuentren consignados los dos niveles que se pretenden convalidar.

2.1 REQUISITOS PARA LA RADICACIÓN DE LA CONVALIDACIÓN DE TÍTULOS DEL EXTERIOR

Horario de atención 8:00a.m. a 5:00p.m.
Jornada continua de lunes a viernes
Calle 43 N° 57-14 – CAN - Teléfono: 2222800 Ext. 4402
www.mineducacion.gov.co

(Según RESOLUCIÓN NÚMERO 21707 del 22 de diciembre de 2014) para **radicar** su trámite de convalidaciones en la Unidad de Atención al Ciudadano (UAC), es necesario tener en cuenta lo siguiente:

1. Que mediante Resolución de este Ministerio No. 21707 del veintidós (22) de diciembre de 2014, se modificó el trámite y los requisitos para la convalidación de títulos otorgados por instituciones de educación superior extranjeras o por instituciones legalmente reconocidas por la autoridad competente en el respectivo país, para expedir títulos de educación superior.
2. **REQUISITOS.-** Para el trámite de convalidación el solicitante deberá presentar ante el Ministerio de Educación Nacional los siguientes documentos:
 - 1) Solicitud escrita, diligenciada en debida forma, en el formato establecido por el Ministerio de Educación Nacional.
 - 2) Fotocopia del diploma legalizado o apostillado, según corresponda, del título que se pretende convalidar. El diploma del título original debe estar debidamente legalizado, por vía diplomática o con sello de apostilla.
 - 3) Original o copia del certificado de calificaciones, debidamente legalizado o apostillado.
 - 4) Plan de estudios del programa que corresponda al título que se somete a convalidación, expedido por la institución que otorga el título objeto del trámite, debidamente legalizado o apostillado.
 - 5) Para estudios de posgrado, se deberá anexar copia del documento de pregrado otorgado por la institución de educación superior legalmente reconocida en Colombia o copia de la resolución que otorga la convalidación del título de pregrado emitida por este Ministerio, si el título de pregrado fue obtenido en el extranjero.
 - 6) Fotocopia del documento de identidad del solicitante.
 - 7) Original del recibo de consignación de la tarifa correspondiente a nombre del solicitante.

Parágrafo 1. Los documentos señalados en los numerales 2,3 y 4 del presente artículo escritos en idioma distinto del castellano, deberán ser traducidos por traductor o interprete oficial , reconocido por el Ministerio de Relaciones Exteriores, en los términos del artículo 260 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia con el artículo 251 de la ley 1564 de 2012.

Parágrafo 2. Cuando se pretenda convalidar un programa de posgrado, se deberá aportar copia del trabajo de grado o tesis, en medio magnético o la certificación de la institución de educación superior que indique que dicho trabajo no se exigía dentro del programa académico cursado por el solicitante.

3. **CONVALIDACIÓN TÍTULOS DE PROGRAMAS EN EL ÁREA DE LA SALUD:** Todos los títulos del área de la salud deberán someterse a evaluación académica, por parte de la Sala del área de la salud de la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior – CONACES- **OTROS REQUISITOS:**

Horario de atención 8:00a.m. a 5:00p.m.
Jornada continua de lunes a viernes
Calle 43 N° 57-14 – CAN - Teléfono: 2222800 Ext. 4402
www.mineducacion.gov.co

- 1) Para títulos de pregrado: La certificación de cumplimiento del internado rotatorio, debidamente legalizado o apostillado.
- 2) Para títulos de posgrado se debe anexar lo siguiente:
 - a) Récord quirúrgico o de consulta expedido por las entidades o instituciones facultadas para desarrollar actividades académicas o asistenciales, debidamente legalizado o apostillado.
 - b) Documentos que acrediten actividades académicas y asistenciales, debidamente legalizado o apostillado.

4. REQUISITOS PARA LA CONVALIDACIÓN DE TÍTULOS CORRESPONDIENTES A PROGRAMAS DE PREGRADO EN DERECHO.- OTROS REQUISITOS.-

Se deberá acreditar como mínimo la aprobación de estudios específicos de la legislación colombiana en los siguientes aspectos:

- 1) Derecho Constitucional Colombiano.
- 2) Derecho Administrativo.
- 3) Derecho Procesal Especial Civil, Administrativo, Penal y Laboral.

Dichos estudios deberán ser acreditados por una institución de educación superior colombiana que cuente con el programa de Derecho con registro calificado vigente.

5. REQUISITOS PARA LA CONVALIDACIÓN DE TÍTULOS CORRESPONDIENTES A PROGRAMAS DE PREGRADO DE CONTADURÍA.- OTROS REQUISITOS,-

Se deberá acreditar la aprobación de estudios específicos de la legislación colombiana en los siguientes aspectos:

- 1) Derecho comercial, tributario y laboral.
- 2) En normas contables y conceptos sobre Normas Internacionales de Información Financiera – NIIF.

Dichos estudios deberán ser acreditados por una institución de educación superior colombiana que cuente con el programa de Contaduría Pública con registro calificado vigente.

6. REQUISITOS PARA LA CONVALIDACIÓN DE TÍTULOS CORRESPONDIENTES A PROGRAMAS DE PREGRADO DE EDUCACIÓN.- OTROS REQUISITOS.-

En el proceso de evaluación académica se deberán verificar las prácticas supervisadas y afines.

EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL ADELANTARÁ EL TRÁMITE DE CONVALIDACIÓN DE LOS TÍTULOS NO OFICIALES, PROPIOS O UNIVERSITARIOS SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- 1) Que la institución que otorgó el título sometido a convalidación se encuentre acreditada, o cuente con un reconocimiento equivalente por parte de una

Horario de atención 8:00a.m. a 5:00p.m.
Jornada continua de lunes a viernes
Calle 43 N° 57-14 – CAN - Teléfono: 2222800 Ext. 4402
www.mineducacion.gov.co

entidad certificadora o evaluadora de alta calidad, reconocida en el país de origen o a nivel internacional.

2) Que el programa académico cursado por el solicitante se encuentre acreditado, o cuente con un reconocimiento equivalente por parte de una entidad certificadora o evaluadora de alta calidad, reconocida en el país de origen o a nivel internacional.

2.2 ENTREGA CERTIFICACIÓN POR PARTE DE LA UNIDAD ATENCION AL CIUDADANO.

En la Unidad de Atención al Ciudadano del Ministerio de Educación Nacional le harán entrega de la certificación del trámite de convalidación.

2.3 NOTIFICACIÓN DEL ACTO ADMINISTRATIVO

Cuando el acto administrativo correspondiente a su proceso sea emitido, recibirá una citación en la dirección registrada o al correo electrónico autorizado por el ciudadano, para que se notifique ante la Unidad de Atención al Ciudadano UAC y recibir copia del respectivo acto.

En principio, la notificación de la resolución de la convalidación deberá hacerse personalmente al interesado o a su apoderado, quien deberá anexar un poder simple. En caso de no surtirse la notificación personal, se realizará de acuerdo a lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Debidamente legalizado hace referencia al proceso de autenticación que se hace sobre los documentos otorgados en el extranjero y que tiene como finalidad hacer presumir en territorio colombiano que fueron otorgados conforme a la ley del respectivo país.

Actualmente existen dos maneras de legalizar documentos otorgados en el extranjero, a saber:

A) Con sello de Apostille: Procede cuando el país de la institución otorgante del título hace parte del Convenio de la Haya de 1961, que elimino el requisito de la legalización de documentos públicos extranjeros.

Básicamente consiste en: Un sello especial que estampa la autoridad designada en el país de la institución otorgante del título, para brindarle reconocimiento al documento en un país que haga parte de la convención.

La información sobre donde obtener el sello de apostille generalmente la dan en las universidades o en los consulados colombianos en el país de origen del título.

Horario de atención 8:00a.m. a 5:00p.m.
Jornada continúa de lunes a viernes
Calle 43 N° 57-14 – CAN - Teléfono: 2222800 Ext. 4402
www.mineducacion.gov.co

B) Por vía diplomática: la legalización se constituye generalmente por el cumplimiento de los siguientes pasos:

1. Aposicionamiento de sellos y firmas de reconocimiento del título que hace la autoridad que supervisa o regula la acción educativa en el país de la institución otorgante del título.
2. Aposicionamiento de sellos y firmas de reconocimiento del Ministerio de Relaciones Extranjeras del país de la institución otorgante del título.
3. Verificación de la firma del cónsul o el agente diplomático de Colombia en el país extranjero por parte del Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia.

Para los documentos (títulos y calificaciones) que traigan sello de consulado deben ser presentados ante el Ministerio de Relaciones Exteriores para certificar la firma del cónsul, este paso debe ser realizado antes de presentar la documentación al Ministerio de Educación Nacional.

Únicamente se convalidarán títulos correspondientes a educación superior, no aplican cursos de actualización, diplomados u otros afines.

La existencia de convenios internacionales no exonera al interesado del trámite correspondiente.

Cuando se solicite convalidación simultánea de títulos de pregrado y postgrado serán tratados como dos trámites independientes, por lo que requerirán pagos independientes y deberán presentarse en carpetas separadas.

La notificación de la resolución de convalidación deberá hacerse personalmente al interesado, o a su apoderado, quien deberá anexar el correspondiente poder. En caso de no surtirse la notificación personal, la notificación se hará por edicto, según lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

¿Necesita un traductor?

Para la traducción de las calificaciones y el título, debe acudir a un traductor o intérprete oficial reconocido por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Puede consultar el listado en la página Web www.minrelext.gov.co. Para los demás documentos, puede hacer una traducción informal.

En el Ministerio de Educación Nacional estamos comprometidos con el servicio al ciudadano y hemos dispuesto procesos y procedimientos para brindar un mejor servicio, por lo que le agradecemos que, en caso de conocer cualquier irregularidad, la denuncie formalmente, al correo electrónico

Horario de atención 8:00a.m. a 5:00p.m.
Jornada continua de lunes a viernes
Calle 43 N° 57-14 – CAN - Teléfono: 2222800 Ext. 4402
www.mineducacion.gov.co

atencionalciudadano@mineducacion.gov.co para poder garantizar la transparencia y el comportamiento ético del personal de la entidad.

Para mayor información ingrese a www.mineducacion.gov.co ó www.minrelext.gov.co (Programa Colombia Nos Une)

Consulte la página Web del Ministerio de Educación Nacional www.mineducacion.gov.co . Así podrá mantenerse actualizado con respecto a los trámites y requisitos para convalidar su título.

Micrositio Web para las Convalidaciones: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/w3-article-336786.html>

Para los trámites de Pregrado y posgrado de convalidación de títulos del exterior, ingrese al siguiente enlace en la página de Gobierno en Línea: <http://www.gobiernoenlinea.gov.co//tramite.aspx?traID=2981>

Ministerio de Educación Nacional
Línea de Atención al Ciudadano
PBX 2222800 EXT 4402 Bogotá
Línea gratuita 018000-910122 fuera de Bogotá
Calle 43 N° 57-14

Horario de atención 8:00a.m. a 5:00p.m.
Jornada continua de lunes a viernes
Calle 43 N° 57-14 – CAN - Teléfono: 2222800 Ext. 4402
www.mineducacion.gov.co

ANEXO

Ecuador

Reglamento de Régimen académico 2022 39 pag

<https://www.ces.gob.ec/wp-content/uploads/2022/08/Reglamento-de-Régimen-Académico-vigente-a-partir-del-16-de-septiembre-de-2022.pdf>

CACES guía metodológica Medicina 2022 65 pag

<https://www.caces.gob.ec/wp-content/uploads/Documents/2021/EHEP%202021/SEGUNDA%20CONVOCATORIA/GUÍAS%20METODOLÓGICAS/GMO%20MEDICINA%20V2.pdf>

Guía del sistema educativo superior desde Ecuador a Colombia 23 pag

https://redes.colombiaaprende.edu.co/ntg/men/micrositio_convalidaciones/Guias_/MINEDU-ecuador/assets/files/Guias del Sistema Educativo de Ecuador.pdf

Plan Decenal de Salud Ecuador 2022 114 pag

https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/07/Plan_decenal_Salud_2022_ejecutivo.18.OK_.pdf

Panorama Nacional de los trabajadores de Salud 2021-2022 171 pag

<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/05/Panorama-Nacional-de-Salud-de-los-Trabajadores-Encuesta-de-Condiciones-de-Trabajo-y-Salud-2021-2022.pdf>



RPC-SE-08-No.023-2022

EL CONSEJO DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Considerando:

- Que, el artículo 353 de la Constitución de la República del Ecuador, indica: “El sistema de educación superior se regirá por: 1. Un organismo público de planificación, regulación y coordinación interna del sistema y de la relación entre sus distintos actores con la Función Ejecutiva (...)”;
- Que, el artículo 123 de la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES), prescribe: “El Consejo de Educación Superior aprobará el Reglamento de Régimen Académico que regule los títulos y grados académicos, el tiempo de duración, número de créditos de cada opción y demás aspectos relacionados con grados y títulos, buscando la armonización y la promoción de la movilidad estudiantil, de profesores o profesoras e investigadores o investigadoras”;
- Que, el artículo 166 de la LOES, sostiene: “El Consejo de Educación Superior es el organismo de derecho público con personería jurídica, patrimonio propio e independencia administrativa, financiera y operativa, que tiene a su cargo la planificación, regulación y coordinación del Sistema de Educación Superior, y la relación entre sus distintos actores con la Función Ejecutiva y la sociedad ecuatoriana (...)”;
- Que, el artículo 169 literal g) de la referida Ley, determina: “Son atribuciones y deberes del Consejo de Educación Superior, en el ámbito de esta Ley: (...) g) Expedir la normativa reglamentaria necesaria para el ejercicio de sus competencias y lograr el cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan de Desarrollo de la Educación Superior. El Reglamento de Régimen Académico establecerá los mecanismos y régimen de excepción que permitan la obtención del grado a los egresados que no hayan podido hacerlo en los períodos ordinarios definidos (...)”;
- Que, a través Resolución 006-001-2011, de 28 de septiembre de 2011, el Pleno del Consejo de Educación Superior (CES) expidió el Reglamento Interno de este Organismo, reformado por última ocasión a través de Resolución RPC-SO-44-No.811-2019, de 18 de diciembre de 2019;
- Que, el artículo 52 del Reglamento Interno del CES, señala: “Corresponde a los miembros del CES la iniciativa para proponer proyectos de los reglamentos que, de acuerdo a la Ley debe aprobar el mismo, así como proyectos de reformas a los vigentes”;
- Que, mediante Acuerdo ACU-PC-18-No.011-2022, de 11 de mayo de 2022, el Pleno del CES convino: “Encargar a la Comisión Ocasional conformada mediante el artículo 7 de la Resolución RPC-SE-05-No.012-2022, de 05 de mayo de 2022, que revise y analice la propuesta de reforma al Reglamento de Régimen Académico, remitida por el Presidente del CES, mediante memorando CES-CES-2022-0133-MI, de 09 de mayo de 2022, y se presente al Pleno del CES para su debate y aprobación”;
- Que, a través de Resolución RPC-SE-07-No.021-2022, de 24 de mayo de 2022, el Pleno del CES resolvió: “Artículo Único.- Aprobar en primer debate la propuesta de reforma al Reglamento de Régimen Académico”;
- Que, mediante memorando CES-CORPC012-2022-ART7-2022-0010-M, de 08 de julio de 2022, el Presidente de la Comisión Ocasional creada por el artículo 7 de la Resolución RPC-SE-05-No.012-2022, de 05 de mayo de 2022, mediante Acuerdo CES-CORCEPASES-SO.08-No.052-2022, adoptado en su Octava Sesión Ordinaria desarrollada el 30 de junio de 2022, convino remitir para conocimiento y resolución del Pleno el proyecto de reforma al Reglamento de Régimen Académico, para segundo debate;



Que, luego de conocer y analizar la propuesta realizada por la Comisión Ocasional creada por el artículo 7 de la Resolución RPC-SE-05-No.012-2022, de 05 de mayo de 2022, encargada de elaborar la propuesta de reforma al Reglamento de Régimen Académico, se estima pertinente acoger el contenido de la misma; y,

En ejercicio de las atribuciones que le confiere la Ley Orgánica de Educación Superior,

RESUELVE:

Expedir el siguiente:

REGLAMENTO DE RÉGIMEN ACADÉMICO

**TÍTULO I
ASPECTOS GENERALES**

**CAPÍTULO I
ÁMBITO, OBJETO, OBJETIVOS, FUNCIONES SUSTANTIVAS
Y ENFOQUE DE DERECHOS**

Artículo 1.- Ámbito.- El presente Reglamento aplica a todas las instituciones de educación superior públicas y particulares: universidades, escuelas politécnicas, institutos y conservatorios superiores.

Artículo 2.- Objeto.- El objeto del presente instrumento es regular y orientar las funciones sustantivas de las Instituciones de Educación Superior (IES); así como lo relativo a su gestión, en el marco de la normativa del Sistema de Educación Superior (SES).

Artículo 3.- Objetivos.- Los objetivos del presente Reglamento son:

- a) Garantizar una formación de calidad, excelencia y pertinencia, de acuerdo con las necesidades de la sociedad; asegurando el cumplimiento de los principios y derechos consagrados en la Constitución, la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES) y demás normativa aplicable;
- b) Articular y fortalecer la investigación; la formación académica y profesional; y la vinculación con la sociedad, en un marco de calidad, innovación y sostenibilidad que propenda al mejoramiento continuo;
- c) Promover la diversidad, integralidad, permeabilidad y flexibilidad de los planes curriculares, garantizando la libertad de pensamiento y la centralidad del estudiante en el proceso educativo;
- d) Favorecer la movilidad nacional e internacional de profesores, investigadores y estudiantes; así como la internacionalización de la formación; y,
- e) Contribuir a la construcción de una cultura ecológica de conciencia para la conservación, mejoramiento y protección del medio ambiente; y, el uso racional de los recursos naturales.

Artículo 4.- Funciones sustantivas.- Las funciones sustantivas que garantizan la consecución de los fines de la educación superior, de conformidad con lo establecido en el artículo 117 de la LOES, son las siguientes:

- a) Docencia.- La docencia es la construcción de conocimientos y desarrollo de capacidades y habilidades, resultante de la interacción entre profesores y estudiantes en experiencias de enseñanza-aprendizaje; en ambientes que promueven la relación de la teoría con la práctica y garanticen la libertad de pensamiento, la reflexión crítica y el compromiso ético.

El propósito de la docencia es el logro de los resultados de aprendizaje para la formación integral de ciudadanos profesionales comprometidos con el servicio, aporte y transformación de su entorno. Se enmarca en un modelo educativo-pedagógico y en la gestión curricular en permanente actualización; orientada por la pertinencia, el reconocimiento de la diversidad, la interculturalidad y el diálogo de saberes.



La docencia integra las disciplinas, conocimientos y marcos teóricos para el desarrollo de la investigación y la vinculación con la sociedad; se retroalimenta de estas para diseñar, actualizar y fortalecer el currículo.

- b) Investigación.- La investigación es una labor creativa, sistemática y sistémica fundamentada en debates epistemológicos y necesidades del entorno, que potencia los conocimientos y saberes científicos, ancestrales e interculturales. Se planifica de acuerdo con el modelo educativo, políticas, normativas, líneas de investigación, dominios académicos y recursos de las IES y se implementa mediante programas y/o proyectos desarrollados bajo principios éticos y prácticas colaborativas.

La ejecutan diversos actores como institutos, centros, unidades, grupos, centros de transferencia de tecnología, profesores, investigadores y estudiantes a través de mecanismos democráticos, arbitrados y transparentes. Los resultados de la investigación son difundidos y divulgados para garantizar el uso social de los mismos y su aprovechamiento en la generación de nuevo conocimiento y nuevos productos, procesos o servicios.

- c) Vinculación.- La vinculación con la sociedad, como función sustantiva, genera capacidades e intercambio de conocimientos acorde a los dominios académicos de las IES para garantizar la construcción de respuestas efectivas a las necesidades y desafíos de su entorno. Contribuye con la pertinencia del quehacer educativo, mejorando la calidad de vida, el medio ambiente, el desarrollo productivo y la preservación, difusión y enriquecimiento de las culturas y saberes.

Se desarrolla mediante un conjunto de planes, programas, proyectos e iniciativas de interés público, planificadas, ejecutadas, monitoreadas y evaluadas de manera sistemática por las IES, tales como: servicio comunitario, prestación de servicios especializados, consultorías, educación continua, gestión de redes, cooperación y desarrollo, difusión y distribución del saber; que permitan la democratización del conocimiento y el desarrollo de la innovación social.

La vinculación con la sociedad se articula con la función sustantiva de docencia, para la formación integral de los estudiantes, que complementan la teoría con la práctica en los procesos de enseñanza-aprendizaje, promoviendo espacios de experiencia vivencial y reflexión crítica. Se articula con la investigación, al posibilitar la identificación de necesidades y la formulación de preguntas que alimenten las líneas, programas y proyectos de investigación; y, al propiciar el uso social del conocimiento científico y los saberes.

Artículo 5.- Enfoque de derechos en la educación superior.- Es el fundamento que guía las políticas, programas y planes de las IES, en vías de concretar acciones afirmativas específicas y preferenciales hacia los grupos de atención prioritaria de la sociedad, en cumplimiento de lo establecido por la normativa vigente y la búsqueda de la inclusión social. Las mismas que serán incorporadas al plan institucional de igualdad.

Toma como referentes los principios constitucionales y legales como universalidad, igualdad, no discriminación, entre otros, para el pleno ejercicio de los derechos.

El enfoque de derechos con equidad prioriza la atención a las personas y grupos vulnerables: mujeres, pueblos y nacionalidades, niñez y juventud, personas adultas mayores, personas con discapacidad, personas diversas en razón de identidad por su sexo, género y orientación sexual, enfoque de poblaciones en riesgo de la salud, entre otros.

CAPÍTULO II ESTRUCTURA INSTITUCIONAL DE LAS IES

Artículo 6.- Estructura institucional de las IES.- Las IES se organizarán conforme a la siguiente estructura:

- a) Sede matriz.- Es el campus principal definido en el instrumento legal de creación de la IES y establecido en su estatuto.



- b) Sedes.- Son unidades académico - administrativas dependientes de la sede matriz, cuyo funcionamiento será en una provincia distinta a la sede matriz. Su creación deberá ser notificada al CES para el registro y aprobación correspondiente.
- c) Extensiones.- Son unidades académico-administrativas, que pueden tener desconcentración en la gestión administrativa o financiera, creadas mediante resolución del CES, cuyo funcionamiento será en un cantón distinto al de la sede matriz o sede, dentro de la misma provincia.
- d) Campus.- Es el espacio físico en el que se desarrolla la oferta académica y actividades de gestión, creado por las IES, en ejercicio de su autonomía responsable subordinado a su sede matriz, sede o extensión. Su creación deberá ser notificada al CES para el registro correspondiente.
- e) Centro de apoyo.- Son unidades administrativas de soporte institucional para el desarrollo de procesos de aprendizaje. Su creación deberá ser notificada al CES para el registro correspondiente.

En el ejercicio de su autonomía responsable, las IES podrán crear las unidades académico administrativas que consideren necesarias para su funcionamiento según los procedimientos correspondientes. Del mismo modo, podrán delegar a las sedes, extensiones y campus las funciones académicas y administrativo-financieras que consideren pertinentes.

(Artículo reformado mediante Resolución RPC-SE-10-No.028-2022, de 27 de julio de 2022)

TÍTULO II CRÉDITOS, PERÍODOS ACADÉMICOS Y NIVELES DE FORMACIÓN

CAPÍTULO I CRÉDITOS Y PERÍODOS ACADÉMICOS EN LOS NIVELES DE FORMACIÓN

Artículo 7.- Principios de la organización académico curricular mediante créditos.- La organización académico curricular, mediante un sistema de créditos, se basa en los siguientes principios:

- a) Es un sistema centrado en el estudiante: Mide la dedicación, en tiempo del estudiante, para el logro de competencias y objetivos de aprendizaje establecidos en su carrera o programa;
- b) Tiene equivalencia internacional: Permite establecer la equivalencia entre carreras o programas con estándares internacionales y, por tanto, facilita su transferencia; y,
- c) Es referencial: Mide de manera aproximada el volumen de trabajo académico de un estudiante en cualquier componente de formación y en distintas actividades de aprendizaje.

Artículo 8.- Sistema de créditos académicos.- El sistema de créditos académicos es una modalidad de organización académico-curricular que determina el volumen de trabajo académico exigido al estudiante en cada uno de los niveles de formación, carreras y programas de la educación superior en función del tiempo previsto, objetivos, perfiles de egreso, planes de estudio, períodos académicos, actividades de aprendizaje y modalidades de estudio.

Artículo 9.- Crédito académico.- Un crédito académico es la unidad cuantitativa de medida, para el tiempo y dedicación académica por parte del estudiante, que integra las siguientes actividades de aprendizaje: aprendizaje en contacto con el docente, aprendizaje autónomo o aprendizaje práctico/experimental. Un crédito académico equivale a cuarenta y ocho (48) horas de actividad del estudiante.

Las IES podrán organizar sus carreras y programas en créditos.

Artículo 10.- Período académico.- Las IES implementarán al menos dos (2) períodos académicos al año.

Las IES en ejercicio de su autonomía responsable podrán distribuir el número de horas que comprenderá cada período académico, considerando que un estudiante de tiempo completo durante su carrera dedicará un promedio de cuarenta y cinco (45) horas por semana a las diferentes actividades de aprendizaje, indistinto de la modalidad de estudios.



En las asignaturas, cursos o sus equivalentes en los que se requieran laboratorios, las horas correspondientes deberán sumarse al componente de aprendizaje práctico- experimental.

CAPÍTULO II NIVELES DE FORMACIÓN

Artículo 11.- Niveles de formación.- El sistema de educación superior se organiza en dos (2) niveles de formación académica, conforme lo determinado en la LOES.

Los niveles de formación son los siguientes:

- a) Tercer nivel: técnico-tecnológico y de grado;
- b) Cuarto nivel o de posgrado.

Las IES podrán otorgar títulos, según los parámetros y lineamientos establecidos en el Reglamento que para el efecto expida el CES, en cumplimiento del artículo 130 de la LOES.

CAPÍTULO III TERCER NIVEL DE FORMACIÓN

Artículo 12.- Títulos del tercer nivel técnico - tecnológico superior y de grado.- En el tercer nivel de formación, las instituciones de educación superior, una vez que cumplan los requisitos que las normas determinen, podrán expedir los siguientes títulos:

- a) Otorgados por los institutos superiores y conservatorios superiores:
 1. Técnico Superior o su equivalente.
 2. Tecnólogo Superior o su equivalente.
 3. Tecnólogo Superior Universitario.

Los conservatorios superiores adscritos a una universidad podrán otorgar títulos de tercer nivel de grado o su equivalente, únicamente en el campo de las artes o sus equivalentes.

- b) Otorgados por los conservatorios superiores con la condición de superior universitarios:
 1. Técnico Superior o su equivalente.
 2. Tecnólogo Superior o su equivalente.
 3. Tecnólogo Superior Universitario o su equivalente.

Los conservatorios superiores con la condición de superior universitarios otorgarán estos títulos únicamente en el campo de las artes o sus equivalentes.

- c) Otorgados por los institutos superiores con la condición de superior universitarios:
 1. Técnico Superior o su equivalente.
 2. Tecnólogo Superior o su equivalente.
 3. Tecnólogo Superior Universitario o su equivalente.
- d) Otorgados por las universidades o escuelas politécnicas:
 1. Técnico Superior o su equivalente.
 2. Tecnólogo Superior o su equivalente.
 3. Tecnólogo Superior Universitario o su equivalente de conformidad al Reglamento General a la LOES.
 4. Licenciado/a, ingeniero/a o los que correspondan a los estudios en el tercer nivel de grado.

Artículo 13.- Ingreso a tercer nivel.- Para el ingreso al tercer nivel, se requiere poseer título de bachiller o su equivalente, de conformidad con la Ley.

En el caso de las IES particulares, cumplir con los requisitos adicionales establecidos en sus estatutos y/o normativa interna.

En el caso de las IES públicas, haber cumplido los requisitos normados por el Sistema de Nivelación y Admisión que observará los principios de igualdad de oportunidades, libertad de elección de carrera y de méritos.



En el caso de los conservatorios, superiores de música y artes deberán cumplir con lo establecido en el Reglamento General a la LOES.

Las IES aceptarán los títulos de bachiller obtenidos en el extranjero, reconocidos o equiparados por el Ministerio de Educación. Para tal efecto, las IES podrán implementar plazos especiales para la presentación de la documentación, que contemplen el tiempo que el Ministerio de Educación requiere para el reconocimiento o equiparación de estos estudios.

Conforme al artículo 82 de la LOES, para el ingreso de los estudiantes a la Universidad de las Artes, a los conservatorios e institutos superiores de artes, se requiere además del título de bachiller, el título de bachiller en artes perteneciente al Sistema Nacional de Educación. En el caso de que el aspirante no cumpla con este requisito rendirá un examen de suficiencia para el ingreso, el cual será elaborado por la respectiva IES.

Artículo 14.- Estrategias de nivelación.- Las IES podrán diseñar propuestas y estrategias curriculares que posibiliten la nivelación de conocimientos mínimos, como un mecanismo para evitar la deserción estudiantil, garantizar la permanencia en la educación superior y la eficiencia terminal.

Artículo 15.- Duración de las carreras de tercer nivel.- Las carreras serán planificadas en función de la siguiente organización:

		Créditos totales	
		Mín.	Máx.
Tercer Nivel Técnico – Tecnológico Superior	Técnico Superior	30	60
	Tecnológico Superior	60	75
	Tecnológico Superior Universitario	90	105
Tercer nivel de Grado	Licenciatura y títulos profesionales	120	150
	Veterinaria	135	150

Artículo 16.- Itinerarios académicos.- Los itinerarios académicos son trayectorias de aprendizaje que profundizan en un ámbito específico de la formación profesional en el tercer nivel, con actividades complementarias de fortalecimiento del conocimiento y el perfil de egreso con relación al objeto de la carrera. La IES podrá planificar itinerarios académicos para cada carrera considerando los campos de intervención de la profesión.

La IES definirá, en ejercicio de su autonomía responsable, hasta tres (3) itinerarios académicos que podrá cursar el estudiante.

El itinerario académico cursado podrá ser incluido en el título. Si se cursara simultáneamente más de un itinerario, cada uno de ellos constará dentro del mismo título.

CAPÍTULO IV CUARTO NIVEL DE FORMACIÓN

Artículo 17.- Títulos de cuarto nivel o de posgrado.- En este nivel de formación las instituciones de educación superior podrán expedir los siguientes títulos:

- a) Otorgados por los conservatorios superiores con condición de superior universitarios que se encuentren cualificados por el CACES:
 1. Especialista.
 2. Magíster.

Los conservatorios superiores con la condición de superior universitarios, podrán otorgar los títulos referidos, únicamente en el campo de las artes o sus equivalentes.



- b) Otorgados por los institutos superiores con condición de superior universitarios que se encuentren cualificados por el CACES:
1. Especialista Tecnológico.
 2. Magíster Tecnológico.
- c) Otorgados por las universidades y escuelas politécnicas:
1. Especialista Tecnológico.
 2. Especialista.
 3. Especialista (en el campo de la salud).
 4. Magíster Tecnológico.
 5. Magíster.
 6. Doctor (PhD o su equivalente).

Artículo 18.- Ingreso al cuarto nivel o posgrado.- Para el ingreso a un programa de cuarto nivel se requiere:

- a) Para el posgrado tecnológico: Poseer un título de tercer nivel tecnológico superior universitario o su equivalente en el campo de las artes, debidamente registrado por el órgano rector de la política pública de educación superior y cumplir con el proceso de admisión establecido en el programa al que postula;
- b) Para el posgrado académico: Poseer título de tercer nivel de grado, debidamente registrado por el órgano rector de la política pública de educación superior y cumplir con el proceso de admisión establecido en el programa al que postula; y,
- c) Para el doctorado (PhD o su equivalente): Lo establecido en la normativa específica expedida por el CES.

En el caso de que el título de tercer nivel tecnológico superior universitario o de grado sea obtenido en el exterior, el estudiante para inscribirse en el programa deberá presentarlo a la IES debidamente apostillado o legalizado por vía consular. Será responsabilidad de la IES verificar que el título corresponde a tercer nivel tecnológico superior universitario o de grado.

Artículo 19.- Duración de los programas de posgrado.- Los programas serán planificados en función de la siguiente organización:

	Créditos totales	
	Mín.	Máx.
Especialización tecnológica	15	30
Especialización	15	30
Maestría Tecnológica	30	45
Maestría Académica (MA)	30	60

Artículo 20.- Estudios avanzados.- Un estudiante de grado, con base en su mérito académico, podrá solicitar cursar una o varias asignaturas, cursos o equivalentes del nivel de posgrado, conforme a la regulación de cada IES. Las horas y/o créditos cursados y aprobados por el estudiante podrán contabilizarse en el nivel de grado. Para tal efecto, en el caso de las IES públicas, éstas podrán cobrar el valor o valores correspondientes, sin que aquello implique violación alguna de la gratuidad.

Si el estudiante luego decide cursar el programa de posgrado que incluye la o las asignaturas cursos o equivalentes, la IES podrá acreditar las horas y/o créditos aprobados. En caso que la asignatura curso o equivalente pertenezca a otro programa o IES, se seguirá el correspondiente proceso de homologación.

Artículo 21.- Menciones.- Las menciones son trayectorias académicas que enfatizan en un ámbito específico del conocimiento en la formación del cuarto nivel. Los programas de posgrado podrán tener hasta tres menciones. Los proyectos de especialización en el campo de la salud, no podrán contar con menciones.



**TÍTULO III
DOCENCIA**

**CAPÍTULO I
ORGANIZACIÓN DEL APRENDIZAJE**

Artículo 22.- Actividades de aprendizaje.- Las actividades de aprendizaje procuran el logro de los objetivos de la carrera o programa académico, desarrollan los contenidos de aprendizaje en relación con los objetivos, nivel de formación, perfil profesional y especificidad del campo del conocimiento.

La organización del aprendizaje, a través de créditos, se podrá planificar en los siguientes componentes:

- a) Aprendizaje en contacto con el docente;
- b) Aprendizaje autónomo;
- c) Aprendizaje práctico-experimental (que podrá ser o no en contacto con el docente, a excepción del campo de la salud que deberá contar con un docente tutor).

Artículo 23.- Aprendizaje en contacto con el docente.- El aprendizaje en contacto con el docente comprende el conjunto de actividades individuales o grupales desarrolladas con intervención o supervisión directa del docente (de forma presencial o virtual, sincrónica o asincrónica) que comprende las clases, tutorías, conferencias, seminarios, talleres, proyectos en aula (presencial o virtual), entre otras, que establezca la IES en correspondencia con su modelo educativo institucional.

Las IES podrán planificar el aprendizaje en contacto con el docente que puede desarrollarse bajo la modalidad de tutoría, excepto en el campo de la salud. Cada IES definirá los mecanismos y condiciones de realización de la tutoría, para asegurar el cumplimiento de sus fines.

Artículo 24.- Aprendizaje autónomo.- El aprendizaje autónomo es el conjunto de actividades de aprendizaje individuales o grupales desarrolladas de forma independiente por el estudiante sin contacto con el personal académico o el personal de apoyo académico. Las actividades planificadas y/o guiadas por el docente se desarrollan en función de su capacidad de iniciativa y de planificación; de manejo crítico de fuentes y contenidos de información; planteamiento y resolución de problemas; la motivación y la curiosidad para conocer, investigar e innovar; la transferencia y contextualización de conocimientos; la reflexión crítica y autoevaluación del propio trabajo, entre las principales.

Artículo 25.- Aprendizaje práctico-experimental.- El aprendizaje práctico- experimental es el conjunto de actividades (individuales o grupales) de aplicación de contenidos conceptuales, procedimentales, técnicos, entre otros, a la resolución de problemas prácticos, comprobación, experimentación, contrastación, replicación y demás que defina la IES.

**CAPÍTULO II
TITULACIÓN**

Artículo 26.- Requisitos y opciones de titulación en el tercer nivel.- Cada IES determinará en su normativa interna los requisitos para acceder a la titulación, así como las opciones para su aprobación.

Los créditos correspondientes a las opciones de titulación estarán incluidos en la totalidad de créditos de la carrera.

Se podrá emitir el título respectivo únicamente cuando el estudiante apruebe todos los requisitos académicos y administrativos establecidos por las IES, lo que constará en el acta consolidada de finalización de estudios, de conformidad con el artículo 85 de este Reglamento.

Artículo 27.- Requisitos y opciones de titulación en el cuarto nivel.- Cada IES determinará en su normativa interna los requisitos para acceder a la titulación, estableciendo su estructura, contenidos y parámetros para su desarrollo y evaluación.



Las IES deberán garantizar a todos sus estudiantes la designación oportuna del director o tutor, de entre los miembros del personal académico de la propia IES o de una diferente, para el desarrollo y evaluación de la unidad de titulación.

La titulación de programas de Doctorado estará regulada en el reglamento que para el efecto expida el CES.

La IES podrá emitir el título respectivo únicamente cuando el estudiante apruebe todos los requisitos académicos y administrativos establecidos por las IES, lo que constará en el acta consolidada de finalización de estudios, de conformidad con el artículo 85 de este Reglamento.

Artículo 28.- Prórroga para opciones de titulación en cuarto nivel.- La IES en su normativa interna establecerá el plazo adicional que tiene el estudiante para desarrollar su opción de titulación y los derechos y aranceles que deberá pagar para el efecto en el caso de solicitar prórrogas. La primera prórroga no requerirá de pago por concepto de derechos o aranceles, ni valor similar.

Cuando el estudiante haya cumplido y aprobado la totalidad del plan de estudios excepto la opción de titulación y una vez transcurridos los plazos establecidos por la IES, deberá matricularse y tomar los cursos, asignaturas o equivalentes para la actualización de conocimientos en los plazos y condiciones que establezca la IES, siempre y cuando no hayan transcurrido diez (10) años desde que se cumplió y aprobó la totalidad del plan de estudios.

TÍTULO IV INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO I INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL Y ÉTICA

Artículo 29.- La investigación institucional.- Las IES, a partir de su naturaleza, fortalezas o dominios académicos, así como desde la especificidad de sus carreras o programas, definirán sus regulaciones internas y/o políticas de investigación.

Artículo 30.- Niveles de investigación institucional.- Las IES desarrollarán su función sustantiva de investigación desde diferentes niveles:

- a) Investigación formativa; e
- b) Investigación de carácter académico-científico.

Artículo 31.- Investigación formativa.- La investigación formativa es un componente fundamental del proceso de formación académica y se desarrolla en la interacción docente-estudiante, a lo largo del desarrollo del currículo de una carrera o programa; como eje transversal de la transmisión y producción del conocimiento en contextos de aprendizaje; posibilitando el desarrollo de competencias investigativas por parte de los estudiantes, así como la innovación de la práctica pedagógica de los docentes.

Es un proceso de uso y generación de conocimiento caracterizado por la aplicación de métodos convencionales de investigación, la innovación, el análisis y la validación entre pares; produciendo generalmente conocimiento de pertinencia y validez local, nacional, y/o internacional, orientado al saber hacer profesional; e incorporando componentes técnico-tecnológicos en sus productos.

Las IES deberán planificar, acompañar y evaluar acciones que aseguren la formación del estudiante en y para la investigación; la investigación como estrategia general de aprendizaje; y, la investigación-acción del currículo, en sus diferentes componentes, por parte del personal académico. Las IES determinarán el objeto, alcance, rigor, impacto, metodologías y condiciones de desarrollo de la investigación formativa en sus carreras y/o programas.

Artículo 32.- Investigación formativa en el tercer nivel.- La investigación formativa en el tercer nivel propende al desarrollo de conocimientos y destrezas investigativas orientadas a la innovación científica, tecnológica social, humanística y artística.



En lo referente a la formación técnica – tecnológica y de grado, se desarrollará mediante el dominio de técnicas investigativas de carácter exploratorio en relación a la creación, adaptación e innovación tecnológica. En tanto que las carreras artísticas deberán incorporar la investigación sobre tecnologías, modelos y actividades de producción artística.

Con relación a los otros campos profesionales, la investigación para el aprendizaje se desarrollará en el campo formativo de la epistemología y la metodología de investigación de una profesión, mediante el desarrollo de actividades o proyectos de investigación de carácter exploratorio y/o descriptivo.

Artículo 33.- Investigación formativa en el cuarto nivel.- La investigación formativa en el cuarto nivel se desarrollará en el marco de la investigación avanzada y tendrá carácter analítico, explicativo o correlacional.

En lo referente a las especializaciones, estos programas deberán incorporar el manejo de los métodos y técnicas de investigación para el desarrollo de proyectos de investigación de nivel analítico.

La investigación en especializaciones del campo detallado de la salud deberá incorporar la fundamentación epistemológica de la especialización del campo específico de la salud correspondiente, y profundizar en el conocimiento de métodos y técnicas para realizar diagnósticos clínicos, epidemiológicos y/o de salud pública, garantizando los principios y normativas que expida la autoridad sanitaria nacional competente en lo relativo a la bioética y que se plasmen en la entrega de productos medibles y en la revisión de pares.

Las maestrías tecnológicas deberán profundizar el conocimiento de la epistemología del campo profesional y desarrollar proyectos de investigación e innovación de carácter analítico, que pueden utilizar métodos de la disciplina o métodos interdisciplinarios.

Las maestrías académicas deberán profundizar el conocimiento de la epistemología de la ciencia y desarrollar proyectos de investigación de carácter explicativo o comprensivo con un claro aporte al área del conocimiento; podrán ser abordados desde métodos multi e interdisciplinarios.

Artículo 34.- Investigación académica y científica.- La investigación académica y científica es la labor creativa, sistemática, rigurosa, sistémica, epistemológica y metodológicamente fundamentada que produce conocimiento susceptible de universalidad, originalmente nuevo y orientado al crecimiento del cuerpo teórico de uno o varios campos científicos.

Se desarrolla mediante programas y proyectos de investigación, enmarcados en los objetivos, políticas institucionales, líneas de investigación y recursos disponibles de las IES. Las líneas, programas y proyectos deberán responder a los desafíos y problemas sociales, naturales, tecnológicos y otros, priorizados por la institución. Los proyectos podrán desarrollarse institucionalmente o a través de redes nacionales y/o internacionales.

Las IES establecerán los mecanismos y normativa correspondiente para que tanto profesores, investigadores como estudiantes desarrollen investigación académica y científica pertinente y los resultados de la investigación deberán ser difundidos y divulgados para garantizar el uso social de los mismos y su aprovechamiento en la generación de nuevo conocimiento, nuevos productos, procesos o servicios, respetando las normas de propiedad intelectual correspondientes.

La investigación académica y científica genera resultados que pueden ser utilizados en propuestas de vinculación con la sociedad que benefician la calidad de vida y el desarrollo social. A su vez, la vinculación con la sociedad identifica necesidades y genera preguntas relevantes para la investigación.

La investigación que se desarrolla en el ámbito de las maestrías académicas y de los doctorados se fundamenta en la investigación académica y científica.

Artículo 35.- Proyectos de desarrollo, innovación y adaptación técnica o tecnológica.- Las IES cuyas fortalezas o dominios académicos se encuentren relacionados directamente con los ámbitos productivos, sociales, culturales y ambientales podrán formular e implementar proyectos



institucionales de investigación aplicada para el desarrollo de modelos prototípicos y de adaptación de técnicas, tecnologías y metodologías. Las IES podrán articular estos proyectos de investigación con las necesidades de cada territorio, país o región.

Las IES propenderán a implementar espacios de innovación y centros de transferencia.

Artículo 36.- Proyectos de producción artística.- Las IES con fortalezas o dominios académicos en campos humanísticos y artísticos, desarrollarán preferentemente líneas, programas y proyectos de investigación articulados a las formas y tradiciones de expresión simbólica y a los imaginarios de los actores sociales del entorno.

Estos proyectos, preferentemente, deberán ser generados en el marco de redes académicas y sociales nacionales e internacionales.

Artículo 37.- Investigación y contexto.- En todos los niveles formativos, según sea pertinente, la investigación en la educación superior deberá ser diseñada y ejecutada considerando el contexto social y cultural de la realidad que se investiga y en la cual sus resultados tengan aplicación.

Artículo 38.- Ética y honestidad académica.- Las IES expedirán políticas de ética y de honestidad académica sin perjuicio de las normas establecidas para el efecto.

Se entiende por fraude o deshonestidad académica toda acción que, inobservando el principio de transparencia académica, viola los derechos de autor o incumple las normas éticas establecidas por la IES o por el profesor, para los procesos de evaluación y/o de presentación de resultados de aprendizaje, investigación o sistematización. Configuran conductas de fraude o deshonestidad académica, entre otras, las siguientes:

- a) Apropiación de ideas o de información de pares dentro de procesos de evaluación.
- b) Uso de soportes de información para el desarrollo de procesos de evaluación que no han sido autorizados por el profesor.
- c) Reproducción en lo substancial, a través de la copia literal, la paráfrasis o síntesis de creaciones intelectuales o artísticas, sin observar los derechos de autor.
- d) Acuerdo para la suplantación de identidad o la realización de actividades en procesos de evaluación, incluyendo el trabajo de titulación.
- e) Acceso no autorizado a reactivos y/o respuestas para evaluaciones.

Artículo 39.- Desarrollo de funciones sustantivas mediante redes.- Las IES podrán suscribir convenios de cooperación académica para el desarrollo de proyectos de docencia, investigación, innovación o vinculación a nivel local, regional, nacional e internacional.

TÍTULO V VINCULACIÓN CON LA SOCIEDAD, PRÁCTICAS PREPROFESIONALES Y REDES ACADÉMICAS

CAPÍTULO I VINCULACIÓN CON LA SOCIEDAD

Artículo 40.- Vinculación con la sociedad.- La vinculación con la sociedad hace referencia a la planificación, ejecución y difusión de actividades que garantizan la participación efectiva en la sociedad y la responsabilidad social de las instituciones del Sistema de Educación Superior con el fin de contribuir a la satisfacción de necesidades y la solución de problemáticas del entorno, desde el ámbito académico e investigativo.

La vinculación con la sociedad deberá articularse al resto de funciones sustantivas, oferta académica, dominios académicos, investigación, formación y extensión de las IES en cumplimiento del principio de pertinencia. En el marco del desarrollo de la investigación científica o artística de las IES, se considerará como vinculación con la sociedad a las actividades de divulgación científica, a los aportes



a la mejora y actualización de los planes de desarrollo local, regional y nacional, y a la transferencia de conocimiento y tecnología.

La divulgación científica o artística consiste en transmitir resultados, avances, ideas, hipótesis, teorías, conceptos, productos artísticos y en general cualquier actividad científica, artística, tecnológica a la sociedad; utilizando los canales, recursos y lenguajes adecuados para que ésta los pueda comprender y asimilar la sociedad.

Artículo 41.- Planificación de la vinculación con la sociedad.- La planificación de la función de vinculación con la sociedad, podrá estar determinada en las siguientes líneas operativas:

- a) Educación continua;
- b) Prácticas preprofesionales;
- c) Proyectos y servicios especializados;
- d) Investigación;
- e) Divulgación y resultados de aplicación de conocimientos científicos o artísticos;
- f) Ejecución de proyectos de innovación;
- g) Ejecución de proyectos de servicios comunitarios o sociales; y,
- h) Otras determinadas por la IES en correspondencia con su naturaleza y en ejercicio de su autonomía responsable.

Las IES podrán crear instancias institucionales específicas, incorporar personal académico y establecer alianzas estratégicas de cooperación interinstitucional para gestionar la vinculación con la sociedad.

Artículo 42.- Prácticas preprofesionales en las carreras de tercer nivel.- Las prácticas preprofesionales en las carreras de tercer nivel son actividades de aprendizaje orientadas a la aplicación de conocimientos y/o al desarrollo de competencias profesionales. Estas prácticas se realizarán en entornos organizacionales, institucionales, empresariales, comunitarios u otros relacionados al ámbito profesional de la carrera, públicos o privados, nacionales o internacionales.

Las prácticas preprofesionales se subdividen en dos (2) componentes:

- a) Prácticas laborales, de naturaleza profesional en contextos reales de aplicación; y,
- b) Prácticas de servicio comunitario, cuya naturaleza es la atención a personas, grupos o contextos de vulnerabilidad.

Las prácticas preprofesionales podrán realizarse a lo largo de toda la formación de la carrera, de forma continua o no; mediante planes, programas y/o proyectos cuyo alcance será definido por la IES. Las prácticas deberán ser coherentes con los resultados de aprendizaje y el perfil de egreso de las carreras; y, cada IES, en ejercicio de su autonomía responsable, determinará los mecanismos y requerimientos para su registro y evaluación.

Las prácticas preprofesionales no generan ningún vínculo u obligación laboral. La experiencia laboral podrá ser reconocida como práctica preprofesional, incluidas las horas de servicios a la comunidad, siempre y cuando las actividades realizadas resulten pertinentes al perfil de egreso, lo cual debe ser validado por evidencias definidas por las IES.

Cuando las prácticas preprofesionales se realicen bajo la figura de pasantías serán reguladas por la normativa aplicable a las pasantías, sin modificar el carácter y los efectos académicos de las mismas.

Artículo 43.- Características y componentes de las prácticas preprofesionales en las carreras de tercer nivel.- La IES, en ejercicio de su autonomía responsable, asignará a cada carrera un rango de horas y/o créditos destinados a las prácticas preprofesionales dentro de la malla curricular, considerando lo siguiente:

- a) Para las prácticas laborales se deberá contar con un mínimo de 240 horas, a excepción de las carreras de técnico superior en cuyo caso se deberá considerar un mínimo de 192 horas;



- b) Para las prácticas de servicio comunitario se deberá contar con un mínimo de sesenta horas; y,
- c) Ninguna carrera podrá tener dentro de su malla más del diez por ciento (10%) de las horas destinadas a prácticas preprofesionales.

Las horas y/o créditos de cada componente de las prácticas preprofesionales son objeto de homologación o convalidación siempre que se hayan completado en su totalidad, según lo establecido en la normativa interna de cada IES, hasta un máximo de diez (10) años posteriores a la realización de las mismas, siempre que correspondan a los objetivos de aprendizaje de la práctica pre profesional de destino.

Las horas y/o créditos de las prácticas de las carreras de Derecho realizadas en el Consejo de la Judicatura, serán consideradas como preprofesionales o pasantías conforme a la normativa que emita el Consejo de la Judicatura.

Artículo 44.- Realización de las prácticas preprofesionales.- Los planes, programas y/o proyectos para las prácticas preprofesionales de cada carrera podrán ser desarrollados contando con la participación de los diferentes sectores de la sociedad, según los mecanismos establecidos por cada IES.

Las prácticas preprofesionales pueden realizarse dentro o fuera de la IES, siempre que sean de carácter formativo y supongan la aplicación o integración de conocimientos o competencias profesionales desarrollados a lo largo del proceso de enseñanza - aprendizaje. La institución receptora emitirá un informe periódico o final sobre la ejecución de las prácticas. Cuando las prácticas sean académicas, estas requerirán de un responsable, para lo cual la IES mantendrá un convenio u otros instrumentos con la entidad receptora. En el caso de que el proceso de prácticas en la institución receptora no se ajuste a lo establecido en el plan de trabajo, la IES deberá establecer los correctivos correspondientes.

Los planes, programas y/o proyectos de prácticas preprofesionales (incluyendo las de servicio comunitario) deberán ser coordinados, monitoreados o evaluados por personal académico o personal de apoyo académico, de acuerdo con la planificación de la IES.

Artículo 45.- Acreditación de ayudantías de docencia e investigación como prácticas preprofesionales.- Los estudiantes podrán realizar sus prácticas preprofesionales mediante ayudantías de cátedra o de investigación cuando, en correspondencia con sus requerimientos institucionales, las IES los seleccionen por su desempeño académico. Las ayudantías de docencia o de investigación podrán ser remuneradas o no, según la normativa interna institucional, y serán planificadas y evaluadas de acuerdo con el modelo educativo de la IES y sus requerimientos académicos para ser acreditadas como prácticas preprofesionales.

Artículo 46.- Convalidación de actividades extracurriculares como prácticas preprofesionales.- Las actividades extracurriculares que contribuyan a la aplicación de conocimientos y al desarrollo de competencias profesionales serán susceptibles de convalidación con las prácticas preprofesionales. Las IES definirán en su normativa interna, aquellas actividades extracurriculares que son convalidables con las prácticas preprofesionales.

Artículo 47.- Prácticas de cuarto nivel.- Los programas de cuarto nivel, dependiendo de su carácter y requerimientos formativos, podrán incorporar horas y/o créditos de prácticas previas a la obtención de la respectiva titulación. Las IES podrán establecer planes, programas y/o proyectos de prácticas profesionales que articulen el tercer y cuarto nivel de formación.

CAPÍTULO II FORMACIÓN CONTINUA

Artículo 48.- Educación continua.- La educación continua hace referencia a procesos de capacitación, actualización y certificación de competencias laborales específicas. Se ejecuta en forma de cursos, seminarios, talleres u otras actividades académicas.



La educación continua es avanzada cuando está dirigida a profesionales y desarrollada por expertos de un campo del conocimiento específico.

Esta formación podrá ser organizada a través del sistema créditos.

La formación de educación continua no conduce a una titulación de educación superior y solo puede ser homologada mediante el mecanismo de validación de conocimientos.

Los cursos de educación continua en el campo de la salud sólo podrán ser ofrecidos por IES que cuenten con carreras o programas aprobados y vigentes en este campo, en concordancia con lo establecido por el organismo público competente de cualificación profesional.

Artículo 49.- Tipos de certificados de la educación continua.- Las IES podrán conferir dos (2) tipos de certificados de educación continua:

- a) Certificado de aprobación: Acreditan las competencias o los conocimientos adquiridos de quienes hayan cumplido con los requisitos académicos y de evaluación del curso o programa.
- b) Certificado de participación: Se extiende a quienes hayan cumplido los requisitos mínimos de asistencia.

CAPÍTULO III REDES ACADÉMICAS

Artículo 50.- Redes académicas.- Las IES, así como los profesores e investigadores de una o varias unidades académicas, y profesores e investigadores pertenecientes a la misma o diversas IES, podrán integrar redes para promover el debate intelectual, el diseño de proyectos de investigación, de vinculación con la sociedad, procesos de autoformación, entre otros. Estas redes pueden ser nacionales o internacionales.

Artículo 51.- Redes de conocimiento e innovación.- Las IES podrán integrar redes tanto nacionales como internacionales para promover, diseñar y ejecutar proyectos de investigación científica, innovación social y tecnológica, transferencia de tecnología, vinculación con la sociedad y formación dual, que involucren a sus estudiantes, graduados y planta docente, motivando el trabajo multi e interdisciplinario a través de la colaboración con el sector productivo y facilitando el desarrollo de políticas y procesos internos para la ejecución de los mismos.

TÍTULO VI MODALIDADES DE ESTUDIO Y APRENDIZAJE DE SEGUNDA LENGUA

CAPÍTULO I MODALIDADES DE ESTUDIO O APRENDIZAJE

Artículo 52.- Definición.- Las modalidades de estudio o aprendizaje son modos de gestión de los aprendizajes que determinan ambientes educativos diferenciados, incluyendo el uso de las tecnologías de la comunicación y de la información.

Artículo 53.- Ambientes y medios de estudio o aprendizaje.- La planificación curricular de la carrera o programa determinará las condiciones de implementación de los ambientes de aprendizaje, presenciales, virtuales o mixtos; las formas de interacción profesor-estudiante; el uso de convergencia de medios educativos y de tecnologías; y otros elementos relevantes, según su modalidad.

Para el aseguramiento de la calidad de carreras y programas ofertados en diversas modalidades, las IES deberán contar con equipo técnico idóneo, recursos de aprendizaje y plataformas tecnológicas que garanticen su ejecución.

Artículo 54.- Modalidades de estudio o aprendizaje.- Las IES podrán impartir sus carreras y programas en las siguientes modalidades de estudios o aprendizaje:



- a) Presencial;
- b) Semipresencial;
- c) En línea;
- d) A distancia;
- e) Dual; e,
- f) Híbrida.

CAPÍTULO II

MODALIDADES PRESENCIAL, SEMIPRESENCIAL, EN LÍNEA, A DISTANCIA E HÍBRIDA DE CARRERAS O PROGRAMAS

Artículo 55.- Modalidad presencial.- La modalidad presencial es aquella en la que el proceso de aprendizaje en sus componentes en contacto con el docente y práctico experimental se desarrolla en interacción directa entre el estudiante y el profesor, en tiempo real, en al menos el cincuenta y un por ciento (51%) de los créditos de la carrera o programa, según lo determinado por la IES en ejercicio de su autonomía responsable.

Por cada crédito académico se deberá asegurar al menos dieciséis (16) horas de contacto con el docente.

Artículo 56.- Modalidad semipresencial.- La modalidad semipresencial es aquella en la que el aprendizaje se produce a través de la combinación de actividades en interacción directa con el profesor en un rango entre el treinta y cinco (35%) y el cincuenta por ciento (50%) de los créditos correspondientes al componente de aprendizaje en contacto con el docente y el práctico experimental, según lo determinado por la IES en ejercicio de su autonomía responsable. Por cada crédito académico se deberá asegurar al menos dieciséis (16) horas de contacto con el docente.

Artículo 57.- Modalidad en línea.- La modalidad en línea es aquella en la que los componentes de aprendizaje están mediados en su totalidad por el uso de tecnologías interactivas multimedia y entornos virtuales de aprendizaje.

Artículo 58.- Modalidad a distancia.- La modalidad a distancia es aquella en la que los componentes de aprendizaje en su totalidad, en contacto con el docente y práctico experimental está mediado por la articulación de múltiples recursos didácticos, físicos y digitales; además, del uso de tecnologías y entornos virtuales de aprendizaje en plataformas digitales, cuando sea necesario.

Artículo 59.- Modalidad híbrida.- La modalidad híbrida es aquella en la que los componentes de aprendizaje en su totalidad, en contacto con el docente y el práctico experimental se desarrollan mediante la combinación de actividades presenciales, semipresenciales, en línea y/o a distancia.

Artículo 60.- Uso complementario de otras modalidades de aprendizaje.- Los estudiantes podrán tomar hasta un cuarenta y nueve por ciento (49%), de las asignaturas, cursos o sus equivalentes de la correspondiente carrera o programa en otras modalidades de aprendizaje de la misma carrera, programa o de otra, en tanto exista la oferta en la misma IES, sin que afecte la modalidad de la titulación, siguiendo los procedimientos establecidos por cada IES.

CAPÍTULO III

CONDICIONES PARA LA MODALIDAD SEMIPRESENCIAL, A DISTANCIA Y EN LÍNEA

Artículo 61.- Recursos de aprendizaje y plataformas tecnológicas.- Para la ejecución de su oferta académica, las IES garantizarán los recursos de aprendizaje detallados en su proyecto de creación, según la modalidad de estudios, contando con mecanismos de control para combatir el fraude y la deshonestidad académica.

Para la ejecución de las carreras y programas a distancia se deberá contar con un centro de apoyo con una adecuada infraestructura física, tecnológica, que facilite el acceso de los estudiantes a bibliotecas físicas y virtuales. Las IES, en uso de su autonomía responsable, podrán crear centros de apoyo para la ejecución de carreras y programas en cualquier otra modalidad. De igual manera, se



deberá asegurar condiciones para que la planta académica gestione los distintos componentes del aprendizaje, cuando fuere el caso.

Para la ejecución de las carreras y programas en línea, se deberá contar con acceso abierto al menos a una biblioteca virtual y un repositorio digital de apoyo para sus estudiantes.

Para las modalidades, en línea y a distancia, las IES deberán contar con mecanismos que fomenten el autoaprendizaje y comprensión lectora, competencias informacionales, manejo del modelo educativo a distancia.

Artículo 62.- Condiciones y restricciones en la oferta académica de carreras y programas.- Las IES podrán ofertar carreras y programas en modalidad de estudios semipresencial, en línea y a distancia cuando cuenten con la capacidad instalada a nivel de infraestructura y planta docente.

El CES determinará y revisará periódicamente la lista de las carreras y programas que no podrán ser impartidos en las modalidades de estudios semipresencial, en línea y a distancia.

CAPÍTULO IV MODALIDAD DUAL

Artículo 63.- Modalidad dual.- La modalidad dual es aquella en la que el proceso formativo se realiza de forma sistemática y secuencial/continua en dos entornos de aprendizaje: el académico y el laboral. La formación de carácter teórico se realiza en la institución educativa (mínimo 30%-máximo 50%) en cualquier modalidad prevista en este Reglamento, en tanto que la formación práctica se realiza en un entorno laboral específico, que puede ser creado por la IES o provisto por una entidad receptora formadora (mínimo 50%-máximo 70%), de manera complementaria y correspondiente.

En caso de que la IES no cuente con laboratorios y entornos de aprendizaje específicos para la implementación de la carrera, podrá realizar convenios con empresas formadoras que proveerán los mismos en sus entornos laborales (empresa).

Todo lo referente a la modalidad dual se encontrará contenido en la normativa correspondiente.

CAPÍTULO V APRENDIZAJE DE SEGUNDA LENGUA

Artículo 64.- Aprendizaje de una segunda lengua.- El aprendizaje de una segunda lengua será requisito para la graduación en las carreras de tercer nivel, de acuerdo con los siguientes niveles de suficiencia tomando como referencia el Marco Común Europeo, o su equivalente, para lenguas:

- a) Para el tercer nivel técnico se requerirá al menos el nivel A1 y para el tecnológico se requerirá al menos el nivel A2.
- b) Para el tercer nivel de grado se requerirá al menos el nivel B1.

En los programas de posgrado, las IES definirán en función del desarrollo del área del conocimiento, el nivel de dominio de la segunda lengua, si esta es requerida.

Cada IES decidirá la integración o no del aprendizaje de una segunda lengua en el currículo de la carrera o programa.

Para que los estudiantes regulares matriculados en una carrera cumplan el requisito de suficiencia de una lengua extranjera, las IES, en el caso de que así lo requieran, podrán realizar convenios con otras IES o instituciones que, si bien no forman parte del Sistema de Educación Superior, brindan programas o cursos de lenguas, siempre que éstas emitan certificados de suficiencia mediante la rendición de exámenes con reconocimiento internacional. La presente disposición no se aplicará para las carreras de idiomas.



Para efectos de esta disposición, el lenguaje de señas podrá ser considerado como segunda lengua y requisito para graduación en las carreras de tercer nivel.

Artículo 65.- Aprendizaje de una segunda lengua ancestral en carreras de educación intercultural bilingüe.- Como requisito de titulación en el campo de la educación intercultural bilingüe, las IES deberán incorporar la enseñanza-aprendizaje de una de las lenguas ancestrales, que deberá estar incluida en los respectivos proyectos de carrera o programa. El nivel de conocimiento que se requiera y su certificación serán determinados por cada IES.

TÍTULO VII EVALUACIÓN DE LOS APRENDIZAJES

CAPÍTULO I SISTEMA DE EVALUACIÓN ESTUDIANTIL

Artículo 66.- Sistema interno de evaluación estudiantil.- Las IES deberán implementar un sistema interno de evaluación de los aprendizajes que garantice los principios de transparencia, justicia y equidad, tanto en el sistema de evaluación estudiantil como para conceder incentivos a los estudiantes por el mérito académico.

Este sistema permitirá la valoración integral de competencias de los estudiantes, así como los resultados de aprendizaje, propendiendo a su evaluación progresiva y permanente, de carácter formativo y sumativo; mediante la implementación de metodologías, herramientas, recursos, instrumentos y ambientes pertinentes, diversificados e innovadores en coherencia con los campos disciplinares implicados.

Las evaluaciones de carácter formativo y sumativo deberán aplicarse a todo el estudiantado al menos dos (2) veces durante el período académico, cada una. En todos los casos, la fase de evaluación podrá ser planificada, conforme la regulación interna de las IES.

Artículo 67.- Aspectos formales del sistema de evaluación.- Dentro de sus sistemas de evaluación internos, las IES deberán definir los siguientes elementos:

- a) Criterios de evaluación.- Previo a la evaluación de asignaturas, cursos o sus equivalentes, las IES garantizarán que el personal académico determinen y difundan a través de los syllabus, a los estudiantes los objetivos, contenidos, rúbrica, criterios de calificación, medios, ambientes e instrumentos a ser utilizados;
- b) Conocimiento de los resultados de la evaluación.- Los estudiantes tienen derecho a ser informados oportunamente de los resultados de la evaluación, cuando se registre o consigne las calificaciones de la misma, a través del sistema que la IES determine para el efecto;
- c) Escala de valoración.- Las IES establecerán en su normativa interna, los métodos de cálculo, escalas y valores mínimos de aprobación de las asignaturas, cursos o equivalentes, pudiendo establecerse diferente escala entre los programas y carreras de tercer y cuarto nivel, respectivamente, considerando la equivalencia de: Excelente, Muy Bueno, Bueno, Aprobado, Reprobado. Esta escala deberá ser publicada en su portal web;
- d) Registro de calificaciones.- Cada IES establecerá los procedimientos internos para registrar las calificaciones de los estudiantes, las que deberán ser consignadas por el docente responsable de las asignaturas, cursos o equivalentes; mediante un sistema o plataforma que garantice la accesibilidad, transparencia y consistencia;
- e) Recuperación.- Cada IES podrá considerar procesos de recuperación, para la aprobación de las asignaturas, cursos o sus equivalentes, de conformidad con los requisitos académicos que establezca. La evaluación de recuperación se podrá rendir por una sola vez durante cada período académico, cuando el estudiante no haya alcanzado la nota mínima aprobatoria de la asignatura,



curso o su equivalente. En estos procesos, las IES deberán considerar que los estudiantes cuenten con el tiempo necesario para prepararse para la evaluación;

- f) Recalificación de las evaluaciones.- Las IES establecerán procedimientos para que los estudiantes soliciten la recalificación de las evaluaciones de sus aprendizajes; con excepción de las evaluaciones orales, en cuyo caso se deberán establecer mecanismos que garanticen procesos justos y transparentes. El plazo para requerir y atender las peticiones de recalificación deberá ser determinado por la IES.

Las IES, de considerar pertinente en ejercicio de su autonomía académica, podrán establecer mecanismos de recalificación de evaluaciones orales, siempre y cuando esto no afecte la calidad ni el perfil de egreso.

La petición deberá ser fundamentada dejando constancia de haber procurado previamente la revisión de la calificación conjuntamente con el profesor; y,

- g) Valoración de las actividades de evaluación.- El valor asignado a cada una de las actividades de evaluación será establecido por la IES. La IES deberá considerar que los procesos de recuperación cuenten con un tiempo oportuno para que el estudiante pueda prepararse para las actividades de evaluación.

Artículo 68.- Atención a estudiantes con necesidades educativas asociadas o no a la discapacidad.- Las IES deberán desarrollar políticas, programas y planes de acción afirmativa e inclusión educativa, en los cuales habrán de contemplarse metodologías, ambientes de enseñanza-aprendizaje; métodos e instrumentos de evaluación que propicien la educación para todos.

En el caso de que sea necesario realizar adaptaciones curriculares para atender requerimientos de estudiantes con necesidades educativas especiales, asociadas o no a la discapacidad, los mecanismos de adaptación de los procesos de enseñanza-aprendizaje y de evaluación, deberán ser:

- a) Programados antes de iniciar el período académico correspondiente;
- b) Comunicados oportunamente a los estudiantes; y,
- c) Objeto de seguimiento pedagógico de los estudiantes en cuanto a sus avances durante el proceso formativo.

Las IES realizarán adaptaciones curriculares no significativas para atender los requerimientos de estudiantes con necesidades educativas especiales asociadas o no a la discapacidad. Las adaptaciones curriculares significativas son aquellas que modifican en la carrera o programa el objeto de estudio, los contenidos básicos del currículo, los objetivos de aprendizaje, criterios de evaluación y el perfil de egreso.

En tanto que las adaptaciones curriculares no significativas modifican en la carrera o programa la duración, metodología de enseñanza, actividades extracurriculares y métodos e instrumentos de evaluación del aprendizaje.

Artículo 69.- Estímulos al mérito académico.- Las IES podrán contemplar, conforme a la normativa aplicable, en el sistema interno de evaluación de los aprendizajes, estímulos que reconozcan el mérito académico de los estudiantes, estableciendo entre otros, mecanismos como: becas, pasantías, ayudantías, estancias nacionales o internacionales, para propiciar desempeños académicos de excelencia.

TÍTULO VIII REGIMEN ESTUDIANTIL

CAPÍTULO I MATRÍCULA

Artículo 70.- Matrícula.- La matrícula es el acto de carácter académico- administrativo, mediante el cual una persona adquiere la condición de estudiante, a través del registro de las asignaturas, cursos



o sus equivalentes, en un período académico determinado y conforme a los procedimientos internos de una IES. La condición de estudiante se mantendrá hasta el inicio del nuevo periodo académico o hasta su titulación.

Artículo 71.- Tipos de matrícula.- Se establecen los siguientes tipos de matrícula:

- a) Matrícula ordinaria.- Es aquella que se realiza en el plazo establecido por la IES para el proceso de matriculación, que en ningún caso podrá ser posterior al inicio de las actividades académicas.
- b) Matrícula extraordinaria.- Es aquella que se realiza según los mecanismos y plazos establecidos por las IES en sus reglamentos internos, de manera posterior a la culminación del período de matrícula ordinaria.
- c) Matrícula especial.- Es aquella que, en casos individuales excepcionales, otorga la IES mediante los mecanismos definidos internamente en sus reglamentos, para quien, por circunstancias de caso fortuito o fuerza mayor, debidamente documentadas, no se haya matriculado de manera ordinaria o extraordinaria. Esta matrícula se podrá realizar de manera posterior a la culminación del período de matrícula extraordinaria.

Artículo 72.- Anulación de matrícula.- Una IES podrá, de oficio o a petición de parte, declarar nula una matrícula cuando esta haya sido realizada violando la ley y la normativa aplicable.

Artículo 73.- Retiro de asignaturas, cursos o sus equivalentes.- Un estudiante que curse una carrera o programa podrá retirarse voluntariamente de una, algunas o todas las asignaturas, cursos o sus equivalentes en un período académico. Las IES definirán en su normativa interna las disposiciones que aplicarán al retiro de asignaturas, cursos o sus equivalentes, así como los plazos y condiciones para el efecto.

Los casos de retiro por situaciones fortuitas o de fuerza mayor debidamente documentadas de una, algunas o todas las asignaturas, cursos o sus equivalentes en un período académico que impidan la culminación del mismo, serán conocidos y aprobados por la instancia correspondiente en cada IES, en el momento que se presenten.

En caso de retiro voluntario y retiro por caso fortuito o fuerza mayor debidamente justificado, la matrícula correspondiente a estas asignaturas, cursos o sus equivalentes, quedará sin efecto y no se contabilizará para la aplicación de lo establecido en el artículo 84 de la LOES referente a las terceras matrículas y el artículo 91 del presente instrumento.

Artículo 74.- Tercera matrícula.- Cuando un estudiante repruebe por tercera vez una asignatura, curso o su equivalente, no podrá continuar, ni empezar la misma carrera en la misma IES. De ser el caso, podrá solicitar el ingreso en la misma carrera en otra IES, que, de ser pública, no aplicará el derecho de gratuidad.

En el caso que el estudiante desee continuar sus estudios en otra carrera en la misma IES o en otra IES, podrá homologar las asignaturas, cursos o sus equivalentes en otra carrera que no considere la o las asignaturas, cursos o sus equivalentes que fueron objeto de la tercera matrícula.

En el caso de la segunda lengua y de la opción de titulación en el tercer nivel, así como de la opción titulación en el posgrado, el estudiante podrá cursar de nuevo, una vez homologadas las asignaturas, cursos o sus equivalentes en otra carrera, conforme este artículo.

Artículo 75.- Devolución de aranceles.- El estudiante tendrá derecho al reembolso proporcional del valor cancelado por concepto de arancel, en caso de retiros de carreras o programas, debidamente justificados, de todo un período académico. La IES determinará en su normativa interna, la instancia que autorizará o gestionará la devolución, el procedimiento y el valor proporcional de los aranceles a devolver.

Para las IES públicas, esta devolución aplicará en el tercer nivel a partir de la pérdida temporal o definitiva de la gratuidad.



Artículo 76.- Estudiantes regulares.- Los estudiantes regulares son aquellos que cursan sus estudios con fines de titulación y están matriculados al menos en el sesenta por ciento (60%) de todas las materias o créditos que permite su malla curricular en cada período. Cada IES definirá y publicará para conocimiento de sus estudiantes, el mecanismo de cálculo.

También se considerarán estudiantes regulares aquellos que se encuentren cursando el período académico que incluye el tiempo de la titulación, siempre y cuando los créditos asignados a esta actividad sean al menos equivalentes al sesenta por ciento (60%) de asignaturas, cursos o su equivalente que permite su malla curricular en cada período.

Quienes no persigan fines de titulación se considerarán estudiantes libres en procesos de actualización, intercambio nacional o internacional, u otra experiencia posible de formación.

Artículo 77.- Seguro obligatorio para el estudiante.- La IES está en la obligación de asegurar a sus estudiantes, con una póliza básica que cubra accidentes que se produzcan durante las actividades de aprendizaje y otras relacionadas, dentro y fuera de las instalaciones de las IES.

Artículo 78.- Reingreso.- Cada IES es responsable de definir las fechas, plazos, requisitos y condiciones en los que se llevarán a cabo los procesos de reingreso a una carrera o programa vigente, que no podrán exceder los diez (10) años a partir del último período académico en el que se produjo la interrupción de estudios.

Transcurrido el plazo establecido en el párrafo precedente, un estudiante podrá retomar sus estudios en la misma carrera o programa o en otra carrera o programa, mediante el mecanismo de homologación por validación de conocimientos de asignaturas, cursos o sus equivalentes, en una carrera o programa vigente, de conformidad con lo establecido por cada IES.

Cuando un estudiante quiera reingresar a una carrera o programa “no vigente” o “no vigente habilitado para registro de títulos”, para garantizar la culminación de estudios, las IES en ejercicio de su autonomía académica, podrán considerar la implementación de un plan de reingreso, mediante homologación a la oferta académica vigente.

CAPÍTULO II CAMBIOS DE CARRERA Y DE IES

Artículo 79.- Cambio de carrera y cambio de institución de educación superior.- Los cambios de carrera están sujetos a los procesos de admisión establecidos por cada institución de educación superior, observando la normativa vigente del Sistema de Educación Superior.

El cambio de carrera podrá realizarse en la misma o diferente institución de educación superior, según las siguientes reglas:

- a) Cambio de carrera dentro de una misma IES pública: procede cuando se ha cursado al menos un periodo académico, de acuerdo a los mecanismos establecidos por la IES. Para efectos de gratuidad se podrá realizar el cambio por una sola vez.

Si el estudiante se retira antes de aprobar el primer periodo académico establecido en la carrera, deberá iniciar el proceso de admisión establecido en el sistema de educación superior. Esta regla no aplica para el caso de reingresos.

En todos estos casos, la IES deberá observar que el aspirante cumpla con el puntaje mínimo de admisión de cohorte de la carrera receptora en el periodo académico correspondiente en el cual solicita su movilidad.

- b) Cambio de IES pública: Un estudiante podrá cambiarse entre IES públicas, sea a la misma carrera o a una distinta, una vez que haya cursado al menos dos (2) períodos académicos, según los mecanismos establecidos por la IES. Para efectos de gratuidad se podrá realizar el cambio por una sola vez. En todos estos casos, la IES deberá observar que el aspirante cumpla con el



puntaje mínimo de admisión de cohorte de la carrera receptora en el periodo académico correspondiente en el cual solicita su movilidad.

- c) Cambio de IES particular a IES pública: Un estudiante podrá cambiarse de una IES particular a una IES pública, siempre que el estudiante haya cursado al menos dos (2) períodos académicos; sea sometido al proceso de asignación de cupos; y, obtenga el puntaje de cohorte de la carrera receptora en el periodo académico correspondiente en el cual solicita su movilidad.

En todos estos casos la institución de educación superior deberá observar que el aspirante cumpla con el puntaje mínimo de admisión de cohorte de la carrera receptora en el periodo académico correspondiente en el cual solicita su movilidad.

- d) Cambio de IES particulares: Cuando un estudiante se cambia de cualquier IES a una IES particular, deberá someterse a los procesos de admisión establecidos por la IES receptora.

Las IES definirán los mecanismos para los cambios de carrera. Para el caso de los programas, las IES definirán las condiciones en las que se aplican la movilidad.

Artículo 80.- Excepción al cambio de carrera.- No se considerará cambio de carrera cuando sea dentro de un tronco común, en los casos en que una IES ha planificado de esa manera la estructura curricular.

TÍTULO IX MOVILIDAD

CAPÍTULO I RECONOCIMIENTO U HOMOLOGACIÓN

Artículo 81.- Reconocimiento.- Las IES podrán diseñar e implementar mecanismos de reconocimiento de horas o créditos entre carreras o programas, para facilitar la movilidad interna, cambios de carrera, estudios avanzados de estudiantes de grado, y transiciones en procesos de rediseño curricular. En este último caso, las IES podrán acreditar los avances de un estudiante en la nueva carrera o programa rediseñado, buscando que el tiempo de titulación del estudiante no se incremente. A su vez, buscarán evitar que existan dos o más mallas vigentes de la misma carrera o programa.

Estos mecanismos podrán aplicarse para el reconocimiento de estudios con base en los convenios realizados con redes internacionales y alianzas estratégicas.

Artículo 82.- Homologación.- La homologación consiste en la transferencia de créditos, de asignaturas, cursos o sus equivalentes aprobados.

Esta transferencia puede realizarse en carreras o programas del mismo nivel o de un nivel formativo a otro.

La homologación también podrá aplicarse del nivel de Bachillerato hacia la educación superior solo en casos de estudios avanzados como, por ejemplo, Bachillerato Internacional (BI); Bachillerato Técnico Productivo (BTP); cursos de Advanced Placement (AP) u otros con reconocimiento internacional, bajo los mecanismos que cada IES determine en su normativa interna.

Cada IES, en uso de su autonomía responsable, regulará sus procesos de homologación.

En el caso de los institutos superiores públicos el órgano rector de la política pública de educación superior emitirá la normativa pertinente.

La IES receptora será responsable de verificar que los estudios homologados garanticen la consecución del perfil de egreso, así como los requisitos de titulación contenidos en la resolución de aprobación de la carrera o programa.



La IES determinará la equivalencia de los créditos, en cualquier nivel de estudios superiores, pudiendo validarse u homologarse hasta la totalidad de la carrera o programas.

La homologación se podrá realizar mediante análisis comparativo de contenidos, el cual consiste en la transferencia de horas y/o créditos mediante la comparación de contenidos del micro currículo; siempre que el contenido, profundidad y carga horaria del curso, asignatura o su equivalente, sean al menos equivalentes al 80% de aquel de la entidad receptora.

La homologación, sólo podrá realizarse hasta diez (10) años después de la aprobación de la asignatura, curso o su equivalente.

Artículo 83.- Validación de conocimientos.- Consiste en la comprobación de que el estudiante ha alcanzado los resultados de aprendizaje de las asignaturas, cursos o equivalentes a una carrera o programa, a través de algún mecanismo de evaluación establecido por la IES.

Este procedimiento será obligatorio para quienes hayan cursado o culminado sus estudios en un periodo mayor a diez (10) años.

La validación de conocimientos culmina en el otorgamiento de créditos por los conocimientos validados.

Las IES podrán validar los conocimientos del Bachillerato en Artes, únicamente en el campo de las artes.

La validación de conocimientos para especializaciones en el campo de la salud y doctorados, será regulado por el CES, en una normativa específica.

(Artículo reformado mediante Resolución RPC-SE-10-No.028-2022, de 27 de julio de 2022)

Artículo 84.- Validación por ejercicio profesional.- Consiste en el reconocimiento del ejercicio profesional o de la experiencia laboral, artística o cultural, por parte de una IES acreditada. Esta validación puede equivaler a la aprobación de determinados cursos, asignaturas o sus equivalentes, o de la totalidad de la carrera o programa. Se exceptúa de este mecanismo a las carreras de interés público que comprometan la vida del ser humano, así como posgrados académicos.

Para esta validación se considerará la experiencia profesional en el campo del conocimiento a validar, con una trayectoria mínima de al menos la duración de la carrera o programa sujeta a validación.

El procedimiento para el reconocimiento de trayectorias artísticas dentro de la validación por ejercicio profesional será definido en la normativa específica expedida por el CES.

(Artículo reformado mediante Resolución RPC-SE-10-No.028-2022, de 27 de julio de 2022)

TÍTULO X TÍTULOS OTORGADOS POR LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

CAPÍTULO I OTORGAMIENTO, EMISIÓN Y REGISTRO DE TÍTULOS

Artículo 85.- Otorgamiento y emisión de títulos de tercer y cuarto nivel.- Una vez que el estudiante haya aprobado la totalidad de créditos del plan de estudios de la carrera o programa y cumplido todos los requisitos académicos y administrativos establecidos por la IES para la graduación, la IES emitirá el acta consolidada de finalización de estudios y el título correspondiente. El acta consolidada deberá contener: los datos de identificación del estudiante, el registro de calificaciones, así como la identificación del tipo y número de horas de servicio a la comunidad mediante prácticas preprofesionales o pasantías. Desde la fecha de emisión del acta consolidada respectiva, la IES tendrá un término no mayor a cuarenta y cinco (45) días para registrar el título en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIÉSE), previo a su entrega al graduado.



(Artículo reformado mediante Resolución RPC-SE-10-No.028-2022, de 27 de julio de 2022)

Artículo 86.- Modificación del registro de títulos de tercer y cuarto nivel.- En caso de que se requiera realizar modificaciones al registro de un título, la IES será responsable de realizarlo, de conformidad con el procedimiento establecido en la normativa que para el efecto emita la Institución que administra el SNIESE.

Artículo 87.- Obtención irregular de títulos.- Cuando una IES identifique que un título ha sido expedido y/o registrado de manera irregular en el SNIESE, motivadamente solicitará al órgano rector de la política pública de educación superior la eliminación del registro, lo que procederá de forma automática, sin perjuicio de las acciones legales pertinentes.

Artículo 88.- Otorgamiento de títulos honoríficos.- Las universidades y escuelas politécnicas, en ejercicio de su autonomía responsable, podrán otorgar títulos honoríficos a personas que hayan realizado aportes relevantes al desarrollo de la sociedad.

Las universidades y escuelas politécnicas, podrán otorgar el título de Doctor Honoris Causa a personas del ámbito nacional e internacional destacadas por su trayectoria personal y/o académica relativa a la universidad o escuela politécnica que lo otorga o a la sociedad en su conjunto. El referido título, no equivale al grado académico de Doctor, PhD o su equivalente.

TÍTULO XI REGÍMENES ESPECIALES

CAPÍTULO I CAMPO DE LAS ARTES

Artículo 89.- Campo de las Artes.- Pertenecen al campo específico de las artes las manifestaciones relacionadas con la experimentación e interpretación de la dinámica humana. Involucran el desarrollo de capacidades creativas, técnicas, de educación y formación artística, investigativas, interpretativas, teóricas y de gestión y producción cultural.

Artículo 90.- Campos detallados de las Artes.- Los campos detallados de las Artes incluyen, entre otros, lo siguiente:

- a) Artes escénicas.- Son manifestaciones direccionadas a la experimentación formal y composición escénica a través de los diferentes sistemas expresivos: corporal, verbal, sonoro, espacial y objetual, fundamentando la creación de lenguajes verbales y no verbales, así como de roles colectivos de creación artística de la escena.
- b) Artes visuales.- Son manifestaciones que abarcan diversos lenguajes de la creación plástica, visual e interdisciplinaria así como las definiciones, tradiciones y rupturas en torno a la representación, empleando técnicas, materiales y tecnologías, procesos, aplicaciones e interpretaciones artísticas.
- c) Artes audiovisuales.- Son manifestaciones que comprenden la articulación entre imagen y sonido, a partir de diversas técnicas de registro y reproducción. El trabajo audiovisual emplea conocimientos y destrezas en las áreas de preproducción, producción y postproducción, basada en fundamentos estéticos, conceptuales, críticos, analíticos, técnicos y compositivos.
- d) Diseño.- Son manifestaciones que abarcan las áreas del desarrollo proyectual enfocado a la comunicación visual, multimedia, desarrollo de productos, diseño de indumentaria, diseño del espacio interior y diseño arquitectónico. Manejan las herramientas para reflexionar desde las concepciones metodológicas y técnicas para el planteamiento de soluciones adecuadas al contexto y sus usuarios finales, demostrando teorización, innovación, producción y postproducción.
- e) Artes musicales y sonoras.- Son manifestaciones que involucran los diversos medios musicales, acústicos y sonoros, tienen por objeto desarrollar el área de educación musical, interpretación instrumental, canto, composición, tecnología musical, producción, luthería, musicología y experimentación acústica y sonora, relacionada con otros medios y artes, entre otras.
- f) Artes literarias.- Son manifestaciones que usan la palabra como instrumento de significación artística. Requieren por tanto del conocimiento y manejo inventivo de diversos recursos de



expresión escrita y oral. Articula conocimientos relacionados con las diversas tradiciones literarias, así como la interrelación disciplinaria con otros campos y saberes artísticos.

Artículo 91.- Opciones de titulación en artes.- Se podrá considerar como trabajo de titulación en artes, a tercer nivel y como proyecto de titulación en cuarto nivel, una presentación o producción artística abierta al público que permita evidenciar las capacidades específicas del perfil de egreso de la carrera o programa. La evaluación del trabajo de titulación será definida por cada IES en uso de su autonomía responsable.

El trabajo de titulación o memoria deberá contener la reflexión teórica de la presentación o producción artística. La presentación del trabajo de titulación deberá ser registrada en un soporte audiovisual, fotográfico u otros medios digitales.

En caso de que el estudiante no apruebe el trabajo de titulación en grado o el proyecto de titulación de posgrado, de conformidad con lo establecido en el presente Reglamento, tendrá derecho a exhibir la misma presentación o producción artística con las correcciones, procedimiento y plazos establecidos por la IES. En caso de una segunda reprobación, el estudiante podrá optar por una nueva presentación o rendir un examen complejo.

Artículo 92.- Investigación en artes.- Cada carrera o programa del campo de las artes deberá contemplar un componente que habilite el aprendizaje e investigación sobre las artes, en las artes, para las artes y a través de las artes.

La investigación sobre las artes implica la reflexión alrededor del hecho artístico, parte de diversos abordajes, puntos de vista y andamiajes teóricos como la filosofía, la estética, la sociología del arte, la antropología, la psicología del arte, la semiótica, la historia del arte, la musicología, entre otros, a fin de lograr su análisis en el contexto histórico y una correcta interpretación.

La investigación en las artes acude a modos diferentes de investigar, indagar y generar conocimiento, a través de un método propio de búsqueda, trabajo y experimentación, para arribar a resultados inéditos que apuntan a la creación artística.

La investigación a través de las artes recurre a las metodologías y procesos artísticos para concretar objetivos transdisciplinarios, articulándose en ellas saberes prácticos y teórico-reflexivos.

La investigación para las artes consiste en el desarrollo de herramientas que permitan la práctica artística.

Las investigaciones en, sobre, para y a través de las artes pueden tener carácter de:

- a) Investigación teórica y analítica;
- b) Investigación artística;
- c) Producción artística;
- d) El entrecruzamiento e integración de ambas perspectivas; y,
- e) Investigación en, sobre, para y a través del arte en colaboración con la comunidad.

Las investigaciones responderán al perfil profesional y académico de los estudiantes por niveles de formación, y en correspondencia a la especificidad de las carreras o programas, y contribuirán a la formación artística y generación de conocimiento, así como la capacidad de experimentar, imaginar e idear nuevos conceptos de vida y nuevas formas de comunidad.

Los procesos de investigación generarán productos de diversos tipos como: artículo y textos académicos, producciones artísticas y herramientas para la creación artística, entre otros.

Se reconoce como investigación en artes los procesos de creación y producción artística.

Artículo 93.- Prácticas preprofesionales en artes.- Las prácticas preprofesionales en el campo artístico deben ser un instrumento para vincular al estudiante con el ejercicio artístico profesional, la realidad de su entorno y para que el estudiante aporte a la sociedad sus conocimientos y despliegue



sus capacidades creativas en las áreas de estudio. Podrán desarrollarse como ayudantías, dentro de programas, proyectos o actividades que las IES establezcan como prioritarios, ya sean de investigación en y sobre arte, creación o desarrollo social y cultural de impacto, así como de procesos de colaboración con comunidades.

Artículo 94.- Colectivos académicos en artes.- Los colectivos académicos para el caso de las artes podrán adquirir formas organizativas de docentes, profesionales, figuras de filarmónica, sinfónica, grupo de cámara, ensambles, colectivos de artistas, laboratorios de experimentación, grupos colectivos o compañías de teatro y danza, colectivos de diseñadores, colectivos audiovisuales, estudios experimentales de diseño, colectivos de investigación interdisciplinaria y otros colectivos afines.

Un colectivo en artes puede desempeñar actividades complementarias que generen sinergias en los ejes de investigación y vinculación con la sociedad e internacionalización e incentiven la aplicación de políticas públicas en el campo de la economía de la cultura.

CAPÍTULO II FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL

Artículo 95.- Carreras de formación militar y policial.- Las carreras de formación militar y policial que pertenecen al campo de servicios de seguridad; por su formación especial, además de las normas generales contenidas en el presente Reglamento, se deberán considerar las particularidades necesarias para su proceso formativo.

TÍTULO XII APROBACIÓN DE CARRERAS Y PROGRAMAS, AJUSTE CURRICULAR Y CAMBIO DE PLANTA ACADÉMICA

CAPÍTULO I APROBACIÓN DE CARRERAS Y PROGRAMAS

Artículo 96.- Presentación y aprobación de proyectos.- Los proyectos de carreras y programas serán aprobados por el CES a través de los mecanismos y procedimientos establecidos en el presente Reglamento. El proceso de aprobación de proyectos por parte del CES está conformado por las siguientes etapas:

- a) Presentación del proyecto con informe académico elaborado por la IES, en ejercicio de su autonomía responsable;
- b) Informe no vinculante de la Coordinación de Planificación Académica, recomendando la probación o no del proyecto; y,
- c) Resolución del Pleno del CES, que deberá contener la siguiente información: nombre de las IES, denominación, código, y lugar de ejecución de la carrera o programa, así como el título al que conduce.

Las carreras y programas de educación superior a ejecutarse en las Islas Galápagos y en las zonas fronterizas, deberán cumplir con lo establecido en el instrumento del régimen especial creado para el efecto.

Las IES acreditadas podrán presentar al CES, propuestas curriculares experimentales e innovadoras de carreras o programas que no se ajusten a los períodos académicos, requerimientos y parámetros contemplados en este Reglamento. Para considerar una propuesta curricular como experimental o innovadora, deberá tener al menos una de las siguientes características:

1. Responder a formas innovadoras de organización curricular;
2. Proponer metodologías de aprendizaje innovadoras;
3. Contar con personal académico de alta cualificación, según los requerimientos de la IES; o,
4. Formar parte de redes de conocimiento, redes de investigación y redes de innovación conforme este Reglamento.



Las particularidades de la presentación de proyectos del área de doctorados serán definidas en la normativa específica expedida por el CES.

Las IES podrán presentar proyectos de carreras y programas en red con otras IES nacionales o extranjeras. En el proyecto se determinará si la titulación se otorgará de manera individual o conjunta. En el caso de convenio con una IES extranjera, la titulación se otorgará de manera conjunta.

Las IES, considerando sus recursos académicos, de equipamiento, de infraestructura, así como su modelo educativo, determinarán en el proyecto de carrera o programa el número de estudiantes por cohorte, para la aprobación del CES. Al establecer el límite por cohorte cada IES definirá, en función de su autonomía responsable, el número de paralelos y estudiantes por paralelo.

Artículo 97.- Verificación de convenios de relación asistencial docente.- Los convenios específicos, convenios marco o cartas de intención que se suscriban entre las IES y la o las entidades de salud para el desarrollo de las carreras y programas del campo de la salud, serán revisados como parte del proyecto académico por parte de la unidad técnica correspondiente de conformidad con los parámetros establecidos en la Norma Técnica para Unidades Asistenciales Docentes.

Para ejecutar la oferta académica, las IES deberán contar con los convenios suscritos con la o las entidades de salud.

Artículo 98.- Presentación del proyecto a través de la plataforma del CES.- Los proyectos serán presentados a través de la plataforma del CES y contendrán la información y documentación establecida en la Guía metodológica para la presentación de carreras y programas que expida el CES, de forma diferenciada por cada modalidad de aprendizaje y considerando si los proyectos son presentados por una IES de manera individual o a través de una red académica.

Artículo 99.- Procedimiento para la aprobación de carreras y programas.- Previo al conocimiento de proyectos de carreras y programas en el Pleno del CES, el expediente contará con un informe de verificación del cumplimiento de requisitos, bajo el siguiente procedimiento:

- a) La unidad correspondiente verificará el cumplimiento de requisitos, y la presentación de la documentación de respaldo, para lo cual tendrá un término máximo de quince (15) días.
- b) Si la IES no ha cumplido los requisitos, o no ha presentado la documentación de respaldo, la unidad técnica correspondiente solicitará a la IES que subsane o complete la información, en un término no mayor a diez (10) días.
- c) El informe de verificación del cumplimiento de requisitos recomendará la aprobación o no aprobación de los proyectos y será remitido a la Comisión que corresponda, para que esta a su vez, en el término máximo de siete (7) días, a través de un Acuerdo, recomiende al Pleno, la aprobación o no de la carrera o programa. Para emitir el Acuerdo, la Comisión no necesitará de un informe adicional.

Si el informe de la unidad recomienda la no aprobación, la Comisión podrá archivar el proyecto, de lo cual se notificará a la IES cuando corresponda.

En el caso de proyectos de carreras y programas del campo de la salud, de manera adicional la Comisión correspondiente elaborará un Informe Técnico con base en el Informe de Verificación del cumplimiento de requisitos que recomendará, junto con un acuerdo, la aprobación o no, del proyecto.

El Presidente del CES deberá incluir dentro de la sesión inmediatamente siguiente del Pleno, el tratamiento del informe, según las normas internas del CES.

El Pleno del CES deberá expedir la resolución respectiva en el término máximo de cinco (5) días.

(Artículo reformado mediante Resolución RPC-SE-10-No.028-2022, de 27 de julio de 2022)

Artículo 100.- Consecuencias del incumplimiento de los términos establecidos.- La no presentación de informes, ampliaciones, aclaraciones o subsanaciones ocasionará lo siguiente:



- a) Si la IES no presenta las ampliaciones o aclaraciones en el tiempo establecido en este Reglamento, el proyecto será archivado previa autorización de la Comisión, lo cual será notificado a través de la plataforma.
- b) Si la unidad o Comisión correspondiente no emite su informe o acuerdo respectivo en los términos establecidos en este Reglamento, se entenderá que se recomienda la aprobación del proyecto.
- c) Para el efecto, cuando la IES verifique que el término ha vencido, solicitará a la Comisión correspondiente o al Presidente del CES, la emisión de la resolución aprobando la carrera o programa. Para ello, la Comisión correspondiente elaborará un informe en el término de dos (2) días, y lo remitirá al Pleno del CES para su tratamiento en la sesión ordinaria inmediata siguiente del Pleno del CES.
- d) Si el Pleno del CES no expide la Resolución respectiva en los términos establecidos en este Reglamento, o el Presidente del CES no incorpora el informe para tratamiento del Pleno en la sesión inmediata siguiente según las normas internas del CES, y si ha finalizado el término establecido en el literal f) del artículo 169 de la LOES, se considerará aprobada la carrera o programa.

Para el efecto, la IES solicitará al Presidente del CES, la emisión de la resolución aprobando la carrera o programa. Para ello, el Presidente solicitará a la Procuraduría del CES que emita el informe correspondiente en el término de dos (2) días, en el que se verifique el vencimiento de los términos establecidos, mismo que se incorporará en la sesión ordinaria inmediata siguiente del Pleno del CES.

Artículo 101.- Efectos de la Resolución aprobatoria del Pleno del CES.- De aprobarse la carrera o programa, la Secretaría General deberá notificar a la IES la resolución correspondiente en el término de tres (3) días así como al órgano rector de la política pública de educación superior, para el registro de la carrera en el SNIESE.

Las IES podrán ofertar y ejecutar la carrera o programa en las condiciones y plazos que establezca la resolución de aprobación, a partir de la correspondiente notificación, sin perjuicio del registro de la carrera o programa en el SNIESE. En el caso de que no se haya recibido la notificación en el término establecido, la IES podrá ofertar y ejecutar la carrera o programa en los términos y condiciones que fue aprobada por el Pleno del CES.

El órgano rector de la política pública de educación superior deberá realizar el registro dentro de los diez (10) días de recibida la notificación, para que conste dentro de la oferta académica vigente de la IES solicitante.

Artículo 102.- Retiro del proyecto.- La máxima autoridad de la IES o su delegado debidamente autorizado podrá desistir del trámite descrito en cualquier etapa del proceso, hasta antes de la expedición de la Resolución del Pleno del CES.

Artículo 103.- Vigencia de carreras o programas.- Las carreras o programas perderán su vigencia y serán cerradas cuando la carrera o programa no alcance la acreditación por parte del CACES.

Las IES podrán solicitar al CES de manera fundamentada: la suspensión temporal; el cierre de la oferta de la carrera o programa; o, el cambio de estado de “vigente” a “no vigente” o a “no vigente habilitada para el registro de títulos”, según corresponda.

En estos casos la IES deberá implementar un Plan de Contingencia que deberá ser registrado por el CES.

Artículo 104.- Verificación del cumplimiento de la resolución de aprobación de la carrera o programa.- El CES, a través de la unidad correspondiente, en cualquier momento podrá monitorear



que la IES oferte y ejecute la carrera o programa, conforme al proyecto aprobado mediante resolución del Pleno del CES, y a los ajustes curriculares efectuados.

Esta verificación no es equivalente ni sustituye al proceso de evaluación y acreditación de las carreras o programas realizado por el CACES.

En aquellos casos en que la IES oferte o ejecute carreras o programas en distintos términos a los establecidos en el proyecto aprobado, salvo que se trate de un ajuste curricular, el CES dispondrá el cambio de estado de las mismas a “no vigente” o “no vigente habilitada para registro de títulos”, según fuere el caso, una vez ejecutado el procedimiento correspondiente.

Artículo 105.- Cambio de estado de las carreras y programas.- En la resolución de cierre de carreras o programas el CES dispondrá el cambio de estado de las mismas a “no vigente” o “no vigente habilitada para registro de títulos”, según fuere el caso.

Artículo 106.- Oferta y ejecución de carreras y programas de educación superior no autorizados.- Las IES no podrán ofertar ni ejecutar carreras o programas sin la aprobación o autorización previa del proyecto de carrera o programa por parte del CES.

El órgano rector de la política pública de educación superior será el organismo encargado de verificar que la oferta académica que imparten las IES cuente con las autorizaciones respectivas y que sea impartida por instituciones legalmente reconocidas.

En caso de incumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, se seguirá con el procedimiento correspondiente.

(Artículo reformado mediante Resolución RPC-SE-10-No.028-2022, de 27 de julio de 2022)

Artículo 107.- Oferta y ejecución de carreras y programas de educación superior.- Las IES no podrán interrumpir la ejecución de una carrera o programa sin la aprobación o autorización respectiva.

El órgano rector de la política pública de educación superior, en coordinación con el CES, serán los organismos encargados de verificar que la oferta académica que imparten las IES sea acorde con la planificación académica prevista.

En caso de incumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, el órgano rector de la política pública de educación superior emitirá el informe correspondiente y notificará al CACES y al CES para que se inicien las acciones legales correspondientes.

Artículo 108.- Oferta y ejecución de carreras y programas de educación superior de IES extranjeras.- Las IES extranjeras no podrán ofertar ni desarrollar cursos, carreras o programas de forma autónoma en el país; únicamente podrán hacerlo en convenio con una IES nacional y previa autorización del CES.

El incumplimiento de estas disposiciones será objeto del procedimiento respectivo por parte del CES, sin perjuicio de las acciones legales a que hubiere lugar.

Artículo 109.- Títulos obtenidos en carreras y programas académicos que no cuenten con la aprobación del CES.- Los títulos nacionales que no se ajusten a lo dispuesto en la normativa, obtenidos en carreras o programas que no cuenten con la aprobación del CES para su oferta o ejecución, no serán reconocidos como válidos, ni registrados en el SNIESE.

CAPÍTULO II AJUSTE CURRICULAR Y CAMBIO DE PLANTA ACADÉMICA

Artículo 110.- Ajuste curricular.- El ajuste curricular es la modificación del currículo de una carrera o programa, que puede ser sustantivo o no sustantivo.



Un ajuste curricular es sustantivo cuando modifica perfil de egreso, tiempo de duración medido en créditos o períodos académicos, según corresponda, denominación de la carrera o programa, o denominación de la titulación. En tanto que, la modificación del resto de elementos del currículo es de carácter no sustantivo.

Las IES podrán realizar ajustes curriculares no sustantivos en ejercicio de su autonomía responsable, según sus procedimientos internos establecidos, los cuales deberán ser notificados oportunamente al CES para su registro.

Las IES podrán ejecutar los cambios no sustantivos una vez aprobados por sus instancias internas, sin perjuicio de que el CES notifique al órgano rector de la política pública de educación superior los cambios realizados, para que sean actualizados en el SNIESE de ser caso.

Cuando las IES requieran realizar ajustes curriculares sustantivos deberán contar con la autorización del CES. Este procedimiento tendrá una duración igual al establecido para la aprobación de carreras y programas, siguiendo el mismo procedimiento previsto en el artículo 99. El CES notificará al órgano rector de la política pública de educación superior los cambios realizados, para que sean registrados en el SNIESE, en un término máximo de tres (3) días.

Artículo 111.- Ampliación de oferta académica.- Las IES podrán ampliar la oferta académica aprobada de una carrera o programa en sus sedes o extensiones distintas al lugar establecido en la Resolución de aprobación, lo cual deberá ser notificado al CES con al menos treinta (30) días de anticipación al inicio de sus actividades académicas, conjuntamente con un estudio de pertinencia elaborado por la IES, del lugar donde se va a ejecutar la carrera o programa, para el registro correspondiente.

Se exceptúa de la presentación del referido informe de pertinencia a los institutos superiores públicos adscritos al órgano rector de la política pública de educación superior.

Artículo 112.- Cambio de planta académica.- Las IES, en las carreras y programas vigentes aprobados por el CES, en ejercicio de su autonomía responsable, podrán hacer cambios en su planta docente siempre y cuando cumpla con el perfil adecuado.

TÍTULO XIII RÉGIMEN ACADÉMICO EN EL CAMPO DE LA SALUD

CAPÍTULO I PERÍODOS ACADÉMICOS Y NIVELES DE FORMACIÓN

Artículo 113.- Período académico ordinario (PAO).- Las IES implementarán al menos dos (2) períodos académicos ordinarios al año, en el rango establecido entre dieciséis (16) a veinte (20) semanas de duración cada uno, que incluyan la evaluación, excepto la correspondiente a recuperación. Un período académico ordinario durará entre ochocientas (800) y mil (1000) horas, considerando que un estudiante tiempo completo dedicará hasta cincuenta (50) horas por semana a las diferentes actividades de aprendizaje, en la modalidad presencial. Las horas semanales en actividades teóricas en contacto con el docente estarán entre 20 a 30 horas semanales. Las horas restantes, hasta completar las 50, se distribuirán entre los componentes de aprendizaje práctico experimental y autónomo.

Las 800 horas por PAO resultan de multiplicar 16 semanas por una dedicación de 50 horas por semana de un estudiante a tiempo completo, así como 1000 horas por PAO resulta de multiplicar 20 semanas por la misma dedicación de 50 horas. Considerando la equivalencia de 48 horas igual a 1 crédito, establecida en el artículo 9 de este Reglamento, significa por tanto que un PAO de 800 horas equivale a 16,67 créditos y uno de 1000 horas equivale a 20,83 créditos.

Artículo 114.- Período académico extraordinario.- Las IES podrán implementar, adicionalmente, períodos académicos extraordinarios de mínimo cuatro (4) semanas.



En este período extraordinario se podrá contratar al personal académico y administrativo que se requiera según la planificación de las IES.

Los períodos académicos extraordinarios no podrán ser implementados para adelantar la titulación de los estudiantes.

Artículo 115.- Distribución de las actividades de aprendizaje en la Especialización en el campo del conocimiento específico de la salud.- La especialización en el campo del conocimiento específico de la salud proporciona formación al más alto nivel de destreza cognitiva, científica profesional y humanísticas de acuerdo con los diferentes ámbitos específicos de diagnóstico, prevención, tratamiento, rehabilitación y recuperación individual o colectiva, y reinserción social definidos en el campo del conocimiento específico de la salud.

La distribución del tipo de actividades por horas y/o créditos de los programas de especializaciones del campo de la salud, se planificará de acuerdo a la siguiente organización:

- a) Especializaciones médicas.- En las especializaciones en medicina, por cada hora de aprendizaje teórico en contacto con el docente, se planificarán de uno punto cinco (1.5) a dos (2) horas para los otros componentes;
- b) Especializaciones odontológicas.- En las especializaciones en odontología, por cada hora de aprendizaje teórico en contacto con el docente, se planificarán de uno punto cinco (1.5) a dos (2) horas para los otros componentes ; y,
- c) Especializaciones en enfermería.- En las especializaciones en enfermería, por cada hora de aprendizaje teórico en contacto con el docente, se planificarán de uno punto cinco (1.5) a dos (2) horas para los otros componentes.

La distribución de las actividades de aprendizaje de las especializaciones en otros campos de la salud, se planificarán en función de la naturaleza del proyecto académico y de la autonomía responsable de cada institución de educación superior, en observancia de este artículo.

Artículo 116.- Matrícula por internado rotativo.- En el caso de las carreras del campo específico de la salud que requieran internado rotativo, la matrícula correspondiente a esta etapa de formación, será anual.

CAPÍTULO II NIVELES DE FORMACIÓN

Artículo 117.- Duración de las carreras de tercer nivel.- Las carreras del campo de la salud en tercer nivel se planificarán de acuerdo con la siguiente organización:

		Duración en PAO (No incluye internado rotativo)
Tercer nivel Técnico-Tecnológico Superior	Técnico Superior	3
	Técnico Superior en Enfermería	4
	Tecnológico Superior	4
	Tecnológico Superior Universitario	5-6
Tercer nivel de Grado	Licenciatura en Enfermería	7
	Nutrición y Dietética	7
	Licenciaturas como fisioterapia, optometría, fonoaudiología, laboratorio clínico, etc.	8-9
	Obstetricia	8
	Odontología	10
	Medicina Humana	10



Para la carrera de Licenciatura en Enfermería, el Internado Rotativo es de 52 semanas adicionales a los PAO (40 horas por semana), es decir, 2.080 horas que tienen equivalencia a 43,33 créditos (20% docentes, 80% asistenciales con tutoría).

Para la carrera de Nutrición y Dietética, el Internado Rotativo es de 52 semanas adicionales a los PAO (40 horas por semana), es decir, 2.080 horas que tienen equivalencia a 43,33 créditos (40% docentes, 60% asistenciales con tutoría).

Para la carrera de Obstetricia, el Internado Rotativo es de 52 semanas adicionales a los PAO (80 horas por semana), de las cuales obligatoriamente 10 semanas corresponderán a salud comunitaria. Las 4.160 horas de internado rotativo tendrán equivalencia en 86,67 créditos (20 % docentes, 80% asistenciales con tutoría).

Para la carrera de Medicina Humana, el Internado Rotativo es de 52 semanas adicionales a los PAO (80 horas por semana), de las cuales obligatoriamente 10 semanas corresponderán a medicina comunitaria. Las 4.160 horas de internado rotativo tendrán equivalencia en 86,67 créditos (20 % docentes, 80% asistenciales con tutoría).

La organización curricular será definida en función de la carrera y de la autonomía responsable de cada institución de educación superior.

Artículo 118.- Duración de los programas de cuarto nivel.- Las especializaciones del campo de la salud se planificarán de acuerdo a la siguiente organización:

- a) Especializaciones médicas.- La carga horaria de las especializaciones en medicina será de cuatro mil (4000) horas anuales distribuidas en al menos cincuenta (50) semanas con una dedicación promedio de ochenta (80) horas semanales, fraccionadas en un ochenta por ciento (80%), es decir, sesenta y cuatro (64) horas para actividades asistenciales; y, veinte por ciento (20%), es decir, dieciséis (16) horas, para actividades docentes y académicas. La Norma Técnica para Unidades Asistenciales Docentes, establece las jornadas en función de las particularidades de la carga horaria de cada programa de especialización médica;
- b) Especializaciones odontológicas.- La carga horaria de las especializaciones en odontología será de mil doscientas (1200) horas anuales, distribuidas en al menos cuarenta (40) semanas fraccionadas en un cincuenta por ciento (50%) en actividades asistenciales (clínica) y en un cincuenta por ciento (50%) en actividades del componente de docencia y otros componentes (componente de prácticas de aplicación y experimentación de los aprendizajes, y componente de aprendizaje autónomo). La carga horaria del programa podrá ajustarse hasta el cinco por ciento (5%) del total de horas anuales. Se exceptúa de esta disposición a la especialización de Cirugía Maxilofacial, la cual deberá cumplir con lo dispuesto para las especializaciones médicas; y,
- c) Especializaciones en enfermería.- La carga horaria de las especializaciones en enfermería será de al menos mil doscientas (1200) horas anuales, distribuidas en cuarenta (40) semanas fraccionadas cincuenta por ciento (50%) en actividades asistenciales (clínica) y en un cincuenta por ciento (50%) en actividades del componente de docencia y otros componentes (componente de prácticas de aplicación y experimentación de los aprendizajes).

Las especializaciones en otros campos de la salud se planificarán en función de la naturaleza del proyecto académico y de la autonomía responsable de cada institución de educación superior, en observancia de este Reglamento.

Artículo 119.- Proyectos académicos que no cuentan con itinerarios académicos.- Los proyectos académicos de tercer nivel y especializaciones en el campo de la salud, no podrán contar con itinerarios académicos.

CAPÍTULO III ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

Artículo 120.- Prácticas de externado.- Las prácticas de externado en las carreras de tercer nivel de grado del campo de la salud son actividades de aprendizaje orientadas a la aplicación de conocimientos y/o al desarrollo de competencias profesionales. Estas prácticas se realizarán en



entornos organizacionales, institucionales, empresariales, hospitalarios, comunitarios u otros relacionados a los ámbitos profesionales de cada carrera, que pueden ser públicos o privados, nacionales o internacionales.

La Autoridad Sanitaria Nacional definirá las carreras que realizarán las prácticas de externado y las normas que rigen el desarrollo de estas prácticas en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 121.- Prácticas preprofesionales.- Las prácticas preprofesionales de las carreras de tercer nivel de grado del campo de la salud son de dos tipos:

- a) Prácticas preprofesionales para las carreras del campo de la salud que cuenten con internado rotativo y que se realizan en los últimos períodos académicos: La Autoridad Sanitaria Nacional definirá las normas que rigen el desarrollo de estas prácticas.
- b) Prácticas preprofesionales para carreras del campo de la salud que no cuentan con internado rotativo: Estas prácticas podrán realizarse, de forma continua o no; mediante planes, programas y/o proyectos cuyo alcance será definido por la IES. Cada carrera asignará, al menos 400 horas para prácticas preprofesionales.

Las prácticas preprofesionales deberán ser coherentes con los resultados de aprendizaje y el perfil de egreso de las carreras; y, podrán ser registradas y evaluadas según los mecanismos y requerimientos que establezca cada IES.

El internado rotativo puede realizarse tanto en el sector público como privado, con el estipendio y las condiciones que se establezcan de conformidad con la normativa aplicable e incluirá la afiliación del estudiante al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; sin modificar el carácter y los efectos académicos de las mismas.

Las prácticas preprofesionales no originan relación laboral, ni generan derechos ni obligaciones laborales.

Artículo 122.- Prácticas de servicio comunitario.- Las prácticas de servicio comunitario de las carreras de tercer nivel de grado en el campo de la salud tienen como naturaleza la atención a personas, grupos o contextos de vulnerabilidad y pueden desarrollarse dentro de las prácticas de externado y/o en las prácticas preprofesionales. Cada carrera asignará al menos 96 horas para prácticas de servicio comunitario.

Artículo 123.- Prácticas de posgrado o actividades asistenciales.- Las prácticas de posgrado o actividades asistenciales en las especializaciones del campo de la salud, son una estrategia educativa planificada y organizada desde una IES para realizarse tanto en establecimientos de salud, como en Unidades Asistenciales Docentes (UAD), que busca integrar la formación académica con la prestación de servicios de salud con el propósito de fortalecer y generar competencias y capacidades en los estudiantes de posgrado y docentes de los programas de formación en salud.

Las prácticas de posgrado o actividades asistenciales en las especializaciones del campo de la salud deben incluir un programa de delegación progresiva de funciones y responsabilidades a los estudiantes de posgrado de acuerdo con los avances teórico-prácticos del estudiante en cada período académico, bajo la supervisión del docente o del tutor y del personal asistencial responsable del servicio.

Artículo 124.- Duración de las prácticas de posgrado o actividades asistenciales.- La duración de las prácticas de posgrado o actividades asistenciales de los programas de especializaciones del campo de la salud, se planificará de acuerdo a lo siguiente:

- a) Especializaciones médicas.- La duración de las prácticas de posgrado o actividades asistenciales en medicina corresponderá a lo establecido en la Norma Técnica para Unidades Asistenciales Docentes;
- b) Especializaciones odontológicas.- La duración de las prácticas de posgrado o actividades asistenciales dependerá de la naturaleza de cada especialización en odontología; y,



- c) Especializaciones en enfermería.- La duración de las prácticas de posgrado o actividades asistenciales en enfermería dependerá de la naturaleza de cada especialización.

La duración de las prácticas de posgrado o actividades asistenciales de los programas de especializaciones en otros campos de la salud, se planificará en función de la naturaleza del proyecto académico, en función de la autonomía responsable de cada IES.

Artículo 125.- Elaboración del proyecto de carreras y programas.- Las IES, en ejercicio de su autonomía responsable podrán estructurar sus proyectos de carreras y programas en el marco de las disposiciones de este Reglamento y demás normativa aplicable.

Las IES que cuenten con el estatus de “acreditadas” o con un aval emitido por el CACES podrán ofertar carreras o programas en el campo de la salud.

Las IES deben garantizar en su proyecto académico, el número suficiente de docentes o tutores de la relación asistencial docente, necesario para la realización de las prácticas de grado y posgrado, según lo dispuesto en la Norma Técnica para Unidades Asistenciales Docentes.

CAPÍTULO IV

ADMISIÓN Y SELECCIÓN A PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

SECCIÓN I PROCESO DE ADMISIÓN

Artículo 126.- Ingreso.- El ingreso a un programa de especialización en el campo de la salud, se realizará de manera transparente por medio de un proceso riguroso de admisión a base de méritos y oposición, definido por cada Institución Educación Superior, en ejercicio de su autonomía responsable, el cual estará definido en su normativa interna.

Artículo 127.- Requisitos de postulación.- Los postulantes deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Presentar la cédula de ciudadanía para los postulantes nacionales; y, para los postulantes extranjeros, la cédula de identidad o pasaporte;
- b) Ser profesional en el campo del conocimiento específico de la salud con título de tercer nivel de grado nacional o extranjero registrado en el Sistema Nacional de Información de Educación Superior del Ecuador (SNIESE) y ante la Autoridad Sanitaria Nacional a través de Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada -ACCESS- o quien haga sus veces;
- c) Haber aprobado el examen de habilitación profesional del CACES, en el caso que corresponda;
- d) Nivel de dominio de lengua diferente a la materna conforme lo establezca la institución de educación superior; y,
- e) Los demás requisitos que en función de la malla curricular y su pertinencia solicite la institución de educación superior.

Para el caso de las sub especializaciones, se solicitará también la documentación respectiva con la que acrediten el cumplimiento de este requisito.

SECCIÓN II PROCESO DE SELECCIÓN

Artículo 128.- Parámetros de evaluación.- La evaluación y calificación del postulante se efectuará teniendo en cuenta la valoración de méritos (expediente académico y publicaciones) correspondiente a treinta (30) puntos; y, la valoración de oposición (mecanismo implementado por la institución de educación superior) correspondiente a setenta (70) puntos.

Artículo 129.- Requisitos para la valoración de méritos.- Adicionalmente a los requisitos de postulación, se podrá presentar copias originales, notarizadas o la referencia al link de acceso a la fuente, de los siguientes documentos:

- a) Publicaciones realizadas como autor principal o coautor en revistas indexadas y/o cartas de aceptación de publicación en revistas indexadas sobre obras como autor principal o coautor, con las especificidades sobre el volumen y número de la publicación, con su respectivo Número Internacional Normalizado de Publicaciones Seriadas (ISSN);
- b) Publicación de libros o capítulos de libros de temas afines a la carrera, con su respectivo Número Internacional Normalizado del Libro (ISBN);
- c) Certificados de becas obtenidas y cumplidas y de participación en proyectos de investigación, docencia y premios académicos;
- d) Certificado de cumplimiento de la devengación de beca o compensación emitido por la institución que financió la beca, de ser el caso; y,
- e) Certificado del indicador de mérito de graduación otorgado por la institución de educación superior a la que se realiza la postulación.

Artículo 130.- Valoración de méritos.- Para la valoración de méritos se aplicará los parámetros sobre un total de treinta (30) puntos, misma que deberá estar establecidos en la normativa interna de cada IES y en la convocatoria al respectivo concurso de méritos y oposición y con los siguientes criterios referenciales.

Calificaciones de nivel de grado:

- a) Publicaciones y/o cartas de aceptación de publicación de revistas indexadas;
- b) Estudios de posgrado; y,
- c) Mérito de grado.

Artículo 131.- Medidas de acción afirmativa.- En la valoración del concurso se aplicarán medidas de acción afirmativa para que los sectores históricamente discriminados participen en igualdad de oportunidades. Cada condición personal, debidamente certificada por la institución correspondiente, será calificada con cero coma veinticinco (0,25) puntos, acumulables hasta un (1) punto, sin que esta puntuación exceda la calificación total de esta valoración.

Artículo 132.- Director o coordinador académico de los programas.- Cada programa de especialización en ciencias de la salud deberá contar con un director o coordinador académico responsable.

SECCIÓN III COMITÉ DE SELECCIÓN

Artículo 133.- Conformación del Comité de Selección.- Las IES deberán conformar un Comité de Selección para la admisión de los postulantes, mismo que deberá estar contemplado en la normativa interna que se expida para el efecto, en ejercicio de su autonomía responsable.

Artículo 134.- Funciones del Comité de Selección.- Son funciones del Comité de Selección, las siguientes:

- a) Organizar y supervisar el desarrollo del proceso de selección;
- b) Revisar y evaluar los expedientes de los postulantes;
- c) Calificar la validez y autenticidad de los documentos presentados por los postulantes;
- d) Suscribir las actas y publicar los resultados del proceso de selección; y,
- e) Emitir un informe de presunción de irregularidades, en caso de que hubiere y remitirlo a la máxima autoridad de la IES para el trámite correspondiente.

Artículo 135.- Reglas generales para la toma de decisiones del Comité de Selección.- Las decisiones del Comité de Selección se sujetarán a las siguientes reglas:



- a) Una vez que se obtengan los resultados del proceso de selección, se redactará un acta final, en la que se establecerá el orden de resultados de mayor a menor, tomando en consideración las centésimas de las calificaciones de los postulantes por especializaciones;
- b) Los resultados serán publicados en un lugar visible de la institución de educación superior, sede del programa de estudios, y en su página web;
- c) En caso de que dos (2) o más postulantes obtengan la misma calificación del último cupo, ingresará el postulante con el indicador de mérito de graduación más alto;
- d) Las plazas vacantes de cada una de las especializaciones serán cubiertas por los postulantes admitidos en estricto orden de prelación;
- e) Si el postulante no se presenta a la fecha y hora señalada por la institución de educación superior, para elegir la plaza vacante, ésta será ocupada por el que le sigue en dicho orden;
- f) Está prohibido el cambio de especialización; y,
- g) Los casos no previstos en este Reglamento, serán resueltos por el Comité de Selección.

Artículo 136.- Impugnación.- Los postulantes podrán impugnar los resultados del proceso de admisión y selección dentro del término de tres (3) días contados a partir de la notificación de los resultados. Cada IES deberá aprobar, en su normativa interna, el procedimiento de impugnación, mismo que deberá ser puesto en conocimiento de los postulantes.

La decisión del órgano correspondiente respecto a la impugnación será definitiva e inapelable.

CAPÍTULO V ÓRGANOS ASESORES EN MATERIA DE ESPECIALIZACIONES EN CIENCIAS DE LA SALUD

SECCIÓN I COMISIÓN NACIONAL DE ESPECIALIZACIONES EN CIENCIAS DE LA SALUD

Artículo 137.- Comisión Nacional de Especializaciones en Ciencias de la Salud.- La Comisión Nacional de Especializaciones en Ciencias de la Salud es el órgano asesor del CES en materia de especializaciones en el campo de la salud, mismo que funcionará cuando el CES lo requiera.

Artículo 138.- Conformación de la Comisión Nacional de Especializaciones en Ciencias de la Salud.- La Comisión Nacional de Especializaciones en Ciencias de la Salud, estará integrada por:

- a) Un Consejero del CES, delegado por el Pleno, quien la presidirá;
- b) El Ministro de Salud Pública o su delegado;
- c) Un Consejero del CACES designado por el Pleno, o su delegado;
- d) El representante del Comité de Especializaciones en Ciencias de la Salud, de existir;
- e) Un representante de las Unidades de Asistencia Docente públicas y particulares, elegido de entre ellas; y,
- f) Un representante de las instituciones de educación superior públicas y particulares, que oferten programas de posgrado en ciencias de la salud, elegido de entre ellas.

Los miembros de la Comisión Nacional de Especializaciones en Ciencias de la Salud, deberán contar con título de cuarto nivel, con excepción de los delegados definidos en los literales a), b) y c).

SECCIÓN II COMITÉS DE ESPECIALIZACIONES EN CIENCIAS DE LA SALUD

Artículo 139.- Comités de Especializaciones en Ciencias de la Salud.- Los Comités de Especializaciones en Ciencias de la Salud son órganos consultivos del CES en materia de especializaciones en el campo de la salud.

Artículo 140.- Conformación.- Se podrá conformar un comité para cada grupo de las especializaciones en el campo de la salud, con el fin de asesorar al CES en aspectos relacionados con el análisis y aprobación de proyectos de programas de especializaciones en ciencias de la salud elaborados y presentados por las instituciones de educación superior, los mismos que estarán integrados por:



- a) Un delegado del CES, quien lo presidirá;
- b) Un especialista en un campo de salud afín al proyecto de programa de especialización presentado al CES, de preferencia con experiencia en docencia de posgrado, propuesto por el Ministerio de Salud Pública;
- c) Un especialista en un campo de salud afín al proyecto de programa de especialización presentado al CES, propuesto por las sociedades científicas de la especialización que corresponda; y,
- d) Un especialista en un campo de salud afín al proyecto de programa de especialización presentado al CES, delegado por la Asamblea del Sistema de Educación Superior.

Los miembros de los comités, excepto el delegado del CES, deberán poseer el título de especialista afín al proyecto de programa de especialización presentado al CES.

Ninguno deberá tener conflicto de intereses con la universidad o escuela politécnica proponente del programa.

Artículo 141.- Funciones de los Comités.- Son funciones y atribuciones de los Comités:

- a) Proponer a la Autoridad Sanitaria, en coordinación con las IES, el perfil profesional del especialista en el campo de la salud;
- b) Elaborar informes de asesoría académica no vinculantes para los procesos de aprobación de proyectos de programas de especializaciones a petición del CES, para su aprobación; y,
- c) Las demás actividades de asesoría técnica académica que solicite el CES en el proceso de aprobación de los programas de las especializaciones.

DISPOSICIONES GENERALES

DISPOSICIÓN GENERAL PRIMERA.- Las instituciones de educación superior (IES) incentivarán políticas institucionales para promover el acceso abierto a la producción científica y académica, preservando los derechos de autor; las mismas deberán constar en los planes institucionales.

DISPOSICIÓN GENERAL SEGUNDA.- Los estudiantes que no hayan podido titularse en los tiempos establecidos para el efecto, podrán continuar sus estudios acogiéndose a los mecanismos de reconocimiento y homologación de asignaturas, cursos o sus equivalentes, según corresponda, en los plazos y términos establecidos en la norma.

DISPOSICIÓN GENERAL TERCERA.- Un estudiante podrá cursar dos carreras de manera simultánea dentro de la misma IES, siempre y cuando la modalidad de estudios y el horario lo permita.

Las asignaturas, cursos o equivalentes que sirvan para cumplir requisitos de la segunda carrera podrán ser homologados bajo los mecanismos de homologación determinados en este Reglamento.

En el caso de las IES públicas, no aplicará la gratuidad por concepto de matrícula y aranceles correspondientes a las asignaturas, cursos o equivalentes que sean exclusivos de la segunda carrera.

DISPOSICIÓN GENERAL CUARTA.- Las IES podrán mantener para los estudiantes que se encuentren cursando las mallas vigentes, el proceso de titulación de conformidad a la norma vigente al momento de iniciar sus estudios.

DISPOSICIÓN GENERAL QUINTA.- Las IES que realicen ajustes sustantivos a su oferta académica deberán implementar un proceso de transición para incorporar a sus estudiantes actuales a las mallas curriculares actualizadas conforme este Reglamento, siempre y cuando no se afecten los derechos de los estudiantes.

Este proceso garantizará lo siguiente:

- a) Los derechos de los estudiantes a no extender la duración de sus estudios ni incurrir en costos adicionales;
- b) Abarcará todas las mallas curriculares anteriores de las carreras y programas modificadas;



- c) Proceder de forma planificada, transparente y sistemática, cuidando el rigor académico y la preservación de la calidad; y,
- d) Posibilitar la transición de los ajustes para que las IES, en el marco de su autonomía responsable, apliquen mecanismos o procedimientos transparentes y flexibles de homologación y análisis de contenidos que reconozcan las horas y/o créditos cursados por lo estudiantes en las mallas curriculares anteriores.

DISPOSICIÓN GENERAL SEXTA.- En el caso de las IES que no cuenten con el estatus de “acreditada”, el informe académico para aprobación de carreras y programas o ajustes curriculares será realizado por la unidad correspondiente del Consejo de Educación Superior (CES), al igual que la revisión de requisitos y documentación de respaldo presentada por la IES, para lo cual tendrá un término de veinticinco (25) días, posterior a lo cual se continuará con el procedimiento previsto en el artículo 99 de este Reglamento.

Las IES que no cuenten con el estatus de “acreditada”, podrán solicitar el aval correspondiente al Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), para que sus solicitudes de aprobación de carreras y programas se acojan a lo previsto en el literal a) del artículo 96 y al literal a) del artículo 99 del presente Reglamento. El CACES deberá tramitar la solicitud, según la normativa que expida para el efecto, en el término máximo de treinta (30) días.

Además, a través de este aval, las IES de reciente creación, que no hayan finalizado un proceso de acreditación, podrán presentar al CES, propuestas curriculares experimentales e innovadoras de carreras o programas conforme este Reglamento, así como presentar proyectos de oferta académica en el campo de la salud.

El aval tendrá vigencia hasta que el CACES finalice el siguiente proceso de acreditación correspondiente.

(Disposición reformada mediante Resolución RPC-SE-10-No.028-2022, de 27 de julio de 2022)

DISPOSICIÓN GENERAL SÉPTIMA.- En el caso de las IES que no cuentan con el estatus de “acreditada”, incluidas las de reciente creación, sus programas se aprobarán con una vigencia de seis (6) años; sus carreras de grado de diez (10) años; y, sus carreras técnicas y tecnológicas de cinco (5) años contados desde su aprobación.

En el caso de que estas IES alcancen su acreditación, las carreras y programas vigentes, su vigencia se acogerá a lo contemplado en el artículo 103 de este Reglamento.

DISPOSICIÓN GENERAL OCTAVA.- Las IES, en ejercicio de su autonomía responsable, podrán organizar sus proyectos en función de horas, créditos o ambos, sin embargo, para la presentación ante el CES y para el posterior registro en el Sistema Nacional de la Información de la Educación Superior, su organización deberá ser expresada en créditos, según el artículo 9 de este Reglamento.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

DISPOSICIÓN TRANSITORIA PRIMERA.- Las carreras y programas de las instituciones de educación superior (IES) acreditadas aprobados hasta la entrada en vigencia del presente Reglamento o que están en proceso de aprobación, en caso de ser aprobadas, perderán su vigencia en los términos contemplados en este Reglamento.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA SEGUNDA.- A partir de la entrada en vigencia del presente Reglamento, los proyectos nuevos de carreras y programas que las IES presenten al Consejo de Educación Superior (CES) para su aprobación, deberán ajustarse a lo dispuesto en este instrumento normativo.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA TERCERA.- Las IES, en el plazo máximo de un mes contado a partir de la entrada en vigencia del presente Reglamento, podrán solicitar al CES, a través de la unidad técnica correspondiente, la devolución de los proyectos de carreras y programas que hayan ingresado en la plataforma del CES para su aprobación antes de la entrada en vigencia del presente instrumento para



su actualización. Superado dicho plazo, los proyectos se tramitarán de acuerdo con la normativa vigente al momento de su ingreso en la plataforma.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA CUARTA.- El CES expedirá la normativa específica para regular el régimen académico de las IES interculturales en el término de 120 días contados a partir de la entrada en vigencia del presente Reglamento.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA QUINTA.- El CES, en el término de 45 días contados a partir de la expedición del presente Reglamento, reformará el Reglamento de Armonización de la Nomenclatura de Títulos Profesionales y Grados Académicos que confieren las Instituciones de Educación Superior del Ecuador, según lo previsto en el artículo 130 de la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES).

DISPOSICIÓN TRANSITORIA SEXTA.- El CES, en el término de 45 días contados a partir de la expedición del presente Reglamento, reformará la Guía Metodológica para la presentación y aprobación de carreras y programas, de conformidad con el artículo 169 de la LOES y las disposiciones contenidas en este Reglamento.

Hasta que se expida la referida reforma, se aplicarán las disposiciones de la Guía vigente, en todo lo que no se contraponga al presente Reglamento.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA SÉPTIMA.- El CES, en el término de 45 días, contados a partir de la expedición del presente Reglamento, realizará las adecuaciones necesarias a la Plataforma de Presentación y Aprobación de Carreras y Programas de las instituciones de educación superior del país.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA OCTAVA.- La Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación adecuará el Sistema Nacional de la Información de la Educación Superior (SNIESE) conforme las disposiciones contenidas en presente Reglamento.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA NOVENA.- Hasta que se realice la reforma correspondiente al Reglamento de Doctorados, los programas doctorales tendrán una duración de mínimo noventa (90) y máximo ciento cincuenta (150) créditos.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA DÉCIMA.- En el caso de los ecuatorianos que fueron declarados en situación de vulnerabilidad y atención prioritaria, en de acuerdo a lo señalado en la Resolución 0000027, de 25 de febrero de 2022, expedida por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana; y, que cumplan con los requisitos determinados en la normativa respectiva para acceder a dicha condición; para efectos de movilidad y homologación de sus estudios, de conformidad con lo establecido en este Reglamento, no se considerará el puntaje de cohorte para acceder a los niveles respectivos, conforme la validación de los conocimientos realizados por cada Institución de Educación Superior Pública, en los casos que correspondan. Adicionalmente, no se considerará como requisito para la movilidad y homologación el haber cursado dos semestres en la IES de origen.

DISPOSICIONES DEROGATORIAS

DISPOSICIÓN DEROGATORIA PRIMERA.- Se deroga el Reglamento de Régimen Académico, aprobado mediante Resolución RPC-SO-08-No.111-2019, de 27 de febrero de 2019 y sus posteriores reformas; así como todas las normas de igual o inferior jerarquía contrarias al contenido del presente instrumento normativo.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA SEGUNDA.- Se deroga la Norma Técnica para la Formación de Especializaciones en el Campo de la Salud, aprobada mediante Resolución RPC-SO-02-No.006-2019 de 16 de enero de 2019 en todo lo que se contraponga al presente Reglamento; así como todas las Resoluciones expedidas por el Consejo de Educación Superior opuestas al presente instrumento.

DISPOSICIÓN FINAL

ÚNICA.- El presente Reglamento entrará en vigencia en el término de cuarenta y cinco (45) días



contados desde la aprobación del mismo por parte del Pleno del Consejo de Educación Superior (CES).

La presente Codificación contiene el Reglamento de Régimen Académico, aprobado en la ciudad de Santiago de Guayaquil, a los catorce (14) días del mes de julio de 2022, en la Octava Sesión Extraordinaria del Pleno del Consejo de Educación Superior (CES) y reformado mediante Resolución RPC-SE-10-No.028-2022, de 27 de julio de 2022.

Codificación dada en la ciudad de San Francisco de Quito, D.M., a los veintisiete (27) días del mes de julio de 2022, en la Décima Sesión Extraordinaria del Pleno del CES, del año en curso.



Firmado electrónicamente por:
**ERIK PABLO
BELTRAN**

Dr. Pablo Beltrán Ayala

**PRESIDENTE
CONSEJO DE EDUCACIÓN SUPERIOR**



Firmado electrónicamente por:
**PAUL EMILIO
PRADO
CHIRIBOGA**

Mgtr. Paúl Emilio Prado Chiriboga

**SECRETARIO GENERAL
CONSEJO DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

GUÍA METODOLÓGICA DE ORIENTACIÓN



**EXAMEN DE HABILITACIÓN PARA
EL EJERCICIO PROFESIONAL EN LÍNEA**



CARRERA DE MEDICINA
SEGUNDA APLICACIÓN AÑO 2021

CONTENIDO

1.	PRESENTACIÓN.....	4
2.	GLOSARIO	5
3.	BASE NORMATIVA	5
4.	DISEÑO	11
4.1	COMPONENTES DEL EHEP	13
4.2	COMPONENTES, SUBCOMPONENTES Y TEMAS DEL EXAMEN	14
4.3	NIVELES DE COMPETENCIA	25
4.4	TIPOS DE PREGUNTAS Y EJEMPLOS.....	26
5.	APLICACIÓN	27
6.	RESULTADOS	29
7.	CALIFICACIÓN MÍNIMA PARA APROBAR EL EHEP	31
8.	DETERMINACIÓN DE RESULTADOS	32
9.	INSTRUCCIONES PARA RENDIR EL EXAMEN	33
9.1	ANTES DE LA APLICACIÓN	33
9.2	DURANTE LA APLICACIÓN	36
9.3	INDICACIONES PARA RESPONDER EL EXAMEN	37
9.4	DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL EXAMEN	37
10.	INSTRUCCIONES PARA LA DESCARGA DEL CERTIFICADO DE HABILITACIÓN	38
10.1.	DESCARGA DESDE LA CUENTA PERSONAL DEL EVALUADO APROBADO	39
10.2.	DESCARGA DESDE LA OPCIÓN “CONSULTA DE RESULTADOS DEL EXAMEN DE HABILITACIÓN PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL”	39
11.	PROHIBICIONES	40
12.	ACCIONES EN CASO DE INCURRIR EN LAS PROHIBICIONES.....	42
13.	PREGUNTAS FRECUENTES	42
14.	BIBLIOGRAFÍA	52
15.	ANEXOS	53
	ANEXO 1 METODOLOGÍAS DE CALIFICACIÓN	53
	ANEXO 2 INSTRUCCIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD: IGUALDAD DE CONDICIONES EN EL EHEP.....	55
	ANEXO 3 PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD	60

Índice de Tablas

Tabla 1. Ponderación de componentes	13
Tabla 2. Descripción de los niveles de competencia	25

Índice de Figuras

Figura 1. Construcción del EHEP	12
Figura 2. Componentes Medicina	14
Figura 3. Subcomponentes Medicina Interna.....	14
Figura 4. Subcomponentes Pediatría.....	19
Figura 5. Subcomponentes Gineco Obstetricia.	20
Figura 6. Subcomponentes Cirugía	21
Figura 7. Subcomponentes Salud Mental.....	24
Figura 8. Subcomponentes Bioética.	24
Figura 9. Aplicación (EHEP).	28
Figura 10. Flujograma de “Resultados del EHEP”.	30
Figura 11. Página web del CACES.....	33
Figura 12 . Link de ingreso al EHEP	35
Figura 13. Selección de una sola respuesta	37
Figura 14. Finalización del EHEP	38

1. PRESENTACIÓN



Estimados postulantes:

Reciban un cordial y atento saludo a nombre del Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES). Auguro éxitos en el proceso de aplicación del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional (EHEP) para el cual se han inscrito.

Para la segunda convocatoria del EHEP del año 2021, el CACES ratifica su compromiso de garantizar un trabajo transparente y confiable en beneficio de los miles de profesionales de la salud. Mantenemos la modalidad presencial en los Centros Autorizados para la Toma del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional (CAT-EHEP) donde ustedes podrán acceder a la plataforma de evaluación cumpliendo con las normativas de bioseguridad dispuestas por el Comité de Operaciones de Emergencia (COE) Nacional.

La habilitación profesional permite a los postulantes del área de la salud demostrar que dominan las habilidades necesarias y que sus competencias están debidamente certificadas para brindar a la ciudadanía un servicio de calidad; además, este examen es uno de los requisitos para postularse al año de salud rural (regulado por el Ministerio de Salud Pública) y realizar estudios de cuarto nivel nacional e internacional.

Destacamos la importancia de la corresponsabilidad entre todos los actores de este proceso y les recordamos que la objetividad, transparencia e igualdad de oportunidades son los pilares fundamentales del EHEP donde el CACES y todos sus servidores trabajan de manera responsable para ofrecer todas las facilidades que ustedes requieran.

En este contexto, es grato poner a su disposición la Guía Metodológica de Orientación que aborda las principales temáticas planteadas para el examen, enmarcadas en la valoración de las competencias adquiridas durante el proceso de formación universitaria del que ustedes son parte fundamental y se convierte en un instrumento de orientación y preparación frente a la evaluación.

Atentamente

Dra. Wendy Anzules Falcones.
Presidenta CACES

2. GLOSARIO

A continuación se presenta la definición de los términos a considerar para efectos de esta Guía:

- a. **Plataforma de evaluación:** es un sistema informático de gestión de contenidos educativos que posibilita la organización de cuestionarios y la evaluación en línea a estudiantes y profesionales.
- b. **Evidencia objetiva:** es la información documentada que respalda la existencia o veracidad de algo.
- c. **Inconveniente:** es una condición que dificulta o imposibilita que el postulante ingrese a la plataforma de evaluación.
- d. **Incidente:** es una acción del postulante o un evento externo a la plataforma de evaluación que afecta el normal desenvolvimiento del examen.
- e. **Distractor:** es un objeto o situación que no permite mantener la atención en una tarea o trabajo que se esté realizando.
- f. **Simulador:** herramienta tecnológica que permite conocer la estructura, formato y tipo de preguntas que serían aplicadas, además de obtener información sobre el tiempo que le demanda al postulante rendir el examen y la exigencia de estudio requerida para solventar en el límite de tiempo establecido.
- g. **Requerimientos ciudadanos:** corresponde a los pedidos ciudadanos receptados mediante llamadas, correos o mensajes en los que se reportan de incidentes suscitados antes, durante o después de la aplicación el examen.

3. BASE NORMATIVA

El Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional (EHEP) es un instrumento de evaluación de alto impacto y a gran escala que contiene preguntas o ítems en función de las cuales se verifican las competencias requeridas para el ejercicio profesional en las carreras de Medicina, Odontología y Enfermería, en el Ecuador.

El artículo 104 de la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES) otorga al Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES) la responsabilidad de implementar esta evaluación para profesionales de las carreras de interés público, determinadas por el órgano rector de la política de educación superior y el Consejo de Educación Superior (CES) en coordinación con el Ministerio de Salud Pública (MSP), en calidad de ente rector del ejercicio profesional de las carreras de la salud. En consecuencia, el EHEP se construye sobre la base de los perfiles de egreso de la carrera y el perfil profesional

elaborados por el MSP y el CES y aprobados mediante Acuerdo Ministerial 110, publicado en Registro Oficial Suplemento No. 62 de 22 de agosto de 2017.

La Disposición Transitoria Cuarta del Reglamento General de la Ley Orgánica de Educación Superior, publicada en Suplemento Registro Oficial 503 de fecha 6 de junio de 2019, dispone: “Quienes se encuentren ejerciendo la profesión en el campo de la salud, o quienes hayan realizado el año de salud rural de práctica de servicio social en la red pública de salud, según lo determinado en la normativa sanitaria correspondiente, sin haber aprobado el examen de habilitación para el ejercicio profesional conforme las convocatorias efectuadas por el Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, estarán obligados a rendir y aprobar el examen en el plazo máximo de veinticuatro (24) meses, a partir de las convocatorias que para el efecto realice el Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. En el caso de no aprobar este examen en el tiempo establecido, el Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior notificará al Ministerio de Salud Pública y a la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada, para que de acuerdo con sus atribuciones suspenda o cancele el registro para la habilitación del ejercicio profesional concedido. El Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior determinará los plazos en que notificará los resultados del examen al Ministerio de Salud Pública, para que en ejercicio de sus atribuciones adopte las medidas correspondientes.”

En cumplimiento del artículo 33 del Reglamento General de la Ley Orgánica de Educación Superior, el pleno CACES expidió el Reglamento para el diseño, aplicación y resultados del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional, mediante Resolución No. 018-SE-06-CACES-2021 de 31 de marzo de 2021, que establece lo siguiente:

“Artículo 11.- Aprobación del Examen de Habilitación del Ejercicio Profesional (EHEP). Para aprobar el examen de habilitación para el ejercicio profesional en cada convocatoria, los evaluados requerirán obtener una calificación mínima equivalente al 65% de respuestas correctas del total de preguntas formuladas.

Si como consecuencia del procedimiento de revisión académica contemplado en el artículo 21 este Reglamento, se determina la anulación de una o varias preguntas, se efectuarán los cálculos necesarios para la determinación de resultados sin considerar tales preguntas.”.

“Artículo 12.- Obligatoriedad de rendir el EHEP. - El Pleno del CACES, en coordinación con el órgano rector de la política pública de la educación superior, determinará la obligatoriedad

de rendir el EHEP para los profesionales de aquellas carreras consideradas de interés público, sobre la base del informe presentado por la Comisión Permanente de Habilitación para el Ejercicio Profesional.”.

“Artículo 13.- Determinación de las cohortes convocadas a rendir el EHEP. - La Comisión Permanente de Habilitación para el Ejercicio Profesional determinará las cohortes a ser convocadas y podrá solicitar al órgano rector de la política pública de la educación superior y/o a las instituciones de educación superior la información necesaria para el efecto.

Cuando el ejercicio profesional esté regulado por norma específica, la determinación de las cohortes se realizará en coordinación con el órgano o entidad competente para la habilitación profesional.

Una vez definidas las cohortes, la Unidad de Comunicación Social del CACES deberá presentar un plan de comunicación que contemple las fases del EHEP.”.

“Artículo 16.- Inscripción para rendir el EHEP. - De conformidad a la Convocatoria para rendir el EHEP, la Dirección de Gestión Exámenes en coordinación con Unidad de Tecnología de la Información y Comunicaciones del CACES habilitará la plataforma respectiva. Los convocados podrán inscribirse en la plataforma dentro del plazo establecido en la convocatoria, y completarán los datos de inscripción requeridos.

Cumplido el plazo para la inscripción para rendir el EHEP, no se aceptarán nuevas solicitudes las mismas que serán consideradas extemporáneas y por lo tanto se procederá a su archivo.

Los postulantes podrán solicitar la modificación de información de sus datos personales, hasta tres días término contados a partir de la fecha de vencimiento del plazo para la inscripción para rendir el EHEP.

Los postulantes inscritos que hayan cumplido con las disposiciones establecidas en el presente artículo participarán de las jornadas de acompañamiento y preparación que el CACES defina para el efecto.”.

“Artículo. 17.- De las Notificaciones. - De conformidad con lo dispuesto en el Código Orgánico Administrativo, las notificaciones que deba realizar el CACES a los postulantes y/o evaluados se las realizará por medios electrónicos a la cuenta personal que los postulantes señalaron en el proceso de inscripción del EHEP.

Se notificará al postulante y/o evaluado toda información pertinente al proceso del EHEP, conforme los términos y plazos establecidos en el presente documento.

Corresponderá a la Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicaciones asegurar la constancia de la transmisión y recepción de la notificación al postulante y/o evaluado. De igual manera, los postulantes y/o evaluados podrán comunicarse con el CACES a través de la cuenta de correo electrónico institucional señalada en la convocatoria.”.

“Artículo 18.- Aplicación del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional. - La aplicación del examen contempla:

- a. La presentación de quienes se hayan inscrito para rendir el examen; y,
- b. El desarrollo del examen por parte de los evaluados de conformidad al presente Reglamento e Instrumentos para el diseño del EHEP.

Una vez que el evaluado haya rendido el EHEP, el CACES entregará el comprobante de presentación que será la evidencia de haber rendido el EHEP. Para el efecto, se generará un reporte de registro de control por parte de la institución.”.

“Artículo 19.- Reporte de respuestas del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional.- Una vez finalizada la aplicación del EHEP, los evaluados podrán acceder a su reporte de respuestas a través de su cuenta personal. El reporte de respuestas contendrá la retroalimentación de respuestas incorrectas organizadas por componente, temas, bibliografía y argumentación, según la estructura del EHEP.

El reporte de respuestas del examen constituye un insumo para solicitar una revisión académica y no representa habilitante para el ejercicio profesional.”.

“Artículo 20.- Revisión académica. - La revisión académica es una etapa correctiva y previa a la determinación de resultados del EHEP que se sustenta en la presunta existencia de errores en la formulación o contenido de las preguntas del examen. La revisión académica podrá darse a solicitud del evaluado o de oficio por el CACES.

La solicitud del evaluado de revisión académica deberá:

- a. Identificar la pregunta sujeta a revisión; y,
- b. Fundamentar la solicitud sobre la base científica y referencias bibliográficas establecidas en el reporte de respuestas correspondiente.

La solicitud será presentada en el término de tres días contados a partir de la fecha de aplicación del EHEP a través del módulo publicado en la página institucional del CACES: www.caces.gob.ec.

Las solicitudes de revisión académica que sean presentadas de forma extemporánea o a través de medios distintos a los determinados por el CACES, no serán tramitadas y la Dirección de Gestión de exámenes procederá a su archivo inmediato.”.

“Artículo 21.- Trámite de revisión académica. - La revisión académica será tramitada por la Comisión Permanente de Habilitación para el Ejercicio Profesional, con el apoyo de la Secretaría Técnica del CACES y de un equipo de especialistas designado por la misma Comisión.

Como resultado de la etapa de revisión académica, se podrá recomendar al pleno del CACES la anulación de preguntas o, en su defecto, aceptar como válidas varias respuestas.

En el término de doce días, contados a partir del último día de presentación de las solicitudes de revisión académica, la Comisión deberá remitir el informe al pleno del CACES para su conocimiento y resolución.

El pronunciamiento del pleno del CACES será comunicado a todos los evaluados a través de sus cuentas creadas dentro del proceso.”.

“Artículo 22.- Determinación de inobservancias a las prohibiciones. La Comisión Permanente de Habilitación para el Ejercicio Profesional, con el apoyo de la Secretaría Técnica y la Unidad de Tecnología de la Información y Comunicaciones del CACES desarrollará un análisis sobre inobservancias a las prohibiciones establecidas en la Guía Metodológica de Orientación por parte de los postulantes.

Los evaluados serán notificados a través de sus cuentas de usuario con los hallazgos de una posible inobservancia a los tres días término de aplicado el examen. Los evaluados que reciban tal notificación podrán presentar a través de la plataforma informática, en el término de tres días, una solicitud de revisión a las inobservancias a las prohibiciones establecidas en la Guía Metodológica de Orientación con la documentación de cargo y descargo que considere pertinente.

En el término de doce días, contados a partir del último día de presentación de las notificaciones de las inobservancias, la Comisión deberá remitir el informe al pleno del CACES

para su conocimiento y resolución.

Como resultado de este análisis, la Comisión Permanente de Habilitación para el Ejercicio Profesional con el apoyo de la Secretaría Técnica podrá recomendar al Pleno la anulación del examen del postulante que incurrió en tales inobservancias.

El pronunciamiento del Pleno del CACES será notificado a través de las cuentas de usuario creadas dentro del proceso.”.

“Artículo 23.- Determinación de resultados definitivos del EHEP. – Una vez concluido el trámite de revisión académica y la determinación de inobservancia a las prohibiciones, la Secretaría Técnica elaborará el informe técnico de resultados definitivos del EHEP y presentará a la Comisión Permanente de Habilitación para el Ejercicio Profesional, quien pondrá a consideración del Pleno, para su resolución.

El Pleno del CACES determinará los siguientes resultados:

- a. Aprobado. - Cuando el evaluado alcance el mínimo desempeño establecido; y,
- b. No aprobado. - Cuando el evaluado no alcance el mínimo desempeño establecido.

Artículo 24.- Notificación de los resultados del EHEP. - Una vez aprobado el informe técnico de resultados definitivos del EHEP, la Secretaría Técnica en coordinación con la Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicaciones del CACES notificará a cada evaluado, a través de su cuenta personal, con la resolución del Pleno y su respectivo informe.

En caso de las carreras cuyo ejercicio profesional esté regulado por norma específica, también se notificarán con los resultados al órgano competente de la habilitación profesional.”.

“Artículo 25.- Certificado de habilitación. - El CACES otorgará el certificado de habilitación correspondiente a quienes hayan aprobado el EHEP, que contendrá la siguiente información:

- a. Nombres y Apellidos del evaluado;
- b. Código o Número del documento de identidad;
- c. Carrera del evaluado;
- d. Resultado: Aprobado;
- e. Calificación;
- f. Fecha de aplicación del examen;

- g. Fecha de emisión del certificado;
- h. Resolución de aprobación; y,
- i. Dirección URL para verificación de la información.

El certificado podrá descargarse de conformidad con la Guía Metodológica de Orientación para el EHEP y tendrá código de barras y código QR que servirán para verificar la autenticidad y legitimidad de la información del documento.

Cuando el ejercicio profesional esté regulado por norma específica, este certificado será un requisito previo a la habilitación que emita el órgano o entidad competente, de conformidad con lo establecido en la LOES.”.

“Disposición general novena.- En el evento de presentarse situaciones de caso fortuito o fuerza mayor, el Pleno del CACES podrá aprobar una modalidad de aplicación del examen distinta a la indicada a este reglamento.”.

“Disposición general décima primera.- En cada proceso de aplicación del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional, la Comisión Permanente de Habilitación para el Ejercicio Profesional en coordinación con la Secretaría Técnica, podrá presentar al Pleno del CACES una propuesta alternativa, basada en las metodologías absolutas o relativas, para el establecimiento de puntos de corte.

El Pleno del CACES podrá adoptar tal metodología para la determinación de resultados del EHEP en cada convocatoria, siempre y cuando no perjudique a los evaluados, observando el artículo 11 del presente Reglamento.”.

4. DISEÑO

El EHEP es un instrumento de evaluación de alto impacto y gran escala que busca verificar el dominio de habilidades y conocimientos de las personas que empezarán su ejercicio profesional en el Ecuador. Además, constituye un requisito fundamental junto con la aprobación del año de salud rural y el título de grado, para ejercer como Médico/a General en el territorio ecuatoriano.

En la construcción del EHEP participan profesores investigadores, representantes de las Universidades y Escuelas Politécnicas (UEP) a nivel nacional, de la carrera de Medicina. Se consideran los resultados de aprendizaje y las competencias profesionales, basados en los siguientes pilares:

- ✓ El perfil profesional del Médico/a General establecido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- ✓ Las mallas curriculares desarrolladas en la carrera de Medicina.
- ✓ La morbilidad-mortalidad ecuatoriana.
- ✓ El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).

Considerando esta estructura, **profesores provenientes de la carrera de Medicina, elaboran las preguntas del EHEP** que son sometidas a la validación de pares académicos. Con estas preguntas se construye un examen de acuerdo con las ponderaciones establecidas por las carreras evaluadas y que constan en esta Guía (Ver Tabla 1), de tal manera que un evaluado competente esté en capacidad de aprobar el examen, según la metodología de calificación establecida por el CACES para la determinación de resultados.

A lo largo del proceso, el CACES se apoya en el criterio académico de profesores, investigadores expertos de la carrera de Medicina, así como de profesionales que laboran en el Sistema Nacional de Salud, para asegurar la idoneidad del instrumento de evaluación y la veracidad de los resultados plasmados en la calificación final obtenida por cada evaluado y por toda la cohorte.

Todas las etapas del proceso conllevan protocolos de seguridad de la información que son acogidos por todos los actores involucrados (Ver Figura 1), “Construcción del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional (EHEP)”.



Figura 1. Construcción del EHEP

4.1 COMPONENTES DEL EHEP

A través de este examen se espera que el Médico General en el Ecuador demuestre capacidad para enfrentar y resolver problemas inherentes a su práctica diaria profesional y en la toma de decisiones clínicas, en las acciones de prevención, atención, evaluación clínica integral, referencia a especialistas, tratamiento si corresponde y rehabilitación, bajo los principios de la Medicina basada en evidencias, la bioética y el respeto a la multiculturalidad.

Los componentes del examen son construidos para garantizar que los profesionales posean las competencias requeridas según la normativa vigente mediante el desarrollo de talleres colaborativos y participativos con académicos de las Universidades y Escuelas Politécnicas (UEP) que ofertan la carrera evaluada, así como el criterio de la autoridad sanitaria nacional y de los demás actores del Sistema de Educación Superior.

El proceso que se pone a disposición de la comunidad ecuatoriana se basa en la convicción de que se debe formar un ser humano comprometido con la atención preventiva comunitaria y prehospitalaria, y en procurar el mantenimiento y la recuperación de la salud de sus pacientes, sin distinción de género, etnia, condición económica o social, política y religiosa. El profesional formado debe ser respetuoso de los principios de la ética médica y social como son: beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, de los derechos humanos, de la vida y la dignidad humana.

4.1.1 PONDERACIÓN DE COMPONENTES

Por sus características, el EHEP es un examen de base estructurada constituido por 150 preguntas de opción múltiple, para ser desarrollado por el evaluado en un tiempo máximo de cuatro (4) horas. Presenta las siguientes ponderaciones:

Tabla 1. Ponderación de componentes

Componentes	Ponderación
Medicina Interna	31%
Pediatría	22%
Gineco – Obstetricia	20%
Cirugía	14%
Salud Mental	7%
Bioética	6%

Fuente: Guías metodológicas aprobadas por el Pleno del CACES mediante Resolución No. 27-SE-07-CACES-2021.

4.2 COMPONENTES, SUBCOMPONENTES Y TEMAS DEL EXAMEN

Bajo un enfoque de mejoramiento continuo de la calidad, la Comisión Permanente de Habilitación para el Ejercicio Profesional del CACES ha mantenido constantes encuentros académicos con los integrantes del Sistema de Educación Superior, a fin de revisar y actualizar (de ser pertinente) los componentes del EHEP de Medicina.

A continuación, se presenta la estructura del EHEP de Medicina consensuada y socializada con las Universidades y Escuelas Politécnicas.

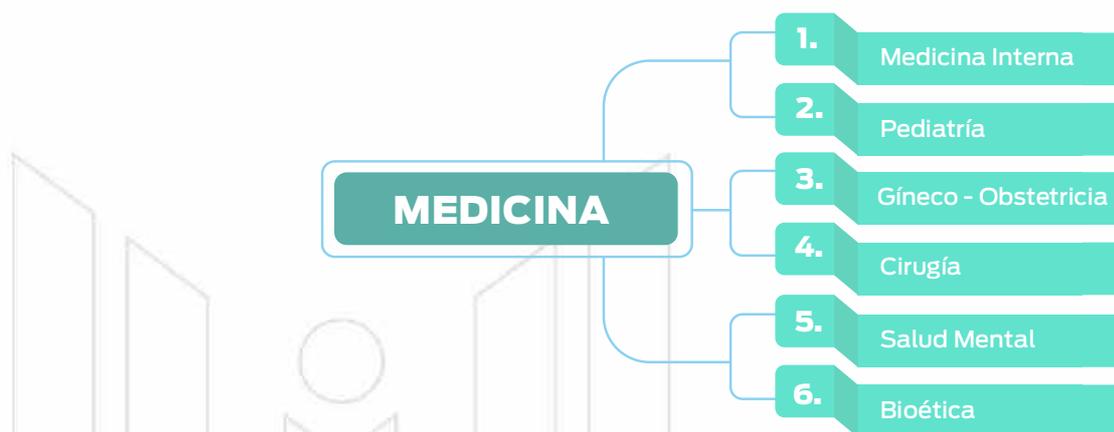


Figura 2. Componentes Medicina.

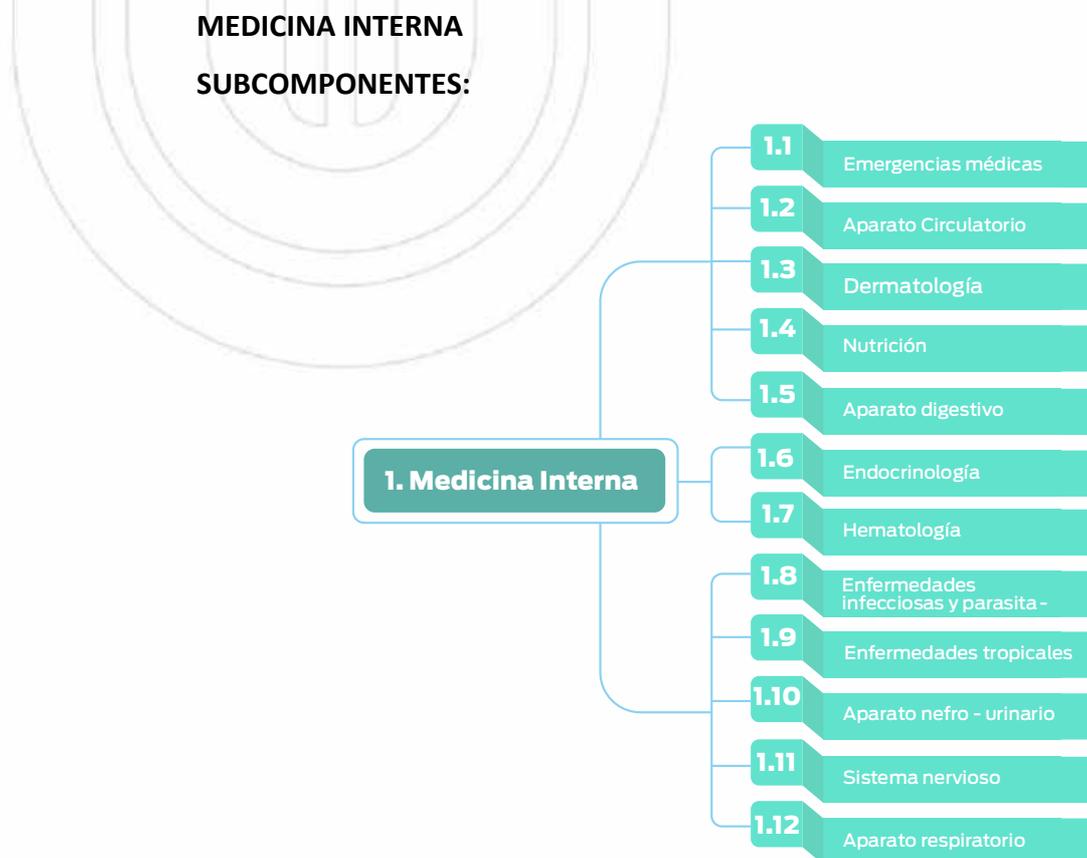


Figura 3. Subcomponentes Medicina Interna.

TEMAS:**1. MEDICINA INTERNA****1.1. Emergencias médicas**

- 1.1.1. Shock cardiogénico
- 1.1.2. Shock hipovolémico
- 1.1.3. Shock anafiláctico
- 1.1.4. Shock séptico
- 1.1.5. Traqueotomía y cricotirotomía
- 1.1.6. Intubación

1.2. Aparato circulatorio

- 1.2.1. Interpretación EKG normal
- 1.2.2. RCP básico y avanzado
- 1.2.3. Dolor Torácico
- 1.2.4. Cardiopatías isquémicas
- 1.2.5. Insuficiencia cardiaca aguda y crónica
- 1.2.6. Factores de riesgo cardiovascular
- 1.2.7. Cor pulmonale crónico: seguimiento
- 1.2.8. HTA y crisis hipertensiva
- 1.2.9. Arritmias cardiacas: Extrasístoles, taquicardias supraventriculares y taquicardias ventriculares
- 1.2.10. Fibrilación auricular
- 1.2.11. Fiebre reumática
- 1.2.12. Síncope carcinogénico
- 1.2.13. Valvulopatías

1.3. Dermatología

- 1.3.1. Manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas
- 1.3.2. Acné diagnóstico y tratamiento
- 1.3.3. Cáncer basocelular de la piel: Diagnóstico y detención
- 1.3.4. Dermatitis seborreica: diagnóstico
- 1.3.5. Melanoma maligno
- 1.3.6. Micosis superficiales
- 1.3.7. Onicomycosis
- 1.3.8. Pediculosis
- 1.3.9. Piodermias
- 1.3.10. Sarna
- 1.3.11. Urticaria y angioedema

1.4. Nutrición

- 1.4.1. Curvas de Crecimiento de la OMS
- 1.4.2. Salud Pública y Nutrición
- 1.4.3. Intervención en nutrición comunitaria

1.5. Aparato digestivo

- 1.5.1. Interpretación de Rx de abdomen
- 1.5.2. Interpretación de marcadores serológicos en hepatitis
- 1.5.3. Interpretación de pruebas de función hepática

- 1.5.4. Interpretación de pruebas función pancreática
- 1.5.5. Disfagia: Diagnóstico diferencial
- 1.5.6. Enfermedad por reflujo gastro-esofágico
- 1.5.7. Enfermedad ácido-péptica
- 1.5.8. Infección por helicobacter pylori
- 1.5.9. Cáncer digestivo (esófago, gástrico y de colon)
- 1.5.10. Hemorragia digestiva alta y baja
- 1.5.11. Diarrea aguda y crónica
- 1.5.12. Estreñimiento crónico
- 1.5.13. Enfermedad inflamatoria intestinal
- 1.5.14. Colangitis
- 1.5.15. Pancreatitis aguda
- 1.5.16. Hepatitis viral aguda
- 1.5.17. Hepatopatías crónicas, hipertensión portal
- 1.5.18. Insuficiencia hepática aguda
- 1.5.19. Malabsorción

1.6. Endocrinología

- 1.6.1. Interpretación de los exámenes; química sanguínea y perfil lipídico
- 1.6.2. Interpretación de proteinograma
- 1.6.3. Interpretación de pruebas funcionales tiroideas, suprarrenales y pancreáticas
- 1.6.4. Malnutrición (obesidad y desnutrición)
- 1.6.5. Malnutrición infantil: peso bajo, sobrepeso y obesidad
- 1.6.6. Sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida en el adulto
- 1.6.7. Síndrome metabólico: diagnóstico
- 1.6.8. Dislipidemias: diagnóstico y tratamiento
- 1.6.9. Hipertrigliceridemia severa
- 1.6.10. Hipoglicemias
- 1.6.11. Diabetes mellitus tipo 1
- 1.6.12. Diabetes mellitus tipo 2
- 1.6.13. Diabetes mellitus gestacional
- 1.6.14. Complicación crónica diabetes mellitus, prevención y diagnóstico
- 1.6.15. Diabetes y riesgo cardiovascular
- 1.6.16. Retinopatía diabética
- 1.6.17. Nefropatía diabética
- 1.6.18. Neuropatía diabética
- 1.6.19. Arteriopatía periférica: pie diabético
- 1.6.20. Hipertensión arterial en diabetes
- 1.6.21. Cetoacidosis
- 1.6.22. Bocio
- 1.6.23. Nódulos tiroideos
- 1.6.24. Hipertiroidismo e Hipotiroidismo, diagnóstico y tratamiento
- 1.6.25. Desórdenes del metabolismo mineral óseo
- 1.6.26. Adenomas hipofisarios y panhipopituitarismo
- 1.6.27. Estilos de vida saludables

1.7. Hematología

- 1.7.1. Interpretación de Biometría Hemática
- 1.7.2. Anemia: ferropénica, megaloblástica, enfermedad crónica
- 1.7.3. Grupos sanguíneos
- 1.7.4. Indicaciones de uso de hemoderivados y reacciones transfusionales
- 1.7.5. Interacciones anticoagulantes y antiagregantes y profilaxis
- 1.7.6. Diagnóstico de leucemias agudas y crónicas
- 1.7.7. Diagnóstico de linfomas

1.8. Enfermedades infecciosas y parasitarias

- 1.8.1. Interpretación de la fórmula leucocitaria
- 1.8.2. Interpretación de examen elemental y microscópico de orina- EMO
- 1.8.3. Interpretación del coproparasitario
- 1.8.4. Interpretación de cultivo y antibiograma
- 1.8.5. Fiebre de origen desconocido
- 1.8.6. Tétanos y profilaxis
- 1.8.7. Meningitis por parásitos
- 1.8.8. Meningitis bacteriana aguda
- 1.8.9. Meningitis viral
- 1.8.10. Infecciones de tejidos blandos: celulitis, erisipela y linfangitis
- 1.8.11. Varicela y Herpes Zoster
- 1.8.12. Enfermedades de transmisión sexual: chancro, chancroide, herpes, clamidia, gonorrea, sífilis y linfogranuloma venéreo
- 1.8.13. Candidiasis oral
- 1.8.14. Influenza y otras virosis asociadas a patología respiratoria
- 1.8.15. Tuberculosis pulmonar, extrapulmonar y profilaxis
- 1.8.16. Parasitosis intestinales: protozoarios, helmintosis y platelmintos
- 1.8.17. Diarreas agudas y crónicas producida por virus
- 1.8.18. Cólera
- 1.8.19. Brucelosis
- 1.8.20. Fiebre tifoidea y paratifoidea
- 1.8.21. Infección urinaria alta y baja
- 1.8.22. Infección por VIH-SIDA
- 1.8.23. Osteomielitis: diagnóstico
- 1.8.24. Diagnóstico de sepsis
- 1.8.25. Sífilis
- 1.8.26. Micosis sistémicas

1.9. Enfermedades tropicales

- 1.9.1. Dengue
- 1.9.2. Malaria
- 1.9.3. Zika
- 1.9.4. Chikungunya
- 1.9.5. Chagas
- 1.9.6. Leishmaniasis
- 1.9.7. Hantaviriosis
- 1.9.8. Fiebre amarilla

- 1.9.9. Rabia
- 1.9.10. Enfermedades producidas por espiroquetas

1.10. Aparato Nefro - Urinario

- 1.10.1. Interpretación de pruebas de función renal
- 1.10.2. Interpretación de valores de electrolitos
- 1.10.3. Alteraciones del equilibrio ácido-base
- 1.10.4. Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico
- 1.10.5. Bacteriuria asintomática
- 1.10.6. Epididimitis
- 1.10.7. Urolitiasis
- 1.10.8. Hematuria
- 1.10.9. Infecciones de tracto urinario
- 1.10.10. Insuficiencia renal aguda y crónica
- 1.10.11. Nefrotoxicidad por medicamentos
- 1.10.12. Síndrome nefrítico y nefrótico

1.11. Sistema nervioso

- 1.11.1. Vértigo
- 1.11.2. Alteración de la conciencia
- 1.11.3. Cefaleas
- 1.11.4. Crisis convulsivas y síndromes epilépticos y estatus epiléptico
- 1.11.5. Encefalopatía metabólica
- 1.11.6. Enfermedad cerebro vascular: factores de riesgo
- 1.11.7. Infecciones del sistema nervioso virales y bacterianas
- 1.11.8. Neuralgia del trigémino
- 1.11.9. Neurocisticercosis
- 1.11.10. Diagnóstico de síndrome de Guillan Barré

1.12. Aparato respiratorio

- 1.12.1. Interpretación de Rx de tórax
- 1.12.2. Bronquitis aguda
- 1.12.3. Asma y crisis asmática
- 1.12.4. Derrame pleural: diagnóstico
- 1.12.5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: enfisema y bronquitis crónica
- 1.12.6. Insuficiencia respiratoria aguda y diagnóstico
- 1.12.7. Neumonías adquiridas en la comunidad
- 1.12.8. Neumonías nosocomiales
- 1.12.9. Tromboembolia pulmonar y otras embolias pulmonares

PEDIATRÍA

SUBCOMPONENTES:



Figura 4. Subcomponentes Pediatría.

TEMAS:

2 PEDIATRÍA

2.1 Neonatología

- 2.1.1. Neonato sano y cuidados iniciales
- 2.1.2. Reanimación cardiopulmonar neonatal
- 2.1.3. Diagnóstico precoz de la displasia del desarrollo de la cadera
- 2.1.4. Asfixia neonatal y enfermedad hipóxico-isquémica
- 2.1.5. Hipoglicemia
- 2.1.6. Ictericia neonatal
- 2.1.7. Prematuridad y crecimiento intrauterino retrasado
- 2.1.8. Sepsis neonatal
- 2.1.9. Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido
- 2.1.10. Malformaciones congénitas

2.2. Pediatría

- 2.2.1. Interpretación de pruebas hematológicas en pediatría
- 2.2.2. Interpretación de Rayos x pediátrico
- 2.2.3. Manejo de líquidos y electrolitos en pediatría
- 2.2.4. RCP pediátrico
- 2.2.5. Prevención de accidentes
- 2.2.6. Desnutrición
- 2.2.7. Obesidad
- 2.2.8. Deshidratación en paciente pediátrico
- 2.2.9. Crisis febriles
- 2.2.10. Síndrome febril agudo sin focalización neurológica
- 2.2.11. Cuerpo extraño
- 2.2.12. Síndrome metabólico
- 2.2.13. Talla corta
- 2.2.14. Maltrato infantil y Abuso sexual: Prevención y detección
- 2.2.15. Anemia ferropriva
- 2.2.16. Anorexia y bulimia: Detección y prevención
- 2.2.17. IRAG
- 2.2.18. Urticaria aguda
- 2.2.19. Exantemas virales frecuentes (Varicela, rubéola, roséola, eritema infeccioso, sarampión), escarlatina (Diagnóstico diferencial)

- 2.2.20. Infecciones de piel y partes blandas (Impétigo, celulitis, erisipela)
- 2.2.21. Infecciones respiratorias agudas altas (Resfriado común, amigdalitis aguda, sinusitis aguda, otitis media aguda, adenoiditis)
- 2.2.22. Soplos inocentes
- 2.2.23. Infecciones respiratorias agudas bajas (bronquitis, bronquiolitis, laringitis epiglótica y subglótica, neumonía adquirida en la comunidad)
- 2.2.24. Crisis asmática
- 2.2.25. Evaluación según AIEPI
- 2.2.26. Enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE)
- 2.2.27. Enfermedad diarreica aguda con deshidratación y sin deshidratación: disentería
- 2.2.28. Parasitosis intestinal (amebiasis, giardiasis, balantidiasis, ascariasis, uncinariasis, tricuriasis, enterobiasis, estrombiloidiasis, teniasis)
- 2.2.29. Criptorquidia
- 2.2.30. Infecciones del tracto urinario
- 2.2.31. Glomerulonefritis post-estreptocócica
- 2.2.32. Displasia de caderas
- 2.2.33. Estatus epiléptico
- 2.2.34. Infecciones de sistema nervioso (encefalitis, meningitis)
- 2.2.35. Inmunizaciones
- 2.2.36. Nutrición (lactancia materna, ablactación, diagnóstico nutricional, curvas de crecimiento de la OMS)

GÍNECO - OBSTETRICIA

SUBCOMPONENTES:



Figura 5. Subcomponentes Gineco Obstetricia.

TEMAS:

3 GÍNECO - OBSTETRICIA

3.1. Ginecología

- 3.1.1. Síndrome climatérico
- 3.1.2. Amenorrea primaria y secundaria
- 3.1.3. Prevención y evaluación clínica del cáncer: mama, cérvix, endometrio y ovario
- 3.1.4. Diagnóstico y manejo de leucorrea: candidiasis, tricomoniasis, vaginosis
- 3.1.5. Dolor pélvico crónico (dismenorrea): EPI
- 3.1.6. Hemorragia uterina anormal
- 3.1.7. Infecciones de transmisión sexual (VIH)
- 3.1.8. Planificación familiar: métodos de barrera, hormonales y dispositivos

3.1.8. Obstetricia

- 3.2.1. Aborto: clasificación, manejo inicial y tratamiento
- 3.3.2. Hemorragia obstétrica: hemorragias del primero, segundo y tercer trimestre
- 3.3.3. Inmunización
- 3.2.4. Diagnóstico del embarazo y recomendaciones iniciales del primer trimestre del embarazo (diagnóstico clínico: anemia, infección de vías urinarias, diabetes, apendicitis)
- 3.2.5. Control prenatal y cambios fisiológicos del embarazo
- 3.2.6. Embarazo múltiple
- 3.2.7. Embarazo, partograma y parto normales y anormales
- 3.2.8. Enfermedad hipertensiva del embarazo: hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia y síndrome HELLP
- 3.2.9. Epidemiología de mortalidad materna y perinatal
- 3.2.10. Diagnóstico y manejo de amenaza de parto pretérmino y maduración pulmonar
- 3.2.11. Prevención de enfermedad hemolítica por incompatibilidad Rh
- 3.2.12. Enfermedad hemolítica por incompatibilidad ABO
- 3.2.13. Puerperio normal, lactancia
- 3.2.14. Puerperio patológico: infección puerperal, mastitis puerperal y sepsis obstétrica
- 3.2.15. Diagnóstico precoz de la restricción de crecimiento intrauterino
- 3.2.16. Rotura prematura de membranas
- 3.2.17. Sufrimiento fetal agudo, pruebas de bienestar fetal (monitor fetal, perfil biofísico, eco Doppler)

CIRUGÍA

SUBCOMPONENTES:

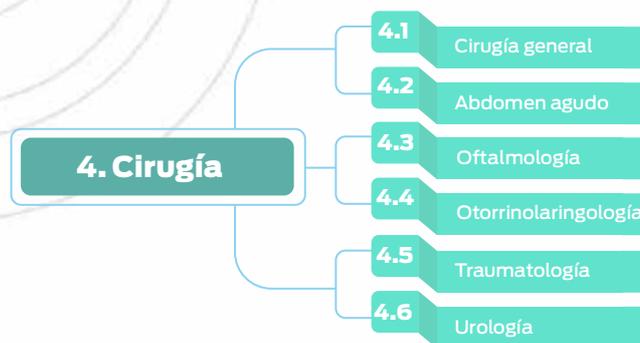


Figura 6. Subcomponentes Cirugía.

TEMAS:

4. CIRUGÍA

4.1. Cirugía general

- 4.1.1. Cicatrización de las heridas
- 4.1.2. Infección del sitio quirúrgico

- 4.1.3. Manejo de líquidos y electrolitos
- 4.1.4. Valoración preoperatoria
- 4.1.5. Profilaxis antibiótica
- 4.1.6. Quemaduras
- 4.1.7. Quirófano, asepsia y antisepsia
- 4.1.8. Manejo del paciente politraumatizado
- 4.1.9. Trauma de tórax cerrado: Neumotórax, Hemotórax, Tórax inestable y Fracturas costales
- 4.1.10. Trauma de tórax abierto: por arma blanca y por herida por arma de fuego
- 4.1.11. Trauma abdominal
- 4.1.12. Trauma raquimedular
- 4.1.13. Traumatismo craneoencefálico
- 4.1.14. Sangrado digestivo alto y bajo
- 4.1.15. Colecistolitiasis
- 4.1.16. Coledocolitiasis
- 4.1.17. Hernias de la pared abdominal

4.2. Abdomen agudo

- 4.2.1. Apendicitis
- 4.2.2. Patología biliar
- 4.2.3. Pancreatitis
- 4.2.4. Sangrado digestivo alto y bajo
- 4.2.5. Perforaciones intestinales
- 4.2.6. Colecistitis aguda
- 4.2.7. Patología ano rectal: Hemorroides, Fístulas y Fisuras

4.3. Oftalmología

- 4.3.1. Alteraciones oculares de la hipertensión arterial
- 4.3.2. Ametropías: miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia
- 4.3.3. Catarata
- 4.3.4. Conjuntivitis bacteriana aguda
- 4.3.5. Conjuntivitis bacteriana crónica
- 4.3.6. Estrabismo
- 4.3.7. Glaucoma
- 4.3.8. Lesiones conjuntivales benignas y malignas
- 4.3.9. Trauma ocular

4.4. Otorrinolaringología

- 4.4.1. Alergia naso-sinusal
- 4.4.2. Amigdalitis aguda
- 4.4.3. Amigdalitis crónica
- 4.4.4. Epistaxis
- 4.4.5. Hipoacusias de transmisión
- 4.4.6. Hipoacusias neurosensoriales
- 4.4.7. Otitis externa

- 4.4.8. Otitis media aguda
- 4.4.9. Otitis media crónica
- 4.4.10. Poliposis nasal
- 4.4.11. Sinusitis
- 4.4.12. Tinnitus
- 4.4.13. Trauma nasal agudo
- 4.4.14. Vértigo periférico

4.5. Traumatología

- 4.5.1. Luxaciones en general
- 4.5.2. Síndrome de túnel carpiano
- 4.5.3. Tenosinovitis de De Quervain
- 4.5.4. Artrosis de cadera
- 4.5.5. Escoliosis
- 4.5.6. Esguinces
- 4.5.7. Fractura de cadera
- 4.5.8. Fractura de muñeca
- 4.5.9. Fractura de diáfisis y metáfisis
- 4.5.10. Fracturas expuestas
- 4.5.11. Lumbalgias
- 4.5.12. Luxofractura del tobillo
- 4.5.13. Pie plano
- 4.5.14. Osteomielitis
- 4.5.15. Neoplasias óseas
- 4.5.16. Osteopatías y problemas articulares

4.6. Urología

- 4.6.1. Trauma testicular
- 4.6.2. Balanitis y balanopostitis
- 4.6.3. Cáncer de próstata
- 4.6.4. Difusión sexual masculina
- 4.6.5. Eyaculación precoz
- 4.6.6. Fimosis y parafimosis
- 4.6.7. Hiperplasia prostática benigna
- 4.6.8. Prostatitis
- 4.6.9. Retención urinaria aguda
- 4.6.10. Torsión testicular
- 4.6.11. Hidrocele

SALUD MENTAL

SUBCOMPONENTES:



Figura 7. Subcomponentes Salud Mental.

TEMAS:

5. SALUD MENTAL

5.1. Identificación de riesgos psíquico-sociales por ciclos de vida

- 5.1.1. Violencia y abuso sexual
- 5.1.2. Intentos autolíticos
- 5.1.3. Agitación psicomotriz
- 5.1.4. Consumo problemático: alcoholismo, tabaquismo y drogadicción
- 5.1.5. Riesgos psíquicos por ciclo de vida (infancia, adolescencia, vida adulta y tercera edad)
- 5.1.6. Sobremedicación
- 5.1.7. Protocolo MSP de salud mental

BIOÉTICA

SUBCOMPONENTES:



Figura 8. Subcomponentes Bioética.

TEMAS:

6. BIOÉTICA

6.1. Bioética

- 6.1.1. Construcción de valores y diferencias entre ética, deontología, derecho y bioética
- 6.1.2. Bioética, inicio de la vida, ética y sexualidad
- 6.1.3. Final de la vida
- 6.1.4. Relación médico paciente, consentimiento informado y confidencialidad
- 6.1.5. Ética de la investigación en seres humanos

4.3 NIVELES DE COMPETENCIA

El EHEP evalúa competencias, es decir, evidencia la posesión de un nivel satisfactorio de conocimientos y habilidades relevantes necesarios para realizar las tareas propias de la profesión. Estas competencias son agrupadas en niveles, los cuales han sido construidos de acuerdo con la información recabada del perfil de egreso y el perfil profesional de la carrera, las mismas que se detallan a continuación:

Tabla 2. Descripción de los niveles de competencia

NIVEL DE COMPETENCIA PROFESIONAL	DESCRIPCIÓN
Con respecto a los temas	
Nivel 1: Promueve y previene	Asume la responsabilidad social como agente de salud, ejecutando programas de promoción y prevención.
Nivel 2. Diagnostica y trata	Diagnostica y trata patologías dentro de su competencia en atención primaria en salud, a nivel individual, familiar y comunitario.
Nivel 3: Diagnostica, ejecuta la terapéutica inmediata (si procede), orienta y refiere	Establece un diagnóstico presuntivo, ejecuta medidas de emergencia en caso de ser necesario y refiere a un nivel de mayor complejidad de atención.
Pruebas diagnósticas	
Nivel 4a: Solo conoce	Conoce pruebas diagnósticas del primer nivel y segundo nivel de atención.
Nivel 4b: Solicita pruebas diagnósticas	Solicita pruebas diagnósticas con criterio y basadas en evidencia del primer nivel de atención.
Nivel 4c: Analiza, comprende e interpreta los resultados	Interpreta resultados de pruebas diagnósticas con criterio y basadas en evidencia del primer nivel de atención.
Habilidades y destrezas	
Nivel 5: Sabe hacer y hace	Aplica conocimientos, capacidades y habilidades para el manejo de patologías en la atención primaria de salud.
Actitudinal	
Nivel 6: Sabe ser y convivir	Atiende al paciente con responsabilidad, calidez, calidad, respetando la interculturalidad, biodiversidad y los principios de la bioética encaminados a la excelencia en la relación médico-paciente, con la familia y la comunidad.

Fuente: Resultados del taller “Avances y retos de la evaluación de las carreras de salud con base en los resultados obtenidos en la aplicación del EHEP” de agosto 2019.

4.4 TIPOS DE PREGUNTAS Y EJEMPLOS

El EHEP está conformado por preguntas de opción múltiple que son las unidades fundamentales constitutivas de estas pruebas objetivas estandarizadas que tienen un enunciado o problema y cuatro opciones de respuestas (A, B, C, D) entre las que solo una es la correcta.

La pregunta tiene la intención de evaluar el aprendizaje de acuerdo con las jerarquías establecidas en la dimensión cognitiva de la taxonomía de Bloom. En este contexto, la evaluación procura no solamente evaluar el conocimiento sino la comprensión, la aplicación, el análisis y la síntesis; es decir, jerarquías progresivas que permiten establecer si el postulante ha adquirido el conocimiento y las capacidades de análisis y decisión para el ejercicio clínico de la Medicina.

Así concebida la evaluación, debe necesariamente explorar la capacidad del postulante para resolver problemas clínicos en los diferentes temas que componen el ámbito del examen. Los problemas son de carácter epidemiológico, diagnóstico, interpretación de pruebas de laboratorio, decisión de manejo, selección de pruebas de imagen o de laboratorio, interpretación de pruebas de imagen o exámenes de gabinete, comprensión de los mecanismos de enfermedad, conocimiento sobre los mecanismos de acción farmacológica, efectos indeseables y contraindicaciones de fármacos, establecimiento del tratamiento apropiado, dilemas éticos, decisión de establecer la referencia a un nivel de atención de complejidad mayor.

Todas estas variedades de decisiones pueden ser evaluadas de acuerdo con las distintas jerarquías o niveles de la taxonomía de Bloom en la dimensión cognitiva y pueden ser evaluadas en forma aislada o integrada. La forma más apropiada de evaluación es el planteamiento de un problema clínico que presente múltiples elementos y variables. En referencia al conocimiento basal, el problema le permitirá al examinado integrar los componentes para establecer una solución. El examinado tiene que escoger una sola respuesta entre las cuatro opciones que se le plantean. De hecho, antes de leer las alternativas, ya podría haber hallado la solución que, si es correcta, estará entre las cuatro alternativas presentadas.

Para cumplir este propósito de evaluación, el modelo de pregunta o ítem más utilizado en exámenes de alto impacto, es la pregunta de opción múltiple con una sola mejor respuesta como correcta, es decir tiene una única alternativa como respuesta correcta.

La pregunta está construida con un enunciado clínico, también llamado tallo o viñeta.

El enunciado presenta el escenario clínico en forma ordenada, aportando elementos de la anamnesis y el examen físico y, frecuentemente, también con datos de laboratorio, exámenes de gabinete o imagen. Tras esta descripción del caso, se plantea una pregunta directa y específica que guarde correspondencia con el enunciado y que tenga pertinencia con éste.

Tras el enunciado y la pregunta, se desplegarán cuatro alternativas, de las cuales solamente una será correcta. Las alternativas incorrectas se denominan “distractores” y deben ser verosímiles para que la pregunta tenga sentido. Las explicaciones anteriores se ilustran con un ejemplo.

Ejemplo:

Un paciente de 22 años, estudiante universitario, acude al servicio de emergencia de un hospital general por presentar fiebre y odinofagia. Indica que desde hace tres días empezó a sentirse decaído y presentó dolor al tragar los alimentos. El dolor ha progresado en intensidad y ahora le resulta muy molesto incluso el tragar la saliva.

Manifiesta, así mismo, que desde el día anterior tiene fiebre y sudor abundante. Sus antecedentes patológicos personales no son importantes y niega alergias medicamentosas. Durante el examen físico, el paciente se encuentra en buen estado general, ambulatorio. Su temperatura es 38,6 C°; la FC: es de 116/min; la TA: es de 100/70 mm Hg; la FR: es de 14/min; la SpO2 es de 94 % en aire ambiente. En el examen de la faringe, se constata que este órgano está muy eritematoso, especialmente las amígdalas, las cuales muestran áreas purulentas. El resto del examen físico es normal. ¿Cuál es el antibiótico por vía oral que usted elegiría para tratar a este paciente?

- A. Cefadroxilo
- B. Penicilina V
- C. Azitromicina
- D. Clindamicina

La respuesta correcta corresponde al literal B. Si bien es verdad los otros antibióticos también podrían ser exitosos en el tratamiento de una típica faringoamigdalitis bacteriana, probablemente estreptocócica, la mejor respuesta es “B”, por ende, es la respuesta correcta.

5. APLICACIÓN

Todas las etapas del proceso de aplicación conllevan un procedimiento que es cumplido por todos los actores involucrados. Ver Figura 9.

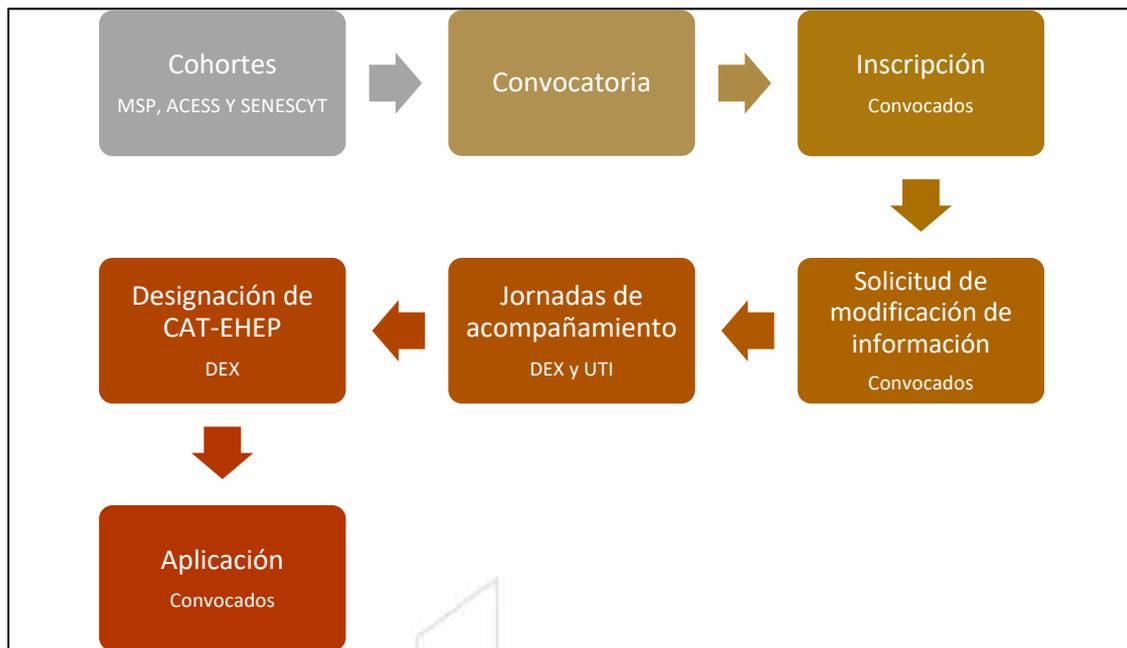


Figura 9. Aplicación (EHEP).

Con base en el Reglamento para el diseño, aplicación y resultados del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional aprobado con Resolución No. 018-SE-06-CACES-2021, de 31 de marzo de 2021

Cohortes

Las cohortes de convocados y las fechas de aplicación del EHEP se determinan en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada y la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, en el marco de lo establecido en la LOES y su Reglamento General.

Convocatoria

La convocatoria se publica en un medio de comunicación escrito de cobertura nacional, conforme lo establece el artículo 15 del Reglamento para el diseño, aplicación y resultados del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional, además, se publica en la página web institucional del CACES y a través de las redes sociales institucionales.

Inscripción

En el proceso de inscripción los convocados ingresan al Sistema de Exámenes para realizar su registro de acuerdo con la “Guía del postulante para el proceso de inscripción al EHEP”, disponible en el mismo Sistema de Exámenes, la página web del CACES <https://www.caces.gob.ec/examen-de-habilitacion-profesional/> y redes sociales institucionales. El periodo de inscripciones consta en la convocatoria al EHEP octubre 2021.

Solicitud de modificación de información

La solicitud de modificación de información registrada durante la inscripción es, únicamente, a nivel de datos personales; los convocados tienen hasta tres (3) días término contados a partir del último día del periodo de inscripción, para presentar su solicitud y deben realizarlo a través del correo electrónico: habilitacion.profesional@caces.gob.ec.

Jornadas de acompañamiento

Las jornadas de acompañamiento se planifican con el objeto de instruir a los postulantes sobre la manera correcta de ingresar al simulador del examen, la lectura y comprensión del marco normativo que rige el proceso del EHEP, el pleno conocimiento de la Guía Metodológica de Orientación y el Protocolo de Bioseguridad que se implementará durante la aplicación del examen.

La asistencia a las jornadas de acompañamiento es de **carácter obligatorio** para los postulantes, en las fechas y horarios establecidos, los cuales serán comunicados a través de su cuenta personal, la página web del CACES y redes sociales institucionales.

Designación de CAT-EHEP

Los convocados en la fase de inscripción, seleccionan la ciudad en la que rendirán el examen, con base en esta información, y conforme a la disponibilidad de laboratorios, se les asigna el Centro Autorizado para la Toma del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional (CAT-EHEP) en el que deberán presentarse el día del examen, estos datos serán notificados al postulante, a través de su cuenta personal en el Sistema de Exámenes.

Aplicación

Es obligación del postulante leer la presente Guía Metodológica de Orientación, a fin de que tenga pleno conocimiento de las instrucciones para la aplicación del examen, así como de las prohibiciones establecidas para el mismo. No se admitirá excusa alguna por el desconocimiento de esta Guía.

6. RESULTADOS

En la fase de “Resultados del EHEP” se realizan las actividades necesarias para tramitar las solicitudes de revisión académica, de revisión de inobservancias y la determinación de resultados del examen. Ver Figura 10.



Figura 10. Flujograma de “Resultados del EHEP”.

Con base en el Reglamento para el diseño, aplicación y resultados del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional aprobado con Resolución No. 018-SE-06-CACES-2021 de 31 de marzo de 2021

Revisión académica

Para la revisión académica, cada evaluado recibe su reporte de respuestas (retroalimentación) a través de su cuenta personal creada en el Sistema de Exámenes durante su inscripción, con este insumo que no constituye el certificado de habilitación para el ejercicio profesional, de considerarlo procedente, presentará su solicitud de revisión académica, dentro de tres (3) días término contados a partir del día de aplicación del examen. La solicitud debe ser realizada desde el Sistema de Exámenes, módulo Resultados, ingresando sus respectivas credenciales.

Para conocer el detalle de las fechas en las que se puede presentar la solicitud de revisión académica, el evaluado las podrá verificar en el cronograma notificado en su cuenta de usuario. Según lo establecido en el artículo 20 del Reglamento para el diseño, aplicación y resultados del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional, las solicitudes presentadas de forma extemporánea o a través de medios distintos a los determinados por el CACES no serán tramitadas.

Determinación de resultados de revisión académica

Los evaluados recibirán la notificación con el resultado a su solicitud, una vez que el Pleno del CACES resuelva sobre las solicitudes de revisión académica presentadas a través de la cuenta personal del Sistema de Exámenes, en el tiempo establecido normativamente en el

artículo 21 del Reglamento para el diseño, aplicación y resultados del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional.

Notificación de inobservancias a los evaluados

Conforme al Reglamento para el diseño, aplicación y resultados del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional, en caso de que el evaluado haya inobservado una o varias de las prohibiciones establecidas en esta Guía, recibirá en su correo electrónico registrado en el momento de la inscripción, a los tres (3) días término de aplicado el examen, una notificación respecto de la o las inobservancias registradas. También podrá revisar las notificaciones de inobservancias a través de la cuenta personal del Sistema de Exámenes, en el tiempo establecido normativamente en el artículo 22 del Reglamento para el diseño, aplicación y resultados del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional.

Solicitud de revisión de inobservancias

Conforme al artículo 22 del Reglamento para el diseño, aplicación y resultados del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional, los evaluados tendrán tres (3) días término desde que fueron notificados de su inobservancia a las prohibiciones establecidas en esta Guía, para solicitar la revisión de inobservancias, y lo deberán hacer únicamente a través de la plataforma informática (Sistema de Exámenes). Las solicitudes presentadas de forma extemporánea o a través de medios distintos a los determinados por el CACES no serán tramitadas.

Resultados

Una vez concluido el trámite de revisión académica y la determinación de inobservancia a las prohibiciones, se determinan los resultados del examen, que son notificados a los evaluados a través de su cuenta personal y mediante su cuenta personal del Sistema de Exámenes.

7. CALIFICACIÓN MÍNIMA PARA APROBAR EL EHEP

Conforme al artículo 11 del Reglamento para el diseño, aplicación y resultados del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional, para aprobar el EHEP en cada convocatoria, los evaluados requerirán obtener una calificación mínima equivalente al 65% de respuestas correctas del total de preguntas formuladas.

Si como consecuencia del procedimiento de revisión académica contemplado en el artículo

21 de este Reglamento, se determina la anulación de una o varias preguntas, se efectuarán los cálculos necesarios para la determinación de resultados sin considerar tales preguntas.

Adicionalmente, la disposición general décima primera del citado Reglamento señala que en cada proceso de aplicación del EHEP, la Comisión Permanente de Habilitación para el Ejercicio Profesional en coordinación con la Secretaría Técnica, podrá presentar al Pleno del CACES una propuesta alternativa, basada en las metodologías absolutas o relativas, para el establecimiento de puntos de corte, siempre y cuando no perjudique a los evaluados, observando el artículo 11 del Reglamento.

Para la definición de punto de corte se establecen metodologías absolutas y relativas que son ampliamente utilizadas a nivel mundial; es así que entre los métodos absolutos más utilizados están Bookmark e *Item Mapping*¹ (en estos métodos también se involucran las directivas de construcción de ítems, para elaborar y clasificar las preguntas del examen de acuerdo con su dificultad), en tanto que respecto a los métodos relativos hay gran diversidad de propuestas entre las que se mencionan Método de Percentiles, Mediana de los diez (10) mejores puntuados, Número de preguntas que deben ser contestadas correctamente, entre otras (estos proporcionan información sobre el desempeño de un individuo frente al desempeño de un grupo de referencia de examinados), mismos que se describen en el Anexo No. 1.

8. DETERMINACIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo con el Artículo 23 del Reglamento para el diseño, aplicación y resultados del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional, una vez concluido el trámite de revisión académica y la determinación de inobservancia a las prohibiciones, la Secretaría Técnica elaborará el informe técnico de resultados definitivos del EHEP y presentará a la Comisión Permanente de Habilitación para el Ejercicio Profesional, quien pondrá a consideración del Pleno, para su resolución.

El Pleno del CACES determinará los siguientes resultados:

- a. Aprobado. - Cuando el evaluado alcance el mínimo desempeño establecido; y,
- b. No aprobado. - Cuando el evaluado no alcance el mínimo desempeño establecido.

¹ (Wang, 2003).

9. INSTRUCCIONES PARA RENDIR EL EXAMEN

A continuación, se describen aspectos importantes que todos los postulantes deben considerar para el antes, durante y después de la aplicación del EHEP.

El postulante debe cumplir obligatoriamente con lo establecido en el Protocolo de Bioseguridad para la aplicación del EHEP implementado en el CAT-EHEP, disponible en el Anexo No. 3.

9.1 ANTES DE LA APLICACIÓN

El postulante debe:

- 9.1.1 Haber leído la “Guía del postulante para el proceso de inscripción al EHEP”, documento al que el postulante tiene acceso al inicio del proceso de inscripción a través de la página web institucional del CACES: <https://www.caces.gob.ec>, sección “Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional”.

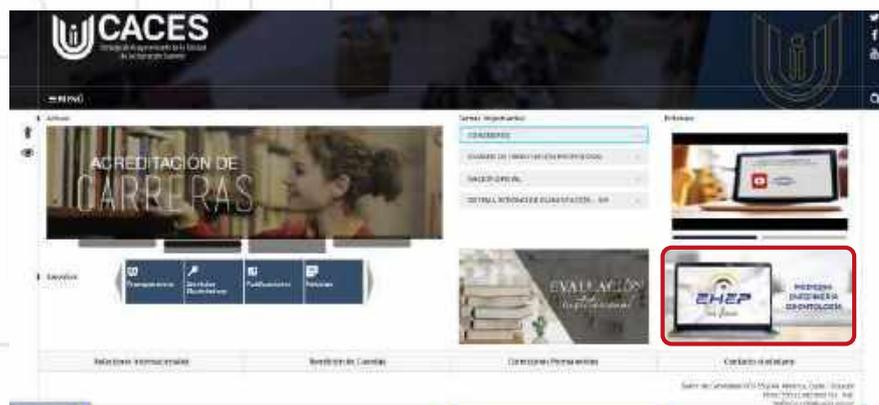


Figura 11. Página web del CACES

- 9.1.2 Haber realizado el proceso de inscripción en la página web institucional del CACES: <https://www.caces.gob.ec>, sección: “Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional”, módulo “Registro”. El periodo de inscripciones consta en la convocatoria al EHEP a aplicarse en octubre 2021.

- 9.1.3 Haber impreso y leído el “Acuerdo de Confidencialidad y Consentimiento Informado” y una vez entendido y aceptado, firmarlo con esferográfico de tinta color azul, tendrá acceso a este documento al final del procedimiento de inscripción. El “Acuerdo de Confidencialidad y Consentimiento Informado” firmado **es indispensable para el ingreso al Centro Autorizado para la Toma del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional (CAT-EHEP) al que sea asignado.**

- 9.1.4 Haber accedido a su cuenta personal creada en el proceso de inscripción, para conocer el Centro Autorizado para la Toma del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional al que haya sido asignado, y **haber impreso el “Formulario de Inscripción” en las fechas establecidas por el CACES y firmarlo con esferográfico de tinta color azul. Este documento es indispensable para el ingreso al (CAT-EHEP) al que usted sea asignado.**
- 9.1.5 Asistir al Centro Autorizado para la Toma del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional (CAT-EHEP) al que sea asignado, una hora antes del inicio del EHEP. El postulante que no se presente en el CAT-EHEP al que sea asignado, por lo menos 30 minutos antes del inicio del EHEP, no podrá rendir el examen.
- 9.1.6 **Es obligatorio el uso de mascarilla**, utilizar vestimenta adecuada, no se permite, sacos o chompas grandes, gafas, gorras, bufandas, orejeras, diademas y/o cintillos. Es opcional el uso de implementos de bioseguridad, tales como: visor, cofia quirúrgica, alcohol antiséptico.
- 9.1.7 Llevar el **“Acuerdo de Confidencialidad y Consentimiento Informado”, el “Formulario de Inscripción” impresos y debidamente firmados con esferográfico de tinta color azul, la cédula de identidad, pasaporte o carné de refugiado; documentos que deberán ser originales, vigentes y en buen estado**, los mismos que los presentará al ingreso del CAT-EHEP.
- 9.1.8 Entregar los siguientes documentos al aplicador antes de su ingreso al aula o laboratorio de informática:
- ✓ **Cédula de ciudadanía, pasaporte o carné de refugiado,**
 - ✓ **Formulario de inscripción, debidamente firmado,**
 - ✓ **Acuerdo de confidencialidad y consentimiento informado, debidamente firmado.**
- 9.1.9 Colocar en el sitio dispuesto por el aplicador, todos los dispositivos electrónicos que lleve consigo, tales como: teléfonos celulares, audífonos, dispositivos de memoria externa, relojes inteligentes y demás que puedan poner en riesgo la debida aplicación del examen, estos le serán devueltos al finalizar el examen. Recuerde que tener estos dispositivos electrónicos está prohibido durante la aplicación el examen.
- 9.1.10 Ubicarse en el sitio designado por el aplicador, ahí, en la pantalla de la computadora asignada, visualizará la imagen que se muestra en la Figura 12; con orden del aplicador, en los campos respectivos, digitará su usuario y contraseña previamente recibidos.

9.1.11 Una vez que haya accedido a la plataforma de evaluación, deberá cumplir con las indicaciones y observar todas las prohibiciones establecidas en esta Guía.



Figura 12 . Link de ingreso al EHEP

9.1.12 Cuando el postulante no pueda presentarse a rendir el Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional de la carrera de Medicina de forma presencial por hospitalización o enfermedad (incluido COVID 19) que torne imposible la participación del postulante en el EHEP, esta situación será justificada documentadamente, mediante certificado o certificados originales, firmados y sellados, emitidos por autoridad sanitaria competente que explícitamente indique la imposibilidad de presentarse en el CAT-EHEP para rendir el examen la fecha, día y hora señalados en la convocatoria. Los certificados se deben presentar hasta tres días laborables después de la aplicación del examen a través del correo electrónico habilitacion.profesional@caces.gob.ec, siempre que los documentos cuenten con firma electrónica; los documentos que cuenten con firma manual deben ingresar a la ventanilla física del CACES ubicada en las calles Barón de Carondelet N37-55 y Av. América, Quito-Ecuador.

Para las situaciones descritas en el párrafo inmediato anterior; y, de caso fortuito o fuerza mayor, establecidos en el artículo 30 del Código Civil, el sustento de la solicitud de justificación será analizada por la Comisión Permanente de Habilitación para el Ejercicio Profesional para su aprobación.

Para aquellos postulantes que cuenten con la documentación indicada en esta Guía, para la justificación de su inasistencia, su no presentación se visualizará en el Sistema de Exámenes como “No Presentado”.

9.2 DURANTE LA APLICACIÓN

Para evitar posibles errores y consecuencias de las acciones que se aplicarán por el incumplimiento de las instrucciones o la inobservancia de las prohibiciones durante el desarrollo del examen, el postulante deberá observar lo siguiente:

9.2.1 Escuchar con atención y cumplir las indicaciones, instrucciones y prohibiciones emitidas por el aplicador. Los postulantes podrán realizar preguntas, atinentes y pertinentes.

9.2.2 Ingresar el usuario y contraseña en los campos mostrados en la pantalla que se presenta en la plataforma de evaluación, seguidamente debe hacer clic en el botón “Aceptar” y leer detenidamente todos los mensajes presentados, de esa forma estará listo para iniciar el examen a la hora establecida.

9.2.3 Tener abierta solamente la ventana de la plataforma de evaluación y permanecer así durante la aplicación del examen.

9.2.4 El postulante tendrá cuatro (4) horas para responder todas las preguntas del examen, en un solo intento.

9.2.5 Seleccionar una sola opción de respuesta para cada pregunta.

9.2.6 Revisar el cronómetro en la pantalla de la plataforma de evaluación para controlar su tiempo restante.

9.2.7 Recuerde las siguientes medidas de bioseguridad:

a. Utilizar correctamente la mascarilla (cubrir nariz y boca).

9.2.8 Recuerde que durante el examen:

a. El postulante debe permanecer en silencio durante el examen y no solicitar ni brindar ayuda a otro postulante.

b. No debe usar las siguientes herramientas informáticas:

- ✓ Programas de office como Excel, Word, PowerPoint u otros.
- ✓ Programas de comunicación como Skype, Teams, Google Meet, entre otros.
- ✓ Cualquier página web, ventana o pestaña adicional que no sea la ventana de la plataforma de evaluación.
- ✓ Programas que capturen pantallas o similares.

9.2.9 Observar todas las prohibiciones establecidas en esta Guía.

Si el aplicador del examen detecta el incumplimiento de alguna de las instrucciones indicadas, registrará el hecho e informará al postulante las normas incumplidas e

inmediatamente le solicitará que salga del laboratorio, lo cual derivaría en la posible anulación del examen a pesar de que el postulante haya finalizado la prueba.

Todo incidente que ocurra durante la aplicación del examen deberá ser oportunamente notificado al aplicador y este a su vez al supervisor y coordinador. Éstos deben ser solucionados en el momento mismo del examen, cuando el problema corresponda a temas tecnológicos, se esperará el tiempo que requiera ser solventado el inconveniente.

La Secretaría Técnica elaborará un informe motivado sobre los incidentes registrados durante la aplicación del EHEP, para conocimiento y aprobación de la Comisión Permanente de Habilitación para el Ejercicio Profesional, y su posterior notificación a los evaluados interesados.

9.3 INDICACIONES PARA RESPONDER EL EXAMEN

9.3.1 Leer el texto completo de la pregunta.

9.3.2 Seleccionar solo una respuesta marcando con el puntero del mouse en el respectivo casillero, ver Figura 13.

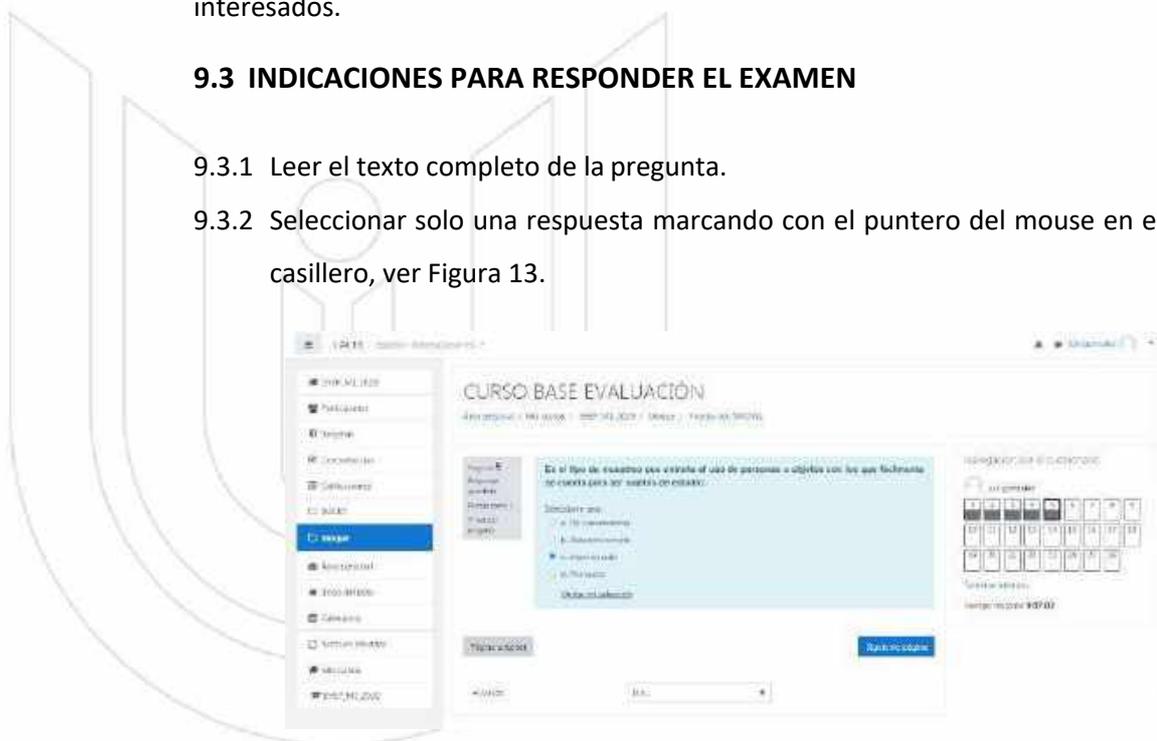


Figura 13. Selección de una sola respuesta

9.3.3 Puede revisar las preguntas del examen en cualquier momento, durante el tiempo que dure la aplicación.

9.3.4 Es importante verificar el tiempo restante del examen mientras está contestando las preguntas, recordar que dispone de cuatro (4) horas para responder a todas las preguntas.

9.4 DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL EXAMEN

9.4.1 El evaluado al terminar su examen levantará la mano y notificará al aplicador.

9.4.2 En presencia del aplicador, deberá hacer clic en el botón “Enviar todo y terminar”, ver Figura 14.

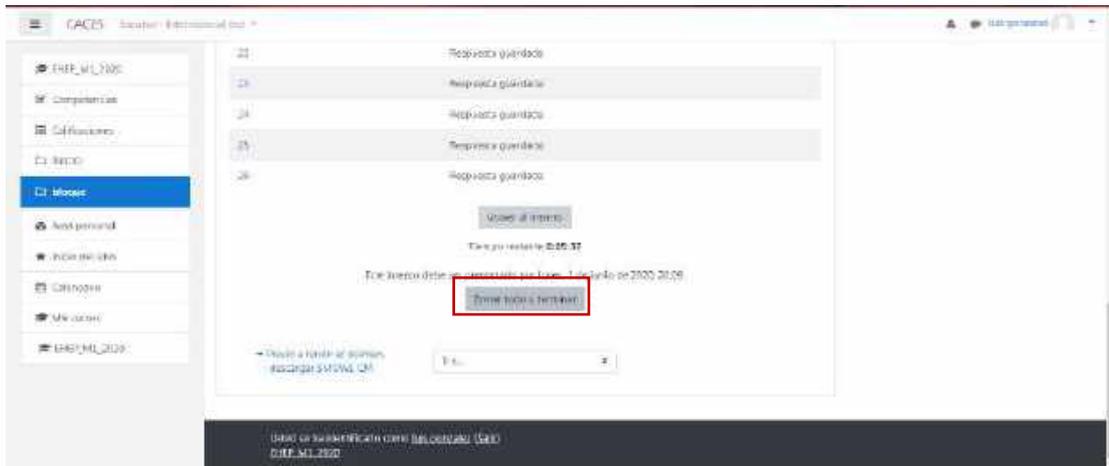


Figura 14. Finalización del EHEP

- 9.4.3 El evaluado verificará la recepción de la “notificación” de confirmación de envío del examen.
- 9.4.4 El evaluado, al finalizar el examen podrá visualizar en la pantalla de la plataforma de evaluación su cuadro resumen de respuestas, lo cual no constituye pronunciamiento oficial del CACES respecto de los resultados finales.
- 9.4.5 El evaluado a través de su cuenta personal creada en el Sistema de Exámenes, recibirá el reporte de respuestas (retroalimentación) con el tema, las referencias bibliográficas y las argumentaciones de cada respuesta incorrecta. Este reporte servirá para fundamentar su solicitud de revisión académica y no constituye un certificado de habilitación, conforme consta en el artículo 19 del Reglamento para el diseño, aplicación y resultados del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional.

10. INSTRUCCIONES PARA LA DESCARGA DEL CERTIFICADO DE HABILITACIÓN

Los evaluados que han participado en la aplicación del EHEP y lo aprueben, podrán descargar el certificado de habilitación que contendrá la siguiente información:

- a. Nombres y Apellidos del evaluado;
- b. Código o Número del documento de identidad;
- c. Carrera del evaluado;
- d. Resultado: Aprobado;
- e. Calificación;
- f. Fecha de aplicación del examen;

- g. Fecha de emisión del certificado;
- h. Resolución de aprobación; y,
- i. Dirección URL para verificación de la información.

El certificado será un requisito previo a la habilitación que emita el órgano o entidad competente, de conformidad con lo establecido en la LOES.

10.1. DESCARGA DESDE LA CUENTA PERSONAL DEL EVALUADO APROBADO

El evaluado debe ingresar a la página web institucional del CACES <https://habilitacion.caces.gob.ec/habilitacion/paginas/inicio.jsf>

Posteriormente debe seleccionar el *Tipo de Identificación*, ingresar la *Identificación*, seleccionar el Módulo: **Resultados**, clic en el cuadro *No soy un robot* y clic en el botón *Ingresar*.

En la pantalla presentada debe digitalizar la contraseña que ingresó en el proceso de registro. Una vez ingresada esta información se muestra la pantalla en el lado izquierdo, seleccionar la opción **Resultado**, donde se publicará la información del Examen, en el campo Acciones se encuentra la opción *Imprimir Certificado*.

10.2. DESCARGA DESDE LA OPCIÓN “CONSULTA DE RESULTADOS DEL EXAMEN DE HABILITACIÓN PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL”

Para obtener el certificado de habilitación desde la página web institucional del CACES, el evaluado debe ingresar al enlace <https://www.caces.gob.ec> y seleccionar la opción “Servicios electrónicos”, presionando el puntero sobre el ícono correspondiente. Desplazar la página hasta el final de la misma, y seleccionar la opción Consulta de Resultados del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional, presionando el puntero sobre el texto de esta opción.

También lo puede realizar directamente desde el siguiente enlace: <https://habilitacion.caces.gob.ec/habilitacionResultados/paginas/resultadosHabilitacionProfesional.jsf>

Dentro del cuadro de diálogo “Datos de Consulta”, seleccionar “identificación” o “apellidos”, según el criterio escogido, ingresar la información que corresponda, luego digitar el código “captcha” que se muestra en la pantalla, presionar el botón “consulta” para obtener la información requerida, esta se despliega en el campo “Resultados”; si el evaluado está

aprobado, presionando el botón “Acciones”, podrá descargar el certificado de habilitación.

11. PROHIBICIONES

Las personas que incurran en las prohibiciones establecidas en la presente Guía estarán sujetas a la anulación de su examen, de conformidad con el artículo 22 del Reglamento para el diseño, aplicación y resultados del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional.

En la aplicación del examen está prohibido:

1. Presentarse a rendir el examen portando cédula de identidad, certificado de identidad y estado civil, pasaporte o carné de refugiado que se encuentren fotocopiados, en mal estado, caducado o con algún tipo de adulteración.

En caso de pérdida o robo del documento de identidad, el postulante podrá ingresar al CAT-EHEP con la respectiva denuncia realizada ante el organismo correspondiente.

2. Presentarse a rendir el examen sin el “Acuerdo de Confidencialidad y Consentimiento Informado” y el “Formulario de Inscripción” impresos y debidamente firmados con esferográfico de tinta color azul.
3. Presentarse a rendir el examen bajo la influencia de bebidas alcohólicas o cualquier otra sustancia estupefaciente o psicotrópica.
4. Presentarse a rendir el examen sin mascarilla, además su uso adecuado cubriendo nariz y boca es obligatorio antes, durante y después de la aplicación.
5. Ingresar al CAT-EHEP con armas de fuego, corto punzantes u otras que puedan causar daños.
6. Suplantar a la persona convocada a rendir el examen. De llegarse a determinar tal situación, se aplicarán las sanciones establecidas en la normativa vigente, sin perjuicio de las medidas penales determinadas en las leyes ecuatorianas.
7. Portar y/o utilizar durante la aplicación del examen cualquier dispositivo electrónico, sea que esté encendido o apagado, tales como: teléfono celular, micrófonos, audífonos, relojes inteligentes, calculadoras o similares. Se exceptúan prótesis y dispositivos utilizados debido a deficiencias físicas cuyo uso será justificado por el evaluado mediante el envío del carnet de discapacidad, al correo electrónico: habilitacion.profesional@caces.gob.ec, en el periodo de inscripción al EHEP.
8. Intercambiar información verbal, escrita, señas o por mensajes electrónicos (correo electrónico, WhatsApp, Telegram, Facebook, Twitter, entre otras redes sociales) por cualquier medio, con terceras personas antes, durante o después de la aplicación del examen.

9. Incurrir en faltas de respeto verbal o gesticular en contra del aplicador, otros evaluados y demás actores presentes en el CAT-EHEP.
10. Reproducir total o parcialmente las preguntas del examen para su uso o divulgación, mediante capturas de pantalla, fotos o videos, a través de páginas web, redes sociales, aplicativos de mensajería y otros mecanismos de difusión, ya sea antes, durante o después de la aplicación.
11. Ser el creador de grupos de redes sociales o integrante de los mismos, en los cuales se intercambie información confidencial relacionada con la aplicación de la evaluación.
12. Ser el creador de documentos en Word, PDF, Excel, PowerPoint y demás aplicativos, en los cuales se intercambie información confidencial relacionada con la aplicación de la evaluación.
13. Usar durante el examen las siguientes herramientas informáticas:
 - a. Programas de office como Excel, Word, PowerPoint u otros.
 - b. Programas de comunicación como Skype, Teams, Google Meet, entre otros.
 - c. Cualquier página web, ventana o pestaña adicional que no sea la ventana de la plataforma de evaluación.
 - d. Programas que capturen pantallas.
14. Salir del aula o laboratorio durante las horas en las que está rindiendo el examen, sin autorización del aplicador.
15. Tener en su poder información de los instrumentos de evaluación e información confidencial de las evaluaciones anteriores o de la evaluación a desarrollar, para su beneficio (con fines comerciales o no) o de terceros (fichas de apoyo).
16. Violentar los protocolos y buenas prácticas de seguridad informática.
17. Activar dispositivos electrónicos que permitan conexiones externas al CAT-EHEP.
18. Recibir ayuda desde conexiones externas al CAT-EHEP durante la aplicación del examen.
19. Tener abierta en su computadora cualquier otra ventana que no sea de la plataforma de evaluación o las que disponga el CACES para la aplicación del examen.
20. Portar cualquier dispositivo que pueda emplearse para copiar, reproducir el examen o plagiar su contenido.
21. Grabar y/o difundir la información contenida en los exámenes a través de páginas web, redes sociales, aplicativos de mensajería y otros mecanismos de difusión, ya sea antes, durante o después de la aplicación.
22. Usar o divulgar información confidencial.
23. Incitar a la violencia antes, durante y después de la evaluación.

24. Solicitar o recibir ayuda de terceros que dé una ventaja inmerecida en la aplicación de la evaluación.
25. Incurrir en actos de deshonestidad académica o fraude académico.
26. Mantener a su alrededor sacos, chompas, gafas, gorras, bufandas, orejeras, alimentos, bebidas, mochilas, bolsos, carteras u cualquier otro objeto que pueda emplearse para obtener ventaja en el desarrollo de la evaluación.

12. ACCIONES EN CASO DE INCURRIR EN LAS PROHIBICIONES

AL MOMENTO DEL INGRESO AL CAT-EHEP

Si el postulante incurre en las prohibiciones o no cumple con las instrucciones descritas en la presente Guía para el ingreso al "Centro Autorizado para la Toma del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional", no podrá ingresar al mismo y no podrá rendir el examen, por lo tanto, deberá presentarse en la próxima aplicación del EHEP.

DURANTE LA APLICACIÓN DEL EXAMEN

Si el postulante incurre en las prohibiciones o no cumple con las descritas en la presente Guía durante la aplicación del examen, el aplicador reportará el incidente y solicitará al postulante que salga inmediatamente del aula o laboratorio.

De presentarse un incidente, se procederá conforme el artículo 22 del Reglamento para el diseño, aplicación y resultados del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional.

13. PREGUNTAS FRECUENTES

1. ¿Qué son competencias profesionales?

Se define como la posesión de un nivel satisfactorio de conocimiento y de habilidades relevantes que incluyen componentes relacionales y técnicos, hacen referencia a características subyacentes en el estudiante que requieren de una formación continua de diferentes niveles de intensidad. Estos conocimientos y habilidades son necesarios para realizar las tareas propias de la profesión.

2. ¿Qué son niveles de competencias profesionales?

Se define como el grado de competencia requerido en las funciones de una profesión, obtenido como combinación de factores que determinan la complejidad, el grado de

autonomía, responsabilidad y las exigencias de conocimientos propios del desempeño idóneo de sus funciones. En el Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional (EHEP) los niveles de competencia y sus descriptores son “declaraciones de lo que se espera que un profesional sea capaz de hacer en el ejercicio de su accionar, son acciones observables y por lo tanto evaluables”.

3. ¿Por qué el CACES evalúa a los profesionales de Medicina?

Porque el artículo 104 de la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES) establece: “El Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES) desarrollará un Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional, en aquellas carreras que pudieran comprometer el interés público, poniendo en riesgo esencialmente la vida, la salud y la seguridad de la ciudadanía (...)”.

4. ¿Cuál es el objetivo de la evaluación?

El objetivo de la evaluación es garantizar a la ciudadanía ecuatoriana que los profesionales de la carrera de Medicina tengan los conocimientos necesarios para el ejercicio de su profesión.

5. ¿Qué día se publicará la convocatoria?

La convocatoria estará publicada en un medio de comunicación escrito de cobertura nacional los días 04 y 05 de septiembre de 2021, conforme lo establece el artículo 15 del Reglamento para el diseño, aplicación y resultados del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional, además, se publicará en la página web institucional del CACES y a través de las redes sociales institucionales.

6. ¿Quiénes deben rendir el Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional de Medicina?

El Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional de Medicina deben rendirlo:

- a. Los estudiantes de las universidades y escuelas politécnicas nacionales que iniciaron el internado rotativo en septiembre 2020 de acuerdo con la normativa vigente del Ministerio de Salud Pública. Podrán rendir el Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional de manera opcional aquellos que iniciaron el internado rotativo en mayo de 2021.
- b. Los profesionales con título de tercer nivel de grado en Medicina, obtenido en el extranjero, y que registraron su título en la SENESCYT entre el 01 de enero de 2014 y el 11 de septiembre de 2021.

- c. Los profesionales con título de tercer nivel de grado en Medicina, obtenido en universidades y escuelas politécnicas nacionales, cuyo título se registró en la SENESCYT entre el 01 de enero de 2014 y el 11 de septiembre de 2021.
- d. Quienes, habiendo sido convocados, no se inscribieron, no se presentaron o no aprobaron el examen en convocatorias anteriores.

La información se puede revisar en el siguiente link <https://www.caces.gob.ec/examen-de-habilitacion-profesional/>

7. ¿Dónde debo inscribirme para rendir el examen?

En la página web institucional del CACES, <https://www.caces.gob.ec>

Durante el proceso de inscripción asegúrese que los datos registrados, como: nombres, apellidos y correo electrónico, estén correctamente digitados. Recuerde la ciudad en la que elija rendir el examen, **no puede cambiarse**.

Después de realizar la inscripción, debe imprimir el “Acuerdo de Confidencialidad y Consentimiento Informado”; y, posteriormente, el “Formulario de Inscripción”, deben estar debidamente firmados con esferográfico de tinta color azul, estos documentos son requisitos indispensables para ingresar al CAT-EHEP y rendir el examen.

8. ¿Dónde puedo descargar los instrumentos del proceso EHEP?

El postulante podrá encontrar el Reglamento, Cronograma, Guías Metodológicas, Jornadas de acompañamiento, Lugar para rendir el examen y demás documentación de interés en el siguiente enlace <https://www.caces.gob.ec/examen-de-habilitacion-profesional/>.

9. ¿Dónde puedo consultar el cronograma del EHEP?

Conforme al artículo 5 del Reglamento para el diseño, aplicación y resultados del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional, el cronograma del EHEP, que contiene el calendario de ejecución de las actividades establecidas para el EHEP, será publicado en la página web institucional del CACES, en la sección desarrollada para este fin y será enviado a la cuenta de usuario de los postulantes, previo a la fecha en la que se aplique el EHEP.

10. ¿Qué debo hacer si no puedo acceder al Sistema de Exámenes o si ingresé mal mis datos personales?

Si no puede acceder al Sistema de Exámenes, dentro del periodo de inscripciones, debe enviar un correo con su requerimiento a: habilitacion.profesional@caces.gob.ec, adjuntando la captura de pantalla que visualice el inconveniente suscitado, dentro del periodo de

inscripciones establecido.

Si durante el proceso de inscripción en la plataforma del CACES, ingresó mal sus datos personales, deberá descargar de la página institucional del CACES el formulario “Solicitud de Modificación de Información”, llenarlo con la información correcta, suscribirlo y remitirlo junto con una copia de su documento de identificación a: habilitacion.profesional@caces.gob.ec, su solicitud la podrá realizar hasta tres (3) días término contados desde el último día del periodo de inscripciones, según lo establecido en el cronograma se realizará del 13 al 15 de septiembre de 2021.

Cumplido el plazo para la inscripción para rendir el EHEP, no se aceptarán nuevas solicitudes las mismas que serán consideradas extemporáneas y por lo tanto se procederá a su archivo.

11. ¿Qué debo hacer si no puedo imprimir mi formulario de inscripción?

Puede enviar un correo electrónico con el detalle de su requerimiento a: habilitacion.profesional@caces.gob.ec.

12. ¿El CACES oferta o avala cursos o talleres de preparación para el examen aplicado?

No, el CACES no oferta ni avala talleres de preparación para el examen.

13. ¿Qué se debe hacer si el evaluado tiene alguna discapacidad?

Si el postulante tiene alguna discapacidad, durante la fase de “Inscripción”, en el Sistema de Exámenes, deberá registrar su información, y de ser necesario, de acuerdo al tipo de discapacidad y nivel de la misma hará conocer su requerimiento específico, debidamente justificado para rendir el examen, a la Comisión de Habilitación para el Ejercicio Profesional, a través del correo electrónico: habilitacion.profesional@caces.gob.ec

Las indicaciones particulares para la aplicación del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional a personas con discapacidad constan en el Anexo No. 2.

La Comisión Permanente de Habilitación para el Ejercicio Profesional adoptará los mecanismos necesarios para garantizar que las personas con discapacidad participen en igualdad de condiciones a lo largo del proceso de aplicación del EHEP. Con este fin, las disposiciones contenidas en la presente Guía podrán adaptarse a las necesidades del postulante.

14. ¿Qué tipo de examen se va a aplicar?

El examen es modalidad digital con aplicación presencial, de opción múltiple y lo deberá resolver en un solo intento, en el “Centro Autorizado para la Toma del Examen de

Habilitación para el Ejercicio Profesional” al que haya sido asignado.

15. ¿Cuánto tiempo durará el examen?

El examen tiene una duración de cuatro (4) horas.

Recuerde, una vez iniciado el examen lo debe finalizar porque la plataforma de evaluación no le permitirá retomararlo para un nuevo intento, pues solo tiene un único intento.

16. ¿Cuántas preguntas tendrá el examen?

El examen tiene 150 preguntas.

17. Durante el examen, ¿Puedo corregir mi respuesta si me equivoqué?

Sí, si se equivoca en la selección de la respuesta puede regresar a la pregunta deseada en cualquier momento del examen y corregirla, dentro del plazo establecido para rendir el examen.

18. ¿Si no apruebo el examen, no me gradúo?

Este examen no es vinculante para la graduación del estudiante. Sin embargo, sin el certificado de habilitación, el estudiante y/o profesional no podrá postularse para el año de salud rural de servicio social a profesionales de la salud, con base en la normativa del Ministerio de Salud Pública del Ecuador; y, por lo tanto, no podrá ser registrado para el libre ejercicio de su profesión.

19. ¿El examen tiene algún costo para el postulante?

No, es un proceso gratuito para el postulante.

20. ¿Qué son las jornadas de acompañamiento?

Las jornadas de acompañamiento son capacitaciones impartidas por el personal del CACES para los postulantes que se inscribieron para rendir el EHEP de las carreras de la salud.

21. ¿Cuál es el contenido de las jornadas de acompañamiento?

Esta actividad se planifica con el objeto de instruir a los postulantes respecto de la manera correcta de ingresar al simulador del examen, la lectura y comprensión del marco normativo que rige el proceso del EHEP, el pleno conocimiento de la Guía Metodológica de Orientación (GMO) y el Protocolo de bioseguridad que se implementará durante la aplicación del examen.

Cabe indicar que le permite a los postulantes conocer la estructura, formato y tipo de preguntas que serían aplicadas, además de obtener información sobre el tiempo que le demandaría rendir el examen y la exigencia de estudio requerida para solventar el límite de

tiempo. Las preguntas del simulador no son las que se aplican en el examen.

22. ¿En qué fecha se realizarán las jornadas de acompañamiento?

Del 27 al 29 de septiembre de 2021 y su asistencia es obligatoria.

23. ¿Dónde debo presentarme para rendir el examen?

Usted debe presentarse a rendir el examen en el Centro Autorizado para la Toma Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional (CAT-EHEP) que se le asigne y notifique, ubicado en la ciudad que usted seleccionó en el proceso de inscripción.

Recuerde una vez seleccionada la ciudad en la que rendirá el examen y asignado su CAT-EHEP, no podrá cambiarlos.

24. ¿Puedo presentarme en otra ciudad que no sea la que haya escogido al registrarme en el Sistema de Exámenes?

No, los postulantes que rendirán el Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional deben presentarse en la ciudad que escogieron al inscribirse en el Sistema de Exámenes, en la que está ubicado el CAT-EHEP que se le asigne. La distribución de los postulantes en cada ciudad se realiza en función a la inscripción que hizo cada uno de los convocados.

25. ¿A qué hora debo presentarme para rendir el examen?

Debe presentarse en el CAT-EHEP que se le asigne y notifique, ubicado en la ciudad que seleccionó en el proceso de inscripción, con al menos **una (1) hora** de anticipación a la hora de inicio del examen.

Para la carrera de Medicina, el horario es el siguiente:

Fecha y hora de aplicación: 17 de octubre de 2021, de 08:30 a 12:30 horas.

26. ¿Qué pasa si no puedo presentarme a rendir el examen de forma presencial?

Si el postulante no puede presentarse a rendir el Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional de la carrera de Medicina de forma presencial por hospitalización o enfermedad (incluido COVID 19) que torne imposible la participación del postulante en el EHEP, esta situación será justificada documentadamente, mediante certificado o certificados originales, firmados y sellados, emitidos por autoridad sanitaria competente que explícitamente indique la imposibilidad de presentarse en el CAT-EHEP para rendir el examen la fecha, día y hora señalados en la convocatoria. Los certificados se deben presentar hasta tres días laborables después de la aplicación del examen a través del correo electrónico habilitacion.profesional@caces.gob.ec, siempre que los documentos cuenten con firma

electrónica; los documentos que cuenten con firma manual deben ingresar a la ventanilla física del CACES ubicada en las calles Barón de Carondelet N37-55 y Av. América, Quito-Ecuador.

Para las situaciones descritas en el párrafo inmediato anterior; y, de caso fortuito o fuerza mayor, establecidos en el artículo 30 del Código Civil, el sustento de la solicitud de justificación será analizada por la Comisión Permanente de Habilitación para el Ejercicio Profesional para su aprobación.

Para aquellos postulantes que cuenten con la documentación indicada en esta Guía, para la justificación de su inasistencia, su no presentación se visualizará en el Sistema de Exámenes como “No Presentado”.

27. Qué sucede cuando el postulante no llega a la hora establecida para el ingreso al CAT-EHEP?

En caso de que el postulante no llegue al menos 30 minutos antes de la hora de inicio del examen establecida en la presente guía, este no podrá ingresar a rendir el examen; y, deberá presentarse en la próxima convocatoria, sin perjuicio de que este evento, sea contabilizado para el cómputo de presentaciones anteriores.

28. ¿Qué documentos debo llevar para rendir el examen?

Para ingresar a rendir el examen debe llevar:

- “Acuerdo de Confidencialidad y Consentimiento Informado” y el “Formulario de Inscripción” impresos y firmados; y,
- Documento de identidad (cédula de identidad, certificado de identidad y estado civil, pasaporte o carné de refugiado) cuyo número sea el registrado en el proceso de inscripción

Todos estos documentos deberán ser originales, estar vigentes y en buen estado.

En caso de pérdida o robo del documento de identidad (cédula de identidad, certificado de identidad y estado civil, pasaporte o carné de refugiado), el postulante puede ingresar al CAT-EHEP con la respectiva denuncia realizada ante el organismo correspondiente.

29. ¿Necesito materiales de oficina para resolver el examen?

No necesita ningún material de oficina para resolver el examen.

30. ¿Es necesario que lleve un computador para rendir el examen?

No, usted no debe llevar computador para rendir el examen, el CAT-EHEP pondrá a

disposición de cada postulante, una computadora debidamente configurada de acuerdo con los requerimientos del CACES para rendir el examen.

31. ¿Puedo llevar celular, dispositivos electrónicos y/o comida?

No, el postulante no podrá llevar, ni celular ni cualquier otro tipo de dispositivo electrónico, tampoco podrá ingerir alimentos o bebidas durante el examen, si lo hace, el hecho será registrado, lo que derivaría en la posible anulación del examen.

32. ¿Qué pasa si se presentan inconvenientes para ingresar a la plataforma de evaluación?

Si durante el examen tiene inconvenientes para ingresar a la plataforma de evaluación, usted recibirá asistencia técnica por parte del personal de soporte tecnológico en el sitio.

33. ¿Qué pasa si falla el internet o si existe un corte de energía eléctrica y se cierra el examen sin que lo haya finalizado?

La plataforma de evaluación almacena sus respuestas, por lo tanto, en caso de una pérdida de conectividad o de energía eléctrica, podrá regresar a la última pregunta contestada previo a tal pérdida de conexión.

34. ¿Antes de enviar el examen, la plataforma de evaluación me enviará un mensaje donde me digan si todas las respuestas están contestadas?

En la pantalla que presenta la plataforma de evaluación, usted podrá observar los números de las preguntas que ha respondido, en caso de no haber contestado todas las preguntas, usted puede resolverlas, dentro del tiempo establecido para rendir el examen, cuatro (4) horas.

35. ¿Puedo revisar las preguntas que respondí con anterioridad?

Sí, en cualquier momento dentro del tiempo establecido para rendir el examen es posible retroceder a las preguntas deseadas con el fin de asegurar la respuesta o contestarlas en caso de que aún no estén respondidas.

36. ¿De qué manera puedo comprobar que mi examen fue enviado y recibido?

Al momento de enviar el examen, usted recibirá la “notificación” de confirmación de envío del examen en la plataforma de evaluación, lo que significa que el examen fue enviado. Además, a través de su cuenta personal en el Sistema de Exámenes, recibirá el reporte de respuestas o retroalimentación de las preguntas respondidas incorrectamente, esta retroalimentación contiene el componente, el tema, la argumentación y la bibliografía de cada pregunta respondida incorrectamente.

37. ¿En qué fecha debo presentar la solicitud de revisión académica?

La revisión académica debe presentarse del 18 al 20 de octubre de 2021, mediante los canales establecidos.

38. ¿Cómo debo presentar una solicitud de revisión académica?

Deberá presentarla a través del Sistema de Exámenes, su argumento debe ser planteado con una base científica y estar respaldada en referencias bibliográficas debidamente descritas, de conformidad con las normas generales de citado.

La solicitud será presentada en el término de tres días contados a partir de la fecha de aplicación del examen del evaluado, a través del módulo “Resultados”, del Sistema de Exámenes, en la página institucional del CACES: <https://www.caces.gob.ec>

39. ¿En qué fecha se determinan los resultados de la solicitud de revisión académica?

Como resultado de la etapa de revisión académica, se podrá recomendar al pleno del CACES la anulación de preguntas o, en su defecto, aceptar como válidas varias respuestas. En el término de doce días, contados a partir del último día de presentación de las solicitudes de revisión académica, la Comisión deberá remitir el informe al pleno del CACES para su conocimiento y resolución. El pronunciamiento del pleno del CACES será comunicado a todos los evaluados del 08 al 10 de noviembre de 2021 a través de sus cuentas creadas dentro del proceso.

40. ¿En qué fecha se reciben las notificaciones del hallazgo de una posible inobservancia a las prohibiciones establecidas en la Guía Metodológica de Orientación?

Los evaluados serán notificados a través de sus cuentas de usuario con los hallazgos de una posible inobservancia a las prohibiciones establecidas en la Guía Metodológica de Orientación serán informados a través de sus cuentas personales y mediante el Sistema de Exámenes del 18 al 20 de octubre del 2021.

41. ¿Cómo debo presentar una solicitud de revisión a las inobservancias?

Los evaluados que reciban tal notificación podrán presentar a través de la plataforma informática, en el término de tres días, una solicitud de revisión a las inobservancias a las prohibiciones establecidas en la Guía Metodológica de Orientación con la documentación de cargo y descargo que considere pertinente, y lo podrán hacer del 21 al 25 de octubre, mediante los canales establecidos.

42. ¿En qué fecha determinan los resultados sobre la posible anulación de mi examen?

En el término de doce días, contados a partir del último día de presentación de las notificaciones de las inobservancias, la Comisión deberá remitir el informe al pleno del CACES para su conocimiento y resolución. Como resultado de este análisis, la Comisión Permanente de Habilitación para el Ejercicio Profesional con el apoyo de la Secretaria Técnica podrá recomendar al Pleno la anulación del examen del postulante que incurrió en tales inobservancias.

El pronunciamiento del Pleno del CACES será notificado del 08 al 10 de noviembre de 2021 mediante Resolución donde se le notificará los resultados a través de las cuentas de usuario creadas dentro del proceso.

43. ¿Cuál es la calificación mínima para aprobar el EHEP?

Conforme al artículo 11 del Reglamento para el diseño, aplicación y resultados del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional, para aprobar el EHEP en cada convocatoria, los evaluados requerirán obtener una calificación mínima equivalente al 65% de respuestas correctas del total de preguntas formuladas.

De forma complementaria, se aplica la disposición general décima primera del citado Reglamento en la que se podrá presentar al Pleno del CACES una propuesta alternativa de calificación, basada en las metodologías absolutas (*Bookmark e Item Mapping*) o relativas (*Método de Percentiles, Mediana de los diez (10) mejores puntuados, Número de preguntas que deben ser contestadas correctamente, entre otras*), para el establecimiento de puntos de corte, siempre y cuando no perjudique a los evaluados, observando el artículo 11 del Reglamento.

44. ¿Cuándo se entregarán los resultados del EHEP?

Una vez aprobado el informe de resultados del examen, la Secretaría del Pleno, por intermedio de la Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicaciones CACES, notificará a cada evaluado, a través de su cuenta personal, la resolución del Pleno y su respectivo informe. Los informes de resultados definitivos se notificarán del 18 de noviembre hasta el 03 de diciembre de 2021.

45. ¿Qué pasa con mi examen en los casos fortuitos o de fuerza mayor que impidan continuar con mi evaluación?

En los casos fortuitos o de fuerza mayor que impidan culminar el examen como por ejemplo pérdida de conexión a internet, corte de fluido eléctrico o pérdida de conexión con la

plataforma de evaluación, se efectuaría un nuevo intento del EHEP y las preguntas que ya han sido contestadas quedarán almacenadas en la Plataforma para que el evaluado continúe con la aplicación.

46. ¿Cómo recibo información adicional sobre el EHEP?

Todos los postulantes que hayan completado el proceso de inscripción para rendir el EHEP, recibirán a través de sus cuentas de correo electrónico toda la información necesaria para su evaluación.

47. ¿Dónde encuentro más información sobre este proceso?

Para conocer más detalles, puede dirigirse a: habilitacion.profesional@caces.gob.ec, visitar la página, <https://www.caces.gob.ec> o seguirnos en nuestras redes sociales:



Facebook: @caces.ec



Twitter: @caces_ec



youtube: caces_ec

14. BIBLIOGRAFÍA

- CACES. (2021). *Reglamento para el diseño, aplicación y resultados del EHEP*.
- CONADIS. (2012). *Ley Orgánica de Discapacidades*.
- CONADIS. (2017). *Agenda Nacional para la Igualdad de Discapacidades 2017-2021*. Obtenido de <https://drive.google.com/file/d/1qjqDxjHUXa4G5jxAGdDqEqBx07bOBlaA/view>
- CONADIS. (2017). *Reglamento Ley Orgánica de Discapacidades*.
- CONADIS. (2020). *Guía de prevención y atención por contagio del virus COVID-19 en personas con discapacidad y personas en condición discapacitante temporal y sus familias*.
- CONAREM. (2019). *Reglamento general de concursos para el ingreso a las residencias médicas de la CONAREM*. Obtenido de <http://www.ins.gov.py/wp-content/uploads/2019/03/Reglamento-CONAREM-Res-DGRRHH-N%C2%B0-177.pdf>
- Lewis, D., Mitzel, H., & Green, D. (1996). Standard setting: A bookmark approach. In D.R. Green (Chair), *IRT-based standard-setting procedures utilizing behavioral anchoring. Symposium conducted at the Council of Chief State School Officers National Conference on Large-scale Assessment, Phoenix, AZ*.
- LOES. (2010 Reformada el 02 de agosto de 2018).
- Wang, N. (2003). Use of the Rasch IRT Model in Standard Setting: An item-mapping method. *Journal of Educational Measurement*, 231-253.

15. ANEXOS

ANEXO 1 METODOLOGÍAS DE CALIFICACIÓN

Método Absoluto Bookmark Standard Setting

El procedimiento de definición de estándar Bookmark fue propuesto por Lewis et al. (Lewis, Mitzel, & Green, 1996). Este método ha sido presentado en detalle en varios artículos y es ampliamente utilizado a nivel mundial. En esta metodología la participación de expertos en el área evaluada es esencial, ellos deben marcar entre dos preguntas donde se espera que un evaluado “mínimamente cualificado”, este “apto” para responder la pregunta anterior pero no la siguiente. “Apto” se define como aquel examinado que tiene una probabilidad de al menos 2/3 de contestar correctamente la pregunta. Nótese que al marcar se está definiendo una localización de la dificultad bookmark (LDB), es decir, una habilidad; mediante ella se puede estimar el valor esperado del puntaje total, de esta forma se establece un punto de corte. El objetivo es encontrar un solo punto de corte consensuado entre los expertos.

El procedimiento se realiza en tres rondas de trabajo con un gran número de jueces o especialistas y en cada ronda se presentan la media, límite inferior y superior de las marcas, lo que incide en la decisión de la segunda y tercera ronda, es ahí cuando pierde objetividad y cada especialista responde en función del criterio mayoritario y se corre el riesgo de que se llegue a consensos que respondan a intereses de grupos.

Método Absoluto Item Mapping

Esta metodología absoluta propuesta por Wang (Wang, 2003) se basa en la Teoría de Respuesta al Ítem, en el modelo de Rasch y en el criterio de especialistas en las áreas temáticas evaluadas para determinar un punto de corte. Para el caso del EHEP en línea, se convoca, a especialistas de alto nivel pertenecientes a las Instituciones de Educación Superior, representantes de las distintas áreas profesionales y de la institución temática rectora de la habilitación profesional, para analizar las cualidades que un Candidato Mínimamente Competente (CMC) debe cumplir en el marco de los cuatro pilares para la construcción del EHEP. Estos son: el Perfil profesional definido por el Ministerio de Salud, el Modelo de Atención Integral de Salud, las Mallas curriculares, y la Morbilidad y mortalidad ecuatoriana.

En este procedimiento se determina el punto de corte en una sola jornada de trabajo, evitando el sesgo del criterio de los demás jueces o especialistas y al final el consenso

responde al criterio de que aquellos que aprueban tienen al menos las competencias mínimas para ejercer la profesión.

Método Relativo de Percentiles

El percentil es una medida estadística utilizada para indicar la división de una variable ordenada en 100 partes o grupos iguales. Cada percentil representa un 1% hasta llegar a 100% siendo 100% el total.

La metodología de percentiles permite determinar, con sustento estadístico, el proceso estandarizado a seguir para definir el punto de corte con el que los evaluados serán aprobados. La estandarización es un proceso mediante el que una serie de procesos se ordenan y se ajustan a las normas o reglas de referencia. Con la estandarización se persigue la automatización de la resolución de problemas.

Previo al cálculo de percentiles, se verifica que los datos siguen una distribución normal, permitiendo inferir (concluir) la probabilidad de que se presente determinado valor y los mayores o menores que él.

Método Relativo Mediana de los diez (10) mejores puntuados

La Comisión Nacional de Residencias Médicas de Paraguay (CONAREM, 2019) aplica esta metodología relativa que consiste en establecer como límite máximo de puntuación, la mediana de las diez mejores calificaciones y aplicar una regla de tres simple para valores inferiores a la mediana.

Esta metodología es fácil de calcular e interpretar y la puntuación se mantiene en el rango de 0 a 100. No obstante, esta metodología no se considera la dificultad del examen, la calificación final puede verse afectada por los mejores puntajes, y el porcentaje de aprobación depende del número de plazas disponibles.

Método Relativo del Número de preguntas que deben ser contestadas correctamente

En esta metodología se utiliza el coeficiente de correlación biserial que permite conocer la correlación existente entre dos variables, de las cuales una ha sido medida en escala de intervalos y la otra resulta ser una variable dicotómica. Las variables dicotómicas son aquellas que presentan únicamente dos modalidades, tales como el sexo (varón-mujer), la calificación de la respuesta a un ítem (acierto-error), etc. En general, suelen atribuirse a estas

modalidades los valores 0 y 1, aunque no habría inconveniente en asignar 1 y 2, o cualquier otro par de valores.

ANEXO 2 INSTRUCCIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD: IGUALDAD DE CONDICIONES EN EL EHEP

PERSONA CON DISCAPACIDAD

El artículo 47 de la Constitución de la República del Ecuador señala que: “El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social (...)”.

El artículo 48 de la Constitución ordena que: “El Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren:

1. La inclusión social, mediante planes y programas estatales y privados coordinados, que fomenten su participación política, social, cultural, educativa y económica.
2. La obtención de créditos y rebajas o exoneraciones tributarias que les permita iniciar y mantener actividades productivas, y la obtención de becas de estudio en todos los niveles de educación.
3. El desarrollo de programas y políticas dirigidas a fomentar su esparcimiento y descanso.
4. La participación política, que asegurará su representación, de acuerdo con la ley.
5. El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda, con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, el fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia.
6. El incentivo y apoyo para proyectos productivos a favor de los familiares de las personas con discapacidad severa.
7. La garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. La ley sancionará el abandono de estas personas, y los actos que incurran en cualquier forma de abuso, trato inhumano o degradante y discriminación por razón de la discapacidad.”.

Para efectos de la aplicación de la presente Guía Metodológica, se debe tener presente el concepto de discapacidad, en el contexto de la Ley Orgánica de Discapacidades: “Art. 6.-

Persona con discapacidad.- Para los efectos de esta Ley se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria en la proporción que establezca el Reglamento (...)."

En línea con lo anterior, el Reglamento General a la Ley Orgánica de Discapacidades en su parte pertinente dispone: "Art. 1.-De la persona con discapacidad.- Para efectos de este Reglamento y en concordancia con lo establecido en la Ley, se entenderá por persona con discapacidad (...) en una proporción equivalente al treinta por ciento (30%) de discapacidad, debidamente calificada por la autoridad sanitaria nacional".

El Ministerio de Salud Pública, a través de las unidades autorizadas del Sistema Nacional de Salud, realiza la calificación de la discapacidad. Se entiende como calificación de la discapacidad el proceso mediante el cual los equipos calificadores de la Autoridad Sanitaria Nacional realizan la calificación de discapacidades y la capacitación continua de los equipos calificadores especializados en los diversos tipos de discapacidades que ejercerán sus funciones en el área de su especialidad, de acuerdo a lo ordenado en los artículos 8 y 9 de la Ley Orgánica de Discapacidades.

"Art. 8.- Subsistema Nacional para la Calificación de la Discapacidad. La autoridad sanitaria nacional creará el Subsistema Nacional para la Calificación de la Discapacidad, con sus respectivos procedimientos e instrumentos técnicos, el mismo que será de estricta observancia por parte de los equipos calificadores especializados.

El Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades a más de las funciones señaladas en la Constitución dará seguimiento y vigilancia al correcto funcionamiento del Subsistema Nacional para la Calificación de la Discapacidad; de igual forma, coordinará con la autoridad sanitaria nacional la evaluación y diagnóstico en los respectivos circuitos."

"Art. 9.- Calificación. La Autoridad sanitaria nacional a través del Sistema Nacional de Salud realizará la calificación de discapacidades y la capacitación continua de los equipos calificadores especializados en los diversos tipos de discapacidades que ejercerán sus funciones en el área de su especialidad.

La calificación de la discapacidad para determinar su tipo, nivel o porcentaje se efectuará a

petición de la o el interesado, de la persona que la represente o de las personas o entidades que estén a su cargo; la que será voluntaria, personalizada y gratuita.

En el caso de personas ecuatorianas residentes en el exterior la calificación de la discapacidad se realizará a través de las representaciones diplomáticas de conformidad con el reglamento.

La autoridad sanitaria nacional capacitará y acreditará, de conformidad con la Ley y el reglamento, al personal técnico y especializado en clasificación, valoración y métodos para la calificación de la condición de discapacidad.”.

La discapacidad no se reduce a la persona y sus deficiencias funcionales, sino que la discapacidad se establece en el proceso de contacto e interacción de la persona con su entorno; ésta última característica se constituye en un factor determinante para la inclusión y participación de las personas con discapacidad.

Es por ello que la intervención en el ámbito de las discapacidades, exige partir de la comprensión de la discapacidad en el contexto y la sociedad actual, mediante el enfoque de derechos; para entonces formular y ejecutar políticas públicas orientadas a satisfacer las necesidades y elevar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, en un marco de exigibilidad de sus derechos (CONADIS, Agenda Nacional para la Igualdad de Discapacidades 2017-2021, 2017).

TIPOS DE DISCAPACIDAD

- ✓ **Discapacidad Física.** – Incluye a personas con deficiencias permanentes en las estructuras corporales y/o en la movilidad corporal, cualquiera sea su origen; que ocasionan limitaciones en su funcionalidad, autonomía e independencia para realizar actividades de su vida cotidiana; y que, al interactuar con las barreras presentes en el entorno, provocan restricciones en su participación en igualdad de condiciones que las demás personas. (CONADIS, Guía de prevención y atención por contagio del virus COVID-19 en personas con discapacidad y personas en condición discapacitante temporal y sus familias., 2020).
- ✓ **Discapacidad Intelectual.**– Se refiere a personas con deficiencias permanentes en el desarrollo cognitivo (comprensión de ideas, pensamiento abstracto, capacidad de razonar, resolver problemas, toma de decisiones, entre otros); con repercusión directa en los procesos de socialización, relacionamiento interpersonal, funcionalidad, autonomía e independencia personal; y que, en su interacción con las barreras de entorno provocan restricciones de su participación en igualdad de condiciones que las demás. (CONADIS, Guía

de prevención y atención por contagio del virus COVID-19 en personas con discapacidad y personas en condición discapacitante temporal y sus familias., 2020)

✓ **Discapacidad Auditiva.**– Incluye a personas con deficiencias permanentes en la audición (hipoacusias y sordera), que se evidencian mediante la dificultad para comunicarse con las personas oyentes del entorno. Por tanto, las actividades de su vida cotidiana pueden verse limitadas en su participación social, en su relacionamiento interpersonal, en su independencia y autonomía, ya que la interacción con las barreras del entorno, reducen la igualdad de condiciones con las demás personas. (CONADIS, Guía de prevención y atención por contagio del virus COVID-19 en personas con discapacidad y personas en condición discapacitante temporal y sus familias., 2020). Las personas sordas, tienen su lengua propia: la Lengua de Señas Ecuatoriana - LSE, mediante la cual se comunican ya sea directamente o a través de Intérpretes de LSE.

✓ **Discapacidad Visual.** - Abarca a personas con deficiencias permanentes de la visión (baja visión y ceguera) que producen restricciones en la autonomía e independencia con limitaciones funcionales en la vida cotidiana; ya que, debido a la presencia de barreras en el entorno, estas coartan la plena participación de la persona en igualdad de condiciones que las demás. (CONADIS, Guía de prevención y atención por contagio del virus COVID-19 en personas con discapacidad y personas en condición discapacitante temporal y sus familias., 2020).

✓ **Discapacidad Psicosocial.**- Se refiere a personas con deficiencias permanentes y atípicas de la personalidad, de las emociones, de la conducta, del comportamiento, de la comunicación y similares; y que, con independencia de cómo se autodefinan, del diagnóstico del problema de salud mental, del trastorno de la comunicación y/o de la socialización, soportan restricciones al ejercicio de sus derechos, accesos y oportunidades; y ven obstaculizada su participación en razón de una deficiencia real o supuesta (CONADIS, Guía de prevención y atención por contagio del virus COVID-19 en personas con discapacidad y personas en condición discapacitante temporal y sus familias., 2020).

✓ **Discapacidad Múltiple.** - Comprende a personas que presentan dos o más discapacidades asociadas que interactúan entre ellas, para afectar de forma significativa la autonomía, la independencia y la funcionalidad de la persona; necesitando de forma permanente apoyos múltiples y variados para las actividades de su vida diaria, así como para efectivizar su participación social. Dentro de este tipo de discapacidad se incluye la sordoceguera. (CONADIS, Guía de prevención y atención por contagio del virus COVID-19 en personas con discapacidad y personas en condición discapacitante temporal y sus familias., 2020).

- ✓ **Persona en Condición Discapacitante Temporal.** Se entiende por persona en condición discapacitante temporal a toda aquella que presente una disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales, intelectuales o psicosociales, a consecuencia de deficiencias de carácter previsiblemente transitorias, que, siendo sometidas al tratamiento correspondiente, en un plazo no mayor a un año (1 año), no desemboquen en una discapacidad permanente de al menos el 30%. (CONADIS, Guía de prevención y atención por contagio del virus COVID-19 en personas con discapacidad y personas en condición discapacitante temporal y sus familias., 2020).
- ✓ Para efectos del cumplimiento, tanto de los derechos de las personas con discapacidad como de sus medidas de acción afirmativa, es primordial para el CACES implementar modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas con el fin de garantizar el goce y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, sin que su implementación represente cargas económicas onerosas o cambios normativos desproporcionados o indebidos.

INSTRUCCIONES PARA RENDIR EL EHEP PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD ANTES DE LA APLICACIÓN

El postulante que en la fase de inscripción para el EHEP registre algún tipo de discapacidad y que requiera ayuda idónea para rendir el examen, deberá:

- 1) Remitir su requerimiento a través del correo electrónico habilitacion.profesional@caces.gob.ec, que será debidamente respaldado con la cédula de ciudadanía, y en el caso de personas con deficiencia o condición discapacitante.
- 2) En el caso de personas con deficiencia o condición discapacitante presentar el carné emitido por el CONADIS (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades) que tiene validez hasta el 30 de junio del 2021; o el “carné de discapacidad del MSP (Ministerio de Salud Pública)”, que tiene validez hasta el 30 de junio del 2023.
- 3) El requerimiento será analizado, revisado y considerado por la Comisión Permanente de Habilitación para el Ejercicio Profesional, luego de lo cual se notificará al solicitante, con el resultado de su requerimiento.

En el caso específico de que una persona con discapacidad visual deba estar acompañada por otra persona como ayuda idónea, esta no debe ser profesional ni estudiante de carreras de la salud, y en el requerimiento respectivo, a más de la cédula de ciudadanía o el certificado emitido por el equipo calificador especializado se adjuntará copia del documento de identidad del acompañante.

ANEXO 3 PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD

1. Definiciones y/o abreviaturas

EHEP: Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional.

CAT-EHEP: Centro Autorizado para la Toma del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional.

IES: Instituciones de Educación Superior.

COE: Comité de Operaciones de Emergencia.

CACES: Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior.

Bioseguridad: Conjunto de normas, pautas y protocolos para proteger la salud humana de riesgos químicos o biológicos.

Coronavirus o COVID-19: Enfermedad infecciosa que afecta principalmente al sistema respiratorio; surge periódicamente en diferentes áreas del mundo y causa Infección Respiratoria Aguda (IRA), es decir gripa, que puede llegar a ser leve, moderada o grave.

Contacto Directo: De persona a persona a través del aire, mediante la inhalación de pequeñas gotas infectadas con el virus de una persona enferma, si tose, estornuda o habla; la otra persona puede contagiarse si permanece en los siguientes 15 minutos a menos de 2 metros de la persona contagiada.

Contacto indirecto: Mediante el contacto con superficies y objetos sin desinfección y que han estado expuestos al virus ya que, al tocarlos con la mano, es posible que el virus ingrese a nuestro cuerpo a través de los ojos, nariz o boca.

Desinfección: Proceso de eliminación de microorganismos de superficies, espacios u objetos mediante productos desinfectantes.

Postulante: Persona que va a rendir el Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional.

Supervisor: Persona asignada por el CACES encargada del Centro Autorizado donde se rendirá el Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional, responsable de cumplir y hacer cumplir las medidas de bioseguridad.

Aplicador: Persona asignada por el CACES como responsable de un grupo de postulantes en cada aula donde se aplica el examen.

Actores del Proceso: Todo personal interno y externo que intervenga durante el proceso de aplicación del examen.

2. Antecedentes

El Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES) es el organismo público técnico, con personería jurídica y patrimonio propio, con independencia administrativa, financiera y operativa que tiene a su cargo la regulación, planificación y coordinación del sistema de aseguramiento de la calidad de la educación superior.

El Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior norma la autoevaluación institucional y ejecuta los procesos de evaluación externa, acreditación y apoya el aseguramiento interno de la calidad de las instituciones de educación superior, así como las de sus carreras y programas.

El CACES entre sus funciones tiene la de ejecutar prioritariamente los procesos de evaluación, acreditación y clasificación académica de programas y carreras consideradas de interés público; y, es el único organismo público facultado por la Constitución de la República del Ecuador para otorgar certificados de acreditación institucional así como de programas y carreras, a las instituciones de educación superior y unidades académicas que hayan cumplido con todos los requisitos exigidos para el efecto y a través de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El CACES es el único organismo facultado para desarrollar el examen de habilitación para el ejercicio profesional en carreras de interés público y para expedir el certificado de habilitación correspondiente.

El artículo 104 de la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES) otorga al Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES) la responsabilidad de implementar esta evaluación para profesionales de las carreras de interés público, determinadas por el órgano rector de la política de educación superior y el Consejo de Educación Superior en coordinación con el Ministerio de Salud Pública en calidad de ente rector del ejercicio profesional de las carreras de la salud. En consecuencia, el EHEP se construye sobre la base de los perfiles de egreso de la carrera y el perfil profesional elaborado por el Ministerio de Salud Pública y el Consejo Superior de Educación.

El Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional (EHEP) es un instrumento de evaluación de alto impacto y gran escala que contiene preguntas o ítems en función de las cuales se verifican las competencias requeridas para el ejercicio profesional en las carreras de medicina, odontología y enfermería, en el Ecuador.

Mediante Resolución No. 098-SE-20-CACES-2021 de 20 de agosto de 2021, el Pleno del Organismo determinó el cronograma de la segunda aplicación del año 2021 del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional - EHEP en línea, modalidad presencial para las carreras de Medicina, Odontología y Enfermería, las fechas establecidas para la aplicación son el 15,16,17 de octubre del año en curso, en varias ciudades del país, siendo necesario coordinar e implementar actividades y medidas orientadas a su efectivo desarrollo.

En este contexto el Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional (EHEP) se llevará a cabo en las Instituciones de Educación Superior (IES) seleccionadas para el efecto, mismas que han sido distribuidas en 15 sedes a nivel nacional, en modalidad digital con aplicación presencial.

Adicionalmente, para el ingreso a los Centros Autorizados para la Toma de Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional (CAT-EHEP) regirán los protocolos de bioseguridad establecidos por cada Institución de Educación Superior (IES). El presente protocolo de bioseguridad elaborado por el CACES se aplicará desde el ingreso de los postulantes (CAT-EHEP) sin que interfiera con el protocolo de la (IES).

3. Introducción

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el COVID-19 pandemia global, esta misma fecha el Ministerio de Salud Pública (MSP), expide el Acuerdo Ministerial No. 00126-2020, donde declara Estado de Emergencia Sanitaria en el Sistema Nacional de Salud.

Mediante Decreto Ejecutivo No. 1017 de 16 de marzo de 2020, el presidente Constitucional de la República declara estado de excepción por calamidad pública en todo el territorio nacional, por los casos de coronavirus confirmados y la declaración de pandemia de la COVID-19 por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En este sentido por más de un año el país ha venido aplicando medidas de bioseguridad y el uso de los insumos de protección fundamentales para mitigar el riesgo de contagio, por lo cual el CACES, siguiendo los lineamientos y directrices de los entes de control estatal, ha elaborado el presente protocolo para la aplicación del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional (EHEP) en cada centro autorizado.

4. Objetivo

Establecer las medidas de bioseguridad que se implementarán en la aplicación del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional, en los centros autorizados para la toma del examen a

nivel nacional, a fin de minimizar la exposición a riesgo de contagio de la COVID-19 en los postulantes, aplicadores y actores del proceso.

5. Alcance

Alcance Geográfico: El presente protocolo se implementará en todos los Centros Autorizados para la Toma del EHEP (CAT-EHEP) dentro del territorio nacional.

Alcance Actores del Proceso: Es de carácter obligatorio para todos los postulantes, aplicadores y actores de proceso internos y externos.

Temporalidad: El protocolo se emplea en todas las aplicaciones del Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional que se realicen dentro del contexto de la pandemia del COVID-19, de acuerdo con las convocatorias realizadas por el CACES.

6. Capacitación en medidas preventivas

La aplicación del EHEP, debe ser segura y planificada a través de la implementación de acciones preventivas que permitan a los postulantes, aplicadores y actores del proceso internos y externos minimizar la exposición al riesgo de contagio de la COVID-19.

A través de la capacitación se logrará asumir nuevos comportamientos individuales y colectivos para la prevención y el control de la propagación del coronavirus, mediante la creación de medidas generales y protocolos para cada actor dentro del proceso de aplicación del EHEP.

Todos los involucrados en el proceso aplicación del EHEP (actores internos y externos) deberán ser capacitados sobre el presente protocolo, el cual se realizará días antes de la aplicación del Examen, capacitación que estará dirigida a los coordinadores, supervisores, aplicadores y personal de apoyo, tanto del CACES como de las IES y/u otras organizaciones. En cuanto a los postulantes se dará a conocer esta información en las jornadas de acompañamiento que se efectuaran según cronograma establecido, de igual forma se difundirá también en el plan de comunicación diseñado para el EHEP.

7. Medidas de bioseguridad

7.1. Medidas generales de bioseguridad para el proceso del EHEP

- 7.1.1. Las personas que participan en la aplicación del examen deberán mantenerse entre 1,20 y 1,50 metros de distancia mientras se encuentren en las instalaciones del CAT-EHEP, para rendir el examen.

- 7.1.2. Para todo el personal responsable, coordinadores, supervisores, aplicadores y personal de apoyo en el control de ingreso al centro autorizado, es obligatorio el uso de mascarilla.
- 7.1.3. Todos los actores del proceso deberán llevar su mascarilla para uso personal, cubriendo nariz y boca durante toda la aplicación del examen.
- 7.1.4. Se debe practicar la desinfección de manos de manera continua con alcohol al 70%, a todos los actores del proceso. Evitar tocarse el rostro, ojos, nariz o boca con las manos. Desechar los materiales como mascarillas, guantes o papel higiénico usado, en los botes de basura designados para el efecto.
- 7.1.5. Siempre mantener las ventanas y puertas abiertas de las aulas para que el ambiente se encuentre en constante ventilación.
- 7.1.6. Se coordinará previamente con el personal asignado de cada CAT-EHEP autorizado, para que realice la limpieza de las aulas antes de cada aplicación.
- 7.1.7. Cada evaluado deberá llevar su esferográfico azul para firmas en el registro.

7.2. Protocolo para los aplicadores del examen

- 7.2.1. El aplicador se presentará ante el supervisor del CAT-EHEP, a quien presentará su cédula de identidad y colocará a la altura del rostro, por lo tanto, deberá retirarse máximo un (1) minuto el tapabocas para verificar que coincida su identidad.
- 7.2.2. Después de la verificación de la identidad del aplicador, se le colocará alcohol al 70% en las manos. Cada aplicador deberá registrar su entrada y dirigirse al aula asignada.
- 7.2.3. Cada aplicador será el responsable de verificar los documentos que el postulante debe entregar para poder ingresar al aula, los mismos que serán cédula de identidad o pasaporte, hoja de inscripción al examen y acuerdo de confidencialidad y consentimiento informado, debidamente firmado.
- 7.2.4. Al terminar el examen, el aplicador deberá solicitar a los postulantes la salidadel aula para que el personal de limpieza asignado del CAT-EHEP pueda proceder a la limpieza de la misma.
- 7.2.5. El aplicador deberá registrar su salida y proceder al abandono del centro autorizado, a fin de evitar aglomeraciones.

7.3. Protocolo de entrada para los postulantes al centro autorizado

- 7.3.1. Para el ingreso, el postulante deberá presentar su formulario de inscripción, acuerdo de confidencialidad y consentimiento informado debidamente firmado y su documento de identidad (cédula o pasaporte), para verificar su identidad, el responsable del control de accesos le solicitará que coloque el documento de identidad a la altura del rostro, por lo tanto, deberá retirarse máximo un (1) minuto la mascarilla.
- 7.3.2. Para los postulantes el uso de mascarilla es obligatorio durante su permanencia en el CAT-EHEP.
- 7.3.3. Los postulantes deben llevar su propia mascarilla y alcohol al 70% para la continua desinfección de sus manos.

7.4. Protocolo durante la aplicación del examen.

- 7.4.1. Los postulantes que cumplan con el requisito ingresarán al centro autorizado para rendir el EHEP y deberán dirigirse a las aulas designadas. Para el ingreso a las aulas deberán entregar los documentos solicitados por el CACES.
- 7.4.2. Los postulantes deben utilizar en todo momento durante la aplicación del examen, la mascarilla, cubriendo adecuadamente nariz y boca.
- 7.4.3. Una vez ubicados en el puesto asignado, se recomienda la permanente desinfección de manos con alcohol al 70% que el postulante lleve para su uso personal.

7.5. Protocolo del proceso de salida del examen

- 7.5.1. Cuando el postulante haya finalizado el examen o cuando el tiempo establecido para rendir el EHEP haya terminado, los postulantes deben salir del aula y del centro de manera ordenada y manteniendo el distanciamiento.
- 7.5.2. El personal asignado de cada CAT-EHEP, deberá empezar la limpieza de las aulas, inmediatamente después de la salida de los postulantes y aplicadores.
- 7.5.3. Los postulantes que hayan finalizado el examen no podrán permanecer más tiempo dentro del centro autorizado.

GUÍA DEL SISTEMA EDUCATIVO DE ECUADOR Y ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA LA CONVALIDACIÓN DE TÍTULOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR EN COLOMBIA

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Educación Nacional de Colombia (MEN) ha venido trabajando, en los últimos años, en la construcción de guías de los sistemas educativos de diferentes países. Estos instrumentos tienen el objetivo de facilitar la toma de decisiones en cuanto a dónde y qué estudiar en el extranjero, así como orientar sobre el proceso y los requisitos para la convalidación de Títulos de educación superior en Colombia.

La Dirección de Calidad de la Educación Superior del MEN realizó un diagnóstico de las Guías de Sistemas Educativos que ya se encuentran publicadas en la página web. En el ejercicio realizado, se destacó la necesidad de acercar el lenguaje técnico de la educación al ciudadano, así como generar un instrumento interactivo. En este orden de ideas, el MEN en convenio con la Asociación Colombiana de Universidades - ASCUN actualizaron y rediseñaron las Guías de Sistemas Educativos.

Para la construcción de la presente guía, se consolidó información de distintas fuentes oficiales, las cuales permitieron ofrecer un instrumento práctico y pertinente para el ciudadano. Por lo tanto, se incluye información relevante sobre cuatro aspectos centrales: 1) el sistema de educación superior; 2) el aseguramiento de la calidad de las instituciones y los programas de educación superior; 3) la legalidad de los programas e instituciones de educación superior; y, 4) los elementos para

iniciar el proceso de convalidación de títulos de educación superior obtenidos en el extranjero.

Toda la información aquí plasmada acoge los diferentes requerimientos de accesibilidad en herramientas y productos Web, facilitando el acceso a personas en condición de discapacidad. Esta labor fue posible gracias a la invaluable colaboración del Instituto Nacional para Ciegos – INCI.

1. SISTEMA DE EDUCACIÓN SUPERIOR DE ECUADOR

El Ministerio de Educación de Ecuador es responsable de la educación a nivel inicial, básico y de bachillerato (Art. 39 de la Ley Orgánica de Educación Intercultural, LOEI), niveles que hacen parte del Sistema Nacional de Educación. La LOEI rige su alcance (Ministero de Educación, 2012).

En lo relacionado a los tipos de instituciones educativas, se encuentran las públicas, las fiscomisionales y las particulares. A su vez, las modalidades educativas están establecidas como presenciales, semipresenciales, en línea, a distancia, más la modalidad híbrida, la cual integra actividades presenciales y semipresenciales o en línea y a distancia. En el siguiente enlace se amplía la información al respecto: http://gaceta.ces.gob.ec/inicio.html?id_documento=234533#

El Sistema de Educación de Ecuador se encuentra dividido en niveles educativos, de acuerdo con el artículo 39 de la Ley Orgánica de Educación (LOE). El primer nivel corresponde a los infantes, el segundo nivel corresponde a la educación general básica y de bachillerato, mientras que los niveles tercero y cuarto hacen referencia a la educación superior (Art. 39 de la Ley de Educación Intercultural (LOEI) y Art. 118 de la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES)).

- **Primer nivel o nivel inicial:** contempla la estructura educativa de los infantes.
- **Segundo nivel de educación general básica y bachillerato:** es una preparatoria interdisciplinaria, donde se establece la formación en competencias ciudadanas, formación que permite el ingreso a la educación superior.
- **Tercer nivel técnico-tecnológico de grado:** este nivel es la etapa inicial de la educación superior en Ecuador, y se subdivide en un tercer nivel técnico-tecnológico, donde se ofertan títulos profesionales de técnico superior, tecnólogo superior y tecnólogo superior universitario. Estos títulos son otorgados por institutos superiores, técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes, y conservatorios superiores. En ese mismo tercer nivel técnico-tecnológico de grado, se encuentran las licenciaturas y los títulos profesionales universitarios o politécnicos, los cuales son otorgados por universidades o escuelas politécnicas. La orientación de esta formación básica superior es conducente al dominio de una disciplina o a la capacidad para el ejercicio de una profesión.
- **Cuarto nivel o de posgrado:** incluye el posgrado tecnológico, con título de especialista tecnológico, y el grado académico de maestría tecnológica. De igual forma, en este mismo nivel se encuentra el posgrado académico, el cual abarca la formación de especialista universitario, y los grados académicos de maestría, y PhD. Los títulos de cuarto nivel de posgrado son otorgados por universidades y escuelas politécnicas calificadas con calidad superior en Investigación.

En el Sistema de Educación Superior (SES), el cual está regulado por la Ley Orgánica de Educación Superior, (Arts. 166, 170 y 182 LOES), la educación en el nivel superior se rige por el Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la

Educación Superior (CACES), por la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) y por el Consejo de Educación Superior (CES). Este último es el organismo que tiene a su cargo la planificación, regulación y coordinación del Sistema de Educación Superior de Ecuador, y se encuentra supervisado por los órganos anteriormente mencionados.

La Ley Orgánica de Educación Superior (LOES) es la principal norma que regula el sistema de educación, estableciendo los organismos e instituciones que lo integran. Así mismo, se contemplan los tipos, modalidades educativas, niveles, además de Instituciones, programas, políticas, recursos y actores del proceso educativo del Ecuador.

Para conocer más acerca del sistema de educación superior, se sugiere ingresar al siguiente enlace: <https://www.ces.gob.ec/documentos/Normativa/LOES.pdf>

Instituciones de educación superior

En el año 2010 entró en vigor la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES), con el objetivo de lograr un mejoramiento en la calidad de la educación superior, y establecer como objetivo de la Educación Superior la formación académica y profesional fundada en una visión científica y humanística, en la investigación científica y tecnológica y la difusión de saberes. De igual forma, en el artículo 351 de la Constitución Política de Ecuador, se establece que el sistema de Educación Superior se encuentra articulado al Plan de Nacional de Desarrollo.

En Ecuador, la estructura de los niveles de estudios de educación superior está contemplada en el Artículo 14 de la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES). En ella se establece que, hacen parte del sistema de educación superior: 1) Las

universidades, escuelas politécnicas; 2) Los institutos superiores técnicos, tecnológicos y pedagógicos; y 3) Los conservatorios superiores de música y artes.

Los institutos y conservatorios superiores pueden tener la condición de Superior Universitario, previo el cumplimiento de los requisitos establecidos en el reglamento a la Ley y la normativa que, para el efecto, expida el Consejo de Educación Superior. El Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES) acredita o cualifica a los institutos para que puedan ofertar posgrados técnicos tecnológicos (Asamblea Nacional República de Ecuador, 2018).

Para otorgar títulos de tercer nivel técnico, tecnológico y tecnológico universitario en el campo de las Artes, los conservatorios superiores deben estar adscritos a una universidad, o tener la condición de universitarios.

Los conservatorios superiores, públicos y particulares, ofertan carreras y programas de grado y posgrado, según la normativa que el Consejo de Educación Superior emita para tal efecto y, a su vez, títulos de cuarto nivel en el campo de las artes, si han sido acreditados o cualificados por El Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES).

Para los interesados en realizar estudios en el campo de las artes, existen en Ecuador los institutos superiores de artes, los cuales son institutos de educación superior dedicados a la formación e investigación aplicada en esas disciplinas. Esta información puede ser ampliada consultando los artículos 15, 16 y 105 del Reglamento del Régimen Académico (RRA) en el siguiente enlace: http://gaceta.ces.gob.ec/inicio.html?id_documento=234533

Requisitos de ingreso a la educación superior

La implementación del Sistema de Nivelación y Admisión para el ingreso a las instituciones de educación superior públicas se encuentra a cargo de La Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT), y la admisión se realiza en función al mérito de cada estudiante.

La SENESCYT es el organismo encargado de verificar que la oferta y ejecución de los programas de educación superior que se imparten en el Ecuador cuenten con las autorizaciones respectivas y sean ofertados por instituciones de educación superior legalmente reconocidas.

IMPORTANTE: Para ingresar a las instituciones de educación superior (IES) públicas de tercer nivel, los aspirantes deben presentar, obligatoriamente, una evaluación de capacidades y competencias (EAES) en el marco del Sistema Nacional de Nivelación y Admisión. Para más detalles [visitar https://eaes.ec/](https://eaes.ec/)

El Ministerio de Educación deberá certificar la información sobre los títulos otorgados, así como aquellos homologados, conforme a su normativa, en las fechas previstas para el efecto.

Así mismo, como lo establece el artículo 14 del Reglamento del Sistema Nacional de Nivelación y Admisión, existen dos convocatorias anuales para el acceso a la educación superior pública, para cuya admisión se deberá realizar el siguiente proceso: 1. Inscripción para presentación del Examen de Acceso a la Educación Superior, o 2. Habilitación de cuenta, para aquellas personas que deseen realizar un nuevo examen.

Por otro lado, posterior al examen, se debe realizar el proceso de postulación a cinco carreras de manera libre y voluntaria, la cual, mediante nota de postulación, asignará los cupos en función de las personas mejor puntuadas en las carreras que desean cursar.

Para el ingreso a las instituciones de educación superior, es de obligatoriedad poseer el título de bachiller. Las instituciones del Sistema de Educación Superior aceptan los títulos de bachilleres obtenidos en el extranjero, reconocidos o equiparados por el Ministerio de Educación.

Para el ingreso de los estudiantes a la Universidad de las Artes, los conservatorios e institutos superiores de artes, se requiere, además del Título de Bachiller, el de Bachiller en Artes, perteneciente al Sistema Nacional de Educación. En caso de que el aspirante no cumpla con este requisito, debe presentar un examen de suficiencia para el ingreso, elaborado por las instituciones de educación superior.

Períodos académicos

Los períodos académicos están definidos en el Sistema de Educación Superior como ordinarios y extraordinarios.

- Período ordinario: las instituciones de educación superior implementan dos (2) períodos académicos ordinarios al año, de por lo menos 16 semanas de duración cada uno. El RRA (Reglamento del Régimen Académico) prevé que, cada año, el inicio de los períodos académicos ordinarios pueda ser de enero a mayo, el primero, y de agosto a noviembre, el segundo.
- Período extraordinario: las instituciones de educación superior, de acuerdo con eventualidades, adicionan períodos académicos extraordinarios de

mínimo cuatro semanas hasta 15 semanas. Se presentan excepciones en las IES amparadas bajo convenio internacional, las del campo de la salud y de programas de posgrados, dado que todas poseen autonomía y pueden planificar sus períodos ordinarios.

Cuarto nivel o de posgrado

El cuarto nivel de estudios de educación superior en Ecuador, también denominado de posgrado, está encaminado a brindar una formación académica y profesional avanzada, así como la búsqueda del ejercicio investigativo en los campos del conocimiento humanístico, tecnológico y científico. Dentro de este nivel se encuentran los posgrados tecnológicos, donde quedan clasificadas las especializaciones tecnológicas y el grado académico de maestría tecnológica.

De igual forma, dentro de esta clasificación se encuentran los posgrados académicos bajo la denominación de especialistas y grados académicos de maestría, PhD o su equivalente.

En Ecuador, existe la maestría como el grado académico que busca ampliar conocimientos en un área específica. Esta puede ser de dos tipos: maestría técnico-tecnológica o maestría académica.

En el grado académico más alto del cuarto nivel se encuentra el doctorado, que se confiere a un profesional con previa maestría académica, una vez haya presentado y aprobado un trabajo de titulación para ser integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador.

NOTA: no se reconocerán títulos doctorales en modalidad en línea o a distancia.

NIVEL DE POSGRADO EN ECUADOR		
Ley Orgánica de Educación Superior LOES		
POSGRADO	ARTICULO	OBSERVACIONES
ESPECIALIZACIONES UNIVERSITARIAS	Art. 119 de LOES	Programas destinados a la capacitación profesional avanzada en el nivel de posgrado técnico-tecnológico o académico.
MAESTRÍA	Art. 120 de LOES	Programa orientado a la preparación especializada de los profesionales en un área específica que potencia el saber hacer complejo y la formación de docentes para la educación superior técnica o tecnológica.
		Grado académico que busca ampliar, desarrollar y profundizar en una disciplina o área específica del conocimiento. Dota a la persona de las herramientas que la habilitan para profundizar en capacidades investigativas, teóricas e instrumentales de un campo del saber.
DOCTORADO	Art. 121 de LOES	Es el grado académico más alto de cuarto nivel, el cual es conferido por una universidad o escuela politécnica a un profesional con previo grado de maestría académica. Su formación se centra en un área profesional o científica, para contribuir al avance del conocimiento, básicamente a través de la investigación científica.

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con la Ley Orgánica de Educación Superior LOES de Ecuador publicada en <https://www.epn.edu.ec/wp-content/uploads/2018/08/LOES.pdf>

Especialidades médicas

En Ecuador existe un órgano asesor del Consejo de Educación Superior (CES) denominado Comisión Nacional de Especializaciones en Ciencias de la Salud, el cual está conformado por comités para cada grupo de especialidades del campo de la Salud, con el fin de velar por la calidad de los programas de especialización ofertados por las instituciones de educación superior.

La Comisión Nacional de Especializaciones en Ciencias de la Salud está integrada por:

- a) Un consejero del CES, delegado por el Pleno, quien la presidirá;
- b) El Ministro de Salud Pública o su delegado;
- c) Un consejero del Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), designado por el Pleno, o su delegado;
- d) El representante del Comité de Especializaciones en Ciencias de la Salud;
- e) Un representante de las Unidades de Asistencia Docente públicas y particulares, elegido de entre ellas; y,
- f) Un representante de las instituciones de educación superior públicas y particulares, que oferten programas de posgrado en ciencias de la salud, elegido de entre ellas. Los comités de especializaciones en ciencias de la salud son aquellos que se conforman por cada grupo de las especializaciones en el campo de la salud.

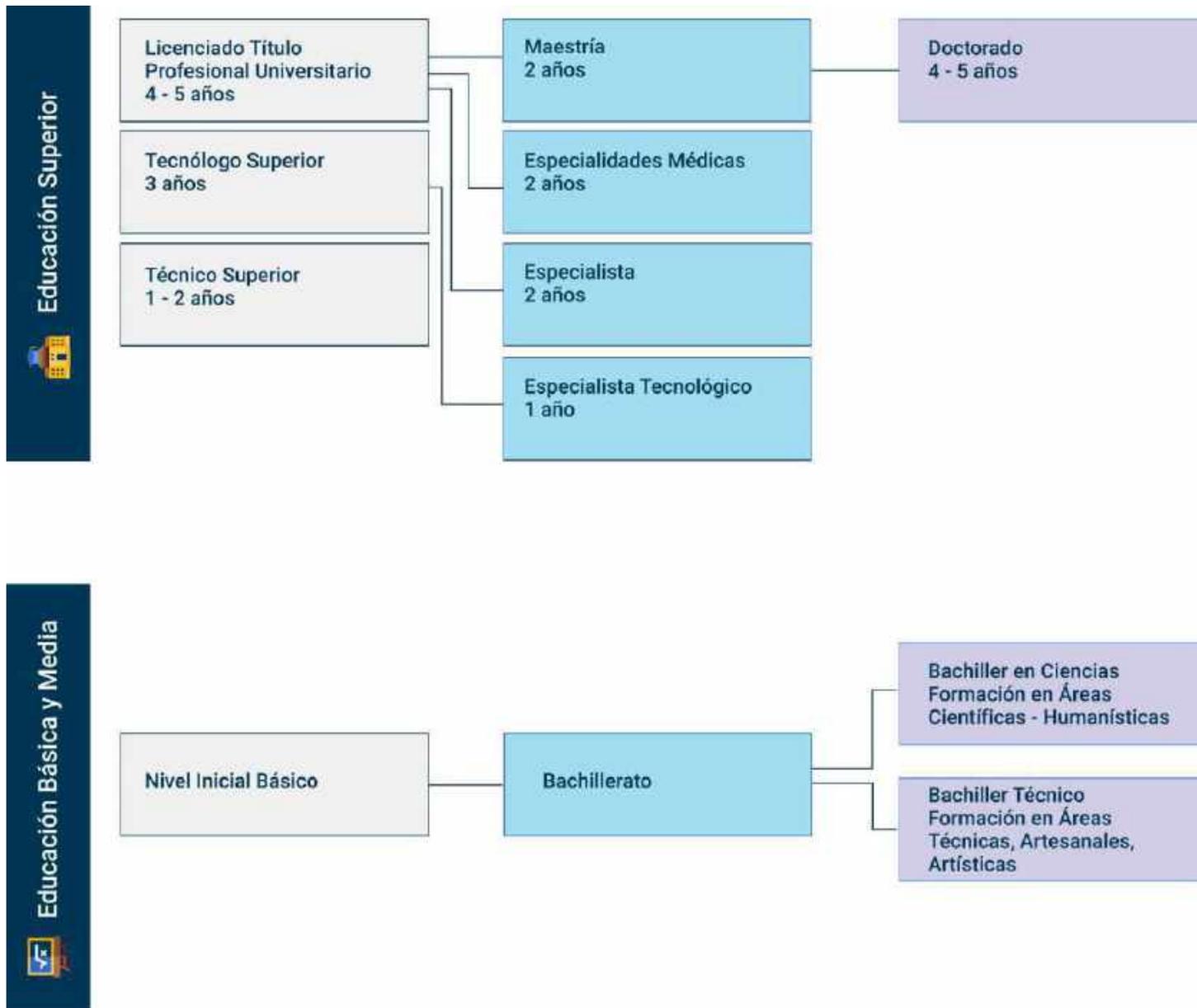
Para aspirantes a realizar estudios de educación en el campo de la salud en Ecuador, es importante una revisión al Régimen Académico, el cual se encuentra disponible en la Gaceta Oficial del Repositorio Digital de la Educación Superior. Para conocer el Reglamento Académico en el Campo de la Salud, se puede ingresar al siguiente enlace:

http://gaceta.ces.gob.ec/inicio.html?id_documento=234533#

Las especializaciones en el campo de la salud poseen un carácter del más alto nivel de destreza cognitiva, científica y profesional. Por ello, el ingreso a un programa de especialización en el campo de la salud, sin excepción, se realiza mediante concurso público de méritos y oposición. Cada institución de educación superior es responsable de la implementación de los concursos.

De igual forma, se debe contar con el requisito de profesionalismo en el campo del conocimiento específico de la salud, con título de tercer nivel de grado registrado en el Sistema Nacional de Información de Educación Superior (SNIESE) y ante la Autoridad Sanitaria Nacional.

Estructura del Sistema Educativo de Ecuador



Fuente: Elaboración propia basada en la Ley Orgánica de Educación Superior LOES 2018

1.1 Tabla Comparativa de los niveles educativos de Ecuador y Colombia

Es importante conocer las particularidades de cada uno de los niveles educativos, tanto en Ecuador como en Colombia. Por ello, el siguiente cuadro presenta un análisis comparativo de ambos sistemas. En dicha comparación, se hace alusión a los niveles de educación superior:

- Nivel 8: Nivel de doctorado o equivalente.
- Nivel 7: Nivel de maestría, especialización o equivalente.
- Nivel 6: Grado en educación terciaria o nivel equivalente.
- Nivel 5: Educación terciaria de ciclo corto.

Cuadro comparativo: niveles educativos en Ecuador y Colombia

NIVELES CINE-UNESCO	DENOMINACIÓN NIVELES ECUADOR	AÑOS	DENOMINACIÓN NIVELES COLOMBIA	AÑOS
8	Doctorado	4-5	Doctorado	4 - 5
7	N/A		Especialización Médico - Quirúrgica	1 - 5
7	Especialista Médico	2	Especialización Médica	2
7	Maestría Académica con Trayectoria en Investigación	2	Maestría	2
7	Maestría Académica con Trayectoria Profesional	1.5		
6	Especialización	1	Especialización Universitaria	1
6	Licenciado Título Profesional Universitario	4-5	Título Profesional Universitario	4 - 5
5	Especialista Tecnológico	1	Especialización Tecnológica	< 1
5	N/A		Especialización Técnica	1
5	Tecnólogo Superior	3	Tecnólogo	3
5	Técnico Superior	1-2	Técnico Profesional	2

Fuente: Elaboración propia con base en la Ley Orgánica de Educación Superior de Ecuador, el Ministerio de Educación de Colombia y el RRA en su Art. 23.

Es importante destacar la medida del tiempo correspondiente a los niveles educativos y su comparación respecto a los estándares internacionales:

- a) **Créditos académicos:** Tanto en Colombia como en Ecuador, el tiempo estimado de actividad académica del estudiante en función de las competencias académicas, que se espera el programa desarrolle, se expresa en unidades denominadas Créditos Académicos
- **Crédito académico en Ecuador:** un crédito académico es la unidad cuantitativa de medida, para el tiempo y dedicación académica por parte del estudiante, que integra las siguientes actividades de aprendizaje: aprendizaje en contacto con el docente, aprendizaje autónomo y aprendizaje práctico/experimental.

El artículo 18 del Reglamento de Régimen Académico (RRA) establece la duración de las carreras. En el tercer nivel técnico-tecnológico se encuentran el técnico superior entre 30 y 60 créditos, el tecnólogo superior entre 60 y 75 créditos, y el tecnólogo superior universitario entre 90 y 105 créditos. Por su parte, el tercer nivel de grado establece entre 120 y 150 créditos el requisito para las licenciaturas y títulos profesionales.

En los programas ofrecidos en el cuarto nivel o posgrado, la especialización contiene entre 15 y 30 créditos, la maestría académica (MA), con Trayectoria Profesional (TP), entre 30 y 45 créditos; la maestría académica (MA), con trayectoria en investigación (TI), entre 45 y 60 créditos; y el doctorado entre 120 y 150 créditos.

Para obtener más información al respecto, se sugiere consultar el siguiente enlace: http://gaceta.ces.gob.ec/inicio.html?id_documento=234533

Un crédito académico equivale a cuarenta y ocho (48) horas totales de actividad del estudiante en las distintas actividades de aprendizaje previstas en el plan de estudios.

- **Crédito académico en Colombia:** es una unidad de medida del trabajo académico del estudiante, que indica el esfuerzo a realizar para alcanzar los resultados de aprendizajes. Equivale a 48 horas para un período académico. Las instituciones deberán determinar la proporción entre la relación directa con el profesor y la práctica independiente del estudiante, justificada de acuerdo con el proceso formativo y los resultados de aprendizaje previstos para el programa.

Las instituciones deberán expresar en créditos académicos de todas las actividades de formación que estén en el plan de estudios (Decreto 1330 de 2019, artículo 2.5.3.2.4.1).

- b) La Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE), propuesta por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), es un marco de referencia para recopilar, compilar y analizar estadísticas comparables a nivel internacional en el ámbito de la educación.

2. LEGALIDAD DE LOS PROGRAMAS E INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

El aseguramiento interno de la calidad está definido por la Ley Orgánica de Educación Superior, en su última versión del año 2018, como un conjunto de acciones que llevan a cabo las instituciones de educación superior con la finalidad

de desarrollar y aplicar políticas efectivas para promover el desarrollo constante de la calidad de las carreras y programas académicos, en coordinación con otros actores del Sistema de Educación Superior (LOES 2018, Art. 96).

En Ecuador, según lo establece la Constitución de la República en su artículo 354, la creación de universidades y escuelas politécnicas, tanto públicas como particulares, es mediante Ley. Por su parte, los institutos superiores tecnológicos, técnicos y pedagógicos, así como los conservatorios superiores, se crearán por resolución del organismo encargado de la planificación, regulación y coordinación del sistema, previo informe favorable de la institución de aseguramiento de la calidad del sistema y del organismo nacional de planificación (Art. 354 de la Constitución de la República del Ecuador).

Para la aprobación de programas académicos, las instituciones de educación superior deben cumplir los requisitos académicos contenidos en su organización curricular y contar con personal académico cualificado, entre otros. En el caso del área de la salud es fundamental tener la investigación como eje articulador del aprendizaje.

El Consejo de Educación Superior (CES) es la entidad encargada de planificar, regular y coordinar el Sistema de Educación de Ecuador. El CES, a través del Sistema Nacional de Información de Educación Superior del Ecuador (SNIESE), actualiza en su sitio web la base de datos con la lista de universidades, escuelas politécnicas e institutos técnicos y tecnológicos superiores, legalmente reconocidos en Ecuador.

Para conocer sobre las distintas instituciones de educación superior en Ecuador que tienen reconocimiento oficial, se puede acceder al siguiente enlace <https://infoeducacionsuperior.gob.ec/#/>

Es importante tener en cuenta que los títulos académicos en Ecuador, que no se encuentren ajustados a las disposiciones normativas, obtenidos en carreras o programas que no cuenten con la aprobación del CES para su oferta o ejecución, no serán reconocidos como válidos, ni registrados en el SNIESE.

3. ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

El Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES) es el organismo público que tiene la responsabilidad de regular, planificar y coordinar el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior en Ecuador, de acuerdo con la resolución No. 016.SE-07-CACES del año 2019. Para tal fin, se establecieron unos criterios de valoración cualitativos y cuantitativos. La normatividad de aprobación del Modelo de Evaluación Externa de Universidades y Escuelas Politécnicas fue aprobada el 14 de junio de 2019. Dicha normatividad se puede consultar en el siguiente enlace: <https://www.caces.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/12/RESOLUCI%C3%93N-No.-016-SE-07-CACES-2019.pdf>

Es importante aclarar que los procesos de acreditación se otorgan tanto a programas académicos como a instituciones de educación superior, de acuerdo con los criterios de calidad oficialmente estipulados. Las instituciones de educación superior, públicas o privadas, deben someter obligatoriamente sus carreras y programas a la evaluación externa y al proceso de acreditación. Así mismo, deben establecer los procesos que les permitan el aseguramiento interno de la calidad.

- Para conocer la oferta académica de carreras y programas vigentes de las instituciones de educación superior de Ecuador, se puede ingresar al siguiente enlace: <https://infoeducacionsuperior.gob.ec/#/>

- Para conocer las instituciones de educación superior acreditadas por el CACES, que integran el sistema de educación superior, se puede consultar el siguiente enlace: <https://infoeducacionsuperior.gob.ec/#/ies-acreditadas>

Ecuador realizó, en las reformas a la LOES en 2018, la inclusión del proceso de autoevaluación, evaluación externa y acreditación, el cual está contemplado en el principio del aseguramiento de la calidad en la educación superior. En esta reforma se estableció la importancia del equilibrio entre la docencia, la investigación e innovación, la vinculación con la sociedad, la autonomía responsable, la integridad, la democracia, la producción de conocimiento, el dialogo de saberes y los valores ciudadanos establecidos en el artículo 93.

En el Examen Nacional de Evaluación de Carreras, los resultados de aprendizaje se evalúan a través de la aplicación de un examen a los estudiantes que se encuentran en el último año de la carrera.

Asimismo, las IES, al someterse al proceso de acreditación y, a partir de los resultados obtenidos por carreras, se ubican en una de las siguientes tres categorías: acreditada, en proceso de acreditación o no acreditada.

Las carreras acreditadas certifican el cumplimiento de los criterios mínimos de calidad, necesarios para funcionar y garantizar una adecuada formación de sus estudiantes.

El siguiente enlace permite ampliar la información correspondiente al tema de la habilitación para el ejercicio profesional aplicado: <https://www.caces.gob.ec/ehep-2019/>

4. ELEMENTOS A TENER EN CUENTA PARA INICIAR EL PROCESO DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR OBTENIDOS EN ECUADOR

La Resolución 10687 de 2019, del Ministerio de Educación Nacional regula la convalidación de títulos de educación superior otorgados en el exterior, donde se reconocen los sistemas de aseguramiento de la calidad de los países donde se obtuvieron los títulos.

El proceso de convalidación de títulos de educación superior en Colombia hace parte del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, lo que permite garantizar a la sociedad que, al igual que la oferta nacional, la proveniente de otros países cuenta con el reconocimiento de calidad oficial por parte de los Estados donde se emitieron los títulos.

IMPORTANTE: Si su título de pregrado es en derecho, contaduría, educación o del área de la salud, se deben verificar requisitos adicionales, los cuales se encuentran estipulados en los capítulos uno y dos de la resolución 10687 de 2019 del Ministerio de Educación Nacional, disponibles en el siguiente enlace: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-401316_archivo_pdf.pdf

Elementos para realizar el proceso de convalidación

Vale recordar que no es obligatorio adelantar el proceso de convalidación de los títulos de educación superior que se han obtenido en otros países. La convalidación es necesaria en los siguientes casos:

1. Para las profesiones reguladas en las que los colegios profesionales les exijan la convalidación

2. Para las personas que deseen trabajar en el sector público como contratista o funcionario público
3. Para los casos de licitaciones públicas, en la que el pliego de condiciones lo indique como necesario
4. En el caso de los profesores de instituciones de educación públicas, para ser ubicado en el escalafón.

Para estudiar en Ecuador y, posteriormente, convalidar el título en Colombia, se debe tener en cuenta lo siguiente:

1. Los estudios deben ser adelantados en una institución de educación superior reconocida por el Estado de Ecuador.
2. Contar con la apostilla o cadena de legalización respectiva en los documentos.

El apostillamiento es un proceso que certifica, mediante timbre o sello marcado en el documento, que las firmas que constan en el documento son auténticas y que quien lo ha firmado está revestido de autoridad.

La apostilla se emite en las coordinaciones zonales de Ecuador y en las oficinas consulares de ese país en el exterior. Para más información ingresar en el siguiente enlace: <https://www.gob.ec/mremh/tramites/emision-apostilla-legalizacion-documentos>

3. Se deben tener en cuenta los diferentes criterios de convalidación, de acuerdo con el programa y la institución de educación superior que lo otorga.

En caso de contar con un título emitido por una institución de educación superior de Ecuador, y requerirse su convalidación en Colombia, las siguientes preguntas y respuestas pueden ayudar a entender el proceso:

- ¿Cuándo es necesario convalidar un título de educación superior extranjero? La respuesta a esta pregunta la encontrará en el siguiente enlace: <https://www.mineducacion.gov.co/portal/convalidaciones/Convalidaciones-Educacion-Superior/350670:Conozca-el-proceso>
- ¿Cuál es la diferencia entre homologar y convalidar? La respuesta a esta pregunta se puede encontrar en el siguiente enlace: <https://www.mineducacion.gov.co/portal/convalidaciones/Convalidaciones-Educacion-Superior/355353:Preguntas-Frecuentes>
- ¿En caso de dudas, quién puede atenderlas? La respuesta a esta pregunta se encuentra en el siguiente enlace: <https://www.mineducacion.gov.co/portal/convalidaciones/Convalidaciones-Educacion-Superior/355353:Preguntas-Frecuentes>
- ¿Cuáles son los pasos para la convalidación de títulos de educación superior? La respuesta a esta pregunta se encuentra en el siguiente enlace: <https://www.gov.co/ficha-tramites-y-servicios/T366>
- ¿Cuáles son los costos del proceso de convalidación de títulos de educación superior? La respuesta a esta pregunta se encuentra en el siguiente enlace: <https://www.mineducacion.gov.co/portal/convalidaciones/Convalidaciones-Educacion-Superior/350995:Costo-y-duracion>

Para más preguntas respecto el proceso, puede ingresar al siguiente enlace:

<https://www.mineducacion.gov.co/portal/convalidaciones/Convalidaciones-Educacion-Superior/355353:Preguntas-Frecuentes>

FUENTES CONSULTADAS

- Asamblea Nacional República de Ecuador. (2 de Agosto de 2018). Obtenido de <https://procuraduria.utpl.edu.ec/sitios/documentos/NormativasPublicas/LEY%20ORG%C3%81NICA%20REFORMATORIA%20A%20LEY%20ORG%C3%81NICA%20DE%20EDUCACI%C3%93N%20SUPERIOR%2002-08-2018.pdf>
- Ministerio de Educación. (05 de 11 de 2020). Obtenido de Ministerio de Educación: <https://educacion.gob.ec/estandares/>
- Ministerio de Educación. (19 de Julio de 2012). *educacion.gob.ec*. Recuperado el 19 de Enero de 2021, de Art. 39 Ley Orgánica de Educación Intercultural del Ecuador (LOEI): <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Reglamento-General-Ley-Organica-Educacion-Intercultural.pdf>



**Plan
Decenal
de Salud** 2022
2031



**Plan
Decenal
de Salud 2022
2031**

REPÚBLICA DEL ECUADOR

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

VICEMINISTERIO DE GOBERNANZA Y VIGILANCIA DE LA SALUD

Autoridades MSP

Ximena Garzón Villalba PhD
Ministra de Salud Pública

Dr. José Leonardo Ruales Estupiñán
Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud

Dr. Miguel Ángel Moreira García
Viceministro de Atención Integral en Salud

Mgs. María Gabriela Aguinaga Romero
Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud

Dr. Raúl Francisco Pérez Tasigchana PhD
Subsecretario Nacional de Vigilancia de la Salud Pública

Mgs. José Francisco Javier Vallejo Flores
Subsecretario Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad

Dr. José Andrés Corral Aguilar
Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud

Mgs. Luis Eduardo Carrión Estupiñán
Subsecretario Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Dr. Aquiles Rodrigo Henriquez Trujillo
Coordinador General de Desarrollo Estratégico

Ing. Pedro José Liut Jaramillo
Coordinador General de Planificación y Gestión Estratégica

María Cecilia Puyol Reyes
Coordinadora General Administrativa Financiera

Autoridades Vicepresidencia

Dr. Alfredo Borrero Vega
Vicepresidente de la República

Dra. Ruth Jimbo Sotomayor
Subsecretaria de Fortalecimiento al Sistema Nacional de Salud

CONASA Consejo Nacional de Salud

Dr. Jorge Albán Villacís
Director Ejecutivo

Organización Panamericana de Salud

Dr. Oscar Barreneche
Representante OPS - OMS en Ecuador

Ecuador. Ministerio de Salud Pública
Plan Decenal de Salud 2022-2031 / por Ministerio de Salud Pública y
Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud. Quito: Ministerio de
Salud Pública, 2022
109 páginas: ilustraciones, gráficos, mapas, tablas
ISBN: 978-9942-7027-3-9
Bibliografía: p. 177-183

SALUD PÚBLICA; ADMINISTRACIÓN PÚBLICA; POLÍTICAS
PÚBLICAS ; ASPECTOS SOCIALES; OBJETIVOS DE DESARROLLO
SOSTENIBLE; AGENDA 2030; BIENESTAR SOCIAL; EDQUIDAD;
ECUADOR. I. VICEMINISTERIO DE GOBERNANZA Y VIGILANCIA
DE SALUD

353.69866 - CDD

Primera Edición: 2022

© Ministerio de Salud Pública – MSP

Comité coordinador:

Ximena Garzón Villalba MSP
 José Leonardo Ruales Estupiñán MSP
 María Gabriela Aguinaga Romero MSP
 Francisco Enríquez Bermeo MSP
 Raúl Francisco Pérez Tasigchana MSP
 José Andrés Corral Aguilar MSP
 José Francisco Javier Vallejo Flores MSP
 Aquiles Rodrigo Henríquez MSP
 Sonia Quezada Bolaños OPS/OMS
 Marcelo Paredes Molina OPS/OMS

Equipo colaborador:

Juan Pablo Piedra MSP
 Natalia Álvaro MSP
 Yuridia Torres MSP
 Yahaira Rivadeneira MSP
 Ricardo Yajamín MSP
 Andrés Viteri MSP
 Verónica Inuca. MSP
 Evelyn Portilla MSP
 Vilma Escobar MSP
 Belén Araujo MSP
 Rosy Proaño MSP
 Andrea Tapia MSP
 Meitner Cadena MSP
 Carmen Estacio MSP

Vladimir Diaz MSP
 Yessenia Toapanta MSP
 María José Falconi MSP
 María Delia Luna MSP
 Pablo Analuisa MSP
 Dirección Nacional de Comunicación MSP
 Ruth Jimbo Vicepresidencia de la República
 Jorge Albán CONASA
 EpiSIG
 Oscar Barreneche OPS
 Adrián Díaz OPS
 Aida Soto OPS
 Álvaro Whittembury OPS
 Gustavo Giler OPS
 Gabriela Pertuz OPS
 Nilda Villacrés OPS
 David Palacios OPS
 Francisco León OPS
 Estefanía Andrade OPS
 Camila Pérez OPS

ISBN: 978-9942-7027-3-9



Tiraje: 1000 ejemplares
 Impreso en Quito-Ecuador, abril 2022

Con el apoyo de:



Desde que se inició la gestión del Gobierno del presidente Guillermo Lasso, la salud se convirtió en una prioridad de la política pública. Todos los recursos y esfuerzos se enfocaron en dar una respuesta integral a la pandemia causada por la COVID-19.

A partir del 24 de mayo de 2021 se puso en marcha un plan masivo de vacunación que permitió proteger a más de 9 millones de personas en menos de 100 días. Este hito, inédito en la historia del Ecuador, nos convirtió en un referente mundial en el control de la COVID-19 y fue el primer gran paso para la reactivación social y económica.

De forma paralela, el Ministerio de Salud Pública construyó el Plan Decenal de Salud 2022-2031 para enfrentar los problemas sanitarios estructurales del país y que pueda ser ejecutado a mediano y largo plazo. Es el resultado de un proceso participativo e incluyente, en el que varios sectores compartieron sus aportes a través de mesas técnicas.

Este Plan, que no le pertenece a un Ministerio sino a todo el Estado ecuatoriano, se ha integrado con una visión intersectorial para intervenir en los determinantes sociales de la salud. Identifica las acciones de los distintos sectores gubernamentales, el sector privado, la academia, las organizaciones sociales, entre otros.

También, define las estrategias que las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud deben desarrollar para contar con un sistema equitativo, eficiente y transparente, priorizando siempre la prevención de la enfermedad y el aseguramiento del acceso a los servicios integrales de salud para la población.

Con este Plan, el sector salud contribuye a la creación de oportunidades para el crecimiento y desarrollo del país. Juntos, trabajando bajo un mismo objetivo, tal como lo hicimos en el Plan de Vacunación contra la COVID-19, lograremos el mejor sistema de salud pública de la historia.

Ximena Garzón Villalba PhD
EX MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Tabla de contenido

1.	Presentación.....	10
2.	Metodología, proceso de consulta, enfoques y valores del PDS 2022 - 2031.....	14
2.1	Metodología.....	15
2.2	Enfoques y valores del Plan Decenal de Salud 2022 - 2031.....	17
2.3	Proceso de participación y consulta.....	19
3.	Base constitucional y legal.....	22
4.	Alineación a políticas públicas internacionales, regionales y nacionales de salud.....	26
5.	Plan Decenal de Salud 2022 – 2031.....	28
	Objetivo 1. Equidad en salud.....	30
	Objetivo 2. Promoción de la salud.....	48
	Objetivo 3. Medicina preventiva.....	60
	Objetivo 4. Atención oportuna y de calidad.....	72
	Objetivo 5. Sistema de salud integrado y eficiente.....	84
6.	Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Decenal de Salud 2022-2031 1.....	94
7.1	Metodología de seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud 2022-2031.....	96
7.	Referencias bibliográficas.....	102

Índice de tablas y figuras

Tabla 1.	Actores, fecha y número de participantes al proceso de consulta del PDS 2022 – 2031.....	20
Figura 1.	Esquema del Plan Decenal de Salud 2022-2031.....	16
Figura 2.	Esquema de monitoreo de la gestión y evaluación de resultado.....	97
Figura 3.	Indicadores y metas de impacto globales del Plan Decenal de Salud 2022-2031.....	99
Figura 4.	Línea de tiempo del Plan Decenal de Salud.....	101

Abreviaturas

ASSA 2030	Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 - 2030	DCI	Desnutrición Crónica Infantil
ARCSA	Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria	DNARPCS	Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud
ACCESS	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada	DNSPN	Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional
ANT	Agencia Nacional de Tránsito	DPA	División Político Administrativa
APD	Años perdidos por discapacidad	DTP3	Difteria, tétanos y tos ferina (tercera dosis)
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad	ECV	Encuesta de Condiciones de Vida
BCE	Banco Central del Ecuador	EAIS	Equipos de Atención Integral de Salud
BDE	Banco de Desarrollo del Ecuador	ENPCTB	Estrategia Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis
BDH	Bono de Desarrollo Humano	ENIGHUR	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales
CIIC	Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer	EPV	Enfermedades Prevenibles por Vacunación
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe	ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
CONASA	Consejo Nacional de Salud	ENEMDU	Encuesta Nacional Empleo, Desempleo y Subempleo
CONEPÍA	Comisión Especial de Estadística de Pueblos Indígenas, Afroecuatorinos y Montubios	ENT	Enfermedades No Transmisibles
COIP	Código Orgánico Integral Penal	EPISIG	Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública
COS	Código Orgánico de la Salud	ETMI plus	Eliminación de la transmisión Materno Infantil de la Infección por VIH, sífilis, chagas congénita e infección perinatal por el virus de la hepatitis B
COOTAD	Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización		
COVID-19	Enfermedad ocasionada por el virus SARS-CoV-2		
CSS	Consejo Sectorial de Salud		

FA	Agentes de Financiamiento	ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura	ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
FGE	Fiscalía General del Estado	IVU	Índice Verde Urbano
FR	Factores de Riesgo	LGBTTIQ+	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transsexuales, Transgéneros, Intersexuales, Queer, Plus
FS	Esquemas de Financiamiento	MAATE	Ministerio del Ambiente, Agua y Transición Ecológica
GABA	Guías Alimentarias Basadas en Alimentos	MAIS-FCI	Modelo de Atención Integral de Salud - Familiar, Comunitario e Intercultural
GAD	Gobierno Autónomo Descentralizado	MAG	Ministerio de Agricultura y Ganadería
GCO	Global Cancer Observatory	MDT	Ministerio de Trabajo
GHED	Global Health Expenditure Database	MDG	Ministerio de Gobierno
GIZ	Cooperación Técnica Alemana	MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
GRD	Grupos Relacionados por Diagnóstico	MIDENA	Ministerio de Defensa Nacional
HF	Esquemas de Financiamiento	MIDUVI	Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
HP	Esquemas de Proveedores	MINEDUC	Ministerio de Educación
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención de Salud	MINTEL	Ministerio de Telecomunicaciones
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
INDOT	Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células	MPCEIP	Ministerio de Producción, Comercio Exterior, Inversiones y Pesca
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos	MSP	Ministerio de Salud Pública
INSPI	Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública	MTCI	Medicina Tradicional Complementaria e Integrativa
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas	MTOP	Ministerio de Transporte y Obras Públicas
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas		

NNA	Niños, niñas y adolescentes		Salud
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible	RPIS	Red Pública Integral de Salud
OIM	Organización Internacional para las Migraciones	RSI	Reglamento Sanitario Internacional
OMS	Organización Mundial de la Salud	SDH	Secretaría de Derechos Humanos
ONG	Organizaciones no Gubernamentales	SHA	System Health Account por sus siglas en inglés
OPS	Organización Panamericana de la Salud	SIVE	Sistema de Vigilancia Epidemiológica
OIT	Organización Internacional del Trabajo	SNGR	Servicio Nacional de Gestión de Riesgos
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones	SNS	Sistema Nacional de Salud
PCR	Prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa	SRC	Síndrome de Rubéola Congénita
PDNA	Evaluación de Necesidades de Recuperación Post Desastre	SRP	Sarampión, Rubéola y Parotiditis
PDS	Plan Decenal de Salud	STEPS	Encuesta sobre Enfermedades no Transmisibles y Factores de Riesgo
PGE	Presupuesto General del Estado	TB	Tuberculosis
PIB	Producto Interno Bruto	TEFA	Tasa Específica de Fecundidad Adolescente
PIPENA	Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes	UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
PRAS	Plataforma de Registro de Atención en Salud	UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
RPC	Red Privada Complementaria	SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
RDCAA	Registro de Consultas y Atenciones Ambulatorias	VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
RISS	Red Integral de Servicios de		

1. PRESENTACIÓN

El Ecuador se ha caracterizado por constantes reformas en la legislación Sanitaria y cambios estructurales en su Sistema de Salud Pública, los que se han visto condicionados por diversos factores de índole político, económico y social de su historia reciente. La inestabilidad política y rupturas del orden democrático, así como los cambios en los modelos de desarrollo fueron determinantes en el establecimiento de las políticas sanitarias en el país que, no siempre, encaminaron los beneficios del desarrollo y de la salud pública a las grandes mayorías. Las condiciones sociales de salud de la población han generado demandas y resistencias desde los movimientos sociales, los profesionales y trabajadores en favor de la cobertura universal de salud pública de calidad y gratuita para los habitantes del territorio ecuatoriano.

Producto de la acción pendular en las políticas sanitarias, el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano ha pasado por ciclos en los que ha debido maximizar los recursos escasos, mediante una limitada atención a la morbilidad prevalente y a poblaciones vulnerables, y transitar hacia un modelo progresivo de acceso al derecho universal a la salud y el seguro universal a partir de la Constitución de la República de 2008. Esto lo implicó ingentes recursos asignados a la recuperación

del sector, que no lograron cambios estructurales en la articulación de las redes de atención, el mejoramiento de la capacidad resolutive del primer nivel, la reducción de la fragmentación del sistema y que, por el contrario, dieron continuidad a sistemas de gestión de salud poco transparentes e ineficientes y condiciones para la corrupción en la administración de los recursos de la salud. Significó que dicha inversión no tenga mayor impacto en la mejora de las condiciones de salud y vida de su población.

Ante este panorama, y en medio de una pandemia que llegó para recordarnos que no es posible alcanzar el desarrollo sin abordar primero los desafíos de la salud y sus determinantes, nos hemos planteado la necesidad de avanzar en una propuesta seria y decidida de transformación del sector para el mediano plazo, que recupere la visión y la comprensión de la salud individual y colectiva como una política pública para el desarrollo, que está socialmente determinada y en la que la distribución del poder, la riqueza, las desigualdades, la democracia y los procesos de producción inciden directamente. Pero, además, la transformación del sector debe abordar las transiciones demográficas, epidemiológicas, nutricionales, tecnológicas, culturales, organizacionales, económicas, científicas y de innovación,

hasta construir una sociedad con conciencia política del valor de la salud como un derecho y no como un bien de consumo que se puede adquirir.

Con este antecedente, el Plan Decenal de Salud (PDS) que se presenta a continuación, es la propuesta del Gobierno Nacional, para mejorar la salud y las condiciones de vida de las personas que habitan en Ecuador.

Se abordará integralmente problemas multicausales como la desnutrición crónica infantil, la mortalidad materna e infantil, el embarazo adolescente o servicios, como la vacunación infantil, la planificación familiar o la salud mental, que se vieron exponencialmente afectados por la pandemia ocasionada por la COVID-19 y han develado el fracaso del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el Ecuador y de los modelos basados en la atención de la enfermedad. Además, es una propuesta que busca convertirse en una política de Estado, de consenso social, permitiendo la continuidad de ésta; más allá de los distintos periodos de Gobierno.

Este plan toma como visión la construcción de una sociedad equitativa y una visión de justicia social. Se basa en un presupuesto teórico de la protección de la salud, el bienestar y la prevención de la

enfermedad, como un conjunto de métodos basados en el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud, que integran diversas prácticas y actores sociales; sin olvidar al Estado.

Este plan también considera los aportes desde las vertientes del desarrollo humano y sostenible que proponen enfoques de capacidades individuales y colectivas, y el respeto de las cuestiones ambientales, interculturales, de género y derechos humanos. Están presentes en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), donde lo importante es la expansión de los derechos individuales y colectivos, la consecución de la calidad de vida, considerando los límites del crecimiento económico y productivo; así como la necesidad de preservar el medio ambiente y vivir en armonía con la naturaleza.

Con esta propuesta, buscamos romper con el enfoque clásico de la dicotomía salud/enfermedad o de la “enfermología pública” y recuperar la función de rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional; así como proponer un enfoque de atención integral en salud, a través de una serie de intervenciones científicamente comprobadas, sobre la base de las mejores prácticas y con un conjunto de métricas realistas y medibles en

relación con la intervención sobre los determinantes de la salud, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, atención, recuperación y rehabilitación de la salud. El PDS 2022 - 2031 ha construido con la perspectiva de avanzar a la garantía efectiva del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida que determinan la situación de la población, la creación de entornos ambientales, sociales y económicos que promuevan el potencial de la salud. Se suma, lograr la equidad, disminuir la carga de enfermedad existente abordando a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable, y el fortalecimiento de la respuesta del SNS, para mejorar su funcionalidad, a través del establecimiento de metas y objetivos mensurables.

También se propone una serie de intervenciones para abordar los desafíos del sistema de salud respecto a su eficiencia, gestión administrativa, estrategias gerenciales, desarrollo digital y procesos de provisión de servicios, con énfasis en el fortalecimiento del primer nivel de atención, de redes integrales y plurales de alta capacidad resolutive y articulación entre los subsistemas de provisión y aseguramiento. Permiten reducir la fragmentación y duplicación en la provisión de servicios, el financiamiento y aseguramiento de la salud y la segmentación de la población que determina su acceso a los subsistemas de salud según su capacidad de pago o relación laboral. Se abordan discusiones serias sobre el futuro del SNS, gobernanza, coexistencia de los modelos de salud pública y seguridad social, la necesidad de avanzar en una legislación coherente con el desafío planteado en

la Constitución, los alcances del derecho a la salud, la importancia de las redes y la gestión del financiamiento, la prestación de los servicios, la participación social y la racionalidad normativa; todos como partes constitutivas.

Para la formulación del PDS, desde mayo de 2021 hasta enero de 2022, se ha profundizado el análisis de la situación de salud de Ecuador con información disponible hasta la fecha. Se realizaron una serie de talleres con representantes de diferentes instancias del Ministerio de Salud Pública (MSP), Vicepresidencia de la República, académicos y especialistas, representantes de sociedades científicas, del Consejo Nacional de Salud (CONASA). Se incluyó a representantes de la seguridad social, facultades de ciencias de la salud, gremios de GAD´s, OSC, red privada complementaria, organismos de cooperación internacional, sociedad civil representada en el Consejo de Participación Ciudadana de Salud, organizaciones de pueblos, nacionalidades indígenas, afroecuatorianos y montubios, instituciones de Educación Superior, sector privado y varias carteras de Estado de la Función Ejecutiva. En estas mesas se analizaron y establecieron cinco grandes objetivos de trabajo:

1. **Equidad en salud: Reducir las desigualdades e inequidades que se producen en torno al acceso efectivo, universal y gratuito al derecho a la salud, por medio del abordaje intersectorial de los determinantes sociales y ambientales.**

2. Promoción de la salud: Promover el bienestar de la población en todas las etapas de la vida a través de la conformación de entornos, comunidades y hábitos de vida saludables y seguros.
3. Medicina preventiva: Reducir la carga de la enfermedad, a través del abordaje integral de salud pública que permita reducir las enfermedades prevenibles y las muertes evitables.
4. Atención oportuna y de calidad: Acceso a servicios de salud integrales y de calidad, con énfasis en redes del primer nivel de atención, con modelos de gestión eficientes y transparentes.
5. Sistema de salud integrado y eficiente: Transformar el Sistema Nacional de Salud para que garantice el acceso y cobertura universal de salud.

Si bien la rectoría del proceso le corresponde al MSP, en su calidad de autoridad sanitaria nacional; la construcción del plan y su ejecución demanda la participación articulada y el compromiso de todos los sectores y actores públicos y privados y de la sociedad civil, que contribuirán en su ejecución. Como resultado, el presente documento de formulación del

Plan Decenal de Salud 2022 - 2031 es un documento que persigue la integración permanente y dinámica de todos los actores anteriormente mencionados y sobre todo de la ciudadanía en general para su mejoramiento, implementación y seguimiento de las metas nacionales que aquí se han fijado.

Juntos lograremos la transformación del SNS que demanda el Ecuador. Por ello, invitamos a todos a sumarse a este encuentro por la salud y la vida que representa el PDS, a la realización de una propuesta que impulse el derecho a la salud para todos, que busca empoderar a las personas sobre sus decisiones, eliminar las inequidades y desigualdades; que logre cambios radicales en el modo de gestionar la salud de las personas, los establecimientos que atienden a las personas y las instituciones de salud que financian y administran el sistema, de manera oportuna y eficiente. Además, trascender en el tiempo y dejar en el olvido las ineficiencias y la corrupción en el sistema, construir e instituir la conciencia política sobre la importancia de la salud y fortalecer el movimiento sanitarista en el país. En fin, un PDS que persigue crear el mejor sistema de salud de la historia, un sistema construido por todos y para todos.

2.

METODOLOGÍA,
PROCESO DE CONSULTA,
ENFOQUES Y VALORES
DEL PDS 2022 - 2031

2.1 METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente PDS se utilizaron varias metodologías para la planificación de políticas públicas de mediano y largo plazo. La primera corresponde al análisis de tendencias sociales, económicas, demográficas y del hábitat y medio ambiente como determinantes de la salud. A este se suma las tendencias de morbilidad, mortalidad, enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles y salud materno infantil en el contexto global y regional. Lo que permitió el posterior desarrollo de un diagnóstico situacional a profundidad de las condiciones de salud y de la institucionalidad del SNS en el Ecuador con base en las variables e indicadores analizados previamente.

Una vez realizado el diagnóstico situacional se utilizó la metodología Delphi de consulta a expertos/as del sector, pertenecientes al MSP, CONASA, la Organización Mundial de la Salud en Ecuador (OMS), academia e instituciones de otros sectores de política pública, a través de varios talleres realizados entre septiembre y diciembre de 2021. La metodología utilizada para el diagnóstico cualitativo se basó en la realización de un árbol de problemas para la identificación de causas, como determinantes de la salud sus efectos y problemas. Mientras que la formulación de propuestas de política pública se realizó a través de la adaptación de la metodología denominada marco lógico (1) y

teoría del cambio, para el abordaje de problemáticas que requieren cambios de comportamiento social y patrones socioculturales relacionados con hábitos de la salud (2).

Con este antecedente se ubicaron 5 problemas principales descritos a continuación:

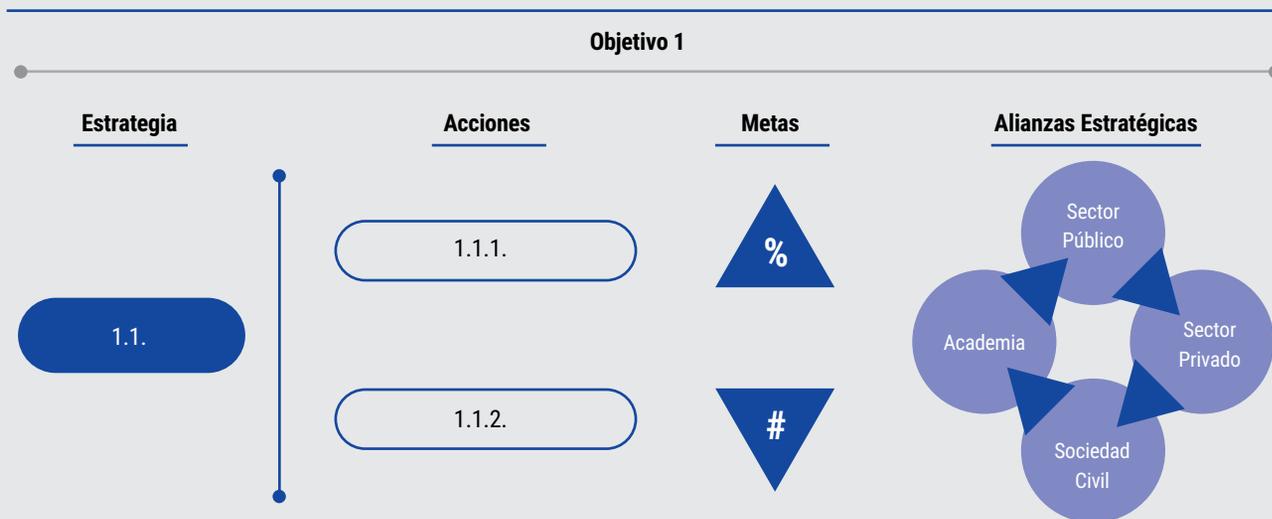
- 1) Desigualdades e inequidades en torno a la salud.
- 2) Hábitos de vida poco saludables y exposición a riesgos.
- 3) Incremento de la carga de enfermedad.
- 4) Falta de acceso equitativo a redes de servicios de salud integradas y de calidad e ineficiente modelo de gestión de los servicios de salud.
- 5) Sistema Nacional de Salud fragmentado y segmentado que no garantiza el acceso y cobertura universal de salud.

Una vez definidas las principales causas y efectos de estos problemas se establecieron 5 objetivos generales que incorporan estrategias, acciones y metas de gestión, resultado e impacto para la superación de dichos problemas. También alianzas estratégicas con las demás instituciones del sector público y organizaciones de la sociedad civil, academia y sector privado.

Es importante mencionar que en el documento se incluyen instituciones y actores del sector público y la sociedad civil que se ubican tradicionalmente

fuera del SNS, ya que se considera indispensable la participación y acción intersectorial como sustantiva en la implementación del presente plan.

Figura 1. Esquema del Plan Decenal de Salud 2022-2031



Elaborado por: MSP/OPS

Las estrategias, acciones y metas se formularon a partir del análisis y alineación con la base constitucional y legal del Ecuador (Capítulo 3), así como con agendas de política pública para el desarrollo sostenible y en el ámbito de la salud a nivel internacional y nacional (Capítulo 4).

La definición de metas de impacto y resultado en los

casos en los que se cuenta con línea base se realizó a través de proyecciones estadísticas conforme el análisis de sus tendencias en los últimos años. Para aquellos casos en los que se cuenta con metas cuantitativas no valoradas, el PDS 2022 - 2031 contempla la formulación de líneas base a partir del primer año de implementación del plan y el esfuerzo estadístico necesario para la proyección de metas.

2.2 ENFOQUES Y VALORES DEL PLAN DECENAL DE SALUD 2022 - 2031

El Plan Decenal de Salud 2022 - 2031 constituye la política nacional del SNS para el próximo decenio, cuyo objetivo principal es mejorar el nivel de salud y calidad de vida de la población del país y hacer efectivo el derecho a la salud.

Reconoce al Modelo de Atención Integral de Salud basado en intervenciones del nivel Comunitario, Familiar, Individual e Intercultural (MAIS-FCI). Aplicado a condiciones poblacionales y territoriales diversas; como un elemento fundamental para garantizar un enfoque territorial, que permita la superación de las desigualdades no solo sociales sino territoriales expresadas en zonas con déficits de cobertura de servicios públicos, como agua, saneamiento y barreras de acceso a servicios de salud.

Por otro lado, el PDS considera la atención a los grupos de atención prioritaria contemplados en la Constitución de la República del Ecuador 2008 (Capítulo III, arts.35-55). Además, los enfoques de igualdad de género, intergeneracional, de pueblos y nacionalidades, de discapacidades y de movilidad humana conforme el artículo 156 de la Constitución y la Ley Orgánica de los Consejos Nacionales para la Igualdad.

En este marco, no menos importante, es el enfoque de derechos humanos. Permite entender a la salud como un derecho social, político, cultural y económico, para el ejercicio integral de los individuos.

Los valores en los que se basa el actual plan son:

Derecho a la salud: En la Constitución del Ecuador se reconoce a la “salud como un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

Universalidad: Los derechos humanos, entre ellos, el derecho al grado máximo de salud, son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del país, deben poder ejercerlos y disfrutarlos, sin discriminación alguna, por motivos de etnia, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, lugar de nacimiento o cualquier otra condición (Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 2009).



Fuente: Los determinantes sociales de la salud

Equidad: El esfuerzo colectivo para eliminar las desigualdades en materia de salud que son evitables, injustas y remediables entre poblaciones o grupos dentro del país. Reconociendo que estas desigualdades se deben a los determinantes sociales y ambientales que es necesario abordar.

Solidaridad: Promover intereses y responsabilidades comunes, así como la facilitación de esfuerzos colectivos para alcanzar las metas compartidas, principalmente, en los ámbitos de financiamiento del sistema de salud, asegurar la seguridad sanitaria durante las crisis, las

emergencias y los desastres.

Inclusión social: Para cumplir con los objetivos establecidos en el plan se contempla promover una representativa participación social en el diseño, formulación, implementación, acompañamiento y evaluación de este.

Para alcanzar el propósito de este plan se han definido 5 objetivos, con sus respectivas estrategias y metas.

2.3 PROCESO DE PARTICIPACIÓN Y CONSULTA

Con la finalidad de consultar los contenidos propuestos en el Plan Decenal de Salud 2022 - 2031, el MSP realizó un proceso de consulta a distintas organizaciones y actores del sector de la salud en el Ecuador.

Sedio a través de talleres de trabajo en el que participaron actores de la sociedad civil con representatividad nacional, a través del Consejo Sectorial de la Salud (CSS), la academia y sociedades científicas, trabajadores y trabajadoras de la salud del sector público, organizaciones no gubernamentales (ONG), agencias de cooperación internacional y del sistema de Naciones Unidas, representantes del CONASA, a través de sesión del directorio realizada el 13 de diciembre de 2021 y sus organizaciones e instituciones representadas, actores de la Medicina

Tradicional, Complementaria e Integrativa (MTCI) y de pueblos y nacionalidades vinculados con la salud, autoridades y funcionarios de las distintas carteras del Estado cuyas competencias y atribuciones institucionales guardan relación con el cumplimiento del presente plan.

Este proceso de consulta se realizó entre el 17 de noviembre de 2021 y el 27 de enero de 2022 con un total de 695 participantes. En este sentido, se incorporaron al presente plan las propuestas y observaciones específicas de cada objetivo, realizadas por los distintos actores participantes durante el proceso de consulta, de tal forma que sirvan como referencia para su mejoramiento e implementación.

1 Adicionalmente se recibió el aporte de la Industria Farmacéutica de Investigación

Tabla 1. Actores, fecha y número de participantes al proceso de consulta del PDS 2022 - 2031

Actor	Fecha	No. de participantes
Consejo Sectorial de Salud	17 de noviembre de 2021	24
Academia y sociedad científica	19 de noviembre de 2021	67
Trabajadores/as de la salud	24 de noviembre de 2021	122
Agencias de cooperación del Sistema de Naciones Unidas y Organizaciones no Gubernamentales (ONG)	26 de noviembre de 2021	12
Miembros del Consejo Nacional de Salud (Directorio del CONASA)	13 de diciembre de 2021	14
Organizaciones e instituciones representadas en el CONASA	4 y 5 de enero de 2022	90
Actores de la Medicina Tradicional, Complementaria e Integrativa (MTCI) y de pueblos y nacionalidades vinculados con la salud	7 de enero de 2022	318
Autoridades y funcionarios de instituciones de la función ejecutiva relacionadas con la implementación del PDS	27 de enero de 2022	48
Número total de participantes		695

Fuente: Sistematización del proceso de consulta, entre el 17 de noviembre de 2021 y 27 de enero de 2022, posteriormente se dieron más reuniones alcanzando a más de 1 mil de participantes.





3.

BASE CONSTITUCIONAL
Y LEGAL

El Plan Decenal de Salud 2022 - 2031 se basa en la Constitución de la República del Ecuador, primordialmente, en su artículo 32. Plantea la salud como un derecho cuyo garante es el Estado, el cual está vinculado al ejercicio de otros, tales como el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El marco constitucional define como sujetos de atención prioritaria y especializada del sistema de salud a personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad, enfermedades catastróficas o de alta complejidad, personas en situación de riesgo, víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. Se considera las diversidades territoriales, culturales y de género, que aseguran un normal desarrollo durante el ciclo de vida y el acceso a más derechos de carácter social y a una salud integral (Arts. 35, 37, 43, 46, 47, 50). Asimismo, la Constitución de la República reconoce los derechos de las comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades con relación al uso de medicinas y prácticas de salud tradicionales (Art. 57).

El artículo 360 de la Constitución establece que el Sistema Nacional de Salud (SNS) garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud. Articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas

ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del SNS y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y de otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad. Los artículos 358, 359, 360 y 361 crean el Sistema Nacional de Salud, las características del Modelo de Atención de Salud y la Red Pública Integral de Salud (RPIS).

En este marco, un aspecto importante es la gratuidad y universalidad de los servicios públicos de salud y la rectoría, regulación y control que ejerce el Estado dentro del sistema, a través de la autoridad sanitaria nacional (Arts. 361, 363).

En consonancia, los artículos 6, 7, 10, 62 y 66 de la Ley Orgánica de Salud vigente ratifica las facultades estatales a través de la autoridad sanitaria nacional y la obligatoriedad de los actores públicos y privados, de acatar las disposiciones de la autoridad nacional.

Por su parte, la misma Ley le agrega especificidad al marco constitucional, respecto de la atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública. Se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del SNS y de la participación de la población en su conjunto. Para ello, la investigación de sus causas, la magnitud e impacto sobre la salud, la vigilancia epidemiológica, la promoción de hábitos y los estilos de vida saludables, la prevención,

recuperación, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos serán mecanismos que permitan la implementación de una política integral de salud, en el cual los actores del SNS son sus principales ejecutores y garantes del cumplimiento del derecho a la salud (Art. 69).

En esta línea, Ley faculta a la autoridad sanitaria nacional coordinar con su par de Ambiente, la regulación necesaria para la preservación medio ambiental, de tal forma que se minimicen los efectos de la contaminación sobre la salud (Art. 95).

Finalmente, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el marco normativo para su aplicación en todo el Sistema Nacional de Salud. Es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de las personas, las familias y la comunidad – entorno, permitiendo la integralidad de la atención.



4.

ALINEACIÓN A POLÍTICAS
PÚBLICAS INTERNACIONALES,
REGIONALES Y NACIONALES
DE SALUD

El PDS está alineado a la Agenda 2030: Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), principalmente:

3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades; donde las principales metas están vinculadas a la reducción de las tasas de mortalidad materna, de muertes evitables en recién nacidos y niños menores a 5 años, control de epidemias y enfermedades transmisibles, prevención de enfermedades no transmisibles y consumo de sustancias nocivas para la salud, reducción de muertes y lesiones causadas por accidentes de tránsito; garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, cobertura, accesibilidad, calidad y sostenibilidad de servicios sanitarios y de salud, reducción de muertes y enfermedades producidas por el trabajo, contaminación, y exposición a factores físicos, químicos y biológicos, gestión de riesgos para la salud e investigación.

De igual manera está alineado a metas relacionadas con los determinantes sociales de la salud, correspondientes a los ODS 1, 2, 5, 6, 8, 11 y 16, vinculados con la erradicación de la pobreza en todas sus formas, el fin del hambre, malnutrición y desnutrición, igualdad de género, disponibilidad de agua y saneamiento, empleo y trabajo decente, desarrollo local inclusivo, seguro, resiliente y sostenible y la erradicación de la violencia y las tasas de mortalidad.

En concordancia, el presente plan está alineado a los objetivos y metas de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018–2030 (ASSA2030) que fue aprobada por la 29° Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 2017. Es una respuesta del sector de la salud a los compromisos de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en relación a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, particularmente se han asumido como propias, metas de impacto para su adaptación al SNS ecuatoriano.

El presente plan se alinea con el Plan de Creación de Oportunidades 2021 - 2025, correspondiente al periodo de Gobierno en el que se diseñó, sin perjuicio de que busque trascender los periodos de gobierno correspondientes al próximo decenio. Se ha incorporado el 100% de las metas relacionadas con el Objetivo 6: Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita de calidad y se han proyectado al 2031. Las metas están relacionadas con el incremento del porcentaje de nacidos vivos con asistencia sanitaria, la reducción de muertes prevenibles, atención a personas con VIH, incremento de cobertura de inmunización, reducción de la tasa de embarazo adolescente, desnutrición crónica infantil, consumo de sustancias nocivas, el incremento de la actividad física y la promoción de la salud, y el mejoramiento del SNS y la red de atención.



5.

PLAN DECENAL DE
SALUD 2022 - 2031



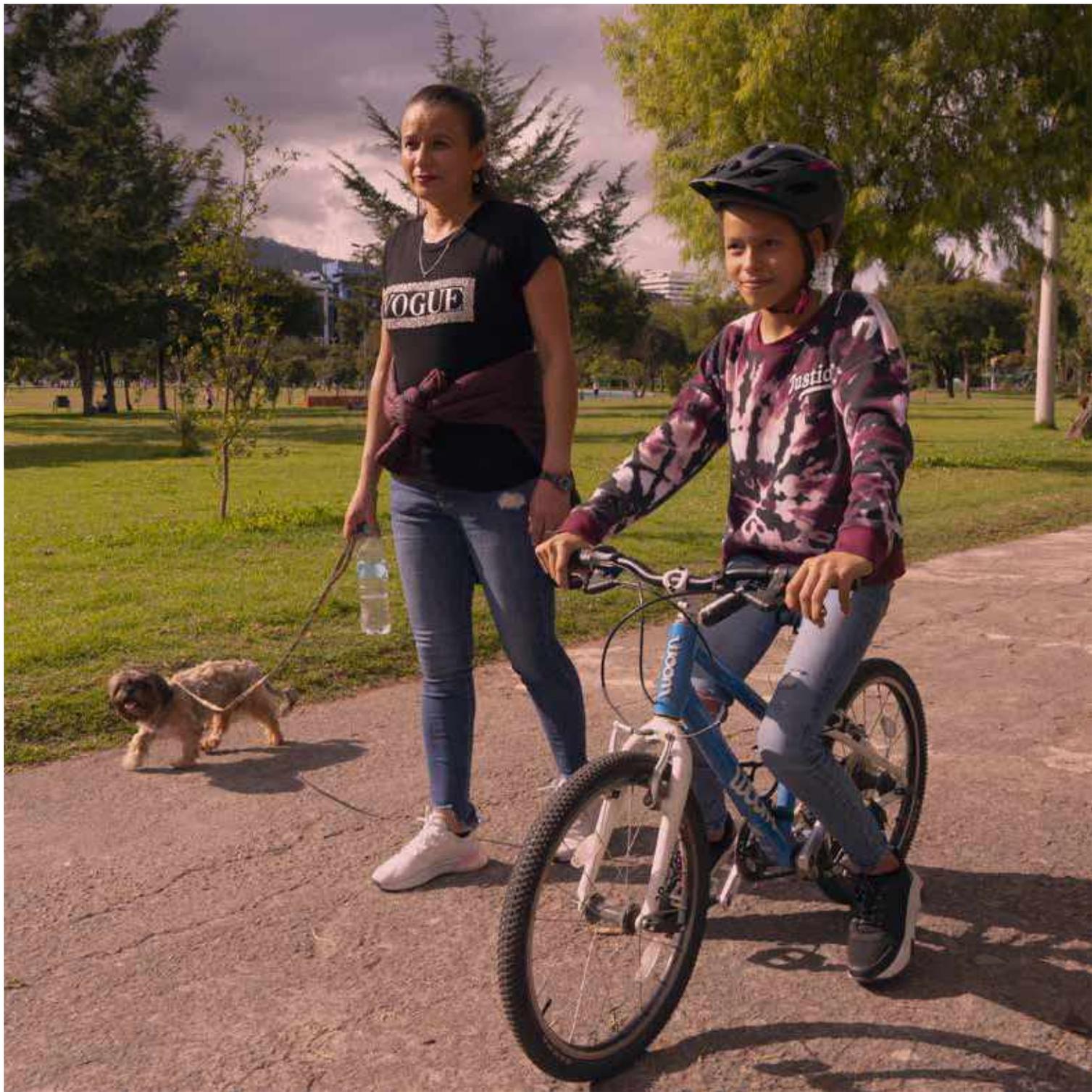
El análisis de la situación actual del SNS evidencia la necesidad de actuar para interrumpir los ciclos de transmisión de inequidad económica y social. Se hará a través con la participación activa de las personas, sociedad civil organizada, consejos consultivos sectoriales, observatorios, academia y otros actores. Esto favoreca la identificación de las necesidades y demandas más cercanas a la población en materia de salud y bienestar, a través de la creación de espacios democráticos de deliberación y empoderamiento de los ciudadanos, para la transformación e incidencia sobre sus entornos de vida y condiciones de salud, así como la transformación del SNS favorable para la

población en general y en particular, para quienes más lo necesitan.

Con este antecedente y en respuesta a las problemáticas expuestas previamente, se plantean objetivos, estrategias y acciones con sus respectivas metas, que en el mediano y largo plazo permitan visualizar a la sociedad ecuatoriana como una sociedad saludable, bajo los principios de equidad, igualdad y justicia social. La salud es un derecho vinculado y que viabiliza el ejercicio de otros derechos planteados en la Constitución de la República del Ecuador.



OBJETIVO 1
EQUIDAD
EN SALUD



Equidad en salud

Reducir las desigualdades e inequidades que se producen en torno al acceso efectivo, universal y gratuito al derecho a la salud, por medio del abordaje intersectorial de los determinantes sociales y ambientales.

Los determinantes sociales de la salud son definidos por la OMS como “las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que dan forma a las condiciones de la vida diaria” (31). Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas, agendas de desarrollo, normas, políticas y sistemas sociales, económicos y políticos, que pueden dar lugar a inequidades y diferencias en el ámbito de la salud. Por lo que parte de las políticas públicas para mejorar el acceso al derecho a la salud deben partir de la reducción de dichas inequidades y desigualdades de carácter social, económico y político y analizar aquellos determinantes que interfieren en el acceso a la salud y el bienestar público e individual.

Dados los estrechos vínculos entre la equidad en salud y los determinantes subyacentes de la salud, un enfoque integrado y sistemático para su abordaje es esencial para reducir las inequidades. La idea de que la salud se crea en el contexto de la vida cotidiana en lugar de limitarse a entornos orientados a los servicios, tal como se planteó en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986.

La OMS afirma que sin unas condiciones previas no puede haber salud para la población ni tampoco crecimiento real, ni desarrollo social; y cita como condiciones fundamentales: el derecho a la paz, justicia social, alimentación, agua potable, educación, vivienda digna e ingresos adecuados.

En el Ecuador, la Constitución establece en su art. 32 que la salud es un derecho, cuyo garante es el Estado; y su realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos, el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Además, señala que el Estado garantizará este

derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y reproductiva. La prestación de los servicios se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

El Ecuador, como el resto de los países de la región, afronta los desafíos para disminuir las desigualdades e inequidades que persisten en el país. Durante que a raíz de la pandemia por COVID-19 se ha visto agudizado, en muchos casos, representado un retroceso en los avances logrados en los últimos 10 años.

De acuerdo a las proyecciones, la recuperación económica después de la pandemia por COVID-19 será lenta y a menos de que se tomen acciones para asegurar la protección social, difícilmente se podrán recobrar los indicadores previos.

En este contexto es imperativo centrar los esfuerzos en aquellos grupos que presentan mayor vulnerabilidad, a través de acciones intersectoriales efectivas que permitan reducir esta inercia en las inequidades y desigualdades y mejorar sus condiciones de vida.

Por todo lo expuesto, como señala la Declaración Política de Determinantes Sociales de Salud⁴ para adoptar una mayor gobernanza de la salud y del desarrollo social, se requieren ejercicios de toma de decisiones y construcción de propuestas que sean transparentes, inclusivas, plurales, permitiendo que diversos grupos y múltiples sectores tengan voz. De esta manera, se podrán elaborar políticas públicas de desempeño efectivo, desde los distintos niveles de Gobierno, alcanzando de forma clara y medible respuestas a los principales problemas identificados, construyendo procesos de rendición de cuentas y, sobre todo, propiciando justicia social en los procesos de desarrollo de políticas y en los resultados logrados.

El abordaje integral requiere del fortalecimiento de mecanismos intersectoriales de coordinación y la capacidad de la autoridad nacional de salud para implementar con éxito políticas públicas y acciones, más allá del sector salud que aborden los determinantes sociales de la misma.

Por último, dentro de los determinantes de la salud que pueden incidir sobre el bienestar de la población en general están los ambientales según la OMS, es el conjunto de factores físicos, químicos y biológicos externos que, al entrar en interacción con las personas, influyen directamente en su salud. Ante esta

4 Río de Janeiro (Brasil), 21 de octubre de 2011. Ratificada por la 65 Asamblea Mundial de Salud, en Ginebra, del 21 al 26 de mayo de 2012.



problemática nace el concepto de salud ambiental, la cual busca facilitar la implementación de acciones de promoción, prevención y vigilancia de enfermedades, a fin de reducir los efectos nocivos del ambiente, producto del contacto de personas con factores ambientales degradados.

Las estrategias definidas para superar los problemas descritos preliminarmente se basan en la integración de acciones, principalmente del sector social, dirigidos

a grupos de atención prioritarios, quienes están en mayor medida expuestos a dichas desigualdades e inequidades en el ámbito de la salud y que, a su vez, puede representar aquel segmento de la población demanda de servicios integrales.

En este plan se asumen como personas y grupos de atención prioritaria aquellos definidos en el capítulo tercero de la Constitución de la República del Ecuador.

Entre ellas: niños, niñas, adolescentes y jóvenes, las personas adultas mayores, personas en condición de movilidad humana, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas con enfermedades catastróficas, personas privadas de libertad, usuarias y consumidoras, al igual que personas en situación de riesgo, víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales y antropogénicos. Allí donde el Estado prestará especial protección a personas en condición de doble vulnerabilidad (3).

Como parte de las acciones para incrementar el acceso a servicios de salud de las poblaciones con mayor vulnerabilidad se establecerán planes de intervención específicos para potencializar las acciones que en materia de protección social se definan dentro de los planes de Gobierno en vigencia del presente plan.

Se establecerá un sistema de monitoreo específico de estos grupos de atención prioritario para identificar la reducción de las inequidades y desigualdades en materia de salud.

En este marco, considerando que el presente plan busca abordar los problemas de la salud y sus determinantes en el mediano y largo plazo que afectan a las actuales generaciones, pero sobre todo a las venideras: garantizar el acceso y cobertura de prestaciones integrales que promuevan el desarrollo integral de la primera infancia con énfasis en pueblos y nacionalidades (indígenas, afroecuatorianos y montubios) y en sectores rurales, se vuelve prioritario.

Otra de las estrategias planteadas se basa en la promoción y cumplimiento de los derechos laborales, el pleno empleo y la seguridad laboral. Estrategia de carácter intersectorial que persigue mejorar las condiciones laborales; así como la seguridad en las actividades laborales y la salud ocupacional, con la finalidad de reducir enfermedades y accidentes ocurridos en lugares de trabajo.

Por su parte, en el marco de factores estructurales que condicionan la salud de la población ecuatoriana, fortalecer la seguridad vial representa un reto en la medida en que los accidentes de tránsito están dentro de las primeras causas de muerte en el Ecuador. Para ello, se plantea la promoción de políticas intersectoriales que reduzcan la tasa de muertes ocasionadas por accidentes de tránsito; considerando que el uso de medios de transporte alternativos y sostenibles pueden tener una incidencia positiva sobre la salud de la población.

Otra de las causas estructurales que inciden negativamente en la salud y en las vidas de la población ecuatoriana está relacionada a eventos violentos, considerando que las estadísticas al respecto no constituyen exclusivamente al ámbito de la política pública de seguridad sino de salud pública, hábitat y convivencia armónica. Por ello se plantean acciones, como el fortalecimiento de la coordinación intersectorial para la prevención y erradicación de la violencia social, de género e intrafamiliar y diseño de una estrategia de salud para la atención oportuna a víctimas de estos tipos de violencia.

Por último, se debe considerar la incidencia de las condiciones del hábitat y el medio ambiente y el cambio climático sobre la salud de las personas. Pese a que es difícil conciliar evidencia del efecto o impacto directo de estas condiciones sobre la salud, es necesario articular acciones de carácter intersectorial y de los distintos niveles de Gobierno para mejorar la calidad del aire, el agua y el suelo; así como promover el acceso a derechos básicos, como agua y saneamiento con énfasis en el sector rural, zonas deficitarias y de difícil acceso geográfico.

No menos importante es la alineación del presente plan a la Agenda Hábitat Sostenible 2036 y la Estrategia Nacional de Cambio Climático 2025,

políticas públicas de carácter nacional que propenden a la conformación de hábitats sostenibles para el ejercicio de los derechos y acceso a oportunidades que los procesos de urbanización generan. También, así como mejorar la capacidad de respuesta, resiliencia, mitigación y adaptación al cambio climático y los desastres y emergencias que se puedan generar como efecto de este fenómeno global.

Con este objetivo, se aspira contribuir a un sistema de salud equitativo, sin barreras de acceso, con enfoque de derechos. Cuenta con políticas intersectoriales, que incidan sobre los determinantes de la salud y permita la sinergia y complementariedad de las políticas sectoriales sobre la calidad de vida y la salud de la población (56).

Aportes del proceso de consulta del PDS 2022 - 2031

Los aportes de miembros de la academia, trabajadores y trabajadoras de la salud y de la sociedad civil a este objetivo giraron en torno a la necesidad de aplicar políticas integrales de atención a grupos prioritarios y territorios tradicionalmente excluidos. Esto implica la necesidad de complementariedad interinstitucional y coordinación intersectorial para la implementación de las estrategias de protección social, aspecto reiterado tanto por actores de la MTCI, pueblos y nacionalidades como por

la representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Ellos ratificaron la importancia de trabajar con la población vulnerable y la implementación de un enfoque interseccional para el abordaje de las problemáticas de salud de este segmento poblacional. En la misma línea, miembros del CONASA aportaron en la necesidad de incorporar acciones específicas para la tercera edad en consonancia con la transición demográfica que arranca el país.

Tanto los miembros del Consejo Sectorial de Salud como trabajadores/as de la salud coincidieron en

la importancia de establecer un orden de prelación y prioridad en la prestación de servicios de salud dirigidos a grupos de atención prioritaria. Se ratificó la necesidad de ejecutar de manera complementaria y coordinada, programas y proyectos de protección social a cargo de las carteras de Estado del sector social, entre ellos, el Bono de Desarrollo Humano (BDH).

En la misma línea, los aportes de los actores de la academia y sociedades científicas del sector de la salud enfatizaron la necesidad de que las políticas de protección social y, en general, las políticas del sector social se focalicen hacia los grupos de atención prioritaria con especial cuidado de la primera infancia. Su finalidad fue considerar el impacto de las políticas de salud a largo plazo, en el marco del presente plan. Los aportes del Ministerio de Educación sustentan la importancia de que las políticas que forman parte del presente plan consideren criterios de priorización para atención a niños, niñas y adolescentes como parte los grupos de atención prioritarios, conforme se establece en la Constitución vigente.

Por otro lado, se remarcó la importancia de incorporar criterios de focalización de acciones que permitan reducir las inequidades territoriales en el acceso a servicios de salud, sobre todo, aquellas que se producen en el área rural. Allí las brechas de acceso a derechos

y servicios suelen ser mayores con relación al área urbana, aspecto enfatizado por actores de pueblos y nacionalidades vinculados con la salud.

Los actores de la academia y sociedad científica del sector ubican a la primera infancia, la niñez y la adolescencia, como parte de los grupos de atención prioritaria, tal como lo define la Constitución. En este sentido, la inversión en la primera infancia y el fortalecimiento de los servicios integrales de salud para la madre gestante el recién nacido y durante la primera infancia, son prioritarios. Al respecto, se dio especial énfasis en la importancia de monitorear el avance en el cumplimiento de las metas sobre primera infancia, a través de indicadores efectivamente medibles.

Adicionalmente, se debe considerar a la salud como un derecho cuyo ejercicio no depende exclusivamente de los servicios de salud, sino del empoderamiento de las personas en el cuidado de la salud durante todo el ciclo de vida, donde el abordaje de los determinantes de la salud se debe dar de manera complementaria con las políticas correspondientes a la promoción de la salud.

Es fundamental considerar la importancia de una atención integral complementaria a través del respeto, articulación e integración de la medicina ancestral tradicional y alternativa

- complementaria en el SNS, donde la persona, siendo sujeto de derecho a la salud, pueda optar por otras alternativas de tratamiento de manera complementaria a la medicina alopática - convencional.

Por otro lado, tanto la academia como los actores de la sociedad civil a través el Consejo Sectorial de la Salud, coincidieron en la importancia del reconocimiento del empleo pleno como un derecho. Además, el reconocimiento y aplicación de los derecho laboral. Para su aplicación se plantea la necesidad de acciones de promoción de la salud laboral y ocupacional a través de un trabajo intersectorial y multiactores, específicamente con el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Producción, Comercio Exterior, Inversiones y Pesca, y los sectores laboral y productivo, tanto público y privado. La academia planteó la importancia de la regulación y el control de las actividades laborales, donde la norma que debe diseñarse intersectorialmente, tiene que acatarse de manera homogénea tanto por el sector público como privado. Al respecto, miembros del CONASA acotaron la necesidad de acciones de protección social y salud para personas en condición de desempleo, trabajo informal y niños y niñas bajo regímenes de explotación infantil.

De igual manera, actores del Consejo Sectorial de Salud, la academia y trabajadores sanitarios enfatizaron el rol de los Gobiernos Autónomos

Descentralizados (GAD's) en la regulación y control respecto de la calidad de los servicios de transporte público, la promoción del transporte inclusivo hacia los grupos de atención prioritaria y las condiciones de movilidad y acceso a infraestructura urbana de personas con discapacidad. Sin olvidar el incentivo a medios alternativos de transporte, en correspondencia con el objetivo relacionado a la promoción de la salud.

Todos los actores consultados coincidieron en concebir a los distintos tipos de violencia como un problema de salud pública, aspecto enfatizado por la Secretaría de Derechos Humanos (SDH). En este sentido se planteó la importancia del trabajo intersectorial con actores, como: el Ministerio de Educación, Secretaría de Derechos Humanos - SDH, Policía Nacional, Fiscalía General del Estado y la Función Judicial, en la implementación de actividades de prevención de la violencia y discriminación hacia grupos de atención prioritaria. Una de las principales medidas en esta línea sería la certificación de espacios públicos, educativos, laborales y turísticos como espacios seguros y libres de violencia. Esta acción fue ratificada como necesaria por parte del UNFPA.

Además, se enfatizó la necesidad de la operación de rutas de atención integral a grupos de atención prioritaria y población vulnerable tales como personas de la comunidad LGBTI+ y trabajadoras/es sexuales,



para la derivación de casos violencia hacia instancias estatales que faciliten la atención especial y protección a víctimas de violencia. En este punto, miembros del CONASA plantean como una acción la necesidad de ampliar la cobertura de servicios de atención de primera acogida con enfoque intergeneracional, con la finalidad de fortalecer la estrategia correspondiente a los efectos de la violencia en todas sus formas como una problemática de salud pública.

Actores de la sociedad civil, academia, trabajadores/as de la salud y actores de pueblos y nacionalidades vinculados a la salud coincidieron en la necesidad de fortalecer las facultades estatales de regulación y control ambiental respecto de sectores, como minería, agricultura y otros.

Esto ante la contaminación del agua y el suelo por efecto del uso de agroquímicos y pesticidas en la agroindustria, y el desecho de metales pesados por efecto de las actividades mineras. De igual manera se reconocieron los efectos adversos sobre la salud, tras el consumo de alimentos que contienen agroquímicos y pesticidas. Ante ello, el fortalecimiento de las capacidades regulatorias y de control estatal son la solución.

El CONASA acotó acciones que le dan especificidad a las políticas de hábitat, como la importancia de espacios urbanos con características de acceso equitativo e inclusivo a los servicios y oportunidades que generan

las ciudades y la reducción no sólo de la contaminación de suelo, aire y aguas sino la contaminación por ruido y radiación y el manejo y conservación de los ecosistemas tanto en el ámbito urbano como rural.

Complementariamente, autoridades de la Secretaría de Gestión y Desarrollo de Pueblos y Nacionalidades corroboraron la importancia de las políticas de regulación y control de la contaminación ambiental. Además focalizar acciones que permitan el incremento de la cobertura de servicios de saneamiento y agua potable en territorios con mayor déficit. En la mayoría de los casos, coincide con el área rural, donde hay una alta concentración de población correspondiente a pueblos y nacionalidades. Pese a que la normativa nacional, específicamente el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD) en su artículo 259, define que el presupuesto de los GAD's, deberá asignar por lo menos el 10% de sus ingresos no tributarios para el financiamiento de programas sociales de atención a GAP, este no se traduce en políticas para atención a los mismos.

Finalmente, la academia plantea la relevancia de su participación en el análisis de los efectos del cambio climático sobre la salud, con la finalidad de aportar en el diseño de políticas públicas para la mitigación de estos.

Fuente: Proceso de consulta entre 17 de noviembre de 2021 y 27 de enero de 2022

Estrategias, acciones y metas

1.1 Integración de acciones intersectoriales de protección social para grupos de atención prioritarios y población que enfrenta múltiples vulnerabilidades sociales

1.1.1 Establecer un sistema de indicadores e información integral para el análisis de las desigualdades, inequidades y determinantes de la salud que permita el monitoreo y evaluación de sus efectos sobre el acceso a servicios de salud.

1.1.2 Diseñar e implementar una estrategia intersectorial de protección social que permita abordar los determinantes de la salud; así como reducir las desigualdades e inequidades, barreras y brechas de acceso a servicios de salud de los grupos de atención prioritaria y con más de una vulnerabilidad social (enfoque interseccional).

Metas

- Implementar un sistema de indicadores para medición de desigualdades e inequidades en la salud.
- Implementar un estudio de los factores que inciden en el acceso a servicios de salud de grupos de atención prioritaria; brechas y barreras de acceso por etnia, área geográfica y factores institucionales y culturales.

- Reducir las barreras y brechas de acceso a servicios de salud de la población correspondiente a grupos de atención prioritaria, considerando criterios de vulnerabilidad social, barreras físicas, institucionales y culturales de acceso.
- Incrementar la cobertura focalizada de programas de protección social dirigida a grupos de atención prioritaria y población que enfrenta múltiples vulnerabilidades para abordar los determinantes de la salud sobre este segmento poblacional.
- Reducir la brecha de acceso rural / urbano en la atención de partos por personal calificado.
- Incrementar la cobertura de servicios de seguridad social, de programas de jubilación y protección social dirigida a adultos mayores.

1.2 Desarrollo integral de la primera infancia

- 1.2.1** Garantizar el acceso a prestaciones integrales intersectoriales que promuevan el desarrollo y crecimiento en la primera infancia con énfasis en pueblos y nacionalidades (indígenas, afroecuatorianos y montubios) y en sectores rurales.
- 1.2.2** Actuar sobre las barreras de acceso a prestaciones integrales de salud dirigidas a niños y niñas menores de 2 años y mujeres embarazadas.
- 1.2.3** Desarrollar estrategias intersectoriales para actuar frente a los determinantes de la salud en la primera infancia, fomentando la participación



ciudadana y la articulación de trabajo con los GAD's, entidades gubernamentales locales y sector privado para actuar frente a los determinantes de la salud en la primera infancia.

Metas

- Reducir la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años.
- Reducir en 6 puntos porcentuales la desnutrición crónica infantil en menores de 2 años.
- Reducir en 10 puntos porcentuales la brecha de la tasa de desnutrición crónica infantil en menores de 2 años de la población indígena con relación al promedio nacional.
- Reducir la tasa de mortalidad neonatal de 4,6 a 4,0 por cada 1.000 nacidos vivos.

1.3 Promoción y cumplimiento de los derechos laborales, el empleo pleno y la seguridad y salud ocupacional

- 1.3.1 Implementar estrategias intersectoriales para mejorar las condiciones laborales en materia de seguridad y salud en el trabajo.
- 1.3.2 Generar ambientes de trabajo saludables y seguros a través de mecanismos de promoción de la salud para la reducción de enfermedades y accidentes en el trabajo.
- 1.3.3 Implementar y evaluar la política nacional de salud en el trabajo.

1.3.4 Construir un sistema nacional de salud en el trabajo para monitorear las condiciones de salud de la población trabajadora.

1.3.5 Crear políticas de protección social y salud para personas en condición de desempleo, trabajo informal y explotación infantil.

Metas

- Reducir el porcentaje de lesiones y accidentes laborales en trabajadores del sector formal e informal.
- Reducir las prevalencias de enfermedades asociadas al trabajo.
- Implementar un sistema de indicadores para la medición y monitoreo epidemiológico ocupacional.

1.4 Mejoramiento de las políticas de transporte terrestre, movilidad y seguridad vial

- 1.4.1 Promover políticas intersectoriales y marcos normativos que garanticen la seguridad vial mediante la adopción del enfoque integrado de seguridad vial.
- 1.4.2 Implementar estrategias intersectoriales para mejorar las condiciones laborales en el sector de transporte terrestre referentes a seguridad y salud en el trabajo.
- 1.4.3 Fomentar estrategias de educación y capacitación para la seguridad vial dirigido a transportistas y peatones.

Metas

- Reducir el porcentaje de discapacidades ocasionadas por accidentes de tránsito.
- Reducir en 10% el número de muertes por accidentes de tránsito.

1.5 Fortalecimiento de las acciones que permitan la prevención y contención de la violencia social, de género e intrafamiliar

1.5.1 Coordinar intersectorialmente, con énfasis en el sector social, seguridad y justicia y los distintos niveles de gobierno, políticas, normativas y acciones de prevención, atención integral y reparación de derechos a víctimas de la violencia social, violencia de género e intrafamiliar.

1.5.2 Asegurar y fortalecer la atención integral de salud a víctimas de violencia social, de género e intrafamiliar.

Metas

- Implementar una estrategia sectorial de salud para apoyar las políticas de prevención y erradicación de la violencia social, de género e intrafamiliar.
- Reducir el número de personas con contusiones, heridas y muertes por efecto de violencia social, de género e intrafamiliar.

- Incrementar la cobertura de salas de atención de primera acogida con enfoque intergeneracional.

1.6 Reducción de la incidencia de la contaminación del hábitat, el medio ambiente y el cambio climático sobre la salud

1.6.1 Coordinar acciones que permitan coadyuvar en la implementación de la Política Nacional de Hábitat (Agenda de Hábitat Sostenible 2036), la Estrategia Nacional de Cambio Climático 2025 y acciones estatales para la reducción de la contaminación ambiental, prevención y mitigación del riesgo climático y protección de la salud eco- sistémica.

1.6.2 Fomentar el incremento de la cobertura de servicios básicos tales como agua apta para el consumo humano, alcantarillado y saneamiento como determinantes de la salud con énfasis en el sector rural y demás zonas deficitarias.

1.6.3 Definir y establecer estrategias intersectoriales para reducir y prevenir los efectos del cambio climático en la salud de la población.

1.6.4 Motivar y apoyar la ejecución de acciones intersectoriales que impulsen la realización de monitoreo de calidad de aire por parte de los GAD's.

1.6.5 Coordinar acciones intersectoriales para impulsar



la certificación nacional de calidad de agua apta para consumo humano.

1.6.6 Promover estrategias intersectoriales para el desarrollo de estudios sobre los contaminantes ambientales y su incidencia en la salud de la población.

1.6.7 Establecer estrategias intersectoriales para asegurar el control y la vigilancia de la salud frente a la contaminación de agua, aire y suelo.

1.6.8 Coordinar acciones intersectoriales para el fortalecimiento de las políticas relacionadas con la gestión integral de desechos sólidos y líquidos.

1.6.9 Fortalecer e implementar estrategias intersectoriales frente a desastres naturales y emergencias nacionales.

1.6.10 Coordinar acciones con los GAD's para aumentar el acceso a agua potable y saneamiento ambiental, con énfasis en territorios con mayor déficit de estos servicios.

1.6.11 Fortalecer la aplicación de buenas prácticas ambientales, respecto a la movilidad, uso energético, entre otras prácticas, que contribuyan a disminuir la contaminación ambiental y sus efectos en la salud.

1.6.12 Fortalecer estrategias de consejería, capacitación

y educación en todos los niveles dirigidas a la población respecto a los factores atribuibles a la contaminación ambiental y sus efectos en la salud.

1.6.13 Fomentar la protección, rehabilitación y creación de espacios urbanos verdes que apoyen la prestación de servicios ambientales y sociales de hábitat saludable que permitan la adaptación al cambio climático.

1.6.14 Fomentar y fortalecer las estrategias intersectoriales para prevenir y controlar las amenazas a la salud pública generadas en la interfaz humano - ambiente.

1.6.15 Establecer estrategias de salud para reducir índices de contaminación por ruido, radiación y manejo de espacios públicos saludables.

1.6.16 Promover un consumo responsable de recursos naturales y ambientales a nivel urbano y rural con el objetivo de mantener ecosistemas saludables.

Metas

- Implementar una estrategia nacional intersectorial para reducir y prevenir los efectos del cambio climático y desastres naturales sobre la salud.
- * Incrementar el número de municipios que realizan monitoreo del aire en razón de un municipio anual.
- * Incrementar 52 municipios adicionales que cuenten con certificación nacional de calidad del agua

- apta para el consumo humano.
- * Incrementar 54 municipios adicionales que realicen disposición de desechos sólidos y líquidos.
 - Reducir el número de personas heridas y muertes ocasionadas por desastres naturales y emergencias nacionales.
 - Implementar una estrategia sectorial de salud e intersectorial para la regulación y control ambiental.
 - Implementar un sistema de indicadores para la medición y monitoreo epidemiológico en salud ambiental.
 - * Reducir la tasa de mortalidad atribuida a la contaminación del medio ambiente y del hogar.
 - * Reducir en un 50% la población sin acceso a agua potable y saneamiento con relación al año base 2021, con énfasis en territorios con mayor déficit de estos servicios.
 - * Reducir la tasa de mortalidad atribuida al uso de agua no apta para el consumo humano, el saneamiento en condiciones de riesgo y falta de higiene.
 - * Reducir la contaminación ambiental y mejorar el urbanismo.

Alianzas estratégicas

- Ministerio de Inclusión Económica y Social
- Ministerio de Educación
- Ministerio del Trabajo
- Secretaría de Derechos Humanos
- Ministerio de Gobierno
- Ministerio de Transporte y Obras Públicas
- Agencia Nacional de Tránsito
- Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
- Ministerio de Ambiente, Agua y Transición Ecológica
- Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias
- Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil
- Secretaría de Gestión y Desarrollo de Pueblos y Nacionalidades
- Gobiernos Autónomos Descentralizados
- Academia
- Organizaciones de la Sociedad Civil
- Sector Privado

* Para el cumplimiento de estas metas se coordinará con las instancias competentes



OBJETIVO 2
PROMOCIÓN
DE LA



Promoción de la salud

Promover el bienestar de la población en todas las etapas de la vida, a través de la conformación de entornos, comunidades y hábitos de vida saludables y seguros.

La Declaración de la Carta de Ottawa de Promoción de la Salud (1986) y las posteriores Conferencias Mundiales, celebradas en Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Ciudad de México, Bangkok (2005), Nairobi (2009), Helsinki (2013), Shanghái (2016), entre otras, han promovido un marco de actuación basado en la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorecedores de la salud, el desarrollo de habilidades personales, el refuerzo de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios hacia la salud.

La promoción de la salud es una función esencial de los sistemas sanitarios ya que de acuerdo a la OMS es “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud”. Implica poner en práctica enfoques participativos en donde los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones

colaboren para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar de todos.

La promoción de la salud fomenta cambios en el entorno que ayuda a promover y a proteger al ciudadano. Estos cambios incluyen modificaciones en las comunidades, con enfoques de entornos saludables que implica un método multidisciplinario para promover la salud y prevenir enfermedades a través de un “sistema completo” en lugares o contextos sociales. En ellos las personas participan en actividades diarias, donde los factores ambientales, organizacionales y personales, interactúan para afectar la salud y el bienestar.

La Constitución del Ecuador, en su artículo 32, establece que “la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos, el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”. Desde esta consideración, la promoción de la salud no solo abarca las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino aquellas dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas;

contribuyendo a que las personas incrementen el control sobre los determinantes de su salud.

A nivel nacional, el país implementa desde el año 2013 el MAIS. Este modelo basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud incluye dentro de sus enfoques a la participación social, interculturalidad, derechos y género, entre otros. Canaliza los esfuerzos hacia la conformación de esquemas de salud basados en la participación de la comunidad, la familia y los individuos en la generación de condiciones necesarias para su bienestar.

La elaboración e implementación de estrategias y acciones de este objetivo ha considerado el enfoque del curso de vida. Este plantea como la capacidad de evolución que se desarrolla dinámicamente a lo largo del tiempo y a través de las generaciones. Permite comprender mejor cómo se perpetúan y transmiten las inequidades sociales en salud y cómo se pueden mitigar o aliviar a lo largo de las generaciones estas inequidades.

Con estos antecedentes se plantea como una de las estrategias, la promoción de una alimentación saludable y evitar el consumo de productos que resultan nocivos para la salud. Entre ellos, alimentos procesados/ultraprocesados y comida rápida, generalmente altos en grasa, azúcar y sal, sucedáneos de la leche materna, tabaco y alcohol. Esta estrategia debe integrar en su implementación no solo a la población como consumidora potencial de dichos productos, sino también al sector productivo y su compromiso para el cumplimiento de la regulación que para dichos

finos emita la autoridad sanitaria nacional. De igual manera, demandará de la acción coordinada del sector económico y productivo estatal, para generar incentivos y regulaciones integrales.

La prevención del consumo de sustancias psicoactivas, entre las que se incluyen las reguladas (alcohol y tabaco) y no reguladas (cannabis, cocaína, heroína, entre otras), debe ser una prioridad al reconocerse como un problema de salud pública, con su correlato en los contextos familiares, sociales, educativos y laborales. De ahí la urgencia del desarrollo de acciones concretas de prevención del consumo en edades tempranas, comprendidas entre 12 y 13 años, y medidas de regulación firmes con las drogas reguladas, además de garantizar tratamiento y acceso a los servicios de salud.

Estas acciones deben ir acompañadas del fortalecimiento de las capacidades regulatorias y de control, no solo del sector de la salud sino del educativo y por supuesto del productivo y la generación de estrategias comunicacionales que consideren las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA). Estas que contemplan como factor fundamental el tema de cultura, soberanía y seguridad alimentaria en la visión de las nacionalidades y pueblos del Ecuador.

Otra de las estrategias propuestas gira en torno al apoyo de políticas de desarrollo local sostenible y la conformación de entornos saludables y seguros. Para ello es importante, la articulación con distintos niveles de gobierno, sobre todo a nivel municipal. Esto con la

finalidad de conformar localidades saludables, seguras, habitables y no contaminadas; así como comprometer a distintos actores del sector privado, academia y organizaciones de la sociedad civil en la promoción de la salud.

Una estrategia adicional gira en torno a la promoción de hábitos de vida saludable, el empoderamiento de las personas sobre el cuidado de la salud y su entorno. Prevalcen acciones, como la promoción

de la movilidad sostenible, la incorporación, los enfoques intercultural, intergeneracional y de género. Permiten a la población el gozo del espacio público, el desarrollo de actividades lúdicas y deportivas, con la finalidad de reducir la incidencia del sedentarismo sobre la salud y finalmente promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos garantizando el acceso a educación sexual, reproductiva y métodos de anticoncepción.

Aportes del proceso de consulta del PDS 2022 - 2031

Respecto de este objetivo, actores del Consejo Sectorial de Salud y del CONASA mencionaron la necesidad de fortalecer la normativa nacional con relación a la venta y consumo de productos considerados nocivos para la salud. No solo en términos tributarios sino con relación a la regulación y control de estos por parte del Estado.

De igual manera plantearon la necesidad de implementar políticas para el cambio de patrones socioculturales y hábitos relacionados con el consumo de alimentos altos en grasa, azúcares y sal, alcohol y tabaco; se realizarán campañas preventivas y acciones educomunicacionales contextualizadas a las realidades locales, con énfasis en centros

educativos, servicios de inclusión social y centros de privación de la libertad.

Por su parte, los actores de la academia consultados consideraron importante realizar campañas de prevención de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas desde temprana edad. Este aspecto puede representar la necesidad de reducir el rango etario respecto de la meta de reducción de adolescentes entre 13 y 15 años de edad que consumen tabaco.

Al respecto, actores de la academia y trabajadores/as de la salud ratificaron la importancia de la participación del sistema nacional de educación en la implementación de este plan, respecto de los establecimientos educativos como espacios para la promoción de la salud y el empoderamiento de las personas sobre la misma. Además, sí



como el cumplimiento de la normativa sobre la venta de alimentos nocivos para la salud en bares escolares, aspecto ratificado por el representante de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), específicamente, miembros del CONASA y actores de la MTCI y de pueblos y nacionalidades. Ellos plantearon la importancia de considerar el diseño de una estrategia integral de promoción de consumo saludable de alimentos partiendo de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos, la educación alimentaria nutricional y procesos de seguridad y soberanía alimentaria.

En la misma línea, trabajadores/as de la salud plantearon la necesidad de fortalecer organizaciones sociales tales como clubes musicales, artísticos y deportivos en el marco de la implementación de estrategias de promoción de la salud. La propuesta va de la mano con la necesidad de fortalecer los vínculos con los GAD's, sector privado, academia y organizaciones de la sociedad civil para la promoción de la salud.

Actores de la sociedad civil, de la MTCI y de la academia ubicaron entre los principales actores a los GAD's, no solo del nivel cantonal sino también del nivel parroquial, así como otras instancias gubernamentales que tengan competencias con la promoción de la salud tales como los ministerios de Educación, Cultura y Patrimonio y Deporte.

El fortalecimiento de los vínculos intersectoriales y multinivel traería consigo la complementariedad de acciones de promoción de la salud con énfasis en la promoción de la actividad física y una vida saludable. Estas actividades deben tomar en cuenta la pertinencia de los enfoques de género, intergeneracional e intercultural. Este último debe considerar y profundizar en este plan los conocimientos, prácticas y saberes de la medicina ancestral - tradicional y de la medicina alternativa - complementaria. Así mismo se debe considerar desde el punto de vista de miembros del CONASA el análisis comparado a nivel global y regional de políticas de incentivo al ejercicio de hábitos de vida saludables para su adaptación a la realidad nacional y local ecuatoriana.

Los actores de la academia consultados se ubican a sí mismo, como una instancia asesora en las políticas de promoción de salud y como una instancia de enlace entre la sociedad civil y el Estado.

Especial énfasis se dio a la educación de la salud y el empoderamiento de las personas en el cuidado personal y familiar, donde la promoción de la lactancia materna ocupa un rango prioritario dentro de las medidas a tomarse para el cumplimiento de las metas del presente plan. Por supuesto, esta medida se considera como complementaria con la superación de los problemas de malnutrición y desnutrición, y el acceso a servicios básicos como saneamiento y agua

potable, relacionado con el primer objetivo.

En consonancia con lo planteado, representantes de Corporación Kimirina indicaron la importancia de actuar sobre los determinantes de la salud y la complementariedad con las políticas de promoción de la salud, que se asumen en los objetivos 1 y 2; siendo la educación para la salud una estrategia fundamental en el cumplimiento de estos objetivos.

Finalmente, se considera desde varios actores que se debe incluir como acciones y metas correspon-

dientes a la estrategia de Promoción de hábitos de vida, a la salud mental, el envejecimiento saludable y la convivencia intergeneracional. Al respecto, desde el Ministerio de Educación se enfatizó la importancia de abordar integralmente los problemas de salud mental y consumos conflictivos, con énfasis en los grupos de edad correspondientes a la niñez y adolescencia.

Fuente: Proceso de consulta entre 17 de noviembre de 2021 y 27 de enero de 2022

Estrategias, acciones y metas

2.1. Promoción de una alimentación saludable, actividad física y reducción del consumo de productos nocivos para mantener una vida saludable

2.1.1 Fortalecer las capacidades regulatorias, de control y vigilancia para el cumplimiento del marco legal y tributario de productos nocivos para la salud, alimentos procesados/ultraprocesados, principalmente altos en azúcar, grasa y sal, sucedáneos de la leche materna, bebidas azucaradas, grasas trans, tabaco y alcohol.

2.1.2 Fortalecer el cumplimiento y vigilancia de la normativa de alimentación saludable en las instituciones educativas, centros y servicios de inclusión social y centros de privación de libertad.

2.1.3 Implementar una estrategia integral de promoción de alimentación y consumo saludable de alimentos, bajo el sustento de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA), que considere la educación alimentaria nutricional, la accesibilidad y la disponibilidad de alimentos (seguridad alimentaria).

2.1.4 Proponer a la Asamblea Nacional elevar a categoría de Ley, el Código Internacional de



Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, para asegurar su cumplimiento por parte de los actores implicados, empresas, establecimientos de salud y profesionales.

- 2.1.5 Actualizar/reformar las regulaciones sobre etiquetado de alimentos procesados, así como de promoción y publicidad de alimentos insanos dirigida a niños y adolescentes.
- 2.1.6 Establecer un plan de reducción del consumo de sal/sodio en la población, que implique determinar límites máximos al contenido de sal/sodio en alimentos procesados y acciones educomunicacionales masivas.
- 2.1.7 Fortalecer estrategias intersectoriales para fomentar la lactancia materna y alimentación complementaria.
- 2.1.8 Implementar procesos intersectoriales y multinivel de educación, comunicación, consejería y prescripción de actividad física por ciclo de vida basados en directrices de la Organización Mundial de la Salud.
- 2.1.9 Ejecutar jornadas de sensibilización, capacitación y transferencia de conocimiento general y específico, en temas relacionados en la práctica de actividad física.
- 2.1.10 Implementar las acciones de promoción de la salud en el marco del Manual de Atención Integral en Salud en Contextos Educativos (MAIS-CE) o la normativa vigente.

2.1.11 Promover planes y políticas públicas basadas en evidencia, con el fin de incentivar prácticas de vida saludables y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, con enfoque de género, ciclo de vida y cultura.

Metas

- Implementar una evaluación de la normativa de etiquetado y fortalecer el marco legal y tributario alrededor de la promoción y publicidad de alimentos procesados/ultraprocesados con contenidos máximos de azúcar, sal/sodio y grasa y otros alimentos que tienen efectos negativos sobre la salud.
- Gestionar la oficialización de Ley sustentada en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.
- Reducir el porcentaje de adolescentes entre los 13 y 15 años que consumen tabaco de 0,52% al 0,12%.
- Reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 5 a 11 años de 35,38% a 31,31%.
- Incrementar al 90% de establecimientos de educación básica que cumplan con la norma de bares escolares saludables, con la participación de padres, madres de familia y profesores.
- Mantener la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 19 a 59 años en 64,68%.
- Reducir la prevalencia de actividad física insuficiente en la población de niñas, niños y adolescentes (5-17 años).
- Reducir la prevalencia de actividad física insuficiente en la población adulta (18-69 años) de 17,80% al 9,24%.

- Implementar un estudio comparado de políticas de incentivo de prácticas saludables a nivel regional y global para su adaptación a estrategias nacionales de promoción de la salud.

2.2. Apoyo al desarrollo local sostenible y entornos saludables, seguros e inclusivos

- 2.2.1** Fortalecer la estrategia de municipios saludables para promover la conformación de ciudades, centros urbanos y asentamientos humanos no contaminados, seguros y habitables.
- 2.2.2** Fortalecer los vínculos con los GAD's, sector privado, academia y organizaciones de la sociedad civil en la promoción de la salud, considerando la transversalización de los enfoques intercultural, intergeneracional y de género en la conformación de ambientes y espacios saludables.

Metas

- Incrementar 20 municipios adicionales que se certifiquen (promotor, garante o saludable) en la estrategia de municipios saludables.
- Incrementar en 10% el número de áreas verdes, seguras e inclusivas para la promoción de la actividad física.
- Implementar una estrategia integral e inclusiva de promoción de la salud que integre a todos los actores estatales y a la sociedad en su conjunto.

- Incrementar a 80% las actividades de los centros de salud que cuentan con la participación de al menos dos aliados estratégicos y actores de la Medicina Tradicional, Complementaria y actores de la Medicina Ancestral-tradicional y Alternativa-Complementaria.

2.3. Promoción de hábitos de vida que permitan a las personas a lo largo del curso de la vida ejercer un mayor control sobre su salud y su entorno; considerando los enfoques: intercultural, intergeneracional, de género y medicina tradicional, complementaria e integrativa

- 2.3.1** Promover la movilidad sostenible, la conformación de comunidades saludables y la participación de la población en la implementación de políticas de promoción de la salud con enfoque intercultural, intergeneracional y de género.
- 2.3.2** Promover acciones de educación en salud a lo largo del curso de vida, con énfasis en establecimientos educativos, que permitan el empoderamiento de las personas para el cuidado de su salud y su entorno.
- 2.3.3** Favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a lo largo del ciclo de la vida, garantizando el acceso a la educación en salud sexual y reproductiva libre de violencias y el acceso a métodos anticonceptivos.

2.3.4 Fomentar la vinculación interinstitucional y comunitaria para garantizar la adopción de enfoques transversales en temas de salud sexual y reproductiva con pertinencia cultural y de género.

2.3.5 Promover la salud mental, el envejecimiento saludable y la convivencia intergeneracional en entornos saludables.

2.3.6 Priorizar en la atención de salud a las personas adulto mayores.

Metas

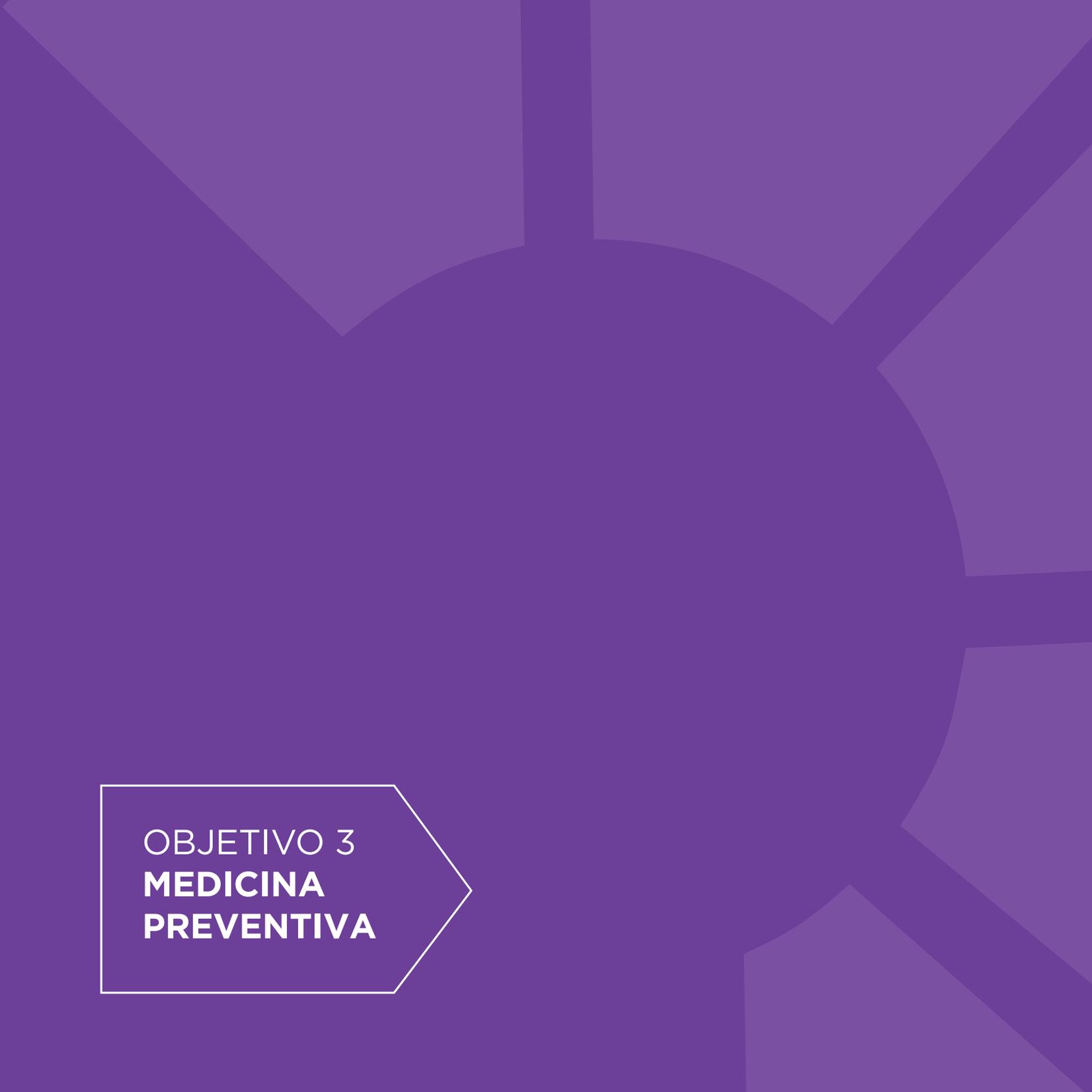
- Reducir la prevalencia de actividad física insuficiente en la población de niñas, niños y adolescentes (5-17 años).
- Reducir la prevalencia de actividad física insuficiente en la población adulta (18-69 años).
- Incrementar el porcentaje de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad de 62,1% a 65,7%.
- Incrementar al 100% de centros de salud que tienen grupos de apoyo a la lactancia y realizan otras actividades de promoción de la salud, con pertinencia intergeneracional y atención prioritaria a adolescentes.
- Incrementar la proporción de mujeres de 30 a 49 años de edad que se han sometido a una prueba de detección de cáncer cervicouterino.
- Incrementar el porcentaje de personas diagnosticadas y controladas por hipertensión arterial

y diabetes.

- Reducir la tasa de nacimientos por embarazo en adolescentes (15-19 años) del 54,6 al 16,9 por cada 1.000 nacidos vivos.
- Reducir la tasa de nacimientos por embarazo en niñas (10-14 años) del 2,0 al 0,52 por cada 1.000 nacidos vivos.

Alianzas estratégicas

- Ministerio de Producción, Comercio Exterior, Inversiones y Pesca
- Ministerio de Agricultura y Ganadería
- Ministerio de Inclusión Económica y Social
- Ministerio de Educación
- Ministerio del Deporte
- Secretaría de Derechos Humanos
- Ministerio de Gobierno
- Ministerio de Transporte y Obras Públicas
- Agencia Nacional de Tránsito
- Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
- Ministerio de Ambiente, Agua y Transición Ecológica
- Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil
- Secretaría de Gestión y Desarrollo de Pueblos y Nacionalidades
- Gobiernos Autónomos Descentralizados
- Academia
- Organizaciones de la Sociedad Civil
- Sector Privado
- Ministerio de Trabajo



OBJETIVO 3
MEDICINA
PREVENTIVA



Medicina preventiva

Reducir la carga de enfermedad a través del abordaje integral de salud pública, que permita reducir las enfermedades prevenibles y las muertes evitables.

La OMS ha definido a la carga de enfermedad, como el impacto de un problema de salud en un área específica medida por la mortalidad y la morbilidad que esta produce. Puede ser considerada como un indicador del funcionamiento del sistema sanitario del país. Evitar el incremento de la carga de enfermedad y discapacidad es un eje fundamental del sistema sanitario. Para esto, el MSP, a través de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, es la encargada de la formulación de políticas públicas con articulación intersectorial en salud para lograr identificar, evaluar e intervenir desde la prevención hasta la paliación de los riesgos para las personas, familias y comunidades.

La coordinación interinstitucional e intersectorial permitirá que las políticas, planes y proyectos por ciclos de vida para la prevención y control de enfermedades sean eficaces y efectivas en reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables. Además del fortalecimiento de la red de atención integral de salud para el mejoramiento de las prestaciones que canalicen la prevención efectiva dentro de los diferentes niveles de atención.

La prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles debe contemplar las acciones para garantizar el acceso al conjunto de intervenciones de salud pública, cuyo objetivo es reducir la exposición a los factores de riesgo de la salud y favorecer los entornos saludables. Las acciones deben enmarcarse tanto en la generación de políticas como en el despliegue de estrategias de control. Las primeras pueden tener un impacto directo en la prevención de factores riesgo de las enfermedades no transmisibles. Por ejemplo la regulación de precios e impuestos para sustancias

y alimentos poco saludables planteados en el objetivo anterior. Mientras que las estrategias del presente objetivo están encaminadas hacia el aseguramiento del entorno, control vectorial, inocuidad de los alimentos, acciones que prevengan la dispersión de la patología o riesgo para la salud.

La prevención de la ocurrencia de un evento de salud, su evolución negativa o complicaciones están asociados a una falta de planificación, mala vigilancia de la salud y pobre calidad de la gestión, entre otros.

De acuerdo al marco de las Funciones Esenciales en Salud Pública de OPS, se puede reconocer que la salud pública incluye la organización de servicios integrales, con una base definida de población (Frenk, 1988, págs. 246-254). Por servicios integrales se entienden acciones poblacionales individuales para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos y rehabilitación) y ofrecer los cuidados necesarios de corto, mediano y largo plazos (56). Asimismo, los servicios de salud individual y colectiva constituyen intervenciones de salud pública que buscan tener algún efecto sobre las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que afectan la salud de las poblaciones (57).

Los servicios de salud pública pueden identificarse en cinco niveles de intervención. Aquellos enfocados al abordaje de los determinantes sociales de la salud, los que buscan cambiar factores contextuales que afectan la

salud. Por ejemplo, el acceso a agua potable y carreteras seguras, las intervenciones de protección con beneficio a largo plazo corresponden al acceso a inmunizaciones y los servicios de tamizaje, los cuidados de la atención individual y, por último, las intervenciones de educación para la salud, usualmente gestionadas desde los establecimientos de la salud para promover cambios en el comportamiento de la población.

De esta manera, se evidencia como el presente plan busca un abordaje integral de la salud, desde las determinantes hasta la prevención y promoción de la salud y la atención. De tal forma que se reduzca el impacto de la morbilidad y mortalidad en la población. No obstante, el presente objetivo persigue el abordaje específico en prevención, control, atención y eliminación. De ser factible, enfermedades infecciosas, no transmisibles, mortalidad materna y gestión de riesgos de la salud.

En el caso de prevención y control de enfermedades infecciosas, las acciones se concentran en la implementación articulada de cuadros de vacunación para enfermedades que afectan a la primera infancia, como neumococo, rotavirus, sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) y otras que afectan a la población en general como la COVID-19.

Otras acciones están orientadas a la prevención y control de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA. De tal manera que se incremente el porcentaje de personas que conocen su estado



serológico y que reciben tratamiento.

Así mismo, se implementará un plan nacional de gestión integrada de arbovirosis con énfasis en el control vectorial del mal de Chagas, Leishmaniasis, Leptospirosis y otras enfermedades emergentes.

En este sentido se aspira a que Ecuador alcance la “Certificación de Eliminación de Malaria, Pian, Lepra, RTP, ETMI Plus”. Además, persigue el control de enfermedades tales como: VIH/ITS, TB, influenza/COVID-19 y mantendrá los esquemas para eliminación de polio, sarampión, difteria, tétanos neonatal, rubéola, síndrome de rubéola congénita (SRC). Reducirá la carga de enfermedades no transmisibles a través de intervenciones dirigidas a los factores de riesgo.

Respecto de la prevención y atención de enfermedades no transmisibles se plantea fortalecer la atención integral de enfermedades crónicas no transmisibles. Su finalidad es reducir la mortalidad prematura por este concepto. De manera complementaria con las acciones planteadas en el objetivo anterior donde la promoción y empoderamiento sobre prácticas y hábitos de vida saludable resultan prioritarios. Así, se plantean acciones preventivas de abordaje a la mortalidad atribuida al cáncer y un abordaje integral de la salud mental; de tal manera que incida en la reducción de la tasa de suicidios a nivel nacional.

Adicionalmente, se plantea el fortalecimiento de los servicios integrales de salud sexual, reproductiva y de anticoncepción, así como aquellos dirigidos a la madre y al neonato. Su finalidad es reducir en complementariedad con el objetivo anterior sobre la promoción de la salud, la tasa de embarazo adolescente; pero sobre todo con la finalidad de reducir la razón de muerte materna por cada nacido vivo.

Finalmente, una de las principales estrategias propuestas tiene que ver con el fortalecimiento del sistema de gestión de riesgos de la salud. Las acciones giran en torno al mejoramiento de la capacidad de respuesta frente a desastres naturales y antrópicos, el fortalecimiento de las capacidades del SNS para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y la incorporación del enfoque de “una salud” para abordar amenazas futuras.

No es de menor importancia la integración de la Medicina Tradicional, Complementaria e Integrativa (MTCI), en el marco de la atención primaria en salud. La OMS habla sobre la pertinencia y adaptación de la atención integral a los contextos específicos nacionales y locales, y la eficacia de esta en el abordaje de problemas de salud, de manera complementaria con los esquemas regulares de atención.

Aportes del proceso de consulta del PDS 2022 - 2031

Los aportes con relación a este objetivo giraron en torno a la necesidad de enfocar las estrategias y acciones en base a información local para conseguir mayor pertinencia territorial. En este sentido, se planteó como relevante el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica para la definición de acciones específicas de prevención, control y eliminación de enfermedades infecciosas.

En esta línea, considerando a la violencia basada en género como una problemática de salud y con la finalidad de fortalecer las acciones de prevención de la misma, se considera importante que se incluya en los esquemas de vigilancia epidemiológica a nivel local. Aporta especificidad en las acciones contenidas en el primer objetivo del presente plan y a la implementación de las políticas de prevención y erradicación de la violencia de género.

Miembros del CONASA plantearon al respecto la necesidad de implementar una estrategia de vigilancia de factores de riesgo de la salud. El sistema permite la reducción de la resistencia bacteriana y antibióticos en el segundo y tercer nivel de atención y considera también en este objetivo metas específicas para el abordaje del envejecimiento saludable y la atención a personas con discapacidad.

Al respecto, la representante de UNFPA mencionó la importancia del esquema de salud comunitaria para la prevención de la enfermedad. Esto fue ratificado por el representante de la Cooperación Técnica Alemana (GIZ) con relación a esquemas comunitarios de vigilancia epidemiológica. De manera complementaria, actores de pueblos y nacionalidades en el sector de la salud reiteraron la importancia de la integración de la MTCI en el marco de atención primaria en salud conforme recomendaciones de la OMS para la adaptación y pertinencia con los contextos locales y las necesidades específicas de cada grupo poblacional.

Actores de la academia ratificaron a la obesidad y malnutrición como uno de los principales problemas que enfrenta el Ecuador en términos de salud pública. Las recomendaciones giran en torno a la necesidad de superar el subregistro de enfermedades no transmisibles, abordar la problemática de manera multidisciplinaria, enfocar las acciones preventivas hacia el primer nivel de atención y, sobre todo, especificar metas relacionadas con cada tipo de enfermedad no transmisible.

Finalmente, desde el punto de vista de los y las representantes del Consejo Sectorial de la Salud y del CONASA, se planteó la necesidad de abordar a nivel de estrategia, el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva. Es necesario para



abordar de manera transversal la prevención de enfermedades infectocontagiosas, la reducción de embarazos no deseados y de la muerte materno - infantil. Sobre la misma línea, la Secretaría de Derechos Humanos enfatiza la importancia de contar con servicios especializados de la salud física y psicológica a víctimas de violencia sexual y en casos de interrupción del embarazo. Lo que aporta transversalmente a los elementos contenidos

en los objetivos 4 y 5 del presente plan respecto de la necesidad de especialización de perfiles de profesionales de salud, respecto de la pertinencia en la atención a GAP.

Fuente: Proceso de consulta entre 17 de noviembre de 2021 y 27 de enero de 2022

Estrategias, acciones y metas

3.1. Fortalecimiento de planes de intervención de salud pública para la prevención, control y eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas

- 3.1.1** Actualizar e implementar de manera articulada con el SNS, el plan de prevención y control de enfermedades prevenibles por vacunación, a lo largo del curso de vida.
- 3.1.2** Actualizar e implementar de manera articulada con el SNS, el plan de prevención y control de infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.
- 3.1.3** Diseñar e implementar el Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta de VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual y el Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil de VIH.
- 3.1.4** Actualizar e implementar de manera articulada con el SNS, el plan de prevención, control y eliminación de la tuberculosis.
- 3.1.5** Implementar el plan nacional de gestión integrada de las arbovirosis y priorizar las intervenciones de control vectorial en chagas, leishmaniasis, Leptospirosis y otras enfermedades emergentes.
- 3.1.6** Actualizar e implementar el plan de certificación

de la eliminación de Pian, rabia humana transmitida por perros y lepra.

- 3.1.7** Actualizar e implementar el plan de eliminación de la malaria.
- 3.1.8** Implementar campañas educomunicacionales con pertinencia intercultural de las estrategias de prevención.
- 3.1.9** Implementar un sistema continuo de reducción de la resistencia bacteriana a los antibióticos, en el segundo y tercer nivel de atención de salud.

Metas

- Incrementar el porcentaje de la población menor de un año, vacunada contra el neumococo (tercera dosis), de 76.09 % a 95% o más. Nota: (las coberturas en vacunación se definen como el número de vacunados dividido para la población objetivo, multiplicado por 100 y se expresa en porcentaje) Fuente: Fichas metodológicas GPR de DNEAIS.
- Incrementar el porcentaje de la población menor de un año, vacunada contra rotavirus (segunda dosis), de 75.19% a 95% o más.
- Incrementar el porcentaje de la población menor de un año, vacunada contra pentavalente (tercera dosis), hasta 95% o más.
- Incrementar el porcentaje de la población de 12 a 23 meses, vacunada contra sarampión, rubeola y parotiditis (SRP) (segunda dosis), de 70.35% a 95%.

- Incrementar el porcentaje de la población mayor o igual a 3 años, con esquema primario contra COVID-19 (segunda dosis) hasta 85% o más.
- Incrementar el porcentaje de la población que conoce su estado serológico y se encuentra en tratamiento para VIH con carga viral suprimida, del 89% al 95%.
- Reducir el porcentaje de niños y niñas de hasta 18 meses de edad diagnosticados con VIH positivos por transmisión vertical (maternoinfantil).
- Reducir la tasa de mortalidad por tuberculosis de 1,8 a 1 por cada 100 mil habitantes.
- Mantener la tasa de letalidad por dengue menor a 0.04 anual por cada 100 habitantes.
- Reducir la transmisión vectorial domiciliada y la transfusional por *T. cruzi* en la enfermedad de Chagas.
- Reducir la tasa de incidencia de leishmaniasis a razón de 10% anual.
- Obtener la certificación de eliminación del Pian.
- Obtener la certificación de eliminación de rabia transmitida por perros, a 0 casos en los próximos 10 años.
- Alcanzar, certificar y mantener la eliminación de malaria (0 casos autóctonos).
- Incrementar al 80% los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención que cuentan con estrategias estandarizadas y sistema de vigilancia y evaluación de resistencias antimicrobianas.

3.2. Prevención y atención de enfermedades no transmisibles

- 3.2.1** Implementar y fortalecer de manera articulada con el SNS, un plan de atención integral y complementaria para enfermedades crónicas no transmisibles.
- 3.2.2** Implementar, de manera articulada con el SNS, un plan de prevención y tratamiento de cáncer.
- 3.2.3** Implementar de manera articulada con el SNS, un plan de atención integral de la salud mental y tratamiento de adicciones, que aborde la prevención y rehabilitación con pertinencia cultural.
- 3.2.4** Implementar un programa para la detección y atención oportuna del uso y consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas.
- 3.2.5** Diseñar e implementar una estrategia de vigilancia de factores de riesgo de la salud basados en evidencia para el diseño de políticas de promoción, prevención y atención integral a enfermedades crónicas no transmisibles.
- 3.2.6** Diseñar e implementar una política nacional para el envejecimiento saludable⁵.
- 3.2.7** Implementar de manera articulada con el Sistema Nacional de Salud, un plan de prevención y detección oportuna de la discapacidad.

5 Acción planteada en correspondencia con acción 2.3.5 Promover la salud mental, el envejecimiento saludable y la convivencia intergeneracional en entornos saludables.



Metas

- Reducir en un 25% la tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.
- Reducir la tasa de mortalidad atribuida al cáncer en la población de 21 a 75 años de 30,0 al 26,6 por cada 100 mil habitantes.
- Reducir la tasa de muerte por suicidio de 6,1 a 4,6 por cada 100 mil habitantes.
- Incrementar al 20% establecimientos del primer nivel de atención que realizan detección oportuna del uso y consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Crear programas de envejecimiento saludable en el 50% de los establecimientos de todos los niveles de atención. Porcentaje de establecimientos de salud en todos los niveles de atención que implementan programas de envejecimiento saludable.

3.3. Fortalecimiento del plan de reducción de mortalidad materna

3.3.1 Incrementar la cobertura de servicios integrales con pertinencia cultural de salud sexual y reproductiva, materno infantiles y planificación familiar.

3.3.2 Crear una red de parteras capacitadas en forma continua, vinculada con los servicios de salud.

Meta

- Reducir la razón de muerte materna de 57,6 a 33,1 fallecimientos por cada 100 mil nacidos vivos.
- Incrementar a 80% las mujeres embarazadas que cuentan con al menos 4 controles prenatales.
- Incrementar al 98.5% la atención de partos con personal calificado en el área rural.

3.4. Fortalecimiento del sistema de gestión de riesgos de la salud

3.4.1 Actualizar e implementar un plan de respuesta frente a desastres naturales y antrópicos, que incluya mitigación y resiliencia ante los eventos.

3.4.2 Fortalecer las capacidades nacionales para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.

3.4.3 Utilizar el enfoque de “una salud” (one health) para abordar nuevas amenazas para la salud (zoonosis, inocuidad alimentaria y otras).

Metas

- Incrementar los planes de respuesta frente a desastres de origen natural y antrópico en todos los niveles desconcentrados y en los establecimientos de salud.
- Incrementar los planes de respuesta frente a desastres de origen natural y antrópico en todos los niveles desconcentrados y en los establecimientos de salud.
- Implementar el proceso de socialización y capacitación del Reglamento Sanitario Internacional.
- Implementar la política y un plan de uso racional de antimicrobianos en la interfaz humano-animal.

Alianzas estratégicas

- Ministerio de Inclusión Económica y Social
- Ministerio de Educación
- Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
- Ministerio de Trabajo
- Secretaría de Derechos Humanos
- Ministerio de Gobierno
- Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias
- Gobiernos Autónomos Descentralizados
- Academia
- Organizaciones de la Sociedad Civil
- Sector Privado



OBJETIVO 4
**ATENCIÓN
OPORTUNA**



Atención oportuna y de calidad

Garantizar el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, con énfasis en redes de primer nivel de atención, modelos de gestión eficientes y transparentes.

De acuerdo a la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud aprobada por los países miembros de la OPS en 2014; el acceso a la salud se define como “la capacidad de utilizar servicios integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en el que se necesitan” y el acceso universal a la salud como “la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud”.

Por otra parte, la cobertura de salud se entiende como “la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud y financiamiento”, y la cobertura universal de salud como “la existencia de mecanismos de organización y financiamiento suficientes para cubrir a toda la población”.

El acceso equitativo a servicios integrales y de calidad es una de las funciones esenciales de salud pública. Incluye las acciones para garantizar el acceso a servicios de salud integrales y de calidad ampliados progresivamente, y coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional. Se hace a través de la organización y la gestión de servicios de salud centrados en la persona, con enfoque de riesgo familiar y comunitario, curso de vida, determinantes de la salud y salud en todas las políticas (58).

Para ello se considera necesario mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, en el marco de redes integradas de servicios de salud, la necesidad de adoptar estrategias tecnológicas innovadoras de información y de comunicación que permitan la transformación de los procesos de trabajo y mejorar la interacción participativa, la gestión de riesgo y el uso de la evidencia científica (59)

Por lo cual, la OPS, recomienda fortalecer o transformar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, el aumento de la capacidad resolutoria del primer nivel, articulado en Redes Integradas de

Servicios de Salud (RISS) y basados en la estrategia de atención primaria.

En este sentido, las acciones contempladas en este objetivo se orientan hacia la definición de los servicios integrales de calidad, universales y de ampliación progresiva, de acuerdo con las necesidades y prioridades de salud, la capacidad del sistema y el contexto nacional.

Tomar en cuenta en la definición de servicios las necesidades diferenciadas e insatisfechas de todas las personas y prestar atención a las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad.

Por ello, el Modelo de Atención Integral de Salud deberá adecuarse a los contextos actuales que prevalecen en el país, respondiendo a las necesidades en las áreas remotas, las áreas rurales y las grandes ciudades. Con un modelo de gestión que permita la administración de las redes integradas de servicios de salud y se evalúe el desempeño basado en los resultados de salud que se logre en la población adscrita.

Se requiere de una reorganización de los servicios de salud, con el fin de que se asegure la continuidad de la atención, disminuyendo las barreras de acceso y mejorando la oportunidad de la atención. Por lo que es necesaria la verificación de las redes que actualmente se han integrado, incluyen el acceso a servicios diagnósticos y terapéuticos. Un proceso de adscripción territorial que abarque al total de la población,

asegurar el incremento de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, para lo cual es necesario que se destinen los recursos que corresponden a este nivel; así como una provisión de servicios apoyada en el desarrollo tecnológico es fundamental.

En este sentido, se pretende acelerar y sostener el proceso de transformación digital del sector salud para ampliar el acceso oportuno, la cobertura con calidad y una mayor eficiencia en el uso de los recursos.

La salud digital será adoptada y valorada por su contribución al acceso equitativo y universal a servicios de salud con calidad y para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad de los sistemas de salud en la prestación de servicios, y brindar una atención asequible y equitativa. Así, la salud digital contribuye también a reforzar y ampliar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, antes, durante y después de una epidemia o emergencia de salud pública. Además, aporta al desarrollo, innovación y colaboración entre distintos actores para la formulación de una agenda de investigación de la salud.

Esto implica la necesidad de fortalecer los sistemas de información que permitan la planificación y evaluación de las actividades, así como la interoperabilidad entre los diversos proveedores del sector. Este aspecto se aborda específicamente en el siguiente objetivo de manera complementaria.



Las medicinas tradicionales contribuyen a la salud de la población y por lo tanto deben realizarse esfuerzos para incluirlas como parte del SNS, ya que brindan al usuario opciones en el abordaje de la enfermedad de acuerdo a su condición de salud y creencias.

En el ámbito de la atención hospitalaria se debe integrar la atención en la red de servicios de salud de las áreas de adscripción definidas, fortalecer los procesos de gestión que aseguren la provisión de servicios de acuerdo a las normativas vigentes basadas en la mejor evidencia científica, garantizando niveles de calidad, con oportunidad. Así también, verificando las condiciones esenciales para la provisión de servicios, que incluyan planes de mejora integrales tanto de mantenimiento de la infraestructura como del equipamiento, planes de adquisiciones, dotación de insumos y personal de acuerdo a las necesidades de atención.

Como en el resto de la red de servicios, las unidades hospitalarias requieren de sistemas de información interoperables que permitan la continuidad de la atención de los pacientes, analizar la producción y costos de los servicios. En este sentido es fundamental fortalecer los procesos de formación de personal de la salud y promover la producción científica.

Por otro lado, se considera de vital importancia mejorar las condiciones de empleo de los recursos humanos en salud, sobre todo, en el primer nivel de atención y en áreas subatendidas. Fortalecer los perfiles profesionales e integrar equipos

multidisciplinarios de acuerdo a las necesidades.

Es de importancia también definir los procesos que mejoren la disponibilidad y uso racional de los medicamentos, vacunas y otras tecnologías de salud, de manera sistemática y progresiva. Además, el desarrollo de la capacidad regulatoria y de evaluación, para asegurar que los medicamentos sean eficaces y de calidad, fortalecer los procesos de gestión para la selección, evaluación, incorporación y uso racional de insumos médicos; como también fortalecer las capacidades de provisión y financiamiento de los medicamentos, y con ello impactar en la disminución del gasto de bolsillo en que incurren las familias.

Finalmente, se recomienda que se promueva el empoderamiento de las personas y las comunidades, de manera que tengan un mayor conocimiento acerca de su situación de salud, sus derechos y obligaciones, para la toma de decisiones informadas. Esto, de acuerdo a su contexto, a través de mecanismos formales de participación y programas de promoción, prevención y educación relativos a la salud.

Con este objetivo se aspira a que el país cuente con una red interinstitucional, con capacidad resolutoria, con un primer nivel fortalecido, en interacción con entidades públicas y la sociedad civil. Se ofrece un conjunto de prestaciones explícitas basadas en la evidencia científica, sostenible con garantías de financiamiento y altos estándares de calidad, acorde a resultados y metas predeterminadas de acuerdo a la población adscrita.

Aportes del proceso de consulta del PDS 2022 - 2031

Respecto de este objetivo, los asistentes al proceso de consulta ubicaron como punto central al fortalecimiento del MAIS-FCI. Por lo que desde los actores de pueblos y nacionalidades, CONASA, academia y el Consejo Sectorial de Salud se planteó la necesidad de realizar una evaluación de este de acuerdo a los contextos locales.

Para la actualización del MAIS se deben considerar los enfoques de igualdad intergeneracional, de género, de pueblos y nacionalidades, de personas con discapacidad y en condición de movilidad humana, así como los factores de vulnerabilidad social e interseccionalidad. A esto se suman los protocolos de atención para garantizar la continuidad y oportunidad de los mismos, estos grupos poblacionales. En esta línea, el seguimiento longitudinal de la salud de las personas usuarias de los servicios del SNS es imprescindible. En este marco, el Ministerio de Educación enfatiza la necesidad de complementariedad en la gestión del MAIS en contextos educativos (MAIS-CE).

Academia, trabajadores/as sanitarios y sociedad civil consideraron necesario implementar un sistema de planificación, monitoreo y control de la red de servicios de salud y contar con un plan de mantenimiento de infraestructura, equipamiento y mobiliario.

En la misma línea, desde el Consejo Sectorial de Salud se ratificó la importancia de establecer mecanismos para el abastecimiento de farmacias, sobre todo en el primer nivel de atención.

CONASA aportó con la necesidad de incorporar acciones que permitan un ordenamiento territorial de la oferta de servicios a nivel nacional. Se parte del análisis de la realidad demográfica, social, económica, cultural y perfil epidemiológico del país. Actores de pueblos y nacionalidades consideran la importancia de las barreras de acceso físicas institucionales y culturales a dichos servicios para el mejoramiento del MAIS. La incorporación de talento humano especializado que considere la pertinencia cultural y lingüística en la prestación de los servicios es prioritaria y la integración de la oferta de servicios de MTCI a las redes de servicios resulta una necesidad expresada.

Finalmente, un aporte de especial relevancia por parte del CONASA tiene que ver con la incorporación de alianzas con el sector privado y academia para promover la investigación aplicada al desarrollo de tratamientos innovadores para los problemas de salud de la población ecuatoriana.

Fuente: Proceso de consulta entre 17 de noviembre de 2021 y 27 de enero de 2022



Estrategias, acciones y metas

4.1. Implementación de modelo de atención integral de salud comunitario, familiar e intercultural basado en la atención primaria de salud y redes de servicios integrales para garantizar la continuidad, calidad y eficiencia

4.1.1 Actualizar y fortalecer el modelo de atención integral de salud comunitaria, familiar e

intercultural, a través de la recategorización de establecimientos y servicios considerando las barreras de acceso; así como las desigualdades, inequidades territoriales, las necesidades específicas de la población a nivel local y la pertinencia cultural y lingüística.

4.1.2 Analizar las necesidades de salud de la población de acuerdo a la situación demográfica, geográfica, cultural y perfil epidemiológico para establecer un criterio de ordenamiento territorial de la oferta de servicios de salud a nivel nacional.

4.1.3 Realizar un proceso de integración territorial de redes de servicios de salud plurales de la RPIS que garanticen la calidad de la atención y fortalezcan el primer nivel de atención.

4.1.4. Promover la conformación de equipos de salud con profesionales de pueblos y nacionalidades con énfasis en el área rural y de concentración de pueblos y nacionalidades.

Metas

- El 100% de las unidades de primer nivel de atención del MSP con población adscrita territorialmente.
- El 100% de las unidades de primer nivel de atención del MSP otorga el paquete priorizado para gestantes, niños y niñas menores de 2 años.
- Reducir al 10% el porcentaje de hospitalizaciones sensibles a la atención ambulatoria.
- Incrementar al menos al 69% el porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) cuyas necesidades de anticoncepción se encuentran satisfechas.
- Implementar el marco normativo de las estrategias de salud digital y telemedicina.
- Incrementar la tasa de 1,14 a 1,71 de médicos familiares que trabajan en atención primaria por cada 10 mil habitantes.
- Incrementar al 10%, los establecimientos de salud pública que ofertan servicios de MTCI debidamente equipados.

4.2. Modelo de gestión enmarcado en la agenda digital para la integración de la red de servicios de salud del SNS, que permita mejorar su eficiencia, oportunidad y calidad

4.2.1 Implementar un modelo de gestión por resultados del primer nivel de atención del SNS.

4.2.2 Implementar un modelo de gestión hospitalaria por resultados a nivel nacional.

4.2.3 Definir e implementar estándares de calidad de la atención en la red de servicios de salud.

4.2.4 Desarrollo una agenda digital que permita fortalecer la capacidad operativa y resolutive de la red de servicios de salud.

4.2.5 Fortalecer los procesos de gestión clínica para asegurar el acceso efectivo y oportuno a la red de servicios de salud pública, con el desarrollo de protocolos y guías de práctica clínica basadas en evidencia.

Metas

- Incrementar al 30% el gasto del primer nivel de atención, respecto del presupuesto en salud.
- Asegurar el financiamiento de los hospitales públicos, basando la asignación en su cartera de servicios y producción.

- Incrementar la percepción de la satisfacción de la calidad de los servicios del MSP y del SNS.
- Reducir el número de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) causadas por microorganismos resistentes a los carbapenémicos.
- Implementar la historia clínica electrónica única interoperable en el SNS.

4.3 Acceso adecuado y oportuno a medicamentos, tecnologías sanitarias y vacunas

- 4.3.1** Definir e implementar el sistema integral de suministro de medicamentos y otras tecnologías en salud del SNS, que garantice el acceso y uso racional.
- 4.3.2** Contar con una autoridad regulatoria nacional de medicamentos cuya capacidad haya sido calificada como de nivel 3 de acuerdo a la herramienta mundial de evaluación de la OMS.
- 4.3.3** Determinar el alcance y progresividad de la cobertura de las enfermedades raras y catastróficas.
- 4.3.4** Aplicar metodologías de evaluación de las tecnologías sanitarias en el proceso para la decisión de su incorporación en los sistemas de salud.
- 4.3.5** Fortalecer el programa nacional de provisión

segura de sangre y hemoderivados.

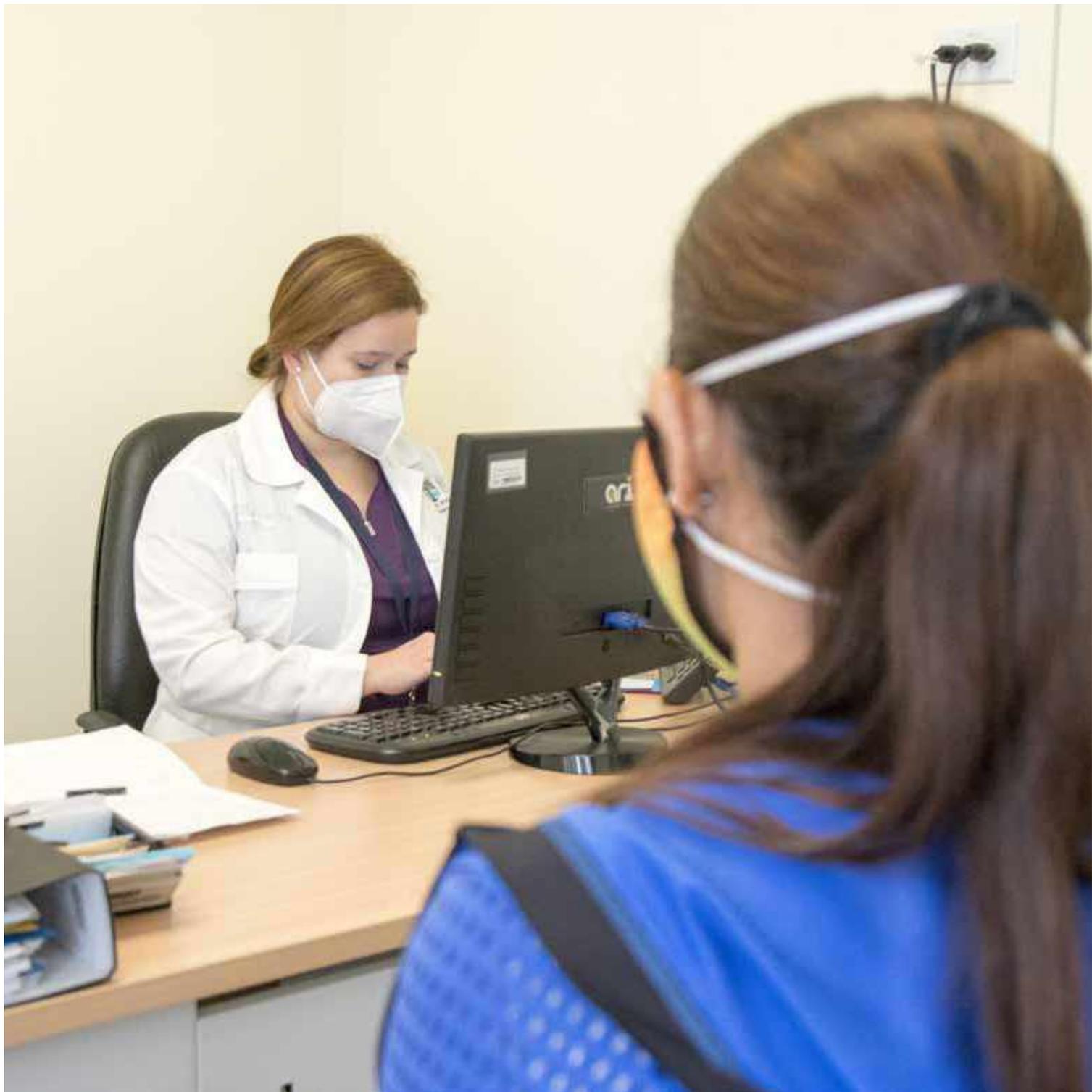
- 4.3.6** Promover las alianzas con el sector privado e investigación con la academia para el desarrollo de tratamientos innovadores.

Metas

- 100% de unidades de primer nivel cuenta con el abasto de medicamentos esenciales de acuerdo a su capacidad resolutive.
- Contar con una autoridad regulatoria nacional de medicamentos cuya capacidad haya sido calificada como de nivel 3 de acuerdo a la herramienta mundial de evaluación de la OMS.
- Incrementar de forma progresiva la cobertura de enfermedades raras y catastróficas.
- Implementar una unidad de evaluación de las tecnologías sanitarias que acredite la decisión de incorporación, modificación o exclusión de tecnologías sanitarias al SNS.
- Incrementar la tasa de donación de sangre hasta llegar a 17 unidades de sangre disponibles para transfusión por cada 1.000 habitantes.

4.4 Agenda digital y gestión de la información

- 4.4.1** Fortalecer el ecosistema digital para contribuir en la calidad de atención de salud.
- 4.4.2** Promover la innovación y fortalecer la gobernanza en salud digital.



Metas

- Implementar herramientas digitales para apoyar al órgano rector en la toma de decisiones asistenciales, de gestión y de políticas públicas.
- Implementar la modernización de la gestión pública para mejorar la calidad de los servicios de salud mediante la integración de tecnologías digitales.
- Reducir la brecha digital de los establecimientos de salud, integrándolos digitalmente.
- El 100% de establecimientos de salud del primer nivel de atención del MSP. Cuenta con acceso a internet y equipos electrónicos para la aplicación de la historia clínica electrónica.

- Implementar de forma interoperable en el SNS la historia clínica y receta electrónicas.
- Implementar un sistema de registro de personas, familia y comunidad, asociado a las coberturas sanitarias de los establecimientos de salud de todo el país que integran el SNS.

Alianzas estratégicas

- Ministerio de Inclusión Económica y Social
- Ministerio de Economía y Finanzas
- Gobiernos Autónomos Descentralizados
- Academia
- Organizaciones de la Sociedad Civil
- Sector Privado



**OBJETIVO 5
SISTEMA DE
SALUD INTEGRADO
Y EFICIENTE**



Sistema de salud integrado y eficiente

Transformar el Sistema Nacional de Salud para que garantice el acceso y cobertura universal de salud

De acuerdo a la OMS, el Sistema Nacional de Salud se define como el conjunto de organizaciones, personas y acciones cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud (60). Comprende una red organizada de actividades para influir sobre los determinantes de la salud, así como acciones directas para mejorar la salud, independientemente de la naturaleza de los agentes públicos, estatales, no estatales y privados (61).

En el contexto de la pandemia por COVID-19, se evidenció la necesidad de mantener los procesos de transformación del SNS que le permita ser sostenible y resiliente, sobre todo para enfrentar en principio el periodo de prolongación de la crisis sanitaria, recuperar y mantener los servicios esenciales de salud. De igual manera fortalecer los procesos institucionales para garantizar el derecho a la salud de la población.

En este sentido, las estrategias propuestas para el cumplimiento de este objetivo están orientadas al fortalecimiento de la rectoría de la Autoridad Nacional de Salud y de la gobernanza del sistema, que facilite la coordinación interinstitucional e intersectorial para el cumplimiento de objetivos nacionales de salud y bienestar como los que contiene el presente plan. Este ejercicio demanda del análisis y transformación, del marco legal del SNS y la Autoridad Sanitaria Nacional para el ejercicio de las funciones esenciales de salud pública y de la organización de los espacios de coordinación existentes. Para diagnosticar los problemas del sistema de salud nacional, diseñar políticas públicas, monitorear su cumplimiento y evaluar en impacto, para la superación de las problemáticas nacionales de este salud.

La Autoridad Sanitaria Nacional, como ente rector, requiere el fortalecimiento de las entidades adscritas de control: ARCSA y ACESS y la de investigación INSPI, el de trasplantes INDOT. Cuanto mayor autonomía tengan, mayor contribución al fortalecimiento del SNS.

Por otro lado, se plantea como estrategia la reducción de barreras institucionales y organizativas a los servicios del SNS considerando la disponibilidad y distribución de recursos humanos y tecnológicos basados en una adecuada planificación y coordinación entre los distintos niveles administrativos y de atención del sistema. Ahora, esto atañe al mejoramiento del modelo de gestión y atención de salud a nivel territorial, que demanda un proceso de adscripción poblacional a los distintos niveles de atención y ordenamiento de la oferta, tendiente al fortalecimiento del nivel comunitario y familiar.

Se requiere consolidar la gobernanza de los recursos humanos para la salud, la regulación y la fiscalización del proceso de formación, fortalecer la regulación del mercado de trabajo y profesional. Se debe garantizar que en el proceso formativo el personal de salud desarrolle competencias actualizadas y apropiadas para el desempeño de sus funciones y responsabilidades en virtud del modelo de atención.

Fortalecer los procesos de planificación del personal de salud para toda la red de servicios en el país, para asegurar la dotación de personal, sobre todo, en las zonas con mayores necesidades de salud, desarrollo de estrategias para la retención y desarrollo de los recursos humanos dentro de un marco normativo de carrera sanitaria.

No menos importante es considerar la sostenibilidad del SNS, dado que el incremento de coberturas basado en el mandato constitucional de llegar al gasto en salud

equivalente al 6% del Producto Interno Bruto (PIB). La actual crisis fiscal por la que atraviesa el país y la región demanda de mecanismos que permitan al Estado, como principal garante del derecho a la salud, mejorar la eficiencia en el gasto público de salud y, sobre todo, garantizar su eficacia.

Así también, establecer nuevos mecanismos de pago de los servicios de salud que estén ligados a incentivos y resultados en salud, como la definición de cápitales ajustados a factores sociales, económicos y poblacionales en el primer nivel de atención y pago por grupos relacionados por el diagnóstico en el nivel hospitalario.

Fomentar la participación social y mecanismos de rendición de cuentas de los actores del SNS es una estrategia fundamental para lograr su mejoramiento y el cumplimiento de sus objetivos. Por lo que contar con sistemas de información integrales del sector de la salud, analizar periódicamente la situación sanitaria nacional para diseñar políticas públicas basadas en evidencia, contar con una agenda de investigación e innovación de la salud, fortalecer los mecanismos de contraloría y veeduría social del sector. También el talento humano del SNS para generar servicios de calidad y oportuno.

Finalmente, este plan requiere una efectiva coordinación al interior de todos los ministerios que tienen que ver con salud; así como una amplia coordinación interinstitucional e intersectorial y con participación activa de la sociedad civil.



Aportes del proceso de consulta del PDS 2022 - 2031

En este objetivo, tanto trabajadores y trabajadoras de la salud como miembros de la academia asistentes al proceso de consulta coincidieron en la necesidad de fortalecer las capacidades de rectoría y regulación del SNS. Para lo cual el mejoramiento de la coordinación interinstitucional, intersectorial y multinivel, que incluya a los GAD's en la promoción de la salud y el abordaje de las determinantes de la salud, es prioritario. En esta línea, el representante del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) indicó la importancia del fortalecimiento institucional y mejoramiento de procesos de las instituciones, actores e instancias que forman parte del SNS.

Desde el punto de vista de miembros del CONASA y de actores de pueblos y nacionalidades vinculados con la salud, es importante la incorporación del enfoque territorial para la reducción de barreras institucionales y organizativas de los servicios del SNS, con énfasis en poblaciones dispersas y asentamientos humanos de difícil acceso y del área rural.

Otro aspecto que se debe abordar en el marco de este objetivo, es el fortalecimiento de capacidades del talento humano del sector de la salud. Al respecto se considera necesario fomentar su formación y capacitación permanente, incentivar la carrera

sanitaria y promover la estabilidad laboral; manejar un adecuado ratio entre profesionales de la salud con relación a la población, fomentar la especialización y la formación de postgrado acorde al volumen de patologías existentes en el país. Además, manejar la relación entre profesionales y auxiliares de la salud, cubrir la brecha de enfermería y medicina especializada basada en la demanda y con pertinencia cultural y lingüística. La representante de UNFPA, asistente al proceso de consulta, sugirió incluir una acción orientada a fomentar la salud laboral de los trabajadores sanitarios.

Un aspecto no menos importante es el mejoramiento de la administración y uso de información del sector de la salud, que permitan conocer de manera más precisa la demanda de servicios de salud. Sin olvidar, las coberturas, la simplificación de trámites institucionales y registro que reducirían la carga laboral de trabajadores de la salud y disminuirían las barreras institucionales de acceso a servicios. En esta línea, desde el punto de vista del CONASA, la generación de una agenda de investigación e innovación de la salud es de especial relevancia nacional. La academia tiene un rol prioritario para su desarrollo. La conformación de observatorios de la salud puede de manera complementaria fortalecer el SNS. Al respecto, la representante del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), durante la fase de consulta, mencionó la importancia de la gestión de

información a nivel local para el análisis de esta y el mejoramiento de la capacidad operativa y resolutive del nivel local del sector de la salud.

Tanto el representante de PNUD como de Corporación Kimirina manifestaron la importancia de la digitalización de la información y de un sistema informático del SNS.

Finalmente, la sostenibilidad del SNS es un factor de interés de todos los actores, debido al análisis y actualización de leyes y normas relacionadas con la producción de insumos de salud y medicamentos además, el análisis y reforma de ser el caso, el tarifario de servicios de salud, análisis permanentes de demanda y oferta con la finalidad de mejorar la eficiencia presupuestaria en la dotación de insumos y medicamentos a establecimientos prestadores de servicios de salud, sobre todo del sector público.

De igual manera, actores de la academia y trabajadores y trabajadoras de la salud plantearon

como necesario el debate sobre el esquema de financiamiento del SNS. Este puede ser contributivo sin perjuicio de garantizar la universalidad del derecho a la salud, la vinculación de la sostenibilidad del sistema con los esquemas de seguridad social y la focalización de beneficios y subsidios dirigidos a aquel segmento poblacional que por efecto de la pobreza y desigualdad no pueden acceder a servicios sanitarios. Al respecto, el representante de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) enfatizó la importancia de analizar la sostenibilidad del sistema y la participación de la cooperación internacional.

Finalmente, la evaluación, el aseguramiento y acreditación de la calidad en la prestación de servicios de salud promueve a la equidad e igualdad en el acceso a servicios de salud. De igual manera, se planteó como necesario analizar la especificidad de las facultades de rectoría, regulación y control, diferenciados de la prestación de servicios de salud del sector público.

Estrategias, acciones y metas

5.1. Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del Sistema Nacional de Salud.

5.1.1 Reformar el marco legal del SNS y de la autoridad sanitaria para el ejercicio de las funciones esenciales de salud.

5.1.2 Fortalecer las entidades adscritas de la Autoridad Sanitaria Nacional.

5.1.3 Evaluar el modelo de organización territorial de planificación por zonas y distritos para organizar espacios de coordinación institucional e intersectorial para la implementación de política pública en los niveles nacional, provincial y cantonal.

Metas

- Actualizar el marco legal de salud en armonía con el mandato constitucional.
- Incrementar el desempeño del SNS al 90% de las funciones esenciales en salud pública.
- Fortalecer los espacios de coordinación interinstitucional e intersectorial para la implementación de las políticas del SNS.

5.2. Reducción de barreras institucionales y organizativas a servicios del Sistema Nacional de Salud.

- 5.2.1** Asegurar la disponibilidad y distribución adecuada, equitativa y con pertinencia cultural de personal de salud calificado en todo el SNS.
- 5.2.2** Actualizar el modelo de gestión y atención de salud territorial, que asegure la adscripción poblacional a todos los subsistemas del SNS.

Metas

- Diseñar la propuesta de Proyecto de Ley de Carrera Sanitaria de profesionales de salud, y un plan de implementación para el fortalecimiento y estabilidad del talento humano del sector.
- Fortalecer los procesos formativos y en todos los niveles de educación superior y técnica del personal sanitario en el marco del Plan Nacional

para la Formación de Talento del sector de la salud, para la disminución de las brechas cuantitativas y cualitativas de profesionales de la salud, considerando los enfoques transversales de igualdad y multidisciplinario.

- Incrementar al 44,5 trabajadores/as de la salud por cada 10.000 habitantes, para alcanzar la tasa estándar.
- Incrementar la proporción de enfermeras que trabajan en los servicios de salud de 0,34 a 0,52 por cada médico.
- Reducir a 94,7 muertes por 100 mil habitantes la tasa de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud.
- Implementar el Plan Nacional Sectorial de adscripción y desarrollo de infraestructura de los servicios de salud.
- Reducir la población que informa sobre obstáculos de acceso a los servicios de salud, en al menos 10%.

5.3. Incremento del financiamiento de la salud con equidad, eficiencia y sostenibilidad

- 5.3.1** Aplicar un modelo de financiamiento que garantice la sostenibilidad y resiliencia del SNS.

Metas

- Reducir por debajo del 30% el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud.



- Incrementar progresivamente el gasto público en salud hasta lograr al menos el 6% del PIB.
- Garantizar la priorización y la protección financiera para emergencias sanitarias.
- Crear un fondo de financiamiento de las garantías de gratuidad en los casos definidos constitucionalmente para maternidad, adultos mayores, personas con discapacidad y enfermedades catastróficas.
- Establecer un mecanismo de financiamiento del aseguramiento de la salud de la población jubilada del IESS.

5.4. Gestión de la información, desarrollo, innovación e investigación de la salud

- 5.4.1** Generar un sistema interinstitucional integrado de información y gestión de datos del SNS (censos, encuestas y registros administrativos), con las instituciones que forman parte del sistema y la sociedad civil.

5.4.2 Promover actividades de desarrollo, innovación, investigación y gestión del conocimiento y la información de la salud, incluyendo el campo de la medicina tradicional, complementaria e integrativa.

5.4.3 Realizar un análisis de la situación nacional de la salud, estudios de carga de enfermedad y vigilancia sanitaria con actualización periódica, que permita valorar la magnitud y gravedad de los riesgos de la salud y el diseño oportuno de políticas de promoción y prevención de la enfermedad.

5.4.4 Garantizar el financiamiento para la agenda de investigación e innovación en salud pública.

Metas

- Implementar un sistema integrado de información y gestión de datos del Sistema Nacional de Salud.
- Realizar periódicamente un análisis de la situación nacional de la salud y estudios de carga de enfermedad.
- Destinar el 2% del presupuesto público en salud para la agenda de investigación e innovación en salud pública.

5.5. Fomento de la participación social y rendición de cuentas de los actores del Sistema Nacional de Salud.

5.5.1 Fortalecer e implementar mecanismos de participación social a nivel comunitario y procesos de contraloría y veeduría social del sector de la salud, en los procesos de diagnóstico, diseño, planificación, gestión y monitoreo de la política pública de salud.

5.5.2 Implementar un sistema de monitoreo de la gestión presupuestaria y mecanismos que garanticen la rendición de cuentas y transparencia de actores del SNS.

Metas

- Implementar un mecanismo de contraloría y veeduría social del sector de la salud.
- Implementar un sistema de indicadores que permita el monitoreo de la gestión presupuestaria del SNS.

Alianzas estratégicas

- Ministerio de Economía y Finanzas
- Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
- Instituto Nacional de Estadística y Censos
- Gobiernos Autónomos Descentralizados
- Academia
- Organizaciones de la Sociedad Civil
- Sector Privado

6.

SISTEMA DE MONITOREO
Y EVALUACIÓN DEL PLAN
DECENAL DE SALUD
2022-2031



Para el diseño, ejecución, monitoreo y evaluación del Plan Decenal de Salud 2022 - 2031 se considera el cumplimiento de la Constitución de la República del Ecuador (3), el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas correspondiente al diseño de política pública y la legislación que compone el SNS. Comprende las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores de salud que giran en torno al derecho a la salud (3).

De igual manera conforme la Constitución (Art.361),

La Ley Orgánica de Salud (Arts. 4-6) y la Ley Orgánica del SNS (art. 5), le corresponde a la Autoridad Sanitaria Nacional formular la política nacional de salud y al CONASA. Adicionalmente, entre todos los actores y niveles del sistema la aplicación de la política nacional en salud, participar conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública en la formulación del Plan Integral de Salud y coordinar con los actores del SNS su implementación, lo que permite plantear la siguiente metodología para fines de seguimiento y evaluación.

7.1 METODOLOGÍA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DECENAL DE SALUD 2022-2031

La estructura del presente plan se basa en la definición de objetivos, estrategias y acciones. Una vez aprobado por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional demanda de un proceso de coordinación que posibilite su implementación, considerando el carácter intersectorial e interinstitucional.

El plan considera tres tipos de metas con sus respectivos indicadores para su medición de avance e impacto. Estas metas e indicadores son de gestión, resultado e impacto (Anexo 7).

Los indicadores de gestión corresponden a cada una de las acciones planteadas en el presente plan. Dichas metas e indicadores deben enmarcarse en la planificación operativa anual a nivel institucional, para cumplimiento de los objetivos en el corto plazo. Responden principalmente al monitoreo de las actividades que realizan los actores del SNS o con responsabilidades en el cumplimiento de sus objetivos, para conseguir principalmente el incremento de

coberturas de servicios de salud y otros de manera eficiente y eficaz.

Los indicadores de resultado corresponden a metas cuyos efectos son susceptibles de medición en el mediano plazo. O tras la implementación de las acciones definidas en el presente plan, estos indicadores persiguen la medición de los resultados sobre la población beneficiaria. Además, luego de realizadas las acciones por las instituciones, está vinculada principalmente con la reducción de las tasas de morbilidad a nivel nacional y la modificación de patrones culturales de consumo, y lograr el compromiso de los actores en la generación de hábitats y entornos saludables.

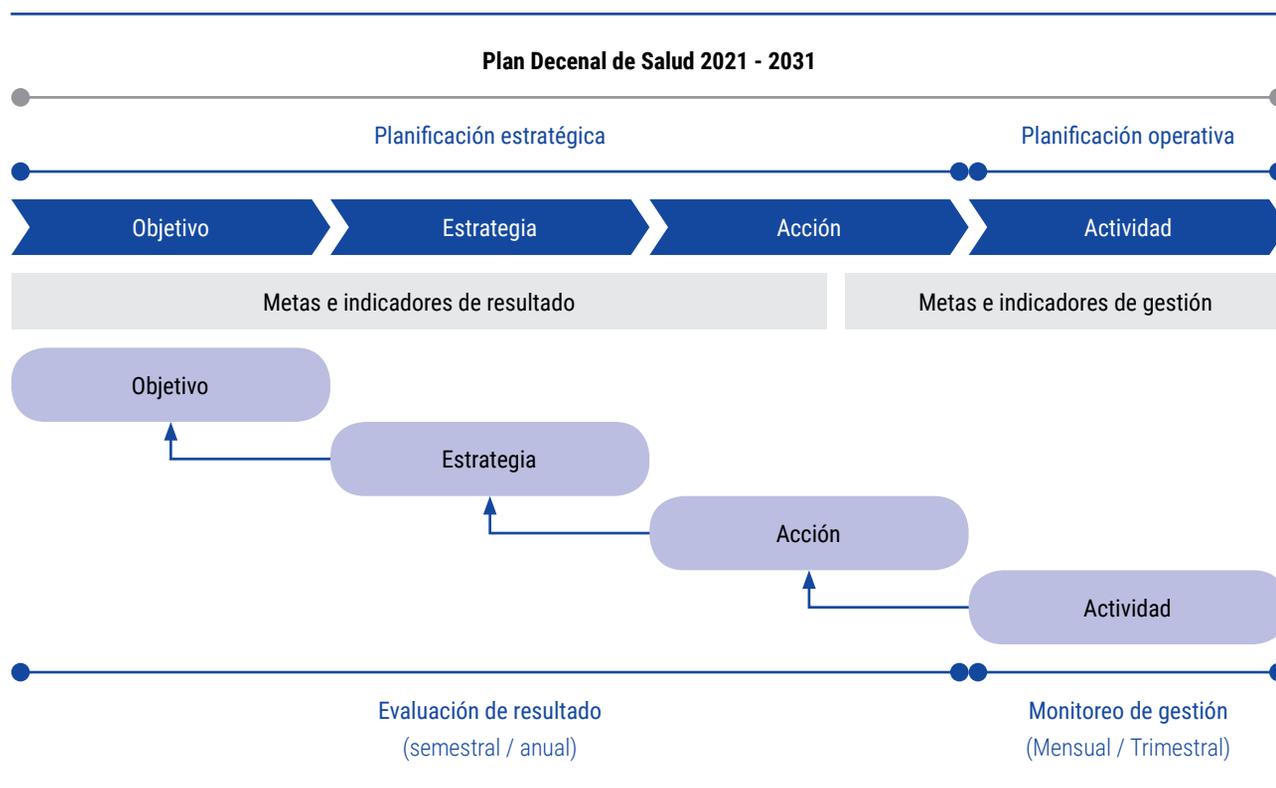
Los indicadores de impacto persiguen la evaluación en el cumplimiento de los cambios esperados en el contexto nacional sanitario proyectados en largo plazo hacia 2031. Tienen incidencia directa sobre la vida de la población beneficiaria de la presente política pública en

términos de calidad de vida y la reducción de tasas de mortalidad, y mejoramiento de la eficacia y eficiencia en la implementación de las políticas públicas.

Con estos antecedentes, el PDS permite un monitoreo permanente de las acciones planteadas y las actividades correspondientes a la planificación operativa institucio-

nal, en correspondencia con las metas e indicadores de gestión propuestos. Este monitoreo se realizará mensual o trimestralmente a través de las plataformas de seguimiento de la gestión institucional de la función ejecutiva por parte del MSP. Respecto a la evaluación de metas de resultado, se realizarán semestral o anualmente conforme el siguiente esquema.

Figura 2. Esquema de monitoreo de la gestión y evaluación de resultado



Por su parte, la evaluación de impacto se hará a medio término (transcurridos 5 años) y al finalizar la ejecución del plan (transcurridos 10 años). Se considerará el avance de 6 metas trazadoras correspondientes a los 5

objetivos del plan que se definen a continuación. Esto sin perjuicio del monitoreo y evaluación del cumplimiento de todas las metas planteadas en cada uno de los objetivos y estrategias.

1) Reducir las desigualdades e inequidades que se producen en torno al derecho a la salud, por medio del abordaje intersectorial de los determinantes sociales y ambientales.

- Disminuir la brecha de la tasa de desnutrición infantil en menores de 2 años de la población indígena de 11,6% a 2,5% respecto del promedio nacional.

2) Promover el bienestar de la población en todas las etapas de la vida, a través de la conformación de entornos, comunidades y hábitos de vida saludables y seguros.

- Disminuir la tasa de nacimientos por embarazo en adolescentes (15-19 años) del 54,6 al 16,9 por cada 1.000 nacidos vivos.

3) Reducir la carga de la enfermedad a través del abordaje integral de salud pública.

- Reducir la razón de muerte materna de 57,6 a 33,1 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos.

- Reducir la tasa de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud hasta 210,5 muertes por 100.000 habitantes.

4) Garantizar el acceso equitativo a servicios de salud integral y de calidad centrados en la persona, la familia y la comunidad.

- Disminuir al 10,5% el porcentaje de hospitalizaciones sensibles a la atención ambulatoria.

5) Transformar el Sistema Nacional de Salud para que garantice el acceso y cobertura universal de salud.

- Reducir el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud de 36,9% a un valor menor al 30%.

Para esto, el CONASA, a través de su máxima autoridad, convocará a los actores con la finalidad de realizar las evaluaciones de medio término y de finalización del presente plan. El CONASA será la instancia de convocatoria intersectorial y sectorial, para lo cual se incorporará en calidad de invitados a

otros actores que no formen parte del mismo acuerdo a la ley. Para el monitoreo del PDS 2022 - 2031, conforme la propuesta preliminar, se integrarán mesas de monitoreo y seguimiento a cada uno de los objetivos de acuerdo con los actores responsables de su implementación.

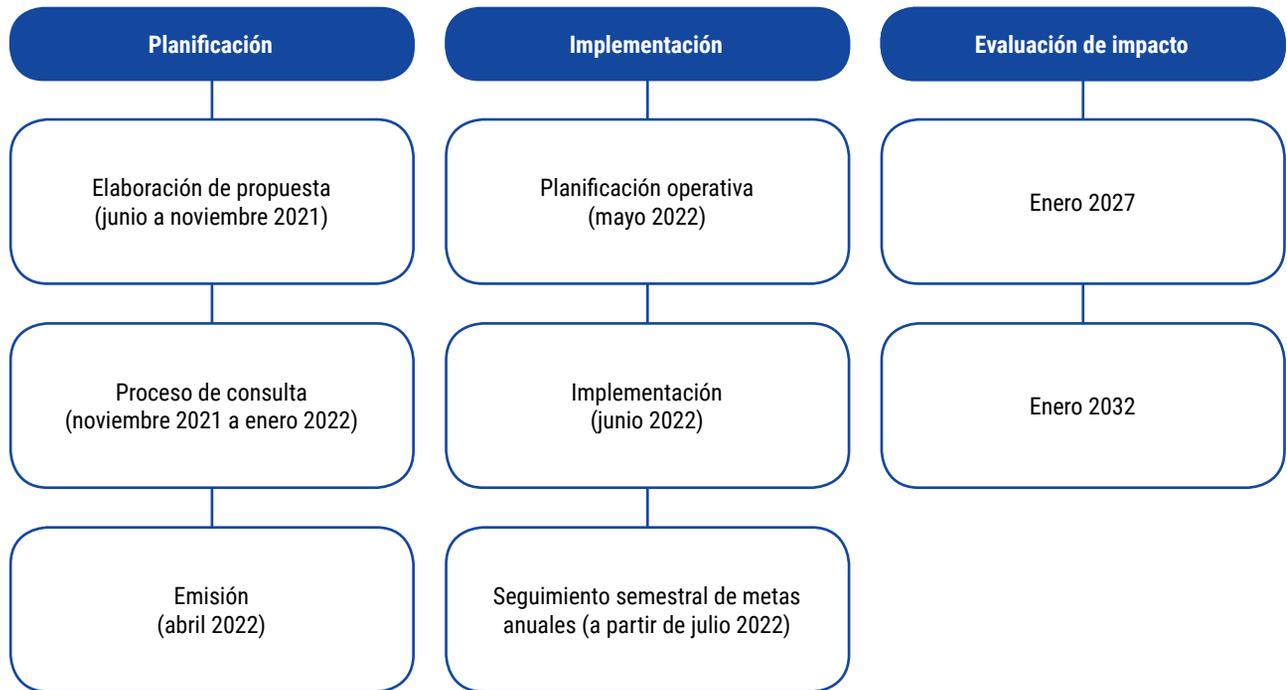
Figura 3. Indicadores y metas de impacto globales del Plan Decenal de Salud 2022 - 2031

	Objetivos	Línea base										Meta	
		2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029		2030
1	Reducir las desigualdades e inequidades en torno al derecho a la salud, por medio del abordaje intersectorial.		11,6%	10%	8%	7%	6%	5%	4,5%	4%	3,5%	3%	2,5%
		Brecha de la tasa de desnutrición infantil en menores de 2 años de la población indígena ENSANUT 2018: Nacional 27,2%, Indígena 38,8%, Brecha 11,6%, Meta: reducir la brecha 10pp.											
2	Promover el bienestar de la población en todas las etapas de la vida a través de la conformación de entornos, comunidades y hábitos de vida saludables y seguros.	54,6	54,4	50,7	46,9	43,2	39,4	35,7	31,9	28,2	24,4	20,7	16,9
		Tasa de embarazo adolescente por cada 1000 nacimientos											
3	Reducir la carga de enfermedad a través del abordaje integral de salud pública.	57,6	41,9	41,4	40,2	39,3	38,4	37,5	36,6	35,8	34,9	34,0	33,1
		Razón de mortalidad materna por cada 100 mil nacidos vivos											
		308,7	293,0	277,3	261,6	245,9	230,2	226,9	223,7	220,4	217,1	213,8	210,5
		Tasa de Mortalidad Evitable por 100 mil habitantes											
4	Garantizar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad.		15,5	13,1	14,9	14,3	13,8	13,2	12,7	12,2	11,6	10,1	10,5
		2019 Porcentaje de hospitalizaciones por trastornos sensibles al cuidado ambulatorio											
5	Transformar el Sistema Nacional de Salud para que garantice el acceso y cobertura universal.	37,7	36,9	36,1	35,2	34,4	33,6	32,7	31,9	31,1	30,2	29,4	28,6
		Gasto de bolsillo en salud											

Elaborado por: OPS / MSP



Figura 4. Línea de tiempo el Plan Decenal de Salud



7.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CEPAL. Panorama Social de América Latina 2020, Santiago de Chile; 2021.
2. Iñigo E. Teoría de cambio: Un enfoque de pensamiento – acción para navegar la complejidad de los procesos de cambio social, Guatemala: PNUD; 2010.
3. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. 2008..
4. BCE. Banco Central del Ecuador. [Online].; 2021. Available from: https://www.bce.fin.ec/index.php/boletines-de-prensa-archivo/item/1431-la-economia-ecuatoriana-inicia-la-recuperacion-economica-con-una-expansion-del-2-8-en-2021#_ftn3.
5. INEC. Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo, Pobreza y Desigualdad. Boletín Técnico. Quito: ENEMDU; 2021.
6. Gobierno del Ecuador. Evaluación socioeconómica. 2020..
7. Instituto Nacional de Estadística y Censos. ENSANUT. [Online].; 2018. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales resultados ENSANUT_2018.pdf.
8. INEC. Censo de Población y Vivienda. [Online].; 2010. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/capitulo_educacion_censo_poblacion_vivienda.pdf.
9. CEPAL. CEPALSTAT: Base de Datos y Publicaciones Estadísticas. [Online].; 2021. Available from: <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/Portada.html>.
10. ¿Cómo crecerá la población? Ecuador en Cifras. [Online].; s/f. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/presentacion.pdf.
11. Cruz M, Ahmed A. On the Impact of Demographic Change on Growth, Savings, and Poverty. 2016 Agosto.

12. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo sostenible y salud ambiental. Salud en las Américas. 2007; 1(1): p. 220-313.
13. INEC. Boletín Técnico No.01-2019 - Encuesta Multipropósito. 2019 Septiembre.
14. CEPAL. Panorama Social de América latina 2021. 2021.
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico Nacional de gestión externa de desechos sanitarios en establecimientos de salud del MSP. 2020.
16. Ministerio de Salud Pública. Estrategia Nacional de Calidad del Agua. Quito: Ministerio del Ambiente, Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria; 2016.
17. Ministerio de Salud Pública. Guía para el manejo de desechos generados durante la implementación de las fases de vacunación frente al COVID-19. Guía practica. Dirección Nacional de ambiente y salud; 2020.
18. Prüs-Üstün A(a. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks. 2016.
19. Yassi A, Kjellström T, Kok T, Guidotti T. Salud ambiental básica. México: Organización Mundial de la Salud; 2002.
20. Watts N, Adger W, Agnolucci P, Blackstock J, Byass P, Cai W, et al. Health and climate change: policy responses to protect public health: The Lancet; 2015.
21. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington; 2018.
22. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Economía de la Salud. Informe técnico. Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud ; 2019. Report No.: Nro.DES-GYF-2019-017.
23. Organización Mundial de la Salud. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes. OMS; 2018.

24. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online]; 2018. Available from: <http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/en/>.
25. MSP, INEC, OPS/OMS. Encuesta STEPTS Ecuador 2018.
26. Organización Mundial de la Salud. Determinantes e inequidades en salud. Organización Panamericana de la Salud; 2012.
27. Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. Informe de investigación. 2013.
28. Organización Panamericana de la Salud. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina. 2014.
29. OPS. NCD at a Glance. 2019.
30. Moncayo J, General S, Nabernegg M, Fuentes O, Haro M, Rivas P, et al. Encuesta Calidad De Vida. ; 2015.
31. Organización Mundial de la Salud. Health in the Americas. [Online]; 2021. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-determinants.html>.
32. Ministerio de Salud Pública. Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición del Ecuador, 2018-2025. Quito; 2018.
33. MSP. PIANE 2018 - 2025. https://www.salud.gob.ec/normativa-legal-lactancia_materna/. [Online]; 2018 (cited 2022 12 10).
34. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online]; 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
35. Aguilar F, Estrada A, Collado J. La educación ecuatoriana y la desigualdad en el acceso al aprendizaje virtual; 2021.

36. FGE. [Online]; 2022. Available from: <https://www.fiscalia.gob.ec/estadisticas-fge/>.
37. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online]; 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
38. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Washington: OPS/OMS; 2014. Report No.: ISBN 978-92-75-31843-0.
39. Ministerio de Salud Pública. Política Intersectorial de Prevención de Embarazo de Niñas y Adolescentes 2018-2025. Quito; 2018.
40. UNFPA. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en Ecuador. Quito: Fondo de Población de las Naciones Unidas-Oficina de país en Ecuador; 2020.
41. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. INEC. [Online]; 2021. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-publica-cifras-de-nacimientos-defunciones-fetales-y-defunciones-generales-de-2020/>.
42. Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral del SNS. MAIS. Quito: MSP; 2012.
43. WHO. https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&lan=%22ES%22&iso2=%22EC%22. [Online]; 2018 [cited 2021 Diciembre 10. Available from: https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&lan=%22ES%22&iso2=%22EC%22.
44. Ministerio de Salud Pública. Quito: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control; 2021.
45. Agency Res Cancer. Global Cancer Observatory. [Online]; 2021. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/218-ecuador-fact-sheets.pdf>.
46. Ministerio de Salud Pública. MSP. [Online]; 2021. Available from: <https://www.salud.gob.ec/resultados-de-la-encuesta-steps/>.

47. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud – RAS 2018. Registro Estadístico. INEC; 2018. Report No.: N ° -01-2020-RAS.
48. OPS. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, Washington D.C.; 2017.
49. SENPLADES. Guía metodológica de formulación de indicadores y metas para las Agendas de Coordinación Intersectorial. Guía metodológica. Quito: SENPLADES; 2013.
50. MSP. Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control; 2021.
51. INEC. Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud - 2018. [Online].; 2018. Available from: <https://datosabiertos.planificacion.gob.ec/dataset/registro-estadistico-de-recursos-y-actividades-de-salud-2018>.
52. MSP. Informe técnico No. DNARPCS-INF-2021-0064; 2021.
53. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Salud. 2006 Diciembre.
54. OMS. Global Health Expenditure Database. [Online].; 2021. Available from: <https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/es>.
55. GHED OPS; 2021.
56. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Whoshington: OPS; 2014.
57. Frieden T. A framework for public health action: the health impact pyramid. Am J Public Health. 2010; 100(4): p. 590-595.
58. OPS/OMS. Las Funciones Esenciales de la Salud Pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI Wasington D.C.; 2020.

59. Almeida_Filho NA. A problemática teórica da determinação social de saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento); 2009.
60. Organización Mundial de la Salud. Everybody's Business. Strengthening health systems to improve health outcomes WHO's framework for action. Catálogo. Health Systems and Services (HSS); 2007. Report No.: ISBN 978 92 4 159607 7.
61. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington : OPS; 2002.
62. CEPAL. Panorama Social de América Latina 2020 Santiago; 2021.
63. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Salud de las Américas. Panorama regional y perfiles de país Washington D.C.; 2017.
64. INEC, Ecuador en Cifras. Cómo crecerá la población en Ecuador. ; s/f.
65. INEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [Online]; 2012. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/en-el-2050-seremos-234-millones-de-ecuatorianos/>.
66. MIDUVI. Informe Nacional del Ecuador - HABITAT III. Quito; 2015.
67. BM. Datos Banco Mundial. [Online]; 2021. Available from: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.RUR.TOTL?locations=EC>.
68. University College of London. UCL NEWS. [Online]; 2021. Available from: <https://www.ucl.ac.uk/news/2021/feb/fossil-fuel-air-pollution-responsible-1-5-deaths-worldwide>.
69. INEC. ECV. 2013-2014..

70. MSP. Estrategia Nacional de Inmunizaciones; 2021.
71. MSP. Gacetas Epidemiológicas; 2021.
72. INEC. [Online]; 2020. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-publica-cifras-de-nacimientos-defunciones-fetales-y-defunciones-generales-de-2020/>.
73. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Mortalidad por suicidio en las Américas Washington D.C; 2014.
74. Villacís B, Carrillo D. País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador; 2012.

ISBN: 978-9942-7027-2-2



9 789942 702722



Plan Decenal de Salud **2022** **2031**

DESCARGUE VERSIÓN DIGITAL



Ministerio de Salud Pública



República
del Ecuador



PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

ENCUESTA DE CONDICIONES
DE TRABAJO Y SALUD
2021 -2022

VERSIÓN I



Ministerio de Salud Pública



República
del Ecuador

**Gobierno**
del Encuentro

Juntos
lo logramos

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Documento elaborado y editado por:
Organización Panamericana de la Salud
Ministerio de Salud Pública

2021-2022

RECONOCIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS

Este documento fue desarrollado con el apoyo técnico de la OPS/OMS a través de su oficina regional en Ecuador y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Su contenido estuvo bajo la dirección de Ximena Patricia Garzón Villalba, Ministra de Salud del Ecuador y Juan Pablo Piedra González, Director Nacional de Ambiente y Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Además, merecen un especial agradecimiento por sus contribuciones y observaciones; Adrián Díaz, Asesor OPS/OMS ECU; Rosalinda Hernández, Asesora OPS/OMS ECU, Julietta Rodríguez, Ex asesora Regional de Salud de los Trabajadores OPS/OMS, y Bernarda Espinoza, miembro del Centro de Salud Internacional (CIHLMU) de la Universidad Ludwig-Maximilians de Munich-Alemania.

Los insumos de este documento estuvieron a cargo de la coordinación de Carmen Yessenia Galván Carrión, consultora externa OPS/OMS quien participó en la elaboración de la primera parte del documento junto con los siguientes consultores externos OPS/OMS: Ketty Arianna Pinargote Cedeño, Hugo David Muñoz Espinoza y Francisco Javier Montenegro Robalino.

La segunda parte del documento sobre los resultados de la Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud, Ecuador 2021-2022, fue realizado por Ketty Arianna Pinargote Cedeño, Consultora externa OPS/OMS y Juan Pablo Piedra González, Director Nacional de Ambiente y Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Finalmente se agradece por la revisión del documento y aportes a los funcionarios de la Dirección Nacional de Ambiente y Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Elva Ximena Aguirre Bravo, Doris Elizabeth Caiza Fauta y José Roberto Mosquera Salazar.

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

CONTENIDO

PREFACIO	10
INTRODUCCIÓN.....	11
PRIMERA PARTE	12
1. PERFIL DEMOGRÁFICO DEL PAÍS	12
1.1 Información general del país.....	12
1.2 Perfil de la fuerza laboral.....	15
2. PERFIL PRODUCTIVO DEL PAÍS	22
2.1 Descripción general.....	22
2.2 Dinámica productiva.....	26
2.3 Análisis de distintos sectores económicos.....	28
2.3.1 Sector Agropecuario	28
2.3.2 Sector Pesquero	33
2.3.3 Sector Floricultor.....	35
2.3.4 Sector Minero.....	38
2.3.5 Sector Construcción.....	40
2.3.6 Sector de la Salud.....	43
2.3.7 Sector Informal.....	47
3. PERFIL Y TENDENCIAS DE SALUD	48
3.1 Panorama Internacional	48
3.2 Panorama Nacional.....	53
3.3 Panorama en el ámbito laboral	58
3.3.1 Siniestralidad laboral.....	59
3.3.1.1 Accidentes de Trabajo	60
3.3.1.2 Enfermedades profesionales	65
3.3.2 Acciones preventivas	66
4. DETERMINANTES AMBIENTALES DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA	67
4.1. Condiciones de trabajo y exposiciones peligrosas.....	71
5. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA	76
5.1. Pobreza multidimensional	76

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

5.2. Trabajo infantil.....	78
5.3 Escolaridad.....	80
5.4 Brechas de género	82
5.5. Distribución del ingreso	83
5.6. Condiciones de vida	85
5.7 Servicios básicos.....	86
5.8. Vivienda.....	87
5.9. Discapacidades	88
5.10 Salud	88
5.11 Educación.....	90
5.12. Transporte	91
5.13. Inserción laboral de personas con discapacidad	92
5.14. Pueblos y nacionalidades.....	93
5.15. Comunidad LGBTI.....	95
6. CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA	97
7. COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y RIESGOS DEL TRABAJO	103
7.1 Sistema de protección social en el Ecuador	103
7.2. Prestaciones económicas por riesgos laborales	106
8. COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	106
9. RECURSOS HUMANOS EN SALUD Y EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	108
10. MARCO POLÍTICO Y REGULATORIO	110
11. MARCO INSTITUCIONAL	111
SEGUNDA PARTE:	113
ENCUESTA DE CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD, ECUADOR 2021-2022	113
1. METODOLOGÍA	113
1.1 Población de estudio	113
1.2 Instrumentos de recolección de datos y definición de variables	113
1.3 Análisis estadísticos	116
2. RESULTADOS.....	117
SECTOR AGRICULTURA	117
SECTOR CONSTRUCCIÓN.....	119

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

SECTOR MINERÍA.....	121
SECTOR PESCA.....	123
SECTOR INFORMAL	125
SECTOR SALUD	128
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	153
ANEXOS.....	168
Anexo I. Normativa vigente en materia de salud ocupacional	168
Anexo II. Monitoreo Epidemiológico del Panorama Nacional de Salud de los Trabajadores 2021 en el Ecuador	170

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirámide poblacional Ecuador por sexo y edades 1990, 2019, 2100....	12
Gráfico 2. Evolución de la población ecuatoriana, según sexo.	13
Gráfico 3. Cifras demográficas al 2020 de la población ecuatoriana.	14
Gráfico 4. Personas en edad de trabajar en el Ecuador 2021.....	16
Gráfico 5. PET, PEA, empleo y desempleo, por género en el Ecuador 2021.	16
Gráfico 6. Empleo vulnerable nacional.....	19
Gráfico 7. Evolución del Producto Interno Bruto.....	23
Gráfico 8. Producto interno bruto por sectores económicos.....	24
Gráfico 9. Variación del producto interno bruto por sector económico.....	24
Gráfico 10. Representatividad del valor agregado bruto por región.	25
Gráfico 11. Plazas de empleo generadas por empresas, según género.....	27
Gráfico 12. Participación en el PIB: agricultura, ganadería, acuicultura y pesca. ..	30
Gráfico 13. Exportaciones de caña de azúcar.....	32
Gráfico 14. Evolución de exportaciones por meses del sector florícola año 2020.	36
Gráfico 15. Distribución por edades del personal de florícolas, año 2021.	37
Gráfico 16. Empleos generados en minas y proyectos mineros estratégicos y de segunda generación.	40
Gráfico 17. Aporte del sector construcción a la economía del Ecuador.	42
Gráfico 18. Número de médicos y odontólogos en el periodo 2000 y 2018.	44
Gráfico 19. Tasa de profesionales de la salud en el Ecuador.	44
Gráfico 20. Mortalidad global atribuible por factores de riesgos y sexo, 2019.	49
Gráfico 21. Principales causas de defunción a nivel mundial.....	51
Gráfico 22. Porcentaje global de muertes atribuibles por factores de riesgo de todas las edades y por sexo, 2019.	52
Gráfico 23. Tasa de mortalidad nacional en el 2019.	53

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Gráfico 24. Las 10 causas principales del número total de muertes en 2019 y el cambio porcentual entre 2009 y 2019, todas las edades combinadas.....	54
Gráfico 25. Siniestralidad laboral reportada en el periodo 2018 – 2020.....	60
Gráfico 26. Número de casos reportados vs los casos calificados con respecto a Accidentes de Trabajo 2015 – 2020.....	60
Gráfico 27. Accidentes de trabajo por actividad económica en el periodo 2018 – 2020.....	62
Gráfico 28. Fallecidos por accidentes de trabajo en el 2020.....	62
Gráfico 29. Número de avisos calificados de AT por la COVID-19 segregado por provincia.	64
Gráfico 30. Accidentes de trabajo calificados por la COVID-19 del sector salud edad 2021.....	64
Gráfico 31. Concentración promedio anual de Material Particulado PM10 en el aire.	69
Gráfico 32. Evolución nominal de líneas de pobreza y pobreza extrema.....	77
Gráfico 33. Variaciones de pobreza y pobreza extrema periodo junio 2016 – 2021.	78
Gráfico 34. Distribución e incidencia del trabajo infantil por provincias 2012.....	79
Gráfico 35. Incidencia del trabajo infantil por autoidentificación étnica 2012.	80
Gráfico 36. Principales indicadores del Índice de Progreso Social en Ecuador 2019.....	86
Gráfico 37. Tasa neta de matrícula primaria por provincia.....	91
Gráfico 38. Provincias con menos de 600 mil y más de 300 mil habitantes por etnias.	94
Gráfico 39. Provincias de menos de 300 mil habitantes por etnia.	95
Gráfico 40. Factores de riesgo que contribuyen a los Años de Vida Saludable perdidos (AVISA) en 2019 y porcentaje de cambio, 2009-2019.	98
Gráfico 41. Porcentaje de adultos con historia de medición y diagnóstico de HTA, por sexo.....	102
Gráfico 42. Integrantes del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador.	107
Gráfico 43. Institucionalidad de la salud y seguridad en el trabajo en Ecuador. ...	112

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tasa de mortalidad infantil y razón de muertes maternas 2007 – 2020...	14
Tabla 2. Cifras encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo 2021.....	18
Tabla 3. Entradas de migrantes a Ecuador por país de procedencia 2020.	20
Tabla 4. Migrantes, empleo y subempleo 2021.....	22
Tabla 5. Estratificación de empresas y establecimientos en el Ecuador.....	26
Tabla 6. Distribución de las empresas según su tamaño.....	27
Tabla 7. Población trabajadora del sector agrícola, según sexo.....	29
Tabla 8. Principales productos de exportación en el Ecuador.....	31
Tabla 9. Organizaciones pesqueras artesanales registradas en el Ecuador.	34
Tabla 10. Composición de acuerdo con el tipo de empresa, año 2021.....	38
Tabla 11. Empleo generado por sexo sector minería, año 2015.....	38
Tabla 12. Empleo generado sector minería.	39
Tabla 13. Empleo generado por el sector construcción al 2020.....	41
Tabla 14. Participación de ventas totales por sector económico.	42
Tabla 15. Número de consultas de morbilidad, prevención, estomatología de los establecimientos de salud.	46
Tabla 16. Principales causas de mortalidad 2019 – 2020 en el Ecuador.....	55
Tabla 17. Principales causas de morbilidad en el Ecuador, año 2020.....	56
Tabla 18. Principales causas de morbilidad por sexo, 2020.	57
Tabla 19. Principales enfermedades vectoriales notificadas 2015 – 2021.....	58
Tabla 20. Accidentes de Trabajo calificados por provincia entre el periodo 2018 – 2020.....	61
Tabla 21. Enfermedades profesionales esperadas y reportadas en el Ecuador, periodo 2016 – 2018.....	65
Tabla 22. Extracto Índice de Pobreza Multidimensional, situación de Ecuador.	77
Tabla 23. Personas con escolaridad inconclusa por nivel educativo.	81
Tabla 24. Índice de Desarrollo de Género de Ecuador en 2019 respecto de algunos países y grupos seleccionados.....	82
Tabla 25. Índice de Desigualdad de Género de Ecuador en 2019 respecto de algunos países y grupos seleccionados.....	83
Tabla 26. Coeficiente GINI junio 2016 a junio 2021.	84
Tabla 27. Evolución Canasta Familiar Básica y Canasta Vital.....	85
Tabla 28. Distribución de los hogares por tenencia de la vivienda que ocupa y vías de acceso, año 2014.	88
Tabla 29. Trabajadores con discapacidad insertados en el sector laboral periodo 2017 – 2021.....	93
Tabla 30. Población LGBTI ocupada por grupos de ocupación 2013.	96
Tabla 31. Porcentaje de consumo actual de alcohol, abstinencia los últimos 12 meses y abstinencia toda la vida, por sexo y grupo de edad, Ecuador 2018.	100

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 32. Media del número de porciones de frutas y/o verduras consumidas en promedio por día, por sexo y grupo de edad.....	101
Tabla 33. Porcentaje de adultos con historia de medición y diagnóstico de glucosa elevada en sangre, por grupo de edad.....	102
Tabla 34. Cotizantes cubiertos según categoría de empleo.....	104
Tabla 35. Cotizantes al IESS 2020.....	105
Tabla 36. Cobertura legal y efectiva por subsistemas públicos en salud.....	105
Tabla 37. Número de prestaciones económicas por tipo y género 2018 – 2020.	106
Tabla 38. Características socio-demográficas, condiciones salud y de trabajo en 4290 trabajadores de diversos sectores productivos, Ecuador 2021.....	132
Tabla 39. Prevalencia de sintomatología musculoesquelética, mental y respiratoria en 4290 trabajadores de diversos sectores productivos, por características sociodemográficas y condiciones de trabajo, Ecuador 2021.	137
Tabla 40. Modelo Multivariado de Regresión Logística, sector Agricultura.....	140
Tabla 41. Modelo Multivariado de Regresión Logística, sector Construcción.	143
Tabla 42. Modelo Multivariado de Regresión Logística, sector Minería.	145
Tabla 43. Modelo Multivariado de Regresión Logística, sector Pesca.....	147
Tabla 44. Modelo Multivariado de Regresión Logística, sector Informal.....	149
Tabla 45. Modelo Multivariado de Regresión Logística, Sector Salud.	151

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

PREFACIO

El Plan de Acción sobre Salud de los Trabajadores 2015-2025 (PAST) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobado por el Consejo Directivo en septiembre de 2015, se encamina a fortalecer la respuesta del sector salud en coordinación con los demás sectores económicos, para brindar una atención integral a la fuerza de trabajo de la región, mejorar los entornos de trabajo, promover la salud de los trabajadores, mejorar el acceso a los servicios de salud y salud ocupacional (en especial para los trabajadores informales), y fortalecer la formación, el ejercicio y la investigación en salud y seguridad ocupacional.

En este sentido, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador con el apoyo técnico de la OPS/OMS Ecuador ha construido el Panorama Nacional de la salud de los trabajadores 2021-2022 en armonía con el PAST, a fin de facilitar la toma de decisiones y la elaboración de políticas públicas que atiendan la problemática, dado que el trabajo y el empleo son determinantes de la salud, y por tanto, su abordaje requiere grandes esfuerzos para reducir las brechas de inequidad, proteger, salvaguardar y promover la salud de las y los trabajadores.

De este modo, mediante la recolección de información obtenida de distintas fuentes internacionales y nacionales, se muestran las condiciones actuales de la salud laboral de la población trabajadora del país, y se destacan las acciones necesarias de los actores fundamentales en materia de salud ocupacional: la población trabajadora, los empleadores y el Estado.

Este panorama servirá de base para mejorar la salud y el bienestar de las personas en los centros de trabajo, que permitan garantizar el derecho al trabajo decente y digno, y el derecho a la salud establecidos en la normativa vigente, ahora con particular énfasis, dados los efectos de la pandemia de la COVID-19 que ha generado múltiples retos para atender las necesidades de la población trabajadora para las cuales se ha visibilizado la importancia de la estrategia de salud en todas las políticas. Al respecto, es necesario impulsar la implementación de las funciones esenciales de la salud pública, como la promoción de la salud, la prevención de los daños, ocurrencia de accidentes e incidentes de trabajo, así como las enfermedades comunes agravadas por la ejecución de trabajo y la vigilancia de las enfermedades ocupacionales, garantizando la salud de los trabajadores contribuyendo al desarrollo socioeconómico del país.

Representante OPS/OMS Ecuador
Diciembre 2021

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente el 65,0 % de la población de la región de las Américas forma parte de la fuerza laboral y el trabajador promedio pasa alrededor de dos tercios de su vida en el trabajo (1). El trabajo no solo es el desempeño de funciones y la ejecución de actividades por las cuales se retribuye un ingreso económico, también atiende necesidades humanas enmarcadas en la salud, la interacción social y las oportunidades de vida desarrolladas en el marco económico, político y social, por lo que es importante analizar las brechas de desigualdades que afectan a la relación tripartita del sector formal e informal de la economía.

El Panorama Nacional de la Salud de los trabajadores contiene información cualitativa y cuantitativa sobre la salud de la fuerza de trabajo del país y sus respectivos determinantes. En base a sus resultados, se podrá formular un “Plan de Acción Nacional de Salud de los Trabajadores 2022-2026”, que responda a las necesidades de la fuerza de trabajo del Ecuador, para mejorar las condiciones de trabajo, prevenir las exposiciones peligrosas, cerrar las brechas de las desigualdades del trabajo y el empleo, mejorar y promover la salud y el bienestar de la población trabajadora a nivel nacional.

Teniendo presente la diversidad del Ecuador, se obtuvo información de algunos sectores económicos que representan la mayoría de la fuerza de trabajo, con el fin de tener una línea de base para analizar las oportunidades de los trabajadores.

En este contexto, se describen las características demográficas del país, el perfil laboral, perfil productivo y los determinantes sociales, ambientales, e individuales de la salud de los trabajadores. Además, se analiza la cobertura del sistema de salud y seguridad social del país, la disponibilidad de recursos humanos en salud y salud ocupacional, además los marcos legales e institucionales para la acción.

El Panorama Nacional de la Salud de los trabajadores, para el caso del Ecuador establece un antecedente y una línea de base a través de un monitoreo epidemiológico ocupacional, que por primera vez permitió conocer las condiciones de trabajo y salud enfocados en síntomas osteomusculares, salud mental, salud respiratoria asociadas a condiciones del trabajo, y a partir de ellas, diseñar planes sectoriales enmarcados en el Plan Decenal de Salud 2021-2031, considerando al trabajo como un determinante esencial en la salud de la población ecuatoriana.

PRIMERA PARTE

1. PERFIL DEMOGRÁFICO DEL PAÍS

El Ecuador es un país andino en la esquina noroeste de América del Sur, con una superficie total de 256.370 kilómetros cuadrados, dividido por cuatro regiones y conformado territorialmente por 24 provincias, que, debido a su posición geográfica posee una gran variedad de flora y fauna, por lo cual es considerado uno de los países más biodiverso del mundo.

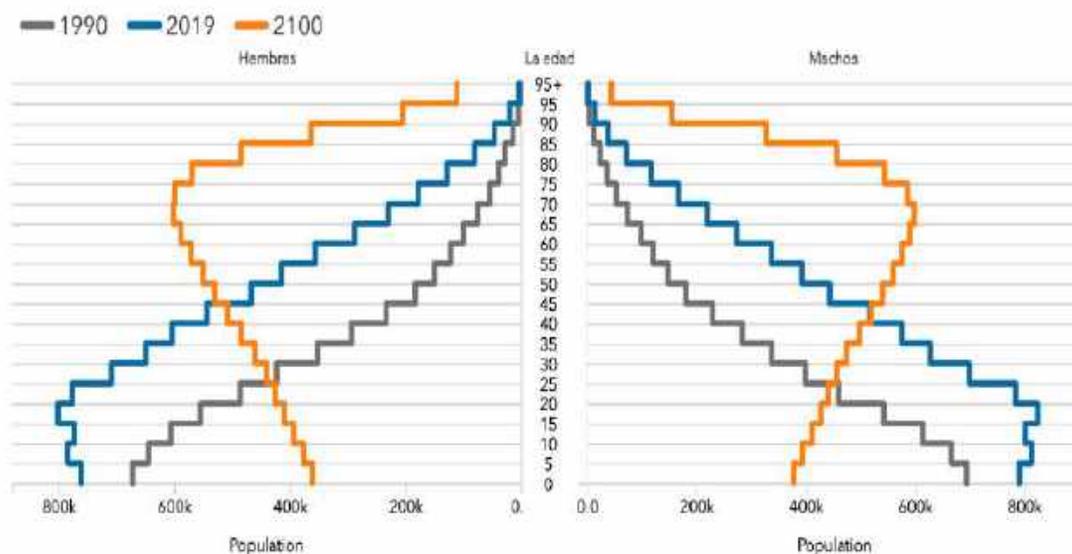
1.1 Información general del país

De acuerdo con las proyecciones de población realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (en adelante INEC), al año 2020 el Ecuador contaba con 17'510.643 habitantes, de los cuales el 64,0% están en la zona urbana y el 36% en la zona rural (2), (3).

El Censo de Población y Vivienda del año 2010 determinó que el 50,4% de la población eran mujeres y el 49,6% eran hombres. Los grandes grupos etarios de la población, cuya distribución no ha cambiado significativamente entre los años 1990 y 2010, son las personas entre 0 y 14 años que representan el 27,9%, las personas entre 15 y 64 años 50,4% y las personas de 65 años y más 5,6%, (ver gráfico 1) (4).

Gráfico 1.

Pirámide poblacional Ecuador por sexo y edades 1990, 2019, 2100.



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). ECUADOR profile. Seattle, University of Washington. 2020 (5).

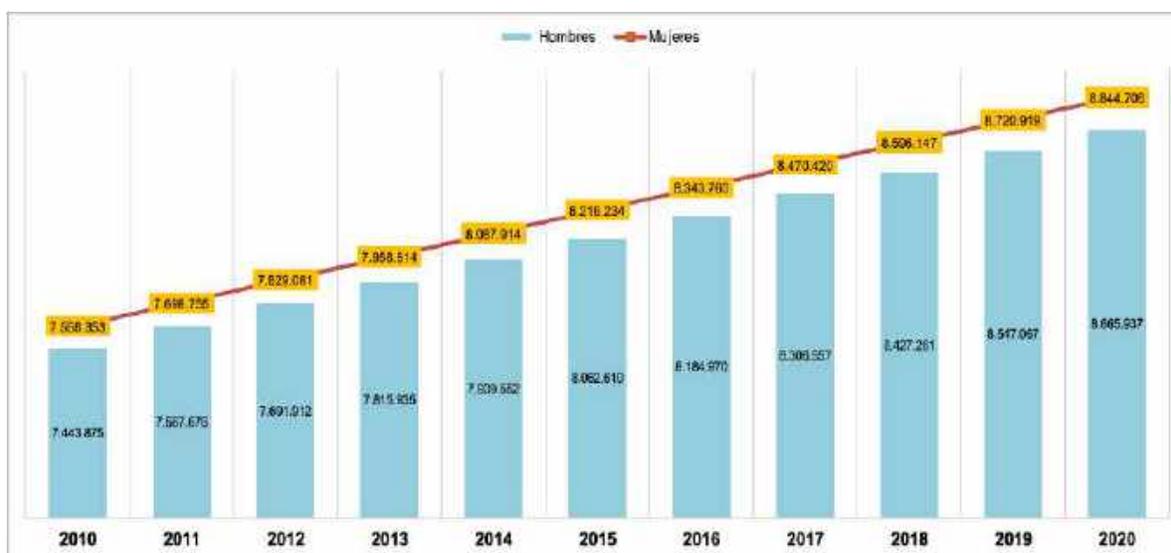
PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

La esperanza de vida de las personas se ha incrementado en los diez últimos años. Para las mujeres ascendió de 71,4 años en el 2010, hasta 80,1 en el 2020. Igualmente, para los hombres cambió de 74,5 en 2010 hasta 77,6 años en el 2020. La tasa de fecundidad decreció de forma significativa anualmente, de 3,9 hijos en 1990 a 2,4 hijos en el 2020; y se estima que para el año 2040 las mujeres tendrán menos de 2 hijos, asunto que influye en el envejecimiento de la población (2), (3).

Gráfico 2.

Evolución de la población ecuatoriana, según sexo.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC 2021 (6).

En cuanto a la tasa de mortalidad, se observa una disminución en los últimos años como se ilustra en la Tabla 1. La mortalidad infantil en el año 2020 se ubicó en 7,7 por cada mil nacidos vivos; con relación a la mortalidad materna, en el año 2020 se registraron 191 muertes maternas, es decir 57,6 cada cien mil nacidos vivos (7).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 1.

Tasa de mortalidad infantil y razón de muertes maternas 2007 – 2020.

Años	Mortalidad infantil (cada 1.000 nacidos vivos)	Razón de mortalidad materna (cada 100.000 nacidos vivos)
2007	10,2	50,7
2010	9,3	59,0
2013	8,8	46,3
2016	9,2	39,7
2019	10,1	37,0
2020 **	7,7	57,6

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2021 (7).

La tasa de dependencia¹ por edad, se definen como productivas, que ha venido disminuyendo en el año 1990 correspondió al 68,0%, en el año 2001 alcanzó el 55,0% y en el año 2010 se registró el 50,0% (3).

De acuerdo con las cifras obtenidas de los dos censos realizados en 2001 y 2010, la tasa de crecimiento poblacional es del 1,95%. Dado que en censos anteriores del periodo 1990 - 2002 se ubicaba en 2,05%, se observa una desaceleración significativa (3).

Gráfico 3.

Cifras demográficas al 2020 de la población ecuatoriana.



Fuente: Elaboración propia, 2021.

¹ La tasa de dependencia se define como la población menor de 15 años de edad y mayor a 64 años de edad, expresadas

El Informe sobre Desarrollo Humano 2020, elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, ubica al Ecuador en el puesto 86 dentro del grupo de “desarrollo humano alto”, con un índice del 0,759. Sin embargo, si se aplica la desigualdad en la distribución de los indicadores de las diferentes dimensiones, el IDH² se ubica en 0,616; por encima del IDH de Latinoamérica y el Caribe que se ubica en 0,596. Comparando esta cifra con el año 2019 (0,648), el IDH se incrementó en 17,1% (8).

Con relación al Índice de Desarrollo de Género (IDG), que mide las desigualdades en tres dimensiones: salud, educación y control sobre los recursos económicos, para el año 2019, fue de 0,743 para las mujeres y de 0,768 para los hombres. Por lo tanto, el IDG es de 0,967, ubicando al Ecuador en el grupo 2; es decir, dentro del grupo de países con un nivel medio alto de igualdad acorde a esta escala.

Los años promedio de escolaridad en el país se incrementaron en 2.3 años, pasando de 6.6 años en 1990 a 8.9 años en el 2019. Así mismo, los años esperados de escolaridad se incrementaron en 2.7 años, durante el mismo periodo. Sin duda, estas cifras aportan a la mejora del IDH del Ecuador (8).

1.2 Perfil de la fuerza laboral

La Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU), es un instrumento que forma parte del Sistema Integrado de Encuestas de Hogares que permite estudiar la situación del empleo en el Ecuador. La información obtenida a junio de 2021, determina que las personas en edad de trabajar (PET) fueron 12'659.586 en el país, y se estima que la población económicamente activa³ (PEA) era de 8'332.656 personas, (gráfico 4) (6).

² **Índice de Desarrollo Humano:** Es una medición compuesta de la longevidad, el nivel de vida y la educación, desafiando las evaluaciones puramente económicas del progreso de las naciones.

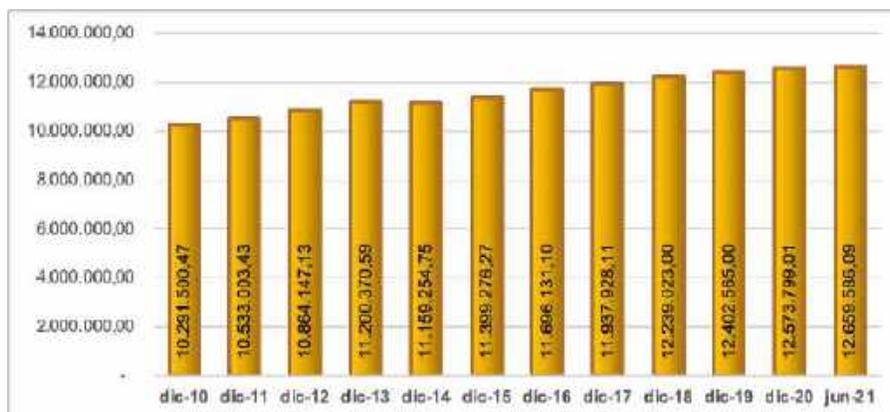
³ Población económicamente activa (PEA): personas de 15 años y más que trabajaron al menos 1 hora en la semana de referencia o, aunque no trabajaron, tuvieron trabajo (empleados); y personas que no tenían empleo, pero estaban disponibles para trabajar y buscan empleo (desempleados).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Gráfico 4.

Personas en edad de trabajar en el Ecuador 2021.

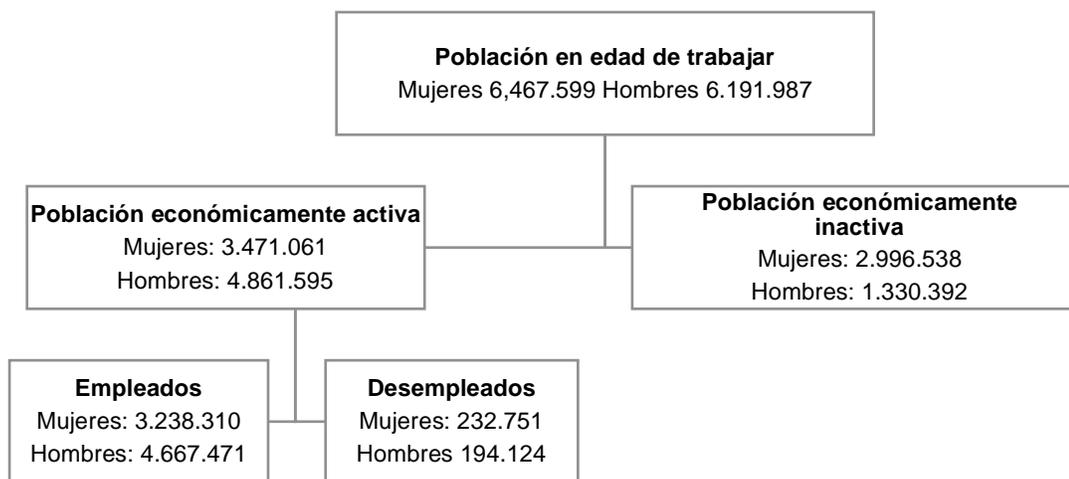


Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2021 (6).

La PET⁴ en mujeres representa el 51,1%, mientras que los hombres representan el 48,9%. Del universo de la PET, el 66,0% se considera población económicamente activa, de los cuales 58,3% corresponde a hombres y 41,7% a mujeres. Esta distribución porcentual es similar entre las personas empleadas. En consecuencia, es mayor el desempleo en las mujeres (54,5%), con relación a los hombres (45,5%) (9).

Gráfico 5.

PET, PEA, empleo y desempleo, por género en el Ecuador 2021.



Fuente: Elaboración propia, basado con información del Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2021 (6).

⁴ Población en edad de trabajar (PET): comprende a todas las personas de 15 años y más

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

La población económicamente activa se concentra en la zona urbana, con el 66,4% (5´536.162 personas), mientras que en la zona rural el 33,6% (2´796.494 personas). La ENEMDU demuestra que existe una brecha amplia entre hombres y mujeres, con relación al empleo pleno⁵, puesto que en el primer grupo se duplica el porcentaje en comparación con el segundo grupo (67% - 33%). Por otra parte, el subempleo, se presenta más en los hombres (62,9%) que en las mujeres (37,1%), mostrando una relación absolutamente diferente. Esto resulta paradójico ya que se registra en el empleo no remunerado, donde se concentran gran cantidad de mujeres, que realizan labores del hogar y no reciben remuneración. La composición de este grupo de personas es de 65,6% de mujeres y 34,4% de hombres. Hay otro grupo de personas que tienen empleo parcial, que laboran menos de cuarenta horas a la semana. Se estima que hay 1,7 millones personas en esta situación, cuya mayoría son hombres (61,4%) y el resto mujeres (38,6%) (9).

Además, hay un número considerable de personas que tienen empleo, con un ingreso menor al salario mínimo. Ellos son mayoritariamente hombres (58,2%), y las demás personas son mujeres (41,8%), como se observa en la Tabla 2 (9).

⁵ **Empleo pleno:** personas con empleo que, durante la semana de referencia, perciben ingresos laborales iguales o superiores al salario mínimo, trabajan igual o más de 40 horas a la semana, independientemente del deseo y disponibilidad de trabajar horas adicionales.

También forman parte de esta categoría, las personas con empleo que, durante la semana de referencia, perciben ingresos laborales iguales o superiores al salario mínimo, trabajan menos de 40 horas, pero no desean trabajar horas adicionales

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 2.

Cifras encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo 2021.

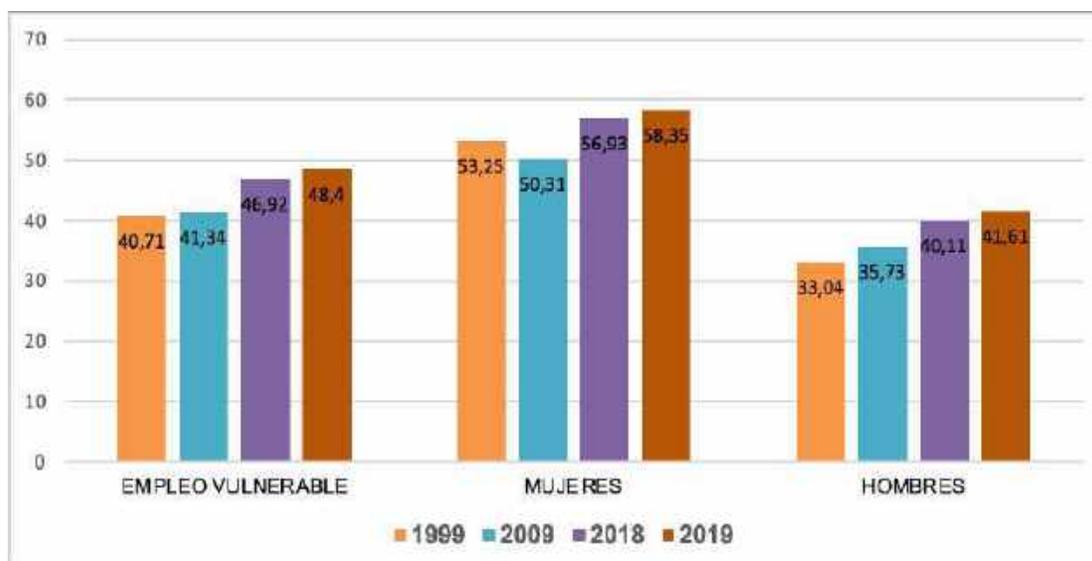
Indicadores	Número	Hombre	Mujer
Población Total	17.816.276	48,9%	51,1%
Población en Edad de Trabajar (PET)	12.659.586	48,9%	51,1%
Población menor de 15 años	5.156.690	49,0%	51,0%
Población Económicamente Activa	8.332.656	58,3%	41,7%
Empleo	7.905.781	59,0%	41,0%
Empleo Adecuado/Pleno	2.604.263	67,0%	33,0%
Subempleo	1.917.390	62,9%	37,1%
Subempleo por insuficiencia de tiempo de trabajo	1.707.045	61,4%	38,6%
Subempleo por insuficiencia de ingresos	210.346	74,4%	25,6%
Empleo no remunerado	1.074.505	34,4%	65,6%
Otro Empleo no pleno	2.254.112	58,2%	41,8%
Empleo no clasificado	55.511	61,9%	38,1%
Desempleo	426.875	45,5%	54,5%
Desempleo Abierto	390.459	46,1%	53,9%
Desempleo Oculto	36.416	38,6%	61,4%
Desempleo Cesante	334.708	45,9%	54,1%
Desempleo Nuevo	92.167	44,1%	55,9%
Población Económicamente Inactiva	4.326.930	30,7%	69,3%

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo, ENEMDU 2021 (9).

Cabe destacar que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) observa las estadísticas de empleo de todos los países y define al empleo vulnerable como aquel en el cual los trabajadores tienen una alta probabilidad de caer al empleo informal y en la pobreza. Según las cifras del Banco Mundial, el Ecuador reportó un 40,0% de empleo vulnerable para el 2019, cifra que ha venido en plena tendencia creciente desde el año 2014, cuando registró un porcentaje de 39,5%. Las mujeres son el grupo poblacional que históricamente han estado en una posición de mayor de vulnerabilidad, y para el 2019 presentaban un porcentaje de 58,4%, mientras que los hombres solo el 41,6% (10).

Gráfico 6.

Empleo vulnerable nacional.



Fuente: Banco Mundial, 2019 (10).

En cuanto al empleo juvenil, que registra el empleo de las personas entre 15 y 24 años, podemos anotar que, aunque en los últimos diez años se observa una disminución del desempleo, este no se traduce en un verdadero incremento de este segmento de la población a la condición de empleo. Para el mes de junio del 2021, en el Ecuador existía una tasa de desempleo juvenil de 35,4%, frente al 16,8% de empleados, distribución que pone en evidencia el gran número de jóvenes que no tienen trabajo (9), las cifras mundiales del empleo y desempleo juvenil de la OIT afirman resultados similares, mismos que se ha visto limitado por diferentes causas a nivel global, pero especialmente crítico en los países de bajos y medianos ingresos como los de Latinoamérica y el Caribe.

De acuerdo con la información de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Ecuador registró 381.507 inmigrantes para el año 2019, que representaban el 2,2% de la población total del país; de los cuales el 52,0% son hombres y el 48,0% mujeres (11).

Asimismo, la información estadística publicada por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, de la ONU, en el periodo 2015 - 2020, el número neto de migrantes⁶ ascendió a alrededor de 182.000 personas, número absolutamente distinto al reportado en los últimos setenta años. Por ejemplo, en el periodo 2000-

⁶ **Número neto de migrantes:** Es el número de inmigrantes menos el número de emigrantes

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

2005, posterior al “feriado bancario⁷”, la crisis que provocó una marcada emigración, el número neto de personas migrantes fue cercano a las 120.000 personas (12).

Las entradas de migrantes al Ecuador han mantenido el mismo comportamiento durante los últimos 20 años. Colombia, Estados Unidos, Perú y Panamá son los países de donde provienen la mayor cantidad de visitantes, ya sea por razones de turismo, comercio o vecindad. Sin embargo, se destaca la masiva migración de ciudadanos venezolanos después de la crisis económica y social de dicho país, (tabla 3) (13).

Tabla 3.

Entradas de migrantes a Ecuador por país de procedencia 2020.

PAISES	2006-2010	2011-2015	2016-2020	2006-2020
Colombia	1.130.184	1.912.958	3.052.031	6.095.173
Estados Unidos de América	1.267.002	1.312.371	1.485.726	4.065.099
Perú	1.102.673	1.340.835	1.230.964	3.674.472
España	307.359	325.165	368.396	1.000.920
Panamá	127.805	300.699	247.250	675.754
Venezuela	97.301	287.497	139.480	524.278
Chile	104.396	165.757	166.295	436.448
Argentina	70.748	172.360	115.601	358.709
Cuba	64.222	171.178	83.443	318.843

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2020 (13).

En un estudio desarrollado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), denominado “Barreras tácitas y explícitas al empleo de personas en situación de movilidad humana en Ecuador”, se ponen de manifiesto algunas consideraciones relacionadas con la afectación de la migración de ciudadanos venezolanos al Ecuador. Entre las cuales se destacan:

- Existen alrededor de 400.000 inmigrantes venezolanos, de los cuales el 94% está en edad de trabajar, es decir, constituyen aproximadamente el 5,0% de la PEA.
- El Ecuador dejó de ser un país de paso, para convertirse en un país de destino.

⁷ **Feriado bancario:** fue el congelamiento de los ahorros de los ciudadanos por 24 horas: los ahorristas no podían sacar su dinero de los bancos ni hacer ninguna transacción. La medida buscaba, desesperadamente, evitar el retiro masivo de dinero de los bancos y proteger la estabilidad de la banca, que estaba totalmente quebrada.

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

- El 55,0% está en edades entre 19 y 35 años; principalmente de género masculino (57,0%).
- El 54,0% tenía un estatus migratorio irregular; por lo tanto, se estima que el 57,0% trabaja en situación de informalidad.
- En promedio, los venezolanos que tienen una situación regular de empleo trabajan 5 horas más por semana, con relación a un ecuatoriano, sin embargo, su salario es 42,0% menor.
- No se puede confirmar que la migración venezolana afecte de manera significativa al mercado laboral ecuatoriano formal (14).

Por otro lado, la OIT realizó un estudio publicado en el 2020, que trata de los inmigrantes venezolanos en las ciudades de Quito y Guayaquil, en el cual determina la tipología de las familias y sus condiciones de vida. Las cifras revelan que el 5,0% de los inmigrantes son hombres y el 49,0 % mujeres, y el 21,0% son niños, niñas y adolescentes. Los adultos entre 18 y 35 años representan el 55,0% de las personas, y cerca del 9,0% padece una discapacidad o condición médica crónica (15).

Si a la información relacionada con la realidad laboral de este grupo, matizada por la informalidad, se le agrega las condiciones de vida, se puede decir que actualmente hay un fenómeno de vulnerabilidad que demanda oportunidades de inclusión laboral.

La falta de formalidad de empleo migrante se corrobora con la información que tiene registrada el Ministerio del Trabajo (MDT) que, a julio de 2021, reportaba 58.091 migrantes en empleo pleno y 55.527 en subempleo, dato referencial en sector público y privado⁸, como se ilustra en la tabla 4 (16). Si se contrastan estas cifras con el número estimado de venezolanos, se puede deducir que, apenas 14,5% cuenta con un empleo pleno, cifra que se acerca al porcentaje que reporta la encuesta de FES-ILDIS⁹, con relación a los venezolanos afiliados al IESS, que serían el 12,0%.

⁸ Los datos no son estadísticamente significativos por lo que son referenciales.

⁹ **FES-ILDIS:** La Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) es una organización alemana representada en más de 100 países del mundo comprometida con los valores de la democracia y la justicia social. Desde su llegada al Ecuador en el año 1974 como Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS), enfocado en profundizar la dimensión social de la democracia, fomentar la justicia en lo social, en las relaciones de género, así como en la economía.

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 4.

Migrantes, empleo y subempleo 2021.

Indicadores laborales	dic-2016	dic-2017	dic-2018	dic-2019	dic-2020	jul-2021
Empleo adecuado	38.611	46.121	68.550	70.504	63.456	58.091
Subempleo	13.199	15.389	25.528	31.564	47.933	55.527

Fuente: Ministerio del Trabajo, 2021 (16).

Si relacionamos la información de la realidad laboral de este grupo, su informalidad y sus condiciones de vida, se observa que estos migrantes se encuentran en una condición de vulnerabilidad significativa, lo que llamaría a analizar nuevas oportunidades de oferta de empleo para permitir su inclusión en la fuerza de trabajo del país.

2. PERFIL PRODUCTIVO DEL PAÍS

2.1 Descripción general

En Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) realiza las Clasificaciones Nacionales de actividades económicas (CIU), de productos (bienes y servicios) (CPC) y de ocupaciones (CIUO).

En este contexto, existen 21 ramas de actividad económica como parte del aparato productivo del país, cuyo aporte al Producto Interno Bruto (PIB), al cierre del 2020 alcanzó los \$ 66.308 millones de dólares, experimentando un decrecimiento de 7,8% con relación al año 2019, evidenciando una representativa caída de \$3.571 millones de dólares. La principal razón de esta caída, son los estragos causados por la pandemia de la COVID-19, cuya incidencia no solo afectó al sector sanitario, sino que impactó negativamente a la economía mundial (17).

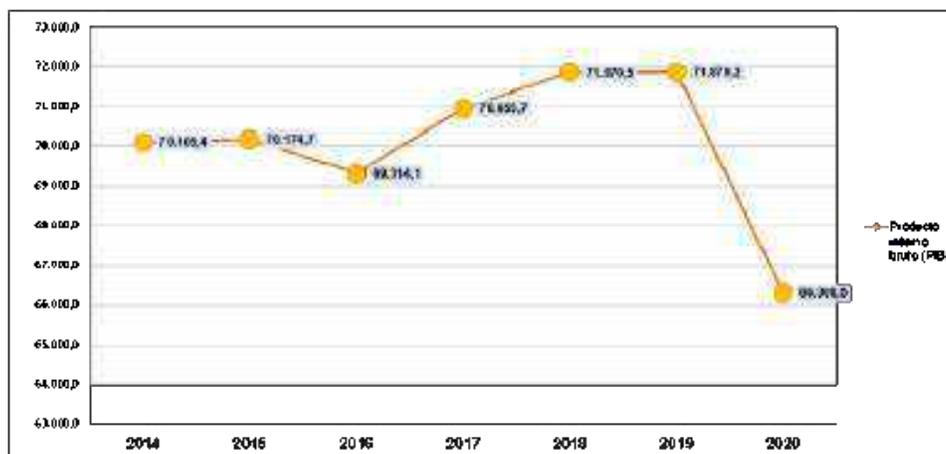
El consumo en los hogares, las importaciones, la inversión pública y privada, experimentaron una seria contracción. Los sectores más afectados fueron los servicios de alojamiento y comida, el servicio doméstico, la construcción y algunas actividades de manufactura.

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Gráfico 7.

Evolución del Producto Interno Bruto.



Fuente: Banco Central del Ecuador, 2021 (17).

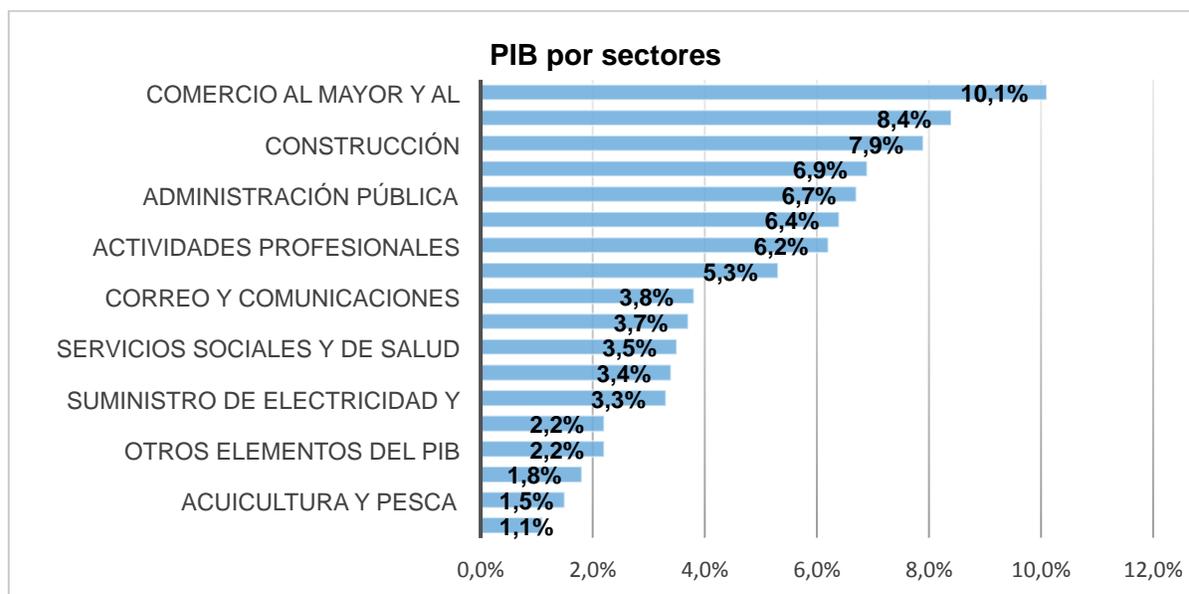
Las principales actividades económicas que aportaron al PIB para el 2020, fueron el comercio (10,1%), el petróleo (8,4%), la construcción (7,9%), el transporte (6,9%) y el sector público, incluida la seguridad social (6,7%) en donde se muestra en el gráfico 8 (18).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Gráfico 8.

Producto interno bruto por sectores económicos.

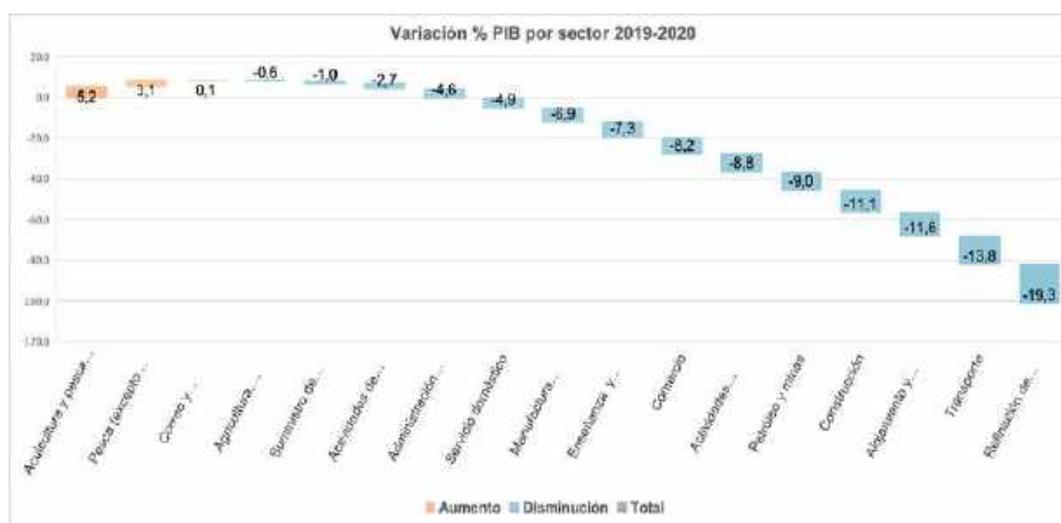


Fuente: Banco Central del Ecuador, 2021 (18).

Tal como se puede apreciar en el gráfico 9, con excepción de la acuicultura, la pesca y las comunicaciones, todas las actividades se vieron afectadas, por el confinamiento producto de la pandemia por la COVID-19 (18).

Gráfico 9.

Variación del producto interno bruto por sector económico.



Fuente: Banco Central del Ecuador, 2021 (18).

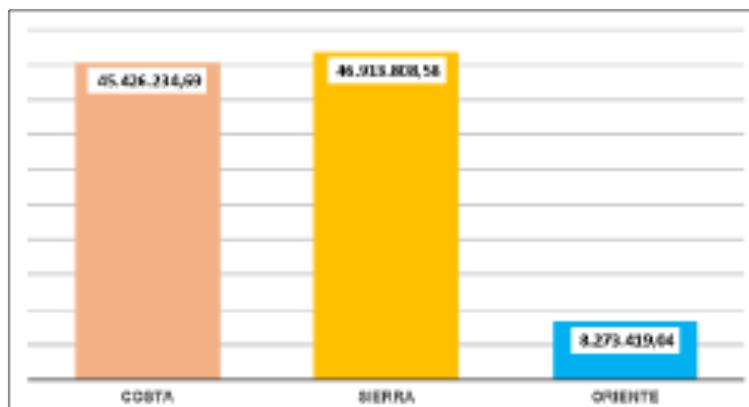
PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Para evaluar el aporte de una región o provincia en la economía nacional, se tomó como válido el indicador de Valor Agregado Bruto (VAB)¹⁰. Para el año 2019, el Banco Central del Ecuador, indica que la región de mayor representatividad en el VAB es la Sierra (46,6%), seguida por la Costa¹¹ (45,2%) y luego el Oriente (8,2%) (gráfico 10) (19).

Gráfico 10.

Representatividad del valor agregado bruto por región.



Fuente: Banco Central del Ecuador, 2019 (19).

Por otro lado, podemos identificar que las provincias de Pichincha, Guayas, Orellana, Manabí y Azuay generaron el mayor aporte al VAB total del país (19).

En Pichincha se destacan las actividades profesionales y la administración pública, teniendo al Distrito Metropolitano de Quito como capital de la República, donde se concentra la mayoría de las instituciones públicas del Estado. Además, el sector de la construcción e inmobiliario, permanentemente se encuentra en desarrollo, por ser la ciudad más poblada del país. Asimismo, la provincia del Guayas tiene como eje económico a la ciudad de Guayaquil, donde se ubica el principal puerto del país y, por tanto, tiene una alta dinámica de comercio. Siendo la segunda ciudad más poblada, la construcción es otra actividad que tiene un gran desarrollo. Orellana tiene un contraste singular, puesto que su aporte al VAB depende exclusivamente de la extracción petrolera, dejando muy por debajo otras actividades productivas. En Manabí, además de la construcción y el comercio, se destacan las principales plantas de procesamiento de pescado, tanto para el consumo local, así como la exportación. Finalmente, la provincia de Azuay se

¹⁰ **VAB:** Es el valor total de bienes y servicios que se producen en un país, región o localidad, en un periodo de tiempo específico, sin considerar los impuestos indirectos y los consumos intermedios.

¹¹ Incluye la región insular de Galápagos.

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

destaca por la construcción, la prestación de servicios profesionales y el comercio (19).

2.2 Dinámica productiva

En la actualidad, el Directorio de Empresas y Establecimientos (DIEE), publicado por el INEC en el 2019, establece una estratificación de empresas, considerando las unidades económicas que reportaron alguna de las siguientes condiciones: ventas en el Servicio de Rentas Internas (SRI), personal afiliado al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), o pagaron impuestos en el año 2019 aportando al Régimen Impositivo Simplificado (RISE), como se ilustra en la Tabla 5 (20).

Tabla 5.

Estratificación de empresas y establecimientos en el Ecuador.

Forma institucional	Nro. Empresas	% Total
Total	882.766	100.00%
Régimen Simplificado RISE	393.082	44,53%
Persona Natural no obligada a llevar contabilidad	323.525	36,65%
Sociedad con fines de lucro	82.819	9,38%
Persona Natural obligada a llevar contabilidad	47.860	5,42%
Institución Pública	15.709	1,78%
Sociedad sin fines de lucro	13.094	1,48%
Economía Popular y Solidaria	6.374	0,72%
Empresa Pública	303	0,03%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2019 (20).

De acuerdo con la clasificación definida por la Comunidad Andina de Naciones (CAN), la distribución de las empresas en el Ecuador que ofrece el boletín técnico del DIEE en función de su tamaño, registra que cerca del 91,0% son microempresas, entendidas como unidades económicas con ventas menores o iguales a cien mil dólares y tienen hasta 9 personas en estado de ocupación (20).

Es decir, la estructura empresarial está eminentemente compuesta por microempresas, lo que deja vislumbrar cierto nivel de riesgo para la estabilidad económica del país.

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 6.

Distribución de las empresas según su tamaño.

Tamaño de empresa	Nro. Empresas	% Total	Volúmenes de ventas anuales	Personal ocupado
Total	882.766	100,00%		
Microempresa	802.353	90,89%	Menor o igual a 100.000	1 a 9
Pequeña empresa	61.759	7,00%	De 100.001 a 1'000.000	10 a 49
Mediana empresa "A"	8.544	0,97%	De 1'000.001 a 2'000.000	50 a 99
Mediana empresa "B"	5.798	0,66%	De 2'000.001 a 5'000.000	100 a 199
Grande empresa	4.312	0,49%	De 5'000.001 en adelante	200 en adelante

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2019 (20).

El citado boletín también reportó que las empresas del país generaron 3 millones de puestos de trabajo en el 2019, siendo que los hombres ocupaban el 60%, y las mujeres el 40,0%. Cabe destacar que, si bien ha mejorado la participación de las mujeres en el contexto laboral, la variación en 10 años es apenas el 2,5% (20).

Gráfico 11.

Plazas de empleo generadas por empresas, según género.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2019 (20).

Paralelamente, las empresas se concentran en el sector servicios¹² (44,5%), el comercio (33,9%), seguidos por la agricultura, la ganadería, la silvicultura y la pesca (9.6%) y las industrias manufactureras, construcción, explotación de minas y canteras (12,0%) (20). Si bien no se pudo realizar un análisis de brechas entre ellos, con base en la estructura empresarial y la concentración de productos y servicios, podemos destacar que la economía depende mayoritariamente de la productividad de las microempresas.

2.3 Análisis de distintos sectores económicos

Al ser el Ecuador un país con alta diversidad biológica y condiciones climáticas estables durante todo el año, se facilita la presencia y la estabilidad de distintas actividades productivas que aportan tanto al crecimiento económico, tecnológico, comercial y social del país. Esta fue una ventaja de cara a la recuperación de la pandemia, ya que la reactivación de todos los componentes se convirtió en una meta común.

2.3.1 Sector Agropecuario

Según datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), indican que el número de trabajadores activos en la producción agrícola mundial es de aproximadamente 1.300 millones, lo que corresponde al 50,0% de la mano de obra en el mundo (21). Los trabajadores del sector agrícola asalariados constituyen un grupo ocupacional muy amplio. Se estima que, de una fuerza de trabajo total en la agricultura de 1.100 millones de personas, 450 millones son trabajadores agrícolas asalariados. Lo que indica que representan el 40,0% de la mano de obra agrícola mundial y desempeñan un papel principal para la alimentación mundial y la producción de fibras (22).

Ecuador es uno de los países que poseen una capacidad de producción de alimentos por encima de las crecientes demandas de su población. El sector agropecuario ecuatoriano ofrece enormes posibilidades para la población y para la economía en su conjunto. Sin embargo, es también un área de gran vulnerabilidad productiva, social y ecológica. Dicho sector no sólo constituye la forma de vida de millones de personas del campo ecuatoriano, sino también es un sector estratégico que contribuye directamente al desarrollo territorial rural, y así, al desarrollo económico y social del país. Por esto la gran relevancia y preocupación

¹² Los servicios incluyen las actividades de: Suministro de Electricidad, Gas, Vapor; Agua, Alcantarillado, Desechos y Saneamiento; Transporte y Almacenamiento; Alojamiento y Servicios de Comidas; Información y Comunicación; Actividades Financieras y de Seguros; Actividades Inmobiliarias; Actividades Profesionales, Científicas y Técnicas; Servicios Administrativos y de Apoyo; Administración Pública y Defensa; Enseñanza; Atención a la Salud Humana y de Asistencia Social; Artes, Entretenimiento y Recreación y Otras Actividades de Servicios.

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

primordial que genera su análisis y atención prioritaria dentro de las políticas públicas (23).

De acuerdo con la Encuesta de Superficie y Producción Agropecuaria Continua Nacional, elaborada por el INEC en el 2020, hay un total de 2'833.115 trabajadores en el sector agropecuario, de los cuales 2'064.684 son hombres y 768.431 son mujeres, como se observa en la tabla 7 (24), (25).

Tabla 7.

Población trabajadora del sector agrícola, según sexo.

Región	Total		
	Total	Hombres	Mujeres
Total Nacional	2.833.115	2.064.684	768.431
Región Sierra	1.401.826	846.653	555.173
Región Costa	1.276.118	1.118.948	157.170
Región Amazónica	155.171	99.084	56.088

Fuente: Encuesta de Superficie y Producción Agropecuaria, 2020 (24).

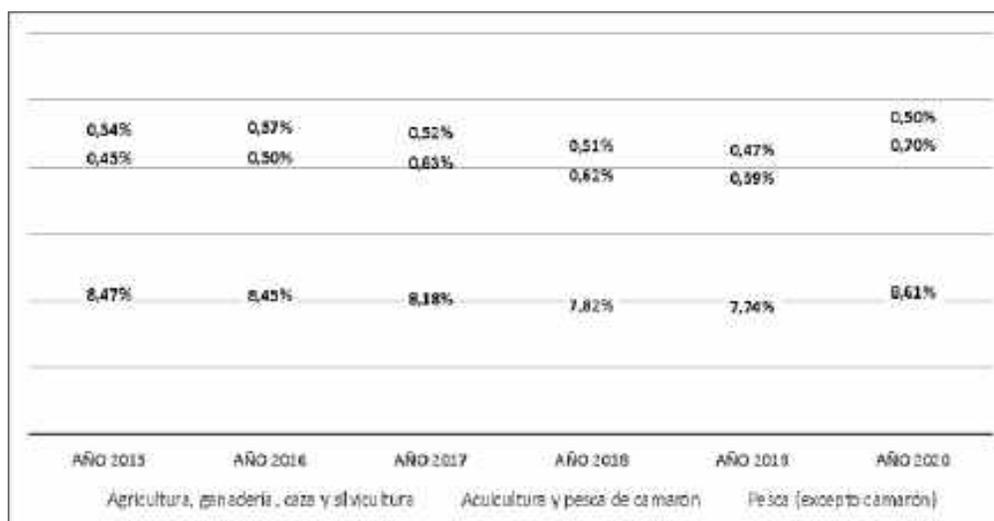
Así mismo, existen 5,2 millones de hectáreas utilizadas para actividades agropecuarias, de las cuales 27,8% se destina a cultivos permanentes del sector agrícola. Los productos de mayor volumen de producción son: la caña de azúcar, el banano y la palma africana. Las actividades agropecuarias, la acuicultura y la pesca representan cerca del 10,0% del PIB. El valor agregado bruto de estos sectores creció en participación el 2020 en un 1,0%, cambiando la realidad de los años 2018 y 2019, que estaba por debajo del 9,0%, beneficiando la economía del país (24).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Gráfico 12.

Participación en el PIB: agricultura, ganadería, acuicultura y pesca.



Fuente: Banco Central del Ecuador, 2021(18).

Es importante destacar que este sector cubre el 95,0% de la demanda interna de los alimentos que consume la población. El sector genera empleo para el 25,0% de la población económicamente activa (PEA). Después del petróleo es la actividad económica más importante como generador de divisas, siendo que su balanza comercial es altamente favorable y su aporte en el PIB es relevante (18).

Con relación al empleo, el mayor porcentaje de personas ocupadas (29,4%) se encuentran laborando en actividades agropecuarias (23). Esta actividad desempeña un papel estratégico dentro del concepto global de seguridad alimentaria, ya que contribuye al menos con la quinta parte de la producción de bienes y servicios del país. Es decir, el sector agrícola no solo es importante por su aporte a la producción, sino también por su capacidad de generar y mantener una significativa proporción de empleo nacional (25).

De acuerdo con los datos de las cuentas nacionales del BCE, los cultivos que generan el mayor aporte monetario al PIB son aquellos vinculados al mercado internacional, tales como el banano, el cacao, el café, las oleaginosas, las flores y las frutas tropicales. También se incluyen los productos de la extracción de la madera, la acuicultura y la pesca de camarón. Igualmente, parte de los productos que se destinan al mercado interno, tales como cereales, tubérculos, vegetales, frutas, oleaginosas, silvicultura, extracción de madera y cría de animales, entre otros (25).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Es importante resaltar que existen algunos productos exportables ecuatorianos destacados en el mercado mundial. Ecuador es el mayor exportador de banano del mundo, el segundo exportador de camarón y atún, y el tercer exportador de flores (25).

Tabla 8.

Principales productos de exportación en el Ecuador.

Principales Productos de Exportación	2020 (enero-agosto)	2021(enero-agosto)	Valor FOB	
	(Millones USD FOB)	(Millones USD FOB)	Variación (%)	Participación en total 2021
Banano	2,008	1,921	-4%	46%
Rosas	365	398	9%	10%
Cacao en grano	360	363	1%	9%
Madera en bruto y elaborados	405	336	-17%	8%
Aceite de palma crudo y refinado	81	71	-11%	2%
Otras flores y capullos frescos o secos	160	158	-1%	4%
Café sin tostar y tostado, café soluble	33	35	8%	1%
Brócoli	93	89	-4%	2%
Otros	882	786	-11%	19%
Total de Exportaciones Agropecuarias	4,386	4,157	-5%	

Fuente: Ministerio de Agricultura y Ganadería, MAG 2021 (26).

Las cifras al año 2019, indican que en el sector bananero operaban 495 empresas dedicadas al cultivo de banano y plátano, y de ellas, 246 se dedican a la comercialización al por mayor de este producto. La mayoría se asienta en la provincia del Guayas, donde generan 43.286 plazas de empleo cuya mayor concentración se da en las empresas de cultivo, con un 88,0% (27).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

La mayoría de las empresas del segmento de cultivo son microempresas (36,0%), y emplean al 2,4% de los trabajadores. Sin embargo, la gran empresa que representa el 11,9% de las unidades productivas, emplea al 62,5% de los trabajadores (27).

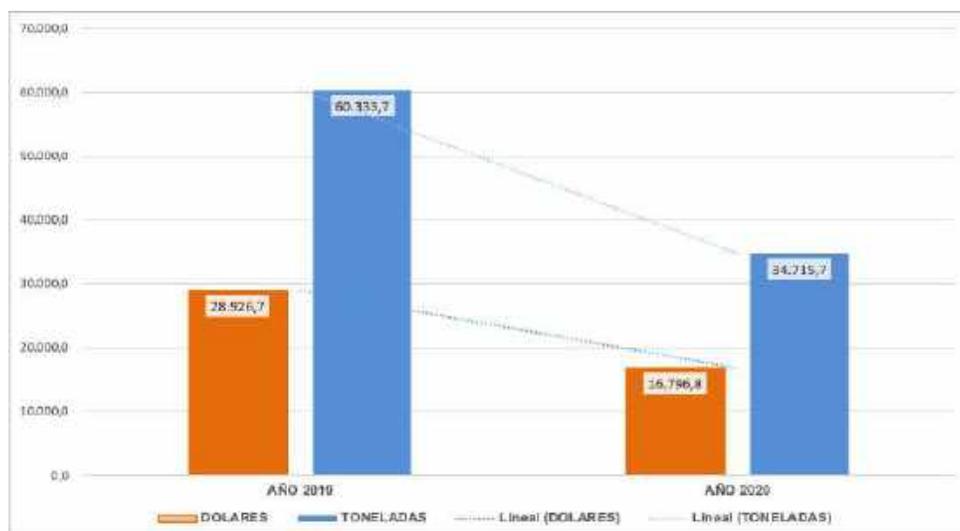
En el segmento de ventas al por mayor la relación es similar: el 48,0% son microempresas y emplean al 10,7% de la fuerza laboral del sector; mientras que el 15,0% son grandes empresas, que emplean al 40,8% de los trabajadores (27).

Las exportaciones de banano alcanzaron \$3.668 millones de dólares en el 2020, marcando un crecimiento del 11,3%, que, a pesar de la crisis desencadenada por la pandemia, mantuvo una tendencia creciente (27).

Dentro del sector agrícola también se encuentra el cultivo de caña de azúcar que tuvo una fuerte caída en el 2020 en comparación con el 2019, pues se redujo en un 41,9% el monto FOB¹³, mientras que en toneladas tuvo una reducción del 42,5%, de acuerdo con el reporte de coyuntura sector agropecuario, elaborado por el Banco Central del Ecuador y publicado en mayo de 2021 (28).

Gráfico 13.

Exportaciones de caña de azúcar.



Fuente: Banco Central del Ecuador, 2021 (18).

¹³ **FOB:** es el valor de la mercancía puesta en el puerto de embarque incluyendo el **costo** de empaquetado, etiquetado, gastos de aduana entre otros.

La industria azucarera aproximadamente genera más de 30.000 empleos directos y 80.000 indirectos sobre todo en la época seca de su cosecha (de julio a diciembre), según el BCE y el Centro de Investigación de la Caña de Azúcar del Ecuador (29).

2.3.2 Sector Pesquero

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO) informa que el empleo en el sector pesquero ha crecido más rápido de lo que lo ha hecho la población mundial y que este sector genera empleo a decenas de millones de personas a nivel mundial, siendo la base de los medios de vida de cientos de millones de personas (30).

En el Ecuador la pesca es una actividad que existe desde tiempos ancestrales debido a que la mayoría de las poblaciones costeras concentran su subsistencia y alimentación en los productos de origen marino. Debido a esta riqueza en el país, hay innumerables empresas dedicadas a la captura, proceso, envases y exportación de estos productos, el país se ha convertido en un referente global significativo con los productos marítimos (31).

La pesca artesanal es una actividad socioeconómica y cultural, reservada exclusivamente para personas naturales o jurídicas en las comunidades y pueblos costeros. Se caracteriza por un bajo uso de insumos de capital, se desarrolla a pequeña escala, con mano de obra y tiene un nivel de productividad relativamente bajo (32).

Dicho lo anterior, el Ecuador es considerado como un país privilegiado por su ubicación oceanográfica, poseer una plataforma marítima llena de una gran cantidad y diversidad de recursos, y, una gran producción acuícola, atributos que lo convierten en uno de los principales exportadores de productos pesqueros de América Latina (33).

Según el VI Censo Nacional de Población realizado por el INEC en el año 2001, 61.560 personas declararon dedicarse a la actividad pesquera, lo que representó el 1,3% de la población económicamente activa (PEA) del país (34). Actualmente, se calcula que la industria emplea entre 80 mil y 100 mil personas en sus diferentes fases, de las cuales entre 6,0% y 8,0% pertenecen al subsector industrial. La pesca industrial absorbe alrededor de 9,0% de la PEA pesquera, destacando que en la fase extractiva la participación femenina es casi inexistente. No obstante, en la etapa de procesamiento industrial hay importante participación de las mujeres (34), (35).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Esta actividad se desarrolla en 295 comunidades pesqueras, ubicadas geográficamente a lo largo del perfil costero del país. Los puertos de mayor importancia a nivel de la pesca artesanal se concentran en cerca del 70,0% de las zonas de desembarque del país que corresponden a las provincias de Esmeraldas, Manabí, Santa Elena, Guayas, El Oro y Los Ríos. Allí se desembarcaron 30'514.911 Kg de producto capturado, proveniente de la flota pesquera artesanal de 48.394 embarcaciones, en la cual participaron activamente 59.616 pescadores artesanales, según MAG (36), (37).

La participación femenina en el sector extractivo de la pesca industrial, es prácticamente nula, pero en el área de procesamiento industrial (empacadoras) en su mayoría son mujeres. En la pesca artesanal, las mujeres apenas se involucran en labores de recolección. El trabajo infantil se desarrolla mayoritariamente en la pesca artesanal dentro del ámbito familiar y comunitario (35).

La Subsecretaría de Recursos Pesqueros del MAG, ha identificado 424 organizaciones pesqueras artesanales, la mayoría debidamente registrados en la Superintendencia de Economía Popular y Solidaria (SEPS) y a las cuales pertenecen aproximadamente 17.768 pescadores (38).

Tabla 9.

Organizaciones pesqueras artesanales registradas en el Ecuador.

Provincia	Asociaciones	Totales Socios	Cooperativas	Totales Socios	Total de organizaciones	Total de pescadores organizados
Manabí	38	1230	60	2537	98	3767
Guayas	68	3571	34	1470	102	5041
Los Ríos	4	145	60	402	20	547
Esmeraldas	28	810	34	1585	84	2395
El Oro	44	1493	16	2063	59	3556
Santa Elena	22	1094	56	1065	56	2159
Galápagos			15	273	4	273
Orellana	1	30	28	4	1	30
Total	211	8373	213	9395	424	17768

Fuente: Viceministerio de Acuicultura y Pesca. MAG 2021 (38).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Según las cifras del Banco Central del Ecuador (BCE), la actividad económica “Pesca” (sin considerar al camarón) ha seguido un comportamiento con una alta variabilidad desde el año 2007, con una variación real anual mínima de -11,5% en 2009 y máxima de 11,1% en 2012 (39).

Durante el periodo 2016 - 2018 las exportaciones de pesca presentaron una tendencia creciente; mientras que, para el 2019 estas decrecieron en un 2,0% frente al 2018. Para el año 2020, durante la pandemia por la COVID-19, también se observó una caída del 2,0% respecto al valor FOB exportado del año 2019 (39).

Para el año 2020, el sector de pesca y acuicultura registró \$471,23 millones de dólares de Valor Agregado Bruto, lo que representó una participación del 0,70% sobre el PIB Total. En cuanto al procesamiento y conservación de pescado y otros productos acuáticos, sumó alrededor de \$634,50 millones de dólares al Valor Agregado Bruto, con una participación de 0,97% sobre el PIB Total (39).

El primer trimestre del 2021 cerró con \$417,97 millones de dólares en exportaciones pesqueras, siendo 9,1% superior a lo registrado en el primer trimestre del 2020. Todos los rubros de exportaciones presentaron incrementos a excepción del pescado fresco y el aceite de pescado (40).

2.3.3 Sector Floricultor

El sector floricultor ecuatoriano es una actividad sustancial que en los últimos 20 años se ha consolidado en el mercado nacional e internacional, contribuyendo a la generación de empleo y divisas para el país. Actualmente se producen y exportan cerca de 450 variedades de flores (41), (42).

Este sector representó el 5,5% de las exportaciones no petroleras del país en el 2020, convirtiéndose en el sexto producto de importancia en este segmento, representando el 10% del PIB Agrícola. Para mayo del 2021 la participación de las exportaciones de flores se había incrementado y pasó al 6,3% de las exportaciones no petroleras y al quinto puesto entre los productos de este segmento (41), (42).

Según el “Reporte Estadístico Anual 2020”, publicado por Expoflores, en el Ecuador la exportación de flores generó \$827 millones de dólares en el 2020, lo que representa una disminución del 6,0% con relación al año 2019. El sector está compuesto por 1.700 fincas productoras y 600 empresas exportadoras (42). Para mayo del 2021 las exportaciones ascendieron a \$417 millones de dólares, cifra que es 3,0% superior al periodo anterior, lo que indica una tendencia creciente en la exportación de flores como se muestra en el gráfico 14 (43).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Gráfico 14.

Evolución de exportaciones por meses del sector florícola año 2020.



Fuente: Asociación Nacional de Productores y Exportadores del Ecuador, 2020 (42).

De acuerdo con la información proporcionada por el “Catastro de flores de exportación en función de su rentabilidad y uso del suelo”, publicado en junio de 2010, esta industria reporta 32.565 empleos directos e indirectos en el sector, de los cuales 50,4% son hombres y 49,6% mujeres. La mayor concentración de las fuentes de empleo está en la provincia de Pichincha (64,0%), seguida de Cotopaxi (19,0%). En el mismo informe se identificó la composición de las unidades productivas en este sector de acuerdo con su personería jurídica, donde el 94,0% son personas jurídicas y el 6,0% personas naturales (44).

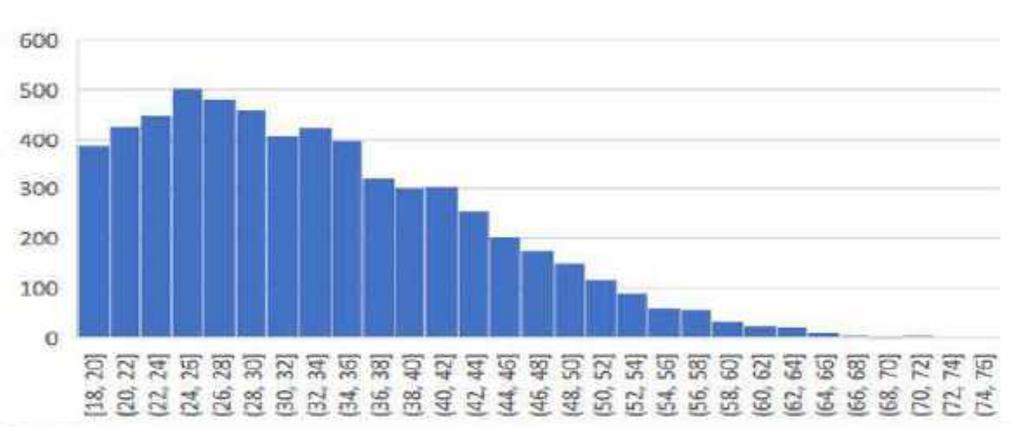
Las cifras reportadas por el MAG en el 2010, se pueden contrastar con la realidad del sector antes de la pandemia. De acuerdo con información de la Asociación Nacional de Productores y Exportadores del Ecuador (Expoflores), la distribución de trabajadores por género era de 54,0% trabajadores hombres y 46,0% mujeres para el 2021. El 80,0% de la fuerza de trabajo del sector oscila entre los 18 y 42 años de edad (41), (44).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Gráfico 15.

Distribución por edades del personal de florícolas, año 2021.



Fuente: Asociación Nacional de Productores y Exportadores del Ecuador, 2021 (44).

De igual modo, el informe de Expoflores señala que para el 2019, la distribución de los productores por tipo de empresa se concentra mayoritariamente en cuanto a número de UPA¹⁴, en microempresas (72,0%), mientras que las grandes empresas son minoría (4,0%). Sin embargo, observando el número de hectáreas cultivadas, la relación cambia significativamente: las grandes y medianas empresas poseen 85,1%, mientras que las microempresas apenas representan el 6,0% (41).

El criterio para definir el tamaño de empresa se basa en el número de empleados que ocupan. Por ejemplo, se define microempresa a aquella UPA que tiene entre 1 y 9 empleados, mientras que la gran empresa se define como aquella UPA que tiene más de 200 empleados (41).

¹⁴ **Unidad de Producción Agropecuaria (UPA):** es una extensión de tierra de 500 m2 o más, dedicada total o parcialmente a la producción agropecuaria, considerada como una unidad económica, que desarrolla su actividad bajo una dirección o gerencia única, independientemente de su forma de tenencia y de su ubicación geográfica; utilizando indistintamente los medios de producción en la superficie que la conforma.

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 10.

Composición de acuerdo con el tipo de empresa, año 2021.

Categoría	Rango de ha.	Personal ocupado	Productores	Participación productores	Ha. Totales
Micro	0,01-0,81	1 a 9	1270	72%	301,13
Pequeñas	0,81-4,45	10 a 49	244	14%	452,37
Medianas	4,45-18,09	50 a 199	171	10%	1576,68
Grandes	De 18,09 en adelante	>=200	68	4%	2717,75
Total			1753	100%	5047,93

Fuente: Asociación Nacional de Productores y Exportadores del Ecuador, 2021 (41).

2.3.4 Sector Minero

La minería es una actividad económica que comprende todo el proceso de extracción de minerales metálicos y no metálicos que se encuentran en la superficie terrestre, y en el subsuelo, en el que se dan las actividades de explotación minera (45).

En el año 2015 la encuesta de manufactura y minería realizada por el INEC, indicó que existían un total de 6.114 personas dedicadas a este sector, cuya distribución por sexo era de 438 mujeres (7,2%) y 5.676 hombres (92,9%) como se observa en la Tabla 11 (45).

Tabla 11.

Empleo generado por sexo sector minería, año 2015.

Divisiones CIU	Actividad Económica	Total personal ocupado	Total mujeres	Total hombres
7	Extracción de minerales metalíferos	4979	265	4714
8	Explotación de otras minas y canteras	349	44	305
9	Actividades de servicios de apoyo para la explotación de minas y canteras	786	129	657
Minería		6114	438	5676

Fuente: Encuesta de manufactura y minería 2015 (45).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Para el año 2019, en dicho sector se generaron 132.186 empleos directos e indirectos evidenciando el crecimiento del sector, explotación minera y la economía, como se ilustra en la Tabla 12 (46).

Tabla 12.

Empleo generado sector minería.

Estimaciones	Empleos directos	Empleos indirectos	Total
Minería artesanal	4.142	8.284	12.426
Pequeña minería	19.440	58.320	77.760
Mediana y gran minería	10.500	31.500	42.000
TOTAL	34.082	98.104	132.186

Fuente: Plan Nacional de desarrollo del sector minero 2020-2030 (46).

El “Reporte de minería” elaborado por el Banco Central del Ecuador y publicado en julio de 2021, permite tener una visión panorámica actualizada de este sector, en el país existen 105.000 hectáreas entregadas en concesiones para explotación de minas y otros proyectos mineros. Estas concesiones están ubicadas en siete provincias, siendo la inversión más representativa en Morona Santiago. El último reporte del VAB del sector minero elaborado en el 2019, indica que este sector representa el 0,5% del PIB (47).

La mediana y gran minería pueden dividirse en tres grupos: los de gran escala, los estratégicos y la segunda generación. Entre ellos se describe los siguientes: en explotación de oro: Fruta del Norte, Loma Larga, San Carlos Panantza y Río Blanco, Cascabel, Cangrejos, Curipamba, La Plata, Llurimagua y en explotación de cobre: Mirador y Ruta de Cobre (47), (48).

En cuanto al empleo, para marzo del 2021, los proyectos mineros estratégicos y de segunda generación, crearon 27.876 plazas de trabajo, de las cuales 6.969 fueron directas y 20.907 indirectas (49).

Gráfico 16.

Empleos generados en minas y proyectos mineros estratégicos y de segunda generación.



Fuente: Banco Central del Ecuador, 2021 (18).

De acuerdo con el informe del BCE, este sector en el año 2020 exportó \$921 millones de dólares. Durante el primer cuatrimestre (enero a abril) del 2021, se proyecta \$421 millones de dólares en exportaciones, cifra mucho más alta que en el año anterior. El mayor aporte viene de las minas a gran escala: Fruta del Norte y Mirador, con el 64,7%, el resto proviene de la pequeña minería (47).

Los principales productos mineros que se exportan son: oro, plata, cobre y sus respectivos derivados, y otros minerales. Los principales destinos de exportación son: Suiza, Estados Unidos, China, Finlandia, Taiwán, Alemania, Bulgaria, entre otros. En este sentido las exportaciones mineras se mantienen como el cuarto rubro del país (50).

2.3.5 Sector Construcción

Según el Observatorio de Derechos Humanos y Empresas, en el 2018, el sector de la construcción empleó al 7,0% de la fuerza de trabajo de todo el mundo, incluyendo mano de obra calificada y no calificada (51).

Dicho lo anterior, este sector es reconocido como una de las ramas de actividad económica que genera una gran cantidad de empleos (formal e informal), debido al hecho de que existe un importante y variado número de ocupaciones en las empresas de la construcción, debido a la multitud de actividades que realizan, lo

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

que conlleva a una considerable proporción de trabajadores, modalidades y jornadas de trabajo.

En el Ecuador, el sector de la construcción es de alta importancia por su aporte a la economía nacional. Para el año 2020 existían un total 6.206 empresas, generaron un total de 158.303 empleos (ver Tabla 13) (52).

Tabla 13.

Empleo generado por el sector construcción al 2020.

Tamaño de Empresas	Clasificación CIU 4.0		
	Construcción de Edificios	Obras de Ingeniería Civil	Actividades especializadas de la construcción
Grande empresa	7209	108.438	1254
Mediana empresa	4758	2623	1575
Microempresa	10.616	7885	2582
Pequeña empresa	5341	3268	2724
ND	16	14	0
Subtotal	27.940	122.228	8135
Total		158.303	

Fuente: Ficha Sectorial Construcción CFN (53).

Para el 2019, la construcción fue el quinto sector que más aportó al PIB con 8,2%. Durante el primer trimestre del 2021, aportó con el equivalente al 10,3 % del PIB real nacional). Se debe agregar que este sector demanda de \$1.900 millones de dólares anuales del sistema financiero tanto público y privado (54).

Según la Escuela de Negocios ESPOL (ESPAE), el sector de la construcción incluye actividades para la construcción de edificios, viviendas, obras de ingeniería civil y construcción de carreteras, que hacen una contribución significativa a la economía en términos de inversión, producción, nivel de empleo y desarrollo. El aporte de la construcción al PIB es representativo, al generar valor agregado, atraer inversión (particularmente extranjera) y crear plazas de empleo (54).

Por otra parte, el valor agregado bruto (VAB) de la construcción entre el 2010 y 2011 creció un 17,6%, en cambio para el año 2019 decreció en – 5,2% (54).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Gráfico 17.

Aporte del sector construcción a la economía del Ecuador.



Fuente: Tomado de la Revista Gestión Digital (54).

Según el reporte del DIEE en el año 2019, del total de empresas de todos los sectores productivos el 3,4% (29.633 empresas) pertenecen a este sector. Además, a pesar de que se han implementado controles para regular las condiciones de empleo en todos los sectores de la economía, la construcción continúa siendo uno de los sectores con mayores niveles de empleo informal, aproximadamente el 49,2%. Esto podría deberse al hecho de que no todos los trabajos de la construcción, especialmente en pequeñas obras, son respaldados por un contrato de trabajo suscrito por las partes, más que el mero acuerdo verbal que es de uso mayor y más común (51).

De acuerdo con el DIEE, durante el año fiscal 2019 el sector de la construcción tuvo ventas que superaron los \$5 mil millones de dólares (Ver Tabla 14). La provincia de Pichincha aportó el 43,7% seguido de Guayas con el 33,0% y Azuay con el 5,2% (55).

Tabla 14.

Participación de ventas totales por sector económico.

Sector Económico	Ventas Totales	%Total
Comercio	\$ 63'921.730.462	37,72%
Servicios	\$42'591.550.895	25,14%
Industrias Manufactureras	\$35'528.291.511	20,97%
Explotación de minas y canteras	\$11'789.419.104	6,96%
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	\$10'576.918.415	6,24%
Construcción	\$5'042.618.051	2,98%
Total	\$169'450.528.438	100%

Fuente: Directorio de Empresas - DIEE 2019 (55).

2.3.6 Sector de la Salud

La salud es un derecho ciudadano garantizado en la Carta Magna (Art.32) en el Ecuador. El Ministerio de Salud Pública es la Autoridad Sanitaria Nacional, responsable de generar acciones enfocadas en la provisión de servicios de salud, y de la gobernanza de las políticas públicas aplicadas al Sistema Nacional de Salud (SNS). Dichas políticas incluyen: la prevención de los daños a la salud, y la promoción, atención, recuperación y rehabilitación integral de la salud en todos los niveles. Hace particular énfasis en el ámbito familiar, laboral y comunitario, mediante la participación ciudadana y el control social (56).

El SNS lo conforman los establecimientos de salud, organizado por niveles de atención y niveles o grados de complejidad lo cuales brindan atención asistencial y/o de apoyo según la capacidad resolutive en la que haya sido habilitado (57). Conforme la tipología vigente para los establecimientos de salud, estos se clasifican en:

- El primer nivel de atención: conformado por los puestos de salud, consultorios generales, centros de salud A-B-C y centros de salud en centros de privación de libertad donde se brinda atención ambulatoria e incluye promoción de la salud y prevención de enfermedades, y se estima que el 80,0% de la población accede a este servicio. Adicionalmente, dentro de los centros de trabajo también se conforman establecimientos de salud en el trabajo donde se realizan acciones de promoción de salud en el trabajo, y de prevención, diagnóstico y manejo de enfermedades profesionales, accidentes y muertes en el lugar de trabajo.
- El segundo nivel de atención corresponde a los establecimientos que prestan servicios de especialidad, ambulatoria y/o con internación/hospitalización. Lo integran los consultorios por especialidad, los centros de especialidades, el hospital del día, el centro de atención ambulatoria en salud mental y la hospitalización básica o general, a la cual accede aproximadamente el 15,0% de la población.
- El tercer nivel de atención corresponde a los centros u hospitales especializados o de especialidad (de alta complejidad), al cual accede el 5,0% de los ecuatorianos (57).

El nivel de atención prehospitalaria ofrece servicios de apoyo autónomos e independientes, desde el reconocimiento del evento hasta la admisión del usuario en la unidad de emergencia u otro establecimiento cuya capacidad resolutive sea la adecuada para cada situación. Además, los servicios de apoyo complementan la atención en salud, brindando soporte en la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento (57).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Los registros estadísticos de salud son la principal fuente de información relacionada con el sector, incluyendo los eventos en salud a nivel nacional. El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) entre 2000 y 2018, reportó el número de médicos y odontólogos, donde se mantiene una tendencia creciente, con incremento de 29.604 y 3.805, profesionales respectivamente (58).

Gráfico 18.

Número de médicos y odontólogos en el periodo 2000 y 2018.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2018 (58).

Así mismo, el promedio de profesionales de la salud por cada diez mil habitantes fue de 23,44 médicos, 3,12 odontólogos, 0,93 psicólogos, 14,54 enfermeras, 1,35 obstetrices y 10,19 auxiliares de enfermería (58).

Gráfico 19.

Tasa de profesionales de la salud en el Ecuador.



PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2018 (58).

En el Ecuador se efectuaron 39,8 millones de consultas atendidas por un médico, psicólogo u obstetra a pacientes por una enfermedad determinada (morbilidad). De éstas, el 61,1% corresponde a mujeres y el 38,9% a hombres. Cabe destacar que los establecimientos del sector público atendieron 19,2 millones de consultas de prevención, equivalentes al 84,8% de todas las efectuadas. Por tanto, se puede asumir que cerca del 80,0% de la población acude a los servicios de salud pública a nivel nacional (58).

En relación a las actividades extramurales que realizan los profesionales de la salud en territorio, el INEC reporta que entre las provincias con mayor número de visitas domiciliarias es Manabí (190.411), seguida por la provincia de Guayas y Pastaza (58).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 15.

Número de consultas de morbilidad, prevención, estomatología de los establecimientos de salud.

Regiones / Provincia		Total Nacional	Región Sierra	Región Costa	Región Amazónica	Región Insular
Consultas de morbilidad	Total	39.819.839	18.075.305	19.007.815	2.656.791	79.128
	Primeras	25.155.064	11.215.524	11.920.762	1.966.558	52.220
	Subsecuentes	14.664.775	6.859.781	7.087.053	690.233	26.908
Consultas de prevención	Total	22.544.475	10.644.345	11.144.561	1.716.216	39.353
	Primeras	18.257.213	8.884.388	8.042.952	1.302.202	27.691
	Subsecuentes	4.287.262	2.759.957	3.101.609	414.014	11.662
Consultas de estomatología	Total	16.953.888	4.888.604	4.954.655	1.078.744	35.085
	Morbilidad	5.826.800	2.774.650	2.478.113	551.087	22.940
	Prevención Primaras	4.525.258	1.898.643	2.126.032	489.777	10.806
	Prevención Subsecuentes	601.030	213.311	350.510	35.870	1.339
Número de Urgencias domicilio		2.983.989	688.797	935.543	158.539	1.110
Número de Atenciones (urgencias)		16.792.248	4.192.865	6.090.740	487.388	41.265
Número de Ingresos (emergencias)		1.669.474	749.595	763.464	135.401	1.194
Número de Intervenciones Quirúrgicas en el servicio de hospitalización		593.367	319.228	254.483	19.046	810

Fuente: Tomado del Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud – RAS 2018 (58).

En relación con la declaración del impuesto al Valor Agregado Bruto en el sector salud, en el 2019, alcanzó los \$25'486.203 millones de dólares, con un crecimiento de 13,5% en relación al año inmediato anterior, mientras que para el 2020 se registró una disminución de -11,8%. En este sentido, durante el primer semestre del 2021 las actividades de atención de salud humana recaudaron impuestos por más de \$126'000.000 millones de dólares, un crecimiento considerable probablemente ocurrido con ocasión de la demanda de servicios de salud por causa de la pandemia de la COVID-19. Las provincias con mayor aporte fiscal en este sector en el 2019 fueron Pichincha (49,0%), Guayas (34,0%), Azuay (5,0%), Manabí (5,0%) y Tungurahua (1,2%) (59).

En el año 2020 se aprobó un presupuesto para salud de \$3.067,6 millones de dólares, cifra que se ajustó a \$2.833 millones de dólares. Sin embargo, la proforma presupuestaria para el 2021, consideró un monto mayor de \$3.213 millones de dólares (60).

En cuanto a empleo, entre marzo y diciembre del 2020, el BCE estimó que se perdieron cerca de 540.819 puestos de trabajo en el país, de los cuales 14.143 correspondieron a los sectores de la enseñanza y la salud. Durante el primer trimestre del 2021 el 6,9% de plazas se encuentra dentro del sector enseñanza y servicios sociales y de salud, ocupando el cuarto lugar dentro de las industrias que mayor cantidad de empleados tienen (59).

2.3.7 Sector Informal

La economía informal se define como “un conjunto de unidades dedicadas a la producción de bienes o la prestación de servicios con la finalidad primordial de crear empleos y generar ingresos para las personas que participan en esa actividad”. La economía informal comprende: i) las “empresas informales de personas que trabajan por cuenta propia”; y ii) un componente adicional, constituido por las “empresas de empleadores informales” (61).

La economía informal es una consecuencia de la pobreza y la distribución inequitativa de la riqueza, suele afectar a las personas en condición de extrema pobreza por eso se la denomina economía de supervivencia (62).

De acuerdo con el manual sobre informalidad de la OIT, publicado en el 2013, el empleo informal se compone de los siguientes criterios:

- Trabajadores por cuenta propia y empleadores que trabajan en sus propias empresas del sector informal.
- Trabajadores familiares auxiliares, independientemente de si trabajan en las empresas del sector formal o informal.
- Asalariados con empleos informales, ya sea que estén contratados por las empresas del sector formal, por empresas del sector informal, o por hogares que les emplean como trabajadores domésticos remunerados.
- Miembros de cooperativas de productores del sector informal.
- Trabajadores por cuenta propia dedicados a la producción de bienes exclusivamente para el uso final propio de su hogar” (61).
- En este orden de ideas, los trabajadores informales, se encuentran frente a la desprotección legal que tanto a ellos, como a los empleadores informales los hace socialmente vulnerables, pues su empleo es inestable y sus ingresos bajos e irregulares (62).
- En el 2018 la OIT describió que los países con mayor informalidad se ubican en los continentes de África y América Latina. El sector informal en la región latinoamericana es el 37,7% del total del empleo, siendo que los países andinos son los que presentan el más alto grado de informalidad

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

sobre el empleo total que oscila entre el 60,0% y 70,0% (63). Entre estas naciones se encuentra el Ecuador que tiene un empleo informal del 62,0%, entre las características con fecha de corte al 2017 se destaca:

- Tiene mayor representación en las zonas rurales (60,0%) a diferencia de la zona urbana (39,2%).
- En cuanto a género el 55,0% de los hombres, es formal mucho más que la representatividad de este género en el sector informal. Diferente al género femenino que indica que el 45,0% son informales y el 40,0% son formales. Todo esto indica que existen más mujeres en la informalidad que en la formalidad.
- Con respecto a las edades en el sector informal, van desde los 15 a 29 años con un 27,0%, y las personas más longevas de igual edad o mayor a los 65 años.
- En cuanto al nivel de instrucción, el 60,0% de los informales han terminado la educación media (el más representativo es la educación primaria), y un 5,0% posee educación universitaria, mientras que los agentes informales presentan un mayor nivel educativo de estudio con un 33,0% de secundaria concluida y un 29,0% con estudios universitarios, visiblemente se observa la diferencia en los niveles educativos entre un sector y otro.
- El sueldo básico es de \$375 dólares, donde el 93,0% de las personas que laboran en el sector informal ganan un salario inferior o igual al básico a diferencia de los agentes del sector formal que perciben un salario entre 0 a \$1000 dólares.
- Los jefes de hogares son más propensos a trabajar en el sector formal (50,0%) que en el informal (46,0%) (63).

3. PERFIL Y TENDENCIAS DE SALUD

3.1 Panorama Internacional

- **Mortalidad**

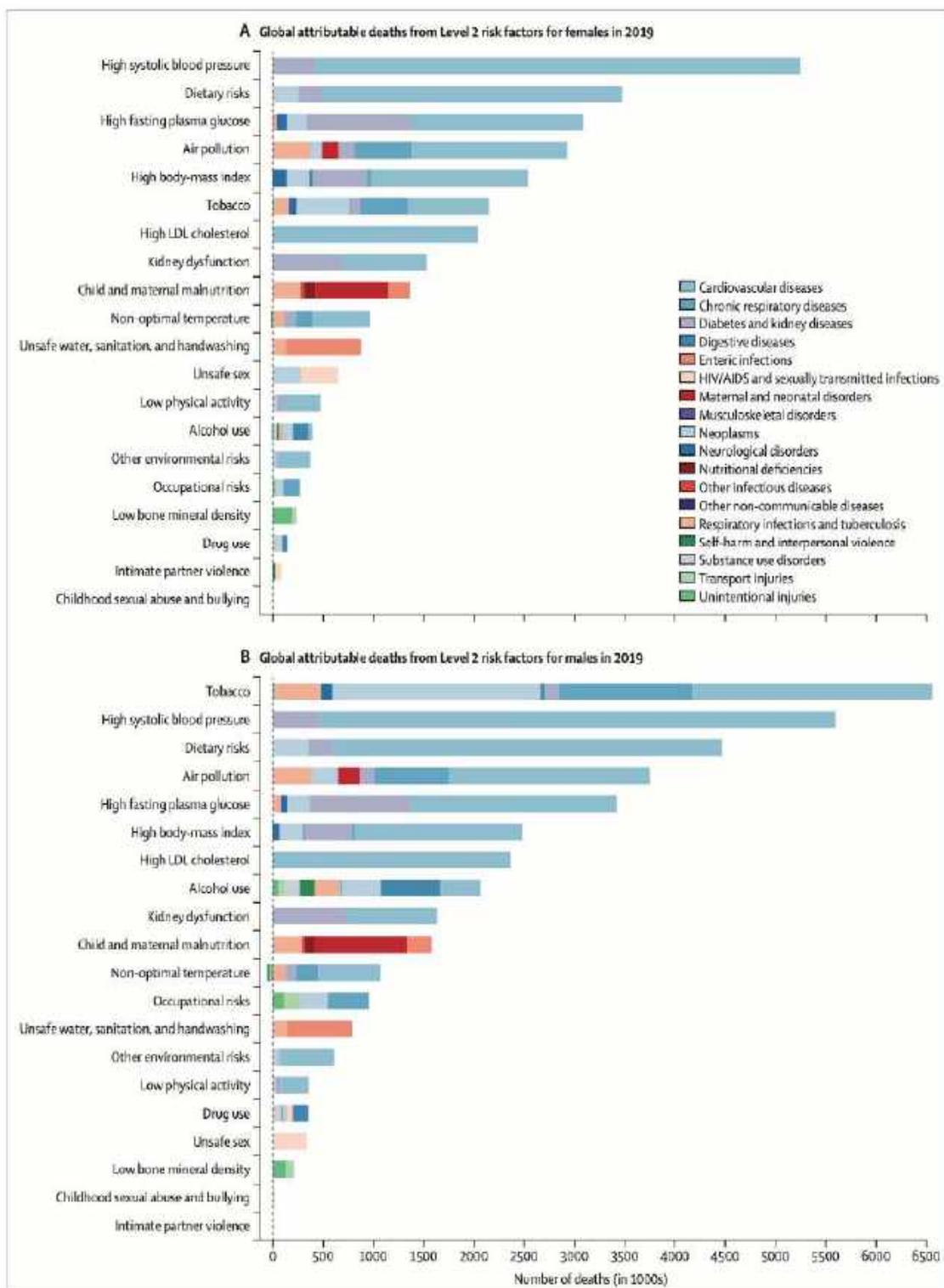
El total de muertes a nivel global fue mayor para los hombres que para las mujeres en la mayoría de los grupos de edad en 2019 en todas las causas, la mayor proporción de muertes entre mujeres y hombres se produjo por enfermedades cardiovasculares, riesgos dietéticos, consumo de alcohol y tabaco, la contaminación del aire como se visualiza en el Gráfico 20 (64).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Gráfico 20.

Mortalidad global atribuible por factores de riesgos y sexo, 2019.



PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Fuente: Global Burden of Diseases Study 2019. Institute for Health Metrics and Evaluation (64).

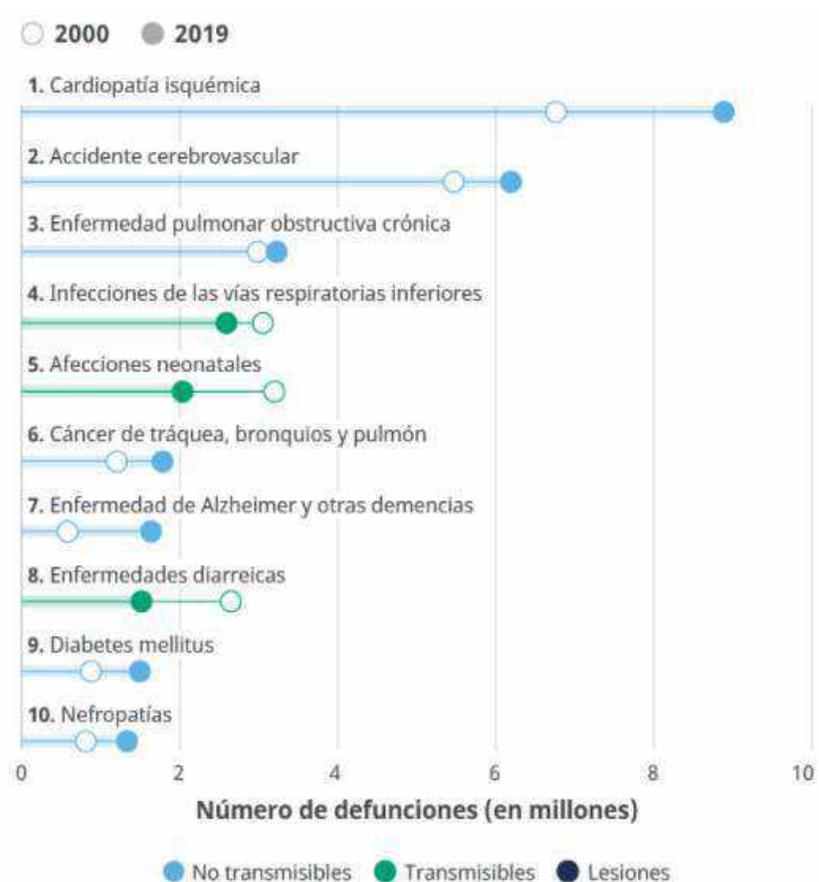
De acuerdo con las estadísticas del Banco Mundial la tasa de mortalidad global fue de 7,52 muertes por cada 1000 personas, cifra inferior al registro en años anteriores como en el 2009 que registró 7,95 muertes por cada mil personas (65).

Las estadísticas de la OMS indican que, de los 55,4 millones de muertes a nivel mundial, el 55,0% estuvieron relacionadas con 10 causas de defunción, atribuidas en tres grupos: 1) enfermedades cardiovasculares (cardiopatías isquémicas, accidentes cerebrovasculares); 2) enfermedades respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), infecciones de las vías respiratorias inferiores); y, 3) afecciones neonatales.

En síntesis, las causas de defunción son de tres tipos: enfermedades transmisibles (enfermedades infecciosas y parasitarias y afecciones maternas, perinatales y nutricionales), enfermedades no transmisibles (crónicas) y lesiones. De las 10 causas de defunción en el 2019, siete fueron por enfermedades no transmisibles incluyendo la diabetes (66).

Gráfico 21.

Principales causas de defunción a nivel mundial.



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2020 (66).

Los cinco principales riesgos de muerte a nivel mundial para las mujeres en 2019 fueron la presión arterial sistólica (PAS) elevada, los riesgos dietéticos, los niveles altos de glucosa, la contaminación del aire y el Índice de Masa Corporal (IMC) elevado (64).

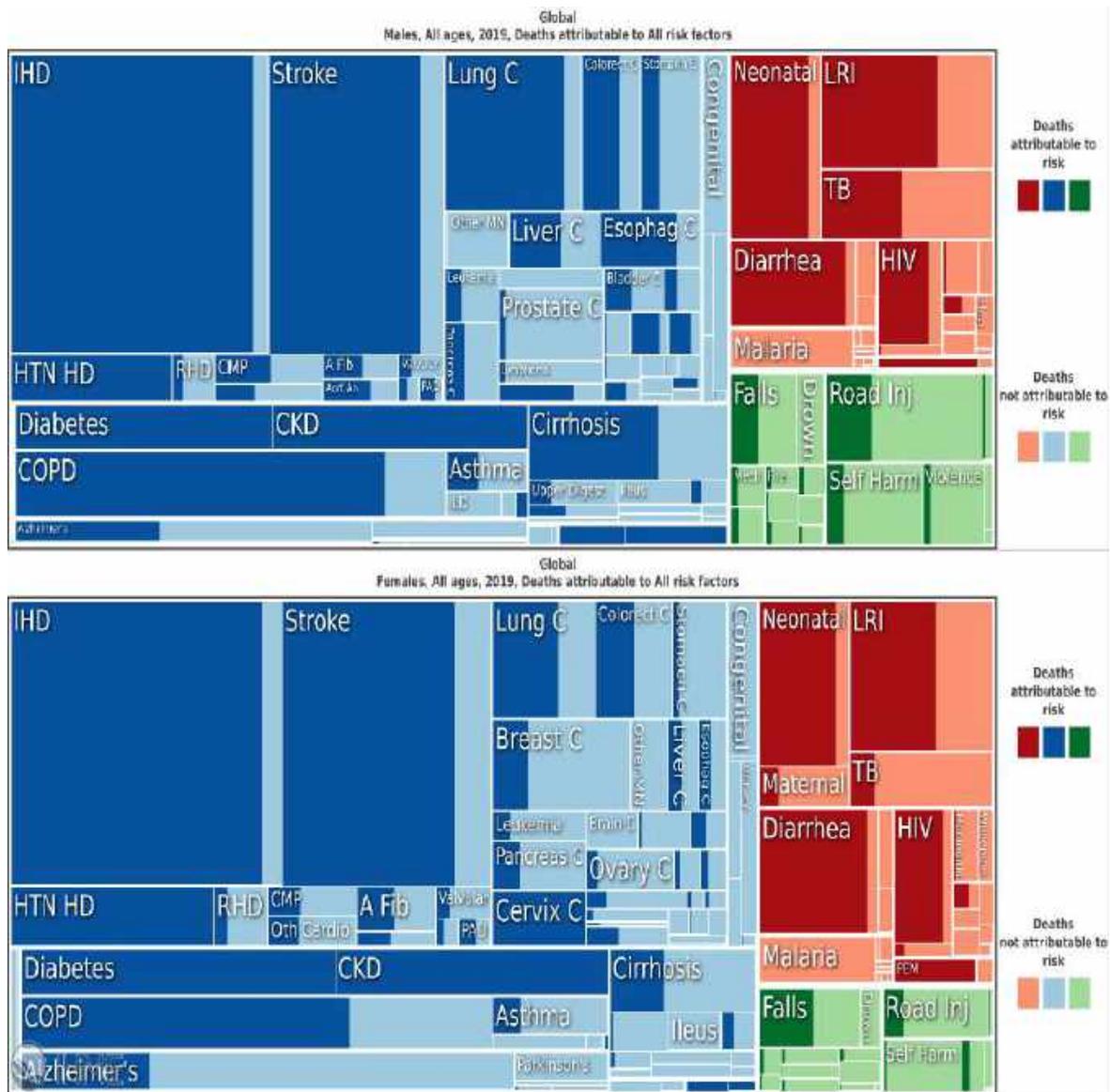
Con respecto al consumo de tabaco en el sexo masculino, se considera un factor de riesgo relevante, seguido de una PAS alta, el tercer factor el riesgo dietético, la contaminación del aire (material particulado ambiental y contaminación del ozono ambiental) y los niveles elevados de glucosa (ver Gráfico 22) (64).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Gráfico 22.

Porcentaje global de muertes atribuibles por factores de riesgo de todas las edades y por sexo, 2019.



Fuente: Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud (IHME). Seattle, WA: IHME, Universidad de Washington, 2020 (64).

3.2. Panorama Nacional

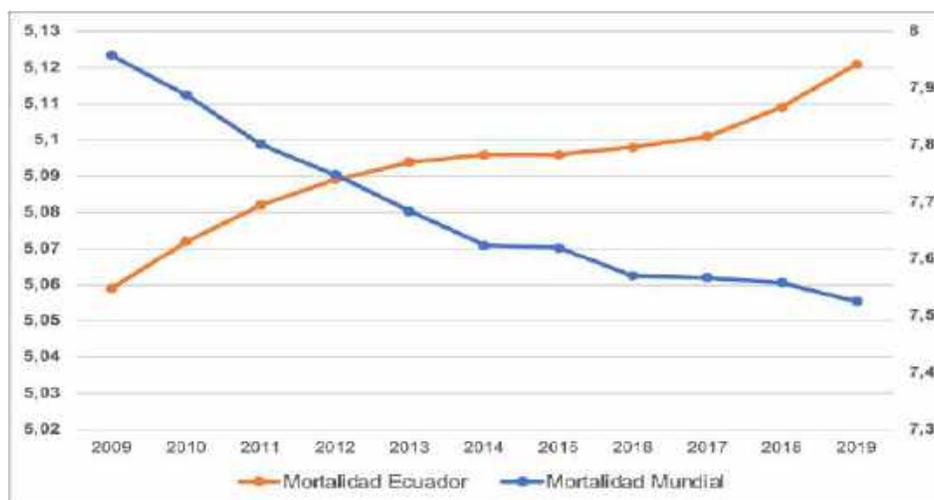
- **Mortalidad general**

En el Ecuador, la tasa de mortalidad ascendió de 5,06 en 2009 a 5,12 muertes por cada mil personas para el 2019, marcando una tendencia creciente y diferente a la tasa mundial (ver Gráfico 23) (67).

Para entender estas diferencias es necesario analizar las causas a fin de establecer acciones preventivas y correctivas para disminuir la morbilidad y la accidentalidad que conducen a la muerte.

Gráfico 23.

Tasa de mortalidad nacional en el 2019.



Fuente: Tomado del Banco Mundial (67).

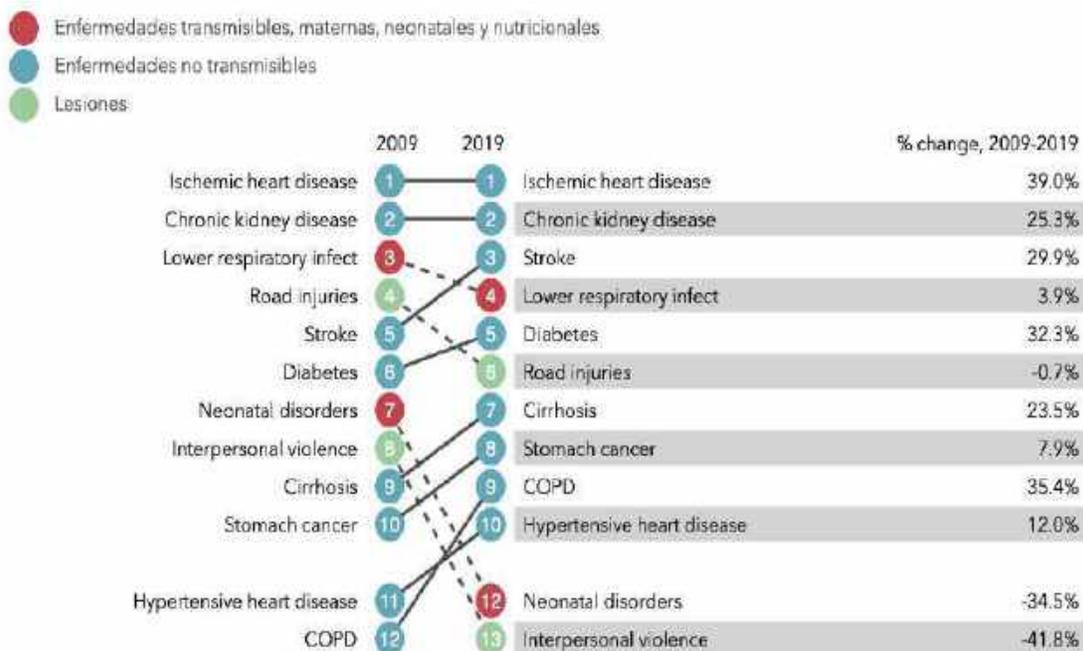
De acuerdo con las estimaciones internacionales publicadas por el Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (ver Gráfico 24), se observa que la tendencia de las enfermedades no transmisibles entre el 2009 y el 2019, indica que las enfermedades cardiovasculares se incrementaron un 39,0% y renales el 25,0% como principales causas de muerte en los últimos 10 años. Además, se observa que la diabetes se incrementó en un 32,3 % durante el mismo periodo, siendo otra causa importante de defunción (5).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Gráfico 24.

Las 10 causas principales del número total de muertes en 2019 y el cambio porcentual entre 2009 y 2019, todas las edades combinadas.



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). ECUADOR profile. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2020 (5).

Con ocasión de la pandemia mundial causada por el virus SARS CoV-2 en el 2020, la causa más frecuente de defunción estuvo representada por las muertes que ocasionó la COVID-19, que fueron el 20,2%, como se visualiza en la Tabla 16 (7).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 16.

Principales causas de mortalidad 2019 – 2020 en el Ecuador.

Causas de defunción	2019	2020	Exceso 2020
Enfermedades isquémicas del corazón	8.677	15.639	6.962
COVID-19 virus identificado	0	15.490	15.490
COVID-19 virus no identificado	0	8.303	8.303
Diabetes Mellitus	4.935	7.900	2.965
Influenza y Neumonía	4.152	6.930	2.778
Enfermedades hipertensivas	3.295	5.233	1.938
Enfermedades cerebrovasculares	4.607	5.102	495
Enfermedades del sistema urinario	2.098	2.737	639
Accidentes de transporte terrestre	3.263	2.486	-777
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	2.426	2.314	-112
Causas mal definidas	4.261	4.872	611
Resto de causas	36.725	38.510	1.785
TOTAL	74.439	115.516	41.077

Fuente: Boletín técnico de defunciones generales, 2020 (7).

- **Morbilidad general**

Para el 2020, según las cifras del Registro Estadístico de Egresos Hospitalarios del INEC, se establecieron las 10 principales causas de morbilidad en el país, por las cuales 55.076 pacientes fueron hospitalizados en establecimientos de salud públicos y privados por la COVID-19 (68).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 17.

Principales causas de morbilidad en el Ecuador, año 2020.

N° Orden	Código	Causas	Número de egresos	%	Tasa
	CIE-10				10.000 habitantes
1°	U07	COVID-19 virus identificado y no identificado	55.076	6,07%	31,45
2°	K80	Colelitiasis	29.700	3,27%	16,96
3°	K35	Apendicitis aguda	29.135	3,21%	16,64
4°	J18	Neumonía, organismo no especificado	15.490	1,71%	8,85
5°	N39	Otros trastornos del sistema urinario	11.622	1,28%	6,64
6°	O99	Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	10.994	1,21%	6,28
7°	O23	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	10.522	1,16%	6,01
8°	O34	Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pélvicos de la madre	10.488	1,16%	5,99
9°	O14	Preeclampsia	9.947	1,10%	5,68
10°	A09	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado	9.873	1,09%	5,64

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2021 (68).

En cuanto a distribución de las causas de hospitalización por sexo, se observa que las mujeres utilizaron principalmente los servicios de maternidad y cirugía (colecistitis y apendicitis), mientras que los hombres acudieron a los servicios de trauma (fracturas), neumología (neumonías) y urología (hiperplasia prostática) (68).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 18.

Principales causas de morbilidad por sexo, 2020.

Morbilidad masculina		Morbilidad femenina	
Causas	Tasa por 10.000 habitantes	Causas	Tasa por 10.000 habitantes
COVID-19 virus identificado y no identificado	38,40	COVID-19 virus identificado y no identificado	24,65
Apendicitis aguda	17,77	Colelitiasis	23,08
Colelitiasis	10,71	Apendicitis aguda	15,53
Neumonía, organismo no especificado	9,46	Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	12,43
Hernia inguinal	7,69	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	11,90
Fractura de la pierna, inclusive del tobillo	7,43	Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre	11,86
Fractura del antebrazo	6,55	Preeclampsia	11,25
Hiperplasia de la próstata	5,51	Otros trastornos del sistema urinario	9,80
Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado	5,50	Aborto espontáneo	8,74
Apendicitis, no especificada	5,19	Ruptura prematura de las membranas	8,39

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2021 (68).

En general los problemas de salud se distribuyen en enfermedades no transmisibles (ENT), enfermedades transmisibles (ET) y lesiones o accidentes. Todos ellos están relacionados con una variedad de factores y comportamientos en distintas fases de la vida, por lo que pueden manifestarse o agravarse en diferentes momentos, particularmente durante la vida laboral. Los estilos de vida y las prácticas no saludables dentro y fuera del lugar de trabajo pueden determinar su aparición, afectando directamente en la salud y bienestar del trabajador (62).

Las principales ET reconocidas con frecuencia mayor en la población trabajadora de acuerdo con la OMS, son la infección por el VIH-SIDA, las infecciones de transmisión sexual (ITS), las hepatitis virales, la tuberculosis, la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores, las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas, y las enfermedades prevenibles mediante vacunación (62), (69).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Si bien hay una amplia gama de enfermedades transmisibles más frecuentes en Ecuador, a continuación, se describen brevemente las de interés que pueden incidir en la salud de la población trabajadora:

Tabla 19.

Principales enfermedades vectoriales notificadas 2015 – 2021.

Evento / Año	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2021**
Chikungunya	33.619	1860	196	8	2	1	0
Dengue	42.459	14.159	11.387	3.094	8.416	16.570	17.753
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis	1.381	1.397	1.654	1.336	1.108	924	915
Chagas	46	39	68	74	167	113	143
Malaria	686	1.191	1.380	1.860	2.081	2.032	1.655
Zika	0	0	0	0	0	0	0
* Datos en proceso de validación para cierre							
** Datos 2021 correspondiente a las semanas epidemiológicas 1 a 38							

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Gaceta Epidemiológica 2021 (70).

En el año 2018 se notificaron 6.094 casos de tuberculosis (TB) sensible con una tasa de incidencia de 34,53 por cada 100.000 habitantes. El país cuenta con una Estrategia de Prevención y Control de Tuberculosis que busca realizar la detección, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad con la finalidad de disminuir la morbilidad y mortalidad y evitar la aparición de resistencia a las drogas antituberculosas, la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica del MSP apoya este proceso mediante la vigilancia de casos positivos (71).

Los primeros casos de VIH en el Ecuador fueron detectados en 1984; las estimaciones realizadas por el MSP con el apoyo técnico de ONUSIDA, indican que para el cierre del 2019 existirán 472.061 personas viviendo con VIH en el país, y de estas, el grupo de edad entre 15 a 49 años es el más afectado por el VIH, con mayor número de casos en hombres. La provincia del Guayas tiene la mayor concentración de personas viviendo con VIH con 16.710 casos, seguido por Pichincha con 5.452 casos, Los Ríos con 2.941 casos, Manabí 2.571 casos, y Esmeraldas con 1.876 casos de VIH (72).

3.3 Panorama en el ámbito laboral

Según la OMS en el 2017, afirmó que la mayoría de los problemas relacionados con la salud de los trabajadores se abordan en las grandes empresas, y que un 85,0% de los trabajadores de empresas pequeñas, sobre todo de los sectores de

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

no estructurados, agrícolas o migrantes, no tienen ningún tipo de cobertura de salud ocupacional. En general, un 70,0% de los trabajadores carecen de seguros que pudieran indemnizarlos en caso de enfermedades y traumatismos ocupacionales (73).

La carga de morbilidad está relacionada con riesgos ocupacionales tales como el ruido, los agentes carcinogénicos, las partículas transportadas por el aire, y los riesgos ergonómicos, que son capaces de ocasionar enfermedades ocupacionales crónicas, tales como: la dorsalgia (37,0%); la hipoacusia (16,0%); la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (13,0%); el asma ocupacional (11,0%); cáncer de pulmón (9,0%); leucemia (2,0%); y, depresión (8,0%). Adicionalmente, ocurren accidentes de trabajo (8,0%) (74).

Por otra parte, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) reportó en el año 2018 que 2,78 millones de trabajadores mueren anualmente por causa de accidentes de trabajo y enfermedades relacionadas con esta actividad. Alrededor de 2,4 millones de estas muertes se producen por enfermedades relacionadas con el trabajo, mientras que 380.000 son el resultado de accidentes; además, anualmente se reportan alrededor de 374 millones de lesiones relacionadas con el trabajo, estos siniestros representan aproximadamente el 3,9% del PIB mundial (75).

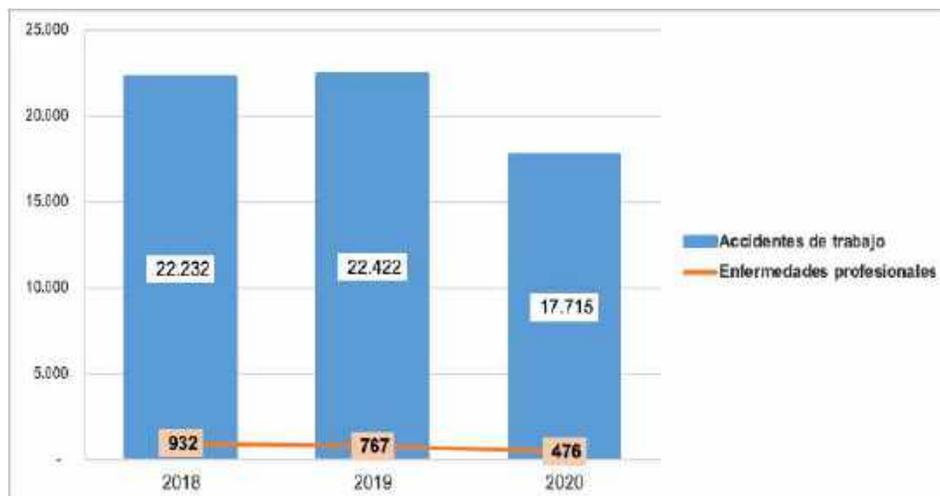
En el Ecuador, de acuerdo con la normativa vigente, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) a través de su Seguro General de Riesgos del Trabajo (SGRT), es la institución encargada de proteger a los trabajadores asegurados y empleadores para cubrir las contingencias derivadas del trabajo, es decir, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. Dicha cobertura se realiza mediante la aplicación de programas de prevención en Seguridad y Salud Ocupacional y acciones de reparación de los daños y secuelas derivadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, incluida la rehabilitación física y mental, y el proceso de reinserción y reubicación laboral (76).

3.3.1 Siniestralidad laboral

Según la información estadística reportada por el SGRT, existe una disminución marcada en materia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en el 2020 (ver Gráfico 25), registrando una disminución de 31,6%. Esta situación se puede explicar por el impacto directo de la pandemia en el ámbito laboral, y modalidades de contratación laboral que impuso la nueva realidad, entre ellas: nuevos horarios, teletrabajo, reducción de puestos de trabajo y sus consecuencias, entre otros (77).

Gráfico 25.

Siniestralidad laboral reportada en el periodo 2018 – 2020.



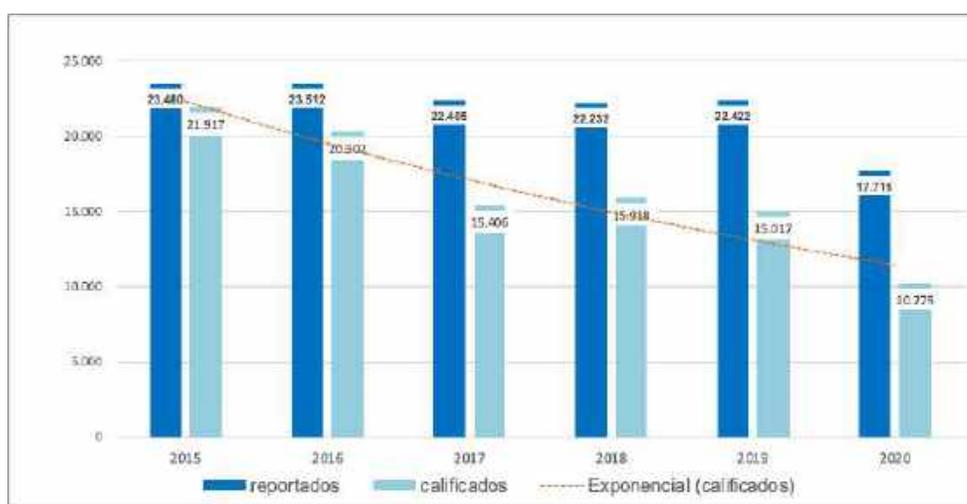
Fuente: Seguro General de Riesgos del Trabajo, 2021 (77).

3.3.1.1 Accidentes de Trabajo

En cuanto a los accidentes de trabajo (AT), hay una brecha entre los AT reportados y los calificados en los últimos años (ver Gráfico 26).

Gráfico 26.

Número de casos reportados vs los casos calificados con respecto a Accidentes de Trabajo 2015 – 2020.



Fuente: Seguro General de Riesgos del Trabajo, 2021 (77).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Los avisos de AT calificados en los últimos tres años, se reportan mayoritariamente en las provincias que tienen la mayor concentración de fuerza laboral, como son: Guayas (37,7%) y Pichincha (25,8%) como se observa en la Tabla 20 (77).

Tabla 20.

Accidentes de Trabajo calificados por provincia entre el periodo 2018 – 2020.

PROVINCIA	2018	2019	2020	Total	Part.
Guayas	5.458	5.895	4.195	15.548	37,7%
Pichincha	4.479	3.928	2.229	10.636	25,8%
Azuay	910	784	880	2.574	6,2%
Manabí	845	864	484	2.193	5,3%
Los Rios	1.091	676	8	1.775	4,3%
Santo Domingo de los Tsáchilas	324	364	349	1.037	2,5%
El Oro	308	295	282	885	2,1%
Otras	2.503	2.211	1.848	6.562	15,9%
Total país	15.918	15.017	10.275	41.210	100,0%

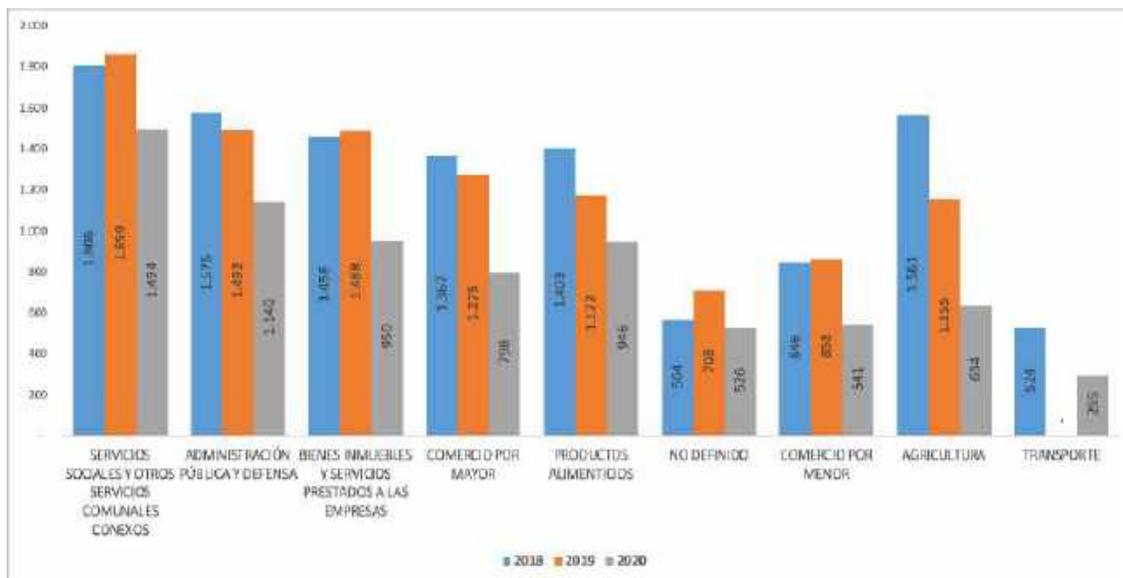
Fuente: Seguro General de Riesgos del Trabajo, 2021 (77).

En cuanto a distribución por género, los hombres tienen una mayor prevalencia a los accidentes de trabajo, superando en 2,2 veces la realidad de las mujeres. Es decir, desde el año 2015 hasta el año 2020, aquellos tuvieron 75.669 accidentes calificados, mientras que las mujeres solo registraron 23.102. Esto se puede explicar por el tipo de trabajo y el nivel de exposición a riesgos del trabajo que son más significativos en los sectores económicos donde predominan los hombres, tales como servicios sociales y comunales, administración pública y defensa y servicios a empresas (ver Gráfico 27), siendo esta una tendencia universal. Sin embargo, la siniestralidad ha ido disminuyendo en mayor proporción en los hombres, mientras que, en las mujeres, no ha tenido variaciones relevantes (77).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES
Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Gráfico 27.

Accidentes de trabajo por actividad económica en el periodo 2018 – 2020.



Seguro General de Riesgos del Trabajo, 2021 (77).

Con relación a los AT mortales, la provincia con mayor número de fallecimientos registrados en el Seguro General de Riesgos del Trabajo (SGRT) en el 2020 es Pichincha, con un total de 29 casos, seguido de la provincia del Guayas con 19 fallecimientos. Las provincias de Bolívar, Chimborazo, Carchi, Galápagos, Los Ríos, Morona Santiago y Pastaza no reportaron ningún accidente de trabajo mortal (ver Gráfico 28) (77).

Gráfico 28.

Fallecidos por accidentes de trabajo en el 2020.



Fuente: Seguro General de Riesgos del Trabajo, 2021 (77).

- **La COVID-19, como accidente de trabajo**

Con el impacto que ha generado la pandemia ocasionada por la COVID-19, es necesario presentar algunas cifras en el contexto laboral. En este sentido la Autoridad Laboral mediante Resolución MDT-2020-023 del 29 de abril de 2020, determinó que: “la enfermedad del coronavirus (COVID-19) no constituye un accidente de trabajo ni una enfermedad profesional, en virtud que la misma fue declarada el 11 de marzo de 2020, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como pandemia, a excepción de aquellos casos en los que se pudiera establecer de forma científica o por métodos adecuados a las condiciones y a las prácticas nacionales, un vínculo directo entre la exposición a agentes biológicos que resulte de las actividades laborales contraídas por el trabajador” (78).

En este contexto, el Seguro General de Riesgos del Trabajo, reportó 1.853 casos como accidentes de trabajo entre el 11 de marzo de 2020 y el 28 de febrero de 2021, relacionados con el virus SARS CoV-2, entre eventos calificados y no calificados. De ellos, el 36,3% se concentró en la provincia de Pichincha, 20% en Azuay, 14,0% en Manabí y 9,3% en Guayas (77).

La pandemia por la COVID-19, sin duda puso de manifiesto las vulnerabilidades del sector de la salud, cuyo impacto se reflejó en el personal de la salud debido a su exposición directa al virus causada por encontrarse en la primera línea de atención.

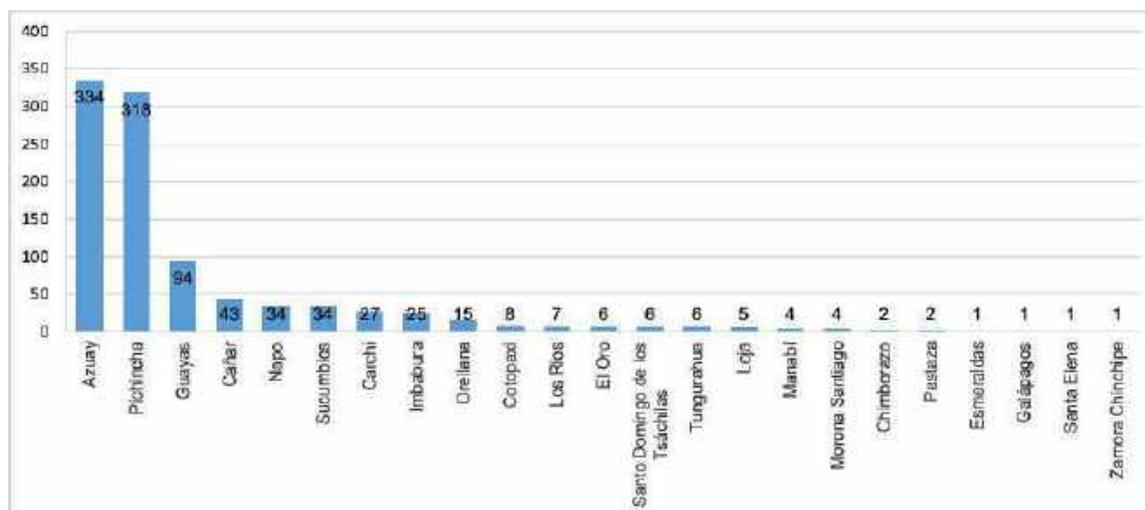
Entre el 11 de marzo y el 30 de septiembre del 2021, se calificaron un total de 978 casos de trabajadores de la salud, cuya causa estaba relacionada con la COVID-19. Las provincias con mayor incidencia fueron: Azuay (34,2%), Pichincha (32,5%), y Guayas (9,6%), como se observa en el Gráfico 29 (77).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Gráfico 29.

Número de avisos calificados de AT por la COVID-19 asegurado por provincia.

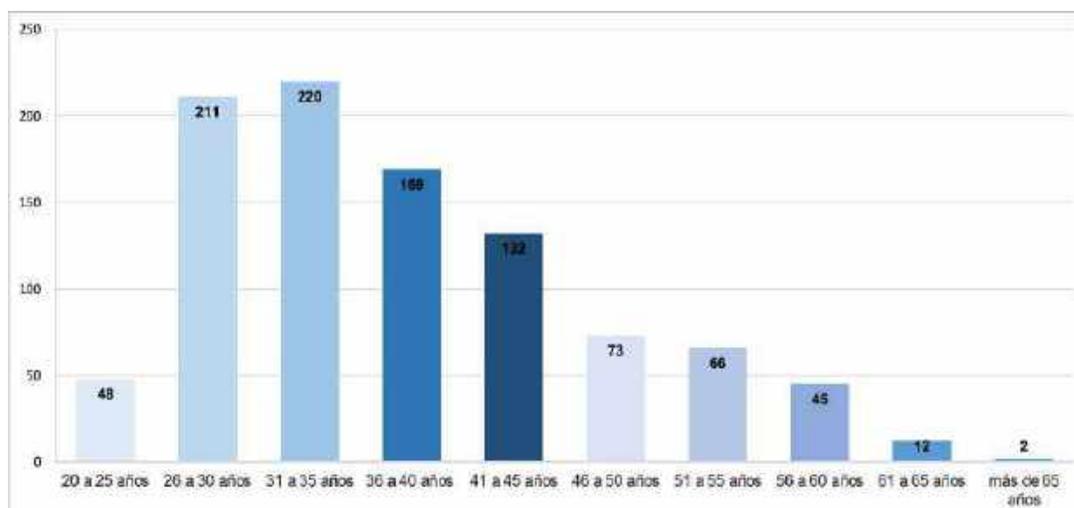


Fuente: Seguro General de Riesgos del Trabajo, 2021 (77).

La distribución de la siniestralidad por sexo, indica que tuvo una mayor incidencia en hombres (51,6%), que en las mujeres (48,4%). Asimismo, tuvo mayor afectación en las personas en el rango de edad de 26 a 45 años (74,8%), como se visualiza en el Gráfico 30 (77).

Gráfico 30.

Accidentes de trabajo calificados por la COVID-19 del sector salud edad 2021.



Fuente: Seguro General de Riesgos del Trabajo, 2021 (77).

En relación a los casos que a consecuencia de la COVID-19 se manifieste algún tipo de afección crónica, causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión u ocupación que realiza el trabajador, y como resultado de la exposición a factores de riesgo, actualmente se materializa con la presentación del aviso de presunción de enfermedad profesional en el SGRT de manera que el Comité de Valuación de Incapacidades y Responsabilidad Patronal (CVIRP) determinará la enfermedad profesional conforme a la normativa vigente (79).

3.3.1.2 Enfermedades profesionales

Las principales patologías observadas en la población trabajadora, según un estudio comparativo realizado por el IESS entre los años 2015 y 2017, determinó que la mayor carga de morbilidad laboral se debe a desórdenes músculo esqueléticos (87,0%), las afecciones respiratorias y auditivas no superan el 1,0%, siendo imperceptibles los trastornos mentales o el cáncer ocupacional (62).

En el año 2018 fueron reportados a la Dirección General de Riesgos del Trabajo del IESS, un total de 932 enfermedades profesionales a nivel nacional, de las cuales fueron calificadas 26; el 57,7% de las cuales fueron registradas en Pichincha. La mayoría de las enfermedades ocupacionales fueron traumatológicas (85,63%), seguidas por diagnósticos no determinados (10,6%) y otorrinolaringológicas (2,4%). Los riesgos asociados a las enfermedades ocupacionales más prevalentes fueron los ergonómicos en un 79,8%, otros factores no determinados 9,5% y riesgos físicos como ruido, vibraciones, radiaciones ionizantes, radiaciones no ionizantes en un 6,3%. En las enfermedades laborales, el mayor porcentaje de causas indirectas relacionadas a factores del trabajador, estuvieron asociadas al estrés (22,5%). En cuanto a los accidentes de trabajo calificados, en Pichincha se registró una tasa de 5/1000 afiliados, siendo el servicio comunal, social y personal la rama de actividad donde ocurrieron la mayoría de ellos (29,3%) (80).

En el boletín estadístico N°6 del Seguro General de Riesgos del Trabajo, se evidencia un amplio desfase entre la cantidad de enfermedades profesionales reportadas en los años 2016 al 2018 (81). (tabla 21)

Tabla 21.

Enfermedades profesionales esperadas y reportadas en el Ecuador, periodo 2016 – 2018.

Año	Enfermedades Profesionales	Enfermedades profesionales reportadas	Desfase %
2016	13426	358	97,30
2017	13730	170	98,80
2018	13555	26	99,80

Fuente: Adaptado con información del Boletín estadístico, 2018 (81).

La información presentada refleja claramente la brecha que existe entre los valores esperados y los reportados en el Ecuador, aun cuando los estimados han sido calculados utilizando índices desarrollados hace 25 años, se evidencia el bajo reporte que existe a nivel nacional. Esta evidencia induce a la consideración de un subregistro de patologías asociadas a exposiciones en el trabajo, el cual estaría asociado al desconocimiento por parte de los profesionales de la salud en reconocer el origen de las patologías, abordándolas como enfermedades comunes; perdiendo así la oportunidad de implementar medicina preventiva, reconociendo el riesgo laboral y formando parte de un equipo multidisciplinario para proponer intervenciones de control, dirigidas a evitar el apareamiento de nuevos casos, la cronificación de otros, las incapacidades generadas y la carga socio económica generada para la industria y en general para el Estado (80).

En contraste, las enfermedades crónicas no transmisibles fueron las principales causas de consulta médica y hospitalización, cuadros que podrían agravarse por la falta de condiciones laborales adecuadas. Por ejemplo, los altos niveles de ruido, contaminación química, la contaminación biológica o la demanda alta de trabajo físico y/o mental, podrían desencadenar en eventos cardiovasculares súbitos, desórdenes mentales o afecciones respiratorias severas (62).

3.3.2 Acciones preventivas

Con base en la formulación y promulgación de la política nacional de salud en el trabajo, expedida por el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Ambiente y Salud en 2019, dicha entidad viene efectuando distintas actividades en el marco de la prevención de enfermedades profesionales. Con el fin de generar conciencia y capacidades, ha brindado capacitaciones dirigidas a la población trabajadora, a los profesionales de salud ocupacional y los empleadores a nivel nacional. En ellas se ha procurado la participación y colaboración del Ministerio del Trabajo, los gremios de profesionales de salud ocupacional y la Academia, impartiendo información sobre temas normativos, la promoción de salud en el trabajo, la prevención de las enfermedades profesionales, las enfermedades agravadas por el trabajo y la prevención de accidentes de trabajo, entre otros temas. Dichas capacitaciones han sido impartidas por modalidad presencial y virtual, alcanzando una cobertura total de 152.284 personas capacitadas (82).

Al mismo tiempo, el Ministerio de Trabajo, a través de la Dirección de Seguridad, Salud en el Trabajo y Gestión Integral de Riesgos, ha realizado capacitaciones abiertas al público a las cuales asisten profesionales en la materia, representantes de empresas e instituciones públicas y privadas de diferentes sectores

productivos, de tal forma que desde el 2018 hasta el 2021 se han realizado 556 capacitaciones con 124.283 beneficiarios (83).

Por otra parte, la Dirección del Seguro General de Riesgos del Trabajo del IESS, ha desplegado, a lo largo del país, una serie de capacitaciones en modalidad presencial y virtual, entre los años 2015 y 2020. Se han desarrollado 3.149 cursos y en estos programas de capacitación han participado un promedio de 5.100 empresas. El área de Laboratorio de la misma dirección dispone de programas de capacitación en temáticas específicas, entre las cuales están: exposición a ruido, estresores ergonómicos, riesgos químicos, siendo que desde el año 2019 hasta el 2020 se desarrollaron 1.300 capacitaciones (77).

Sin duda es un avance importante, aunque deja por fuera un gran espectro de conocimiento sobre los riesgos y las condiciones peligrosas a los que se expone el trabajador en su lugar de trabajo, así como las condiciones laborales que también son capaces de afectar la salud del trabajador y su familia.

4. DETERMINANTES AMBIENTALES DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA

Varios de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) tratan elementos que se consideran determinantes ambientales de la salud, y que contribuyen de manera directa e indirecta sobre el ODS 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (84).

De acuerdo con el estudio de carga de enfermedad global, para el 2019 se registraron 2,92 millones de muertes de mujeres por contaminación del aire, lo que equivale al 11,3% del total de muertes de las mujeres para ese año. Asimismo, hubo 3,75 millones de muertes de hombres por contaminación del aire, lo que equivale al 12,2% del total de muertes masculina (64). La exposición a niveles altos también puede causar una variedad de efectos adversos para la salud: aumenta el riesgo de infecciones respiratorias, enfermedades cardíacas, derrames cerebrales y cáncer de pulmón, las cuales afectan en mayor proporción a población vulnerable, niños, adultos mayores y mujeres (85).

- **Contaminantes ambientales que inciden en la salud de la población.**

Las cifras estadísticas reportadas por la OPS sobre los determinantes ambientales de la salud indican que el 13% de las muertes en la Región de las Américas son atribuibles a los riesgos ambientales (847.000 muertes al año), y se pueden evitar 320.000 muertes en la región causadas por la contaminación del aire (86). Se

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

estima que 1,55 millones de muertes en el mundo son atribuibles a las exposiciones a químicos, los cuales sin duda son uno de los factores de riesgo ambientales que tiene mayor y gran impacto en la salud poblacional. La contaminación por sustancias químicas es permanente.

Según la Sociedad Química Americana (CAS), en 2021 afirmó que se producen más de 192 millones de sustancias orgánicas e inorgánicas (87). Dicha cifra ascendió abrumadoramente en los últimos 5 años, incluyendo nuevas sustancias derivadas de procesos como la nanotecnología, la bioingeniería, la electrónica y las telecomunicaciones¹⁵. Son varios los procesos que transforman sustancias químicas, las cuales una vez en el mercado se utilizan, se degradan, tienen una probabilidad de combinarse con otras sustancias y generan mayores niveles de contaminación. Todas ellas son susceptibles de afectar la salud tanto de los trabajadores, como de la población en general (84).

Otro de los riesgos ambientales que ha adquirido mucha importancia en los últimos años, es el cambio climático, que tiene un impacto mayor en la salud y el bienestar de la población de la Región debido a que altera los sistemas físicos, biológicos y ecológicos a nivel mundial. Como consecuencia, se han dado fenómenos meteorológicos extremos que incrementan la inseguridad alimentaria y la contaminación del aire, a la vez que merman el acceso al agua potable, e incrementan la migración poblacional. Esto trae muchos efectos, tales como modificar los patrones de transmisión de enfermedades transmitidas por vectores, aumentar las enfermedades respiratorias, cardiovasculares e infecciosas; causar lesiones por estrés al calor, e incluso problemas de salud mental (75).

Es necesario destacar que, la contaminación del aire ambiental representa un importante riesgo para la salud, debido a que afecta la salud cardiovascular y respiratoria de la población. La mayoría de las fuentes de contaminación del aire exterior están fuera del control individual, por lo que es necesario formular políticas y estrategias públicas que permitan desarrollar acciones para la mejora gradual de la calidad del aire, tanto a nivel nacional como local, buscando controlar la contaminación generada por diferentes sectores productivos, tales como el transporte, la industria, la gestión de residuos y desechos, la planificación urbana, el manejo de aguas servidas y residuos sólidos, entre otros (86).

¹⁵ Rojas M, M, A Rodriguez-Guzman, J, y Sanin, LH. Toxicology Development in the Americas: Lights and shadows. CH. 6. En: Pan American Health Organization. Environmental and Social Determinants of Health. Washington,DC: PAHO, 2016

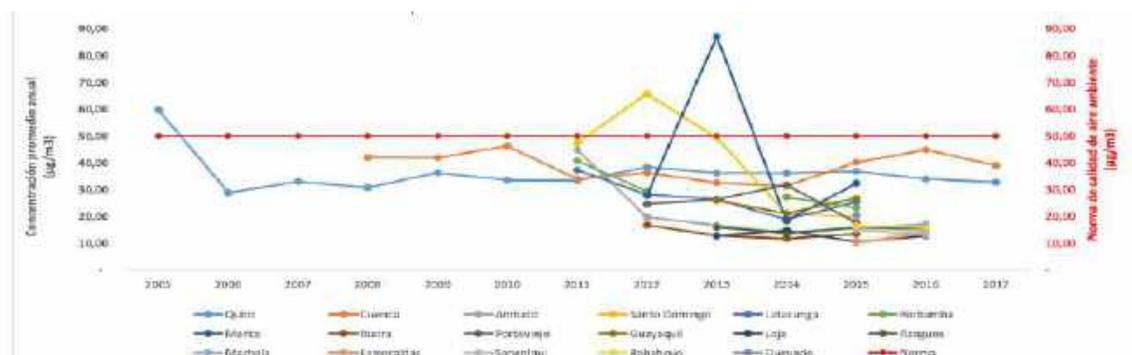
PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Se debe agregar que existe una estrecha correlación cuantitativa entre la exposición a altas concentraciones de material particulado (PM10 y PM2.5)¹⁶ y el aumento de la mortalidad o morbilidad diaria y a largo plazo (88). En el Ecuador, el Ministerio de Ambiente y Transición Ecológica (MAE) es la entidad encargada de emitir la normativa ambiental para que sea ejecutada y aplicada por los gobiernos autónomos descentralizados (GAD's), quienes están acreditados como Autoridad Ambiental de Aplicación Responsable (AAAr) y están autorizados para la utilización del Sello del Sistema Único de Manejo Ambiental (SUMA). Este sello los faculta para llevar procesos relacionados con la prevención, control y seguimiento de la contaminación ambiental en su circunscripción. Existen algunas iniciativas implementadas a nivel local, donde escasos GAD'S realizan el monitoreo de calidad de aire de material particulado mediante la lectura de estaciones cuyos reportes están basados en la Norma Ecuatoriana de Calidad de Aire (25°C y 1atm), como se ilustra en el Gráfico 31 (89).

Gráfico 31.

Concentración promedio anual de Material Particulado PM10 en el aire.



Nota:
La Norma Internacional referente a cantidad de mediciones diarias y mensuales, se la considera a partir del año 2018.
Los datos de la ciudad de Manabí no se consideran para el cálculo del indicador, debido a problemas con el suministro de energía en el lugar donde está instalado el equipo, por tal motivo se realizó la reposición del mismo. La ciudad de Esmeraldas para el año 2013 no cuenta con datos del monitoreo.
Las ciudades de Manabí, Portoviejo y Guayaquil no están midiendo debido a que los equipos sufrieron daños por el terremoto ocurrido el 16 de abril de 2015 y no se cuenta con el presupuesto para el mantenimiento de los mismos.
Las ciudades de Latacunga, Ibarra, Santo Domingo, Quevedo y Bolívar, no cuentan con los repuestos técnicos exigidos en la ficha técnica y, en consecuencia, no se puede realizar el monitoreo de manera regular en el año, debido a daños técnicos de los equipos y por falta de asignación de presupuesto no se encuentran en funcionamiento.
La Norma de Calidad del Aire Ambiente a Nivel de terreno. Libro N° Anexo 4 del Texto Unificado de Legislación Secundaria del Ministerio del Ambiente, manifiesta que el promedio aritmético de la concentración de PM10 de todas las muestras en un año no deberá exceder de cincuenta microgramos por metro cúbico (50 µg/m³).
Fuente:
Ministerio del Estado Metropolitano de Quito, Secretaría de Ambiente, los datos actuales sobre la calidad del aire en Quito.
Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Quevedo, Empresa Pública Provincial de Buses, tránsito y transporte de Quevedo. Informes anuales sobre la calidad del aire en Quevedo.
Ministerio del Ambiente, Dirección Nacional de Control Ambiental, Cuerpo Técnico de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio del Ambiente y los Gobiernos Autónomos Descentralizados de Ibarra, Santo Domingo, Latacunga, Esmeraldas, Manabí, Bolívar, Portoviejo, Guayaquil, Azuay, Maculín, Numburá, Sucumbios y Quevedo, Gobierno Provincial de Loja y Empresa Pública de Procelabólica en Petenabamba (Cruce Andino).
Elaboración:
Ministerio del Ambiente, Dirección de Información, Seguimiento y Evaluación - DISE.

Fuente: Ministerio del Ambiente, Agua y Transición Ecológica (MAATE), 2017 (89).

En Ecuador para la cobertura de servicios básicos, el indicador porcentaje de hogares con acceso a agua por red pública a escala nacional registró en 2014 un

¹⁶ **PM10** (Material con tamaño inferior o igual a 10 micras), **PM2,5** (material con tamaño de partícula inferior a 2,5 micras), términos utilizados para describir la contaminación en el ambiente

77,2%, en 2016 pasó a 83,6% y en 2018 el 80,2%, siendo que a nivel urbano registró 93,9% y a nivel rural 48,2%. En cuanto a la calidad del agua para consumo humano, la Secretaría Técnica Planifica Ecuador, es la entidad responsable de coordinar, articular e implementar la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, que incluye la gestión del agua para consumo humano. Para el 2017 se informó que la tasa de mortalidad atribuida al agua no apta para el consumo, ascendió a 3,6 personas por cada 10.000 habitantes. Esto se atribuyó a la falta de saneamiento, las condiciones de riesgo y la falta de higiene (90).

El indicador sobre saneamiento muestra el porcentaje de la población que usa servicios de saneamiento gestionados de forma segura, incluida una instalación para lavarse las manos con agua y jabón. Para 2016, se registró que el 85,9% tenían saneamiento básico y el 85,5% la instalación para lavarse las manos a nivel nacional, siendo a nivel urbano el 88,5% y el 90,3%; y, a nivel rural, el 80,4% y el 75,1%, respectivamente. El indicador de saneamiento muestra el porcentaje de hogares que en el área urbana que cuentan con servicio higiénico conectado al alcantarillado y en el área rural con servicio higiénico conectado al alcantarillado o pozo séptico, en 2014 registra 75,8%, en 2016 el 77,7% y en 2018 el 79,4%. Para medir la calidad de los servicios de agua y saneamiento, el país viene implementando una serie de mecanismos de medición con algunos organismos internacionales desde el 2016. Con la Unicef se logró levantar una línea base a 2016 de algunos indicadores, indicando que el 70,1% de la población cuenta con un manejo seguro del agua; y que el 79,3% de personas consumen agua libre de *Escherichia coli*. Al considerar el indicador simultáneo (verificar que la población cuente con agua segura, saneamiento básico e insumos para el lavado de manos ASH), se obtuvo que solo el 55,5% de la población ecuatoriana tiene dichos componentes. Esta cifra disminuye para la población rural (36,4% tiene ASH) y la región amazónica (solo 29,6%). De manera complementaria, se ejecutan acciones relacionadas con el acceso a riego (90).

- **Contaminantes higiénicos en el trabajo**

En el mundo, las enfermedades profesionales han provocado 2,02 millones de muertes al año, lo que representa el 86,0% de los fallecidos en el trabajo, de acuerdo con la información de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (91).

La OPS estima que millones de patologías ocasionadas por el trabajo fueron causadas por exposición a polvo particulado, que puede ser atribuible a una amplia gama de enfermedades pulmonares; al igual que por causa de diferentes tipos de agentes etiológicos (físicos, químicos y biológicos) en el lugar de trabajo se produce una gran variedad de enfermedades, tales como, dermatosis ocupacionales, hipoacusia ocupacional, intoxicaciones por plaguicidas y otros tóxicos, y un sin número de alergias.

Sin embargo, la tendencia se ha modificado en los últimos años y se orientan hacia los desórdenes músculo esqueléticos, el estrés laboral, las enfermedades cardiovasculares, los desórdenes mentales y las enfermedades que se han incrementado como los cánceres ocupacionales y los disruptores endocrinos, por lo que es importante controlar y reforzar la cultura de control y prevención de las enfermedades profesionales en el marco de los sistemas nacionales de salud en el trabajo (62), (92).

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés) de la OMS, evalúa sistemáticamente los agentes físicos y biológicos sospechosos de causar cáncer. Actualmente se está construyendo el Atlas de Cánceres ocupacionales y ambientales de América Latina y el Caribe, que agrupa diferentes tipos de cáncer producidos por exposiciones ocupacionales y ambientales, con el fin de formular líneas estrategias de acción para su prevención y control. Durante la última década, la OPS ha venido construyendo las matrices de exposición laboral a cancerígenos, más conocidas como proyectos nacionales de CAREX (Cancer Exposure) que sirven de base para la toma de decisiones con el fin de controlar las exposiciones peligrosas a este tipo de sustancias o condiciones de exposición (93). Todos los países han venido construyendo sus proyectos nacionales de CAREX a fin de tomar medidas preventivas y controlar los cancerígenos más frecuentes en su territorio. Para ello se viene utilizando el instrumento construido por la OPS y el Centro de Investigaciones de Cáncer Ocupacional OCRC de Canadá (94).

Sumado a esto, el estilo de vida con prácticas no saludables tanto dentro como fuera de los centros de trabajo, determinan en ciertos casos la aparición y/o agravamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles que afectan directamente la salud de los trabajadores (62).

4.1. Condiciones de trabajo y exposiciones peligrosas

En nuestro país la población trabajadora está expuesta a varios factores ambientales y profesionales que deterioran su salud y bienestar. Por ello, corresponde al estado por conducto de la Autoridad Sanitaria, fortalecer las políticas públicas de promoción de salud en el trabajo y la prevención de enfermedades profesionales, en una interacción sinérgica entre las entidades del Estado, la población trabajadora y los empleadores (62).

Las enfermedades profesionales pueden ser causadas por diferentes peligros o agentes de riesgo, los cuales deben ser identificados, evaluados y controlados por los empleadores. En general, estos agentes se clasifican de la siguiente manera:

- Químicos: gases, vapores, humos, polvos, nieblas, entre otros.

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

- Físicos: formas ondulatorias, temperaturas extremas, radiaciones, presiones barométricas extremas, campos electromagnéticos y peligros eléctricos.
- Biológicos: virus, bacterias, hongos, parásitos, insectos.
- Estresores ergonómicos: levantamiento de cargas, empuje/arrastre, trabajo con pantallas de visualización de datos (PVD).
- Factores psicosociales: sobrecarga de trabajo, turnicidad, condiciones laborales, violencia en el trabajo, fallas de comunicación, entre otros.

Factores de riesgo químicos

La exposición a polvos es una de las principales causas de enfermedades respiratorias ocupacionales. El Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional estadounidense (NIOSH) identificó las industrias y profesiones con más riesgo de afectar al aparato respiratorio, poniendo de manifiesto que el 19,0% de los casos de enfermedades profesionales pueden ser atribuibles al trabajo en las industrias con riesgo respiratorio destacando las de caucho, plásticos, cuero, textiles, alimentarias, agricultura y construcción (62).

Asimismo, el uso constante de cemento en el sector de la construcción es capaz de generar problemas respiratorios. El cemento que básicamente es compuesto de alúmina, cal, sílice, y óxido de hierro, provoca la aparición de síntomas respiratorios (tos, sibilancias y disnea) entre los trabajadores expuestos, y es capaz de causar bronquitis aguda y crónica, que puede evolucionar a una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) una de las patologías más frecuentemente diagnosticada (95).

El informe del 2021 de OMS/OIT sobre la carga de las enfermedades ocupacionales, señala la carga de enfermedad atribuible a la exposición ocupacional al Asbesto. La estimación global se basa en el número de fallecidos de 2000 a 2016, que fue de 209.481 y con un AVAD 3,97 millones de personas por patologías como: cáncer de laringe, tráquea, bronquios, pulmón. Sin embargo, es mayoritario para los casos de mesotelioma del 57,0% (2000) al 82,0% (2016) (96).

Por otra parte, el uso generalizado de productos agroquímicos en el sector agrícola requiere un control riguroso para prevenir grandes riesgos para la salud de los empleadores, los trabajadores y el público en general. Los plaguicidas son las sustancias químicas más preocupantes desde el punto de vista de la seguridad y salud en la agricultura, dada la amplia gama de productos y preparados químicos cuyos efectos son numerosos e incluso pueden ser mortales. (97) Su utilización debería estar sujeta a controles adicionales, de conformidad con todas las

medidas de protección medioambiental pertinente exigidas por la legislación y la práctica nacionales e internacionales (97).

Vías de exposición en el sector agrícola: La absorción a través de la piel es la principal vía de exposición a los insecticidas, fungicidas y herbicidas más utilizados. En niveles de exposición normales, el daño de la piel u otros síntomas pueden pasar inadvertidos, por lo que su absorción se produce sin que el trabajador se percate. Las partes de la piel que resultan expuestas dependen del tipo de tarea que se desempeñe. La intensidad de la exposición de la piel depende de la frecuencia del contacto o de la actividad, y de la concentración del ingrediente activo del plaguicida en el producto que se aplique; y el correcto uso del equipo, incluido el equipo de protección personal. Así mismo, la inhalación es una vía de exposición importante cuando se trabaja con compuestos volátiles o en recintos cerrados, como los invernaderos. Los gases y vapores son inhalados y absorbidos rápidamente por la vía respiratoria. Además, es posible la inhalación de pequeñas partículas (10 micrones o menos), y en particular de gotículas de agua. Los plaguicidas depositados en hojas y suelos tratados pueden volatilizarse, con el consiguiente peligro para los operarios que ingresan a esos lugares (97).

La ingestión es otra vía de exposición a los plaguicidas y puede aumentar considerablemente la dosis recibida cuando los trabajadores que han estado en contacto con plaguicidas consumen alimentos o tabaco sin haberse lavado las manos previamente (97).

Factores de riesgo físicos

La exposición a ruido y vibraciones en el sector de la construcción se ha tecnificado con la implementación de maquinaria y equipos que ayudan en el desarrollo de la actividad. Sin embargo, esto ha generado mayores niveles de ruido en el ambiente de trabajo, proveniente de los motores de vehículos, compresores, martillos neumáticos, lijadoras, pulidoras, etc. También ha incrementado la exposición a vibraciones que no solo afectan al operador sino a todos los que se encuentren en la cercanía donde se desarrollan las actividades (98). La exposición al ruido (mayor de 85 dBA) puede causar muchos efectos negativos como pérdida de la audición (temporal o definitiva), efectos en el desarrollo mental, psicofisiológico, fisiológicos (afecciones cardiovasculares, respiratorias, entre otras) y sobre el comportamiento afectando el rendimiento y la comunicación (95), (99).

La exposición prolongada a vibraciones en los operarios entre ellas las transmisiones de vibraciones mecánicas al cuerpo (sistema mano – brazo y cuerpo completo) pueden causar lesiones permanentes en el sistema nervioso, vasculares y musculoesquelético (100).

Factores de riesgo biológico

Las mordeduras y picaduras de insectos, arañas y escorpiones son experiencias comunes de los trabajadores agrícolas dedicados a la siembra y cuidado de los cultivos, la cosecha de fruta, tubérculos o grano, o el almacenamiento y manejo de dichos productos agrícolas. Estas lesiones pueden ser infligidas por invertebrados, como los arácnidos (araña, escorpiones y solífugas), acarinas (ácaros y garrapatas blancas), quilópodos (ciempiés) y hexápodos (abejas, avispa, mariposas y mosquitos). Es evidente que los efectos tóxicos por envenenamiento son un riesgo ocupacional para las poblaciones expuestas (97).

Debido a la gran biodiversidad, así como a las características geográficas y climáticas presentes en el Ecuador, la población de varias zonas de las regiones de la Costa y la Amazonía está en mayor riesgo de sufrir mordeduras por serpientes y picaduras de escorpiones (alacranes). Estos accidentes son poco reportados y registrados, aunque los empleadores deben tener disponible suero antiofídico para uso inmediato en caso de necesidad. Es posible que el subregistro existente impida la intervención oportuna y efectiva desde la salud pública, especialmente para los pequeños agricultores (101).

Factores de riesgo psicosocial

Los riesgos psicosociales son consecuencia de las deficiencias en el diseño, la organización y la gestión del trabajo, así como de un contexto social débil en el trabajo, y pueden producir efectos psicológicos, físicos y sociales negativos en la salud del trabajador, tales como el estrés laboral, el agotamiento o la depresión. Algunos ejemplos de condiciones de trabajo que implican riesgos psicosociales son: las cargas de trabajo excesivas, las exigencias contradictorias y la falta de claridad de las funciones del puesto de trabajo, la falta de participación en la toma de decisiones que afectan al trabajador y falta de influencia en el modo en que se lleva a cabo el trabajo; la gestión deficiente de los cambios organizativos; la inseguridad en el empleo; la comunicación ineficaz, la falta de apoyo por parte de la dirección o los compañeros; y el acoso psicológico y sexual, mediante la violencia ejercida por terceros (102).

De acuerdo con la publicación de la OMS sobre Acoso Psicológico en el trabajo de 2004, el acoso psicológico es un viejo fenómeno presente en muchos lugares de trabajo, causado por el deterioro de relaciones interpersonales, así como de las disfunciones organizacionales. Este comportamiento está relacionado a una variedad de factores incluyendo discriminación de género, religiosa, étnica, de edad, nacionalidad, discapacidad, antecedentes, orientación sexual, y otras variedades, así como de razones socioeconómicas. El acoso ocurre en todos los lugares de trabajo por todo el mundo y es un fenómeno relacionado con la cultura

(103). Por tanto, la forma como se lleva a cabo y la manera como se percibe puede variar entre los países. La OMS describe sus causas, consecuencias y las maneras de intervenir, prevenir y tratar a los trabajadores afectados. Posteriormente, en el año 2020 la OIT emitió el Convenio No. 190 sobre violencia y acoso en el mundo del trabajo, el cual Ecuador ratificó el 19 de mayo de 2021 (104).

Es importante mencionar que los factores de riesgo psicosociales no solo tienen afectación en el ámbito psicológico de la persona, ya que también afectan la salud física, cuyas manifestaciones usualmente son cardiovasculares y gastrointestinales, aunque con el tiempo y la cronicidad del problema pueden tener otras manifestaciones en la salud, llegando a afectar la salud y el bienestar integral de la persona y hasta su entorno familiar y social (105).

Estresores ergonómicos

La disposición del lugar de trabajo o las formas de realizar un trabajo, son capaces de provocar multitud de molestias osteomusculares al trabajador, que varían de acuerdo con su constitución física, talla, peso, género, etc. Estos factores individuales sometidos a condiciones de estrés postural o funcional en el lugar de trabajo pueden provocar molestias o dolores en diferentes partes del cuerpo (brazos, muñecas, espalda, cuello, etc.) por estar sentado por tiempo prolongado, sometido a vibración a cuerpo entero o realizar manipulación manual de cargas en forma inadecuada. Todas las personas que trabajan pueden estar sujetas a condiciones de trabajo capaces de generar estrés ergonómico.

Ahora bien, hay ciertos oficios que pueden tener mayor probabilidad de generar condiciones de estrés ergonómico. Así, por ejemplo, el trabajo estático prolongado (los agentes de tránsito, guardias de seguridad, etc.) el trabajo repetitivo (operarias en cadenas de producción que hacen los mismos movimientos durante su jornada laboral), el levantamiento manual de cargas entre otros. No obstante, es necesario aclarar que no hay soluciones únicas universales, sino que cada caso debe abordarse en forma particular atendiendo las características físicas del trabajador o la trabajadora. En todos los sectores productivos, existe la posibilidad de estar en condiciones de riesgo. Algunos: la agricultura, la construcción, el transporte, la manufactura, la hotelería, el servicio de restaurantes, el sector de la salud y el trabajo social, y la minería. Existen multitud de estrategias para reducir el impacto de los estresores ergonómicos. Lo primero es el diseño del puesto de trabajo, que debe prever las condiciones de confort y seguridad para el trabajador, y cuando ello no sea posible en las cadenas de producción, asegurarse que el lugar de trabajo tenga un diseño ergonómico, incluyendo el equipo y herramientas que requiera el trabajador o trabajadora para su desempeño adecuado. Lo segundo, evaluar los estresores ergonómicos presentes en el lugar

de trabajo con el objeto de buscar alternativas de control y solución a los problemas que puedan generar, incluyendo la introducción de controles de ingeniería, tales como la automatización, o la introducción de dispositivos que permitan mejorar las condiciones trabajo). Por último, diseñar e implementar controles administrativos que puedan disminuir el riesgo o el estrés, como, por ejemplo, la rotación de trabajadores y estrategias de sensibilización con educación y formación del trabajador (106).

5. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA

El Informe de Desarrollo Humano 2020, presentado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), determina fenómenos sin precedentes en la realidad mundial, que han causado desequilibrios en el planeta. La pandemia producto de una interacción del ser humano con otras especies, ha originado este tipo de patógenos, cuyo resultado ha sido develar y agravar las innumerables desigualdades sociales; por otro lado, fenómenos naturales como incendios forestales, huracanes, entre otros, se han acrecentado en su fuerza e impacto, constituyéndose en una muestra clara de los riesgos del cambio climático. La conclusión de esta realidad pone en evidencia la estrecha relación entre los desequilibrios sociales y planetarios (8).

5.1. Pobreza multidimensional

Con relación al Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), es un indicador de la pobreza que refleja las múltiples carencias que enfrentan las personas pobres al mismo tiempo en áreas como la educación y la salud, entre otros.

La situación de Ecuador, en cuanto a personas que se encuentran en posición de pobreza multidimensional no referida a ingresos, así como su intensidad, relacionada con la privación media de la población pobre, tiene cierta ventaja sobre sus vecinos (Perú y Colombia), y una brecha mayor con relación a la situación de la región (América Latina y el Caribe). Sin embargo, si se realiza un análisis de las privaciones que contribuyen a la pobreza multidimensional, Ecuador marca una diferencia sustancial en “salud”, desnudando el déficit frente a Colombia y Perú e incluso por debajo de la región, con un porcentaje del 40,0%, siendo este factor, el que más incide en la pobreza multidimensional del país, (tabla 22) (8).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 22.

Extracto Índice de Pobreza Multidimensional, situación de Ecuador.

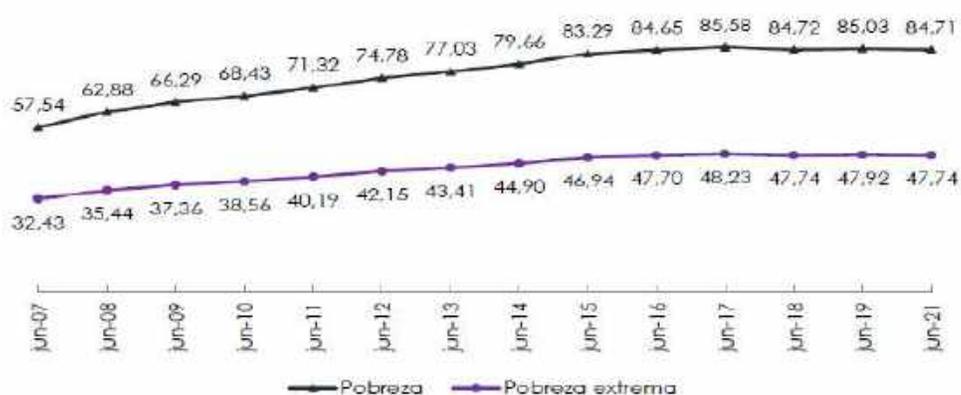
	Ecuador	Colombia	Perú	América Latina y el Caribe
Año de la encuesta	2013 - 2014	2015 - 2016	2018	-
Índice de pobreza multidimensional	0,018	0,02	0,029	0,031
%	4,6%	4,8%	7,4%	7,2%
Desigualdad entre la población pobre	0,007	0,009	0,007	0,011
Población en situación de pobreza multidimensional	0,80%	0,80%	1,10%	1,90%
Población vulnerable a la pobreza multidimensional	7,60%	6,20%	9,60%	7,40%
Contribución de privaciones a la pobreza multidimensional				
Salud	40,40%	12,00%	15,70%	35,90%
Educación	23,60%	39,50%	31,10%	26,20%
Nivel de vida	35,90%	48,50%	53,20%	37,90%
Umbral de pobreza	25,0%	27,0%	20,5%	35,9%

Fuente: Programa de la Naciones Unidas para el desarrollo, PNUD 2020 (8).

El Boletín Técnico de la ENEMDU, publicado con cifras al mes de junio de 2021, proporciona un panorama sobre la situación de pobreza del país. La metodología implementada a partir del año 2007, considera la línea oficial de pobreza por consumo, usando el Índice de Precios al Consumidor¹⁷ (107).

Gráfico 32.

Evolución nominal de líneas de pobreza y pobreza extrema.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2021 (107).

¹⁷ El índice de Precios al Consumidor (IPC) es un indicador de los precios de la economía nacional que se construye con los precios finales de 359 productos de mayor consumo y utilización. Su periodicidad es mensual y su año base es el 2014.

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

La crisis ocasionada por la COVID-19 tuvo incidencia en el ámbito económico, el impacto se reflejó en elementos claves como la situación del empleo, el emprendimiento, la actividad económica y los ingresos, entre otros.

Uno de los indicadores claves para entender el deterioro de la situación económica, es el nivel de pobreza del país (32,2%) que, con relación al mismo mes del año anterior, se incrementó en 6,7 puntos porcentuales, incremento que tuvo una mayor incidencia en la zona urbana, con 7,4 puntos porcentuales. Por otro lado, se ratifica una pobreza mayor en el sector rural, con el 49,2%, frente a la zona urbana que tiene el 24,2%, a junio de 2021. Sin embargo, a pesar de la diferencia marcada del último periodo de análisis, la tendencia creciente de la pobreza viene marcada desde varios años atrás (ver Gráfico 33) (107).

Gráfico 33.

Variaciones de pobreza y pobreza extrema periodo junio 2016 – 2021.

Indicador	Área	jun-16	jun-17	jun-18	jun-19	jun-21	Variación significativa jun19/jun21
Pobreza	Nacional	23,7%	23,1%	24,5%	25,5%	32,2%	Sí
	Urbano	15,6%	14,6%	15,7%	16,8%	24,2%	Sí
	Rural	40,9%	41,0%	43,0%	43,8%	49,2%	No
Pobreza Extrema	Nacional	8,6%	8,4%	9,0%	9,5%	14,7%	Sí
	Urbano	3,9%	3,9%	4,7%	5,6%	8,4%	Sí
	Rural	18,6%	17,8%	18,1%	17,9%	28,0%	Sí

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2021 (107).

Con relación a la pobreza extrema, el país ha tenido el mismo comportamiento que con la pobreza. Es decir, se incrementó en 5,2 puntos porcentuales, pasando del 9,5% del mes de junio de 2019 al 14,7% al mes de junio de 2021. De igual forma, la diferencia entre la pobreza extrema en la zona urbana es significativamente menor (8,4%) a la pobreza en la zona rural (28,0%), siendo que ésta última sufrió el mayor impacto, con el incremento de 10,1 puntos porcentuales (107).

5.2. Trabajo infantil

De acuerdo con las cifras de la OIT, a nivel mundial hay alrededor de 218 millones de niños entre 5 y 17 años trabajan, de los cuales 152 millones son víctimas de trabajo infantil y el 48,0% de estos realizan trabajos peligrosos (108).

La Encuesta Nacional de Trabajo Infantil (ENTI), del año 2012 permite entender con más detalle sobre la realidad de este segmento vulnerable de la población. La mayor concentración de infantes trabajando se encontraba en la provincia del Guayas (12,8%), seguida de la provincia de Cotopaxi (10,3%), Chimborazo (9,7%),

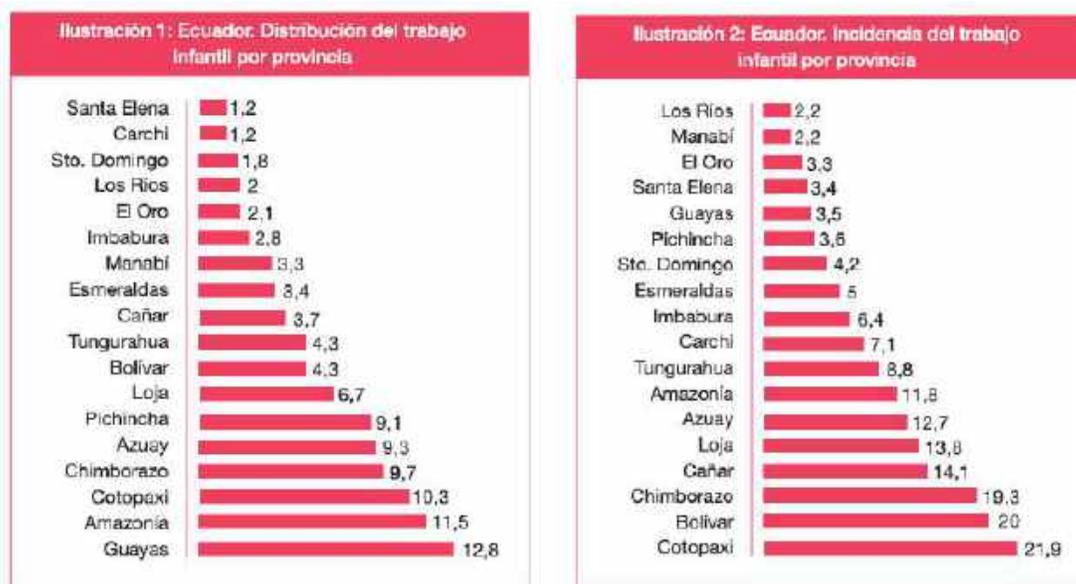
PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Azuay (9,35) y Pichincha (9,1%). Esto contrasta con la provincia de Cotopaxi que tiene la mayor incidencia del trabajo infantil con el 21,9% (Gráfico 34) (109).

Gráfico 34.

Distribución e incidencia del trabajo infantil por provincias 2012.



Fuente: Tomado del Informe Observancia del Trabajo Infantil. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, 2018 (109).

En Ecuador, el porcentaje de niños en situación de trabajo infantil asciende al 8,3%, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) con corte al año 2019. Entre las actuales políticas públicas que conduce actualmente el Estado se ha marcado como objetivo, reducir el indicador de trabajo infantil (niños entre 5 y 14 años) del 6,1% a 4,4%, para el año 2025 (110).

La ENTI mostró que la concentración del trabajo infantil en las provincias cuyas principales actividades económicas provienen de las zonas rurales, pone en evidencia que la principal autoidentificación étnica de niños en condiciones de trabajo, es la "indígena" (26,0%), y en el caso de adolescentes coincide la indígena (39,0%) y la montubia (29,0%) como se visualiza en el Gráfico 35 (109).

Gráfico 35.

Incidencia del trabajo infantil por autoidentificación étnica 2012.



Fuente: Tomado del Informe Observancia del Trabajo Infantil. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, 2018 (109).

El mismo documento identifica las actividades económicas en las cuales las niñas y los niños están desempeñando actividades laborales, siendo que la agricultura (66,0%) es la actividad económica con el mayor margen de actividad vinculada al trabajo infantil, seguida por el comercio (15,5%).

Es importante destacar, que cuando se habla de trabajo infantil, no necesariamente se debe entender como trabajo remunerado. La encuesta demostró que apenas el 30,5% de las niñas y niños que trabajan perciben algún ingreso, situación que es más evidente en el sector rural, en donde el 91,0% declara no tener ingresos.

De acuerdo con cifras del Censo de Población y Vivienda del año 2010, el 5,0% de los niños, no estudiaban ni trabajaban, de los cuales 55,0% eran mujeres y 45,0% hombres. Se estima además que el 70,0% de estos niños realizaban tareas domésticas (109).

5.3 Escolaridad

Con base en datos publicados por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), con corte al año 2017, se puede determinar que la tasa de alfabetismo de adultos en el país es del 92,8%, siendo más alta en hombres (93,8%) que la tasa de las mujeres (92,1%). Por otro lado, en el segmento de jóvenes la tasa de alfabetización es del 99,3%, para mujeres el 99,4% y hombres 99,1%. Estas cifras revelan un cierto estancamiento en la reducción del analfabetismo adulto y una sostenida reducción en el analfabetismo de los jóvenes (111).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Con relación a la escolaridad inconclusa por nivel educativo, se parte de un universo de 5'715.999 de personas, en el cual se incluyen las personas analfabetas. De acuerdo con información de la ENEMDU del año 2020, se precisa que el 11,6% permanece en el analfabetismo, el 17,1% alcanzó la educación general básica media, el 54,1% alcanzó la educación general básica superior y el 17,3%, el bachillerato.

Del segmento que tiene escolaridad inconclusa se desprende que el 48,1% son hombres y el 51,9% son mujeres. Por otro lado, el 58,9% se encuentra en la zona urbana y el 41,1% restante en la zona rural, cifra que contrasta con la concentración de los centros de estudios, que se asientan en las principales urbes del país (ver Tabla 23) (112).

Tabla 23.

Personas con escolaridad inconclusa por nivel educativo.

Cuadro Personas con Escolaridad Inconclusa por nivel educativo					
	Analfabetismo	EGB_Media	EGB_Sup	Bachillerato	Total
Nacional	660.781	974.844	3.093.130	987.244	5.715.999
Hombre	249.506	446.999	1.583.148	467.941	2.747.595
Mujer	411.274	527.845	1.509.982	519.303	2.968.404
Urbana	272.441	500.512	1.883.469	712.878	3.369.301
Rural	388.339	474.332	1.209.660	274.367	2.346.698

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, ENEMDU (2020) (112).

Para evaluar el acceso a la educación podemos señalar, y con base en la información del Archivo Maestro de Instituciones Educativas (AMIE), en el año 2019, el 94,4% de los estudiantes se matriculó en el nivel de educación general básica, mientras que el 87,1% lo hizo en bachillerato. Sin embargo, es necesario evaluar esta información con relación a la permanencia de los estudiantes en los centros de educación. Con base en la misma fuente de información, se puede describir que la asistencia en el nivel inicial fue del 99,6%; en el nivel de educación general básica fue del 98,9%; y en el nivel de bachillerato fue del 101,5%. Esto indica que el total nacional de asistencia, en los periodos 2020-2021 fue de 99,6% (112).

En cuanto al sistema de educación, en el periodo escolar 2020-2021, la mayoría de los estudiantes asiste a instituciones fiscales (80,5%), luego se ubican las privadas (14,3%), fiscomisionales (4,6%) y finalmente las municipales (0,6%). Por tanto, la oferta educativa depende del Estado de manera trascendental (85,7%) (112).

5.4 Brechas de género

El Índice de la Brecha de Género (GDI) es un indicador comparativo que considera recursos y oportunidades¹⁸. En el año 2020 el Ecuador registró un índice de 72,9%, ubicándolo en el puesto 48, en comparación con otros países (11).

Para entender el alcance de este indicador, nos podemos remitir a los resultados del Informe sobre Desarrollo Humano 2020, elaborado por el PNUD para analizar algunas variables que inciden en la brecha de género, entre ellas, el Índice de Desarrollo de Género (IDG)¹⁹. En el año 2019 el IDH de las mujeres fue de 0,743, mientras que el de los hombres fue de 0.768. Por tanto, el IDG fue del 0,967, lo que significa que las mujeres tuvieron 96,7% de oportunidades en comparación con los hombres (8).

Tabla 24.

Índice de Desarrollo de Género de Ecuador en 2019 respecto de algunos países y grupos seleccionados.

	Relación mujeres-hombres	Valores del IDH		Esperanza de vida al nacer		Años esperados de escolaridad		Años promedio de escolaridad		INB per cápita	
	Valor del índice de Desarrollo de Género	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Ecuador	0.967	0.743	0.768	79.8	74.3	14.9	14.3	8.7	8.9	7,874	14,211
Perú	0.957	0.759	0.793	79.5	74.1	14.9	15.1	9.1	10.3	9,889	14,647
República Bolivariana de Venezuela	1.009	0.712	0.706	76.0	68.3	13.8	11.8	10.6	10.0	5,173	8,973
Latinoamérica y el Caribe	0.978	0.755	0.772	78.7	72.4	15.0	14.3	8.7	8.7	10,706	19,046
IDH alto	0.961	0.736	0.766	78.0	72.8	14.1	13.9	8.2	8.7	10,529	17,912

Fuente: Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD 2020 (8).

Otro indicador, válido para analizar las brechas de género, es el Índice de Desigualdad de Género introducido en el 2010, que pone sobre la mesa tres dimensiones: salud reproductiva (medida por la tasa de mortalidad materna y la tasa fecundidad entre las adolescentes); el empoderamiento (medido por los escaños de mujeres logrados en la Asamblea Nacional y logros de cada género en educación secundaria y superior); y, actividad económica (medida por la tasa de hombres y mujeres en el mercado laboral).

¹⁸ **Índice de la Brecha de Género** pueden acceder hombres y mujeres, tomando como referencia de medición la realidad de 153 países; el objetivo de este indicador es medir la brecha de las desigualdades de género, en la participación de hombres y mujeres en la economía, el ámbito laboral cualificado, política, educación y esperanza de vida

¹⁹ **Índice de Desarrollo de Género (IDG)**: aborda tres dimensiones básicas: salud (medido por la esperanza de vida); educación (medida por lo años de escolaridad); y, control sobre los recursos económicos (medido por el INB (PIB) per cápita).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Para el año 2019, el Ecuador tuvo un índice de 0,384, bastante cercano al promedio obtenido Latinoamérica y el Caribe (0,389), con el que ocupa el puesto 86 entre 163 países, siendo que Perú ocupa el puesto 87 y Venezuela el 119.

En esta línea, se cuenta con una tasa de mortalidad materna de 59 madres, cada 100.000 nacidos vivos, una tasa de fecundidad entre las adolescentes mujeres (entre 15 y 19 años) de los 79,3 nacimientos cada 1000 mujeres, y el número de escaños alcanzados en la Asamblea Nacional son 38. En cuanto a la educación, el 52,5% de mujeres han alcanzado al menos un año de educación secundaria, en contraste con el 53,3% de hombres; y, en el indicador que tiene una mayor brecha sobre la participación en la fuerza de trabajo, las mujeres se ubican en el 55,2% frente al 81,1% de los hombres (8).

Tabla 25.

Índice de Desigualdad de Género de Ecuador en 2019 respecto de algunos países y grupos seleccionados.

	Valor del índice de Desigualdad de Género	Clasificación según el índice de Desigualdad de Género	Tasa de mortalidad materna	Tasa de fecundidad entre las adolescentes	Escaños parlamentarios ocupados por mujeres (%)	Población con al menos un año de educación secundaria (%)		Tasa de participación en la fuerza de trabajo (%)	
						Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Ecuador	0.384	86	59	79.3	38.0	52.5	53.3	55.2	81.1
Perú	0.395	87	88	56.9	30.0	58.9	69.4	70.3	85.1
República Bolivariana de Venezuela	0.479	119	125	85.3	22.2	71.7	66.6	45.4	74.9
Latinoamérica y el Caribe	0.389	—	72.7	63.2	31.4	60.4	59.7	52.1	76.9
IDH alto	0.340	—	62.3	33.6	24.5	69.8	75.1	54.2	75.4

Fuente: Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD 2020 (8).

5.5. Distribución del ingreso

Con base en los resultados de la ENEMDU, es necesario citar que en junio de 2021 la pobreza por ingresos²⁰ a nivel nacional se encontraba en el 32,2%, de los cuales el 24,2% estaba en la zona urbana, mientras que el 49,2% se registró en la zona rural. Esto evidencia las condiciones de la población que se ubica en zona rural. Además, la pobreza extrema²¹ a nivel nacional se ubica en el 14,7%, en el área urbana el 8,4% y en el área rural el 28%.

²⁰ Ingreso total per cápita, menor a \$57,29

²¹ Ingreso total per cápita, menor a \$32,28

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Para entender la realidad del Ecuador con relación a la desigualdad de los ingresos, tomamos como referencia el coeficiente GINI, que indica cómo se distribuye el ingreso per cápita de la población. Entre más se acerque este indicador del GINI a 1, mayor será la desigualdad que exista. Este indicador por sí solo no es un factor determinante para establecer el bienestar o las condiciones de vida de una sociedad. En el mes de junio de 2021, se ubicaba en 0,493 a nivel nacional, 0,478 en el área urbana y 0,477 en el área rural. Si lo comparamos con los resultados de junio de 2019, podemos concluir que tanto el indicador nacional como el urbano, no tienen una variación estadísticamente significativa, mientras que el indicador de la zona rural, muestra un incremento significativo, pasando del 0,432 al 0,477(6).

Tabla 26.

Coeficiente GINI junio 2016 a junio 2021.

Indicador	Área	jun-16	jun-17	jun-18	jun-19	jun-21	Variación significativa jun19/jun21
Gini	Nacional	0,465	0,462	0,472	0,478	0,493	No
	Urbano	0,445	0,442	0,452	0,462	0,478	No
	Rural	0,446	0,434	0,448	0,432	0,477	Sí

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2021 (6).

Con información al mes de agosto de 2021, el costo de la Canasta Básica Familiar (CBF), que está compuesta por 75 productos que pueden consumirse por lo menos una vez al mes en un hogar, se ubicó en \$712,67, cuyo costo se incrementó en 0,14% con relación al mes anterior y en el 0,19% en relación con agosto de 2020. Este rubro tiene variaciones de acuerdo con las regiones donde se evalúa: en la región de la costa (\$697,88) y en la sierra (\$727,46). Se destaca que la ciudad más cara es Cuenca con un costo por CBF de \$741,15 (113). Por otro lado, la Canasta Vital²², tuvo un costo de \$502,35, reportando un incremento del 0,22% con relación a julio de 2021.

Si se compara el costo de la CBF y de la Canasta Vital, frente al ingreso familiar mensual promedio, que se compone de las remuneraciones nominales y los sobresueldos mensualizados (sin fondos de reserva) en un hogar tipo de 4 personas, habiendo por los menos 1,6 receptores de una remuneración básica unificada, este ingreso al mes de agosto del año 2021, asciende a \$746,67. Podemos concluir que la CBF está cubierta en un 104,77%, mientras que la Canasta Vital está cubierta en 148,63% (113).

²² **Canasta vital:** compuesta por 73 productos y además en menor cantidad.

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES
Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 27.
Evolución Canasta Familiar Básica y Canasta Vital.

Mes	Canasta Familiar Vital		Ingreso Mensual Familiar (b)	Restricción / Excedente en el consumo* (a)-(b)	Cobertura del Ingreso Familiar	Mes	Canasta Familiar Básica		Ingreso Mensual Familiar (b)	Restricción / Excedente en el consumo* (a)-(b)	Cobertura del Ingreso Familiar
	(a)	Variación mensual					(a)	Variación mensual			
ago-20	502,32	-0,16%	746,67	-244,35	148,64%	ago-20	711,33	-0,33%	746,67	-35,34	104,97%
sep-20	500,91	-0,28%	746,67	-245,76	149,06%	sep-20	711,03	-0,04%	746,67	-35,65	105,01%
oct-20	500,37	-0,11%	746,67	-246,30	149,22%	oct-20	710,74	-0,04%	746,67	-35,94	105,06%
nov-20	501,37	0,20%	746,67	-245,30	148,93%	nov-20	711,12	0,05%	746,67	-35,56	105,00%
dic-20	500,79	-0,11%	746,67	-245,87	149,10%	dic-20	710,08	-0,15%	746,67	-36,59	105,15%
ene-21	501,36	0,11%	746,67	-245,31	148,93%	ene-21	712,11	0,29%	746,67	-34,56	104,85%
feb-21	501,28	-0,02%	746,67	-245,38	148,95%	feb-21	712,07	-0,01%	746,67	-34,61	104,86%
mar-21	501,17	-0,02%	746,67	-245,50	148,99%	mar-21	711,80	-0,04%	746,67	-34,88	104,90%
abr-21	501,79	0,12%	746,67	-244,88	148,80%	abr-21	711,18	-0,09%	746,67	-35,49	104,99%
may-21	501,51	-0,05%	746,67	-245,15	148,88%	may-21	710,95	-0,03%	746,67	-35,73	105,03%
jun-21	499,89	-0,32%	746,67	-246,77	149,37%	jun-21	709,40	-0,22%	746,67	-37,28	105,25%
jul-21	501,25	0,27%	746,67	-245,42	148,96%	jul-21	711,68	0,32%	746,67	-35,00	104,92%
ago-21	502,35	0,22%	746,67	-244,31	148,63%	ago-21	712,67	0,14%	746,67	-34,00	104,77%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2021 (113).

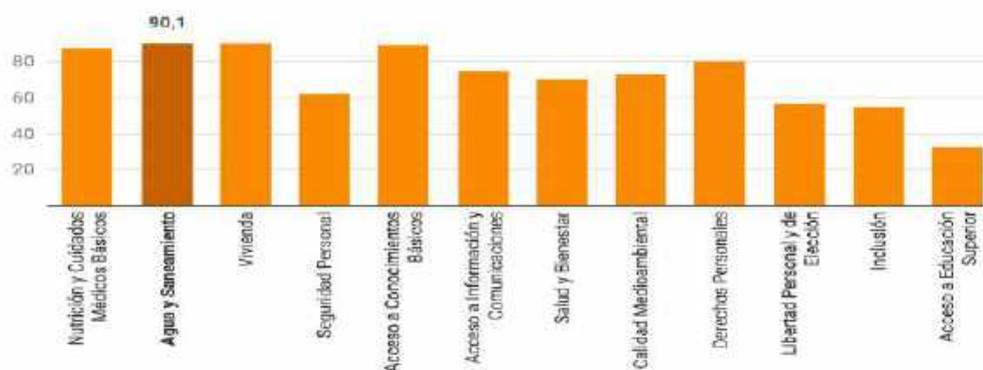
5.6. Condiciones de vida

Tomando como referencia el Índice de Progreso Social (IPS), desarrollado por el Social Progress Imperative, organización sin fines de lucro, socia regional de INCAE Business School, este indicador clasifica el desempeño social de varios países en los últimos 10 años, considerando 50 indicadores, que buscan medir si están cubiertas las principales necesidades básicas humanas (nutrición y cuidados básicos de salud, agua y saneamiento, vivienda y seguridad personal); bienestar (conocimientos básicos, acceso a información y comunicaciones, salud y bienestar, y calidad medioambiental); y, oportunidades (derechos personales, libertad personal y de elección, tolerancia e inclusión, y acceso a la educación superior). Se considera un índice complementario al PIB o del nivel de desarrollo de un país (114).

Basados en este indicador, en 2019 Ecuador ocupó el puesto 48 entre 149 países analizados, con un IPS de 71,88, y un PIB per cápita medido por paridad poder adquisitivo (PPP), de \$10.412, posición que denota una mejora con relación al indicador del año 2014. Comparado con los países de la región, el país se ubica en el puesto 8 (114).

Gráfico 36.

Principales indicadores del Índice de Progreso Social en Ecuador 2019.



Fuente: Tomado de la Revista Digital, 2019 (114).

5.7 Servicios básicos

En contraste y basados en el informe de la sexta Ronda de la Encuesta Condiciones de Vida 2014 (ECV), aparte de lo ya descrito en ítems anteriores con respecto a la cobertura de servicios básicos, es importante destacar algunas cifras relevantes adicionales:

La ECV muestra cifras con relación a la eliminación adecuada de excretas, el 91,4% de los hogares del país cuenta con este servicio, el porcentaje en la zona urbana es del 97,0% y el 78,9% en la zona rural; la relación de acceso a este servicio por región es la siguiente: Sierra el 94,0%, Costa el 90,1% y Amazonía el 79,0%; en cuanto a los quintiles de pobreza, el quintil más pobre cuenta con este servicio en un 76,9% y el más rico con el 99,4%.

En cuanto a la recolección de basura como servicio de los GAD'S²³, es evidente que depende de las condiciones de acceso a los hogares, la cifras demuestran que el 98,4% de los hogares de la zona urbana tienen este servicio, mientras que en la zona rural, apenas el 49,9%; en la Costa y Sierra la cobertura de este servicio está en alrededor del 84,0%, mientras que en la Amazonía el 71,1%; en función de lo quintiles de pobreza, el 61% de los hogares más pobres tienen acceso al servicio, versus el 97,3% de los hogares más ricos.

Con relación al servicio eléctrico por red pública, las cifras demuestran que el 99,7% de los hogares ubicados en la zona urbana cuentan con este servicio, en la zona rural el 95,6% de los hogares accede a la red pública; la Sierra tiene un

²³ GADS: Gobiernos Autónomos Descentralizados

99,2%, y la Costa el 98,5% de cobertura, mientras que en la Amazonía la cobertura es del 90,1%; con relación a los quintiles de pobreza, el más rico tiene un acceso del 99,8% y el quintil más pobre del 95,5% (115).

5.8. Vivienda

La ECV ofrece un panorama relacionado con la vivienda, por tenencia y forma de posesión, considerando algunas variables sociodemográficas. A la fecha de la encuesta se estimaban 4'346.026 de hogares a nivel nacional, de los cuales 2'756.928 contaban con vivienda propia (63,0%), con vivienda arrendada el 19%, y otro tipo de tenencia el 17,5%. De quienes tienen vivienda propia, el 63,2% dispone de título de propiedad, el 20,5% tiene los documentos en trámite y el 16,3% no dispone de ningún título que certifique la propiedad. De los hogares que cuentan con vivienda propia, el 73,9% se declaró como jefe de hogar a un hombre, frente al 26,1% que consideró a la mujer con esta condición (115).

Con relación al grupo etario de los jefes de hogar que poseen vivienda, los mayores porcentajes están en los rangos de 45 y 54 años con el 22,6% y los mayores a 65 años con el 22,5%. Sin embargo, es a partir de los 35 años cuando se evidencia una propensión a tener vivienda propia. La instrucción educativa de aquellos jefes de hogar que disponen vivienda propia, mayoritariamente tiene instrucción primaria con el 46,3%. En cuanto a la autodefinición étnica, el 75,21% de los jefes de hogar se identifican con el grupo mestizo, a diferencia del grupo autodefinido como afroecuatoriano con el 4,8% (115).

Por otro lado, de los 4'346.026 de hogares registrados en la encuesta, el 63,3% viven en una casa o villa, el 20,9% en un departamento en casa o edificio, el 4,1% en un cuarto de arriendo, el 5% en una mediagua, mientras que en otro tipo de vivienda el 6,8%. Hay que destacar que en el sector rural el 76,0% de los hogares habita una casa, frente al 57,6% de la zona urbana, que además cuenta con un alto porcentaje que habita en departamentos (29,0%).

Para acceder a los hogares, el 56,4% lo hace a través de carretera, calle pavimentada o adoquinada, mientras que el 32,3% lo hace mediante vías lastradas o de tierra, el 5,2% por empedrado y el 6,1% otro tipo de vía. De acuerdo con la zona geográfica, varían el tipo de vía, en la zona urbana el 71,1% del acceso es a través de vías pavimentadas o adoquinadas, mientras que en la zona rural el 51,5% es a través de vías de tierra o lastradas (ver Tabla 28) (115).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 28.

Distribución de los hogares por tenencia de la vivienda que ocupa y vías de acceso, año 2014.

Nivel de desagregación	Tipo de vivienda	Vías de acceso a la vivienda										
		Total (Hogares)	Casa/Villa (%)	Departamento en casa o edificio (%)	Cuarto en casa de inquilinato (%)	Mediagua (%)	(a)Otro (%)	Total (Hogares)	Carretera, calle pavimentada o adoquinada (%)	Empedrado (%)	Lastrado/calle de tierra (%)	(b)Otra (%)
Área*	Nacional	4.346.026	63,3	20,9	4,1	5,0	6,8	4.346.026	56,4	5,2	32,3	6,1
	Urbano	2.992.975	57,6	29,0	4,9	4,2	4,3	2.992.975	71,1	4,4	23,7	0,9
	Rural	1.353.051	76,0	3,0	2,3	6,6	12,2	1.353.051	23,8	7,1	51,5	17,6
Región Natural	Total	4.346.026	63,3	20,9	4,1	5,0	6,8	4.346.026	56,4	5,2	32,3	6,1
	Sierra	2.000.604	63,3	25,4	5,2	5,6	0,5	2.000.604	60,8	6,0	26,2	7,0
	Costa	2.136.239	62,3	17,7	2,8	4,3	12,8	2.136.239	54,4	4,4	36,7	4,6
	Amazonía	200.009	74,5	8,5	7,3	5,3	4,4	200.009	33,5	6,4	46,8	13,4
Galápagos	9.174	53,9	37,9	5,8	2,6	*	9.174	64,0	0,3	35,5	0,1	

Fuente: Tomado de la Encuesta de Condiciones de Vida, 2014 (115).

5.9. Discapacidades

La referida encuesta reveló que el 3,5% de la población encuestada tiene algún tipo de discapacidad (558.335 personas), con relación a los hombres el 3,9% y las mujeres el 3,2%. Con relación a la edad, a partir de los 55 años hay mayor propensión a las discapacidades. Llama la atención que el nivel de instrucción de las personas con discapacidades se concentra en ninguna o primaria (115).

5.10. Salud

De acuerdo con los resultados de la ECV, en el 2014 las personas que tenían algún tipo de cobertura de salud o seguro, alcanzaban el 41,4% de la población. En la zona urbana tenían acceso el 43,5%, mientras que en la zona rural el 37,2%. En la Sierra se identificó un mayor número de personas con cobertura de algún seguro (46,8%), seguido de la Costa (37,5%) y la Amazonía (33,8%). Analizando por el quintil de pobreza la brecha se hace más evidente: apenas el 23,3% de las personas pobres tienen acceso a seguro, y el 65,9% de las personas ricas tienen cobertura de salud. Es una clara ilustración de las desigualdades en salud (115).

Con relación al acceso a seguro de salud público, el 40,7% de población encuestada tenía acceso a este servicio. De acuerdo con el lugar de residencia, hay una mayor participación en la zona urbana que en la rural (42,5% y 37,0% respectivamente). En cuanto a las regiones, la mayor proporción de acceso a este seguro está en la Sierra (46,0%), seguido de la Costa (36,8%) y finalmente la

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Amazonía (33,5%). Teniendo presentes los quintiles de pobreza, se observa que el 64% del quintil de personas más ricas tienen acceso a este seguro, figura que es ampliamente diferente a la realidad del quintil más pobre que cuenta con apenas el 23,3% de acceso a este servicio en este segmento de la población (115).

Además, la población encuestada refirió haber tenido más enfermedades en la zona rural (41,3%), que en la zona urbana (40,7%). Si bien estas cifras no muestran grandes diferencias, la realidad es diferente por regiones: en la región Costa existe mayor propensión a una enfermedad con el 43,2%, mientras que en la Sierra es de 39,1% y en la Costa de 33,8%. Si se tienen en cuenta los quintiles de pobreza, en el segmento más pobre se registra un porcentaje de enfermos de 36,4% en el último mes, mientras que el segmento de personas más ricas, el porcentaje se ubica en el 43,2%. Todos estos indicadores muestran la desigualdad entre ricos y pobres (115).

Como alternativa de atención en salud, el 33,1% de los encuestados a nivel nacional, accede a establecimientos de salud públicos, en mayor porcentaje de participación acuden las personas de la zona rural (37,3%), que la zona urbana (31,1%). Si analizamos por regiones, en la región Amazónica acuden mayoritariamente al sistema público de salud (43,0%), seguido de la Costa (33,9%) y en la Sierra (31,2%). El quintil de personas más pobres es el que en mayor proporción accede al sistema público con un 40,0%, por otro lado, el segmento de personas más ricas accede en un 24,2% a estos establecimientos de salud (115).

En cuanto a las patologías más comunes a nivel país para el 2014 reportadas por los encuestados fueron: el sobrepeso, afecciones respiratorias, desnutrición crónica y enfermedades diarreicas. Dicho lo anterior, se refleja que el 64,0% de la población evidencia sobrepeso, con mayor participación en la zona urbana (65,7%), y en los quintiles de la población con mejor posición (cuarto y quinto), que reportan porcentajes de obesidad de su segmento, de alrededor del 67,0%. Las enfermedades respiratorias no revisten mayor diferencia entre la zona urbana y la rural, sin embargo, por región encontramos las diferencias más notorias, siendo más propensa la región de la Costa a este tipo de afecciones, con un 50,0% de su población, seguida de la Amazonía con un 47,0% y luego la Sierra con un 41,7%. La desnutrición crónica es más evidente en la zona rural (31,9%); a nivel nacional esta severidad de desnutrición alcanza al 23,9% de la población. Las enfermedades diarreicas tienen una mayor participación en la zona rural (19,5%), superior a la zona urbana (15,6%), más común en la región Amazónica allí la población que padece este cuadro es alrededor del 24,6%; sin duda, y con

relación a las condiciones de vida que tiene el quintil más pobre de la población, este se ve afectado por esta patología en un 19,5% (115).

5.11. Educación

La tasa neta de matrícula primaria, entendida como la relación del número de alumnos que están matriculados en una institución primaria frente al total de niños del rango de edad, entre 6 y 11 años, la encuesta revela que a nivel nacional el 94,0% de niños en edad escolar están matriculados, en la zona rural el 93,4% y en la zona urbana 92,8% (115).

Las provincias que evidencian menores porcentajes de tasa de matrícula son Morona Santiago (90,9%), Guayas (91,1%) y El Oro (91,1%); a diferencia de Napo (95,6%), Santa Elena (95,3%), Tungurahua (95,3%), Azuay (94,8%) y Zamora Chinchipe (94,8%), que reportan porcentajes mayores. Al realizar una comparación de esta tasa con los quintiles de pobreza, se puede indicar que no existen mayores diferencias. En todos los segmentos de matrícula se encuentra en alrededor del 93%. Desde la óptica regional, la Sierra es la que tiene mayor cobertura con el 94%, en tanto que la Costa el 92,1% y la Amazonía el 92,7% (115).

Por otro lado, la tasa neta de matrícula básica, que comprende niños en edades de 6 a 14 años, a nivel nacional se encuentra en el 95,2%, al comparar este indicador con la tasa neta de matrícula primaria (94,0%) y la tasa neta de matrícula secundaria, que incluye a personas entre 12 y 17 años, la cual a nivel nacional está en el 81,0%. Dicho esto, a medida que avanzan los niveles educativos, se evidencia que hay menos niños en la educación escolar, lo que llama a reflexionar respecto a las causas del retiro escolar, ya que no necesariamente es deserción sino necesidad de la familia (115).

petróleo, apenas el 0,5% se consideran vehículos amigables con el medio ambiente (híbridos o eléctricos) (115).

Con relación a lo siniestros por accidentes de tránsito en el 2019, se registraron 24.595 eventos, de los cuales los principales en participación son: Choques (46,0%), atropellos (16,0%), estrellamiento (13,0%) y pérdida de pista (12,0%), entre otros (116).

Para que se produzcan siniestros de tránsito existen varias causas. De acuerdo con su ocurrencia podemos citar como principales las siguientes: impericia e imprudencia 48,1%; exceso de velocidad 16,3%; irrespeto a las señales de tránsito 12,6%; embriaguez o drogas 7,4%; invasión de carril 7,2%; e, imprudencia del peatón 5,1%; entre otras. Varios de estos siniestros de tránsito produjeron víctimas, que en el 2019 alcanzaron 22.179 personas, de las cuales fallecieron el 9,8% (116).

5.13. Inserción laboral de personas con discapacidad

En el Ecuador, existe marco regulatorio y normativo específico, que protege a las personas con discapacidad. En este sentido, el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS) es la institución encargada de asegurar la vigencia y el ejercicio, de los derechos de las personas con discapacidad, de conformidad con la Constitución de la República, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Orgánica de Discapacidades del Ecuador (117).

De acuerdo con la información publicada por el CONADIS, a enero 2020 existen 483.041 personas registradas, que tienen alguna discapacidad, el 46,6% es física, el 22,3% es intelectual, el 14,0% es auditiva, el 11,7% es visual y el 5,4% es psicosocial; el grado de discapacidad que evidencian estas personas, tiene mayor participación entre 30,0% a 49,0% (leve) el 45,0% de personas registradas y entre 50,0% a 74,0% (moderada) el 35,0% (117).

Es importante citar que, la Ley Orgánica de Discapacidades establece que el porcentaje mínimo de discapacidad para que una persona sea considerado como tal es el 30,0%; por lo que en la actualidad el CONADIS y el Ministerio de Salud Pública pueden emitir el carné identificativo de discapacidad, mismo que otorga a su titular algunos beneficios (118).

Además, el mayor porcentaje de personas con discapacidad se encuentra concentrado en el grupo etario de entre 30 – 64 años, representando el 47,01% del total de la población con discapacidad de tal manera que el indicador de personas con discapacidad insertadas al sector laboral, se empieza a medir desde el año 2017. Con corte a julio del 2021, se encuentran 62.298 personas con esta condición, de las cuales el 71,5% lo hicieron al sector privado, mientras el 28,5%

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

están en el sector público. Desde diciembre de 2019 hasta julio de 2021, han disminuido el 10,7% de plazas de trabajo de personas con discapacidad, (ver tabla 29). (117), (119).

Tabla 29.

Trabajadores con discapacidad insertados en el sector laboral periodo 2017 – 2021.

Mes de Corte	Año	Sector Privado	Sector Público	Total
agos-17	2017	44.408	13.753	58.161
dic-18	2018	50.084	17.334	67.418
dic-19	2019	51.181	18.549	69.730
dic-20	2020	44.984	18.096	63.080
jul-21	2021	44.532	17.766	62.298

Fuente: Ministerio del Trabajo, 2021 (119).

5.14. Pueblos y nacionalidades

De acuerdo con la información proporcionada por el INEC, con base en las cifras del Censo de Población y Vivienda del año 2010, la población del Ecuador de acuerdo con la autodefinición étnica, mayoritariamente se define como mestiza (71,9%), la parte restante se divide entre montubia (7,4%), afroecuatoriana (7,2%), indígena (7,0%), blanca (6,1%) y otras (4).

Con respecto a la ubicación de las diferentes etnias, los indígenas se encuentran mayoritariamente en la zona rural, en un 78,4%; los afroecuatorianos se asientan sobre todo en la zona urbana, en un 74,3%; los montubios se ubican en la zona rural, en un 59,4%; los mestizos están en un 66,2% en la zona urbana; y, los que se autodefinen como blancos, en la zona urbana en un 81,4% (4).

Si bien el Ecuador en su mayoría se autodefine como población mestiza, algunas provincias presentan marcados matices con otras etnias. En la provincia del Guayas, además de la población mestiza (67,5%), existe un alto número de montubios (11,3%), blancos (9,8%) y afroecuatorianos (9,7%). En Pichincha la población mestiza es predominante (82,1%). En Manabí, además de los mestizos (69,7%), encontramos un alto porcentaje de montubios (35,1%). En Los Ríos tenemos un alto porcentaje de mestizos (52,9%) y montubios (35,1%), mientras que Azuay se autodefine mayoritariamente como mestizos (89,6%), al igual que la provincia de El Oro (81,6%) (4).

En la provincia de Esmeraldas tienen un alto porcentaje las etnias mestiza (44,7%) y afroecuatoriana (43,9%); Tungurahua tiene una mayor participación de mestizos (82,14%), seguida de indígenas (12,4%); Chimborazo es una de las provincias con mayor proporción de indígenas (38,0%); la provincia de Loja se autodefine mayoritariamente como mestiza (90,2%); Cotopaxi e Imbabura son provincias que tienen una alta participación de etnia indígena (22,1% y 25,8%, respectivamente);

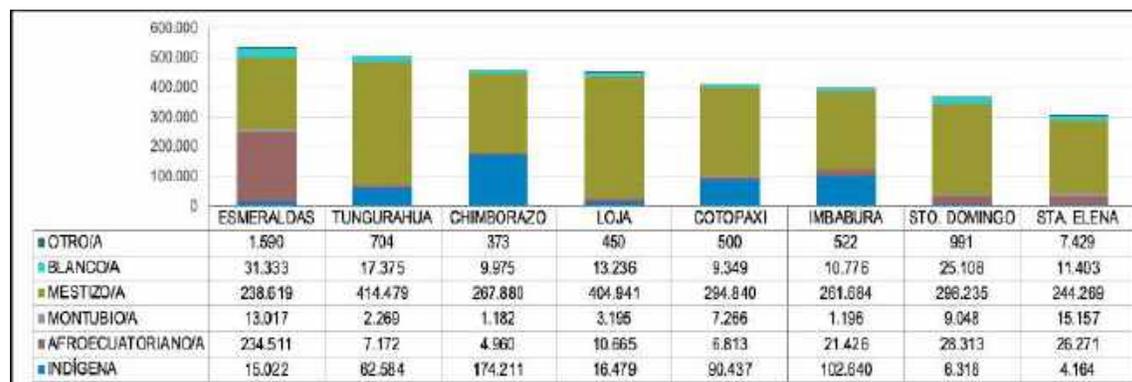
PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Santo Domingo y Santa Elena se autodefinen con un alto porcentaje de población mestiza. (ver gráfico 38)(81,0% y 79,1%) (4).

Gráfico 38.

Provincias con menos de 600 mil y más de 300 mil habitantes por etnias.

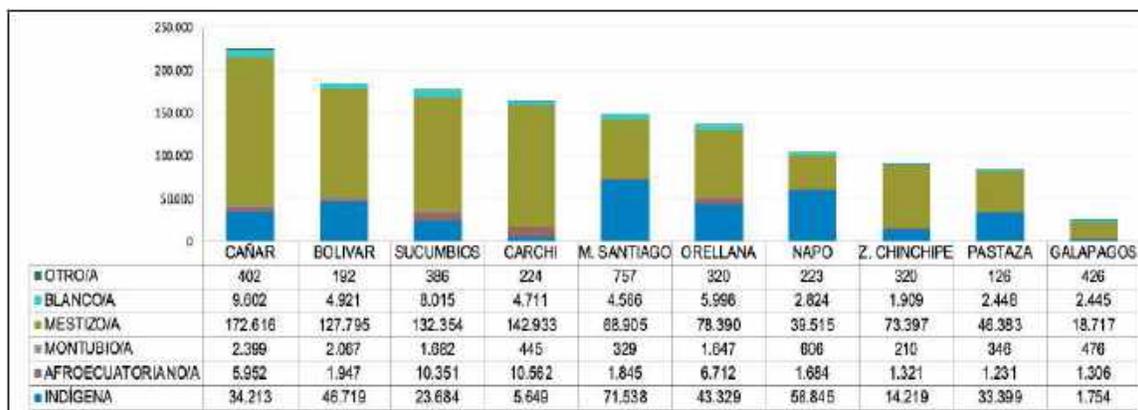


Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2010 (4).

Las provincias que tienen menos de 300 mil habitantes (ver Gráfico 39), encontramos en su mayoría aquellas que se ubican en la región amazónica. Sin embargo, Cañar tiene población mestiza en un 76,7% e indígena en un 15,2%; Bolívar además de los mestizos (69,6%), tiene una alta participación de indígenas (25,4%); Sucumbíos se compone, entre otras, de mestizos (75,0%) e indígenas (13,4%); Carchi se autodefine mayoritariamente como mestiza (86,9%); Morona Santiago se define en mayor proporción como indígena (48,4%), seguida de mestizos (46,6%); Orellana presenta más población mestiza (57,5%), así como una alta participación de indígenas (31,8%); Napo es la provincia del Ecuador con mayor proporción de indígenas (56,8%); Pastaza muestra más mestizos (55,3%) e indígenas (39,8%); mientras que Zamora Chinchipe y Galápagos, tienen un alto porcentaje de mestizos (80,3% y 74,5%, respectivamente) (4).

Gráfico 39.

Provincias de menos de 300 mil habitantes por etnia.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2010 (4).

5.15. Comunidad LGBTI

La reflexión técnica elaborada por el Consejo de Protección de Derechos, publicada en junio de 2021 destaca que, en el Ecuador a partir del año 1997, la lucha por la reivindicación de los derechos de personas de diversidad de sexo genérica, han tenido importantes avances normativos.

Según el estudio realizado en el INEC en el 2013, el 65,6% de las personas LGBTI entrevistadas sufrieron de violencia en espacios públicos; mientras que un 52,1% han sido víctimas de violencia en espacios privados. El estudio señalado se levantó sobre una base de 2.805 personas entrevistadas, en las ciudades de Quito, Guayaquil, Portoviejo, Machala, Babahoyo, Ibarra, Santa Elena, Salinas, Libertad y Manta. Dicho estudio permitió llegar a las siguientes conclusiones:

- Con relación a su situación familiar el 77,1% son solteros, mientras que el 19,7% está en pareja, casado o unión libre; el 10,4% tienen hijos, de los cuales el 85,6% por fecundidad natural; de aquellos que no tienen hijos el 45,2% ha considerado ser padre o madre; el 44,4% viven solos y apenas el 16,1% vive en pareja.
- En cuanto el reconocimiento de sus derechos, más del 70,0% sabe que cuenta con un marco normativo que los ampara; el 61,6% sabe que el COIP castiga los delitos de odio por orientación sexual y 90,0% reconoce el derecho constitucional de no discriminación.
- El 40,6% de los entrevistados tiene instrucción superior, pero el 68,2% no tiene título; seguida de un grupo importante que tiene educación media o

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

bachillerato, con un 37,1%; es bajo el porcentaje de personas que no tienen algún nivel de instrucción, 0,3%.

- La mayoría de los entrevistados no tiene acceso a la seguridad social (58,0%), frente al 31,0% que sí lo tiene; por otro lado, el 11,0% dispone de algún seguro privado de salud (120).

Por lo antes descrito, es fundamental que este grupo tenga acceso a servicios de atención de la salud. En el último año, el 84,0% de los entrevistados acudieron a una casa de salud por atención, el 60,1% acudió a un centro de atención de la red pública, mientras que el 37,9% lo hizo en un centro de atención privado. Los entrevistados que recibieron charlas de orientación sobre sexo seguro, en un 74,2% utilizan algún método de protección; versus el 56,1% de aquellos que no han recibido charla alguna (120).

De acuerdo con las ocupaciones que se registraron en la encuesta (ver Tabla 30), se observa que las principales actividades económicas que realizan son bastante comunes. Los ingresos que percibían los entrevistados, se concentran entre \$293 y \$584 con un 45,6%, en el momento de la entrevista significaba alrededor de 2 SBU²⁴. Otro grupo importante son aquellos que percibían 1 SBU, con el 27,8%(120).

Tabla 30.

Población LGBTI ocupada por grupos de ocupación 2013.

Ocupación	Porcentaje
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	49,5%
Profesionales científicos e intelectuales	11,3%
Personal de apoyo administrativo	11,3%
Ocupaciones elementales	9,8%
Técnicos y profesionales del nivel medio	8,5%
Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	3,8%
Directores y gerentes	3,5%
Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores	1,8%
Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros	0,5%
Total	100%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2013 (120).

²⁴ SBU: Salario básico unificado, \$292 a diciembre 2012

Es importante evaluar en este grupo el nivel de discriminación que enfrenta, que parte desde la aceptación de su condición, el estudio demostró que, el mayor porcentaje de aceptación que encuentran estas personas está dado por: amigos (89,0%), compañeros de trabajo (86,0%) o compañeros de estudio (81,0%). En contraste, los más altos niveles de rechazo los encuentran entre sus familiares directos: padre (13,0%), madre (9,0%), padrastro o madrastra (12,0%) e hijos/hijas (8%). El 70,9% de los entrevistados reconoció haber tenido algún tipo de trato discriminatorio, marcado por excesivo control, imposición, rechazo y hasta violencia. Los eventos de discriminación que han sufrido se producen en diferentes entornos, siendo el educativo y el laboral, donde se han sentido más vulnerados (120).

6. CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA

En las últimas décadas, los cambios en los patrones demográficos y epidemiológicos de la población de la mayoría de los países del mundo aumentaron la importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo, por ser las primeras causas de muerte. Esto constituyó un desafío para la práctica de la vigilancia en la salud, que tradicionalmente se había enfocado en las enfermedades infecciosas (121).

Las ENT al ser afecciones de larga duración que evolucionan en el tiempo y generan altas tasas de morbilidad, afectan el bienestar individual y familiar, y son la principal causa de mortalidad general y de mortalidad prematura evitable en el mundo, las Américas y el Ecuador. Su carga repercute en el desarrollo socioeconómico y representa un alto peso financiero para el sector de la salud (122).

Entre los determinantes de las ENT existen varios factores de riesgos comportamentales, que se relacionan con los estilos de vida que pueden modificarse mediante acciones de promoción de la salud, vigilancia y atención primaria de salud. Entre los indicadores de factores de riesgo comportamentales modificables asociados se pueden mencionar: las tasas de prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y drogas; el sedentarismo y la inactividad física; la dieta inadecuada y los malos hábitos alimenticios, mismos que guardan relación con los siguientes factores de riesgo: sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial, glucosa elevada en sangre y colesterol elevado en sangre (121), (122).

Como se observa en el gráfico 40, los principales riesgos conductuales en el 2007 fueron la desnutrición y el consumo de alcohol, los cuales experimentaron una disminución considerada en relación con el índice de masa corporal elevada que pasó a ser la primera causa de riesgo metabólico en el 2019. Además, otro cambio importante en este período fue la glucosa en ayunas elevada que pasó de ocupar

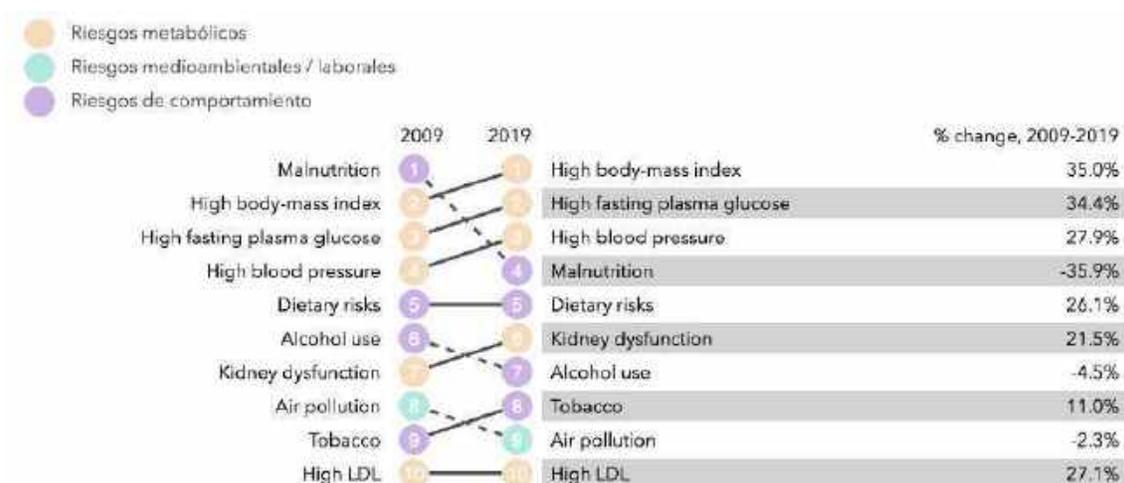
PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

el 3er lugar en el 2009 al 2do lugar en el 2019, evidenciándose el crecimiento de riesgo metabólico durante estos últimos años (5).

Gráfico 40.

Factores de riesgo que contribuyen a los Años de Vida Saludable perdidos (AVISA) en 2019 y porcentaje de cambio, 2009-2019.



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). ECUADOR profile, 2020 (5).

Según datos del Ministerio de Salud Pública (MSP), la hipertensión arterial (HTA), la diabetes y la dislipidemia son cada vez más frecuentes en consultas y egresos hospitalarios. Se encuentran entre las diez primeras causas de morbilidad y mortalidad junto con las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades isquémicas y las afecciones cardíacas. En el 2018, la HTA esencial primaria fue la segunda causa de atenciones ambulatorias (122).

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el 2018 reportó que las ENT representaron el 53,0% del total de las muertes. De estos, el 48,6% correspondió a enfermedades cardiovasculares, el 30,0% a cáncer, el 12,4% a diabetes y el 8,7% a enfermedades respiratorias crónicas (122).

Con motivo de los anteriores resultados, se aplicó la Encuesta STEPS, que permite evaluar los avances del país hacia el cumplimiento de los compromisos mundiales y regionales sobre las políticas de prevención y control de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. Al ser la primera encuesta nacional, se utilizó el método de vigilancia progresivo STEPS de la OPS/OMS, ejecutada en el periodo de mayo a junio de 2018, con una muestra

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

nacional de 6.680 adultos hombres y mujeres de 18 a 69 años y una tasa de respuesta de 69,4% (122).

Las estadísticas de los factores de riesgo pormenorizados, revelaron lo siguiente:

- **Tabaco:** Es el único factor de riesgo que se relaciona con todas las ENT priorizadas, asociándose con el 15,0% de enfermedades cardiovasculares, 26,0% de las muertes por cáncer y 51,0% de las muertes por enfermedades crónicas respiratorias (4). En la región de Las Américas, la mortalidad atribuida al tabaco es alrededor del 15,0%. Sin embargo, registra una reducción de la prevalencia del consumo actual de tabaco fumado en adultos del 22,1% en el 2007 al 17,4% en el 2015, siendo Ecuador uno de los países de la región con menor prevalencia. No obstante, en el país mueren 15 personas cada día por el consumo de tabaco. En la encuesta STEPS se ilustra que el 10,7% de la población de 18 a 69 años de ambos sexos reportó que fuma actualmente algún producto de tabaco (que se fuma, aspira o masca), siendo este hábito mayor en hombres (23,8%) que en mujeres (4%). El 27,4% del grupo de hombres de 18 a 44 años reportó ser fumador actual, siendo este porcentaje mayor que en el grupo de hombres de 45 a 69 años (18,1%) (122).
- **Alcohol:** El consumo de alcohol es un factor de riesgo, que produce discapacidad y muerte prematura. En el 2012 a nivel mundial, se asociaron al consumo de alcohol el 5,9% de las defunciones (3,3 millones) y el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones. Además, puede causar más de 200 enfermedades y trastornos, entre ellas: enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, traumatismos, violencia y pérdidas económicas y sociales. Como se visualiza en la Tabla 31 la prevalencia en el país, sobre el consumo actual de bebidas alcohólicas fue del 51,8% en hombres y 27,3% en mujeres, siendo mayor en la población más joven (18 a 44 años), con 44,4% para ambos sexos, 58,5% para hombres y 31,3% para mujeres. El 16,8% de la población (18 – 69 años) reportó ser abstemio de toda la vida, siendo esto 9,6% en hombres y 23,8% en mujeres. El porcentaje de abstemios de toda la vida fue mayor en el grupo de 45 a 69 años con 18,7% para ambos sexos, 9,9% para hombres y 27,4% para mujeres. Cabe destacar que en este estudio se considera bebedor actual a aquella persona que ha consumido alcohol en los últimos 30 días (122).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 31.

Porcentaje de consumo actual de alcohol, abstinencia los últimos 12 meses y abstinencia toda la vida, por sexo y grupo de edad, Ecuador 2018.

Grupo de edad	N°	Bebedor actual	Bebió alcohol en los últimos 12 meses, no actualmente	Abstinencia en los últimos 12 meses	Abstinencia toda la vida
(años)	encuestados	%	%	%	%
Hombres:					
18-44	1.144	58,5	21,9	10,2	9,4
45-69	800	41,3	19,2	29,6	9,9
18-69	1.944	51,8	20,9	17,8	9,6
Mujeres:					
18-44	1.657	31,3	23,1	23,9	21,6
45-69	1.037	20,6	15,5	36,5	27,4
18-69	2.694	27,3	20,3	28,7	23,8
Ambos sexos:					
18-44	2.801	44,4	22,5	17,3	15,7
45-69	1.837	30,9	17,4	33,1	18,7
18-69	4.638	39,3	20,6	23,3	16,8

Fuente: Encuesta STEPS 2018 (122).

- **Dieta:** El estado nutricional, los alimentos y la dieta, incluido el sobrepeso y la obesidad, están asociados con la elevación de la presión arterial, el colesterol en la sangre y la resistencia a la acción de la insulina, consideradas entre las principales causas de ENT (122).

El consumo de alimentos procesados y comida chatarra continúa aumentando rápidamente en los países de ingresos bajos y medios, como es el caso de Latinoamérica y de nuestro país. Esta transición nutricional afecta los patrones dietéticos y la ingesta de nutrientes, que influyen en el riesgo de desarrollar ENT (122).

La población adulta ecuatoriana consume en promedio al día 1,1 porciones de fruta y 0,9 porciones de verduras, lo que significa un subconsumo de este producto cuando la recomendación es 5 porciones al día entre frutas y verduras. Es una situación que es más preocupante considerando que, en una semana típica, la población adulta ecuatoriana consume 4 días a la semana fruta y 4,1 días a la semana verdura, cuando la recomendación de consumo de estos alimentos es diaria. Estos resultados no reportan diferencias significativas por grupos de edad ni sexo de los encuestados. Lo que puede ser verificado en la Tabla 32 (122).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 32.

Media del número de porciones de frutas y/o verduras consumidas en promedio por día, por sexo y grupo de edad.

Grupo de edad (años)	Hombres		Mujeres		Ambos Sexos	
	N° encuestados	Media del N° de porciones	N° encuestados	Media del N° de porciones	N° encuestados	Media del N° de porciones
18-44	1.143	2	1.657	2	2.800	2
45-69	799	2	1.037	2	1.836	2
18-69	1.942	2	2.694	2	4.636	2

Fuente: Encuesta STEPS 2018 (122).

- **Inactividad física:** La inactividad física, el consumo de tabaco, la mala alimentación y el consumo nocivo del alcohol aumentan el riesgo de la mayoría de las ENT o las causan directamente. Estos riesgos propician cuatro cambios metabólicos y fisiológicos claves para el desarrollo de las ENT: hipertensión arterial, sobrepeso u obesidad, hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre) e hiperlipidemia (niveles altos de lípidos en la sangre) que se denominan factores de riesgo intermedios, y son en sí mismos, las causas más importantes de demanda de atención en salud (122).
- **Sobrepeso y obesidad:** A pesar de ser un factor de riesgo prevenible, la prevalencia de sobrepeso (IMC \geq 25 kg/m²) en el mundo es de 38,9%, mientras que en las Américas es del 62,5%. Además, la prevalencia de obesidad (IMC \geq 30 kg/m²) en el mundo es 13,1%, mientras en las Américas es del 28,6%. Esto hace de las Américas la región con la mayor carga de obesidad en el mundo. La prevalencia de sobrepeso entre niños escolares y adolescentes crece y se acerca en promedio a uno de cada cuatro niños. En el Ecuador, se considera que el índice de masa corporal elevado es el factor de riesgo que más contribuye a los años de vida saludable perdidos (123).
- **Hiperglucemia:** Según la Federación Internacional de Diabetes, en el 2019 se estimó que la prevalencia de diabetes en Ecuador fue de 5,5% en personas de 20 a 79 años (122).

En la población de 18 a 69 años de ambos sexos, se realizaron mediciones de glucosa en sangre, y los resultados fueron los siguientes: el 50,1% nunca fue medido la glucosa en sangre, el 43,4% fue medido y no tuvo

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

diagnóstico de diabetes, el 1,7% fue diagnosticado de diabetes antes de los últimos 12 meses y el 4,9% fue diagnosticado de diabetes en los últimos 12 meses. Estos porcentajes fueron similares en ambos sexos. El porcentaje combinado de diagnóstico fue de 6,6% para ambos sexos, 6,6% en hombres y 6,5% en mujeres; siendo mayor en la población de 45 a 69 años que en la de 18 a 44 años, en ambos sexos (122).

Tabla 33.

Porcentaje de adultos con historia de medición y diagnóstico de glucosa elevada en sangre, por grupo de edad.

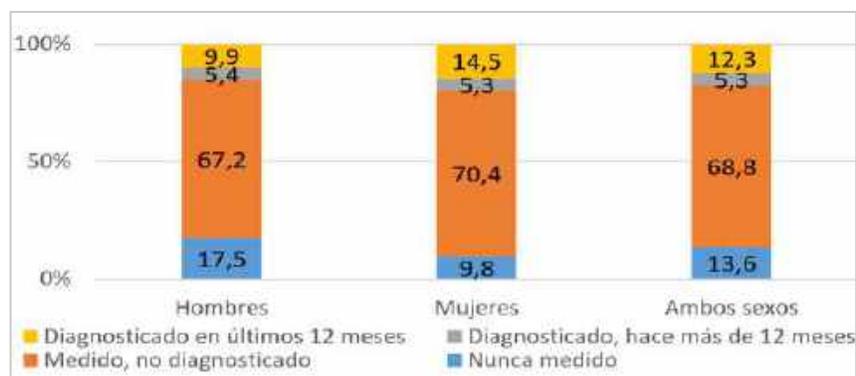
Grupo de edad	N°	Nunca medido	Medido, no diagnosticado	Diagnosticado, pero no en los últimos 12 meses	Diagnosticado en los últimos 12 meses
(años)	encuestados	%	%	%	%
18-44	2.801	56,8	39,2	1,4	2,6
45-69	1.837	39,3	50	2,2	8,5
18-69	4.638	50,1	43,4	1,7	4,9

Fuente: Encuesta STEPS 2018 (122).

- **Hipertensión arterial:** Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, la prevalencia de HTA en la población de 18 a 59 años fue 9,3%, siendo esta 7,5% en mujeres y 11,2% en hombres. De la población de 18 a 69 años de ambos sexos, el 12,3% tuvo una historia de diagnóstico de HTA en los últimos 12 meses y 5,3% tuvo una historia de diagnóstico de HTA, antes de los 12 meses. El 68,8% reportó que fue medido y no diagnosticado de HTA y el 13,6% nunca fue medido (122).

Gráfico 41.

Porcentaje de adultos con historia de medición y diagnóstico de HTA, por sexo.



Fuente: Encuesta STEPS 2018 (122).

7. COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y RIESGOS DEL TRABAJO

7.1 Sistema de protección social en el Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador define la seguridad social como un derecho y establece que es deber y responsabilidad primordial del Estado garantizarla. Además, define que el sistema de seguridad social no podrá privatizarse, que atenderá las necesidades contingentes de la población, a través del Seguro Universal Obligatorio (SUO) y de sus regímenes especiales (124).

El seguro general del IESS brinda cobertura a aquellos trabajadores que perciben ingresos por ejecutar una obra o prestación de servicio, con o sin relación laboral frente a los distintos riesgos que pueden afectar el rendimiento y/o productividad: enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, vejez, muerte e invalidez, cesantía y desempleo; a partir del 2015 en el SUO se incluyó específicamente al grupo de trabajadores no remunerados del hogar; en este sentido cada una de las contingencias son administradas por diferentes seguros dentro del IESS quienes gestionan los recursos financieros de los cotizantes, empleadores y Estado(125).

El sistema de seguridad social ecuatoriano está conformado por un régimen contributivo que lo integran: el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) este último incluye el Servicio de Cesantía de la Policía Nacional y un régimen no contributivo conformado por algunos participantes entre ellos: Ministerio de Inclusión Económica y Social, Secretaría Técnica Planifica Toda una Vida, Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Trabajo, entre otras(125).

El MSP tiene la mayor cantidad de unidades de nivel I, II y III del país, por lo que tiene mayor participación porcentual de los servicios de salud, sobrepasando incluso al total de unidades del IESS, ISSFA e ISSPOL combinadas (126).

Considerando las diferentes instituciones que albergan al total de afiliados dentro del país, se resume que, en el año 2019, la cobertura del Seguro General Obligatorio alcanzó a un 38,65%, incluyendo sus tres ramas como lo son el seguro general, seguro social campesino y seguro voluntario.

En los sistemas especiales públicos el ISSFA y el ISSPOL, llegó al 0,9%; mientras que los seguros privados y municipales llegaron al 0,3% restante de la población asegurada o trabajadora. Cabe mencionar que para ese año el 60,1% de la población no cuenta con cobertura de ningún régimen de seguridad social (125).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 34.

Cotizantes cubiertos según categoría de empleo.

Instituciones de Seguridad Social	Empleo adecuado	Empleo No Adecuado	Empleo No Clasificado	Total cubierto
Seguro General IESS	61,98%	6,37%	64,85%	29,20%
Seguro Voluntario IESS	2,39%	2,68%	7,91%	2,59%
Seguro Social Campesino IESS	1,83%	10,38%	0,00%	6,86%
ISSPOL / ISSFA	1,66%	0,34%	1,41%	0,68%
Seguros Privados, Municipales, otros	0,44%	0,27%	0,00%	0,34%
Ninguno	31,71%	79,86%	25,83%	60,13%

Fuente: Panorama de la protección social: gobernanza, cobertura y sostenibilidad. 2021 (125).

Por lo tanto, en el 2019 la población con ocupaciones relacionadas con el Seguro General Obligatorio es predominantemente masculina (58,0%) en comparación con el 42,0% de mujeres. Al mismo tiempo, en los seguros de Fuerzas Armadas y Policía Nacional, este porcentaje es aún más notorio, siendo el 83,0% de los hombres frente al 17,0% de las mujeres. El grupo etario de 30 a 44 años en el seguro general obligatorio tiene el porcentaje más alto con 36.1% (125).

En los grupos aseguradores ISSFA e ISSPOL, el 55,6% se encontraba también en el grupo de edad de 30 a 44 años, situación que es frecuente en las aseguradoras estatales privadas o locales, con un 43,9% en el mismo grupo de edad (125).

En diciembre de 2019, según datos de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU), 4'303.535 personas componen la Población Económicamente Inactiva (PEI); la distribución entre mujeres (68,5%) es mayor que entre hombres (31,5%). De este total, hay una mayor proporción de las llamadas "amas de casa", con un 39,3%. Para el año 2020 se tuvo 4'132.359 de cotizantes al IESS, siendo un 5,5% menor a lo reportado en el año 2019, presumiblemente por la pandemia, en este período se evidencia en la falta de afiliación (125), (127).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 35.

Cotizantes al IESS 2020.

AÑO	Afiliados					
	Seguro Social Campesino		Seguro General Obligatorio		Seguro Voluntario ²	Total Afiliados ³
	Dependiente ¹	Jefe de Familia	Trabajo No Remunerado del Hogar	Seguro General Obligatorio		
2020	644.093	377.546	308.567	2'672'400	178.855	4'132.359
2019	679.291	386.324	235.730	2'943'270	170.251	4'372.997
2018	713.494	387.683	194.635	2'963'118	161.910	4'383.214
2017	750.785	389.699	212.033	2'889'524	149.201	4'347.615
2016	798.800	392.776	197.065	2'846'365	138.215	4'328.872
2015	820.008	388.836	54.921	2'957'661	116.246	4'316.057
2014	798.417	365.835	SD	3'015'312	97.851	4'277.415

1. En el Seguro Social Campesino se consideran afiliados todos los miembros de la familia.

2. A partir de 2011 se reporta el número de afiliados al Seguro Voluntario fuera del Seguro General Obligatorio.

3. Los totales no necesariamente resultan de la suma de las partes reportadas, puesto que un mismo individuo puede estar considerado en dos o más categorías

Fuente: Boletín estadístico IESS Nro. 25, 2020 (127).

Adicionalmente, los contribuyentes del IESS, en 2017, por actividades económicas en su gran mayoría (55,5%) pertenecen al rubro de servicios, seguidos del comercio (18,0%) y tan solo (4,5%) a construcción y el (1,1%) a minería (125).

En cuanto, a los datos obtenidos con respecto a la brecha de cobertura de salud (diferencia entre la cobertura legal y efectiva) para el caso del IESS es del 24,3%, mientras que para el Seguro Social Campesino (SSC) registra un 2,6% (125).

Tabla 36.

Cobertura legal y efectiva por subsistemas públicos en salud.

Subsistemas	Cobertura legal	Cobertura efectiva	Brecha de cobertura
IESS	49,56%	25,31%	24,25%
SSC	6,73%	4,14%	2,59%
ISPOL-DSP	1,32%	0,90%	0,42%
ISSFA-DSM	1,34%	0,95%	0,39%
MSP	41,05%	60,63%	-19,58%
RPIS	100,00%	91,93%	8,07%
Población total	17'023.408	15'649.619	
Privado o ninguna		8,07%	

Fuente: Panorama de la protección social: gobernanza, cobertura y sostenibilidad (125).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

7.2. Prestaciones económicas por riesgos laborales

Por otra parte, la Ley de Seguridad Social señala que el Seguro General de Riesgos del Trabajo (SGRT) debe proteger al afiliado y al empleador mediante programas de prevención de los riesgos derivados del trabajo (128).

Del mismo modo, la Resolución No. C.D. 513, define el marco rector de las prestaciones económicas, por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales u ocupacionales (129). En ese sentido, según reporte del SGRT el número de beneficiarios ha disminuido en los últimos años, sobre todo en aquellas relacionadas con la prestación de montepío e incapacidad permanente parcial. Precisamente el montepío en el 2020, representó el 54,5% del total de prestaciones, y en segundo lugar figuraron las prestaciones por incapacidad permanente parcial, con un 35,7% (77).

Al analizar esta información por género, en el 2020, existe una paridad entre hombres y mujeres, sin embargo, una diferencia marcada se puede evidenciar en origen de la prestación que en el caso de las mujeres en un 91,1% corresponde a montepío, mientras que, en los hombres, el 64,9% corresponde a incapacidad permanente parcial 17,9% montepío y 15,0% incapacidad permanente total (77).

Tabla 37.

Número de prestaciones económicas por tipo y género 2018 – 2020.

	2018		2019		2020	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Incapacidad Temporal	1	21	2	28	3	18
Montepío	12.547	2.714	12.420	2.567	12.176	2.392
Permanente Absoluta	14	266	14	269	14	272
Permanente Parcial	379	8.887	877	8.817	866	8.656
Permanente Total	301	2.010	303	2.006	303	2.004
Temporal Primer Año	3	50		2		
TOTAL	13.745	13.948	13.616	13.689	13.362	13.352

Fuente: Seguro General de Riesgos del Trabajo, 2021 (77).

8. COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El cuidado de la salud en la población ecuatoriana está conformado por dos sectores, público y privado, con un sistema de seguridad general financiado por las contribuciones de los trabajadores y los empleadores. La asistencia pública la realiza mayoritariamente el MSP, incluidos aquellos que no cuentan con ningún

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

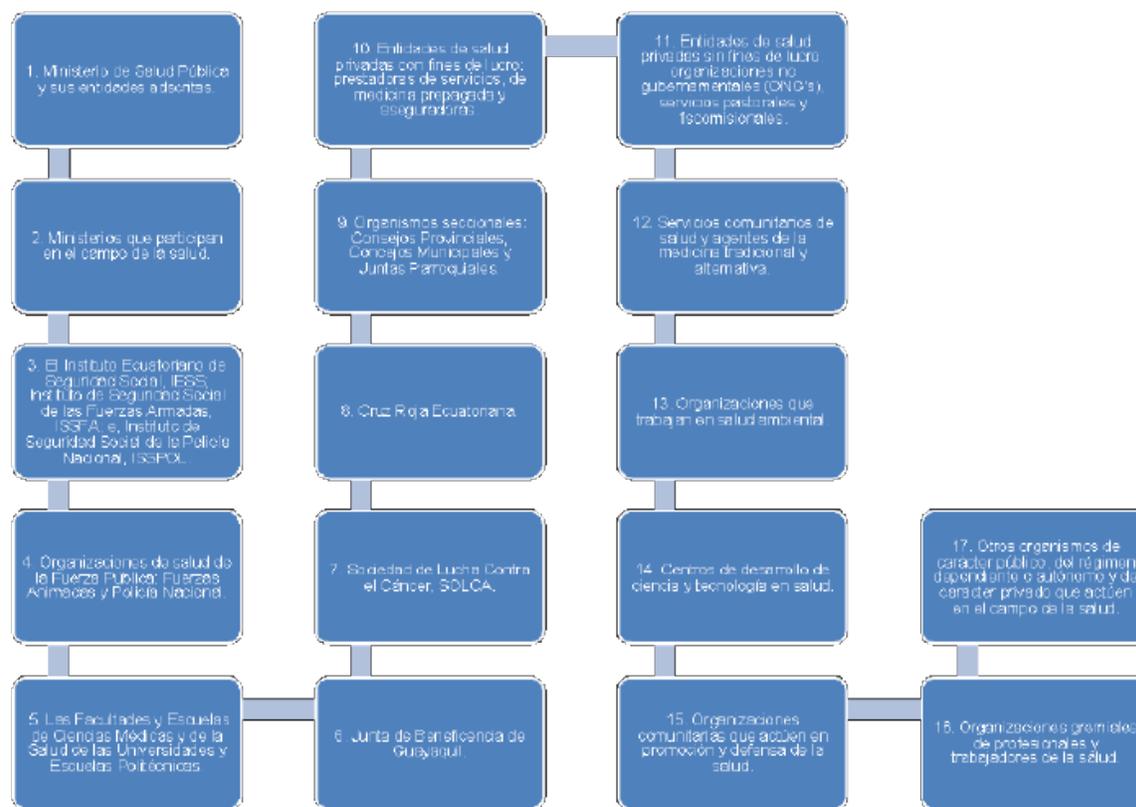
tipo de aseguramiento, mientras que los sistemas privados brindan cobertura para los ciudadanos que poseen mayores ingresos y pueden adquirir un seguro (62), (125).

Esta fragmentación ha tratado de ser atenuada en los últimos años mediante una estrategia encaminada a que los usuarios puedan usar la red de servicios del Seguro Social Ecuatoriano o la de la asistencia pública, indiferente a cuál sea su condición de afiliación. Sin embargo, este proceso aún no ha culminado, persistiendo por tanto la fragmentación en el acceso y la atención médica (125).

Dicho lo anterior, el Sistema Nacional de Salud (SNS) al funcionar de manera descentralizada, desconcentrada y participativa, está conformado por:

Gráfico 42.

Integrantes del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador.



Fuente: Elaboración propia, 2021.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) funciona como ente rector y genera la política pública en salud, misma que es implementada por los establecimientos de salud tanto de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) conformada por las unidades de

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

salud del MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL amparados en el Convenio Marco Interinstitucional, y los establecimientos de salud privados que son complementarios a la Red Pública, que conforman una Red Integrada de Servicios de Salud; y la Red Privada Complementaria (RPC).

El proveedor más grande del país es el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador, con el 59% de los establecimientos totales, y también lo es en el ámbito de establecimientos de consulta externa y en el hospitalario (con 133 hospitales, el 40,5% de las camas y más del 47,0% de los egresos). El IESS cuenta con el 18,5% de los prestadores, de los cuales la gran mayoría corresponden a dispensarios médicos del Seguro Social Campesino. Los Institutos de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y de Policía (ISSFA e ISSPOL) operan con una pequeña red de provisión pública que pertenece a sus respectivas instituciones, y derivan en gran medida a sus pacientes a la red privada complementaria y a la red pública de salud (125).

El sector privado en cambio concentra a los establecimientos de salud con internación, a cuya naturaleza corresponde el 75,0% de sus instituciones (573) mientras el 25,0% (189) de ellas brindan atención ambulatoria. Este sector de salud cuenta con el 37,0% de las camas disponibles en el país, con un promedio de 4,27 días, a pesar de que bien podría explicarse un porcentaje mayor dada su orientación a la atención de alta complejidad (130).

9. RECURSOS HUMANOS EN SALUD Y EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La pandemia de la COVID-19 ha puesto de manifiesto categóricamente la necesidad de contar con robustos Sistemas Nacionales de Salud. Actualmente es necesario proteger a los profesionales de la salud y del ámbito asistencial, definiendo entre las prioridades del Ministerio de Salud Pública la inversión en formación y empleo de su fuerza de trabajo, mediante alianzas destinadas a ofrecer unas condiciones de trabajo dignas.

Según la OMS, se necesitarán más de 18 millones de trabajadores de la salud de aquí a 2030. Las diferencias entre la oferta y la demanda de este personal se concentran en los países de ingresos bajos y medianos-bajos. Se prevé que la creciente demanda de trabajadores de la salud creará 40 millones de puestos de trabajo en este sector de aquí a 2030 (131).

En el Ecuador actualmente existen 22 escuelas de medicina, de las cuales 10 están acreditadas por el ex CEAACES. En el Distrito Metropolitano de Quito existen 6 escuelas de medicina, todas acreditadas por el ex CEAACES, de las cuales solamente una es pública: Universidad Central del Ecuador (80).

Los profesionales de la salud luego de efectuar su año rural, para su habilitación profesional deben estar registrados en la Agencia de Aseguramiento de la Calidad y Medicina Prepagada, (ACESS) entidad adscrita al MSP encargada de ejercer la regulación técnica, el control técnico y la vigilancia sanitaria de la calidad de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios (132).

En este sentido, a la fecha de corte de octubre de 2021 están registrados un total de 241.964 profesionales sanitarios, de los cuales el 36,0% son mujeres y el 64,0% hombres. Según el sector donde trabajan, 130.537 pertenecen al sector público, 95.031 al sector privado y 16.396 no reportan clasificación. Respecto al nivel de formación, 19.265 cuentan con título de nivel técnico o tecnológico superior, 169.948 con título de tercer nivel y 52.751 con título de cuarto nivel. Del total de profesionales registrados 64.517 son médicos, 33.743 personal de enfermería, 19.824 odontología, 8.848 psicólogos clínicos y 4.152 obstetras o parteras (133).

Recurso humano con formación en salud ocupacional

Según el Acuerdo Ministerial 1404, las empresas con cien o más trabajadores deben contar obligatoriamente con servicios médicos. Por su parte, las empresas con un número menor a cien trabajadores que deseen organizar un servicio médico el cual puede ser independiente o en asociación con otras empresas situadas en la misma área y con los mismos fines y funciones. Además, se establece en el Art. 7 de la norma ibid. que los servicios médicos de empresa serán dirigidos por un Médico General, con experiencia en Salud Ocupacional o Salud Pública. El personal de enfermería trabajará a tiempo completo, cubriendo todos los turnos de labor de la empresa (76).

Según los datos de la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENECYT), indican que hasta abril del 2021 se encuentran registrados 2.907 profesionales de la salud (Médicos, Psicólogos, Enfermeros y Odontólogos) con cuarto nivel en salud ocupacional y afines a nivel nacional, de los cuales el 5,0% de los títulos registrados son extranjeros y el 95,0% son nacionales (134).

Además, existen 16 instituciones de Educación Superior (Universidades y Escuelas Politécnicas) con oferta académica para la obtención de cuarto nivel (maestrías y diplomados) en las ramas de salud ocupacional y medicina del trabajo impartidas bajo tres modalidades: en línea, presencial e híbrida. Entre las provincias que registran mayor número de profesionales sanitarios registrados en mencionados programas son: Guayas, Pichincha y Manabí (134). Es importante destacar que, en el país no existe la formación especializada de profesionales médicos en Medicina del Trabajo quienes con el nivel de conocimientos

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

alcanzados planifiquen y ejecuten acciones dirigidas a la promoción, prevención, asistencia, investigación y gestión sobre los factores de riesgo presentes en el trabajo y los daños a la salud que estos derivan (62).

Por otra parte, el Ministerio del Trabajo, al contar con el Sistema Único de Trabajo (SUT) herramienta donde los empleadores proporcionan información sobre la gestión de salud en el trabajo de empresas e instituciones públicas y privadas, indica que para junio de 2021 los profesionales de la salud con título de cuarto nivel que más prevalece en el país es con maestría y/o diplomado en seguridad y salud ocupacional, seguridad y prevención de riesgos del trabajo, seguridad y salud en el trabajo, salud ocupacional y seguridad en el trabajo, con un total de 1.042 profesionales registrados, seguido de 80 profesionales con formación en riesgos laborales, 22 profesionales con especialidad en medicina del trabajo, medicina ocupacional y salud e higiene laboral y tan solo 7 profesionales con título de ergonomía laboral. Dicho esto, la salud de los trabajadores está siendo atendida por médicos generales, un total de 4.881 profesionales (16).

Es importante precisar que, en los países de la Región se ha descontextualizado las actividades del profesional de la salud en materia de salud ocupacional al ejecutar funciones simultáneas de salud ocupacional propiamente dicho y en algunos casos seguridad en el trabajo e higiene industrial. Hoy en día el médico ocupacional debe cumplir con las funciones esencialmente de prevención y mínimamente curación. Dicho esto, el médico ocupacional trabaja de forma conjunta con otros profesionales como, por ejemplo: ingenieros industriales, expertos en seguridad física, toxicólogos ocupacionales, ergónomos, psicólogos laborales entre otros, lo que permitirá que la gestión de salud ocupacional sea medible con resultados a corto y largo plazo en los centros de trabajo.

10. MARCO POLÍTICO Y REGULATORIO

La seguridad y salud ocupacional (SSO) en el país ha sido implementada gradualmente en estos últimos 20 años, donde el ente rector de la salud y del trabajo, es decir el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Trabajo, realizan acciones en el marco de sus competencias. A pesar de ello los avances no son suficientes para fortalecer y posicionar la formación y el ejercicio de la SSO en el Ecuador.

Dicho lo anterior, al ser un país miembro de la CAN, se adopta lo referido en la Decisión Nro. 584 “Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo y su reglamento”; así también, los distintos convenios internacionales ratificados (76). En consecuencia, los entes rectores de salud, trabajo y seguridad social participan de forma periódica en el Comité Andino de Autoridades en Seguridad Social,

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Seguridad y Salud en el Trabajo (CASSST) a fin de fortalecer acciones en materia de prevención de riesgos laborales.

Entre los marcos normativos vigentes a nivel nacional son los siguientes: Decreto Ejecutivo Nro. 2393 “Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo” expedido en 1986, el Acuerdo Ministerial Nro. 1404 “Reglamento para el funcionamiento de los servicios médicos de empresas” expedido en 1978, la Ley Orgánica de Salud, Ley Orgánica para la Justicia Laboral y Reconocimiento del Trabajo en el Hogar, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Código de Trabajo y normativa secundaria correspondiente (ver Anexo 1).

En este sentido, dentro de la legislación ecuatoriana existe poca normativa en materia de seguridad y salud ocupacional cuyo objeto sea promover la investigación epidemiológica ocupacional de forma tripartita (Estado, empleadores y población trabajadora). Por consiguiente, el Ministerio de Salud Pública emitió la “Política Nacional de Salud en el Trabajo 2019 – 2025” (establecida en el Registro Oficial, Edición Especial Nro. 925) con el objetivo de fortalecer la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional para establecer lineamientos que permitan dinamizar la atención integral de salud, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de enfermedades en el lugar de trabajo (62).

En cuanto a la Seguridad Social, la población ecuatoriana puede optar por la cobertura de seguridad social pública (responsabilidad exclusiva de los Institutos de Seguridad Social) y/o privada. Mientras que el personal militar y policial al tener regímenes especiales gozan de la cobertura de su propio sistema de seguridad social.

Dicho lo anterior, el Seguro General de Riesgos del Trabajo del IESS, es la instancia que brinda cobertura a toda lesión corporal y todo estado mórbido originado con ocasión, o por causa o por consecuencia del trabajo que realiza el afiliado. Entre las prestaciones básicas que brinda son: a) Servicios de prevención de riesgos laborales, b) Servicio médico asistencial, incluidos los servicios de prótesis y ortopedia a través del Seguro General; c) Subsidio por incapacidad; d) Indemnización por pérdida de capacidad profesional o laboral; e) Pensión de incapacidad laboral; f) Pensión de montepío (129).

11. MARCO INSTITUCIONAL

En el marco institucional de la seguridad y salud ocupacional en el país se define conforme a las competencias establecidas en la normativa vigente. De acuerdo con el mandato constitucional el MSP, en su rol de Autoridad Sanitaria Nacional orienta su gestión institucional a través de procesos gobernantes. Sus objetivos estratégicos son ejecutados por las instancias desconcentradas mediante las

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Coordinaciones Zonales de Salud (o sus equivalentes). Además, la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS), como entidad adscrita al MSP, ejerce la regulación técnica, control técnico y la vigilancia sanitaria de la calidad de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, de las empresas de salud y medicina Prepagada y del personal de salud (132).

Gráfico 43.

Institucionalidad de la salud y seguridad en el trabajo en Ecuador.

	 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	 MINISTERIO DEL TRABAJO	 SEGURO GENERAL DE RIESGOS DEL TRABAJO
Competencias	Rector en salud ocupacional	Rector en seguridad y prevención de riesgos laborales	Aseguradora Social
Control y seguimiento	Gobernanza de la salud pública	Trabajo y empleo	Consejo Directivo
Entidades adscritas	ACESS / personal técnico	N/A	N/A
Instancias decisorias	ACESS / personal técnico	Inspectores del trabajo	Comisión Valuadora de Incapacidades y Responsabilidad Patronal

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Entre tanto, el MDT como ente rector en materia de seguridad en el trabajo y en la prevención de riesgos laborales gestiona, evalúa y controla la implementación de sistemas de gestión de seguridad en los centros de trabajo de las empresas e instituciones públicas y privadas a escala nacional, mediante las visitas de verificación e inspección que realizan los inspectores de trabajo en las distintas Direcciones Regionales.

Finalmente, en el componente de seguridad social es ejercido por el Seguro General de Riesgos del Trabajo. Esta es la entidad pública que brinda las prestaciones económicas y asistenciales por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como los servicios de prevención de riesgos a la población afiliada. Aquellos siniestros que luego de ser analizados por las Unidades Provinciales y requieran resolución de la evaluación de las incapacidades y para la determinación de responsabilidad patronal, deberán acudir al Comité de Valuación de Incapacidades y de Responsabilidad Patronal (CVIRP), quien dirimirá las diferencias y tomará las decisiones finales.

SEGUNDA PARTE:

ENCUESTA DE CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD, ECUADOR 2021-2022

1. METODOLOGÍA

1.1 Población de estudio

En el 2021, en el Ecuador se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal aplicado a nivel nacional. Se obtuvo una muestra aleatoria estratificada donde se incluyeron 4.290 trabajadores de diversas actividades económicas distribuidos de la siguiente manera: 534 (12,45%) trabajadores del sector agricultura, 411 (9,58%) trabajadores del sector construcción, 411 (9,58%) trabajadores del sector minería, 413 (9,63%) trabajadores del sector pesca, 452 (10,51%) trabajadores del sector informal y 2.070 (48,25%) trabajadores del sector salud (*ver Anexo II*).

Se realizó una operación estadística con la supervisión de la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la información (DNEAIS) del Ministerio de Salud Pública; la cual proporcionó la herramienta ArcGIS Survey123 (135), que permitió su ejecución con el apoyo de los médicos rurales.

1.2 Instrumentos de recolección de datos y definición de variables

Se consolidaron varias encuestas que se detallan a continuación:

1.2.1 Encuesta Condiciones de trabajo y salud en Latinoamérica segunda versión, con la finalidad de recopilar características sociodemográficas, condiciones de salud y del trabajo (136). Se seleccionaron y categorizaron las siguientes variables: El sexo se definió en hombre y mujer, la edad en : <20-29años, 30-49 años, 50 años o más; el nivel de instrucción se agrupó en: Educación Básica inicial completa/incompleta, Educación Secundaria media completa/incompleta, Educación Superior, Sin Educación; los bienes se categorizaron en sí/no; los trabajos remunerados se clasificaron en Ninguno, 1 trabajo, 2-3 trabajos; las horas de trabajo semanales en ≤ 20 horas, $>20-40$ horas, >40 horas; el tiempo de trabajo en meses se clasificó en: ≤ 60 meses, $>60-120$ meses, >120 meses, ; para conocer el tipo de contrato se clasificó la variable en: Como autónomo sin empleados, Contrato fijo-propietario, Sin contrato-temporal; para determinar la seguridad de continuidad de contrato se clasificó en Alta, media, baja; la jornada laboral se clasificó en: Diurno, En turnos por ciclos, En

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

turnos rotativos día-noche; el tiempo de traslado del trabajo a casa se agrupó en: ≤ 20 minutos, $>20-60$ minutos, >60 minutos; la adaptación de horario de trabajo y compromisos familiares se clasificó en: Bien/muy bien, Nada bien/No muy bien, No responde.

Para conocer sobre las condiciones de trabajo, la exposición a ruido se clasificó en: Ruido elevado/muy elevado, Ruido bajo/ no muy elevado, No sabe/no responde; la exposición a vibraciones se clasificó en: Sí, en mano o brazo, Sí, en cuerpo entero, No/no sabe; la manipulación de sustancias tóxicas en: sí, no, no sabe/no responde; para conocer si las sustancias llevaban etiqueta de peligrosidad se clasificó la variable en: Sí, Prácticamente ninguno, No/no sabe; la información de etiqueta de peligrosidad se clasificó en: A veces complicada/complicada, Fácil de entender, No sabe/no responde.

Las siguientes variables se clasificaron en sí, no, No sabe/ no responde: exposición a contaminantes químicos, conocimiento de efectos en la salud de sustancias tóxicas, recibe información para prevenir efectos de estas sustancias, contacto con materiales infecciosos, violencia física por personas de su lugar de trabajo, violencia por personas no pertenecientes a su trabajo, acoso o abuso sexual, COVID-19 en los últimos 12 meses (prueba RT-PCR), medicación para Hipertensión Arterial recetada por médico, remedio herbario contra Hipertensión Arterial.

Se clasificaron en sí, no, No sabe/no responde las siguientes variables para conocer si en las últimas 4 semanas habían presentado: Quemaduras, Esguince/luxación/fractura o desgarro muscular; heridas por cortes/pinchazos/golpes/proyecciones; alteraciones gastrointestinales, dificultades o enfermedades respiratorias, intoxicación aguda, dolor de cabeza, vértigos o mareos, alteración de la visión o fatiga visual, problemas de insomnio, problemas de la voz, cansancio crónico, accidente de trabajo en los últimos 12 meses.

Para conocer la autopercepción de su salud la variable se clasificó en: Buena/muy buena, Regular, mala; y para conocer cómo consideraban su audición se clasificó la variable en: Excelente/buena, Regular, Mala.

Para los análisis actuales, se consideraron las siguientes variables como posibles factores de confusión: sexo, edad, nivel de instrucción, trabajos remunerados, horas de trabajos semanales, tiempo de trabajo en meses, tipo de contrato, seguridad de continuidad del contrato, jornada laboral, tiempo de traslado del trabajo a casa, adaptación de horario con los compromisos familiares.

1.2.2 Escala de Precariedad Laboral (EPRES)

Se utilizó la Escala de Precariedad Laboral, la cual consta de 24 preguntas. Las preguntas fueron ordenadas en función de las seis dimensiones asociadas a la precariedad laboral (temporalidad, desempoderamiento, vulnerabilidad, deprivación económica, y derechos sociales) asignándoles rangos de puntaje, donde el rango mínimo era de 0 a 1 y el máximo de 0 a 4, dependiendo de la pregunta en particular. Luego de asignar el puntaje a cada pregunta se calculó un puntaje por dimensión, el cual fue estandarizado con objeto de que cada subescala asociada a cada dimensión tenga un rango de 0 a 4. Finalmente, el puntaje para la Escala de Precariedad Laboral se calculó a partir del promedio aritmético del puntaje obtenido en cada una de las seis subescalas. Los puntajes se clasificaron de la siguiente manera: Ausencia o Baja Precariedad Laboral (0-1), Moderada Precariedad Laboral (1 – 2), Alta Precariedad Laboral (2 – 4) (137).

1.2.3 Cuestionario nórdico de síntomas musculoesqueléticos (138).

Para conocer la frecuencia de posición en el trabajo de pie, sentado, caminando, en cuclillas, de rodillas, e inclinada de los trabajadores, se agrupó la variable en: Muchas veces-siempre, Algunas veces-nunca.

Para conocer la frecuencia de manipulación de cargas, uso de herramientas manuales, posturas forzadas, realizar fuerzas, alcanzar objetos altos, tareas repetitivas en < 1 minuto, tareas repetitivas en < 10 minutos, y para conocer si el puesto de trabajo le permitía trabajar con comodidad, realizar movimientos necesarios y cambiar posturas, se agruparon las variables en: Muchas veces-siempre, Algunas veces-nunca.

Para la detección de síntomas músculo esqueléticos en los últimos 12 meses, se categorizó el dolor o disconfort de cuello en sí y no, dolor o disconfort de hombro en sí y no, dolor o disconfort de manos/muñecas en sí y no, dolor o disconfort de columna dorsal en sí y no, dolor o disconfort de columna lumbar en sí y no, dolor o disconfort de caderas en sí y no, dolor o disconfort de una o ambas rodillas en sí y no, y dolor o disconfort de uno a ambos tobillos en sí y no.

1.2.4 Cuestionario de Salud mental de Goldberg GHQ12.

Para obtener datos de distrés se usó el cuestionario general de salud de Goldberg con sus siglas en inglés (GHQ-12), que consta de 12 preguntas que permiten la detección de desórdenes psiquiátricos no psicóticos. Para calcular el puntaje final se aplicó el “método GHQ” dicotómico (0-0-1-1). Se utilizó un punto de corte >4 para determinar distrés (139).

1.2.5 Encuesta de Salud Respiratoria de la Comunidad Europea (ECRHS).

Los síntomas respiratorios evaluados fueron: tos nocturna, tos crónica, flema crónica, disnea crónica, opresión en el pecho, sibilancia y bronquitis crónica, definiéndose con la formulación de varias preguntas: “¿Se ha despertado por un ataque de tos alguna vez?” en donde una respuesta positiva se definió como tos nocturna. “¿Tose habitualmente de día o de noche durante el invierno?” donde una respuesta positiva se definió como tos crónica. “¿Acostumbra a arrancar o sacar esputos al levantarse por la mañana?” en el caso de una respuesta positiva se definió como flema crónica. “¿Se ha despertado por la noche a causa de un ataque de falta de aire?” una respuesta positiva se definió como disnea crónica. “¿Se ha despertado con una sensación de opresión o tirantez en el pecho?” una respuesta positiva se definió como opresión de pecho nocturna. “¿Ha tenido estos silbidos o pitos cuando no estaba resfriado?” seguido de “¿Ha tenido silbidos o pitos en el pecho alguna vez en los últimos 12 meses?” una respuesta positiva a ambas o una de las dos preguntas se definió como sibilancia. “¿Tose habitualmente de día o de noche durante el invierno?” seguido de “¿Acostumbra a arrancar o sacar esputos al levantarse por la mañana?” una respuesta positiva a ambas o una de las dos preguntas se definió como bronquitis crónica (140).

Para evaluar la aceptación del instrumento y para validar su comprensión, se realizó una prueba piloto días previos con un grupo de 20 trabajadores de cada actividad económica.

1.3 Análisis estadísticos

Para el análisis de datos, se utilizó Epi Info versión 7 CDC (141); los análisis descriptivos incluyeron frecuencias absolutas y relativas, agrupando a los trabajadores según la actividad económica. La independencia de los grupos se comprobó utilizando Chi² en los casos en los cuales la prueba era válida y alternando con la Prueba exacta de Fisher para aquellas variables que no cumplían los rangos adecuados menores o iguales a 5. Posteriormente, la regresión logística cruda y ajustada con intervalos de confianza del 95% entre las actividades económicas y variable resultado fueron calculadas ajustando para aquellas variables con una $p < 0,05$ en los análisis bivariados.

2. RESULTADOS

SECTOR AGRICULTURA

Datos sociodemográficos, condiciones de salud y de trabajo

En el sector agricultura participaron 534 trabajadores, la distribución por sexo fue similar, el 54,87% eran hombres y el 45,13% eran mujeres, el 41,95% tenían entre 30-49 años de edad, con educación básica inicial en su mayoría (56,93%), la mayor proporción informó tener cocina de gas (71,91%), el 20,22% cocina a leña, el 25,09% ambas, un poco menos de la mitad tenía refrigeradora (47,00%), el 45,13% tenían internet, y bienes como el computador, lavadora y tv lo tenían el 25,66%, 26,59% y el 21,91% respectivamente (tabla 38).

La mayoría de los trabajadores tenían un solo trabajo (87,19%), con más de 20-40 horas de trabajo semanales (48,88%), con un tiempo de trabajo menor o igual a 60 meses (83,52%), en su mayoría sin contrato o con contrato temporal (60,30%), con una seguridad de continuidad media (42,88%), con jornada laboral diurna (87,27%); el tiempo de traslado del trabajo a casa de casi la mitad de los trabajadores fue menor o igual a 20 minutos (49,25%), y la mayoría informó que se adaptaba a su horario de trabajo muy bien (74,72%) (tabla 38).

En relación con las condiciones de trabajo, el 5,24% informó estar expuesto a ruido elevado; el 20,79% afirmó estar expuesto a vibraciones de mano/brazo y el 6,55% estaba expuesto a vibración en cuerpo entero; el 28,28% manipulaba sustancias tóxicas; la mayoría de los participantes afirmaron que estas sustancias llevan etiqueta de peligrosidad (86,09%), casi la mitad de los trabajadores afirmaron que la información de la etiqueta es fácil de entender (49,01%), el 17,42% estaba expuesto a contaminantes químicos en su lugar de trabajo, más de la mitad informó tener conocimiento de los efectos de estas sustancias en la salud (50,29%), el 48,54% informó que sí recibe información sobre los efectos de estas sustancias en la salud, el 10,49% tenía contacto con materiales infecciosos. El 2,62% afirmó haber recibido violencia física por personas de su lugar de trabajo, el 4,31% violencia por personas no pertenecientes al lugar de trabajo, y el 3,56% afirmó haber sido víctima de acoso o abuso sexual (tabla 38).

Respecto a las condiciones de salud, el 74,91% consideró tener una buena salud, el 18,35% informó haber presentado COVID-19 (prueba RT-PCR) en los últimos 12 meses; el 21,16% de los participantes tomaba medicación para hipertensión arterial recetada por un médico, el 13,48% tomaba remedios herbarios para tratar la hipertensión, más del 90% afirmó tener una audición buena/excelente; en las últimas 4 semanas el 6,37% presentó quemaduras, el 10,30%

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

esguinces/luxaciones o desgarro muscular, el 21,54% heridas por cortes, el 24,72% alteraciones gastrointestinales, el 25,84% enfermedades respiratorias, el 6,93% intoxicación aguda, el 45,13% había presentado dolor de cabeza, el 13,48% vértigos, el 18,73% alteraciones de la visión, el 13,67% afirmó tener problemas de insomnio, el 5,43% problemas de voz, el 15,73% cansancio crónico. El 11,42% de los encuestados informaron haber tenido un accidente de trabajo en los últimos 12 meses. La mayoría de los trabajadores estaban expuestos a una precariedad laboral moderada (71,72%) (tabla 38).

En su mayoría, los trabajadores encuestados del sector agricultura trabajaban de pie (63,30%) caminando (59,18%); realizando tareas repetitivas en menos de un minuto (52,43%), y tareas repetitivas en menos de 10 minutos (56,74%). En su puesto de trabajo, el 36,36% trabajaban con comodidad, el 48,76% podían realizar movimientos necesarios, y el 42,79% podían realizar cambios de postura. Además, la iluminación de su puesto de trabajo les permitía al 45,82% mantener una postura adecuada, y al 39,10% no forzar la vista (tabla 38).

Salud musculoesquelética

Los síntomas osteomusculares que los participantes informaron tener con mayor frecuencia en los últimos 12 meses fueron dolor/molestia/discomfort en: la columna lumbar (55,99%), seguido por el dolor de cuello (40,45%), dolor de rodillas (31,84%), dolor de caderas/piernas (29,59%), y dolor de tobillos/pie (21,54%) (tabla 39).

En el modelo de regresión ajustado, encontramos que los agricultores tienen 1,62 veces más riesgo (IC 95% 1,25-2,10) de tener dolor de columna lumbar vs trabajadores no agricultores; siendo factores de riesgo ser mujer (OR 1,57 IC 95% 1,35-1,83), tener más de 50 años de edad (OR 1,55 IC95%1,16-2,08), tener un nivel de educación secundaria Superior (OR 2,33 IC 95% 1,83-2,98), tener un tiempo de trabajo mayor de 60 a 120 meses (OR 1,92 IC 95%1,40-2,63), un tiempo de traslado del trabajo a casa mayor de 20 a 60 minutos (OR 1,51 IC95% 1,29-1,76) y mayor de 60 minutos (OR 1,61 IC 95% 1,26-2,04, no adaptar el horario de trabajo con compromisos familiares (OR 1,55 IC 95%1,31-1,83), la exposición a ruido elevado (OR 2,18 IC 95%1,38-3,43), estar expuesto a vibración en cuerpo entero (OR 1,69 IC 95%1,25-2,27), considerar tener una mala salud (OR 4,88 IC 95% 1,84-12,92), considerar tener una salud regular (OR 1,82 IC95% 1,47-2,26), trabajar muchas veces/siempre de pie (OR 1,29 IC 95%1,03-1,62), muchas veces/siempre caminando (OR 1,37 IC 95%1,15-1,63), muchas veces/siempre inclinado (OR 1,29 IC 95%1,03-1,62), y realizar muchas veces/siempre fuerza en el trabajo (OR 1,28 IC95%1,03-1,59) (tabla 40).

Salud mental

Alrededor del 64,23% de los encuestados informaron distrés (tabla 39).

En el modelo de regresión ajustado encontramos que los agricultores tienen 1,66 veces más riesgo de presentar distrés vs no agricultores (IC 95% 1,33-2,08); y las variables que aumentan este riesgo en este sector son: trabajar en turnos por ciclos (OR 1,34 IC95% 1,10-1,63), no adaptar nada bien el horario de trabajo con los compromisos familiares (OR 1,39 IC95% 1,19-1,63), considerar tener una mala salud (OR 3,05 IC95% 1,14-8,12), considerar tener una salud regular (OR 1,60 IC95% 1,30-1,98), tener problemas de insomnio (OR 1,74 IC 95% 1,46-2,06), cansancio crónico (OR 2,08 IC 95% 1,73-2,51), y haber tenido un accidente de trabajo en los últimos 12 meses (OR 1,39 IC 95% 1,07-1,81) (tabla 40).

Salud respiratoria

En cuanto a sintomatología respiratoria, el 4,31% de los agricultores informó disnea nocturna; el 7,49% opresión de pecho, y el 8,43% tos nocturna (tabla 39).

Sin embargo, estas variables de sintomatología respiratoria resultaron factores protectores significativos en el sector agricultura frente de las demás actividades, tanto en el análisis bivariado como multivariado (tabla 40).

Las variables correspondientes a los bienes no resultaron estadísticamente significativas, por lo que no se consideraron en el modelo de regresión.

SECTOR CONSTRUCCIÓN

Datos sociodemográficos, condiciones de salud y de trabajo

La mayoría de los trabajadores del sector construcción eran hombres (98,30%), de los cuales el 62,29% tenían entre 30-49 años, más de la mitad de los participantes con educación secundaria (52,55%); en cuanto a los bienes más del 90% tenían cocina a gas, el 9,49% cocina a leña, el 13,38% ambas, el 89,05% refrigeradora, el 61,80% tv, el 45,36% internet, el 36,50% computador, y el 24,33% lavadora (tabla 38).

El 96,83% tenía 1 trabajo, la mayoría con más de 40 horas de trabajo semanales (70,56%), casi en su totalidad con un tiempo de trabajo mayor o igual a 60 meses (98,30%), sin contrato o con contrato temporal (96,84%), el 52,07% con una seguridad de continuidad de contrato baja, y con jornada laboral diurna en su mayoría (80,05%). El 69,38% con un tiempo de traslado del trabajo a casa menor o igual a 20 minutos, y el 83,70% se adaptaba a su horario de trabajo muy bien (tabla 38).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Acerca de las condiciones de trabajo, el 6,57% estaba expuesto a ruido elevado, el 14,26% a vibración en mano o brazo, el 15,82% a vibración en cuerpo entero, el 3,16% estaba expuesto a sustancias tóxicas, el 84,62% informó que estas sustancias llevaban etiqueta de peligrosidad, el 62,53% estaba expuesto a contaminantes químicos, el 37,55% conocía los efectos en la salud de estas sustancias tóxicas, y el 31,03% informó recibir información para prevenir efectos en la salud. El 2,68% tenía contacto con materiales infecciosos, el 1,95% informó estar expuesto a violencia física por personas de su lugar de trabajo y violencia por personas no pertenecientes a su trabajo, y el 1,22% afirmó haber recibido acoso o abuso sexual (tabla 38).

En relación con las condiciones de salud, más del 95% consideraba tener una buena/muy buena salud, el 21,17% informó haber presentado COVID-19 (prueba RT-PCR) en los últimos 12 meses; el 7,06% tomaba medicación para hipertensión arterial recetada por un médico, el 9,98% tomaba remedio herbario contra hipertensión arterial; el 97,32% tenía una audición excelente/buena. En las últimas 4 semanas, los problemas de salud presentados con mayor frecuencia fueron: alteraciones gastrointestinales (45,74%), enfermedades respiratorias (34,31%), dolor de cabeza (18,25%), fatiga visual (10,46%); además el 22,87% informó haber presentado cortes/pinchazos/golpes en su lugar de trabajo. La mayoría de los trabajadores estaban expuestos a una precariedad laboral moderada (83,70%). En general, los trabajadores del sector construcción trabajan muchas veces/siempre de pie (74,94%), utilizando herramientas manuales (53,77%), realizando tareas repetitivas en menos de 1 minuto (61,07%), y tareas repetitivas en menos de 10 minutos (61,56%) (tabla 38).

Salud musculoesquelética

La mayor prevalencia de síntomas osteomusculares en los últimos 12 meses fue: dolor/molestia en columna lumbar (23,36%), cuello (17,52%), hombros (16,30%), y rodillas (11,44%) (tabla 39).

En el análisis de regresión logística, estas variables resultaron factores protectores tanto en el análisis bivariado como multivariado (tabla 41).

Salud mental

El 46,47% de los trabajadores del sector construcción presentó distrés (tabla 39). Esta variable no fue estadísticamente significativa.

Salud respiratoria

El 7,54% de los trabajadores presentó flema crónica, el 3,41% bronquitis crónica el 2,68% asma, el 1,22% sibilancia, el 1,70% opresión de pecho, y menos del 1% disnea y tos nocturnas (tabla 39).

En el modelo de regresión logística cruda la bronquitis y flema crónica resultaron factores protectores frente a las demás actividades en el estudio (tabla 41).

SECTOR MINERÍA

Datos sociodemográficos, condiciones de salud y de trabajo

En el sector minería, participaron 411 trabajadores, la mayoría eran hombres (96,59%), el 70,80% de 30-49 años, más de la mitad con educación secundaria (57,66%). En cuanto a los bienes, el 91,24% tenía cocina a gas, el 7,54% cocina a leña, el 11,92% ambas, el 82,97% refrigeradora, el 66,67% internet, el 45,10% computador, el 33,88% lavadora y el 48,91% tenía tv (tabla 38).

El 98,05% afirmó tener un solo trabajo, más de la mitad trabajaban más de 40 horas a la semana (56,45%), y casi en su totalidad con un tiempo de trabajo mayor a 60 meses (98,54%), el 82,00% informó estar sin contrato o con contrato temporal, casi la mitad de los trabajadores tenían una seguridad de continuidad de contrato baja (47,69%), el 59,69% con jornada laboral diurna, el 86,37% con un tiempo de traslado del trabajo a casa menor o igual a 20 minutos, y la mayor proporción adaptaba su horario de trabajo con los compromisos familiares muy bien (79,81%) (tabla 38).

En referencia a las condiciones de trabajo, el 18,73% estaba expuesto a ruido elevado/muy elevado, el 34,79% estaba expuesto a vibraciones en mano o brazo y el 9,73% a vibración en cuerpo entero, el 7,79% manipulaba sustancias tóxicas, el 32,38% afirmó que las sustancias llevaban etiqueta de peligrosidad, más de la mitad de los trabajadores afirmaron que la información de la etiqueta a veces es complicada entender (53,13%), además el 50,61% estaba expuesto a contaminantes químicos, el 52,61% tenía conocimientos de los efectos en la salud de estas sustancias, el 50,71% recibía información para prevenir efectos en la salud, el 2,19% estaba en contacto con materiales infecciosos; el 1,46% informó haber recibido violencia física por personas de su lugar de trabajo, el 1,95% violencia por personas no pertenecientes a su trabajo, y el 1,22% informó haber recibido acoso/abuso sexual (tabla 38).

En cuanto a las condiciones de salud, más del 90% consideraban tener una salud buena/muy buena, el 23,11% informó haber presentado COVID-19 (prueba RT-PCR) en los últimos 12 meses, el 3,65% tomaba medicación para hipertensión arterial recetada por un médico, el 8,52% tomaba remedio herbario contra hipertensión; el 92,21% tenía una audición excelente/buena. En las últimas 4 semanas, semanas el 3,65% presentó quemaduras, el 5,84% esguinces/luxaciones o desgarró muscular, el 29,93% heridas por cortes, el 54,74% alteraciones gastrointestinales, el 41,85% enfermedades respiratorias, el

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

2,92% intoxicación aguda, el 43,80% había presentado dolor de cabeza, el 10,22% vértigo, el 12,65% alteraciones de la visión, el 7,54% afirmó tener problemas de insomnio, el 2,68% problemas de voz, el 7,30% cansancio crónico. El 5,84% informó haber tenido un accidente de trabajo en los últimos 12 meses, y más del 90% de los trabajadores estaban expuestos a una precariedad laboral moderada (tabla 38).

En general, los trabajadores del sector minería trabajaban muchas veces/siempre de pie (88,56%), el 45,74% utilizaban muchas veces/siempre herramientas manuales y el 46,96% realizaban muchas veces/siempre tareas repetitivas en menos de 1 minuto; el 61,80% trabajaban algunas veces caminando (61,80%), y realizando posturas forzadas (68,86%). La mayoría informó que su puesto de trabajo le permite muchas veces/siempre: trabajar con comodidad (71,31%), realizar movimientos necesarios (71,05%), y cambiar posturas (68,59%); además informaron que la iluminación de su trabajo les permite muchas veces/siempre: mantener una postura adecuada (73,88%), y no forzar la vista (55,99%) (tabla 38).

Salud musculoesquelética

La sintomatología musculoesquelética que los trabajadores del sector minería presentaron con mayor prevalencia en los últimos 12 meses fueron dolor/molestia en: cuello (35,77%), hombros (26,28%), manos/muñecas (22,14%), columna lumbar (21,41%), columna dorsal (18,49%), rodillas (14,11%), caderas/piernas (12,41%) y con menor prevalencia dolor/molestia en tobillos/pies (7,54%) (tabla 39).

En el modelo de regresión ajustado, encontramos que los trabajadores de este sector tienen 1,42 veces más riesgo de presentar dolor en cuello vs trabajadores no mineros. (IC 95% 1,07-1,87); las variables que aumentan este riesgo son: ser mujer (OR 1,95 IC95% 1,68-2,26), tiempo de trabajo mayor de 60 a 120 meses (OR 1,67 IC95% 1,21-2,31), la exposición a ruido elevado (OR 1,97 IC95% 1,27-3,04), exposición a vibración en cuerpo entero (OR 1,18 IC95% 0,89-1,57), realizar tareas repetitivas en menos de un minuto (OR 1,29 IC95% 1,11-1,50), y tareas repetitivas en menos de 10 minutos (OR 1,46 IC95% 1,25-1,71) (tabla 42).

Salud mental

La prevalencia de distrés en trabajadores del sector minería fue alta, más de la mitad de los trabajadores presentaron distrés (57,18%) (tabla 39).

Los análisis de regresión logística confirmaron el mayor riesgo de distrés en trabajadores mineros (OR 1,50 IC 95% 1,19-1,88), y las variables que aumentan este riesgo fueron: tener una seguridad de continuidad de contrato media (OR 1,53

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

IC 95%1,28-1,83), tener una seguridad de continuidad de contrato baja (OR 1,39 IC95% 1,17-1,65), jornada laboral en turnos por ciclos (OR 1,24 IC95% 1,01-1,51), no adaptar el horario de trabajo con compromisos familiares (OR 1,30 IC95%1,12-1,52), considerar tener una salud mala (OR 3,71 IC95%1,40-9,82), considerar tener una salud regular (OR 1,88 IC95% 1,53-1,52) (tabla 42).

Salud respiratoria

El síntoma respiratorio presentado con mayor prevalencia en estos trabajadores fue flema crónica (13,63%) (tabla 39).

En el análisis de Regresión logística se encontró que los trabajadores de este sector tienen 1,45 veces más riesgo de presentar flema crónica vs trabajadores no mineros (IC 95% 1,01-2,08), y las variables que aumentan este riesgo son: edad mayor a 50 años (OR 1,89 IC95% 1,31-2,72), tiempo de trabajo mayor a 60-120 meses (OR 1,88 IC95% 1,31-2,72), jornada laboral en turnos rotativos día-noche (OR 1,38 IC95%1,05-1,81), la exposición a vibración de cuerpo entero (OR 1,60 IC95% 1,13-2,24), considerar tener una salud regular (OR 1,56 IC95% 1,18-2,04), y haber presentado COVID-19 en los últimos 12 meses (OR 1,28 IC95% 1,01-1,63) (tabla 42).

SECTOR PESCA

Datos sociodemográficos, condiciones de salud y de trabajo

En general, la mayoría de los participantes del sector pesca eran hombres (88,86%), de los cuales el 63,92% tenían entre 30 a 49 años; en cuanto al nivel de estudios, el 58,11% de los participantes tenían una educación básica inicial; en relación con los bienes, más del 90% informaron tener cocina a gas, el 5,03% cocina a leña, el 4,36% ambas, el 12,23% tenía refrigeradora, el 25,67% internet, el 3,87% computadora, el 40,92% lavadora, y el 3,87% de los trabajadores informaron tener tv (tabla 38).

Más del 90% de los trabajadores afirmaron tener un solo trabajo, la mayoría trabajaba más de 20 a 40 horas a la semana (51,09%), con un tiempo de trabajo mayor de 60 a 120 meses (61,74%); el 59,56% informó estar sin contrato o con contrato temporal, en su mayoría con una seguridad de continuidad en el trabajo media (84,02%), con jornada laboral en turnos rotativos día-noche (56,90%). Además, el 90,56% informó un tiempo de traslado del trabajo a casa menor o igual de 20 minutos, la mayor proporción afirmó que su horario de trabajo se adapta bien a sus compromisos familiares (93,46%) (tabla 38).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Respecto a las condiciones de trabajo, alrededor del 2,92% de los trabajadores informaron estar expuestos a ruidos elevados, menos del 1% informó estar expuesto a vibración mano/brazo, el 3,25% informó estar expuesto a vibración de cuerpo entero, la mayoría informó no estar expuestos a contaminantes químicos (98,79%) (tabla 38).

El 19,85% informó estar expuesto a violencia por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo, menos del 1% informó recibir violencia por personas de su lugar de trabajo y haber recibido acoso o abuso sexual (0,97%) (tabla 38).

Referente a las condiciones de salud, la mayoría de los trabajadores informaron tener una salud buena/muy buena (92,01%), el 29,30% informó haber presentado COVID-19 (prueba RT-PCR) en los últimos 12 meses, el 13,08% de los trabajadores tomaban medicación recetada por un médico para hipertensión arterial, y el 8,96% tomaba remedio herbario para tratar la hipertensión. Los problemas de salud informados con mayor frecuencia en las últimas 4 semanas fueron: fatiga visual (15,25%), dolor de cabeza (13,80%), vértigos (7,51%), problemas de insomnio (6,78%), alteraciones gastrointestinales (6,05%), enfermedades respiratorias (2,18%), cansancio crónico (1,94%); y menos del 1% informó presentar problemas de voz e intoxicación aguda (0,24%). El 7,51% informó haber tenido un accidente de trabajo en los últimos 12 meses. La mayoría de los trabajadores del sector pesca estaban expuestos a una precariedad laboral moderada (91,53%). En general, los trabajadores de este sector trabajan muchas veces/siempre de pie (84,50%), manipulando cargas (64,41%), realizando fuerzas (4,44%), tareas repetitivas en menos de 1 minuto (31,48%) (tabla 38).

Salud musculoesquelética

En relación con los síntomas osteomusculares presentados con mayor frecuencia en los últimos 12 meses fueron: dolor/molestia en columna lumbar (16,22%), dolor/molestia en columna dorsal (12,83%), dolor/molestia en manos/muñecas (12,83%), dolor/molestia en hombro (10,90%), y con menor frecuencia dolor en tobillos/pies (7,02%), rodillas (6,09%), y caderas/piernas (4,36%) (tabla 39).

Las variables cuello y hombro resultaron factores protectores significativos tanto en el análisis bivariado como multivariado (tabla 43).

Salud respiratoria

Menos del 10% reportó síntomas respiratorios; sibilancia (8,0%), flema crónica (5,33%), opresión de pecho (2,91%), disnea nocturna (1,94%), tos nocturna (1,45%), y menos de 1% reportó asma y bronquitis (0,97%) (tabla 39).

Las variables de sintomatología respiratoria resultaron factores protectores significativos tanto en el análisis bivariado como multivariado (tabla 43).

Salud mental

Alrededor del 44,07% de los trabajadores del sector pesca informaron distrés (tabla 39).

Se realizó un modelo de Regresión logística ajustada con la variable actividad, horas de trabajo semanales, tiempo de trabajo en meses, tipo de contrato, jornada laboral, adaptación de horarios de trabajo y compromisos familiares, violencia física por personas pertenecientes a su lugar de trabajo, violencia por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo, remedio herbario contra hipertensión arterial, dolor de cabeza, problemas de insomnio, cansancio crónico, accidente de trabajo en los últimos 12 meses, precariedad laboral, y se obtuvieron los siguientes resultados: los trabajadores del sector pesca tienen 1,44 veces más riesgo de presentar distrés que los trabajadores de otras actividades, (IC 95%1,06-1,96), y son factores de riesgo las variables contrato fijo-propietario (OR 1,36 IC 95% 1,02-1,83), jornada laboral en turnos por ciclos (OR 1,28 IC95% 1,05-1,55), no adaptar el horario de trabajo a los compromisos familiares 1,24(1,06-1,44), problemas de insomnio (OR 1,39 IC95% 1,18-1,64), cansancio crónico (OR 2,07 IC95% 1,72-2,48), accidente de trabajo en los últimos 12 meses (OR 1,59 IC95% 1,23-2,05); además encontramos que la ausencia o baja precariedad actúa como factor de protección (OR 0,29 0,21-0,39) (tabla 43).

Las variables correspondientes a los bienes no resultaron estadísticamente significativas, por lo que no se consideraron en el modelo de regresión.

SECTOR INFORMAL

Datos sociodemográficos, condiciones de salud y de trabajo

En el sector informal, participaron 451 trabajadores, de los cuales el 62,08% eran mujeres, casi de la mitad de ellos con edades de 30-49 años (46,12%); respecto al nivel de educación el 48,56% tenía una educación secundaria; la mayoría tenía cocina a gas (78,49%), el 9,53% cocina a leña, el 21,73% ambas, el 49,22% refrigeradora, el 53,22% tenía internet, el 35,79% computador, el 30,82% lavadora, y el 28,38% tenía tv. (tabla 38).

El 88,21% tenía un trabajo, el 43,02% trabajaba más de 40 horas semanales, la mayoría con un tiempo de trabajo menor a 60 meses (75,83%), el 62,75% sin contrato o con contrato temporal, el 44,12% con una seguridad baja sobre la continuidad de su trabajo, con jornada laboral diurno en su mayoría (63,19%), el

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

48,12% con un tiempo de traslado a casa menor a 20 minutos, el 62,97% se adaptaba muy bien a su horario de trabajo (tabla 38).

En cuanto las condiciones de trabajo, el 13,08% estaba expuesto a ruido alto, el 23,73% expuesto a vibración mano brazo, el 4,66% manipulaba sustancias tóxicas, la mayoría afirmó que estas sustancias llevaban etiqueta de peligrosidad (76,19%), el 52,38% afirmó que las etiquetas son fáciles de entender, el 8,87% estaba expuesto a contaminantes químicos en su lugar de trabajo, casi la mitad tenía conocimientos de efectos en la salud de estas sustancias tóxicas (48,08), la mayoría recibía información para prevenir efectos de estas sustancias (51,92%), el 29,93% estaba en contacto con materiales infecciosos, el 15,74% afirmó haber recibido violencia física por personas de su lugar de trabajo, el 21,06% violencia por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo, y el 16,85% informó haber recibido acoso o abuso sexual en su trabajo (tabla 38).

En relación con las condiciones de salud, el 88,03% consideraba su salud buena, el 13,08% presentó COVID-19 (prueba RT-PCR) en los últimos 12 meses, el 24,61% tomaba medicación contra hipertensión arterial recetada por un médico, el 21,19% tomaba remedios herbarios contra la hipertensión, y la mayoría informó tener una buena audición (91,57%). En las últimas 4 semanas el 24,17% presentó quemaduras, el 23,50% esguinces/luxaciones, el 28,82% heridas por cortes/pinchazos/golpes, las 39,69% alteraciones gastrointestinales, el 34,59% enfermedades respiratorias, el 52,11% dolor de cabeza, el 32,59% vértigos, el 39,02% fatiga visual, el 36,81% problemas de insomnio, el 27,05% problemas de voz, el 31,26% cansancio crónico, y el 26,61% tuvo un accidente de trabajo en los últimos 12 meses. La mayoría de los trabajadores de este sector estaban expuestos a una moderada precariedad laboral (75,83%). En general, en su trabajo la mayoría de los trabajadores realizan tareas repetitivas en menos de 1 minuto (5,55%) y tareas repetitivas en menos de 10 minutos (53,22%) (tabla 38).

Los trabajadores de este sector tenían altas prevalencias de sintomatología musculoesquelética, presentaron dolor en: cuello 48,78%, columna lumbar 48,56%, hombro 46,56%, rodillas 40,35%.

Salud musculoesquelética

Los síntomas osteomusculares que los participantes informaron tener con mayor frecuencia en los últimos 12 meses fueron dolor/molestia en: columna lumbar (48,56%), cuello (48,78%), hombro (46,56%), rodillas (40,35%), caderas/piernas (39,45%), columna dorsal (39,69%), manos/muñecas (31,91%) (tabla 39).

En el modelo de regresión ajustado, encontramos que los trabajadores del sector informal tienen 1,63 veces más riesgo de presentar dolor en caderas/piernas vs

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

trabajadores no informales (IC 95%1,28-2,08), las variables que aumentan este riesgo son: ser mujer (OR 2,08 IC95% 1,77-2,45), trabajar más de 40 horas semanales (OR 1,69 IC95%1,37-2,07), un tiempo de trabajo mayor de 60 a 120 meses (OR 2,08 IC95%1,52-2,85), exposición a vibración en mano/brazo (OR 1,45 IC95%1,18-1,78), exposición a vibración en cuerpo entero (OR 1,61 IC95% 1,21-2,16), considerar tener una salud mala (OR 4,55 IC95% 2,21-9,38), considerar tener una salud regular, (OR 2,25 IC95%1,89-2,75), trabajar muchas veces/siempre caminando (OR 1,37 IC95%1,15-1,65), trabajar muchas veces/siempre inclinado (OR 1,28 IC95%1,03-1,59) (tabla 44).

Encontramos también en el modelo de regresión ajustado que trabajar en el sector informal tiene 2,20 veces más riesgo de presentar dolor de rodillas vs otros sectores (IC 95% 1,74-2,77). En el sector informal ser mujer tiene 1,52 veces más riesgo de presentar dolor en rodillas/pies vs hombres (IC 95%1,30-1,78), además mayores de 50 años tienen 1,47 más riesgo vs edades de 20-29 años (IC 95%1,13-1,91), estar expuesto a vibración en cuerpo entero tiene 1,50 veces más riesgo de presentar dolor de rodillas vs lo que no están expuestos, (IC 95%1,12-1,99), considerar tener una mala salud y una salud regular tienen más riesgo vs los que consideran tener una buena salud (OR 4,30 IC95% 2,10-8,80), (OR 1,90 IC95%1,55-2,33), trabajar muchas veces/siempre en cuclillas (OR 1,45 IC95% 1,07-1,97), realizar muchas veces/siempre posturas forzadas (OR 1,27 IC95%1,02-1,59), y realizar tareas repetitivas en menos de 10 minutos tienen 1,55 veces más riesgo de presentar dolor de rodillas que los que no lo realizan en el sector informal. (1,30-1,84) (tabla 44).

Además, los trabajadores de este sector tienen 2,67 veces más riesgo de presentar dolor en tobillos pies vs trabajadores no informales (IC 95%2,10-3,41). En el sector informal ser mujer tiene 1,44 veces más riesgo vs hombres de presentar dolor en tobillos/pies (IC 95% 1,20-1,71); además estar expuesto a vibración de cuerpo entero (OR 1,48 IC95% 1,09-2,02), y vibración en mano brazo (OR 1,30 IC 95% 1,04-1,63), trabajar muchas veces siempre caminando tiene 1,51 veces más riesgo que los que nunca trabajan caminando (IC95% 1,24-1,84), trabajar muchas veces/siempre en inclinado (OR 1,35 IC95% 1,05-1,72), y realizar tareas repetitivas en menos de 10 minutos tiene 1,51 veces más riesgo de presentar dolor en tobillos que los que no realizan estas tareas repetitivas. (IC95% 1,24-2,83) (tabla 44).

Salud mental

El 54,99% de los trabajadores del sector informal presentó distrés (tabla 39).

En el modelo de regresión ajustado, el distrés resultó ser un factor protector en el sector salud frente a las demás actividades (tabla 44).

Salud respiratoria

En cuanto la prevalencia de síntomas respiratorios, el sector informal presentó: asma 20,84%, sibilancia 6,30%, tos nocturna 21,73%, bronquitis crónica 15,96%, y flema crónica 21,06% (tabla 39).

En el modelo de regresión ajustado, se encontró que los trabajadores del sector informal tienen 2,86 veces más riesgo de presentar asma vs trabajadores no informales (IC 95% 1,89-4,33), además 2,32 veces más riesgo de presentar sibilancia (IC 95% 1,59-3,39); 1,76 veces más riesgo de presentar opresión de pecho (IC 95% 1,27-2,43); 1,66 veces más riesgo de presentar tos nocturna (IC 95% 1,22-2,26); 2,09 veces más riesgo de presentar bronquitis crónica (IC 95% 1,41-3,09); y 1,88 veces más riesgo de presentar flema crónica que los trabajadores que no son del sector informal. (IC 95% 1,37-2,58) (tabla 44).

SECTOR SALUD

Datos sociodemográficos, condiciones de salud y de trabajo

La mayoría de los participantes eran mujeres (63,48%), y el 78,31% tenían entre 20-29 años. En cuanto al nivel de estudios el 95,70% tenían educación Superior. El 74,20% tenían cocina a gas, el 3,00% cocina a leña, el 27,34% ambas, el 57,44% refrigeradora, el 83,72% internet, el 86,23% computador, el 41,06% lavadora, y el 37,25% tv. Más del 90% de los participantes tenían un trabajo, el 41,21% trabajaba más de 20 a 40 horas semanales, la mayoría tenía un tiempo de trabajo menor o igual a 60 meses (95,65%), el 88,45% sin contrato o contrato temporal, el 36,71% tenían un seguridad de continuidad en el trabajo media, aproximadamente el 76% trabajaban en jornada laboral diurna, el 42,30% informó un tiempo de traslado del trabajo a casa menor de 20 minutos, y un poco más de la mitad informó que adaptaba bien su horario de trabajo con compromisos familiares. (56,18%) (tabla 38).

Acerca de las condiciones de trabajo, el 10,29% estaba expuesto ruido elevado, el 11,06% a vibraciones en mano/brazo, el 4,35% estaba expuesto a vibración de cuerpo entero, el 9,57% manipulaba sustancias tóxicas, aproximadamente el 93% informaron que estas sustancias llevan etiqueta de peligrosidad, y el 75,76% afirmaron que esta información era fácil de entender, el 19,68% estaba expuesto a contaminantes químicos, el 88,64% conocía los efectos de estas sustancias en

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

la salud, el 75,00% recibía información para prevenir efectos en la salud, el 76,43% informó estar en contacto con materiales infecciosos; además el 2,95% afirmó haber recibido violencia física por personas de su lugar de trabajo, el 8,55% informó violencia por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo, y el 3,19% estuvo expuesto a acoso o abuso sexual en su lugar de trabajo.(tabla 38). En relación con las condiciones de salud, el 84,78% consideraba su salud buena/muy buena, el 18,94% presentó COVID-19 (prueba RT-PCR) en los últimos 12 meses, el 4,01% tomaba medicación para hipertensión recetada por un médico, el 1,50% tomaba remedio herbario contra la hipertensión, aproximadamente el 95% informó tener una audición excelente/buena. En las últimas 4 semanas más de la mitad de los participantes presentaron: alteraciones gastrointestinales (60,34%), dolor de cabeza (69,28%), fatiga visual (53,77%), problemas de voz (89,32%). El 75,85% estaba expuesto a una precariedad laboral moderada. El 32,84% informó que su posición en su trabajo es muchas veces/siempre de pie (31,84%), el 55,89% sentado, el 33,77% caminando, y más de la mitad informó realizar tareas repetitivas en menos de 10 minutos (58,21%) (tabla 38).

Salud musculoesquelética

Los síntomas osteomusculares reportados por los trabajadores del sector salud con mayor prevalencia en los últimos 12 meses fueron: molestia/dolor en cuello (60,92%), molestia/dolor en columna lumbar (58,89%), molestia/dolor hombro (45,60%), molestia/dolor columna dorsal (43,48%) (tabla 39).

En el análisis multivariado, encontramos que los trabajadores del sector salud tienen 2,22 veces más riesgo de presentar dolor de cuello (IC 95% 1,88-2,63) vs trabajadores de otros sectores; y las variables que aumentan este riesgo son: ser mujer (OR 1,61 IC95%1,39-1,86), tener un tiempo de trabajo mayor de 60 a 120 meses (OR 2,24 IC95%1,67-3,00), trabajar muchas veces/siempre sentado (OR1,42 IC95%1,20-1,67), muchas veces/siempre inclinado (OR1,38 IC95%1,12-1,70), realizar tareas repetitivas en menos de un minuto (OR 1,38 IC95%1,19-1,60), y tareas repetitivas en menos de 10 minutos (OR 1,38 IC95%1,19-1,60) (tabla 45).

Además, en el modelo de regresión ajustado, se encontró que los trabajadores de este sector tienen 1,63 veces más riesgo de presentar dolor de hombro vs trabajadores de otros sectores (IC 95% 1,35-1,96); variables asociadas a este riesgo son; ser mujer (OR 1,56 IC95% 1,35-1,80), tener más de 50 años (OR 1,35 IC95%1,03-1,77), tener un tiempo de trabajo mayor de 60 a 120 meses (OR 2,60 IC95%1,94-3,47), trabajar muchas veces/siempre sentado (OR 1,27IC95% 1,08-1,50), muchas veces/siempre inclinado (OR 1,27IC95% 1,06,1,61), manipular

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

cargas/objetos/personas (OR 1,28 IC95%1,07-1,53), realizar tareas repetitivas en menos de 1 minuto (OR 1,17 IC95% 1,01-1,36), y realizar tareas repetitivas en menos de 10 minutos (OR 1,71 IC95% 1,47-2,00) (tabla 45).

Así mismo, los trabajadores del sector salud tienen 1,67 veces más riesgo de presentar dolor en columna dorsal que los trabajadores de otros sectores (IC 95%1,39-2,02); y las variables que aumentan este riesgo son: ser mujer (OR 1,37IC95% 1,18-1,59), tener un tiempo de trabajo mayor de 60 a 120 meses (OR 2,66 IC95%1,99-3,55), trabajar muchas veces/siempre sentado (OR 1,46 IC95%1,23-1,72)), muchas veces/siempre caminando (OR 1,29IC95% 1,10-1,53), muchas veces/siempre inclinado (OR1,28 IC95%1,05-1,58), manipular cargas (OR 1,27 IC95%1,06-1,73))realizar tareas repetitivas en menos de un minuto (OR 1,19 IC95%1,03-1,38), y tareas repetitivas en menos de 10 minutos (OR 1,47 IC95%1,26-1,72) (tabla 45).

Encontramos además que este grupo de trabajadores tienen 1,99 veces más riesgo de presentar dolor de columna lumbar vs trabajadores de otros sectores (IC 95%1,65-2,39). Las variables que aumentan este riesgo son: ser mujer (OR 1,56 IC95%1,34-1,80), mayores de 50 años (OR 2,00 IC95% 1,53-2,61) tener un tiempo de trabajo mayor de 60 a 120 meses (OR 2,11 IC95% 1,56-2,84), trabajar muchas veces/siempre sentado (OR 1,54 IC95% 1,30-1,82), muchas veces/siempre caminando (OR 1,54 IC95% 1,31-1,82), muchas veces/siempre inclinado (OR 1,39 IC95% 1,12-1,73), y realizar muchas veces/siempre posturas forzadas (OR 1,42 IC 95%1,16-1,75) (tabla 45).

También en el análisis de regresión ajustado, encontramos que los trabajadores del sector salud, tienen 1,34 veces más riesgo de presentar dolor en caderas/piernas que trabajadores de otros sectores (IC95%1,04-1,56); las variables que aumentan este riesgo son: ser mujer (OR 1,90 IC 95% 1,62-2,23), ser mayor de 50 años (OR 1,90 IC95%1,43-2,53) tener un tiempo de trabajo mayor de 60 a 120 meses (OR2,80 IC 95%2,08-3,76)), trabajar muchas veces/siempre caminando (OR 1,28 IC95% 1,07-1,53),realizar muchas veces/siempre posturas forzadas (OR1,24 IC95%1,00-1,54)) y tareas repetitivas en menos de 10 minutos (OR 1,74 IC95%1,46-2,07) (tabla 45).

Por último, en el modelo de regresión ajustado se confirma que los trabajadores de este sector tienen 1,27 veces más riesgo de presentar dolor de rodillas vs trabajadores de otros sectores (IC 95% 1,04-1,56), las variables que aumentan este riesgo son: ser mujer (OR 1,32 IC95% 1,13-1,55), ser mayor de 50 años (OR 2,69 IC95% 2,03-3,56), tener un tiempo de trabajo mayor de 60 a 120 meses (OR 2,74 IC95% 2,03-3,68), trabajar muchas veces/siempre inclinado (OR 1,28

IC95%1,04-1,59),y realizar tareas repetitivas en menos de 10 minutos (OR 1,55 IC 95%1,31-1,84) (tabla 45).

Salud mental

El 44,44% de los trabajadores del sector salud informó distrés. (tabla 39). Esta variable resultó un factor protector significativo tanto en el análisis bivariado como multivariado (tabla 45).

Salud respiratoria

Los síntomas respiratorios más frecuentes en los últimos 12 meses fueron: tos nocturna (14,64%), opresión de pecho (13,14%), disnea nocturna (10,64%), y menos del 10% presentó flema crónica, bronquitis crónica (5,51%), sibilancia (6,26%) (tabla 39).

En el modelo de regresión ajustado, encontramos que los trabajadores del sector salud tienen 2,22 veces más riesgo de presentar tos nocturna que los trabajadores no pertenecientes a este sector. En este sector productivo, ser mujer tiene 1,61 veces más riesgo que los hombres (IC 95%1,30-2,00), además los que tienen más de 50 años tienen más riesgo de presentar tos nocturna que tener entre 20-29 años (OR 1,54 IC95%1,03-2,31), los que trabajan más de 60 a 120 meses tienen más riesgo que los trabajan menos de 60 meses (OR 2,25 IC95% 1,55-3,24), los que están expuestos a contaminantes químicos tienen mayor riesgo que los que no están expuestos (OR 1,52 IC95% 1,15-2,01), los trabajadores que han presentado COVID-19 en los últimos 12 meses tienen más riesgo de presentar tos nocturna que los que no lo hayan tenido en el sector salud. (OR 1,52 IC95% 1,21-1,93) (tabla 45).

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 38.

Características socio-demográficas, condiciones salud y de trabajo en 4290 trabajadores de diversos sectores productivos, Ecuador 2021.

Características	Total N=4290	Agricultura N=534	Construcción N=411	Minería N=411	Pesca N=413	Sector Informal N=451	Sector Salud N=2070
	n(%)	n(%)	p _x ²	n(%)	p _x ²	n(%)	p _x ²
Sexo							
Hombre	2368 (55,66)	293 (54,87)	0,69	404 (98,30)	<0,01	397 (96,59)	<0,01
Mujer	1902 (44,34)	241 (45,13)		7 (1,70)		14 (3,41)	
Edad							
<20- 29 años	2248 (52,40)	173 (32,40)		130 (31,61)		83 (20,19)	
30- 49	1644 (38,32)	224 (41,95)	<0,01	25 (6,2,29)	<0,01	291 (70,80)	<0,01
50 a años o más	398 (9,28)	137 (25,66)		25 (6,08)		37 (9,00)	
Nivel de Instrucción							
Educación Básica inicial completa/incompleta	1054 (24,57)	304 (56,93)		174 (42,34)		154 (37,47)	
Educación Secundaria media completa/incompleta	1047 (24,41)	172 (32,21)	<0,01	21 (5,2,55)	<0,01	237 (57,66)	<0,01
Educación Superior	2115 (49,30)	26 (4,87)		21 (5,11)		18 (4,38)	
Sin Educación	74 (1,72)	32 (5,99)		-		2 (0,49)	
Bienes							
Cocina a gas							
Sí	3420 (79,72)	384 (71,91)	<0,01	379 (92,21)	<0,01	375 (91,24)	<0,01
No	870 (20,28)	150 (28,09)		32 (7,79)		36 (8,76)	
Cocina a leña							
Sí	298 (6,95)	108 (20,22)	<0,01	39 (9,49)	0,03	31 (7,54)	0,61
No	3992 (93,05)	426 (79,78)		372 (90,51)		380 (92,46)	
Cocina a gas y leña (ambas)							
Sí	920 (21,45)	134 (25,09)	<0,01	55 (13,38)	<0,01	49 (11,92)	<0,01
No	3370 (78,55)	400 (74,91)		356 (86,62)		362 (88,08)	
Refrigeradora							
Sí	2699 (62,91)	251 (47,00)	<0,01	366 (89,06)	<0,01	341 (82,97)	<0,01
No	1591 (37,09)	283 (53,00)		45 (10,95)		70 (17,03)	
Internet							
Sí	2780 (64,80)	241 (45,13)	<0,01	186 (45,36)	<0,01	274 (66,67)	0,40
No	1510 (35,20)	293 (54,87)		225 (54,74)		137 (33,33)	
Computador							
Sí	2436 (56,78)	137 (25,66)	<0,01	150 (36,50)	<0,01	187 (45,40)	<0,01
No	1854 (43,22)	397 (74,34)		261 (63,50)		221 (54,50)	
Lavadora							
Sí	1539 (35,87)	142 (26,59)	<0,01	100 (24,33)	<0,01	139 (33,82)	0,36
No	2751 (64,13)	392 (73,41)		311 (75,67)		272 (66,18)	
Tv							
Sí	1487 (34,66)	117 (21,91)	<0,01	254 (61,80)	<0,01	201 (48,91)	<0,01
No	2803 (65,34)	417 (78,09)		157 (38,20)		210 (51,09)	
Trabajos remunerados							
Ninguno	173 (4,07)	45 (8,60)		2 (0,49)		1 (0,24)	
1 trabajo	3931 (92,56)	456 (87,19)	<0,01	397 (96,83)	<0,01	403 (98,05)	<0,01
2- 3 trabajos	143 (3,37)	22 (4,21)		11 (2,68)		7 (1,70)	
Horas de trabajo semanales							
≤ 20 horas	889 (20,72)	181 (33,90)		33 (8,03)		24 (5,84)	
>20-40 horas	1662 (38,74)	261 (48,88)	<0,01	88 (21,41)	<0,01	155 (37,71)	<0,01
>40 horas	1739 (40,54)	92 (17,23)		290 (70,56)		232 (56,45)	
Tiempo de trabajo (meses)							
≤ 60 meses	3686 (85,92)	446 (83,52)		404 (98,30)		405 (98,54)	
>60-120 meses	327 (7,62)	32 (5,99)	<0,01	3 (0,73)	<0,01	4 (0,97)	<0,01
>120 meses	367 (8,55)	56 (10,49)		4 (0,97)		2 (0,49)	

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tipo de contrato										
Contrato a término o no sin empleados	419 (9,77)	94 (17,60)		9 (2,19)	3 (0,73)		157 (38,01)	127 (28,16)		29 (1,40)
Contrato fijo - propietario	454 (10,58)	118 (22,10)	<0,01	4 (0,97)	<0,01	71 (17,27)	<0,01	10 (2,42)	<0,01	41 (9,08)
Sin contrato - temporario	3417 (79,65)	322 (60,30)		398 (96,84)		337 (82,00)		246 (59,56)		283 (62,75)
Seguridad de continuidad de contrato										
Alta	1012 (23,59)	93 (17,42)		12 (2,92)		54 (13,14)		51 (12,35)		69 (15,30)
Media	1746 (40,70)	229 (42,88)	<0,01	185 (45,01)	<0,01	161 (39,17)	<0,01	347 (84,02)	<0,01	183 (40,58)
Baja	1532 (35,71)	212 (39,79)		214 (52,07)		196 (47,69)		15 (3,63)		199 (44,12)
Jornada laboral										
Diurno	3016 (70,30)	466 (87,27)		329 (80,05)		233 (59,69)		133 (32,20)		285 (63,19)
En turnos por ciclos	595 (13,87)	40 (7,49)	<0,01	37 (9,00)	<0,01	145 (35,28)	<0,01	45 (10,90)	<0,01	49 (10,86)
En turnos rotativos día-noche	679 (15,83)	28 (5,24)		45 (10,95)		33 (8,05)		235 (56,90)		117 (25,94)
Tiempo de traslado a casa (minutos)										
≤ 30 minutos	2351 (54,80)	263 (49,25)		287 (69,83)		355 (86,37)		374 (90,56)		217 (48,12)
> 30-60 minutos	1495 (34,85)	240 (44,94)	<0,01	111 (27,01)	<0,01	51 (12,41)	<0,01	38 (9,20)	<0,01	309 (68,34)
> 60 minutos	444 (10,35)	31 (5,81)		13 (3,16)		5 (1,22)		1 (0,24)		25 (5,54)
Adaptación de Horario de trabajo y compromisos										
Bien/muy bien	2904 (67,69)	399 (74,72)		344 (83,70)		328 (79,81)		386 (93,46)		284 (62,97)
Nada bien/No muy bien	1266 (29,51)	96 (17,98)	<0,01	62 (15,09)	<0,01	77 (18,73)	<0,01	25 (6,05)	<0,01	128 (28,38)
No responde	120 (2,80)	39 (7,30)		5 (1,22)		6 (1,46)		2 (0,48)		39 (8,65)
Condiciones de trabajo										
Exposición a ruido										
Ruido elevado/muy elevado	416 (9,70)	28 (5,24)		27 (6,57)		77 (18,73)		12 (2,91)		59 (13,06)
Ruido bajo/no muy elevado	3714 (86,57)	461 (86,33)	<0,01	368 (91,54)	0,07*	317 (77,13)	<0,01	399 (96,61)	<0,01	354 (78,49)
No sabe/no responde	160 (3,73)	45 (8,43)		16 (3,89)		17 (4,14)		2 (0,48)		38 (8,43)
Exposición a vibraciones										
Sí, en mano o brazo	653 (15,22)	11 (20,79)		59 (14,36)		143 (34,79)		4 (0,97)		107 (23,73)
Sí, en cuerpo entero	308 (7,07)	35 (6,55)	<0,01	65 (15,82)	<0,01	40 (9,73)	<0,01	13 (3,15)	<0,01	60 (13,30)
No/no sabe	334 (7,72)	388 (7,266)		287 (69,83)		228 (55,47)		396 (95,88)		284 (62,97)
Manipulación de sustancias tóxicas										
Sí	415 (9,67)	151 (28,28)	<0,01	13 (3,16)	<0,01	32 (7,79)		-		21 (4,66)
No	339 (7,90)	299 (55,99)		370 (90,02)		329 (80,05)	0,35*	411 (99,52)	<0,01	281 (62,31)
No sabe/no responde	483 (11,26)	84 (15,73)		28 (6,81)		50 (12,17)		2 (0,48)		149 (33,04)
Sustancias llevan etiqueta de peligrosidad										
Sí	352 (84,82)	130 (86,09)		11 (8,462)		11 (3,238)	<0,01	-		16 (76,19)
Prácticamente ninguno	12 (2,89)	7 (4,64)	0,11	-	0,78*	1 (3,13)		-		2 (9,52)
No/no sabe	51 (12,29)	14 (9,27)		2 (15,38)		20 (6,250)		-		3 (14,29)
Información de etiqueta de peligrosidad										
A veces complicada/complificada	128 (30,84)	58 (38,41)		6 (46,15)		17 (53,13)	<0,01	-		7 (33,33)
Fácil de entender	245 (59,04)	74 (49,01)	0,007	5 (38,46)	0,30*	5 (15,63)		-		11 (52,38)
No sabe/no responde	42 (10,12)	19 (12,58)		2 (15,38)		10 (31,25)		-		3 (14,29)
Exposición a contaminantes químicos (gases, vapores, polvo, humo)										
Sí	822 (19,16)	93 (17,42)	<0,01	257 (62,53)	<0,01	206 (50,61)	<0,01	3 (0,36)		40 (8,87)
No	3019 (70,37)	336 (62,92)		126 (30,66)		168 (40,88)		406 (98,79)	<0,01	260 (57,65)
No sabe/no responde	449 (10,47)	105 (19,66)		28 (6,81)		35 (8,52)		2 (0,48)		151 (33,48)
Conocimiento de efectos en la salud de sustancias tóxicas										
Sí	633 (60,29)	86 (50,29)		98 (37,55)	<0,01	111 (52,61)		1 (33,33)		25 (48,08)
No	274 (26,10)	56 (32,75)	0,01	106 (42,38)		60 (28,44)	0,01	2 (66,67)	0,26	21 (40,38)
No sabe/no responde	633 (60,29)	29 (16,96)		55 (21,07)		40 (18,96)		-		6 (11,54)
Recibe información para prevenir efectos (sustancias)										
Sí	562 (53,52)	83 (48,54)		81 (31,08)	<0,01	107 (50,71)	<0,01	-		27 (51,92)
No	340 (32,38)	61 (35,67)	0,35	127 (48,66)		56 (26,54)		3 (100)	0,04	19 (36,54)
No sabe/no responde	148 (14,10)	27 (15,79)		53 (20,31)		48 (22,75)		-		6 (11,54)
Contacto con materiales infecciosos										
Sí	1797 (41,89)	56 (10,49)	<0,01	11 (2,68)	<0,01	9 (2,19)	<0,01	4 (0,97)	<0,01	135 (29,93)
No	2493 (58,11)	478 (89,51)		400 (97,32)		402 (97,81)		409 (99,05)		488 (23,57)
Violencia física por personas de su lugar de trabajo										
Sí	162 (3,78)	14 (2,62)	<0,01	8 (1,95)		6 (1,46)		2 (0,48)		71 (15,74)
No	4001 (93,26)	482 (90,26)		399 (97,06)	0,004	399 (97,06)	0,004*	410 (10,25)	<0,01	343 (76,05)
No sabe/no responde	127 (2,96)	38 (7,12)		4 (0,97)		6 (1,46)		1 (0,24)		37 (8,20)
Violencia por personas no pertenecientes a su trabajo										
Sí	393 (9,16)	23 (4,31)	<0,01	8 (1,95)	<0,01	8 (1,95)	<0,01	82 (19,85)		95 (21,06)
No	3656 (85,22)	472 (88,39)		363 (88,32)		328 (79,81)		330 (79,90)	<0,01	313 (69,40)
No sabe/no responde	241 (5,62)	39 (7,30)		40 (9,73)		75 (18,25)		1 (0,24)		43 (9,53)
Acoso o abuso sexual										
Sí	175 (4,06)	19 (3,56)	<0,01	5 (1,22)	0,004	5 (1,22)	0,006	4 (0,97)		76 (16,85)
No	3958 (92,26)	476 (89,14)		395 (96,11)		389 (94,65)		405 (98,06)	<0,01	339 (75,17)
No sabe/no responde	157 (3,66)	39 (7,30)		11 (2,68)		17 (4,14)		4 (0,97)		36 (7,98)

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Condiciones de Salud												
Salud												
Buena- muy buena	3704(86,34)	400(74,91)	<0,01	394(95,86)	<0,01	378(91,97)	<0,01	380(92,01)	397(88,03)	0,41	1755(84,78)	
Regular	550(12,82)	127(23,78)		16(3,89)		32(7,99)		33(7,99)	<0,01	52(11,53)	290(14,01)	0,002
Mala	36(0,84)	7(1,31)		1(0,24)		1(0,24)		-		2(0,44)	25(1,21)	
Covid-19 en los últimos 12 meses (prueba RT-PCR)												
Sí	852(18,86)	98(18,35)	<0,01	87(21,17)		95(23,11)	<0,01	121(29,30)	59(13,08)		392(18,94)	
No	3149(73,40)	369(69,10)		285(69,34)	0,03*	256(62,29)		266(64,41)	<0,01	354(78,49)	1619(78,21)	<0,01
No sabe/no responde	289(6,74)	67(12,55)		39(9,49)		60(14,60)		26(6,30)		38(8,43)	59(2,85)	
Medicación para Hipertensión Arterial recetada por médico												
Sí	405(9,44)	113(21,16)	<0,01	29(7,06)		15(3,65)	<0,01	54(13,08)	111(24,61)		83(4,01)	
No	3818(89,00)	395(83,97)		376(91,48)	0,21*	393(95,62)		359(86,92)	<0,01	319(70,73)	1976(95,46)	<0,01
No sabe/no responde	67(1,56)	26(4,87)		6(1,46)		3(0,73)		-		21(4,66)	11(0,53)	
Remedio herbario contra Hipertensión Arterial												
Sí	312(7,27)	72(13,48)	<0,01	41(9,98)		35(8,52)		37(8,96)	96(21,29)		31(1,50)	
No	3892(90,72)	434(81,27)		357(86,86)	0,01*	370(90,02)	0,43*	376(91,04)	0,004	335(74,28)	2030(97,58)	<0,01
No sabe/no responde	86(2,00)	28(5,24)		13(3,16)		6(1,46)		-		20(4,43)	19(0,92)	
Audición												
Excelente/buena	4044(94,27)	482(90,26)	<0,01	400(97,32)		379(92,21)		409(99,03)	413(91,57)		1961(94,73)	
Regular	220(5,13)	46(8,61)		9(2,19)	0,02*	32(7,79)		4(0,97)	<0,01	34(7,54)	95(4,59)	0,26
Mala	26(0,61)	6(1,12)		2(0,49)		-		-		4(0,89)	14(0,68)	
En las últimas 4 semanas ha presentado:												
Quemaduras												
Sí	247(5,76)	34(6,37)	<0,01	12(2,92)		15(3,65)		6(1,45)	109(24,17)		71(3,43)	
No	3993(93,08)	479(89,70)		394(95,86)	0,03*	394(95,86)	0,05	406(98,31)	<0,01	330(73,17)	1990(96,14)	<0,01
No sabe/no responde	50(1,17)	21(3,93)		5(1,22)		2(0,49)		1(0,24)		12(2,66)	9(0,43)	
Esguince, luxación, fractura, o desgarro muscular												
Sí	375(8,74)	55(10,30)	<0,01	20(4,87)		24(5,84)		14(3,39)	106(23,50)		156(7,54)	
No	3851(89,77)	28(5,24)		388(94,40)	0,004*	385(93,67)	0,01	399(96,61)	<0,01	326(72,28)	1902(91,88)	<0,01
No sabe/no responde	64(1,49)	28(5,24)		3(0,73)		2(0,49)		-		19(4,21)	12(0,58)	
Heridas por cortes, pinchazos, golpes, proyecciones												
Sí	752(17,53)	115(21,54)	<0,01	94(22,87)		123(29,93)	<0,01	45(10,90)	130(28,82)		245(11,84)	
No	3484(81,21)	396(74,16)		315(76,64)	0,004*	287(69,83)		367(88,86)	<0,01	303(67,18)	1836(87,13)	<0,01
No sabe/no responde	54(1,26)	23(4,31)		2(0,49)		1(0,24)		1(0,24)		18(3,99)	18(0,83)	
Alteraciones gastrointestinales												
Sí	1998(46,57)	132(24,72)	<0,01	188(45,74)		225(54,74)	<0,01	25(6,05)	179(39,69)		1249(60,34)	
No	2234(52,07)	375(70,22)		218(53,04)	0,9*	184(44,77)		387(93,70)	<0,01	257(56,98)	813(39,28)	<0,01
No sabe/no responde	58(1,35)	27(5,06)		5(1,22)		2(0,49)		1(0,24)		15(3,33)	8(0,39)	
Dificultades o enfermedades respiratorias												
Sí	1315(30,65)	138(25,84)	<0,01	141(34,31)		172(41,85)	<0,01	9(2,18)	156(34,59)		699(33,77)	
No	2915(67,95)	373(69,85)		266(64,72)	0,19*	232(56,45)		402(97,34)	<0,01	282(62,53)	1360(65,70)	<0,01
No sabe/no responde	60(1,40)	23(4,32)		4(0,97)		7(1,70)		2(0,48)		13(2,88)	11(0,53)	
Intoxicación aguda												
Sí	186(4,34)	37(6,93)	<0,01	13(3,16)		12(2,92)		1(0,24)	100(22,17)		23(1,11)	
No	4023(93,78)	458(85,77)		391(95,13)	0,44*	397(96,59)	0,02*	410(99,27)	<0,01	333(73,84)	2034(98,26)	<0,01
No sabe/no responde	81(1,89)	39(7,30)		7(1,70)		2(0,49)		2(0,48)		18(3,99)	13(0,63)	
Dolor de cabeza												
Sí	2222(51,79)	241(45,13)		75(18,25)		180(43,80)		57(13,80)	235(52,11)		1434(69,28)	
No	2004(46,71)	261(48,88)	<0,01	333(81,02)	<0,01	228(55,47)	<0,01	353(85,47)	<0,01	202(44,79)	627(30,29)	<0,01
No sabe/no responde	64(1,49)	32(5,99)		3(0,73)		3(0,73)		3(0,73)		14(3,10)	9(0,43)	
Vértigos o mareos												
Sí	796(18,55)	72(13,48)		13(3,16)		42(10,22)	<0,01	31(7,51)	147(32,59)		491(23,72)	
No	3412(79,53)	425(79,59)	<0,01	388(94,40)	<0,01	354(86,13)	<0,01	382(92,49)	<0,01	292(64,75)	1571(75,89)	<0,01
No sabe/no responde	82(1,91)	37(6,93)		10(2,43)		15(3,65)		-		12(2,66)	8(0,39)	
Alteración de la visión o fatiga visual												
Sí	1547(36,06)	100(18,73)		43(10,46)		52(12,65)		63(15,25)	176(39,02)		1113(53,77)	
No	2656(61,91)	404(75,66)	<0,01	355(86,37)	<0,01	340(82,73)	<0,01	350(84,75)	<0,01	262(58,09)	945(45,65)	<0,01
No sabe/no responde	87(2,03)	30(5,62)		13(3,16)		19(4,62)		-		13(2,88)	12(0,58)	
Problemas de insomnio												
Sí	1310(30,54)	73(13,67)		23(5,60)		31(7,54)		28(6,78)	166(36,81)		989(47,78)	
No	2899(67,58)	429(80,34)	<0,01	384(93,43)	<0,01	367(89,29)	<0,01	385(93,22)	<0,01	271(60,09)	1063(51,35)	<0,01
No sabe/no responde	81(1,89)	32(5,99)		4(0,97)		13(3,16)		-		14(3,10)	18(0,87)	
Problemas de la voz												
Sí	377(8,79)	29(5,43)		7(1,70)		11(2,68)		4(0,97)	122(27,05)		1849(89,32)	
No	3837(89,44)	474(88,76)	<0,01	401(97,57)	<0,01	391(95,13)	<0,01	408(96,79)	<0,01	314(69,62)	17(0,82)	<0,01
No sabe/no responde	76(1,77)	31(5,81)		3(0,73)		9(2,19)		1(0,24)		15(3,33)	20(0,96)	
Cansancio crónico												
Sí	961(22,40)	84(15,73)	<0,01	22(5,35)	<0,01	30(7,30)	<0,01	8(1,94)	141(31,26)		676(32,66)	
No	3148(73,38)	409(76,59)		373(90,75)		338(82,24)		405(98,06)	<0,01	287(63,64)	1336(64,54)	<0,01
No sabe/no responde	181(4,22)	41(7,68)		16(3,89)		43(10,46)		-		23(5,10)	58(2,80)	

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Accidente de trabajo en los últimos 12 meses												
Sí	378(8,81)	61(11,42)	0,02	14(3,41)	<0,01	24(5,84)	0,02	31(7,51)	0,32	120(26,61)	<0,01	128(6,18)
No	3812(91,19)	473(88,58)		397(96,59)		387(94,16)		382(92,49)		331(73,39)		1942(93,82)
Precariedad laboral												
Ausencia o baja precariedad	460(10,72)	101(18,91)		13(3,16)		20(4,87)		21(5,08)		79(17,52)		226(10,92)
Moderada precariedad	3393(79,09)	383(71,72)	<0,01	344(83,70)	<0,01	376(91,48)	<0,01	378(91,53)	<0,01	342(75,83)	<0,01	1570(75,85)
Alta precariedad	437(10,19)	50(9,36)		54(13,14)		15(3,66)		14(3,39)		30(6,65)		274(13,24)
Ergonomía												
Posición habitual en el trabajo												
De pie												
Algunas veces	1722(40,14)	138(25,84)		25(6,08)		29(7,06)		56(13,56)		214(47,45)		1260(60,87)
Muchas veces/siempre	2169(50,56)	338(63,30)	<0,01	308(74,94)	<0,01	364(88,56)	<0,01	349(84,50)	<0,01	151(33,48)	<0,01	659(31,84)
Nunca	399(9,30)	58(10,86)		78(18,98)		18(4,38)		8(1,94)		86(19,07)		151(7,29)
Sentado												
Algunas veces	1838(42,84)	303(56,74)		95(23,11)		112(27,25)		230(55,69)		284(62,97)		814(39,32)
Muchas veces/siempre	1453(33,87)	63(11,80)	<0,01	86(20,92)	<0,01	52(12,65)	<0,01	13(3,15)	<0,01	84(18,63)	<0,01	1155(55,80)
Nunca	999(23,29)	168(31,46)		230(55,96)		247(60,10)		170(41,16)		83(18,40)		101(4,88)
Caminando												
Algunas veces	2119(49,39)	175(32,77)		139(33,82)		254(61,80)		177(42,86)		221(49,00)		1153(55,70)
Muchas veces/siempre	1307(30,47)	316(59,18)	<0,01	44(10,71)	<0,01	58(14,11)	<0,01	61(14,77)	<0,01	129(28,60)	0,39	699(33,77)
Nunca	864(20,14)	43(8,05)		228(55,47)		99(24,09)		175(42,37)		101(22,39)		218(10,53)
En cuclillas												
Algunas veces	2007(46,78)	243(45,51)		247(60,10)		191(46,47)		170(41,16)		201(44,57)		955(46,14)
Muchas veces/siempre	313(7,30)	160(29,96)	<0,01	16(3,89)	<0,01	22(5,35)	0,23	15(3,63)	<0,01	36(7,98)	0,57	64(3,09)
Nunca	1970(45,92)	131(24,53)		148(36,01)		198(48,18)		228(55,21)		214(47,45)		1051(50,77)
De rodillas												
Algunas veces	1411(32,89)	257(48,13)		18(4,42)		127(30,90)		108(26,15)		183(40,58)		554(26,76)
Muchas veces/siempre	172(4,01)	79(14,79)	<0,01	9(2,19)	<0,01	14(3,41)	0,48	16(3,87)	0,07	19(4,21)	<0,01	35(1,69)
Nunca	2707(63,10)	198(37,08)		220(53,53)		270(66,69)		289(69,98)		249(55,21)		1481(71,55)
Inclinada												
Algunas veces	2136(49,79)	266(49,81)		217(52,80)		172(41,85)		227(54,96)		205(45,45)		1049(50,68)
Muchas veces/siempre	566(13,19)	169(31,65)	<0,01	20(4,87)	<0,01	21(5,11)	<0,01	62(15,01)	0,08	50(11,09)	0,009	244(11,79)
Nunca	1588(37,02)	99(18,54)		174(42,34)		218(53,04)		124(30,02)		196(43,46)		777(37,54)
Frecuencia en el trabajo												
Manipular cargas												
Algunas veces	2367(55,17)	253(47,38)		223(54,26)		302(73,48)		107(25,91)		272(60,31)		1210(58,45)
Muchas veces/siempre	962(22,42)	225(42,13)	<0,01	103(25,06)	0,35*	67(16,30)	<0,01	266(64,41)	<0,01	52(11,53)	<0,01	249(12,03)
Nunca	961(22,40)	56(10,49)		85(20,68)		42(10,22)		40(9,69)		127(28,16)		611(29,52)
Herramientas manuales												
Algunas veces	1908(44,48)	240(44,94)		114(27,74)		195(47,45)		172(41,65)		241(53,44)		946(45,70)
Muchas veces/siempre	1395(35,52)	246(46,07)	<0,01	221(53,77)	<0,01	188(45,74)	<0,01	111(26,88)	<0,01	81(17,96)	<0,01	548(26,27)
Nunca	987(23,01)	48(8,99)		76(18,49)		28(6,81)		130(31,48)		129(28,60)		576(27,83)
Posturas forzadas												
Algunas veces	2418(56,36)	274(51,31)		215(52,31)		283(68,86)		251(60,77)		248(54,99)		1147(55,41)
Muchas veces/siempre	684(15,94)	196(36,70)	<0,01	64(15,57)	0,10*	61(14,84)	<0,01	89(21,55)	<0,01	47(10,42)	<0,01	227(10,97)
Nunca	1188(27,69)	64(11,99)		132(32,12)		67(16,30)		73(17,68)		156(34,59)		696(33,62)
Realizar fuerza												
Algunas veces	2568(59,86)	253(47,38)		222(54,01)		297(72,26)		212(51,33)		270(59,87)		1314(63,48)
Muchas veces/siempre	846(19,72)	240(44,94)	<0,01	109(26,52)	<0,01	84(20,44)	<0,01	167(40,44)	<0,01	57(12,64)	<0,01	189(9,13)
Nunca	876(20,42)	741(13,68)		80(19,46)		30(7,30)		34(8,23)		124(27,49)		567(27,39)
Alcanzar objetos altos												
Algunas veces	2020(47,09)	312(58,43)		203(49,39)		152(36,98)		194(46,97)		256(56,76)		903(43,62)
Muchas veces/siempre	350(8,16)	122(22,85)	<0,01	32(7,79)	0,61*	25(6,08)	<0,01	50(12,11)	0,01	40(8,87)	<0,01	81(3,91)
Nunca	1920(44,76)	100(18,73)		176(42,82)		234(56,93)		169(40,92)		155(34,37)		1086(52,46)
Tareas repetitivas en < 1 minuto												
Sí	2008(46,81)	280(52,43)		251(61,07)		193(46,96)		130(31,48)		228(50,55)		926(44,73)
No	1893(44,13)	177(33,15)	<0,01	110(26,76)	<0,01	168(40,88)	0,05	278(67,31)	<0,01	178(39,47)	0,1	982(47,44)
No sabe	389(9,07)	77(14,42)		50(12,17)		50(12,17)		5(1,21)		45(9,98)		162(7,83)
Tareas repetitivas en < 10 minutos												
Sí	2271(52,94)	303(56,74)		253(61,56)		178(43,31)		92(22,28)		240(53,22)		1205(58,21)
No	1632(38,04)	142(26,59)	<0,01	115(27,98)	<0,01	199(48,42)	<0,01	312(75,54)	<0,01	165(36,59)	0,58	699(33,77)
No sabe	387(9,02)	89(16,67)		43(10,46)		34(8,27)		9(2,18)		46(10,20)		166(8,02)

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Puesto de trabajo permite												
Trabajar con comodidad												
Algunas veces	1515(41,75)	220(50,00)		130(36,93)		92(24,66)		268(71,47)		114(35,85)		691(39,02)
Muchas veces/siempre	1821(50,18)	160(36,36)	<0,01	192(54,55)	0,15*	266(71,31)	<0,01	93(28,80)	<0,01	143(44,97)	<0,01	967(54,60)
Nunca	293(8,07)	60(13,64)		30(8,52)		15(4,02)		14(3,73)		61(19,18)		113(6,38)
Movimientos necesarios												
Algunas veces	1402(37,83)	194(43,79)		132(37,61)		93(24,93)		262(71,39)		136(38,75)		585(32,13)
Muchas veces/siempre	2088(56,34)	216(48,76)	0,002	195(55,56)	0,69*	265(71,05)	<0,01	98(26,70)	<0,01	162(46,15)	<0,01	1152(63,26)
Nunca	216(5,83)	33(7,45)		24(6,84)		15(4,02)		7(1,91)		53(15,10)		84(4,61)
Cambiar posturas												
Algunas veces	1558(42,44)	229(51,58)		138(38,12)		108(28,27)		276(75,82)		139(40,41)		668(37,63)
Muchas veces/siempre	1899(51,73)	190(42,79)	<0,01	193(53,31)	0,02*	262(68,59)	<0,01	86(23,63)	<0,01	149(43,31)	<0,01	1019(57,41)
Nunca	214(5,83)	25(5,63)		31(8,56)		12(3,14)		2(0,55)		56(16,28)		88(4,96)
Iluminación de trabajo permite												
Postura adecuada												
Algunas veces	1397(37,84)	208(46,95)		117(32,68)		90(23,75)		248(70,25)		103(30,75)		631(34,59)
Muchas veces/siempre	2079(56,31)	203(45,82)	<0,01	222(62,01)	0,07*	280(73,88)	<0,01	93(26,35)	<0,01	170(50,75)	<0,01	1111(60,91)
Nunca	216(5,85)	32(7,22)		19(5,31)		9(2,37)		12(3,40)		62(18,51)		82(4,50)
No forzar la vista												
Algunas veces	1395(40,69)	181(40,67)	0,11*	126(37,61)	<0,01	67(21,68)		186(60,78)		134(39,41)	0,004	701(41,41)
Muchas veces/siempre	1449(42,27)	174(39,10)		103(30,75)		173(55,99)	<0,01	73(23,86)	<0,01	127(37,35)		799(47,19)
Nunca	584(17,04)	90(20,22)		106(31,64)		69(22,33)		47(15,36)		79(23,24)		193(11,40)

Nota: * = test Fisher

Fuente: Encuesta Condiciones de Salud y Trabajo, Ecuador 2021.

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Condiciones de trabajo																	
Exposición a ruido																	
Ruido en el trabajo/ muy y mucho	2.26 [61.34]	0.01	222 [35.27]	206 [49.32]	2.11 [30.72]	26.79 [6.70]	170 [40.87]	163 [39.25]	119 [27.64]	26 [62.30]	46 [11.06]	38 [12.74]	79 [12.99]	24 [19.47]	70 [6.82]	0.01	
Ruido bajo/ no muy y mucho	16 [40.14]	0.01	129 [34.92]	106 [28.70]	0.01 [24.26]	0.01 [16.63]	0.01 [23.23]	0.01 [27.23]	0.01 [16.99]	0.01 [17.44]	0.01 [2.33]	0.01 [20.73]	0.01 [20.73]	0.01 [34.03]	0.01 [37.10]	0.01	
No sabe/ no responde	6 [15.13]		35 [9.31]	37 [23.13]	46 [28.75]	60 [27.30]	42 [26.23]	42 [26.23]	23 [7.30]	97 [60.62]	106 [2.91]	14 [6.22]	34 [7.75]	17 [10.62]	19 [2.21]		
Exposición a vibraciones																	
Sí en menor o tiempo	3.97 [3.67]		324 [49.62]	307 [47.01]	239 [44.26]	346 [30.99]	2.89 [33.34]	2.10 [22.35]	160 [24.30]	369 [35.31]	73 [11.12]	7 [11.48]	38 [13.17]	100 [13.31]	10 [16.02]	0.01	
Sí en cuerpo entero	16 [35.14]		131 [49.23]	133 [43.39]	133 [43.39]	147 [53.78]	147 [53.78]	147 [53.78]	147 [53.78]	147 [53.78]	147 [53.78]	147 [53.78]	147 [53.78]	147 [53.78]	147 [53.78]	0.01	
No/ no sabe	143 [35.16]		109 [22.90]	289 [26.06]	1044 [13.11]	1473 [44.12]	774 [33.42]	763 [22.32]	350 [13.90]	1390 [44.69]	147 [4.41]	206 [6.12]	230 [6.90]	252 [7.76]	3 [19.01]		
Manipulación de sustancias tóxicas																	
Sí	2.51 [60.48]		204 [49.16]	179 [42.23]	201 [48.12]	262 [33.35]	141 [33.92]	134 [37.11]	122 [29.40]	22 [28.22]	19 [4.36]	3 [39.48]	42 [10.12]	48 [11.57]	3 [15.73]		
No sabe/ no responde	142 [34.12]	0.01	111 [28.27]	9 [10.69]	2 [14.64]	0.01 [10.22]	0.01 [10.22]	0.01 [10.22]	0.01 [10.22]	0.01 [10.22]	0.01 [10.22]	0.01 [10.22]	0.01 [10.22]	0.01 [10.22]	0.01 [10.22]	0.01	
Sustancias llevan etiqueta de peligrosidad																	
Sí	2.14 [61.02]		174 [49.42]	174 [49.42]	179 [30.23]	234 [66.40]	120 [44.09]	127 [38.32]	107 [30.68]	129 [38.69]	12 [11.11]	3 [13.21]	3 [13.21]	3 [13.21]	3 [13.21]		
Prácticamente ninguno	9 [36.67]	0.62	7 [30.33]	6 [30.00]	0.60	0.60	0.03 [630.00]	0.12 [630.00]	0.03 [630.00]	0.12 [630.00]	0.11	0.44	0.78	0.19	0.39	0.61	
No/ no sabe	23 [34.90]		23 [34.30]	19 [27.23]	17 [23.33]	22 [36.34]	14 [27.43]	11 [21.37]	9 [12.63]	26 [30.52]	1 [1.56]	3 [3.22]	4 [7.24]	4 [7.24]	4 [7.24]		
Información de etiqueta de peligrosidad																	
4 veces complicada/completa	20 [62.30]		64 [30.00]	30 [40.63]	62 [48.44]	37 [67.97]	46 [38.39]	40 [37.30]	33 [29.69]	3 [16.22]	9 [7.02]	9 [7.02]	9 [7.02]	9 [7.02]	9 [7.02]		
Fácil de entender	144 [35.78]	0.62	117 [47.76]	0.62	102 [44.06]	0.72	123 [30.20]	0.34	154 [61.68]	0.33	22 [22.47]	0.23	90 [36.73]	0.39	11 [36.94]	0.07	
No sabe/ no responde	27 [64.29]		23 [34.36]	19 [43.24]	16 [28.10]	24 [27.34]	16 [28.10]	16 [28.10]	14 [26.19]	16 [28.10]	2 [4.76]	4 [9.32]	6 [14.29]	6 [14.29]	6 [14.29]		
Exposición a contaminantes químicos (gases, vapores, polvo, humo)																	
Sí	349 [42.26]		302 [36.74]	2 [31.127]	2 [31.127]	3 [30.12]	180 [24.09]	2 [112.02]	130 [13.82]	41 [20.49]	46 [26.01]	36 [26.11]	2 [26.33]	0.01 [73.32]	10 [12.44]		
No sabe/ no responde	13 [36.42.2]		102 [34.02]	836 [27.69]	0.01	100 [34.02]	0.01 [102.342]	0.01 [102.342]	0.01 [102.342]	0.01 [102.342]	0.01 [102.342]	0.01 [102.342]	0.01 [102.342]	0.01 [102.342]	0.01 [102.342]	0.01	
Sustancias tóxicas																	
Sí	336 [35.08]		279 [44.02]	237 [37.44]	27 [34.24]	34 [34.24]	2 [21.19.1]	2 [21.19.1]	139 [21.96]	30 [31.30]	2 [21.19.1]	3 [31.30]	3 [31.30]	70 [11.06]	22 [12.90]	72 [2.32]	
No sabe/ no responde	10 [36.26]	0.01	9 [36.26]	10 [36.26]	0.01	10 [36.26]	0.01 [10.36.26]	0.01 [10.36.26]	0.01 [10.36.26]	0.01 [10.36.26]	0.01 [10.36.26]	0.01 [10.36.26]	0.01 [10.36.26]	0.01 [10.36.26]	0.01 [10.36.26]	0.70	
Recibe información para prevenir efectos (sustancias)																	
Sí	299 [32.10]		24 [34.29]	20 [26.48]	27 [32.17]	300 [35.38]	16 [29.26]	17 [30.22]	12 [22.24]	2 [29.46]	2 [26.62]	4 [27.47]	4 [27.47]	62 [11.02]	66 [11.74]	2 [14.14]	
No sabe/ no responde	13 [32.24]		11 [32.24]	0.01	9 [32.24]	0.01	14 [32.24]	0.01	14 [32.24]	0.01	2 [32.24]	0.24	9 [36.06]	0.70	2 [26.33]	0.17	
Contacto con materiales infecciosos																	
Sí	11 [31.34]		9 [31.109]	0.01	7 [31.109]	0.01	8 [31.109]	0.01	11 [31.109]	0.01	4 [31.109]	0.01	11 [31.109]	0.01	11 [31.109]	0.01	
No sabe/ no responde	20 [41.24]		9 [34.2623]	0.01	7 [34.2623]	0.01	6 [34.2623]	0.01	6 [34.2623]	0.01	6 [34.2623]	0.01	6 [34.2623]	0.01	6 [34.2623]	0.01	
Violencia física por personas de su lugar de trabajo																	
Sí	12 [17.78]		12 [19.01]	12 [17.332]	10 [6.348]	11 [7.22]	10 [35.38]	10 [37.23]	9 [6.26]	11 [12.14]	6 [4.92]	3 [2.10]	6 [9.102]	6 [9.29]	6 [9.29]		
No sabe/ no responde	17 [44.09]	0.01	13 [34.37]	13 [28.37]	0.01 [32.22.37]	0.01 [32.22.37]	0.01 [32.22.37]	0.01 [32.22.37]	0.01 [32.22.37]	0.01 [32.22.37]	0.01 [32.22.37]	0.01 [32.22.37]	0.01 [32.22.37]	0.01 [32.22.37]	0.01 [32.22.37]	0.01	
Violencia por personas no pertenecientes a su trabajo																	
Sí	23 [60.36]		2 [17.322]	2 [34.42]	2 [31.302]	2 [31.302]	17 [43.04]	1 [31.302]	1 [31.302]	2 [24.302]	3 [21.12]	7 [41.23]	9 [23.19]	10 [26.72]	9 [26.72]		
No sabe/ no responde	16 [44.06]	0.01	12 [16.48]	10 [35.20]	0.01 [20.09.37]	0.01 [16.74.379]	0.01 [16.74.379]	0.01 [16.74.379]	0.01 [16.74.379]	0.01 [16.74.379]	0.01 [16.74.379]	0.01 [16.74.379]	0.01 [16.74.379]	0.01 [16.74.379]	0.01 [16.74.379]	0.01	
Acoso o abuso sexual																	
Sí	12 [35.14]		12 [17.02]	1 [9.28]	1 [10.22]	1 [11.42]	1 [11.42]	1 [11.42]	1 [11.42]	1 [11.42]	1 [11.42]	1 [11.42]	1 [11.42]	1 [11.42]	1 [11.42]		
No sabe/ no responde	17 [44.42]	0.01	13 [34.42]	0.01	1 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01	
Condiciones de Salud																	
Salud																	
Buena-muy buena	1.66 [42.28]		12 [49.32]	103 [27.89]	1.66 [14.46]	1.94 [49.08]	3 [22.37]	2 [12.71]	30 [15.66]	17 [15.66]	2 [26.62]	23 [6.29]	28 [7.24]	0.01 [33.93]	3 [7.64]	37 [10.02]	
Regular	36 [36.00]	0.01	29 [35.22]	0.01	2 [34.36]	0.01 [27.30.37]	0.01 [24.42.82]	0.01 [24.42.82]	0.01 [14.64]	0.01 [17.32]	0.01 [4.32]	0.01 [7.14.00]	0.01 [10.27.78]	0.01 [10.27.78]	0.01 [10.27.78]	0.01	
Mala	28 [77.78]		27 [7.00]	23 [6.89]	2 [7.00]	30 [33.33]	2 [26.11]	2 [26.11]	2 [26.11]	3 [34.64]	9 [2.00]	10 [27.78]	8 [16.91]	11 [30.24]	6 [16.07]		
Covid-19 en los últimos 12 meses (para RT-PCR)																	
Sí	389 [45.66]		3 [32.74]	274 [2.16]	282 [33.10]	377 [44.25]	2 [27.347]	204 [23.94]	169 [19.24]	42 [30.23]	67 [7.86]	90 [10.36]	112 [13.13]	128 [15.02]	124 [14.33]	1 [15.26]	
No sabe/ no responde	14 [34.17]	0.01	1 [32.74]	0.01	1 [32.74]	0.01	1 [32.74]	0.01	1 [32.74]	0.01	1 [32.74]	0.01	1 [32.74]	0.01	1 [32.74]	0.01	
Notificación para Hiperpresión arterial detectada por médico																	
Sí	19 [40.40]		18 [46.67]	17 [42.91]	17 [42.24]	22 [25.35]	17 [41.88]	14 [16.30]	14 [16.30]	2 [26.47]	6 [8.79]	9 [14.37]	7 [19.01]	8 [21.73]	7 [19.01]		
No sabe/ no responde	17 [43.26]	0.4	13 [35.34]	0.01	1 [34.362]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01	
Medio horario contra Hiperpresión Arterial																	
Sí	14 [45.19]		14 [47.12]	1 [34.40]	1 [34.40]	1 [34.40]	1 [34.40]	1 [34.40]	1 [34.40]	1 [34.40]	1 [34.40]	1 [34.40]	1 [34.40]	1 [34.40]	1 [34.40]		
No sabe/ no responde	17 [34.33]	0.7	13 [35.37]	0.01	1 [34.33]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01	
Escala de bienestar																	
Regular	12 [39.74]		14 [33.37]	1 [36.37]	1 [36.37]	1 [36.37]	1 [36.37]	1 [36.37]	1 [36.37]	1 [36.37]	1 [36.37]	1 [36.37]	1 [36.37]	1 [36.37]	1 [36.37]		
Mala	12 [36.09]	0.01	1 [33.67]	0.01	1 [33.67]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01	
Accidente de trabajo en los últimos 12 meses																	
Sí	2 [37.89]	0.01	2 [37.89]	2 [37.89]	2 [37.89]	2 [37.89]	2 [37.89]	2 [37.89]	2 [37.89]	2 [37.89]	2 [37.89]	2 [37.89]	2 [37.89]	2 [37.89]	2 [37.89]		
No	17 [43.46]		12 [28.27]	106 [27.20]	0.01	12 [28.27]	0.01 [12.28.27]	0.01 [12.28.27]	0.01 [12.28.27]	0.01 [12.28.27]	0.01 [12.28.27]	0.01 [12.28.27]	0.01 [12.28.27]	0.01 [12.28.27]	0.01 [12.28.27]	0.01	
Frecuencia laboral																	
Ausencia o baja productividad	17 [39.91]		12 [28.04]	9 [27.00]	1 [14.27]	1 [14.27]	1 [14.27]	1 [14.27]	1 [14.27]	1 [14.27]	1 [14.27]	1 [14.27]	1 [14.27]	1 [14.27]	1 [14.27]		
Mala productividad	14 [35.22]	0.01	1 [28.04]	0.01	1 [28.04]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01 [10.28.29]	0.01	

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Ergonomía																
Posición habitual en el trabajo																
De pie																
Algunas veces	9,40 (5,11)	7,30 (4,29)	6,12 (3,54)	7,07 (4,06)	9,47 (4,99)	4,8 (2,22)	9,0 (3,21)	3,0 (2,015)	8,3 (4,40)	1,38 (0,81)	15,1 (8,77)	1,98 (1,150)	2,35 (1,45)	3,48 (1,440)	1,88 (1,09,2)	
Muchas veces/siempre	8,85 (4,80)	<0,01 7,36 (3,93)	<0,01 6,09 (2,8)	<0,01 6,75 (3,112)	<0,01 9,26 (4,28 3)	<0,01 5,41 (2,49,4)	<0,01 5,2 (2,46,07)	<0,01 3,8 (2,017,61)	<0,01 10,62 (4,96,9)	0,03* 9,4 (4,33)	<0,01 14,2 (6,55)	0,02* 1,38 (0,5,38)	<0,01 18,28 (9,3)	<0,01 19,69 (10,4)	<0,01 23,1 (10,8)	0,96*
Nunca	1,23 (0,83)	1,06 (2,657)	8,8 (2,0,6)	8,9 (2,2,31)	11,2 (2,8,07)	7,2 (2,8,05)	5,9 (2,4,79)	4,6 (1,1,38)	2,22 (5,61)	3,0 (7,52)	2,7 (7,7)	3,48 (5,3)	3,38 (7,2)	3,8 (5,3)	4,3 (0,78)	
Sentado																
Algunas veces	8,40 (4,2,92)	7,01 (3,6,14)	5,5 (3,0,9)	6,33 (3,4,38)	8,71 (4,7,39)	5,08 (2,7,04)	5,15 (2,8,02)	3,8 (2,05,7)	8,6 (4,7,17)	1,37 (7,45)	15,2 (8,27)	18,3 (9,99)	2,07 (11,28)	2,25 (12,24)	1,99 (10,83)	
Muchas veces/siempre	8,70 (9,88)	<0,01 6,95 (3,8)	<0,01 5,6 (2,8,8)	<0,01 6,43 (4,25)	<0,01 8,55 (8,84)	<0,01 4,3 (3,0,38)	<0,01 4,1 (2,8,63)	<0,01 2,8 (1,9,55)	<0,01 6,7 (4,6,52)	<0,01 9,3 (6,4)	<0,01 1,26 (0,57)	<0,01 15,3 (10,053)	<0,01 2,01 (1,3,83)	<0,01 1,9 (1,3,49)	<0,01 1,61 (1,08)	0,78*
Nunca	2,47 (2,4,72)	2,16 (21,62)	1,94 (19,42)	1,96 (19,82)	2,6 (2,6,23)	15,4 (14,42)	15,3 (15,32)	11,2 (11,21)	5,7 (5,6,68)	3,2 (3,2)	4,2 (4,2)	3,4 (3,4)	4,2 (4,2)	4,2 (4,2)	10,2 (10,2)	
Caminando																
Algunas veces	1,01 (4,7,95)	7,95 (3,7,52)	6,6 (3,1,15)	7,33 (3,4,9)	9,78 (4,615)	5,4 (2,5,48)	5,3 (2,5,01)	3,6 (1,7,27)	10,17 (4,7,99)	1,4 (6,89)	15,4 (7,27)	1,91 (9,2)	3,4 (3,11,47)	3,4 (3,11,61)	2,36 (11,09)	
Muchas veces/siempre	7,14 (4,65)	<0,01 5,91 (4,5,22)	<0,01 4,77 (3,6,50)	<0,01 5,58 (4,2,54)	<0,01 7,81 (6,9,7)	<0,01 4,48 (3,4,38)	<0,01 4,2 (3,25,94)	<0,01 6,9 (4,6,73)	0,09* 8,5 (6,5)	0,02* 1,38 (1,0,33)	<0,01 14,2 (10,086)	<0,01 1,7 (1,1,16)	<0,01 1,8 (1,1,16)	<0,01 1,8 (1,1,16)	<0,01 1,4 (1,1,17)	0,33*
Nunca	2,27 (2,6,27)	1,8 (2,1,53)	1,7 (2,19,9)	1,8 (2,1,06)	2,29 (2,65,9)	1,11 (1,2,85)	10,2 (11,81)	8,9 (7,99)	4,5 (2,3,31)	3,1 (3,59)	3,1 (3,59)	3,7 (4,28)	3,5 (4,25)	4,7 (5,4)	8,1 (8,3)	
En cuclillas																
Algunas veces	9,6 (4,7,93)	8,12 (4,0,46)	6,7 (3,3,48)	7,57 (3,7,2)	10,25 (5,0,57)	5,8 (3,8,90)	5,7 (3,8,70)	3,8 (2,9,23)	10,05 (6,0,07)	1,3 (6,78)	15,6 (7,77)	1,81 (9,02)	2,27 (11,3)	2,38 (11,7)	2,18 (10,8)	
Muchas veces/siempre	1,6 (2,7,2)	<0,01 1,53 (4,88)	<0,01 1,39 (4,1,2)	<0,01 1,5 (4,7,92)	<0,01 2,11 (6,41)	<0,01 1,18 (4,0,89)	<0,01 1,38 (4,0,9)	<0,01 1,08 (3,45,0)	<0,01 1,97 (6,94)	<0,01 2,9 (7,2)	0,02* 4,31 (3,74)	<0,01 3,8 (1,2,14)	0,02* 4,9 (1,5,85)	<0,01 4,4 (1,4,6)	0,08* 5,5 (1,7,57)	<0,01
Nunca	8,3 (4,2,13)	8,07 (3,0,81)	5,0 (2,5,79)	5,6 (2,8,63)	7,6 (2,8,68)	3,9 (1,9,85)	3,0 (1,8,78)	2,8 (1,4,21)	9,17 (4,6,55)	9,7 (4,9,2)	1,21 (6,14)	1,51 (7,68)	1,74 (8,3)	2,0 (10,25)	1,8 (9,59)	
De rodillas																
Algunas veces	6,48 (4,9,2)	5,88 (4,1,67)	4,9 (1,34,80)	5,25 (3,2,1)	7,1 (6,0,74)	4,3 (1,3,55)	4,3 (3,1,0)	3,8 (2,5,4)	7,5 (5,3,37)	1,2 (0,5,9)	14,2 (10,0,6)	1,52 (10,77)	1,8 (11,2,7)	1,7 (11,2,1)	1,7 (11,2,1)	
Muchas veces/siempre	8,6 (5,0,3)	0,45* 8,6 (5,0,3)	<0,01 7,7 (4,4,7)	<0,01 7,44 (3,0,2)	<0,01 9,9 (7,5,6)	<0,01 6,7 (3,9,5)	<0,01 7,1 (4,1,3)	<0,01 5,4 (3,1,40)	<0,01 10,4 (10,47)	<0,01 3,4 (1,3,95)	<0,01 2,0 (1,63)	<0,01 2,3 (1,3,7)	<0,01 2,9 (1,6,8)	<0,01 2,6 (1,5,2)	0,01 3,2 (1,6,7)	<0,01
Nunca	1,22 (4,5,18)	8,96 (3,3,17)	7,4 (2,7,37)	8,7 (3,2,1)	11,7 (3,43,33)	6,2 (1,2,2,2)	5,6 (3,2,69)	4,0 (2,1,48,5)	1,26 (4,6,6)	11,6 (4,3)	1,8 (6,84)	1,95 (7,23)	3,4 (10,9)	1,7 (10,2)	2,9 (9,7)	
Inclinada																
Algunas veces	1,01 (5,47,52)	8,47 (3,9,85)	7,1 (3,3,38)	7,9 (3,6,99)	10,7 (5,0,19)	5,9 (4,7,81)	6,0 (3,6,9)	4,1 (3,0,34)	1,84 (6,0,75)	1,37 (6,4)	17,0 (7,96)	20,3 (9,5)	2,0 (11,7,0)	2,5 (11,99)	2,2 (10,3)	
Muchas veces/siempre	3,24 (1,6,56)	<0,01 2,8 (2,49,82)	<0,01 2,4 (2,4,76)	<0,01 2,6 (2,4,67)	<0,01 3,6 (3,6,41,3)	<0,01 2,11 (3,7,38)	<0,01 2,1 (3,7,46)	<0,01 1,8 (2,9,8)	<0,01 3,0 (5,0,21)	<0,01 4,8 (8,8)	0,025* 6,7 (11,84)	<0,01 6,6 (11,68)	<0,01 8,3 (4,6,6)	<0,01 7,9 (3,9,6)	<0,01 8,2 (4,4,9)	0,038*
Nunca	6,18 (3,9,2)	4,4 (3,7,90)	3,5 (2,2,9)	4,18 (2,6,3)	5,5 (3,4,8)	2,9 (1,5,1)	2,7 (2,17,1)	1,9 (2,1,09)	7,18 (4,5,2)	7,7 (4,5)	8,3 (5,2,3)	10,1 (6,3)	11,7 (7,37)	14,7 (9,26)	15,8 (9,5)	
Frecuencia en el trabajo																
Manipulación de cargas																
Algunas veces	1,15 (4,9,6)	9,25 (3,9,28)	7,78 (3,2,87)	8,55 (3,6,12)	11,6 (4,0,2)	6,8 (2,7,67)	4,0 (2,0,9)	4,8 (1,9,35)	1,21 (5,1,6)	1,67 (7,06)	1,89 (7,86)	2,34 (9,89)	3,2 (11,9)	3,0 (12,7)	2,0 (11,4)	
Muchas veces/siempre	4,02 (4,79)	<0,01 3,7 (2,3,67)	<0,01 3,2 (2,3,47)	<0,01 3,4 (2,3,6)	<0,01 4,6 (4,4)	<0,01 2,6 (2,05,6)	<0,01 2,1 (3,7,46)	<0,01 1,8 (1,9,44)	<0,01 4,77 (4,58)	<0,01 5,8 (6,03)	0,02* 1,8 (0,5,3)	0,025 6,7 (6,9)	<0,01 8,4 (7,3)	0,003* 8,8 (5,2)	<0,01 11,1 (1,75)	0,01*
Nunca	3,9 (4,1,2)	2,75 (2,8,62)	2,09 (2,1,75)	2,6 (2,7,6)	3,6 (3,7,67)	1,88 (1,9,56)	2,7 (2,17,1)	1,2 (1,3,42)	4,3 (4,4,85)	3,7 (3,85)	4,9 (5,1)	6,9 (7,18)	8,4 (8,74)	9,2 (9,57)	7,9 (8,22)	
Herramientas manuales																
Algunas veces	8,80 (4,6,12)	7,14 (4,5,42)	5,89 (3,0,87)	6,68 (3,9,21)	8,78 (4,6,12)	5,1 (2,6,73)	6,88 (2,6,95)	3,9 (1,9,8)	9,54 (5,0,2)	1,4 (7,85)	1,55 (8,12)	1,79 (9,38)	2,28 (11,6)	2,2 (11,5,3)	3,0 (10,48)	
Muchas veces/siempre	6,6 (4,7,8)	<0,01 5,6 (2,40,2)	<0,01 4,8 (2,5,27)	<0,01 5,3 (3,3,8)	<0,01 7,2 (6,1,8)	<0,01 4,0 (2,9,40)	<0,01 2,7 (1,8,9)	<0,01 2,8 (1,7,1)	<0,01 6,8 (4,3)	0,69* 8,0 (5,7)	<0,01 10,3 (7,3)	0,20* 1,17 (0,3)	0,21* 1,3 (0,75)	0,21 1,6 (1,08)	0,39* 1,8 (1,15)	<0,01
Nunca	4,0 (4,4)	2,9 (2,9,99)	2,8 (2,3,10)	2,7 (2,7,46)	3,9 (3,9,41)	1,8 (3,8,54)	1,6 (1,7,48)	1,3 (1,3,48)	4,77 (4,33)	3,6 (3,85)	6,2 (6,28)	7,4 (7,5)	8,6 (8,71)	9,9 (10,03)	8,0 (8,11)	
Posturas forzadas																
Algunas veces	1,16 (2,48,0,6)	9,3 (3,6,75)	7,95 (3,2,88)	8,81 (3,6,4)	11,6 (4,1,8)	6,4 (2,6,94)	5,1 (2,6,7)	4,8 (1,9,40)	1,38 (4,9,9)	1,68 (6,95)	1,95 (8,06)	2,26 (9,3)	3,1 (11,6)	2,9 (12,1)	2,5 (10,59)	
Muchas veces/siempre	3,51 (3,1,3)	<0,01 3,0 (2,4,5,18)	<0,01 2,7 (2,3,77)	<0,01 3,07 (4,0,8)	<0,01 3,9 (5,8,3)	<0,01 2,2 (1,3,2,89)	<0,01 3,9 (4,8,24)	<0,01 1,7 (1,6,2)	<0,01 4,1 (1,0,9)	<0,01 6,3 (2,1)	<0,01 8 (9,9)	<0,01 7 (10,5,3)	<0,01 8,5 (1,2,4)	<0,01 8,2 (1,1,9)	0,01 10,7 (5,6)	<0,01
Nunca	4,44 (3,7,37)	3,26 (2,7,44)	2,4 (2,0,37)	2,8 (2,3,2)	3,2 (3,2,2)	2,2 (2,8,94)	1,8 (1,8,24)	1,7 (1,0,69)	5,0 (4,0,2)	3,1 (2,4)	5,7 (4,8)	7 (6,0)	8,4 (7,07)	10,8 (9,2)	9,9 (9,33)	
Resaca de fuerza																
Algunas veces	1,22 (5,2,63)	9,78 (3,8,28)	8,48 (3,0,8)	9,21 (3,8,6)	12,3 (4,0,1)	7,01 (2,7,30)	6,34 (2,6,2)	4,8 (3,8,81)	1,84 (5,0,0)	1,7 (6,62)	2,0 (7,87)	2,3 (9,11)	3,9 (11,25)	3,5 (11,8)	3,5 (11,4)	
Muchas veces/siempre	3,78 (4,8)	<0,01 3,6 (4,2,91)	<0,01 2,8 (1,7,22)	<0,01 3,3 (3,9,2)	<0,01 4,2 (5,2,63)	<0,01 2,4 (1,3,2,9)	<0,01 2,5 (1,3,6,9)	<0,01 1,97 (1,3,29)	<0,01 4,8 (5,14)	<0,01 5,9 (6,97)	0,034* 7,8 (8,7)	0,023* 7 (8,5)	0,25* 9,0 (10,6)	0,03* 9,2 (10,7)	0,19* 10,6 (12,5)	<0,01
Nunca	3,54 (4,4)	2,1 (2,6,37)	1,6 (1,8,6)	2,2 (2,1,1)	3,1 (3,0,39)	1,5 (1,7,47)	1,97 (1,65,8)	9,4 (10,7,3)	3,77 (4,0,2)	3,5 (3,77)	4,3 (4,9)	6,4 (7,3)	7,1 (7,1)	8,5 (8,7)	6,6 (6,6)	
Alcanzar objetos altos																
Algunas veces	9,76 (4,3)	8,09 (4,0,25)	6,8 (3,3,76)	7,41 (3,6,8)	10,0 (4,9,50)	5,8 (2,8,81)	6,7 (1,26,1)	4,8 (2,1,19)	10,44 (5,1,8)	1,5 (7,72)	17,2 (8,51)	1,97 (9,75)	3,4 (12,8)	3,4 (12,8)	2,1 (10,94)	
Muchas veces/siempre	1,7 (4,9,43)	<0,01 1,6 (2,4,6,9)	<0,01 1,4 (1,2,3)	<0,01 1,4 (1,2,57)	<0,01 1,9 (1,6,03)	<0,01 1,3 (1,3,7,1)	<0,01 2,7 (1,3,8,8)	<0,01 1,9 (2,7,43)	<0,01 2,8 (1,2,3)	<0,01 3 (1,0,2)	<0,01 4,3 (1,2,3)	<0,01 3,9 (11,14)	<0,01 5,5 (1,5,7)	<0,01 5,0 (1,5,7)	<0,01 5,1 (4,5,7)	0,03*
Nunca	8,08 (4,2,8)	6,01 (3,1,30)	4,79 (2,4,95)	5,81 (3,0,28)	7,9 (4,1,25)	3,8 (2,0,25)	1,35 (1,5,47)	2,0 (1,3,02)	8,57 (4,4,54)	7,1 (3,7)	1,3 (6,9)	1,34 (6,98)	1,51 (7,8)	1,8 (8,9)	1,9 (9,9)	
Tareas repetitivas en < 1 minuto																
Sí	1,02 (5,1,0)	8,17 (4,0,8)	7,38 (3,7,6)	7,6 (3,7,2)	10,0 (5,0,10)	5,8 (2,9,28)	5,9 (2,9,5)	4,8 (2,1,1)	10,38 (5,1,2)	15,9 (7,92)	1,8 (8,28)	2,07 (10,3)	3,4 (12,4)	3,1 (12,5)	2,5 (12,8)	
No	7,38 (4,0,4)	<0,01 6,7 (3,2,07)	<0,01 4,8 (2,5,78)	<0,01 5,81 (3,0,8)	<0,01 8,0 (4,2,4)	<0,01 4,2 (2,2,9)	<0,01 1,25 (1,5,7)	<0,01 2,4 (1,5,3)	<0,01 8,9 (4,7,17)	0,03* 8 (4,23)	<0,01 1,9 (8,7)	<0,01 1,9 (7,3)	<0,01 1,9 (7,3)	<0,01 1,9 (7,3)	<0,01 1,9 (7,3)	0,021*
No sabe	1,73 (4,4,7)	1,48 (3,8,25)	1,0 (2,6,48)	1,2 (2,1,6)	1,7 (4,6,03)	9,5 (4,4,2)	3,6 (3,0,9)	5,6 (4,4,0)	1,96 (0,9,0)	2,5 (9,1)	2,5 (6,4)	2,4 (6,17)	3,2 (8,2)	3,9 (10,03)	3,8 (9,77)	
Tareas repetitivas en < 10 minutos																
Sí	1,22 (5,4,07)	10,1 (2,4,5,4)	8,75 (3,5,3)	9,29 (4,9,1)	12,4 (5,4,8)	7,2 (3,1,92)	5,9 (2,9,4)	5,34 (2,6,3)	11,35 (4,9,8)	1,8 (8,06)	2,1 (8,34)	2,4 (10,70)	3,8 (13,5)	3,4 (14,27)	3,4 (12,5)	
No	5,6 (3,4,1)	<0,01 4,1 (3,2,1)	<0,01 3,5 (2,0,34)	<0,01 4,18 (2,5,1)	<0,01 5,7 (3,4,9)	<0,01 2,7 (1,6,1)	<0,01 2,7 (1,6,1)	<0,01 2,7 (1,6,1)	<0,01 7,7 (4,7,5)	0,06* 8 (5,74)	<0,01 8,3 (5,9)	<0,01 10,2 (6,25)	<0,01 11 (7,1)	<0,01 12,0 (7,1)	<0,01 13,8 (8,4)	0,033*
No sabe	1,69 (4,5,87)	1,47 (3,7,8)	1,0 (2,6,36)	1,34 (3,0,4)	1,7 (4,5,74)	10,3 (2,6,3)	9,6 (2,4,8)	5,9 (2,5,2)	2,8 (1,3,75)	2,5 (6,48)	2,5 (6,48)	2,5 (6,48)	2,5 (6,48)	2,5 (6,48)	2,5 (6,48)	

Nota: * = test Fisher

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES
Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 40.
Modelo Multivariado de Regresión Logística, sector Agricultura.

Actividad económica	Salud											
	Columna Lumbar		Tobillos/pies		Salud Mental		Opresión de pecho		Salud respiratoria		Díscnea	
	ORC IC 95%	ORA IC 95%	ORC IC 95%	ORA IC 95%	ORC IC 95%	ORA IC 95%	ORC IC 95%	ORA IC 95%	ORC IC 95%	ORA IC 95%	ORC IC 95%	ORA IC 95%
Agricultura												
No	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sí	1,55(1,29-1,86)	1,62(1,25-2,10)	1,28(1,03-1,61)	0,70(0,52-0,94)	2,00(1,65-2,41)	1,66(1,33-2,08)	0,66(0,47-0,92)	0,79(0,51-1,20)	0,69(0,50-0,96)	0,68(0,47-0,98)	0,44(0,28-0,68)	0,41(0,25-0,65)
Sexo												
Hombre	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mujer	2,19(1,93-2,47)	1,57(1,35-1,83)	1,64(1,41-1,92)	1,53(1,26-1,86)	0,98(0,82-1,05)		2,11(1,73-2,58)	1,69(1,34-2,14)	1,96(1,62-2,38)	1,99(1,60-2,48)	2,04(1,64-2,54)	2,08(1,63-2,65)
Edad												
<20-29 años	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
30-49	0,53(0,47-0,61)	1,03(0,87-1,23)	0,80(0,67-0,95)	0,87(0,70-1,08)	1,09(0,96-1,24)	0,82(0,68-0,99)	0,78(0,63-0,96)		0,70(0,57-0,876)	0,86(0,68-1,10)	0,83(0,66-1,05)	
50 años o más	0,84(0,68-1,05)	1,55(1,16-2,08)	1,15(0,88-1,50)	1,38(1,00-1,89)	1,20(0,97-1,49)	0,45(0,37-0,55)	0,91(0,64-1,29)		0,78(0,55-1,11)	1,27(0,85-1,89)	0,88(0,60-1,30)	
Nivel de Instrucción												
Educación Básica inicial completa/incompleta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Educación Secundaria media completa/incompleta	0,76(0,63-0,91)	0,86(0,69-1,06)	0,79(0,62-1,01)		0,78(0,66-0,93)		1,12(0,82-1,54)		1,074(0,79-1,47)		1,71(0,83-1,64)	
Educación Superior	2,32(2,00-2,79)	2,33(1,83-2,98)	1,29(1,06-1,56)		0,62(0,53-0,72)		1,76(1,36-2,28)		1,98(1,53-2,55)		1,77(1,33-2,35)	
Sin Educación	1,34(0,83-2,15)	0,90(0,50-1,61)	1,72(0,99-2,97)		1,26(0,77-2,05)		0,50(0,15-1,62)		0,84(0,33-2,16)		0,85(0,30-2,41)	
Trabajos remunerados												
Ninguno	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1 trabajo	0,88(0,64-1,19)		1,20(0,79-1,82)		1,08(0,76-1,40)		1,43(0,80-2,54)	1,57(0,85-2,92)	1,89(1,01-3,51)	2,26(1,18-4,34)	2,25(1,04-4,83)	2,81(1,25-6,30)
2-3 trabajos	0,75(0,48-1,17)		1,14(0,63-1,07)		1,04(0,67-1,62)		2,35(1,14-4,84)	3,18(1,45-6,96)	1,98(0,89-4,39)	2,72(1,17-6,29)	3,85(1,58-9,40)	5,31(2,05-13,65)
Horas de trabajo semanales												
≤20 horas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
>20-40 horas	1,05(0,89-1,23)		0,88(0,71-1,09)		0,90(0,76-1,06)	1,13(0,94-1,35)	0,79(0,59-1,04)	0,81(0,60-1,09)	0,94(0,72-1,24)	1,16(0,87-1,55)	0,70(0,52-0,95)	0,77(0,56-1,06)
>40 horas	1,09(0,92-1,28)		1,20(0,97-1,48)		1,18(1,00-1,38)	1,15(0,95-1,38)	1,31(1,01-1,70)	1,10(0,82-1,48)	1,29(1,00-1,67)	1,19(0,90-1,59)	1,21(0,91-1,60)	0,97(0,70-1,30)
Tiempo de trabajo (meses)												
≤60 meses	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
>60-120 meses	1,62(1,24-2,12)	1,92(1,40-2,63)	3,36(2,56-4,42)		1,42(1,08-1,85)	1,03(0,78-1,41)	3,49(2,57-4,74)	2,49(1,70-3,66)	2,21(1,60-3,06)	1,62(1,09-2,40)	0,56(0,34-0,93)	1,02(0,60-1,74)
>120 meses	0,40(0,32-0,52)	0,64(0,47-0,88)	0,02(0,69-1,24)		0,75(0,60-0,93)	0,72(0,55-0,93)	0,67(0,44-1,02)	1,39(0,86-2,23)	0,34(0,19-0,57)	0,60(0,34-1,06)	4,24(3,10-5,79)	2,87(1,98-4,15)
Tipo de contrato												
Como autónomo sin empleados	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Contrajo fijo-propietario	1,06(0,81-1,40)	0,63(0,45-0,87)	1,26(0,86-1,83)		1,47(1,12-1,92)		1,09(0,67-1,78)		1,21(0,76-1,92)		1,03(0,59-1,78)	
Sin contrato-temporal	1,60(1,30-1,97)	1,00(0,77-1,30)	1,50(1,12-2,01)		1,25(1,02-1,53)		1,45(1,00-2,10)		1,46(1,02-2,09)		1,53(1,01-2,32)	
Jornada laboral												
Diurno	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
En turnos por ciclos	1,01(0,85-1,21)		0,85(0,67-1,08)		1,37(1,15-1,64)	1,34(1,10-1,63)	0,81(0,60-1,11)		0,80(0,59-1,08)		0,83(0,59-1,17)	0,79(0,55-1,14)
En turnos rotativos día-noche	0,76(0,64-0,90)		1,22(0,99-1,51)		0,97(0,82-1,15)	1,00(0,82-1,21)	1,17(0,90-1,52)		1,15(0,89-1,49)		1,40(1,07-1,84)	
Tiempo de traslado a casa (minutos)												
≤20 minutos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
>20-60 minutos	1,98(1,72-2,27)	1,51(1,29-1,76)	1,69(1,43-2,00)		1,00(0,88-1,14)		1,98(1,60-2,45)	1,30(1,02-1,54)	1,80(1,47-2,21)	1,33(1,07-1,66)	1,47(1,17-1,86)	1,06(0,82-1,37)
>60 minutos	2,37(1,92-2,91)	1,61(1,26-2,04)	2,15(1,68-2,73)		0,81(0,66-1,00)		2,28(1,69-3,08)	1,38(0,99-1,92)	1,61(1,18-2,19)	1,04(0,75-1,45)	1,78(1,28-2,47)	1,26(0,89-1,79)
Adaptación de Horario de trabajo y compromisos												
Bien/muy bien	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Nada bien/No muy bien	2,68(2,34-3,07)	1,55(1,31-1,83)	2,06(1,75-2,42)		1,82(1,59-2,08)	1,39(1,19-1,63)	1,98(1,62-2,42)	1,07(0,84-1,35)	2,48(2,04-3,01)	1,78(1,43-2,21)	2,32(1,86-2,89)	1,85(1,45-2,35)
No responde	1,46(1,01-2,11)	1,15(0,74-1,78)	1,39(0,87-2,22)		1,86(1,28-2,70)	1,01(0,66-1,55)	1,10(0,58-2,07)	0,99(0,48-2,00)	1,12(0,59-2,11)	0,92(0,46-1,84)	1,63(0,88-3,01)	1,71(0,88-3,34)

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Exposición a vibraciones

No/no sabe	1		1		1		1		1		1
Sí, en mano o brazo	1,42(1,20-1,68)	1,22(0,99-1,50)	1,71(1,40-2,09)	1,42(1,20-1,68)	1,84(1,47-2,40)	1,28(0,95-1,74)	1,81(1,42-2,29)	1,32(1,00-1,74)	2,92(2,11-4,04)	1,49(1,10-2,01)	
Sí, en cuerpo entero	1,59(1,25-2,01)	1,69(1,25-2,27)	2,02(1,55-2,65)	1,22(0,96-1,55)	2,46(1,80-3,36)	1,59(1,09-2,31)	2,29(1,64-3,05)	1,69(1,19-2,40)	2,04(1,57-2,66)	2,16(1,50-3,11)	

Manipulación de sustancias tóxicas

No	1		1		1		1		1		1
Sí	2,28(1,85-2,82)	1,27(0,99-1,63)	2,91(2,36-3,61)	1,31(1,07-1,61)	1,39(1,00-1,92)	0,95(0,65-1,39)	2,50(1,95-3,21)	1,26(0,90-1,77)	1,60(1,13-2,21)	1,69(1,16-2,47)	
No sabe/no responde	1,75(1,44-2,12)	1,19(0,94-1,52)	2,45(1,94-3,09)	1,62(1,34-1,97)	3,18(2,49-4,05)	1,75(1,22-2,52)	1,51(1,11-2,04)	1,19(0,83-1,70)	4,01(3,11-5,18)	2,84(1,11-3,83)	

Exposición a contaminantes químicos (gases, vapores, polvo, humo)

No	1		1		1		1		1		1
Sí	0,89(0,77-1,05)		0,95(0,77-1,17)	1,14(0,97-1,33)	0,95(0,79-1,25)	1,40(0,94-2,07)	1,19(0,99-1,54)	1,19(0,90-1,58)	0,86(0,63-1,18)		
No sabe/no responde	1,89(1,55-2,32)		2,43(1,95-3,03)	1,83(1,49-2,25)	2,74(2,12-3,54)	1,03(0,75-1,43)	3,81(2,95-3,87)	2,21(1,54-3,17)	3,68(2,83-4,78)		

Violencia física por personas de su lugar de trabajo

No	1		1		1		1		1		1
Sí	3,14(2,21-4,16)		7,55(5,46-10,45)	2,43(1,73-3,41)	1,06(0,70-1,60)	7,36(5,30-10,24)	5,81(4,17-8,10)		6,54(6,18-11,95)		
No sabe/no responde	1,11(0,78-1,59)		1,74(1,16-2,63)	2,64(1,79-3,89)	1,86(1,13-3,07)	1,33(0,76-2,30)	1,10(0,63-1,94)		1,57(0,89-2,78)		

Condiciones de Salud

Buena-muy buena	1		1		1		1		1		1
Regular	2,59(2,14-3,12)	1,82(1,47-2,26)	6,72(3,46-13,06)	2,44(2,02-2,95)	1,60(1,30-1,98)	2,52(1,99-3,20)	2,42(1,89-3,15)	2,37(1,87-2,99)	2,60(2,02-3,36)		
Mala	6,61(2,74-15,93)	4,88(1,84-12,92)	2,49(2,04-3,04)	7,18(2,78-18,51)	3,05(1,14-8,12)	4,58(2,19-9,22)	4,53(2,05-9,99)	5,87(3,03-11,76)	4,20(1,99-9,19)		

Covid-19 en los últimos 12 meses (prueba RT-PCR)

No	1		1		1		1		1		1
Sí	0,87(0,75-1,02)		1,14(0,94-1,38)	1,06(0,91-1,23)		1,64(1,32-2,05)	1,80(1,41-2,30)	1,41(1,14-1,77)	1,78(1,48-2,26)		
No sabe/no responde	0,74(0,54-0,94)		0,82(0,59-1,15)	1,27(0,99-1,61)		0,54(0,35-0,96)	0,88(0,69-1,14)	0,61(0,39-0,99)	0,51(0,24-0,92)		

Medicación para Hipertensión Arterial recetada por médico

No	1		1		1		1		1		1
Sí	1,50(1,22-1,86)		2,97(2,38-3,70)	1,82(1,48-2,25)	1,23(0,96-1,57)	2,75(2,12-3,56)	1,98(1,51-2,59)	2,74(1,45-5,18)			
No sabe/no responde	0,91(0,56-1,49)		1,25(0,68-2,31)	2,58(1,52-4,37)	1,30(0,71-2,39)	2,16(1,14-4,07)	2,30(1,27-4,19)	2,95(2,24-3,89)			

Problemas de insomnio

No	1		1		1		1		1		1
Sí	4,82(4,10-5,56)		4,72(4,00-5,57)	2,15(1,88-2,46)	1,74(1,46-2,06)	5,81(4,69-7,18)	4,21(3,45-5,14)	5,92(4,68-7,40)			
No sabe/no responde	1,35(0,86-2,11)		2,88(1,71-4,84)	2,48(1,56-3,95)	1,35(0,78-2,32)	2,44(1,19-4,98)	1,39(0,63-3,07)	3,13(1,53-6,44)			

Cansancio crónico

No	1		1		1		1		1		1
Sí	3,96(3,10-5,05)		2,64(1,88-3,83)	2,93(2,50-3,40)	2,08(1,73-2,51)	5,03(4,09-6,20)	4,30(3,52-5,25)	5,68(4,53-7,13)			
No sabe/no responde	1,05(0,66-1,65)		5,40(4,55-6,41)	2,06(1,52-2,80)	1,32(0,93-1,86)	2,25(1,42-3,57)	1,43(0,86-2,38)	2,28(1,36-3,82)			

Accidente de trabajo en los últimos 12 meses

No	1		1		1		1		1		1
Sí	3,10(2,46-3,90)		5,20(4,17-6,48)	2,40(1,91-3,00)	1,39(1,07-1,81)	4,97(3,89-6,34)	3,55(2,77-4,56)	6,06(4,78-7,81)			

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Pecariedad laboral									
Alta peccariedad	1		1		1		1		1
Aleandria o Baja peccariedad	0,46(0,35-0,60)	0,81(0,59-1,11)	0,33(0,21-0,44)	0,21(0,15-0,28)	0,34(0,26-0,46)	0,34(0,22-0,54)	0,28(0,18-0,45)	0,40(0,29-0,66)	0,35(0,21-0,59)
Mediana peccariedad	0,49(0,40-0,60)	0,80(0,61-1,02)	0,53(0,42-0,66)	0,43(0,34-0,53)	0,56(0,45-0,70)	0,58(0,41-0,71)	0,55(0,42-0,72)	0,65(0,49-0,87)	0,67(0,49-0,90)
Ergonomia									
Posición habitual en el trabajo									
De pie	1		1		1		1		1
Algunas veces									
Muchas veces/siempre	0,61(0,53-0,69)	1,25(1,03-1,52)	0,88(0,72-0,99)	1,07(0,89-1,25)	0,57(0,47-0,71)	0,88(0,69-1,14)	0,59(0,48-0,72)		0,52(0,41-0,65)
Nunca	0,31(0,25-0,40)	0,59(0,44-0,80)	0,50(0,36-0,70)	1,33(1,07-1,65)	0,37(0,30-0,45)	0,60(0,31-1,24)	0,63(0,44-0,89)		0,71(0,48-1,04)
Sentado	1		1		1		1		1
Algunas veces									
Muchas veces/siempre	1,58(1,38-1,82)		0,93(0,79-1,11)	0,97(0,84-1,11)	1,26(1,02-1,55)	1,27(0,98-1,63)	1,12(0,91-1,37)		1,06(0,84-1,33)
Nunca	0,39(0,33-0,46)		0,48(0,38-0,61)	1,52(1,30-1,78)	0,38(0,31-0,48)	0,69(0,46-1,02)	0,86(0,35-0,63)		0,31(0,21-0,46)
Caminando	1		1		1		1		1
Algunas veces									
Muchas veces/siempre	1,73(1,50-1,92)	1,37(1,15-1,63)	1,67(1,41-1,98)	1,41(1,15-1,73)	1,07(0,93-1,23)		1,29(1,05-1,58)		1,23(0,97-1,54)
Nunca	0,42(0,35-0,50)	0,81(0,65-1,01)	0,41(0,31-0,54)	0,51(0,37-0,70)	1,18(1,01-1,39)	1,16(0,94-1,44)	0,44(0,32-0,60)		0,45(0,31-0,64)
En cuclillas	1		1		1		1		1
Algunas veces									
Muchas veces/siempre	2,02(1,57-2,60)		2,21(1,70-2,86)	1,53(1,05-2,23)	1,69(1,32-2,16)	1,45(1,04-2,03)	1,18(0,75-1,84)	1,23(0,87-1,74)	1,39(0,96-2,2)
Nunca	0,61(0,54-0,69)		0,69(0,58-0,82)	0,96(0,75-1,23)	0,86(0,76-0,98)	0,75(0,61-0,93)	1,04(0,79-1,37)	0,86(0,70-1,05)	0,83(0,66-1,04)
De rodillas	1		1		1		1		1
Algunas veces									
Muchas veces/siempre	1,31(0,95-1,81)		1,57(1,11-2,22)	0,97(0,61-1,55)	1,33(0,96-1,84)	1,38(0,90-2,12)	1,30(0,76-2,23)	1,22(0,78-1,90)	1,27(0,79-2,04)
Nunca	0,74(0,65-0,84)		0,59(0,50-0,70)	0,93(0,73-1,18)	0,76(0,67-0,86)	0,66(0,54-0,82)	0,82(0,62-1,09)	0,77(0,63-0,95)	0,64(0,51-0,80)
Inclinada	1		1		1		1		1
Algunas veces									
Muchas veces/siempre	1,77(1,46-2,14)	1,29(1,03-1,62)	1,77(1,44-2,19)	1,57(1,19-2,06)	1,23(1,02-1,48)	1,23(0,99-1,69)	1,19(0,91-1,56)		1,25(0,93-1,68)
Nunca	0,53(0,46-0,60)	0,72(0,61-0,85)	0,57(0,47-0,69)	0,87(0,68-1,12)	0,80(0,70-0,91)	0,60(0,47-0,75)	0,75(0,60-0,93)		0,64(0,50-0,82)
Frecuencia en el trabajo									
Posturas forzadas	1		1		1		1		1
Algunas veces									
Muchas veces/siempre	1,50(1,26-1,78)	1,23(0,98-1,54)	1,46(1,19-1,78)	1,27(0,98-1,64)	1,50(1,26-1,79)	1,07(0,83-1,39)	0,96(0,71-1,31)	0,98(0,76-1,28)	1,14(0,86-1,50)
Nunca	0,59(0,51-0,68)	0,78(0,63-0,95)	0,49(0,40-0,61)	0,68(0,53-0,89)	0,72(0,63-0,83)	0,57(0,44-0,74)	0,76(0,56-1,02)	0,71(0,56-0,89)	0,62(0,47-0,81)
Realizar Fuerza	1		1		1		1		1
Algunas veces									
Muchas veces/siempre	1,20(1,02-1,40)	1,28(1,03-1,59)	1,31(1,08-1,58)	0,63(0,57-0,84)	1,18(1,01-1,37)	0,93(0,73-1,20)	0,91(0,71-1,16)		0,92(0,70-1,22)
Nunca	0,59(0,50-0,69)	0,72(0,59-0,90)	0,51(0,40-0,65)	1,66(1,20-2,28)	0,75(0,64-0,88)	0,69(0,53-0,91)	0,79(0,62-1,03)		0,78(0,58(1,04)
Alcanzar objetos altos	1		1		1		1		1
Algunas veces									
Muchas veces/siempre	1,29(1,03-1,63)	1,07(0,80-1,42)	1,40(1,08-1,81)		1,54(1,22-1,94)	1,35(0,98-1,86)	1,20(0,86-1,67)		1,16(0,80-1,67)
Nunca	0,71(0,63-0,81)	1,13(0,96-1,33)	0,55(0,46-0,66)		0,75(0,66-0,85)	0,62(0,50-0,76)	0,77(0,63-0,95)		0,69(0,55-0,87)

IC: Intervalo de confianza, OR: Odds Ratio, ORC: Regresión Logística Cruda, ORA: Regresión Logística Ajustada

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES
Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 41.
Modelo Multivariado de Regresión Logística, sector Construcción.

		Salud musculoesquelética											
		MSD 12 meses											
		Cuello		Hombro		Columna Lumbar		Rodillas		Bronquitis crónica		Flema crónica	
Actividad económica		OR CRUDO	IC 95% OR AJUSTADO	OR CRUDO	IC 95% OR AJUSTADO	OR CRUDO	IC 95% OR AJUSTADO	OR CRUDO	IC 95% OR AJUSTADO	OR CRUDO	IC 95% OR AJUSTADO	OR CRUDO	IC 95% OR AJUSTADO
Construcción													
No		1		1		1		1		1		1	
Sí		0,22 (0,17-0,29)	0,29 (0,21-0,39)	0,30 (0,23-0,40)	0,42 (0,30-0,57)	0,32 (0,25-0,40)	0,67 (0,51-0,89)	0,35 (0,25-0,48)	0,44 (0,31-0,63)	0,52 (0,30-0,90)	0,58 (0,31-1,07)	0,65 (0,44-0,95)	0,88 (0,44-1,05)
Sexo													
Hombre		1		1		1		1		1		1	
Mujer		2,49 (2,20-2,82)	1,84 (1,59-2,13)	1,99 (1,76-2,26)	1,73 (1,48-2,02)	2,19 (1,93-2,47)	1,90 (1,64-2,20)	1,59 (1,38-1,82)	1,50 (1,28-1,76)	1,07 (0,83-1,37)		0,78 (0,64-0,96)	
Edad													
<20-29 años		1		1		1		1		1		1	
30-49		0,54 (0,47-0,61)	0,86 (0,73-1,01)	0,66 (0,58-0,75)	0,92 (0,78-1,09)	0,53 (0,47-0,61)	0,73 (0,63-0,85)	0,73 (0,63-0,85)	0,89 (0,75-1,05)	1,04 (0,79-1,36)		1,31 (1,06-1,61)	1,30 (1,02-1,66)
50 años o más		0,57 (0,46-0,71)	0,83 (0,63-1,08)	0,71 (0,57-0,89)	0,99 (0,75-1,30)	0,84 (0,68-1,05)	0,97 (0,75-1,24)	1,57 (1,25-1,97)	1,66 (1,29-2,14)	1,43 (0,96-2,14)		1,74 (1,27-2,37)	1,98 (1,37-2,86)
Tiempo de trabajo (meses)													
≤60 meses		1		1		1		1		1		1	
>60-120 meses		1,52 (1,16-1,99)	1,63 (1,20-2,22)	2,13 (1,63-2,77)	2,10 (1,54-2,85)	1,62 (1,24-2,12)		2,44 (1,87-3,29)		4,15 (2,92-5,90)	1,94 (1,22-3,09)	2,90 (2,12-3,98)	1,46 (0,98-2,18)
>120 meses		0,29 (0,22-0,37)	0,60 (0,44-0,83)	0,41 (0,31-0,53)	0,65 (0,47-0,89)	0,40 (0,32-0,52)		0,61 (0,46-0,81)		0,53 (0,28-0,98)	0,91 (0,48-1,75)	0,91 (0,63-1,32)	1,01 (0,67-1,53)
Tipo de contrata													
Como autónomo sin empleados		1		1		1		1		1		1	
Contrato fijo-propietario		1,93 (1,46-2,55)	1,35 (0,98-1,84)	1,66 (1,24-2,23)	1,31 (0,94-1,82)	1,06 (0,81-1,40)		1,36 (0,97-1,90)		1,33 (0,72-2,43)		0,99 (0,62-1,59)	
Sin contrato-temporal		2,10 (1,69-2,62)	1,36 (1,05-1,77)	1,81 (1,44-2,28)	1,37 (1,04-1,80)	1,60 (1,30-1,97)		1,75 (1,36-2,28)		1,39 (0,86-2,26)		1,31 (0,92-1,86)	
Condiciones de trabajo													
Exposición a ruido													
No sabe/no responde		1		1		1		1		1		1	
Ruido elevado/muy elevado		1,28 (0,92-1,77)	1,92 (1,26-2,92)	2,31 (1,57-3,38)	1,38 (0,90-2,11)	2,92 (2,00-4,26)	2,37 (1,55-2,63)	1,81 (1,20-2,70)	0,88 (0,59-1,31)	1,76 (0,89-3,49)		1,95 (1,08-3,52)	1,52 (0,80-2,91)
Ruido bajo/ no muy elevado		2,59 (1,78-3,77)	1,27 (0,88-1,81)	1,08 (0,77-1,51)	0,89 (0,62-1,28)	1,35 (0,97-1,87)	1,36 (0,95-1,96)	0,87 (0,60-1,28)	1,41 (0,90-2,20)	0,77 (0,41-1,44)		1,08 (0,63-1,87)	1,18 (0,66-2,12)
Exposición a vibraciones													
No/no sabe		1		1		1		1		1		1	
Sí, en mano o brazo		1,58 (1,34-1,88)	1,41 (1,19-1,71)	2,00 (1,69-2,37)	1,71 (1,40-2,08)	1,42 (1,20-1,68)	1,27 (1,04-1,54)	1,94 (1,52-2,49)	1,24 (1,30-2,28)	2,27 (1,68-3,07)	1,18 (0,82-1,69)	1,85 (1,46-2,37)	1,11 (0,83-1,48)
Sí, en cuerpo entero		1,49 (1,17-1,89)	1,66 (1,24-2,20)	2,02 (1,59-2,56)	1,70 (1,29-2,25)	1,59 (1,25-2,01)	1,69 (1,28-2,25)	1,59 (1,33-1,91)	1,72 (1,30-2,28)	2,72 (1,86-4,00)	1,34 (0,85-2,12)	2,43 (1,79-3,31)	1,43 (1,00-2,04)
Exposición a contaminantes químicos (gases, vapores, polvo, humo)													
No		1		1		1		1		1		1	
Sí		0,92 (0,79-1,08)		1,12 (0,95-1,32)		0,89 (0,77-1,05)		1,78 (0,98-1,40)		1,59 (1,15-2,20)	1,51 (1,03-2,21)	1,46 (1,15-1,86)	1,20 (0,87-1,67)
No sabe/no responde		1,93 (1,58-2,37)		2,26 (1,85-2,76)		1,89 (1,55-2,32)		2,48 (2,01-3,04)		4,10 (3,01-5,58)	1,91 (1,17-3,13)	2,74 (2,11-3,55)	1,14 (0,77-1,67)
Condiciones de Salud													
Salud													
Buena-muy buena		1		1		1		1		1		1	
Regular		2,65 (2,19-3,19)	2,19 (1,77-2,71)	2,29 (1,91-2,74)	1,89 (1,54-2,32)	2,59 (2,14-3,12)	2,01 (1,63-2,47)	2,30 (1,91-2,77)	1,78 (1,46-2,18)	1,52 (1,09-2,12)	1,47 (1,03-2,09)	1,64 (1,27-2,11)	1,40 (1,07-1,86)
Mala		4,77 (2,17-10,51)	3,30 (1,41-7,73)	5,89 (2,76-12,57)	5,01 (2,19-11,43)	6,61 (2,74-15,93)	5,32 (2,08-12,61)	4,67 (2,44-9,28)	3,86 (1,90-7,84)	2,09 (0,73-5,96)	2,13 (0,71-6,38)	1,78 (0,74-4,34)	0,88 (0,43-1,07)
Covid-19 en los últimos 12 meses (prueba RT-PCR)													
No		1		1		1		1		1		1	
Sí		0,97 (0,84-1,14)		0,99 (0,84-1,16)		0,87 (0,75-1,02)		0,90 (0,68-1,19)		1,34 (1,00-1,80)	1,20 (0,87-1,64)	1,33 (1,06-1,67)	1,19 (0,93-1,51)
No sabe/no responde		0,75 (0,59-0,97)		0,86 (0,66-1,11)		0,74 (0,58-0,94)		0,90 (0,76-1,08)		0,70 (0,38-1,28)	0,58 (0,31-1,11)	0,82 (0,53-1,26)	0,88 (0,43-1,07)
En las últimas 4 semanas ha presentado:													
Dificultades o enfermedades respiratorias													
No		1		1		1		1		1		1	
Sí		2,78 (2,43-3,19)		2,29 (2,00-1,61)		1,84 (1,61-2,10)		2,41 (1,41-4,11)		3,69 (1,54-8,83)	3,46 (2,58-4,63)	2,81 (2,31-3,43)	2,23 (1,79-2,77)
No sabe/no responde		1,17 (0,69-1,96)		2,29 (1,37-3,82)		1,22 (0,73-2,04)		2,54 (2,19-2,93)		4,87 (3,72-6,38)	3,44 (1,22-9,69)	2,53 (1,26-5,07)	3,13 (1,33-7,33)
Intoxicación aguda													
No		1		1		1		1		1		1	
Sí		2,09 (1,54-2,84)		3,56 (2,61-4,85)		1,94 (1,43-2,63)		4,42 (3,28-5,97)		8,62 (6,12-12,16)	2,68 (1,69-4,26)	6,31 (4,62-8,62)	2,73 (1,85-4,03)
No sabe/no responde		1,26 (0,81-1,96)		2,71 (1,73-4,25)		1,57 (1,01-2,46)		2,48 (1,59-3,88)		1,56 (0,67-3,63)	0,63 (0,23-1,69)	0,90 (0,41-1,97)	0,40 (0,16-0,99)

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Precariedad laboral									
Alta precariedad	1								1
Ausencia o Baja precariedad	0,33(0,25-0,44)	0,41(0,29-0,56)	0,34(0,25-0,45)	0,45(0,33-0,61)	0,46(0,35-0,61)	0,55(0,41-0,74)	0,35(0,25-0,48)	0,40(0,22-0,72)	0,69(0,27-1,74)
Moderada precariedad	0,41(0,34-0,51)	0,54(0,42-0,68)	0,48(0,39-0,59)	0,62(0,49-0,78)	0,49(0,40-0,60)	0,63(0,50-0,80)	0,57(0,46-0,70)	0,67(0,46-0,96)	0,99(0,65-1,49)
Ergonomía									
Posición habitual en el trabajo									
De pie									
Algunas veces	1								1
Muchas veces /siempre	0,55(0,49-0,63)	0,77(0,66-0,90)	0,69(0,61-0,79)	0,87(0,79-1,04)	0,61(0,58-0,69)	0,54(0,46-0,64)	0,76(0,66-0,88)	0,71(0,60-0,84)	0,76(0,58-0,99)
Nunca	0,36(0,28-0,45)	0,56(0,43-0,74)	0,49(0,38-0,62)	0,34(0,20-2,16)	0,31(0,25-0,40)	0,59(0,44-0,78)	0,42(0,31-0,56)	0,62(0,45-0,86)	0,94(0,61-1,47)
Sentado									
Algunas veces	1								1
Muchas veces /siempre	1,77(1,54-2,03)	1,33(1,15-1,53)	1,38(1,16-1,63)	1,58(1,38-1,82)			1,03(0,88-1,20)	1,10(0,83-1,46)	1,02(0,82-1,27)
Nunca	0,39(0,32-0,46)	0,44(0,37-0,53)	0,68(0,55-0,84)	0,39(0,33-0,46)			0,46(0,38-0,56)	0,81(0,57-1,14)	0,93(0,72-1,20)
Caminando									
Algunas veces	1								1
Muchas veces /siempre	1,30(1,19-1,50)	1,37(1,19-1,58)	1,17(0,99-1,39)	1,73(1,50-1,92)	1,64(1,38-1,93)	1,58(1,36-1,84)		1,10(0,84-1,46)	1,00(0,80-1,25)
Nunca	0,38(0,35-0,46)	0,49(0,37-0,54)	0,73(0,57-0,91)	0,42(0,35-0,50)	0,69(0,56-0,87)	0,40(0,31-0,50)		0,60(0,41-0,89)	0,82(0,63-1,08)
En cuclillas									
Algunas veces	1								1
Muchas veces /siempre	1,21(0,95-1,53)	1,40(1,10-1,78)		2,02(1,57-2,60)	1,60(1,17-2,19)	1,95(1,59-2,49)	1,39(1,03-1,88)	1,92(1,29-2,86)	1,74(1,26-2,41)
Nunca	0,79(0,69-0,89)	0,69(0,57-0,74)		0,61(0,54-0,69)	0,81(0,68-0,96)	0,57(0,49-0,66)	0,82(0,68-1,00)	0,82(0,63-1,08)	0,87(0,70-1,06)
De rodillas									
Algunas veces	1								1
Muchas veces /siempre	1,17(0,85-1,61)	1,39(1,01-1,92)		1,31(0,95-1,81)	0,70(0,47-1,05)	1,48(1,07-2,05)	0,95(0,64-1,40)	2,30(1,43-3,69)	1,65(1,09-2,51)
Nunca	0,97(0,85-1,10)	0,69(0,60-0,79)		0,74(0,65-0,84)	1,17(0,98-1,40)	0,59(0,47-0,63)	0,78(0,64-1,40)	0,72(0,55-0,94)	0,76(0,62-0,94)
Inclinada									
Algunas veces	1								1
Muchas veces /siempre	1,47(1,22-1,78)	1,17(0,94-1,44)	1,51(1,25-1,82)	1,77(1,46-2,14)	1,30(1,03-1,63)	1,53(1,26-1,86)	1,08(0,86-1,36)	1,36(0,96-1,92)	1,46(1,11-1,91)
Nunca	0,70(0,61-0,80)	0,84(0,71-0,98)	0,58(0,51-0,67)	0,53(0,46-0,60)	0,72(0,60-0,86)	0,52(0,45-0,62)	0,82(0,67-1,00)	0,78(0,59-1,04)	0,95(0,76-1,18)
Frecuencia en el trabajo									
Manipulación de cargas									
Algunas veces	1								1
Muchas veces /siempre	0,74(0,64-0,87)	0,96(0,79-1,16)	0,98(0,84-1,14)	1,10(0,90-1,35)	0,97(0,84-1,13)	0,85(0,70-1,04)	1,10(0,93-1,30)	1,02(0,75-1,38)	1,03(0,81-1,30)
Nunca	0,73(0,62-0,85)	0,84(0,70-1,01)	0,62(0,58-0,73)	0,90(0,73-1,11)	0,62(0,58-0,73)	0,91(0,74-1,12)	0,57(0,47-0,69)	0,64(0,45-0,91)	0,69(0,58-0,90)
Herramientas manuales									
Algunas veces	1								1
Muchas veces /siempre	1,07(0,93-1,23)	1,15(0,97-1,36)	1,12(0,97-1,29)	1,25(1,09-1,44)	1,29(1,09-1,58)	1,07(0,92-1,25)		1,18(0,89-1,55)	1,28(1,08-1,58)
Nunca	0,82(0,70-0,96)	1,08(0,89-1,30)	0,71(0,60-0,84)	0,76(0,65-0,89)	1,16(0,95-1,41)	0,61(0,50-0,73)		0,68(0,47-0,97)	0,79(0,57-0,98)
Posturas forzadas									
Algunas veces	1								1
Muchas veces /siempre	1,13(0,96-1,35)	1,30(1,09-1,54)	0,96(0,77-1,21)	1,50(1,26-1,78)	1,13(0,91-1,41)	1,65(1,38-1,97)	1,24(0,99-1,54)	1,42(1,04-1,94)	1,56(1,22-1,99)
Nunca	0,64(0,55-0,74)	0,59(0,51-0,69)	0,82(0,67-1,01)	0,59(0,51-0,68)	0,76(0,62-0,93)	0,55(0,46-0,66)	0,90(0,71-1,13)	0,54(0,38-0,77)	0,76(0,60-0,97)
Realizar Fuerza									
Algunas veces	1								1
Muchas veces /siempre	0,88(0,75-1,03)	1,22(1,04-1,43)	1,39(1,11-1,74)	1,20(1,02-1,40)	1,19(0,96-1,47)	1,38(1,16-1,63)	1,17(0,94-1,45)	1,29(0,96-1,75)	1,10(0,87-1,39)
Nunca	0,74(0,63-0,86)	0,58(0,49-0,69)	0,77(0,60-0,98)	0,59(0,50-0,69)	0,81(0,64-1,02)	0,51(0,42-0,63)	0,74(0,57-0,95)	0,65(0,45-0,95)	0,57(0,43-0,76)
Tareas repetitivas en < 1 minuto									
No	1								1
Sí	1,55(1,37-1,77)	1,31(1,14-1,53)	1,45(1,27-1,65)	1,15(0,92-1,44)			1,57(1,35-1,81)	1,19(1,01-1,39)	1,72(1,31-2,25)
No sabe	1,19(0,9-1,49)	1,15(0,83-1,59)	1,30(1,03-1,63)	1,36(1,20-1,54)			1,23(0,95-1,59)	1,00(0,69-1,44)	1,19(0,73-1,95)
Tareas repetitivas en < 10 minutos									
No	1								1
Sí	2,25(1,97-2,57)	1,61(1,38-1,87)	1,80(1,43-2,28)	1,66(1,42-1,94)	1,57(1,25-1,96)		1,64(1,26-2,13)	1,98(1,33-1,88)	2,11(1,57-2,84)
No sabe	1,48(1,18-1,89)	1,12(0,81-1,56)	2,37(2,06-2,72)	1,38(1,07-1,79)	2,24(1,96-2,55)		2,14(1,83-2,50)	1,31(0,90-1,90)	1,52(0,92-2,51)

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 42.

Modelo Multivariado de Regresión Logística, sector Minería.

	Salud musculoesquelética MSD 12 meses Cuello		Salud Mental Distrés		Salud Respiratoria Flema crónica	
	OR CRUDO (IC 95%)	OR AJUSTADO 95%	OR CRUDO (IC 95%)	OR AJUSTADO 95%	OR CRUDO (IC 95%)	OR AJUSTADO 95%
Actividad económica						
Minería						
No		1		1		1
Sí	0,63 (0,51-0,78)	1,42 (1,07-1,87)	1,41 (1,15-1,73)	1,50 (1,19-1,88)	1,34 (1,0-1,82)	1,45 (1,01-2,08)
Sexo						
Hombre		1		1		1
Mujer	2,49 (2,20-2,82)	1,95 (1,68-2,26)	0,93 (0,82-1,05)		0,78 (0,64-0,96)	0,77 (0,62-0,97)
Edad						
<20-29 años		1		1		1
30-49	0,54 (0,47-0,61)	0,87 (0,73-1,02)	1,09 (0,96-1,24)		1,31 (1,06-1,61)	1,25 (0,98-1,60)
50 años o más	0,57 (0,46-0,71)	0,89 (0,68-1,17)	1,20 (0,97-1,49)		1,74 (1,27-2,37)	1,89 (1,31-2,72)
Horas de trabajo semanales						
≤20 horas		1		1		1
>20-40 horas	0,93 (0,79-1,10)		0,90 (0,76-1,06)	0,99 (0,83-1,19)	1,31 (0,97-1,76)	
>40 horas	1,14 (0,97-1,34)		1,18 (1,00-1,38)	1,06 (0,88-1,27)	1,84 (1,39-2,45)	
Tiempo de trabajo (meses)						
≤60 meses		1		1		1
>60-120 meses	1,52 (1,16-1,99)	1,67 (1,21-2,31)	1,42 (1,08-1,85)		2,90 (2,12-3,98)	1,88 (1,31-2,72)
>120 meses	0,29 (0,22-0,37)	0,65 (0,47-0,90)	0,75 (0,60-0,93)		0,91 (0,63-1,32)	0,85 (0,55-1,30)
Tipo de contrato						
Como autónomo sin empleados		1		1		1
Contrato fijo-propietario	1,93 (1,46-2,55)	1,28 (0,93-1,77)	1,47 (1,12-1,92)	1,31 (0,98-1,75)	0,99 (0,62-1,59)	
Sin contrato-temporal	2,10 (1,69-2,62)	1,17 (0,90-1,53)	1,25 (1,02-1,53)	0,88 (0,70-1,11)	1,31 (0,92-1,86)	
Seguridad de continuidad de contrato						
Alta		1		1		1
Media	0,56 (0,48-0,66)	0,71 (0,59-0,85)	1,34 (1,15-1,57)	1,39 (1,17-1,65)	1,05 (0,81-1,37)	
Baja	0,97 (0,83-1,14)	1,08 (0,88-1,33)	1,73 (1,48-2,04)	1,53 (1,28-1,83)	1,02 (0,79-1,31)	
Jornada laboral						
Diurno		1		1		1
Entornos por ciclos	0,96 (0,80-1,14)	1,08 (0,88-1,33)	1,37 (1,15-1,64)	1,24 (1,01-1,51)	1,03 (0,77-1,37)	0,98 (0,73-1,33)
Entornos rotativos día-noche	0,60 (0,50-0,71)	0,85 (0,69-1,04)	0,97 (0,82-1,15)	0,99 (0,82-1,19)	1,44 (1,13-1,85)	1,38 (1,05-1,81)
Adaptación de Horario de trabajo y compromisos						
Bien/muy bien		1		1		1
Nada bien/No muy bien	3,17 (2,76-3,63)		1,82 (1,59-2,08)	1,30 (1,12-1,52)	1,61 (1,32-1,97)	
No responde	1,24 (0,86-1,80)		1,86 (1,28-2,70)	1,42 (0,94-2,13)	0,78 (0,39-1,56)	
Condiciones de trabajo						
Exposición a ruido						
No sabe/no responde		1		1		1
Ruido elevado/muy elevado	1,28 (0,92-1,77)	1,97 (1,27-3,04)	1,08 (0,74-1,57)		1,95 (1,08-3,52)	1,56 (0,82-2,95)
Ruido bajo/no muy elevado	2,59 (1,78-3,77)	1,22 (0,84-1,77)	0,58 (0,42-0,81)		1,09 (0,63-1,87)	1,21 (0,68-2,17)
Exposición a vibraciones						
No/no sabe		1		1		1
Sí, en mano o brazo	1,58 (1,34-1,88)	1,29 (1,06-1,58)	1,42 (1,20-1,68)		1,85 (1,46-2,37)	1,25 (0,95-1,64)
Sí, en cuerpo entero	1,49 (1,17-1,89)	1,18 (0,89-1,57)	1,22 (0,96-1,55)		2,43 (1,79-3,31)	1,60 (1,13-2,24)
Manipulación de sustancias tóxicas						
No		1		1		1
Sí	2,10 (1,70-2,58)		1,31 (1,07-1,61)		1,81 (1,35-2,42)	1,25 (0,91-1,73)
No sabe/no responde	1,84 (1,52-2,23)		1,62 (1,34-1,97)		2,44 (1,89-3,15)	1,36 (0,95-1,95)
Exposición a contaminantes químicos (gases, vapores, polvo, humo)						
No		1		1		1
Sí	0,92 (0,79-1,08)		1,14 (0,97-1,33)		1,46 (1,15-1,86)	1,20 (0,90-1,59)
No sabe/no responde	1,93 (1,58-2,37)		1,83 (1,49-2,25)		2,74 (2,11-3,55)	1,75 (1,21-2,53)

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES
Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Condiciones de Salud						
Salud						
Buena-muy buena		1		1		1
Regular	2,65(2,19-3,19)		2,44(2,02-2,95)	1,88(1,53-2,30)	1,64(1,27-2,11)	1,56(1,18-2,04)
Mala	4,77(2,17-10,51)		7,18(2,78-18,51)	3,71(1,40-9,82)	1,79(0,74-4,34)	2,08(0,84-5,16)
Covid-19 en los últimos 12 meses (prueba RT-PCR)						
No		1		1		1
Sí	0,97(0,84-1,14)		1,06(0,91-1,23)		1,33(1,06-1,67)	1,28(1,01-1,63)
No sabe/no responde	0,75(0,59-0,97)		1,27(0,99-1,61)		0,82(0,53-1,26)	0,69(0,44-1,08)
Precariedad laboral						
Alta precariedad		1		1		1
Ausencia o Baja precariedad	0,33(0,25-0,44)	0,44(0,32-0,61)	0,21(0,16-0,28)		0,69(0,27-1,74)	
Moderada precariedad	0,41(0,34-0,51)	0,57(0,44-0,72)	0,43(0,34-0,53)		0,99(0,65-1,49)	
Ergonomía						
Posición habitual en el trabajo						
De pie						
Algunas veces		1		1		1
Muchas veces/siempre	0,56(0,49-0,63)	0,99(0,84-1,17)	1,01(0,89-1,15)		0,97(0,79-1,19)	
Nunca	0,36(0,28-0,45)	0,57(0,43-0,75)	1,33(1,07-1,65)		0,98(0,69-1,39)	
Sentado						
Algunas veces		1		1		1
Muchas veces/siempre	1,77(1,54-2,03)	1,68(1,42-1,98)	0,97(0,84-1,11)		1,02(0,82-1,27)	
Nunca	0,39(0,32-0,46)	0,52(0,42-0,63)	1,52(1,30-1,78)		0,93(0,72-1,20)	
Inclinada						
Algunas veces		1		1		1
Muchas veces/siempre	1,47(1,22-1,78)	1,23(0,99-1,53)	1,23(1,02-1,48)		1,46(1,11-1,91)	
Nunca	0,70(0,61-0,80)	0,85(0,73-1,00)	0,80(0,70-0,91)		0,95(0,76-1,18)	
Tareas repetitivas en < 1 minuto						
No		1		1		1
Sí	1,56(1,37-1,77)	1,29(1,11-1,50)	1,17(1,03-1,33)		1,45(1,18-1,78)	
No sabe	1,19(0,9-1,49)	1,14(0,82-1,58)	1,16(0,93-1,44)		1,09(0,75-1,57)	
Tareas repetitivas en < 10 minutos						
No		1		1		1
Sí	2,25(1,97-2,57)	1,46(1,25-1,71)	1,28(1,02-1,60)		1,54(1,24-1,91)	
No sabe	1,48(1,18-1,89)	1,03(0,73-1,44)	1,10(0,97-1,25)		1,24(0,86-1,80)	

IC: Intervalo de confianza, OR: Odds Ratio, ORC: Regresión Logística Cruda, ORA: Regresión Logística Ajustada

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES
Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 43.
Modelo Multivariado de Regresión Logística, sector Pesca.

Actividad económica	Salud musculoesquelética								Salud Mental	
	Cuello		Hombro		Columna Dorsal		Columna Lumbar		Distrés	
	OR CRUDO (IC 95%)	OR AJUSTADO (IC 95%)	OR CRUDO (IC 95%)	OR AJUSTADO (IC 95%)	OR IC 95%	ORA IC 95%	OR IC 95%	ORA IC 95%	OR IC 95%	ORA IC 95%
Pesca										
No		1		1		1		1		1
Si	0,11(0,08-0,15)	0,23(0,15-0,36)	0,18(0,13-0,25)	0,28(0,18-0,45)	0,25(0,19-0,34)	0,24(0,16-0,37)	0,19(0,15-0,25)	0,18(0,12-0,26)	0,78(0,64-0,96)	1,44(1,06-1,96)
Sexo										
Hombr		1		1		1		1		1
Mujer	2,49(2,20-2,82)	1,85(1,60-2,15)	1,99(1,76-2,26)	1,60(1,37-1,87)	1,81(1,59-2,05)	1,55(1,34-1,79)	2,19(1,93-2,47)	1,89(1,63-2,18)	0,93(0,82-1,06)	
Edad										
<20-29 años		1		1		1		1		1
30-49	0,54(0,47-0,61)		0,66(0,58-0,75)	1,06(0,88-1,25)	0,66(0,57-0,75)		0,53(0,47-0,61)	0,73(0,62-0,85)	1,09(0,96-1,24)	
50 años o más	0,57(0,46-0,71)		0,71(0,57-0,89)	1,14(0,84-1,53)	0,65(0,51-0,82)		0,84(0,68-1,06)	1,08(0,83-1,40)	1,20(0,97-1,49)	
Nivel de Instrucción										
Educación Básica incompleta/incompleta		1		1		1		1		1
Educación Secundaria media completa/incompleta	1,06(0,88-1,27)		1,01(0,84-1,23)	0,96(0,77-1,19)	0,77(0,63-0,94)		0,76(0,63-0,91)		0,78(0,66-0,93)	
Educación Superior	3,39(2,89-3,96)		2,13(1,81-2,49)	1,54(1,21-1,96)	0,77(0,63-0,94)		2,32(2,00-2,79)		0,62(0,53-0,72)	
Sin Educación	0,94(0,5-1,58)		1,08(0,64-1,82)	0,90(0,48-1,67)	1,24(0,75-2,06)		1,34(0,83-2,15)		1,26(0,77-2,06)	
Horas de trabajo semanales										
≤20 horas		1		1		1		1		1
>20-40 horas	0,93(0,79-1,10)		0,84(0,71-1,00)	1,06(0,85-1,26)	0,81(0,68-0,96)		1,06(0,89-1,25)		0,90(0,76-1,06)	1,06(0,86-1,22)
>40 horas	1,14(0,97-1,34)		1,24(1,05-1,47)	1,39(1,15-1,70)	1,09(0,92-1,29)		1,08(0,92-1,28)		1,18(1,00-1,39)	1,09(0,91-1,31)
Tiempo de trabajo (meses)										
≤60 meses		1		1		1		1		1
>60-120 meses	1,52(1,16-1,99)		1,91(1,35-2,69)	2,13(1,63-2,77)	3,04(2,19-4,21)		2,93(2,15-3,99)		1,62(1,24-2,12)	2,59(1,88-3,67)
>120 meses	0,29(0,22-0,37)		1,08(0,74-1,56)	0,41(0,31-0,53)	1,26(0,85-1,86)		0,57(0,44-0,74)		2,17(1,51-3,11)	0,40(0,32-0,52)
Tipo de contrato										
Como autónoma sin empleados		1		1		1		1		1
Contrato fijo-propietario	1,93(1,46-2,55)		1,08(0,77-1,50)	1,66(1,24-2,23)	1,04(0,73-1,46)		1,47(1,08-1,99)		1,01(0,72-1,42)	1,06(0,81-1,40)
Sin contrato-temporal	2,10(1,69-2,62)		1,10(0,84-1,45)	1,81(1,44-2,28)	0,97(0,72-1,29)		1,39(1,05-1,83)		1,60(1,30-1,97)	1,00(0,77-1,30)
Seguridad de continuidad de contrato										
Alta		1		1		1		1		1
Media	0,56(0,48-0,66)		0,76(0,64-0,92)	0,76(0,64-0,89)	1,00(0,83-1,21)		0,83(0,70-0,98)		0,61(0,52-0,72)	1,34(1,15-1,57)
Baja	0,97(0,83-1,14)		0,99(0,82-1,20)	1,34(1,14-1,58)	1,48(1,22-1,80)		1,17(0,99-1,38)		0,90(0,77-1,06)	1,73(1,48-2,04)
Jornada laboral										
Diurna		1		1		1		1		1
En turnos por ciclos	0,96(0,80-1,14)		1,16(0,94-1,42)	1,11(0,93-1,33)			1,01(0,84-1,22)		1,01(0,85-1,21)	1,06(0,86-1,28)
En turnos rotativos día-noche	0,60(0,50-0,71)		0,99(0,80-1,25)	0,79(0,66-0,95)			0,83(0,69-1,00)		0,76(0,64-0,90)	1,34(1,08-1,65)
Tiempo de traslado a casa (minutos)										
≤20 minutos		1		1		1		1		1
>20-60 minutos	1,85(1,62-2,11)		1,22(1,05-1,42)	1,98(1,73-2,27)			1,98(1,72-2,27)		1,53(1,32-1,78)	1,98(1,72-2,27)
>60 minutos	2,73(2,21-3,36)		1,53(1,21-1,94)	2,68(2,18-3,30)			2,3(1,9-2,91)		1,53(1,21-1,92)	2,37(1,92-2,91)
Adaptación de Horario de trabajo y compromisos										
Bien/muy bien		1		1		1		1		1
Nada bien/No muy bien	3,17(2,76-3,63)		2,88(2,51-3,30)	1,68(1,43-1,97)			2,53(2,21-2,90)		1,67(1,43-1,95)	2,68(2,34-3,07)
No responde	1,24(0,86-1,80)		1,46(1,00-2,14)	1,07(0,69-1,65)			1,13(0,74-1,71)		1,46(1,01-2,11)	1,06(0,68-1,55)
Condiciones de trabajo										
Exposición a ruido										
No sabe/no responde		1		1		1		1		1
Ruido elevado/muy elevado	1,28(0,92-1,77)		2,11(1,36-3,25)	2,31(1,57-3,38)			2,55(1,72-3,77)		2,92(2,00-4,26)	
Ruido bajo/ no muy elevado	2,59(1,78-3,77)		1,29(0,89-1,87)	1,08(0,77-1,51)			1,20(0,84-1,70)		1,35(0,97-1,87)	1,08(0,74-1,57)
Exposición a vibraciones										
No/no sabe		1		1		1		1		1
Si, en mano o brazo	1,58(1,34-1,88)		1,20(0,98-1,47)	2,00(1,69-2,37)			1,83(1,44-2,32)		1,42(1,20-1,68)	
Si, en cuerpo entero	1,49(1,17-1,89)		1,08(0,81-1,44)	2,02(1,59-2,56)			1,74(1,46-2,06)		1,59(1,25-2,01)	1,22(0,96-1,55)
Violencia física por personas de su lugar de trabajo										
No		1		1		1		1		1
Si	4,43(3,04-6,46)		1,85(1,16-2,93)	7,12(4,85-10,45)			3,83(2,79-5,33)		3,14(2,21-4,46)	2,43(1,73-3,41)
No sabe/no responde	1,41(0,99-2,01)		1,60(1,11-2,31)	1,74(1,22-2,49)			1,03(0,71-1,50)		1,11(0,78-1,59)	2,64(1,79-3,89)
Violencia por personas no pertenecientes a su trabajo										
No		1		1		1		1		1
Si	1,95(1,58-2,41)		1,64(1,22-2,20)	2,34(1,89-2,88)			1,68(1,36-2,08)		1,63(1,36-2,08)	1,43(1,16-1,77)
No sabe/no responde	1,08(0,83-1,41)		1,60(1,11-2,31)	1,21(0,92-1,58)			0,58(0,42-0,79)		0,62(0,47-0,81)	1,55(1,19-2,02)

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Condiciones de Salud									
Salud									
Buena - muy buena		1		1		1		1	1
Regular	2,65(2,19-3,19)	2,26(1,83-2,80)	2,29(1,91-2,74)		2,22(1,85-2,66)	1,73(1,42-2,11)	2,59(2,14-3,12)	2,08(1,69-2,57)	2,44(2,02-2,95)
Mala	4,77(2,17-10,51)	3,28(1,36-7,94)	5,89(2,76-12,57)		6,52(3,05-13,9)	4,80(2,14-10,75)	6,61(2,74-15,93)	4,48(1,75-11,45)	7,18(2,78-18,51)
Dolor de cabeza									
No		1		1		1		1	1
Sí	7,43(6,47-8,54)		4,63(4,03-5,32)		4,38(3,80-5,04)		5,66(4,95-6,47)		1,55(1,37-1,75)
No sabe/no responde	2,81(1,69-4,66)		4,53(2,74-7,49)		2,56(1,51-4,32)		2,17(1,30-3,60)		3,34(1,92-5,80)
Problemas de insomnio									
No		1		1		1		1	1
Sí	5,99(5,18-6,94)		4,91(4,27-5,65)		4,55(3,96-5,23)		4,82(4,18-5,56)		2,15(1,88-2,46)
No sabe/no responde	1,56(1,00-2,45)		2,66(1,79-4,15)		1,53(0,95-2,47)		1,35(0,86-2,11)		2,48(1,56-3,95)
Cansancio crónico									
No		1		1		1		1	1
Sí	6,60(5,57-7,82)		6,00(2,05-3,75)		5,25(4,50-6,12)		3,96(3,10-5,05)		2,93(2,50-3,40)
No sabe/no responde	2,27(1,68-3,08)		2,77(2,05-3,75)		1,46(1,06-2,01)		1,06(0,66-1,65)		2,06(1,52-2,80)
Accidente de trabajo en los últimos 12 meses									
No		1		1		1		1	1
Sí	2,76(2,20-3,46)		3,69(2,94-4,59)		3,07(2,47-3,81)		3,10(2,46-3,90)		2,40(1,91-3,00)
Precariedad laboral									
Alta precariedad		1		1		1		1	1
Ausencia o baja precariedad	0,33(0,25-0,44)	0,43(0,31-0,59)	0,34(0,25-0,45)	0,61(0,44-0,85)	0,34(0,26-0,45)	0,54(0,39-0,74)	0,46(0,35-0,61)	0,76(0,55-1,06)	0,21(0,16-0,28)
Mediana precariedad	0,41(0,34-0,51)	0,60(0,47-0,77)	0,48(0,39-0,59)	0,84(0,67-1,06)	0,53(0,43-0,65)	0,82(0,66-1,06)	0,48(0,40-0,60)	0,79(0,62-0,99)	0,43(0,34-0,53)
Ergonomía									
Posición habitual en el trabajo									
De pie									
Algunas veces		1		1		1		1	1
Muchas veces/siempre	0,56(0,49-0,63)	1,04(0,88-1,23)	0,69(0,61-0,79)	0,94(0,78-1,14)	0,64(0,56-0,74)	0,70(0,60-0,82)	0,61(0,53-0,69)	0,67(0,58-0,79)	1,01(0,89-1,15)
Nunca	0,36(0,28-0,45)	0,58(0,41-0,70)	0,48(0,38-0,62)	1,26(1,06-1,49)	0,41(0,31-0,53)	0,60(0,45-0,79)	0,31(0,25-0,40)	0,44(0,34-0,57)	1,33(1,07-1,65)
Sentado									
Algunas veces		1		1		1		1	1
Muchas veces/siempre	1,77(1,54-2,03)	1,68(1,42-1,99)	1,33(1,15-1,53)	1,26(1,06-1,49)	1,52(1,32-1,75)		1,58(1,38-1,82)		0,97(0,84-1,11)
Nunca	0,39(0,32-0,46)	0,58(0,44-0,67)	0,44(0,37-0,53)	0,69(0,56-0,87)	0,47(0,39-0,56)		0,39(0,33-0,46)		1,52(1,30-1,78)
Caminando									
Algunas veces		1		1		1		1	1
Muchas veces/siempre	1,30(1,13-1,50)		1,37(1,19-1,58)	1,06(0,88-1,25)	1,39(1,21-1,61)		1,73(1,50-1,92)		1,07(0,93-1,25)
Nunca	0,38(0,35-0,46)		0,45(0,37-0,54)	0,75(0,60-0,95)	0,50(0,41-0,60)		0,42(0,35-0,50)		1,18(1,01-1,39)
Inclinada									
Algunas veces		1		1		1		1	1
Muchas veces/siempre	1,47(1,22-1,78)	1,22(0,97-1,54)	1,51(1,25-1,82)		1,47(1,22-1,78)	1,17(0,95-1,45)	1,77(1,46-2,14)		1,23(1,02-1,48)
Nunca	0,70(0,61-0,80)	0,84(0,71-1,00)	0,58(0,51-0,67)		0,60(0,52-0,70)	0,84(0,71-1,00)	0,53(0,46-0,60)		0,80(0,70-0,91)
Frecuencia en el trabajo									
Manipular cargas									
Algunas veces		1		1		1		1	1
Muchas veces/siempre	0,74(0,64-0,87)		0,98(0,84-1,14)	1,22(0,98-1,51)	1,00(0,86-1,17)	1,15(0,93-1,42)	0,97(0,84-1,13)	1,20(0,98-1,47)	0,93(0,80-1,09)
Nunca	0,73(0,62-0,85)		0,62(0,53-0,73)	0,89(0,72-1,10)	0,68(0,57-0,80)	0,84(0,71-1,00)	0,62(0,53-0,73)	0,84(0,69-1,06)	0,77(0,66-0,90)
Herramientas manuales									
Algunas veces		1		1		1		1	1
Muchas veces/siempre	1,07(0,93-1,23)		1,12(0,97-1,29)	1,12(0,94-1,34)	1,15(1,00-1,33)	1,10(0,93-1,31)	1,25(1,09-1,44)	1,17(0,99-1,39)	0,97(0,84-1,11)
Nunca	0,82(0,70-0,96)		0,71(0,60-0,84)	1,04(0,85-1,28)	0,70(0,59-0,83)	1,06(0,86-1,30)	0,76(0,65-0,89)	1,17(0,96-1,43)	0,93(0,80-1,09)
Posturas forzadas									
Algunas veces		1		1		1		1	1
Muchas veces/siempre	1,13(0,96-1,35)		1,30(1,09-1,54)	0,98(0,78-1,24)	1,42(1,19-1,68)	1,24(0,99-1,55)	1,50(1,26-1,78)	1,32(1,06-1,64)	1,50(1,26-1,79)
Nunca	0,64(0,55-0,74)		0,59(0,51-0,69)	0,79(0,64-0,97)	0,54(0,46-0,63)	0,64(0,52-0,78)	0,59(0,51-0,68)	0,69(0,56-0,84)	0,72(0,63-0,83)
Realizar fuerza									
Algunas veces		1		1		1		1	1
Muchas veces/siempre	0,88(0,75-1,06)		1,22(1,04-1,43)	1,47(1,17-1,85)	1,14(0,97-1,34)	1,08(0,88-1,36)	1,20(1,02-1,40)		1,18(1,01-1,37)
Nunca	0,74(0,63-0,86)		0,58(0,49-0,69)	0,73(0,57-0,93)	0,59(0,50-0,71)	0,85(0,67-1,09)	0,59(0,50-0,69)		0,75(0,64-0,88)
Alcanzar objetos altos									
Algunas veces		1		1		1		1	1
Muchas veces/siempre	1,04(0,83-1,31)		1,28(1,02-1,62)	1,09(0,82-1,46)	1,27(1,01-1,61)		1,29(1,03-1,63)		1,54(1,22-1,94)
Nunca	0,77(0,68-0,88)		0,68(0,59-0,77)	0,99(0,83-1,17)	0,74(0,65-0,85)		0,71(0,63-0,81)		0,75(0,66-0,85)
Tareas repetitivas en < 1 minuto									
No		1		1		1		1	1
Sí	1,56(1,37-1,77)	1,25(1,08-1,46)	1,45(1,27-1,65)		1,39(1,22-1,59)	1,04(0,89-1,21)	1,15(0,92-1,44)	0,94(0,81-1,10)	1,17(1,03-1,33)
No sabe	1,19(0,9-1,49)		1,30(1,03-1,63)		1,04(0,82-1,32)	1,06(0,73-1,47)	1,36(1,20-1,54)	0,98(0,70-1,35)	1,16(0,93-1,44)
Tareas repetitivas en < 10 minutos									
No		1		1		1		1	1
Sí	2,25(1,97-2,57)	1,35(1,16-1,58)	1,80(1,43-2,28)	1,47(1,25-1,72)	2,01(1,74-2,31)	1,26(1,07-1,48)	1,57(1,25-1,96)	1,46(1,25-1,70)	1,28(1,02-1,60)
No sabe	1,48(1,18-1,89)	0,94(0,67-1,32)	2,37(2,06-2,72)	1,25(0,94-1,59)	1,36(1,07-1,74)	1,06(0,73-1,47)	2,24(1,96-2,55)	1,02(0,73-1,46)	1,10(0,97-1,25)

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 44.
Modelo Multivariado de Regresión Logística, sector Informal.

Variable	OR	IC 95%																	
Exposición a factores																			
MEDIO DE TRABAJO																			
¿Eres responsable de un equipo de trabajo?	1,86(1,44-2,40)		1,26(0,88-1,79)		1,94(1,53-2,49)		1,54(1,14-2,08)		1,73(1,30-2,31)		1,20(0,86-1,66)		1,47(1,09-1,99)		1,32(0,98-1,76)		1,97(1,49-2,61)		2,21(1,69-2,91)
¿Eres jefe/a de un equipo de trabajo?	2,07(1,54-2,78)		1,00(0,71-1,41)		1,20(0,87-1,65)		1,20(0,87-1,65)		1,20(0,87-1,65)		1,20(0,87-1,65)		1,20(0,87-1,65)		1,20(0,87-1,65)		1,20(0,87-1,65)		1,20(0,87-1,65)
Horario de trabajo																			
¿Cuántas horas trabajas por semana?	2,66(2,01-3,53)		1,66(1,21-2,26)		1,63(1,21-2,19)		1,63(1,21-2,19)		1,63(1,21-2,19)		1,63(1,21-2,19)		1,63(1,21-2,19)		1,63(1,21-2,19)		1,63(1,21-2,19)		1,63(1,21-2,19)
¿Cuántas horas trabajas por día?	2,30(1,74-3,03)		1,64(1,21-2,22)		1,64(1,21-2,22)		1,64(1,21-2,22)		1,64(1,21-2,22)		1,64(1,21-2,22)		1,64(1,21-2,22)		1,64(1,21-2,22)		1,64(1,21-2,22)		1,64(1,21-2,22)
Modalidad de trabajo																			
¿Trabajas en modalidad presencial?	3,70(2,81-4,91)		2,70(2,04-3,59)		2,70(2,04-3,59)		2,70(2,04-3,59)		2,70(2,04-3,59)		2,70(2,04-3,59)		2,70(2,04-3,59)		2,70(2,04-3,59)		2,70(2,04-3,59)		2,70(2,04-3,59)
¿Trabajas en modalidad híbrida?	2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)
¿Trabajas en modalidad remota?	2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)
Entorno de trabajo																			
Seguridad																			
¿Se te enseñó a usar correctamente el equipo de protección personal?	2,07(1,54-2,78)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)
¿Se te enseñó a usar correctamente el equipo de protección personal?	2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)
Salud																			
¿Tienes algún problema de salud?	2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)
¿Tienes algún problema de salud?	2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)
Exposición a factores																			
MEDIO DE TRABAJO																			
¿Eres responsable de un equipo de trabajo?	1,86(1,44-2,40)		1,26(0,88-1,79)		1,94(1,53-2,49)		1,54(1,14-2,08)		1,73(1,30-2,31)		1,20(0,86-1,66)		1,47(1,09-1,99)		1,32(0,98-1,76)		1,97(1,49-2,61)		2,21(1,69-2,91)
¿Eres jefe/a de un equipo de trabajo?	2,07(1,54-2,78)		1,00(0,71-1,41)		1,20(0,87-1,65)		1,20(0,87-1,65)		1,20(0,87-1,65)		1,20(0,87-1,65)		1,20(0,87-1,65)		1,20(0,87-1,65)		1,20(0,87-1,65)		1,20(0,87-1,65)
Horario de trabajo																			
¿Cuántas horas trabajas por semana?	2,66(2,01-3,53)		1,66(1,21-2,26)		1,63(1,21-2,19)		1,63(1,21-2,19)		1,63(1,21-2,19)		1,63(1,21-2,19)		1,63(1,21-2,19)		1,63(1,21-2,19)		1,63(1,21-2,19)		1,63(1,21-2,19)
¿Cuántas horas trabajas por día?	2,30(1,74-3,03)		1,64(1,21-2,22)		1,64(1,21-2,22)		1,64(1,21-2,22)		1,64(1,21-2,22)		1,64(1,21-2,22)		1,64(1,21-2,22)		1,64(1,21-2,22)		1,64(1,21-2,22)		1,64(1,21-2,22)
Modalidad de trabajo																			
¿Trabajas en modalidad presencial?	3,70(2,81-4,91)		2,70(2,04-3,59)		2,70(2,04-3,59)		2,70(2,04-3,59)		2,70(2,04-3,59)		2,70(2,04-3,59)		2,70(2,04-3,59)		2,70(2,04-3,59)		2,70(2,04-3,59)		2,70(2,04-3,59)
¿Trabajas en modalidad híbrida?	2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)
¿Trabajas en modalidad remota?	2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)
Entorno de trabajo																			
Seguridad																			
¿Se te enseñó a usar correctamente el equipo de protección personal?	2,07(1,54-2,78)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)
¿Se te enseñó a usar correctamente el equipo de protección personal?	2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)		2,20(1,66-2,93)
Salud																			
¿Tienes algún problema de salud?	2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)
¿Tienes algún problema de salud?	2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)		2,80(2,13-3,68)

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES
Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Tabla 45.
Modelo Multivariado de Regresión Logística, Sector Salud.

Actividad económica	Salud musculoesquelética MSD 12 meses												Salud Mental			
	Cuello		Hombro		Columna Dorsal		Columna Lumbar		Caderas/piernas		Rodillas		Deteñés		Trastorno de ansiedad	
	OR IC 95%	ORA AJUSTADO	OR IC 95%	ORA IC 95%	OR IC 95%	ORA IC 95%	OR IC 95%	ORA IC 95%	OR IC 95%	ORA IC 95%	OR IC 95%	ORA IC 95%	OR IC 95%	ORA IC 95%		
Sector Salud	1															
No	1															
Sí	3,41(3,00-3,87)	2,22(1,88-2,63)	2,12(1,87-2,41)	1,63(1,35-1,96)	2,22(1,85-2,52)	1,67(1,39-2,02)	2,70(2,38-3,08)	1,99(1,65-2,39)	1,65(1,44-1,90)	1,34(1,09-1,64)	1,47(1,28-1,69)	1,27(1,04-1,56)	0,68(0,60-0,78)	0,42(0,36-0,48)	1,95(1,60-2,37)	2,22(1,71-2,87)
Sexo	1															
Mujer	2,49(2,20-2,82)	1,61(1,39-1,86)	1,99(1,76-2,26)	1,56(1,35-1,80)	1,81(1,59-2,05)	1,37(1,18-1,59)	2,19(1,93-2,47)	1,56(1,34-1,80)	2,14(1,86-2,46)	1,90(1,62-2,23)	1,59(1,38-1,82)	1,32(1,13-1,55)	0,89(0,82-1,05)		1,96(1,62-2,38)	1,61(1,30-2,00)
Edad	1															
<20-29 años	1															
30-49	0,54(0,47-0,61)	0,66(0,58-0,75)	1,07(0,90-1,26)	0,66(0,57-0,75)	1,04(0,88-1,23)	0,53(0,47-0,61)	0,99(0,84-1,16)	0,75(0,65-0,88)	1,10(0,92-1,33)	0,73(0,63-0,85)	1,05(0,85-1,23)	1,03(0,86-1,24)			0,70(0,57-0,87)	1,02(0,79-1,30)
50 años o más	0,57(0,46-0,71)	0,71(0,57-0,89)	1,35(1,03-1,77)	0,65(0,51-0,82)	1,14(0,87-1,51)	0,84(0,68-1,05)	2,00(1,53-2,61)	1,17(0,93-1,48)	1,90(1,43-2,53)	1,57(1,25-1,97)	2,69(2,03-3,56)	1,20(0,97-1,49)			0,78(0,55-1,11)	1,54(1,03-2,31)
Tempo de trabajo (meses)	1															
≤60 meses	1															
>60-120 meses	1,22(1,10-1,39)	2,24(1,87-2,60)	2,13(1,83-2,77)	2,00(1,84-2,47)	2,06(1,79-2,69)	2,66(1,89-3,35)	1,02(1,24-2,12)	2,11(1,59-2,84)	0,02(0,47-0,83)	2,80(2,08-3,79)	2,44(1,87-3,29)	2,74(2,03-3,68)	1,42(1,08-1,85)	1,02(0,79-1,30)	2,21(1,60-3,06)	2,25(1,75-3,24)
>120 meses	0,29(0,22-0,37)	0,57(0,42-0,76)	0,41(0,31-0,53)	0,65(0,48-0,89)	0,57(0,44-0,74)	0,97(0,73-1,31)	0,40(0,32-0,52)	0,59(0,44-0,78)	2,44(1,87-3,19)	0,85(0,68-1,22)	0,61(0,46-0,81)	0,70(0,50-0,98)	0,75(0,60-0,93)	0,67(0,52-0,84)	0,34(0,19-0,57)	0,60(0,34-1,06)
Condiciones de trabajo	1															
Manipula kindo: sustancias tóxicas	1															
No	1															
Sí	2,10(1,70-2,58)	1,97(1,60-2,42)		2,06(1,68-2,54)		2,28(1,85-2,82)		2,53(2,07-3,08)		2,55(2,09-3,11)			1,31(1,07-1,61)		2,90(1,95-3,21)	1,19(0,86-1,66)
No sabe/no responde	1,84(1,52-2,23)	2,24(1,85-2,72)		1,70(1,40-2,07)		1,75(1,44-2,12)		1,70(1,44-2,23)		2,14(1,73-2,66)			1,62(1,34-1,97)		1,61(1,11-2,04)	1,36(0,86-1,04)
Exposición a contaminantes químicos (gases, vapores, polvo, humo)	1															
No	1															
Sí	0,92(0,79-1,08)	1,12(0,95-1,32)		0,90(0,76-1,06)		0,89(0,77-1,05)		1,03(0,86-1,24)		1,78(0,98-1,40)			1,14(0,97-1,33)		1,19(0,93-1,54)	1,52(1,15-2,01)
No sabe/no responde	1,82(1,58-2,07)	2,26(1,85-2,78)		1,81(1,48-2,21)		1,88(1,55-2,32)		2,48(2,02-3,03)		2,48(2,01-3,04)			1,85(1,49-2,23)		2,01(2,55-3,87)	1,25(0,88-1,75)
Condiciones de Salud	1															
Salud Buena - muy buena	1															
Regular	2,65(2,19-3,19)	2,28(1,91-2,74)		2,22(1,85-2,66)		2,59(2,14-3,12)		2,67(2,22-3,22)		2,30(1,91-2,77)			2,44(2,02-2,95)		1,79(1,46-2,18)	2,37(1,87-2,99)
Mal	4,77(2,17-10,51)	5,88(2,74-12,57)		6,52(3,05-13,91)		6,61(2,74-15,93)		5,39(2,74-10,59)		4,67(2,44-9,28)			7,18(2,78-18,51)		3,70(1,39-9,82)	5,97(3,03-11,76)
Covid-19 en los últimos 12 meses (pruebas RT-PCR)	1															
No	1															
Sí	0,87(0,84-1,14)	0,99(0,84-1,16)		0,92(0,78-1,08)		0,87(0,75-1,02)		0,81(0,60-1,08)		0,90(0,68-1,19)			1,05(0,91-1,23)		1,41(1,14-1,77)	1,52(1,21-1,93)
No sabe/no responde	0,75(0,59-0,97)	0,86(0,66-1,11)		0,81(0,62-1,05)		0,74(0,58-0,94)		0,97(0,81-1,15)		0,90(0,76-1,08)			1,27(0,99-1,61)		0,61(0,39-0,99)	0,61(0,37-0,99)
Medicación para Hipertensión Arterial recetada por médico	1															
No	1															
Sí	1,13(0,72-1,90)	1,58(1,24-1,95)		1,52(1,23-1,87)		1,50(1,22-1,86)		2,31(1,87-2,86)		2,36(1,91-2,91)			1,82(1,48-2,25)		1,27(1,00-1,60)	1,98(1,51-2,59)
No sabe/no responde	1,17(0,72-1,90)	1,47(0,99-2,40)		1,11(0,67-1,84)		0,91(0,59-1,48)		1,49(0,86-2,49)		1,29(0,75-2,21)			2,06(1,52-2,77)		2,20(1,27-4,19)	
Problemas de insomnio	1															
No	1															
Sí	5,60(5,18-6,04)	4,91(4,27-5,65)		4,56(3,86-5,23)		4,82(4,18-5,56)		4,72(4,07-5,47)		4,14(3,58-4,80)			2,15(1,88-2,46)		1,85(1,57-2,18)	4,21(3,45-5,14)
No sabe/no responde	1,56(1,00-2,45)	2,66(1,78-4,15)		1,53(0,85-2,47)		1,35(0,86-2,11)		2,98(1,87-4,75)		2,57(1,60-4,12)			2,48(1,56-3,95)		1,65(0,97-2,80)	1,39(0,63-3,07)
Comorbilidad crónica	1															
No	1															
Sí	6,60(5,57-7,82)	6,00(2,05-3,75)		5,25(4,50-6,12)		3,96(3,10-5,05)		5,63(4,81-6,60)		4,7(4,09-5,59)			2,93(2,50-3,40)		2,25(1,88-2,69)	4,30(3,52-5,25)
No sabe/no responde	2,27(1,68-3,08)	2,71(2,05-3,75)		1,61(1,06-2,01)		1,06(0,66-1,65)		2,87(2,09-3,94)		2,52(1,62-3,11)			2,06(1,52-2,80)		1,36(0,96-1,91)	1,43(0,86-2,38)
Prevalencia laboral	1															
Alta prevalencia	1															
Ausencia o baja prevalencia	0,25(0,25-0,44)	0,40(0,30-0,55)	0,34(0,23-0,43)	0,33(0,26-0,47)	0,24(0,20-0,43)	0,20(0,27-0,49)	0,40(0,33-0,81)	0,22(0,39-0,70)	0,42(0,31-0,57)	0,40(0,29-0,55)	0,20(0,29-0,48)	0,52(0,23-0,88)	0,21(0,10-0,28)	0,29(0,21-0,59)	0,28(0,18-0,45)	0,28(0,18-0,47)
Moderada prevalencia	0,41(0,34-0,51)	0,56(0,44-0,71)	0,48(0,39-0,58)	0,59(0,57-0,73)	0,53(0,43-0,65)	0,63(0,53-0,81)	0,49(0,40-0,60)	0,64(0,51-0,81)	0,47(0,38-0,58)	0,54(0,43-0,68)	0,57(0,46-0,70)	0,69(0,55-0,86)	0,43(0,34-0,53)	0,53(0,42-0,66)	0,55(0,42-0,72)	0,60(0,46-0,80)

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Ergonomía		Procción habitual en el trabajo												
De pie														
Algunas veces														
Muchas veces/siempre	0,52(0,45-0,60)	1,05(0,95-1,20)	0,66(0,61-0,70)	0,91(0,77-1,05)	0,64(0,56-0,74)	0,83(0,69-0,99)	0,71(0,53-0,91)	0,72(0,68-0,77)	0,84(0,75-0,97)	0,99(0,83-1,20)	0,76(0,66-0,88)	0,74(0,63-0,90)	1,01(0,89-1,15)	0,59(0,48-0,72)
Nunca	0,38(0,28-0,45)	0,70(0,54-0,92)	0,49(0,38-0,62)	1,08(0,79-1,42)	0,61(0,31-0,93)	0,79(0,59-1,05)	0,31(0,16-0,49)	0,56(0,42-0,75)	1,19(0,86-1,64)	0,62(0,31-0,98)	0,82(0,58-1,15)	1,39(1,07-1,85)	0,63(0,44-0,89)	
Sentado														
Algunas veces														
Muchas veces/siempre	1,77(1,54-2,02)	1,72(1,38-2,07)	1,33(1,19-1,50)	1,27(1,08-1,49)	1,52(1,35-1,70)	1,40(1,20-1,72)	1,38(1,28-1,62)	1,29(1,10-1,62)	1,12(0,98-1,31)	1,24(0,99-1,45)	1,03(0,88-1,20)	1,09(0,95-1,24)	0,97(0,84-1,11)	
Nunca	0,32(0,22-0,46)	0,61(0,50-0,75)	0,44(0,37-0,53)	0,76(0,61-0,94)	0,47(0,30-0,66)	0,75(0,64-0,88)	0,26(0,13-0,46)	0,76(0,62-0,94)	0,47(0,30-0,68)	0,63(0,65-0,65)	0,46(0,38-0,56)	0,79(0,62-0,99)	1,52(1,30-1,78)	
Caminando														
Algunas veces														
Muchas veces/siempre	1,39(1,13-1,61)	1,37(1,19-1,58)	1,17(0,99-1,38)	1,29(1,21-1,44)	1,29(1,10-1,53)	1,73(1,54-1,92)	1,51(1,31-1,82)	1,52(1,39-1,77)	1,29(1,07-1,53)	1,48(1,34-1,61)	1,46(1,29-1,76)	1,07(0,92-1,23)	1,39(1,16-1,66)	
Nunca	0,70(0,50-0,96)	0,47(0,37-0,59)	0,71(0,57-0,85)	0,59(0,41-0,84)	0,63(0,45-0,82)	0,27(0,15-0,50)	0,60(0,45-0,79)	0,42(0,20-0,71)	0,46(0,40-0,77)	0,49(0,41-0,59)	0,40(0,40-0,78)	1,05(0,73-1,39)	0,44(0,32-0,60)	
Incluyendo														
Algunas veces														
Muchas veces/siempre	1,47(1,22-1,76)	1,39(1,12-1,70)	1,61(1,45-1,80)	1,37(1,22-1,79)	1,28(1,05-1,58)	1,77(1,64-2,14)	1,39(1,12-1,73)	1,54(1,36-1,87)	1,22(0,99-1,52)	1,57(1,38-1,86)	1,28(1,00-1,65)	1,29(1,02-1,49)	1,19(0,91-1,68)	
Nunca	0,79(0,60-0,98)	0,48(0,37-0,60)	0,57(0,43-0,67)	0,69(0,52-0,79)	0,74(0,54-0,98)	0,53(0,48-0,60)	0,71(0,48-0,91)	0,74(0,65-0,84)	0,74(0,65-0,84)	0,52(0,45-0,60)	0,40(0,32-0,50)	0,39(0,30-0,51)	0,75(0,58-0,95)	
Algunas veces														
Muchas veces/siempre	0,74(0,64-0,87)	0,55(0,47-1,11)	0,55(0,47-1,11)	1,00(0,85-1,17)	1,21(1,06-1,38)	0,87(0,64-1,19)	1,15(0,98-1,34)	0,94(0,80-1,12)	0,94(0,77-1,16)	1,10(0,93-1,30)	1,23(1,00-1,47)	0,95(0,80-1,09)	0,88(0,58-0,98)	
Nunca	0,71(0,52-0,85)	0,62(0,53-0,73)	0,79(0,59-0,85)	0,68(0,57-0,81)	0,74(0,63-0,85)	0,62(0,53-0,73)	0,79(0,64-0,91)	0,65(0,52-0,78)	0,84(0,68-1,01)	0,57(0,47-0,67)	0,79(0,60-0,92)	0,77(0,66-0,91)	0,72(0,52-0,93)	
Pausas más de 5 minutos														
Algunas veces														
Muchas veces/siempre	1,33(0,98-1,70)	1,37(1,06-1,88)	1,02(1,18-1,46)	1,02(1,18-1,46)	1,30(1,10-1,51)	1,30(1,10-1,51)	1,30(1,10-1,51)	1,30(1,10-1,51)	1,30(1,10-1,51)	1,30(1,10-1,51)	1,30(1,10-1,51)	1,30(1,10-1,51)	1,30(1,10-1,51)	
Nunca	0,40(0,26-0,54)	0,31(0,13-0,69)	0,54(0,46-0,63)	0,54(0,46-0,63)	0,54(0,46-0,63)	0,54(0,46-0,63)	0,54(0,46-0,63)	0,54(0,46-0,63)	0,54(0,46-0,63)	0,54(0,46-0,63)	0,54(0,46-0,63)	0,54(0,46-0,63)	0,54(0,46-0,63)	
Tiempo repetitivo es <1 minuto														
Sí														
Muchas veces/siempre	1,65(1,39-1,77)	1,38(1,28-1,60)	1,47(1,37-1,64)	1,47(1,38-1,56)	1,38(1,28-1,50)	1,48(1,32-1,58)	1,15(1,00-1,44)	1,12(0,87-1,44)	1,10(0,94-1,29)	1,57(1,35-1,84)	1,24(1,05-1,48)	1,47(1,02-1,79)	1,36(1,06-1,64)	
Nunca	1,19(0,9-1,49)	1,70(1,50-1,75)	1,31(1,19-1,05)	1,11(0,80-1,34)	1,04(0,81-1,32)	0,99(0,69-1,36)	1,36(1,10-1,59)	0,84(0,65-1,08)	0,84(0,65-1,08)	1,29(1,05-1,59)	1,04(0,72-1,43)	1,10(0,99-1,44)	0,88(0,69-1,12)	
Tiempo repetitivo es <10 minutos														
Sí														
Muchas veces/siempre	2,25(1,97-2,57)	1,54(1,34-1,82)	1,87(1,49-2,28)	1,71(1,47-2,01)	2,01(1,74-2,31)	1,47(1,26-1,72)	1,57(1,25-1,96)	1,87(1,47-2,36)	1,74(1,46-2,07)	1,44(1,26-1,73)	1,55(1,38-1,84)	1,29(1,02-1,61)	2,09(1,88-2,61)	
Nunca	1,48(1,18-1,83)	1,13(0,80-1,57)	0,87(0,65-1,17)	1,01(0,75-1,36)	1,08(1,07-1,70)	1,27(0,90-1,79)	1,24(1,05-1,55)	2,35(1,09-2,76)	1,78(1,30-2,43)	2,14(1,82-2,50)	1,50(0,99-1,99)	1,10(0,97-1,25)	1,37(0,94-2,01)	

IC: Intervalo de confianza, OR: Odds Ratio, ORC: Regresión Logística Cruda, ORA: Regresión Logística Ajustada

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud de los Trabajadores: Recursos - Preguntas Frecuentes [Internet]. [cited 2021 Dec 3]. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1527:workers-health-resources&Itemid=1349&limitstart=2&lang=es
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. ¿Cómo crecerá la población en Ecuador? 2010 [cited 2018 Apr 10];1–38. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/presentacion.pdf
3. Villacís B, Carrillo D. País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Analitika [Internet]. 2012;52. Available from: http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf
4. Ferreira, C; García, K; Macías, L; Pérez, A; Tomsich C. Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III. [Internet]. 2013. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf
5. IHME Measuring what matters. Ecuador_Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. 2019. Available from: <http://www.healthdata.org/ECUADOR>
6. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU): Mercado laboral [Boletín técnico n.º 8]. 2021;1–13. Available from: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2021/Junio-2021/Boletin_empleo_220721_DEAN3\(1\).pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2021/Junio-2021/Boletin_empleo_220721_DEAN3(1).pdf)
7. Carrera S. Boletín Técnico de Defunciones Generales. Inst Nac Estadísticas y Censos [Internet]. 2021;1–13. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/boletin_tecnico_edg_2020_v1.pdf
8. Conceicao P. La próxima frontera: desarrollo humano y el Antropoceno [Internet]. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). New York; 2020. Available from: <http://hdr.undp.org/es/data>.

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

9. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo. JUNIO 2021 [Internet]. Quito, Ecuador; Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/empleo-agosto-2021/>
10. Banco Mundial. Perfil del país, Ecuador y sus indicadores. [Internet]. Vol. 32. 2021. Available from: https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.EMP.VULN.ZS?end=2019&name_desc=false&start=1991&type=shaded&view=map&year=2020
11. Datosmacro. Reporte de Ecuador.pdf [Internet]. 2021. Available from: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/inmigracion/ecuador>
12. Organización de Naciones Unidas. Net migration rate by region, subregion and country, 1950-2100 [Internet]. Available from: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Migration/>
13. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Entradas y salidas internacionales, principales resultados. 2020;1–36.
14. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Barreras tácitas y explícitas al empleo de personas en situación de movilidad humana en Ecuador [Internet]. Primera edición. 2021. 1–70 p. Available from: <https://www.r4v.info/es/document/oit-barreras-tacitas-y-explicitas-al-empleo-de-personas-en-situacion-de-movilidad-humana>
15. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Promoviendo la recuperación post COVID-19 en Ecuador OIT Países Andinos [Internet]. Primera Ed. 2020. 1–110 p. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_759355.pdf
16. Ministerio de Trabajo; Coordinación de Inteligencia de Información y Estudios del Trabajo. Consolidación_de_información_para_panorama_nacional_de_la_salud_de_los_trabajadores_vsp1. Quito, Ecuador; 2021.
17. Banco Central del Ecuador. BCE_PIB_oferta_utilización_IEM-431-e [Internet]. 2020. Available from: <https://contenido.bce.fin.ec/home1/estadisticas/bolmensual/IEMensual.jsp>
18. Banco Central del Ecuador. BCE_PIB_industrias_IEM-432-e [Internet]. 2021. Available from: <https://contenido.bce.fin.ec/home1/estadisticas/bolmensual/IEMensual.jsp>
19. Banco Central del Ecuador. Cuentas nacionales regionales_VAB [Internet]. Quito, Ecuador; 2019. Available from:

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

<https://contenido.bce.fin.ec/documentos/Estadisticas/SectorReal/CuentasProvinciales/Indice.htm>

20. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Boletín Técnico Directorio de Empresas y Establecimientos. 2019;1–36. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/DirectorioEmpresas/Directorio_Empresas_2019/Bolletin_Tecnico_DIEE_2019.pdf

21. Organización Internacional del Trabajo. Seguridad y Salud en la Agricultura. 2011;1–24. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.ilo.org%2Fwcmstp5%2Fgroups%2Fpublic%2F---ed_protect%2F---protrav%2F---safework%2Fdocuments%2Fpublication%2Fwcms_117460.pdf&clen=1835615&chunk=true

22. Organización Internacional del Trabajo. Trabajadores agrícolas y su contribución a la agricultura y el desarrollo rural sostenibles. 2007; Primera Ed:1–111.

23. Ecuatoriano MA, Agraria R, Agraria R, Tel EL, Mandatario E, Tel E. Aporte del sector agropecuario a la economía del Ecuador. Análisis crítico de su evolución en el período de dolarización . 2018;

24. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Boletín Técnico Encuesta de Superficie y Producción Agropecuaria Continua [Internet]. Quito, Ecuador; 2020. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_agropecuarias/espac/espac-2020/Boletin_Tecnico_ESPAC_2020.pdf

25. Ministerio de Agricultura GA y P. La política agropecuaria ecuatoriana. Hacia el desarrollo territorial rural sostenible 2015-2025. Quito, Ecuador; 2016. 1–480 p.

26. Sistema de Información Pública Agropecuaria. 2021.

27. Corporación Financiera Nacional. Ficha sectorial Banano y Plátano [Internet]. Quito, Ecuador; 2020. Available from: <https://www.cfn.fin.ec/wp-content/uploads/downloads/biblioteca/2020/ficha-sectorial-4-trimestre-2020/FS-Banano-4T2020.pdf>

28. Banco Central del Ecuador. Reporte de coyuntura económica [Internet]. Vol. Sector agr, Boletín COFIDE. Quito, Ecuador; 2019. Available from:

<https://contenido.bce.fin.ec/documentos/PublicacionesNotas/Catalogo/Encuestas/Coyuntura/Integradas/etc202004.pdf>

29. Sanchez A, Vayas T, Mayorga F, Freire C. Sector azucarero del Ecuador Panorama General [Internet]. Observatorio Económico y Social de Tungurahua. 2019 [cited 2021 Dec 3]. p. 1–4. Available from: <https://blogs.cedia.org.ec/obest/wp-content/uploads/sites/7/2020/12/Sector-azucarero-del-Ecuador.pdf>

30. FAO. El estado mundial de la pesca y la acuicultura [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 9]. p. 1–253. Available from: <http://www.fao.org/responsible-fishing/resources/detail/es/c/1321462/>

31. Hervás P, Díaz C, Vicente Á De, Orden M de la, Moreno F, Muñoz M, et al. Sector pesquero. Análisis de la literatura científica sobre salud laboral. 2014;47.

32. FAO. Protección social en la pesca artesanal y la acuicultura de recursos limitados en América Latina y el Caribe. 2019. 50 p.

33. Sánchez AM, Vayas T, Mayorga F, Freire C. Pesca y Acuicultura en Ecuador. 2015;1–4. Available from: <https://blogs.cedia.org.ec/obest/wp-content/uploads/sites/7/2020/08/Pesca-y-acuicultura-en-Ecuador.pdf>

34. ESPAE. Industria de Pesca. Espae [Internet]. 2016;6–44. Available from: <http://www.espae.espol.edu.ec/publicaciones-de-espae/%0Ahttp://www.espae.espol.edu.ec/estudios-industriales/ver-categoria>

35. FAO. Parte I Visión sintetica y principales indicadores. Perfiles Pesca y Acuic por Países Chile (2010) Hojas datos perfiles los países Dep Pesca y Acuic la FAO [en línea] Roma Actual 2010 [Internet]. 2014;12–29. Available from: <http://www.fao.org/fishery/facp/CHL/es>

36. Soriano JD. Soberanía alimentaria Futuro para Latinoamérica Valorar, Respetar y Reconocer nuestra Pacha Mama. 2019;(593 2):9. Available from: [http://www.soberaniaalimentaria.gob.ec/2019/ForoInternacionaSA/Ponencias/Fomento a la produccion/La pesca artesanal en el marco de la soberania alimentaria.pdf](http://www.soberaniaalimentaria.gob.ec/2019/ForoInternacionaSA/Ponencias/Fomento%20a%20la%20produccion/La%20pesca%20artesanal%20en%20el%20marco%20de%20la%20soberania%20alimentaria.pdf)

37. Herrera M, Castro R, Coello D, Saa I, Elías E. Puertos, caletas y asentamientos pesqueros artesanales en la costa continental del Ecuador. Boletín Espec [Internet]. 2013;1:327. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Dialhy-Coello-Salazar/publication/310952145_Puertos_caletas_y_asentamientos_artesanales_en_la_costa_continental_del_Ecuador/links/5a1743384585155c26a78093/Puertos-caletas-y-asentamientos-artesanales-en-la-costa-contine

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

38. Pesca M de AGA y. SITUACION ACTUAL DE LA PESCA EN ECUADOR - PDF Descargar libre [Internet]. [cited 2021 Oct 9]. Available from: <https://docplayer.es/11301711-Situacion-actual-de-la-pesca-en-ecuador.html>
39. Superintendencia de Compañías. Ficha sectorial pesca. 2021; Available from: <https://appscvsmovil.supercias.gob.ec/PortalInfor/consultaPrincipal.zul?id=1>
40. Pesqueras RDEE. Reporte de exportaciones pesqueras del ecuador enero-marzo. 2021;
41. Expoflores. Reporte de información del sector florícola. Quito, Ecuador; 2021.
42. Expoflores. Reporte estadístico anual 2020 [Internet]. Quito, Ecuador; 2020. Available from: <https://expoflores.com/wp-content/uploads/2021/03/Anual-Expoflores.pdf>
43. Expoflores. Reporte estadístico mensual JULIO 2021. Expoflores [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 3];1–8. Available from: <https://expoflores.com/wp-content/uploads/2021/07/julio-2021.pdf>
44. Ministerio de Agricultura GA y P. Catastro de Flores de Exportación en Función de su Rentabilidad y Uso del Suelo. 2010;1–43. Available from: http://geoportal.agricultura.gob.ec/geonetwork/srv/spa/resources.get?uuid=90bf9824-d9c7-4db7-af91-8741fe627488&fname=censo_floricola.pdf
45. INEC. ENCUESTA DE MANUFACTURA Y MINERIA-2015 [Internet]. 2015. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/manufactura-y-mineria/>
46. Gallegos RR. Plan Nacional De Desarrollo Del Ecuador del sector minero. 2020;226. Available from: <http://plan.senplades.gov.ec>
47. Banco Central del Ecuador. Reporte de minería _ Primer Trimestre [Internet]. Quito, Ecuador; 2021. Available from: <https://contenido.bce.fin.ec/documentos/Estadisticas/Hidrocarburos/ReporteMinero072021.pdf>
48. Banco Central del Ecuador. Reporte de minería. 2019;2–25. Available from: <https://contenido.bce.fin.ec/documentos/Estadisticas/Hidrocarburos/ReporteMinero072019.pdf>
49. Banco Central del Ecuador. Reporte de Minería. Resultados al tercer trimestre de 2020, Enero 2021. Banco Cent del Ecuador (BCE) Subgerencia Program y Regul. 2021;18.
50. Ministerio de Energía y Recursos Naturales no Renovables. Exportaciones mineras en el Ecuador [Internet]. Quito, Ecuador; 2021. Available from:

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

<https://www.recursosyenergia.gob.ec/exportaciones-mineras-se-mantienen-como-el-cuarto-rubro-mas-exportado-del-ecuador/#>

51. Camino-Mogro S, Bermudez-Barrezueta N, Chalen-Vera AC, Romero-Vallejo DA. Productividad en la Industria Ecuatoriana de la Construcción 2013-2017 [Internet]. Quito, Ecuador; 2018 [cited 2021 Oct 11]. Available from: https://investigacionyestudios.supercias.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/Productividad_en_la_industria_ecuatoriana_de_la_construccion_2013-2017.pdf

52. Superintendencia de Compañías. Ficha sectorial Construcción. 2021; Available from: <https://appscvsmovil.supercias.gob.ec/PortalInfor/consultaPrincipal.zul?id=1>

53. Superintendencia de Compañías. Ficha sectorial Construcción. 2021;

54. Lucero K. La construcción, un pilar de la economía debilitado por la pandemia. 2020;1–18. Available from: <https://www.revistagestion.ec/economia-y-finanzas-analisis/la-construccion-un-pilar-de-la-economia-debilitado-por-la-pandemia>

55. Instituto Nacional de estadísticas y censos de Ecuador. Directorio de Empresas y Establecimientos 2019. Ecuador en Cifras [Internet]. 2020;22. Available from: www.ecuadorencifras.gob.ec

56. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI). Minist. Salud Pública del Ecuador [Internet]. 2012;64–72. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAI_S-MSP12.12.12.pdf%5Cnhttp://www.cerebroperiferico.com/msp/normatizacion.html

57. Ministerio de Salud Pública. Reglamento para establecer la tipología de los establecimientos de salud del sistema nacional de salud. [Internet]. Vol. 2020. Quito, Ecuador; 2020. Available from: <http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/ACUERDO-MINISTERIAL-30-2020-REGLAMENTO-PARA-ESTABLECER-LA-TIPOLOGIA-DE-LOS-ESTABLECIMIENTOS-DE-SALUD-DEL-SISTEMA.pdf>

58. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro estadístico de recursos y actividades de salud [Internet]. Registro estadístico de recursos y actividades de salud. Quito, Ecuador; 2018. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2018/Principales_resultados_RAS_2018.pdf

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

59. Sanchez, Ana; Vayas, Tatiana; Mayorga, Fernando; Freire C. Sector Salud Ecuador y COVID-19. Impacto Soc [Internet]. 2021;1–4. Available from: <https://blogs.cedia.org.ec/obest/wp-content/uploads/sites/7/2021/09/Sector-Salud-Ecuador.pdf>
60. Observatorio de Gasto Público. 2020: Un año de reducciones en el presupuesto para los sectores sociales [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 19]. Available from: <https://www.gastopublico.org/informes-del-observatorio/2020-un-año-de-reducciones-en-el-presupuesto-para-los-sectores-sociales>
61. Arias, K.; Carrillo, P.; Torres J. Análisis del sector informal y discusiones sobre la regulación del trabajo en plataformas digitales en el Ecuador [Internet]. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2020 [cited 2021 Oct 11]. p. 1–83. Available from: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/45866/S2000398_es.pdf
62. Ministerio de Salud Pública. Política Nacional de Salud en el Trabajo 2019-2025. Dir Nac Ambient y Salud [Internet]. 2019;126. Available from: <https://n9.cl/4khyb>
63. Ruesga S., Pérez L, Delgado, J. Sector informal en Ecuador: Perspectiva desde el escenario econométrico. Rev Espac [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 11];41(No14):1–17. Available from: <http://www.revistaespacios.com/a20v41n14/a20v41n14p17.pdf>
64. Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, Abd-Allah F, Abdelalim A, Abdollahi M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet [Internet]. 2020;396(10258):1223–49. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930752-2>
65. Grupo Banco Mundial. Tasa de mortalidad mundial 2019 [Internet]. 2021. Available from: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CDRT.IN?start=1960&end=2019&view=chart>
66. Organización Mundial de la Salud. Las 10 principales causas de defunción [Internet]. 2020. [cited 2021 Oct 6]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
67. Banco Mundial. Tasa de mortalidad en un año (por cada 1.000 personas) | Data [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 19]. Available from: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CDRT.IN>

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

68. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios año 2020 [Internet]. Quito, Ecuador; 2021 [cited 2021 Oct 9]. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>
69. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades transmisibles - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2021 Oct 11]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
70. Ministerio de Salud Pública. Subsistema de vigilancia Sive-Alerta, enfermedades transmitidas por vectores [Internet]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/10/GACETA-GENERAL-VECTORIALES-SEM-38.pdf>
71. Ministerio de Salud Pública. Boletín Anual Tuberculosis 2018 Introducción Tuberculosis sensible Gráfico 1 . Tasa de incidencia estimada vs notificada de casos de tuberculosis , año 2005-2017 . Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control . Los casos de tuberculo. 2018;2017(Gráfico 1):1–6. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/informe_anual_TB_2018UV.pdf
72. Ministerio de Salud Pública. VIH/Sida y Expuestos Perinatales, 2019. Boletín Anu Ecuador [Internet]. 2019;1–10. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/11/gaceta_vih_2019-1.pdf
73. Organización Mundial de la Salud. Protección de la salud de los trabajadores [Internet]. 2017 [cited 2021 Oct 19]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health>
74. Organización Mundial de la Salud. Protección de la salud de los trabajadores. WHO [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 12]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs389/es/>
75. Organización Internacional del Trabajo. Seguridad y salud en el centro del futuro del trabajo [Internet]. Primera Ed. OIT. Ginebra; 2019. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_686762.pdf
76. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Normativa aplicable a Seguridad y Salud en el Trabajo [Internet]. Ecuador; 2016 p. 1–304. Available from: http://sart.iess.gob.ec/DSGRT/portal/norma_interactiva/IESS_Normativa.pdf
77. Dirección del Seguro General de Riesgos del Trabajo. Respuesta Oficio Nro. IESS-DSGRT-2021-0185-OF. Quito, Ecuador; 2021.

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

78. Ministerio del Trabajo. RESOLUCIÓN Nro. MDT-2020-023. 2020;28220:1–3. Available from: <http://www.cna-ecuador.com/wp-content/uploads/2020/04/RESOLUCIÓN-2020-023.pdf>
79. Caiza D, Mantilla A, Jativa M. Lineamiento Interinstitucional para reporte de Aviso de Accidente de Trabajo y Enfermedad por exposición laboral a la COVID-19 en el sector salud a nivel nacional. 2021;1–15. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/Lineamiento-interinstitucional-para-reporte-de-aviso-de-accidente-de-trabajo-y-enfermedad-por-exposicion-laboral-a-la-COVID-19-en-el-sector-saluda-nivel-nacional.pdf>
80. Garzon X. Pertinencia de la Medicina del Trabajo. 2021;1–27.
81. Seguro General de Riesgos del Trabajo. Boletín estadístico Nro.6 año 2018. 2018 [cited 2022 Jan 30];1–34. Available from: <https://www.iess.gob.ec/es/web/guest/formularios1>
82. Ministerio de Salud Pública. Data sobre capacitación del MSP 2018 - 2021. Quito, Ecuador; 2021.
83. Ministerio del Trabajo. Respuesta capacitaciones con Oficio Nro.MDT-DSSTGIR-2021-0334. 2021;1–4.
84. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes Ambientales de Salud [Internet]. [cited 2021 Oct 8]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud>
85. Organización Panamericana de la Salud. Calidad del aire [Internet]. 2016 [cited 2021 Oct 12]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/calidad-aire>
86. Organización Mundial de la Salud. Nuevas directrices mundiales de la OMS sobre calidad del aire buscan evitar millones de muertes debidas a la contaminación [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 12]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/22-9-2021-nuevas-directrices-mundiales-oms-sobre-calidad-aire-buscan-evitar-millones>
87. American Chemical Society. CAS REGISTRY | CAS [Internet]. 2021. [cited 2021 Dec 6]. Available from: <https://www.cas.org/cas-data/cas-registry>
88. Organización Panamericana de la Salud. Calidad del aire (externo) [Internet]. 2016 [cited 2021 Oct 12]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/calidad-aire>
89. Ministerio del Ambiente. Respuesta MAE_Oficio Nro . MAAE-DNCA-2021-1408-O [Internet]. Quito, Ecuador; 2021. Available from: <http://snia.ambiente.gob.ec:8090/indicadoresambientales/pages/indicators.jsf>

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

90. Secretaría Técnica Planifica Ecuador. Informe de avance de cumplimiento de la agenda para el desarrollo sostenible 2019. 1ra Edición [Internet]. 2019;1–245. Available from: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/07/Informe-Avance-Agenda-2030-Ecuador-2019.pdf>
91. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS Enfermedades profesionales en las Américas [Internet]. 2013. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8606:2013-paho-who-estimates-770-new-cases-daily-people-occupational-diseases-americas&Itemid=135&lang=es
92. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo (Spain) M, Pérez-Manriquez GB, González Díaz G, Peón-Escalante I, Sánchez-Aguilar M, Pérez-Manriquez GB, et al. Medicina y seguridad del trabajo. [Internet]. Vol. 63, Medicina y Seguridad del Trabajo. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo; 2017 [cited 2021 Oct 10]. 28–39 p. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000100028&lng=es&nrm=iso&tlng=es
93. Rodríguez-Guzmán J, MScA S, Sde R-G, OcrC P, Canada C. Establishing national CARcinogen EXposure (CAREX) programs in Latin America and the Caribbean: Achievements and future directions Regional Advisor on Workers' and Consumers' Health Sustainable Development & Health Equity SDE-Special Program. 2016 [cited 2021 Dec 8]; Available from: https://treball.gencat.cat/web/.content/09_-_seguretat_i_salut_laboral/documents/05_-_promocio_i_campanyes/Jornades/Arxius/EPICOH_2016/05.-2016-EPICOH-CAREX-LAC-J-Rodriguez-G.pdf
94. American P, Organization H, Guzman JR, Demers PA, Pahwa M, Canada C, et al. DEVELOPING NATIONAL CAREX PROJECTS IN LATIN AMERICA & THE CARIBBEAN. 2016 [cited 2021 Dec 8]; Available from: http://www.occupationalcancer.ca/wp-content/uploads/2014/07/LAC-Guide_English.pdf
95. Sánchez Aguilar M, Pérez Manríquez GB, González Díaz G, Peón Escalante I. Enfermedades actuales asociadas a los factores de riesgo laborales de la industria de la construcción en México. Med segur trab [Internet]. 2017;63(246):28–39. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000100028&lng=es&nrm=iso

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

96. Organización Mundial de la Salud; Organización Internacional del Trabajo. Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury, 2000–2016; global monitoring report. [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 7]. p. 1–93. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---lab_admin/documents/publication/wcms_819788.pdf
97. Trabajo OI del. Seguridad y Salud en la Agricultura.
98. Weeks JL. Riesgos de salud y seguridad en el sector de la construcción. Encicl salud y Segur en el Trab [Internet]. 2001;93.2-93.60. Available from: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo3/93.pdf>
99. Suter A. Naturaleza y efectos del ruido. Encicl Salud y Segur en el Trab [Internet]. [cited 2021 Dec 8];1–20. Available from: <https://www.insst.es/documents/94886/162520/Capítulo+47.+Ruido>
100. Löfgren A, Vihlborg P, Fornander L, Bryngelsson IL, Graff P. Nerve Function Impairment after Acute Vibration Exposure. J Occup Environ Med [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2021 Dec 8];62(2):124–9. Available from: https://journals.lww.com/joem/Fulltext/2020/02000/Nerve_Function_Impairment_After_Acute_Vibration.5.aspx
101. Ministerio de Salud Pública. Manejo clínico del envenenamiento por mordeduras de serpientes venenosas y picaduras de escorpiones.
102. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Los riesgos psicosociales y el estrés en el trabajo | Safety and health at work EU-OSHA [Internet]. [cited 2021 Dec 8]. Available from: <https://osha.europa.eu/es/themes/psychosocial-risks-and-stress>
103. Cassitto MG, Fattorini E, Gilioli R, Rengo C, Gonik V. Sensibilizando sobre el acoso psicológico en el trabajo [Internet]. Serie prot. Renato Gilioli, Marilyn A. Fingerhut, Evelyn Kortum-Margot, editors. Vol. Nro 4. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 [cited 2021 Dec 8]. 1–42 p. Available from: https://www.who.int/occupational_health/publications/en/pwh4sp.pdf
104. Organización Internacional del Trabajo. Convenio sobre la violencia y el acoso: Ecuador comprometido a eliminar la violencia y el acoso en mundo del trabajo [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 7]. Available from: https://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/equality-of-opportunity-and-treatment/WCMS_794108/lang-es/index.html

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

105. Observatorio de riesgos psicosociales UGT. Factores psicosociales: Ficha de Prevención. Fund Para La Prevención Riesgos Laborales [Internet]. 2012;1–25. Available from: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/genericdocument/wcms_475146.pdf
106. Canadian Centre for Occupational Health and Safety. Office Ergonomics : OSH Answers [Internet]. CCOHS. 2021 [cited 2021 Dec 8]. Available from: <https://www.ccohs.ca/oshanswers/ergonomics/office/>
107. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Boletín técnico No 09-2021 Pobreza y desigualdad (ENEMDU), junio 2021. 2021 Jul [cited 2021 Oct 31];1–10. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2021/Junio-2021/202106_Boletin_pobreza.PDF
108. Organización Internacional del Trabajo. Estimaciones mundiales sobre el trabajo infantil. Resultados y tendencias. 2017 [cited 2021 Nov 29];1–14. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@ipecc/documents/publication/wcms_596481.pdf
109. Ruiz, Sandra; Baez, Sandra; Cerda, Tamara; Espinosa, Catalina; Proaño, Omar; Garces, María; Cruz E. Informe de observancia a las políticas públicas para erradicar el trabajo infantil. [Internet]. CRÉDITOS República del Ecuador Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional Berenice Cordero Molina Presidenta del Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional Nicolás Reyes Morales Secretario Técnico del Consejo Nacional para la Igualdad Inter... 2019 [cited 2021 Oct 25]. p. 1–196. Available from: www.igualdad.gob.ec
110. Informe de avance al cumplimiento de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible | Enhanced Reader.
111. Datosmacro. Ecuador - Tasa de alfabetización 2017 [Internet]. Available from: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/tasa-alfabetizacion/ecuador>
112. Ministerio de Educación. Información 2021 reportada por el Ministerio de Educación. Quito, Ecuador; 2021.
113. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Boletín Técnico N°08-2021-IPC. 2021 [cited 2021 Oct 25];2–16. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Inflacion/2021/Agosto-2021/Boletin_tecnico_08-2021-IPC.pdf
114. Lucero K. Índice de Progreso Social en Ecuador [Internet]. Revista Gestión Digital. 2019 [cited 2021 Oct 25]. Available from:

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

<https://www.revistagestion.ec/sociedad-analisis/ecuatorianos-aun-tienen-buena-calidad-de-vida-segun-indice-de-progreso-social>

115. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Informe de Resultados y compendio sobre la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2013 - 2014. 2014;1–28. Available from: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV_2015/documentos/150411_ResultadosECV_\(2\).pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV_2015/documentos/150411_ResultadosECV_(2).pdf)

116. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de estadísticas de transporte 2019 [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 28]. p. 1–36. Available from: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Estadistica de Transporte/2019/2019_ANET_PPT.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Estadistica_de_Transporte/2019/2019_ANET_PPT.pdf)

117. Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. Rendición de cuentas año 2019 CONADIS [Internet]. Quito, Ecuador; [cited 2021 Oct 31]. Available from: https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/10/Rendicion_cuentas_CONADIS_V1.pdf

118. Registro Oficial Suplemento. Reglamento Ley Orgánica de Discapacidades [Internet]. Quito, Ecuador; 2017. Available from: <http://www.epmrq.gob.ec/images/lotaip/leyes/RLOD.pdf>

119. Ministerio del Trabajo. Consolidación de información para panorama nacional de la salud de los trabajadores. Quito, Ecuador; 2021.

120. Gomez M, Barmettler D, Cadena M, Puente D; Estudio de caso sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en el Ecuador [Internet]. 2013. [cited 2021 Nov 1]. p. 1–44. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/LGBTI/Analisis_situacion_LGBTI.pdf

121. OPS OPD la S. Elaboración y medición de indicadores de salud. Indicadores de salud. 2018. 1–83 p.

122. MSP, INEC, OPS/MSP. Encuesta STEPS Ecuador 2018 - Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Minist Salud Publica [Internet]. 2018;1–66. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/INFORME-STEPS.pdf>

123. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

124. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. 2008;218. Available from: https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf

125. Casalí P, Vallejo F, Jaramillo D, Lucio R. ECUADOR. Panorama de la protección social: gobernanza, cobertura y sostenibilidad. [Internet]. 2021. 1–181 p. Available from: biblioteca_regional@ilo.org.

126. (PAHO) OP de la S. Sistemas de salud y protección social en salud [Internet]. 2008. 56 p. Available from: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Ecuador_2008.pdf

127. IESS. BOLETÍN ESTADÍSTICO NÚMERO 25 Año 2020. less [Internet]. 2020; Available from: https://www.iess.gob.ec/es/estadisticas/-/document_library_display/zlm8/view/8421754/107003?_110_INSTANCE_zlm8_redirect=https%3A%2F%2Fwww.iess.gob.ec%2Fes%2Festadisticas%3Fp_p_id%3D110_INSTANCE_zlm8%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dvi

128. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Normativa aplicable a Seguridad y Salud en el Trabajo. [Internet]. Ecuador; 2016 p. 304. Available from: http://sart.iess.gob.ec/DSGRT/portal/norma_interactiva/IESS_Normativa.pdf

129. IESS CD del IE de SS. Resolución C.D. 513 Reglamento del Seguro General de Riesgos del Trabajo. Cons Dir del Inst Ecuatoriano Segur Soc [Internet]. 2016;(3):11. Available from: http://sart.iess.gob.ec/DSGRT/norma_interactiva/IESS_Normativa.pdf

130. Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador. El sector privado de salud es un socio estratégico en el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano [Internet]. ACHPE. [cited 2021 Nov 2]. Available from: <https://achpe.org.ec/el-sector-privado-de-salud-es-un-socio-estrategico-en-el-sistema-nacional-salud-ecuadoriano/>

131. Organización Mundial de la Salud. Cobertura sanitaria universal [Internet]. 2021. [cited 2021 Dec 8]. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

132. Presidencia de la República del Ecuador. Agencia de Aseguramiento de la Calidad Servicios de Salud Prepagada-ACESS. Decreto Ejec 703 [Internet]. 2015;1–6. Available from: www.lexis.com.ec

133. Agencia de Aseguramiento de la Calidad y Medicina Prepagada. Reporte registro de profesionales sanitarios_ACESS. 2021;1–3. Available from:

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

<http://www.calidadsalud.gob.ec/acess-app-servicio-ciudadano/public/estadistica/personalSalud.jsf>

134. Senescyt. Profesionales sanitarios con registro de 4to nivel en salud ocupacional y afines. Quito, Ecuador; 2021.

135. ArcGIS Survey123 [Internet]. Available from: <https://survey123.arcgis.com/>

136. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales I nacional de seguridad e higiene en el trabajo de E. VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. J Chem Inf Model [Internet]. 1970;53(9):1689–99. Available from: <https://www.observatoriovascosobreacoso.com/wp-content/uploads/2015/12/VI-ENCUESTA-NACIONAL-CONDICIONES-TRABAJO-INSHT.compressed.pdf>

137. Solar O, Bernales P, González MJ, Ibáñez C, Vidal C. Precariedad laboral y salud de los trabajadores y trabajadoras de Chile. Análisis Epidemiológico Avanzado para la Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras de Chile (ENETS 2009-2010). 2011;1–51. Available from: http://www.saludytrabajo.cl/wp-content/uploads/2011/09/PRECARIEDAD_BAJA.pdf

138. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sørensen F, Andersson G, et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Appl Ergon. 1987;18(3):233–7.

139. Sánchez-López MDP, Dresch V. The 12-item general health questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. Psicothema. 2008;20(4):839–43.

140. Burney PG, Luczynska C, Chinn S, Jarvis D. The European Community Respiratory Health Survey. Eur Respir J. 1994 May;7(5):954–60.

141. Epi Info™ | CDC.

ANEXOS

Anexo I. Normativa vigente en materia de salud ocupacional

Acuerdos Internacionales

- Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2030 - Organización de las Naciones Unidas
- Decisión No. 584, Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo;
- Resolución No. 957, Reglamento del Instructivo Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo;
- Organización Internacional del Trabajo 8 convenios fundamentales, 3 convenios de gobernanza y 51 convenios técnicos; de los 62 convenios ratificados 54 están en vigor.

Constitucional

- Constitución de la República del Ecuador.

Decretos Ejecutivos

- Decreto Ejecutivo No. 860, Sistema Nacional de Cualificaciones y Capacitación Profesional.
- Decreto Ejecutivo No. 2393, Reglamento de Seguridad y Salud de los trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo.

Leyes Nacionales

- Código del Trabajo.
- Ley Orgánica de Salud.
- Ley de Seguridad Social.
- Ley del Sistema Nacional de Salud.
- Ley de comercialización y empleo de plaguicidas.
- Ley de defensa contra incendios.
- Ley de Minería.
- Ley Orgánica de Discapacidades.
- Ley Orgánica de Empresas Públicas.
- Ley Orgánica de Prevención Integral Fenómeno Socio Económico Drogas.
- Ley Orgánica de Servicio Público.
- Ley Orgánica Justicia Laboral y Reconocimiento del Trabajo en Hogar.
- Ley Orgánica para promoción del trabajo juvenil, cesantía desempleo y sus respectivos reglamentos.

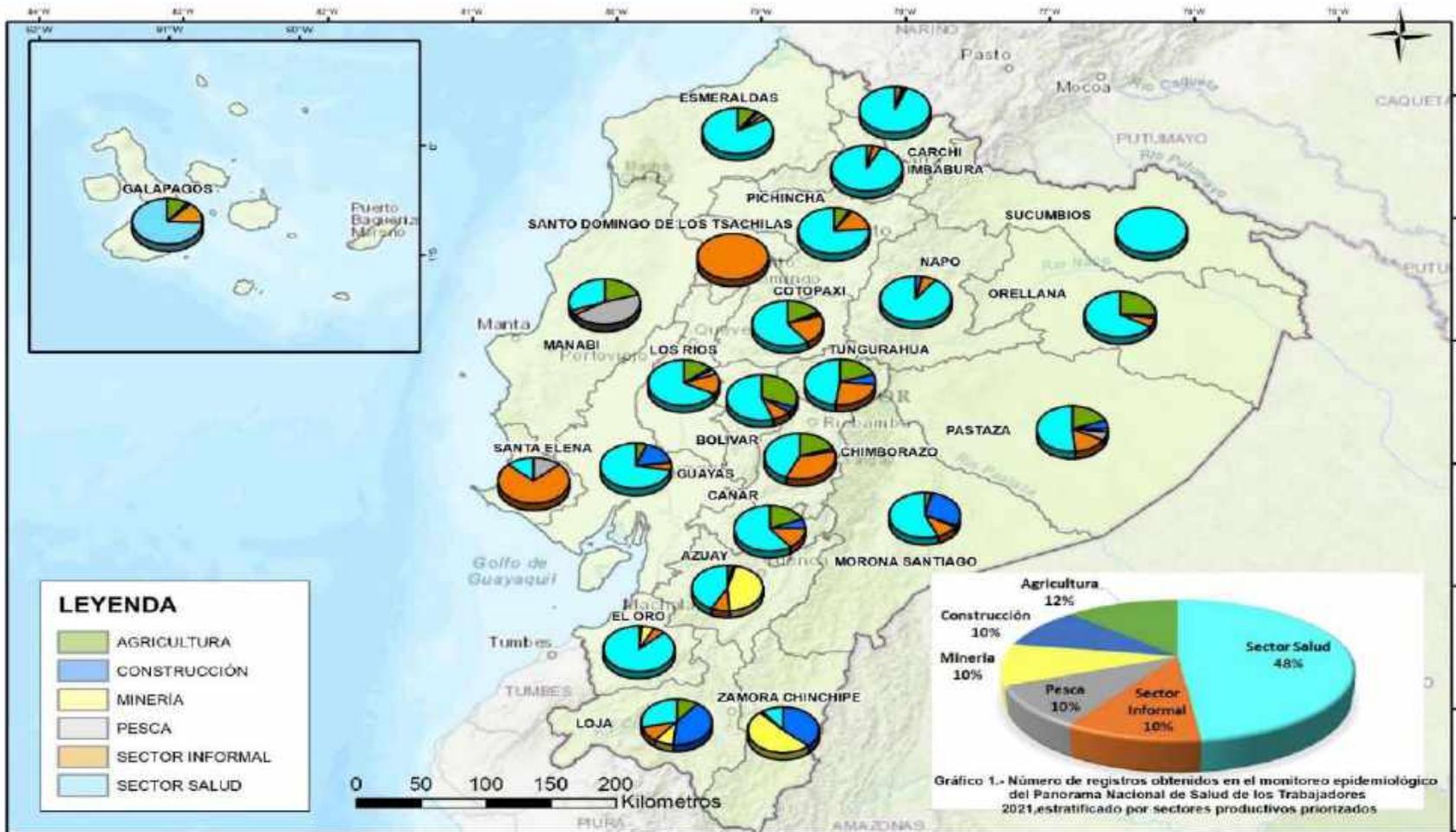
Acuerdos Ministeriales

- Acuerdo Ministerial Nro. MSP-030-2021, Manual Ambientes de trabajo saludables – Agita tu Mundo.
- Acuerdo Ministerial Nro. MSP-030-2020, Tipología de los establecimientos de salud.
- Acuerdo Ministerial Nro. MSP-341-2020, Instructivo Historia Clínica Ocupacional.
- Acuerdo Ministerial Nro. MSP-347- 2020, Política Nacional de Salud en el Trabajo 2019 – 2025.
- Acuerdo Ministerial Nro. MDT-2020-001, Reformar el Acuerdo Ministerial Nro. MDT-2017-0135, Instructivo Para El Cumplimiento De Las Obligaciones De Empleadores;
- Acuerdo Ministerial No. MDT-2017-0090: Norma Técnica para regular el teletrabajo en el sector público.
- Acuerdo Ministerial Nro.13, Reglamento de riesgos de trabajo en instalaciones eléctricas;
- Acuerdo Ministerial Nro. 82, Normativa erradicación de la discriminación en el ámbito laboral;
- Acuerdo Ministerial Nro. 135. Instructivo para el cumplimiento de las obligaciones de empleadores;
- Acuerdo Ministerial Nro. 174, Reglamento de seguridad para la construcción y obras públicas;
- Acuerdo Ministerial Nro. 398, Prohibición de terminación de relación laboral a personas con VIH-SIDA;
- Acuerdo Ministerial Nro. 1404, Reglamento de los servicios médicos de las empresas;
- Seted-MDT-2016-001-A Directrices desarrollo programa de drogas en los espacios laborales.

PANORAMA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud 2021-2022

Anexo II. Monitoreo Epidemiológico del Panorama Nacional de Salud de los Trabajadores 2021 en el Ecuador



Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Ministerio de Salud Pública, 2021

ENCUESTA DE CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD 2021-2022

VERSIÓN I

Ministerio de
Salud Pública



OPS



República
del Ecuador



Juntos
lo logramos

ANEXO

Perù

ABECE Servicio Social Obligatorio SSO Ministerio Salud Colombia Pag 1-10
<https://www.minsalud.gov.co/Portada2021/index.html>

Guía práctica para la convalidación de títulos profesionales en Colombia 1-17
https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-239202_guia_practica.pdf

Políticas y programas de Estado para la salud rural en América Latina: una revisión de la literatura*

State policies and programs for rural health in Latin America: a review of the literature

Lorena Parada Parra**

Recibido: 23 de Octubre de 2018

Revisado: 30 de Noviembre de 2018

Aprobado: 5 de diciembre de 2018

Resumen

El objetivo de este trabajo es identificar las principales políticas y programas estatales en Latinoamérica para el fomento de la salud rural. Se utiliza como método el estudio transversal retrospectivo para determinar las principales leyes que han permitido el

* Artículo producto de revisión de literatura realizada para la línea de Profundización en Gestión de las Organizaciones, Planes y Programas de Salud Pública, hace parte del proyecto sobre políticas públicas en Salud. Cómo citar este artículo: Montalvo, Y. A. y Jácome, V. J. (2019). Elementos para la construcción de un modelo de gestión dirigido a la banca comunal en Ecuador. *Revista CIFE: Lecturas de Economía Social*, 20(33), 79-94. DOI: <https://doi.org/10.15332/22484914.4878>

** Enfermera de la Universidad Nacional de Colombia. Fundación Cardio infantil. Estudios de Maestría en Salud Pública.

surgimiento de políticas y programas rurales para la promoción de la salud, dirigidos a pobladores de zonas rurales en Latinoamérica, con ello se comprenden las acciones que se han trabajado en el ámbito rural. La revisión de la literatura muestra que existen diversos programas que dan respuesta parcial a los problemas de salud existentes en las zonas rurales. Respecto a los programas de fomento rural en América Latina, la mayor parte son programas de lucha contra la pobreza, algunos de ellos tienen impacto en los indicadores sanitarios, sin embargo, existen programas que ya expiraron y para el caso de Colombia, es necesario tener más en cuenta las zonas rurales para dar mayor alcance en salud.

Palabras clave: salud rural, desarrollo rural (fuente DeCs, MeSH).

Clasificación JEL: I18, I38, R58

Abstract

The object of this work is to identify the main state policies and programs in Latin America for the promotion of rural health. The retrospective cross-sectional study is used as method to determine the main laws that have allowed the emergence of rural policies and programs for the promotion of health, aimed at rural inhabitants in Latin America, thereby comprising the actions that have been performed in the rural area. The review of the literature shows that there are several programs that partially respond to the health problems existing in rural areas. Regarding rural development programs in Latin America, most of them are anti-poverty programs, some of them have an impact on health indicators, however, there are programs that have already expired and for the case of Colombia, it is necessary to consider rural areas more to give greater scope in health.

Keywords: *rural health, community health*, rural development (Source DeCs, MeSH).

Classification JEL: I18, I38, R58

1. Introducción

Ante la crisis económica de la mayor parte de los países latinoamericanos en las décadas de los 70 hasta principios de los 90, cada Estado ha trabajado en la introducción de políticas de tipo estructural cuyo desenlace ha impactado al mercado en su privatización y su explotación a través de la apertura económica (Rodríguez, 2011), de aquí surgen políticas que dejan de lado a un sistema de intervención, creando vacíos en las instituciones públicas rurales, agudizando a su vez condiciones de desigualdad (Brumer, 2003); por otra parte, se evidencia el abandono a los pequeños productores, ya que los gremios industriales tienen mayor atención del Estado por su contribución económica y beneficios secundarios a su actividad (Machado, 2010). Las políticas rurales han quedado reducidas a programas para la lucha contra la pobreza, como se identifica en la gestión de diversos países de Latinoamérica (Zurbriggen y Travieso, 2016), sin embargo, se evidencia mayor preocupación por el impacto económico de la pobreza rural que por la salud de estos.

Existen diferentes dinámicas demográficas en Latinoamérica que buscan repensar la salud en términos de necesidades latentes de acuerdo al grupo poblacional más dependiente de servicios de salud, así como se encuentra un significativo aumento entre la población mayor de edad con una marcada disminución en la natalidad (Felitti, 2009). En los países latinoamericanos la población mayor de 60 años continúa en aumento, países como Argentina, Cuba y Uruguay en la actualidad se encuentran en un periodo de envejecimiento avanzado, con al menos el 10 % de población adulto mayor y con proyección de triplicarse entre los años 2000 y 2050 (Arriagada, Aranda y Divisi, 2005).

Existen aún dificultades en términos de equidad, prestación de servicios de salud, incluso sistemas de salud organizados para la población rural en diferentes países de Latinoamérica (Pérez y Arrivillaga, 2017); en términos de cobertura y acceso aún hay mucho por discutir, dado el limitado acceso hay en países como Chile, Bolivia, Guatemala, Colombia, Paraguay, Panamá, República Dominicana y Perú, así mismo, y de manera particular, hay registros sobre la insatisfacción en los servicios ofrecidos al sector rural en países como el Salvador (Acosta, Sáenz, Gutiérrez y Bermúdez, 2011; BBC News Mundo, 2017).

2. Antecedentes de políticas y programas para el fomento de la salud rural en Latinoamérica

Existe una estrecha relación entre la pobreza y su resultado en las condiciones de salud de una población (Ortiz, Pérez y Tamez, 2014), mostrando así que los mayores índices de mortalidad corresponden a los sectores más pobres, y suelen ser más productivos aquellos que gozan de buena salud en términos económicos; alrededor del 60 % de la

población rural vive en condiciones de pobreza o indigencia (Organización Mundial de la Salud, 2003). Las poblaciones más vulnerables suelen encontrarse en zonas dispersas, donde los servicios de salud difícilmente pueden llegar, evidenciándose como desamparo hacia la población rural por parte de los estados latinoamericanos (Salgado, González, Jaurégui y Bonilla, 2005), para demostrar este argumento se hace una revisión de las diferentes estrategias gubernamentales para combatir la pobreza rural y de esa manera identificar estrategias para el fomento de la salud rural.

3. Políticas rurales en Latinoamérica

Entiéndase por política como una actividad consistente en la toma de decisiones para actuar frente a determinados aspectos que requieren atención por parte de entidades para la generación de planes, programas y proyectos, en este caso para el fomento de la salud rural (Canel, 2006); una característica de las políticas es que son flexibles y permiten cambios de acuerdo con las dinámicas poblacionales. A partir de la revisión se relacionan algunas de las políticas para Latinoamérica.

Para el año de 1963, Brasil establece como objetivo la protección a los trabajadores rurales, brindando recursos para la eliminación de desigualdades entre la concepción de lo urbano y lo rural por medio del Fondo de Asistencia y Previsión del Trabajador Rural (FUNFURAL), con ello surgieron una serie de modificaciones en la Constitución política, las cuales fueron efectivas en 1991, y se dio paso a la creación de un sistema de previsión social que cubría a trabajadores formales e informales del sector rural. FUNRURAL ha tenido un impacto positivo para el bienestar de la población más pobre del sector rural, y los aportes del sistema de previsión equivalen a una fracción de la renta domiciliaria rural, sin embargo, no ha modificado la estructura de producción del sistema económico (Breu, Guggenbichler y Wollmann, 2003). Aunque FUNFURAL ha tenido algunas variaciones de funcionamiento, sigue acompañando a la población rural de Brasil.

Recientemente en Chile surge la Política de desarrollo rural (2014-2024), ante un diagnóstico realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) donde se había determinado la falta de una política rural por lo que surge una propuesta donde se reconoce la ruralidad como algo esencial que debe ser protegido por el estado, dirigido hacia un desarrollo sustentable, trabajando por mejorar la calidad de vida para la población rural, con ello apuntan a 5 ejes estratégicos que cubren: bienestar social de la población rural, oportunidades económicas en territorio rural, protección de la cultura rural y gobernabilidad de la política de desarrollo rural; con ello se plantea enfrentar los nuevos desafíos de orden social, económico y ambiental (Comité Técnico Interministerial, 2014).

En el campo de lo rural, y no ajeno al constructo de otros países, Colombia apunta hacia la política pública en pro de la mujer rural implementada a partir del decreto 2145 de 2017, por medio del cual se realiza un seguimiento y evaluación de los programas y leyes en favor de la mujer rural, cuyo principal interés es contribuir en la disminución de las brechas de género para favorecer la autonomía de las mujeres, a la vez eliminar dificultades de acceso a las oportunidades que provean diferentes instituciones a su favor, para ello se fundó el comité interinstitucional de seguimiento para cumplimiento de los objetivos propuestos (Decreto 2145, 2017). El equipo de trabajo cuenta con un comité para la dirección de la mujer rural y una consejería presidencial para la equidad de la mujer (Ministerio de Agricultura, 2018).

Por otra parte, en Nicaragua se crea el Instituto de Desarrollo Rural (IDR), con el fin de fortalecer a pequeños y medianos productores, para impulsar el comercio en la región, con ello se pretende mejorar el ingreso a los servicios financieros de miles de familias rurales, con el apoyo en el mejoramiento de las vías de transporte para facilitar el comercio y la inclusión de los campesinos pobres para la ejecución de proyectos agroindustriales; a partir de las necesidades identificadas en términos de desarrollo rural, inicia del año 2000 a 2001 la implementación de un posgrado en desarrollo rural en grado de maestría, con el fin de fortalecer el capital humano para el desarrollo de planes y políticas en el sector rural (Romero, Ferrero, Pérez, Baselga y Rodríguez, 2000).

La creación de diversas políticas relacionadas con condiciones de pobreza identificadas en la región también ha sido propósito para Nicaragua por medio del Fondo Social Suplementario, establecido a partir del decreto 46-98 de 1998 (Soto, 2000), dados los altos índices de pobreza en la población con bajos indicadores de salud y educación en la población rural, su finalidad fue el financiamiento de programas de índole social por tres años (República de Nicaragua, 1998). En el país se trabajó en un plan para aumentar la cobertura en la prestación de servicios de salud para los habitantes más pobres de las zonas rurales, y el fondo tuvo un papel fundamental en su desarrollo. El trabajo a partir del Fondo Social Suplementario dio origen al programa de inmunizaciones, vigilancia y control de cáncer cérvico uterino, malaria, dengue, dispensación gratuita de medicamentos y unido a ello el aseguramiento de personal de enfermería hacia las zonas rurales.

Para el desarrollo de la propuesta se trazaron objetivos como la reducción de la morbilidad en niños menores de 5 años a través del programa Integral para niños y la Atención de Enfermedades Prevalentes en la Infancia, por otra parte, se impulsaron brigadas de salud móviles que se han trabajado hace más de diez años para zonas de difícil acceso. El gobierno de Nicaragua diseñó además un modelo de salud familiar y comunitaria, el cual requirió capacitación del personal de salud para la atención en diferentes niveles. Instituciones como MIFAMILIA, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), cooperación internacional y el Ejército Nacional han sido participantes activos de

movilización social para llegar a población en extrema pobreza en zonas rurales con difícil acceso (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

3. Programas rurales en Latinoamérica

Entiéndase un programa como el producto de una planeación, cuyo contenido encierra una serie de actividades para el alcance de los objetivos establecidos por una organización, parte inicialmente de una política. A través de los programas rurales se han establecido acciones para fomentar la salud rural.

Promover la igualdad para la población rural es uno de los objetivos de Chile, donde se ha contribuido por medio del Instituto Nacional de Desarrollo Agropecuario (INDAP), cuyo objetivo es el impulso del desarrollo económico sostenible, dando valor a la agricultura familiar campesina por medio del refuerzo del capital humano y productivo desde 1962, con ello se promueve el trabajo de pequeños agrícolas y campesinos a partir del desarrollo de tecnologías, economía y sociedad, a fin de elevar su capacidad productora. Lo más importante para el INDAP es el impulso de programas para el financiamiento de las familias campesinas, promoción de productos tradicionales, fortalecimiento de la agricultura familiar campesina e impulso de alianzas entre productores y actores públicos y privados para la canalización de recursos en favor de la ruralidad (Ministerio de Agricultura, 2016).

En Perú se crea para el año de 1981 el Programa Nacional de Manejo de Cuencas Hidrográficas y Conservación de Suelos (PRONAMACHCS), perteneciente al Ministerio de Agricultura, su principal objetivo es la lucha contra la pobreza rural; Perú cuenta con un vasto territorio rico en recursos naturales y por ellos lucha PRONAMACHCS, programa que representa un rubro importante del Ministerio y que tiene en cuenta a los campesinos de la Sierra con su rol fundamental en la conservación, por lo que por medio de capacitaciones impartidas por profesionales se infunden conocimientos técnicos hacia los habitantes para potenciar el manejo de los recursos naturales de manera sostenible (Lara, Pardo y Escalante, 2005).

En Perú, siguiendo la línea de trabajo hacia los hogares rurales, en 1991 se crea el Fondo de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES), programa del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), quienes trabajan a favor de familias campesinas con pobreza extrema en la difusión de oportunidades económicas que permitan su sustento. La propuesta de Perú toma en cuenta el desarrollo de capacidades productivas en las familias y su emprendimiento para la inserción competitiva en el mercado, a su vez fomenta la participación comunitaria para mejorar la inversión pública hacia los hogares en situación de pobreza extrema. En el año 2017 el Fondo recibió un

reconocimiento en buenas prácticas de gestión pública (Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social, 2017).

Para el caso de Colombia, existen antecedentes de programas como el Instituto Colombiano de Reforma Agraria INCORA, que existió hacia el año de 1961 e inicialmente tenía como fin trabajar contra el desplazamiento campesino por dificultad en la oportunidad de trabajo en las zonas rurales y carencia de tierras, así que lideró el programa de reforma agraria mediante adquisición y redistribución de tierras, por otra parte se crea el Sistema Nacional de Reforma Agraria y Desarrollo Rural a partir de la Ley 160 de 1994, la cual trabajaba los procesos relacionados con la redistribución de la tierra y economía campesina con mayor regulación a partir de reglamentación del Ministerio de Agricultura, lo cual generó dificultades administrativas para los campesinos (Gómez, 2016).

Colombia hacia la década de 1990 se vio enmarcada por un proceso de apertura económica como respuesta a las necesidades de la economía mundial, varios procesos se privatizaron a la vez que intervinieron procesos tecnológicos con miras a la acumulación de capital, sin embargo dichos procesos no fueron de la mano con el desarrollo rural, por lo que los campesinos en gran parte se vieron desamparados, sobre todo los pequeños productores, quienes fueron poco a poco quedando excluidos del proceso económico nacional, con ello surgieron condiciones de pobreza que no tardaron en incidir en procesos de salud y enfermedad, ello constituye en dinámicas de desigualdad, aún más marcados si se ven las diferencias entre el trabajador rural y urbano (Rodríguez y Benavidez, 2016).

Para el año de 1994, en Colombia nace la Red de Solidaridad Social como una estrategia de desarrollo social y humano, cuyo fin era llegar a la población más vulnerable en condición de pobreza, que por causa de vivir como población dispersa no es alcanzable por los diversos programas gubernamentales, por lo que quedan excluidos de beneficios de crecimiento económico; a partir de la Red de Solidaridad se buscaba mejorar la calidad de vida de la población más vulnerable por medio de la potenciación de las capacidades de participación comunitaria (Jaramillo, 2005).

Para Colombia, otro de los ejemplos de construcción para el desarrollo rural es el Programa de Desarrollo Rural con Equidad (DRE), antes llamado Agro Ingreso Seguro (AIS), creado por la Ley 1133 de 2007, destinado a la protección de los ingresos de los productores que se afecten por alteraciones secundarias al mercado externo, adicional pretende mejorar la competitividad en el sector agropecuario a nivel nacional, a través de créditos e incentivos a la productividad (Ley 1133, 2007). En la actualidad, Colombia no cuenta con una estrategia planificada para el desarrollo campesino ya que sus recursos se han distribuido para apoyar a empresarios agrícolas, lo que ha impactado en la

persistencia de inequidad con relación a la población rural (Machado, 2010), siendo la pobreza, la desigualdad y el desempleo origen del desplazamiento rural (Acosta, 2013).

Por otra parte, Bolivia ha trabajado más los programas encaminados al sector salud para la ruralidad, por medio del Programa Mi Salud, se trata de una estrategia de atención primaria en salud, mediante la implementación de la política para la promoción y atención integral intercultural con participación comunitaria y control social SAFCI (Pérez y Arrivillaga, 2017), la cual busca que la comunidad deje la exagerada dependencia hacia el personal de salud y se haga cargo de su protección. La atención en salud con participación comunitaria es mucho más costo-efectiva y representa el modelo de atención primaria en salud (APS).

Para el desarrollo del proyecto fue necesaria la incorporación de médicos con funciones destinadas al primer nivel de atención para las zonas más apartadas del país, y con ello garantizar que la población acceda a la salud de manera gratuita y con calidad, dicho programa inició en el año 2013 (Ministerio de Salud Bolivia, 2015).

4. Programas de transferencia monetaria condicionada en Latinoamérica

Los programas de transferencia monetaria condicionada plantean la entrega de dinero a los beneficiarios quienes generalmente son población vulnerable, de acuerdo con el cumplimiento de requisitos que para efectos del contexto latinoamericano se direcciona a mejorar aspectos en salud (Valencia, 2008).

Diversos estudios muestran que los modelos de desarrollo rural están contruidos con enfoques desiguales, de tipo económico (Kliksberg, 2002), sin negar el impacto que tienen las ayudas económicas al mejoramiento de la salud en la población rural, sirviendo como apalancamiento para salir de condiciones de pobreza extrema (Reyes, 2014); considerando la relevancia de la economía para los sectores productivos, se evidencia una falla en la integración del sector rural en las diferentes políticas de salud, configurados así como modelos excluyentes, ejemplo de ello están países como El salvador, Honduras, Guatemala y Nicaragua; sin embargo, existen excepciones, países como Brasil presentan una cobertura en salud del 92 % en zonas rurales y en Chile la cobertura en salud solo es mayor 1,5 veces en el área urbana respecto de la rural, para la generalidad de los países solo un habitante rural de cada cinco recibe pensión o jubilación (Tokman, 2006).

Diferentes estados han coincidido en la creación de programas de transferencia como respuesta al déficit económico que presenta la población rural con su impacto secundario

en calidad de vida y salud, como ejemplo de lo que se ha implementado a nivel gubernamental para las zonas rurales se muestran acciones en Argentina, con la Asignación Universal por Hijo (AUH) para la protección social en Argentina creado en 2009; para 2011 se adiciona la Asignación Universal por Embarazo (AUE), lo que significó una etapa nueva para la política social de Argentina, con ello se inició un proceso de inclusión entre desempleados y trabajadores informales, frecuentemente excluidos de las políticas. Con las asignaciones realizadas a los hogares se impactan los niveles de pobreza e indigencia (Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy, 2013).

Por parte de Brasil, se creó en 2003 el programa Bolsa Familia, se trata de un programa de transferencia monetaria condicionada cuyo objetivo es el apoyo de las familias en situación de pobreza, ampliando a su vez el acceso a la educación y la salud. El programa tiene un alcance nacional, pese a ello tiene bajo costo para la nación, representando solo el 0.45 % del PIB brasileño (División de Protección Social y Salud, 2016); otra de las estrategias para Brasil surge con la creación de LA Bolsa Verde, programa de transferencia de ingreso creado en 2011 en el marco del programa Brasil sin pobreza, dirigido a familias con condiciones de pobreza extrema que viven en áreas de conservación del medio ambiente, el fin del incentivo que brinda el programa es promover la conservación de los recursos para lograr una convivencia más sustentable (Ministerio de Medio Ambiente, 2011).

En Colombia, por otra parte para el año 2000 surge Más Familias en Acción, programa de transferencia monetaria condicionada, cuyo fin es brindar beneficios en asistencia escolar y salud a familias pobres, desplazadas víctimas del conflicto armado e integrantes de comunidades indígenas menores de 18 años, los beneficiarios pueden acceder de acuerdo a la clasificación del SISBEN (Medellín y Sánchez, 2015).

Para el caso de El Salvador, se crea en 2009 el programa Comunidades Solidarias Rurales, el cual busca promover la participación de la comunidad con énfasis en niñas, adolescentes y mujeres adultas para disminuir las brechas de género, adicionalmente tiene en cuenta a personas en situación de discapacidad. Su principal objetivo es brindar atención integral a familias excluidas socialmente o en condición de pobreza extrema, además de promover condiciones de igualdad en oportunidades entre comunidades (Salvador, 2012).

La mayor parte de transferencias se brindan por medio de bonos, como lo demuestra Ecuador con el Bono de Desarrollo Humano, creado en 2003, que reemplazó el programa de bono solidario que había iniciado funciones en 1998; este programa va dirigido a familias en condición de pobreza extrema, teniendo prelación en población de adultos mayores y discapacitados. Apoyados en el índice de bienestar para la identificación de los beneficiarios se les determina de acuerdo a la información socioeconómica de los hogares (Martínez, Borja, Medellín y Nadin, 2017).

Por parte de México, se tiene el programa de Desarrollo Humano Oportunidades, el cual brinda transferencias a hogares pobres con la condición de promover inversión en capital humano de los hogares beneficiados; el programa promueve la asistencia escolar, adicionalmente entre las condiciones del beneficio requiere el cumplimiento de condiciones de salud de acuerdo a las estrategias vivir mejor y el apoyo infantil vivir mejor (Hernández y Escobar, 2012); una particularidad con el programa de México es que más allá de la transferencia económica, el Gobierno busca promover y garantizar el acceso a derechos sociales de la población más vulnerable.

En Panamá existe la Red de Oportunidades Empresariales para Familias Pobres para la reducción de los niveles de pobreza con especial énfasis en las zonas rurales e indígenas, incentivando emprendimiento sostenible en sectores agropecuarios y turismo (República de Panamá, 2009).

Otro es el caso de Paraguay, con la creación de Tekoporá en 2005, su objetivo es la atención a familias con condición de pobreza extrema por medio de transferencias monetarias, el objetivo del programa es mejorar la calidad de vida de las personas a través del derecho al acceso a alimentación, salud y educación (CEPAL, 2005). Siguiendo la línea de educación y salud se encuentra el programa Juntos del Estado de Perú, surge por parte del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y su misión es la promoción al acceso hacia los servicios de salud y educación de hogares en condición de pobreza, el incentivo se brinda siempre que las familias lleven a los niños y niñas a los centros de salud, colegio y controles prenatales en caso de gestantes (Sánchez, Melendez y Behrman, 2016).

En República Dominicana con la estrategia Progresando con Solidaridad creada en 2012, se plantea la reducción de los índices de pobreza mediante el fortalecimiento de la red de protección social, trabajando en inclusión social, prosperidad y una vida mejor como lema de campaña para el gobierno del momento. A partir de los objetivos de la estrategia se busca reducir la pobreza extrema, creación de nuevos empleos e incorporación de beneficios a familias (República Dominicana, 2015).

Como se evidencia, los programas de transferencia monetaria condicionada se han creado como respuesta a condiciones de pobreza en Latinoamérica y han demostrado una disminución importante de sus índices en la región, ello surge como una noción positiva en respuesta a fallas en los servicios de educación y salud que brinda el estado (Dapuez, 2016), pero se contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las familias en situación de pobreza.

Existen problemas que actualmente acaparan la atención de la sociedad, con consecuencias negativas en las poblaciones objeto de políticas y programas de desarrollo rural, los cuales van desde la corrupción, carencia de una estrategia clara de desarrollo rural, focalización y aplicación a grupos inespecíficos, falta de exigibilidad en los plazos

de implementación y sus resultados concretos, dificultad de acceso y explotación adecuada de la tierra por parte de los campesinos, lo que se llamaría en este contexto el desarrollo económico real para los campesinos, poca participación de la sociedad civil, baja aplicabilidad de los programas de economía rural en contraste con la economía global, lo que conlleva a que sean inviables y la brecha cada vez mayor aunada a la pobreza rural que genera que los presupuestos destinados hacia proyectos de desarrollo rural se desvíen hacia proyectos sociales de corto plazo (Bandeira, Atance y Sumpsi, 2004; Rossel, 2012).

5. Discusión

Hablar ampliamente de políticas y programas gubernamentales para la salud rural sería posible si identificamos el enfoque que se ha estructurado de acuerdo con las intervenciones estatales que dan respuestas económicas y se logra la transformación en estrategias focalizadas hacia la salud rural. Si bien las ayudas monetarias para las regiones rurales representan un recurso valioso, se impactarían mejor los indicadores en salud ante programas de índole social, comunitario, participativo, ampliando el capital humano (Satterthwaite, 2004), lamentablemente para el sector rural la evidencia es reducida, lo que se considera prioritario teniendo en cuenta que Latinoamérica es un continente predominantemente rural.

Como medida para repensar la salud, de acuerdo con la evidencia latinoamericana en la creación y aplicación de políticas y programas específicos para la población campesina se debe diseñar e implementar un programa pensado en la noción moderna de desarrollo rural y con ello trabajar en la búsqueda de objetivos centrados en la población, por ello es indispensable introducir elementos culturales y hacerlas viables dentro de la política de estado. Necesariamente al hablar de una estrategia de aplicación rural, se debe tener conocimiento de la actividad económica predominante en la región para la generación de capacidad productiva, y así comprender culturalmente sus potencialidades y falencias para su desarrollo.

Con las reflexiones que se pueden desencadenar de la evidencia, es necesario trabajar por la viabilidad económica de políticas y programas para la reorganización en salud de la población campesina por medio del incentivo productivo, generando propuestas autosustentables. Se debe realizar un conocimiento del campo de acción, diálogos con líderes sociales de la región, entendiendo las necesidades identificadas y promoviendo la participación social (Ramírez, 2014); adicionalmente debe asumirse como un proyecto político para que adquiera peso y voz de manera bilateral, sin olvidar el respeto a los derechos fundamentales.

6. Referencias bibliográficas

- Acosta, A. (2013). Colombia: escenario de las desigualdades. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas*, 14(1), 27. Recuperado de <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/rtend/article/view/974/1210>
- Acosta, M., Sáenz, M. D., Gutiérrez, B. y Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud de El Salvador. *Salud Publica Mex*, 53(2), 188-196. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/14.pdf>
- Arriagada, I., Aranda, F. y Divisi, M. (2005). Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. *CEPAL, Serie Políticas Sociales, 114*. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6119/1/S051049_es.pdf
- Bandeira, P., Atance, I. y Sumpsi, J. M. (2004). Las políticas de desarrollo rural en América Latina: requerimientos de un nuevo enfoque. *Cuaderno de Desarrollo rural*, (51), 115-136.
- BBC News Mundo. (2017). *¿Cuáles son los países de América Latina que más y menos invierten en salud y con qué resultados?* Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-41399983>
- Breu, F., Guggenbichler, S. y Wollmann, J. (2003). *La pobreza rural en América Latina: lecciones para una reorientación de las políticas*. Encuentro de altos directivos sobre la mitigación de la pobreza rural. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6540/1/S037467_es.pdf
- Brumer, A. (2003). Os rumos do mundo rural na América Latina no início do século XXI, num cenário de grandes transformações sociais, econômicas e políticas. *Sociologias*, (10), 14-25. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222003000200002>
- Canel, M.J. (2006). *Comunicación política, una guía para su estudio y práctica*. (Segunda edición). Madrid: Editorial Tecnos 2006. Biblioteca Universitaria. ISBN 9788430944408.
- CEPAL. (2005). *Tekopora 2005, programas de transferencias condicionadas, base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe*. Paraguay. Recuperado de <https://dds.cepal.org/bpsnc/programa?id=27>
- Comité Técnico Interministerial. (2014). *Política Nacional de Desarrollo Rural*. Chile. Recuperado de <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/chil42198.pdf>

- Dapuez, A. (2016). Políticas de transferencias monetarias. Exportando expectativas en desarrollo. *RUNA, archivo para las ciencias del hombre*, 37(1), 53-69. Recuperado de <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/runa/article/view/1503/2267>
- Decreto 2145. (2017). *Por el cual se adopta el plan de revisión, evaluación y seguimiento de los programas y leyes que favorecen a las mujeres rurales y se crea el Comité Interinstitucional de seguimiento al Plan*. Diario Oficial n.º 50.453. Recuperado de <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=85748>
- Cecchini, S. y Madariaga, A. (2011). *Programas de Transferencias Condicionadas, balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe*. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27854/S2011032_es.pdf
- Felitti, K. (2009). Derechos reproductivos y políticas demográficas en América Latina. *Revista de Ciencias Sociales*, 35, 55-66. Doi: <https://doi.org/13901249>
- Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social. (2017). *FONCODES*. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Perú. Recuperado de <http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/comunicacion-e-imagen/publicaciones?download=14470:memoria-institucional-2016>.
- Gómez, J. (2016). Organización y descripción documental del Programa de Adquisición de Tierras. *Revista Interamericana de Bibliotecología*, 2, 16. Antioquia: INCORA. Doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rib.v39n2a08>
- Hernández, M. y Escobar, A. (2004). *Resultados de la Evaluación Externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*. Recuperado de <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Resultados-de-la-evaluaci%C3%B3n-externa-del-programa-de-desarrollo-humano-Oportunidades.pdf>
- Jaramillo, C. (2005). Red de Solidaridad Social en Colombia. *Revista EAFIT*, (105), 1-14.
- Julca, M., Pardo, A. y Escalante, M. (2005). *Programa nacional de manejo de cuencas hidrográficas y conservación de suelos PRONAMACHCS*. Cajamarca. Recuperado de https://www.agrorural.gob.pe/dmdocuments/transparencia/memorias/Memoria_2005.pdf
- Kliksberg, B. (2002). La inequidad en el campo de la salud pública en América Latina: una cuestión crucial. *Economía y Sociedad*, 7(19), 93-108. Recuperado de <https://doaj.org/article/30abef38df87475cb98f09d3017bc14c>
- Ley 113. (2007). *Por medio de la cual se crea e implementa el programa Agro, Ingreso Seguro – AIS*. Diario Oficial n.º 46.595. Congreso de la República. Recuperado de <http://www.ica.gov.co/getattachment/235a5c55-4109-4612-9145-ff54fa9bfe5d/2007L1133.aspx>

Machado, A. (2010). Lecciones sobre desarrollo rural, retos y enfoques. Lecciones del desarrollo rural, desafíos y avances. *Agronomía Colombiana*, 28(3), 428-434. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99652010000300010&lng=en

Martínez, D., Borja, T., Medellín, N. y Cueva, P. (2017). *Cómo funciona el bono de desarrollo humano - Mejores prácticas en la implementación de programas de transferencias monetarias condicionadas en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/%C2%BFC%C3%B3mo-funciona-el-Bono-de-Desarrollo-Humano-Mejores-pr%C3%A1cticas-en-la-implementaci%C3%B3n-de-Programas-de-Transferencias-Monetarias-Condicionadas-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe.pdf>

Medellín, N. y Sánchez, F. (2015). *Cómo funciona más familias en acción - Mejores prácticas en la implementación de programas de transferencias monetarias condicionadas en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/%C2%BFC%C3%B3mo-funciona-M%C3%A1s-Familias-en-Acci%C3%B3n-Mejores-pr%C3%A1cticas-en-la-implementaci%C3%B3n-de-programas-de-transferencias-monetarias-condicionadas-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe.pdf>

Ministerio de Agricultura. (s. f.). Lineamientos estratégicos 2014 – 2018. *Instituto de Desarrollo Agropecuario INDAPE*. Recuperado de <https://www.indap.gob.cl/docs/default-source/Lineamientos-Estrat%C3%A9gicos/lineamientos-estrategicos-2014-2018-vf.pdf?sfvrsn=0>

Ministerio de Agricultura. (2018). *Política pública en pro de la mujer rural*. Recuperado de <https://www.minagricultura.gov.co/noticias/Paginas/Política-pública-en-pro-de-la-mujer-rural.aspx>

Ministerio de Medio Ambiente. (2011). *Bolsa Verde*. Recuperado de <http://www.mma.gov.br/desenvolvimento-rural/bolsa-verde>

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Influencia de la pobreza en la salud*. Recuperado de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11312.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Perfil de los sistemas de salud de Nicaragua. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. (Tercera edición). Nicaragua. Recuperado de https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=420-perfil-de-los-sistemas-de-salud-de-nicaragua&category_slug=sistemas-de-servicios-de-salud-y-tecnologia&Itemid=235

- Ortiz, L., Pérez, D. y Tamez, S. (2014). Desigualdad socioeconómica y salud en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 3(53), 336-347. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=d8fe49cc-84bd-4c4e-a508-2a337f7749be%40sdc-v-sessmgr06>
- Pautassi, L., Arcidiácono, P. y Straschnoy, M. (2013). *Asignación Universal por Hijo para la Protección Social de la Argentina*. Santiago de Chile: CEPAL, Unicef. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6193/1/LCL3662_es.pdf
- Pérez, S. L. y Arrivillaga, M. (2017). Redes integradas de servicios de salud en el marco de la atención primaria en salud en países seleccionados de América Latina. *Salutem Scientia Spiritus*, 3(2), 32-49. Recuperado de http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus/article/view/1791/pdf_1
- Ramírez, C. (2014). Critical reflections on the New Rurality and the rural territorial development approaches in Latin America. *Agronomía Colombiana*, 32(1), 122-129. Doi: <https://doi.org/10.15446/agron.colomb.v32n1.41218>
- República Dominicana. (2015). *Progresando con solidaridad*. Recuperado de <https://progresandoconsolidaridad.gob.do/nosotros/quienes-somos/>
- República de Nicaragua. (1998). *Creación del Fondo Social Suplementario*. Recuperado de [http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/\(\\$All\)/A522EE8A2354B6DF062570A10057A32E?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/($All)/A522EE8A2354B6DF062570A10057A32E?OpenDocument)
- República de Panamá. (2009). *Red de oportunidades empresariales para familias pobres*. (Documento oficial). España. Recuperado de http://www.mdgfund.org/sites/default/files/Signed_JP_Panama_DevandPS.pdf
- Reyes, G. (2014). América Latina 2010: inversión social como porcentaje del PIB. *Revista de Ciencias Sociales*, 20(2), 279-287. Doi: <https://doi.org/28031815007>
- Rodríguez, M. A. (2011). Democracia en América Latina, apertura económica, populismo y crisis. *Revista de Ciencias Económicas*, 29(2), 27-50. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/view/7015>
- Rodríguez, D. y Benavidez, J. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 359-371. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n3/0120-386X-rfnsp-34-03-00359.pdf>
- Romero, J., Ferrero, G., Pérez, F., Baselga, P. y Rodríguez, T. (2000). *La iniciativa por el desarrollo rural de Nicaragua: un proceso de concertación para implementación de políticas de*

desarrollo rural en Nicaragua. Nicaragua. Recuperado de http://www.fundacionetea.org/media/File/Microsoft Word - COmunicacion CIER_JJRomero GFerrero corregido.doc.pdf

Rossel, C. (2012). *Protección social y pobreza rural en América Latina*. CEPAL.

Salgado, N., González, T., Jaurégui, B. y Bonilla, P. (2005). No hacen viejos los años, sino los daños, envejecimiento y salud en varones rurales. *Salud Pública de México*, 47(4), 294-302. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000400007

Salvador, G. (2012). *Comunidades solidarias*. El Salvador: Secretaria Técnica de la Presidencia del Salvador.

Sánchez, A., Meléndez, G. y Behrman, J. (2016). *The Impact of the Juntos Conditional Cash Transfer Programme in Peru on Nutritional and Cognitive Outcomes: Does the Age of Exposure Matter*. London. Recuperado de <http://younglives.org.uk/sites/www.younglives.org.uk/files/YL-WP153-Impact%20of%20Juntos%20on%20nutrition%20and%20education%20in%20Peru.pdf>

Satterthwaite, D. (2004). Metas de desarrollo para el milenio (MDM) y reducción de la pobreza. *Cuaderno Urbano*, 4(4), 231-272. Recuperado de <http://revistas.unne.edu.ar/index.php/crn/article/view/1051>

Tokman, V. (2006). *Inserción laboral, mercados de trabajo y protección social. Santiago de Chile*. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3676/1/S2006023_es.pdf

Valencia, E. (2008). Las transferencias monetarias condicionadas como política social en América Latina. Un balance: aportes, límites y debates. *Annual Review of Sociology*, 34(1), 499-524. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.052708.074708>

Zurbriggen, C. y Travieso, E. (2016). Hacia un nuevo Estado desarrollista: desafíos para América Latina. *Perfiles Latinoamericanos*, 24(47), 259-281. DOI: <https://doi.org/10.18504/pl2447-004-2016>



De conformidad con lo dispuesto en las Leyes Nros. 28923, 27594 y 27046, el Decreto Legislativo N° 803, y el Decreto Supremo N° 025-2007-VIVIENDA; y con el visado de la Gerencia General, la Oficina de Asesoría Jurídica, la Oficina de Administración y la Unidad de Recursos Humanos de la Oficina de Administración;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Dar por concluida la designación del señor Francisco Fernando Cruzatt De La Puente en el cargo de Jefe de la Oficina Zonal de Ayacucho del Organismo de Formalización de la Propiedad Informal – COFOPRI, a partir de su publicación en el Diario Oficial El Peruano, conforme a lo dispuesto en la parte considerativa de la presente resolución, dándosele las gracias por los servicios prestados.

Artículo 2.- Designar al señor Carlos Alberto Quispe Benavente en el cargo de Jefe de la Oficina Zonal de Ayacucho del Organismo de Formalización de la Propiedad Informal – COFOPRI, a partir de su publicación en el Diario Oficial El Peruano, conforme a lo dispuesto en la parte considerativa de la presente resolución.

Artículo 3.- Publicar la presente Resolución Directoral en el diario oficial “El Peruano” y en el Portal Institucional.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

CESAR ROBERTO FIGUEREDO MUÑOZ
Director Ejecutivo

1808467-5

SUPERINTENDENCIA DE TRANSPORTE TERRESTRE DE PERSONAS, CARGA Y MERCANCIAS

Designan Subgerente de la Subgerencia de Registro y Ejecución de Sanciones de la Gerencia de Procedimientos y Sanciones

RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 095-2019-SUTRAN/01.1

Lima, 13 de septiembre de 2019

VISTA: La propuesta formulada por la Superintendente de la Superintendencia de Transporte Terrestre de Personas, Carga y Mercancías – SUTRAN; y,

CONSIDERANDO:

Que, mediante la Ley N° 29380 se crea la Superintendencia de Transporte Terrestre de Personas, Carga y Mercancías – SUTRAN, adscrita al Ministerio de Transportes y Comunicaciones;

Que, mediante Resolución de Consejo Directivo N° 065-2019-SUTRAN/01.1 de fecha 27 de mayo de 2019, se encargó las funciones de Subgerente de la Subgerencia de Registro y Ejecución de Sanciones de la Gerencia de Procedimientos y Sanciones, a la señora Roxana Gutiérrez Vilca, en adición a las funciones que viene desempeñando en la Entidad;

Que, se ha visto por conveniente dar por concluida su encargatura y corresponde designar al Subgerente de la Subgerencia de Registro y Ejecución de Sanciones de la Gerencia de Procedimientos y Sanciones;

Que, en atención a la propuesta formulada por la Superintendente de la SUTRAN resulta conveniente designar como Subgerente de la Subgerencia de Registro y Ejecución de Sanciones, de la Gerencia de Procedimientos y Sanciones a la señora María Inés Esquivel Valdivia, a fin de garantizar la continuidad del servicio;

Que, siendo el Consejo Directivo el órgano máximo de la Entidad, le corresponde designar y remover a los

funcionarios que ocupan los cargos de confianza de la SUTRAN, así como expedir resoluciones en el ámbito de su competencia, conforme a lo establecido en los incisos d) e i) del artículo 7 del ROF;

De conformidad con la Ley N° 29380 y el Reglamento de Organización y Funciones aprobado por Decreto Supremo N° 006-2015-MTC;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- DAR POR CONCLUIDA la encargatura de las funciones de Subgerente de la Subgerencia de Registro y Ejecución de Sanciones, de la Gerencia de Procedimientos y Sanciones, a la señora Roxana Gutiérrez Vilca, realizado mediante Resolución de Consejo Directivo N° 065-2019-SUTRAN/01.1, dándosele las gracias por los servicios prestados.

Artículo 2°.- DESIGNAR a la señora María Inés Esquivel Valdivia, en el cargo de confianza de Subgerente de la Subgerencia de Registro y Ejecución de Sanciones de la Gerencia de Procedimientos y Sanciones, conforme a lo expuesto en la parte considerativa de la presente Resolución.

Artículo 3°.- COMUNICAR la presente Resolución a la Superintendencia, a la Oficina de Administración y a los interesados para su conocimiento y fines.

Artículo 4°.- Disponer la publicación de la presente Resolución en el Diario Oficial El Peruano y en el Portal Institucional de la SUTRAN (www.sutran.gob.pe).

Regístrese, comuníquese y publíquese.

PATRICIA ELIZABETH CAMA MEZA
Presidenta del Consejo Directivo de SUTRAN

ISMAEL SUTTA SOTO
Miembro del Consejo Directivo de SUTRAN

1808017-1

ORGANISMOS TECNICOS ESPECIALIZADOS

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE EDUCACION SUPERIOR UNIVERSITARIA

Aprueban “Criterios técnicos para la revalidación de grados y títulos otorgados en el extranjero”

RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 119-2019-SUNEDU/CD

Lima, 18 de septiembre de 2019

VISTO:

El Informe técnico legal N° 004-2019-SUNEDU-02-15 de la Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos; el Informe N° 485-2019-SUNEDU-03-06 de la Oficina de Asesoría Jurídica; y, el Informe técnico legal N° 007-2019-SUNEDU-02-15 emitido por la Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos y por la Oficina de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Mediante la Ley N° 30220, Ley Universitaria, se creó la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (en adelante, la Sunedu), como un organismo público técnico especializado adscrito al Ministerio de Educación, responsable del licenciamiento para el servicio educativo superior universitario, la supervisión

de la calidad del servicio educativo universitario, y la fiscalización del uso de los recursos públicos y beneficios otorgados a las universidades, con el propósito de que estos sean destinados a fines educativos y al mejoramiento de la calidad, así como de administrar el Registro Nacional de Grados y Títulos;

De conformidad con el artículo 22 de la Ley Universitaria, la Sunedu es la autoridad central de la supervisión de la calidad del servicio educativo universitario, encargada del licenciamiento y supervisión de las condiciones básicas de calidad en la prestación del servicio educativo de nivel superior universitario, estando autorizada para dictar normas y establecer procedimientos para asegurar el cumplimiento de las políticas públicas del Sector Educación en materia de su competencia;

De acuerdo con lo previsto en el numeral 15.13 del artículo 15 de la Ley Universitaria, concordante con el literal m) del artículo 4 y el literal d) del artículo 8 del Reglamento de Organización y Funciones de la Sunedu, aprobado por el Decreto Supremo N° 012-2014-MINEDU (en adelante, el ROF), el Consejo Directivo de la Sunedu tiene como función establecer los criterios técnicos para la revalidación de grados y títulos obtenidos en otros países;

El numeral 59.9 del artículo 59 de la Ley Universitaria establece que el Consejo Universitario tiene la atribución de revalidar los grados y títulos de universidades extranjeras, cuando la universidad está autorizada por la Sunedu;

Según lo dispuesto en el literal c) del artículo 48 del ROF, es una de las funciones de la Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, proponer a la Superintendencia los criterios técnicos para la revalidación de grados y títulos obtenidos en otros países. En tal virtud, mediante el Informe Técnico Legal N° 004-2019-SUNEDU-02-15, la Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos presentó la propuesta normativa denominada "Criterios técnicos para la revalidación de grados y títulos otorgados en el extranjero";

A través de la Resolución del Consejo Directivo N° 095-2019-SUNEDU/CD del 22 de julio de 2019, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 23 de julio de 2019, se dispuso la publicación de la propuesta normativa denominada "Criterios técnicos para la revalidación de grados y títulos otorgados en el extranjero", en el portal institucional de la Sunedu, para la recepción de los comentarios y aportes de los interesados por un plazo de quince (15) días hábiles;

De acuerdo con el literal f) del artículo 22 del ROF, el artículo 7 y el numeral 10.1 del artículo 10 del "Reglamento que establece el procedimiento de elaboración de normas de la Sunedu", son funciones de la Oficina de Asesoría Jurídica elaborar o participar en la formulación de proyectos normativos que son propuestos al Consejo Directivo para su aprobación;

En tal virtud, mediante el Informe Técnico Legal N° 007-2019-SUNEDU-02-15, la Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos y la Oficina de Asesoría Jurídica, efectuaron la evaluación de los comentarios y aportes recibidos y presentaron ante la Superintendencia de la Sunedu una versión actualizada del proyecto normativo y su exposición de motivos;

El literal e) del artículo 8 del ROF de la Sunedu establece que una función del Consejo Directivo de la Sunedu es aprobar y proponer, cuando corresponda, documentos de gestión y documentos normativos. Asimismo, según lo previsto en el numeral 10.7 del artículo 10 del Reglamento que establece el procedimiento de elaboración de normas de la Sunedu, aprobado por Resolución de Consejo Directivo N° 018-2016-SUNEDU-CD, compete al Consejo Directivo de la Sunedu evaluar las propuestas normativas y, de estar conforme con ella, expedir la resolución que ordena la publicación del proyecto o, de ser el caso, su aprobación;

Estando a lo acordado por el Consejo Directivo en la sesión N° 033-2019;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar los "Criterios técnicos para la revalidación de grados y títulos otorgados en el extranjero",

el cual consta de cuatro (4) artículos, una (1) Disposición Complementaria Transitoria y tres (3) Disposiciones Complementarias Finales.

Artículo 2.- Disponer la publicación de la presente Resolución y de los "Criterios técnicos para la revalidación de grados y títulos otorgados en el extranjero" en el diario oficial El Peruano.

Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente resolución, de los "Criterios técnicos para la revalidación de grados y títulos otorgados en el extranjero" y de su exposición de motivos en el Portal Institucional de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (www.sunedu.gob.pe), el mismo día de su publicación en el diario oficial "El Peruano".

Regístrese y publíquese.

CARLOS MARTÍN BENAVIDES ABANTO
Presidente del Consejo Directivo de la Sunedu

CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA REVALIDACIÓN DE GRADOS Y TÍTULOS OTORGADOS EN EL EXTRANJERO

Artículo 1.- Objeto

La presente norma tiene por objeto establecer los criterios técnicos para la revalidación de grados y títulos obtenidos en otros países de conformidad a lo establecido en el numeral 15.13 del artículo 15 de la Ley N° 30220, Ley Universitaria.

Artículo 2.- Ámbito de aplicación

La presente norma es aplicable a todas las universidades, públicas y privadas, que revalidan grados o títulos otorgados en el extranjero.

Artículo 3.- Definición de Revalidación

La revalidación de grados o títulos es el procedimiento mediante el cual se otorga efectos en territorio nacional al grado o título otorgado por una institución educativa extranjera, como consecuencia de haber superado una evaluación académica realizada por una universidad licenciada para prestar el servicio educativo superior universitario en el Perú.

Artículo 4.- Criterios Técnicos

La revalidación de grados y títulos, como mínimo, debe observar los siguientes criterios técnicos:

4.1. Licenciamiento institucional y de programas.-

De acuerdo a lo dispuesto en el numeral 59.9 del artículo 59 de la Ley N° 30220, Ley Universitaria, la universidad que revalida grados y títulos debe contar con licencia institucional vigente otorgada por la Sunedu. En tal virtud, los programas académicos sujetos a revalidación deben estar incluidos en la oferta educativa reconocida en la licencia institucional.

Asimismo, en caso la revalidación involucre a un programa académico para el cual la Sunedu haya aprobado un modelo de licenciamiento específico, además de contar con la licencia institucional, la universidad que revalida debe contar con el licenciamiento del programa, otorgado por la Sunedu. Durante la tramitación del procedimiento de licenciamiento del programa en cuestión, la universidad puede seguir revalidando grados y títulos del programa correspondiente, siempre que cumpla los demás criterios técnicos.

4.2. Experiencia académica.- La universidad que revalida grados y títulos debe contar, como mínimo, con diez (10) promociones de egresados que revelen experiencia académica en el programa de estudios a revalidar.

4.3. Comisión Académica.- La evaluación de la revalidación se encuentra a cargo de una Comisión Académica conformada por no menos de tres (3) docentes de la universidad, designados por el Decano de la Facultad o el Director de la Escuela de Posgrado de la universidad, o quienes hagan sus veces. La conformación de la comisión debe observar las siguientes reglas:

a) Como mínimo, uno (1) de los integrantes debe tener la condición de docente ordinario.

b) Como mínimo, uno (1) de los integrantes debe tener la condición de docente investigador inscrito en el Registro Nacional Científico, Tecnológico y de Innovación Tecnológica (RENACYT) en el nivel I del Grupo de Investigadores "María Rostworowski", o al menos el nivel III del Grupo de Investigadores "Carlos Monge Medrano". Este docente no puede ser el mismo que el docente señalado en el numeral anterior.

c) Todos los docentes deben contar con el grado de maestro o doctor, según corresponda, en el mismo campo profesional o con contenidos afines al grado o título a revalidar.

d) Todos los docentes miembros deben cumplir los requisitos para el ejercicio de la docencia establecidos en los artículos 82 y 83 de la Ley Universitaria y con igual o mayor nivel formativo que el grado o título a revalidar.

4.4. Evaluación de la revalidación.- La evaluación de la revalidación se efectúa a partir de la equivalencia de los planes de estudio de acuerdo a los sílabos y/o al número de créditos exigidos para la obtención del grado o título.

La revalidación resulta procedente cuando existe, como mínimo, un ochenta por ciento (80 %) de equivalencia del contenido de los cursos, para lo cual se consideran y se ponderan los créditos asociados al plan de estudios de la universidad que otorgó el grado o título y de la universidad que revalida.

En el caso que el porcentaje de equivalencia sea menor al ochenta (80 %) y, según establezca la universidad que revalida en sus respectivos instrumentos normativos, el solicitante puede realizar actividades académicas complementarias a fin de alcanzar el grado de equivalencia mínimo, tales como:

a) Cumplir y aprobar actividades curriculares adicionales, las que podrán ser propias de la malla curricular de la carrera o programa, o módulos generales o específicos sobre determinadas materias específicamente establecidas para estos efectos; entre otras actividades que evidencien la adquisición de las competencias académicas.

b) Rendición y aprobación de exámenes sobre los contenidos de las asignaturas no equivalentes.

c) Desarrollar actividades finales de titulación, exámenes de grado, realización de prácticas profesionales, elaboración de tesis o trabajos de investigación.

Producto de la evaluación, la Comisión Académica, de ser el caso, emite un informe que recomienda la aprobación de la revalidación. Cuando el grado o título corresponde al nivel de pregrado el informe debe ser remitido al Consejo de Facultad o al órgano que haga sus veces. Si el grado o título corresponde al nivel de posgrado, el informe debe ser remitido a la Escuela de Posgrado o al órgano que haga sus veces. Con la opinión favorable de estos órganos el informe es remitido al Consejo Universitario.

De emitirse un informe denegatorio corresponde a la Comisión Académica comunicar al solicitante lo resuelto.

4.5. Tesis o trabajo de investigación.- En caso el otorgamiento del grado o título extranjero haya requerido la aprobación de una tesis o trabajo de investigación, la universidad debe solicitarlo para alojarlo en su repositorio institucional y, previa autorización del autor, darle la publicidad correspondiente, de acuerdo a lo previsto en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – Renati, aprobado por Resolución del Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU/CD.

4.6. Conocimiento o dominio de idiomas.- Además de lo previsto en el numeral 4.4 de la presente norma, la universidad que revalida debe verificar el conocimiento o dominio de idiomas adicionales, en el marco de lo establecido en el artículo 45 de la Ley N° 30220, Ley Universitaria, y podrán acreditarse mediante la presentación de constancias de estudios realizados en instituciones educativas o mediante otros mecanismos establecidos en el instrumento normativo de la universidad que revalida.

En el caso de los hispanohablantes, el idioma adicional debe ser de preferencia inglés o una lengua originaria. Si el grado o título pertenece a una persona no hispanohablante, el idioma adicional debe ser, preferentemente, el castellano o lengua originaria. En el caso de la revalidación de grados de doctorado se deberá acreditar el dominio de dos (2) idiomas adicionales.

4.7. Educación a distancia.- Según lo establecido en el artículo 47 de la Ley N° 30220, Ley Universitaria, para efectos de la revalidación de grados y títulos otorgados bajo la modalidad de educación a distancia, la universidad revalidadora debe verificar que los estudios de pregrado bajo esta modalidad no superen el 50 % del total de los créditos del programa. Asimismo, en el caso de los estudios de maestría y doctorado, la universidad que revalida debe verificar que éstos no hayan sido dictados exclusivamente bajo esta modalidad.

Para verificar el cumplimiento de estas disposiciones, la universidad que revalida puede solicitar al interesado los certificados de estudios correspondientes o verificar dicha información si se desprende del diploma que acredita el grado o título. En defecto de estas fuentes, el interesado podrá presentar una declaración jurada referida a la modalidad de los estudios cursados, sin perjuicio de la potestad de la universidad de constatar esta información.

4.8. Aprobación de la revalidación.- El Consejo Universitario o el órgano que haga sus veces, aprueba la revalidación del grado o título en mérito al informe de la Comisión Académica, la opinión favorable del Consejo de Facultad o de la Escuela de Posgrado o de los órganos que hagan sus veces y de la documentación que forma parte del expediente de revalidación.

La universidad que revalida debe dejar constancia del acto de revalidación en el reverso del diploma original o en una hoja anexa, de ser el caso. No corresponde la emisión de un nuevo diploma.

4.9. Revalidación única.- Los grados y títulos otorgados en el extranjero solo pueden ser objeto de una (1) revalidación.

4.10. Inscripción en el Registro Nacional de Grados y Títulos.- La universidad debe solicitar la inscripción del grado o título revalidado en el Registro Nacional de Grados y Títulos. Para tal efecto, además, la Unidad de Registro de Grados y Títulos constata el cumplimiento de los presentes criterios técnicos.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA TRANSITORIA

Única.- Universidades autorizadas para revalidar por la Asamblea Nacional de Rectores

Sin perjuicio del cumplimiento de los presentes criterios técnicos, con excepción del contemplado en el numeral 4.1 de la presente norma, las universidades que cuenten con autorización para revalidar otorgada por la extinta Asamblea Nacional de Rectores (ANR) y que, además, se encuentren en trámite de licenciamiento, pueden seguir revalidando grados y títulos hasta la conclusión del procedimiento de licenciamiento.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera.- Normativa interna de revalidación

Las universidades deben adecuar sus instrumentos normativos correspondientes a lo dispuesto en los presentes criterios técnicos, pudiendo contemplar exigencias complementarias o adicionales a las previstas en esta norma, siempre que ello no implique su contravención. Adicionalmente, al realizar la revalidación, las universidades deben tener en cuenta las normas éticas, de integridad científica y aquellas que regulan los conflictos de intereses, contempladas en su normativa interna.

Segunda.- Supervisión del cumplimiento de los Criterios técnicos para la revalidación

En el marco de las funciones establecidas en el numeral 15.9 del artículo 15 de la Ley N° 30220, Ley Universitaria, la Unidad de Registro de Grados y Títulos de la Sunedu verifica el cumplimiento de los presentes criterios técnicos durante la evaluación de las solicitudes de inscripción en el Registro Nacional de Grados y Títulos de los grados y títulos revalidados.

Asimismo, según las funciones establecidas en el numeral 15.6 del artículo 15 de la Ley N° 30220, Ley Universitaria, la Dirección de Supervisión de la Sunedu tiene competencia para supervisar, en cualquier oportunidad, el cumplimiento de los criterios técnicos aprobados en la presente norma.

Tercera.- Informe sobre los procedimientos de revalidación en trámite

Las universidades autorizadas por la extinta Asamblea Nacional de Rectores para revalidar grados y títulos deben informar sobre los procedimientos de revalidación que se encuentran en trámite, mediante declaración jurada, a la Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos de la Sunedu, en el plazo máximo de diez (10) días hábiles desde la publicación de la presente norma.

1808615-1

PODER JUDICIAL

CONSEJO EJECUTIVO DEL PODER JUDICIAL

Autorizan participación de Jueza titular de la Corte Suprema de Justicia en evento a realizarse en Uruguay

Presidencia

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA N° 089-2019-P-CE-PJ

Lima, 13 de setiembre de 2019

VISTOS:

El Oficio N° 106-2019-P-3°SDCST-CS-PJ cursado por la doctora Ana María Aranda Rodríguez, Presidenta de la Tercera Sala de Derecho Constitucional y Social Transitoria de la Corte Suprema de Justicia de la República; y el Oficio N° 001572-2019-GG-PJ, remitido por el Gerente General del Poder Judicial.

CONSIDERANDO:

Primero. Que la doctora Ana María Aranda Rodríguez, Presidenta de la Tercera Sala de Derecho Constitucional y Social Transitoria de la Corte Suprema de Justicia de la República, ha sido invitada a participar en el XVIII Seminario Regional sobre Propiedad Intelectual para jueces y fiscales de América Latina, organizado por la Organización Mundial de Propiedad Intelectual (OMPI), la Oficina Española de Patentes y Marcas (OERM) y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID); con la colaboración del Consejo General del Poder Judicial de España, que se desarrollará del 16 al 20 de setiembre del presente año, en la ciudad de Montevideo, Uruguay.

Segundo. Que, en el objetivo general del citado seminario es proporcionar a los países de América Latina una herramienta habitual de formación de formadores, para los jueces y fiscales que resolverán los casos de procedimientos judiciales de propiedad intelectual en sus respectivos países; y el objetivo específico es proporcionar información actualizada y práctica de capacitación en el ámbito de las patentes y marcas, conforme con el nivel de conocimiento y las responsabilidades de los jueces de América Latina.

Tercero. Que resulta de interés para este Poder del Estado participar en actividades en el que se realizará un intercambio de opiniones, experiencias y conocimientos en legislación de propiedad industrial, a fin de clarificar y establecer criterios de valoración en los litigios sobre esta materia, lo que redundará en un mejor servicio de

administración de justicia que se brinda a la población. Por tal motivo, la Presidencia del Consejo Ejecutivo del Poder Judicial autorizó a la doctora Ana María Aranda Rodríguez, Jueza titular de la Corte Suprema de Justicia de la República, para que participe en la referida actividad.

Cuarto. Que el Decreto Supremo N° 056-2013-PCM concordado con la Ley N° 27619, regula el giro de gastos por concepto de viáticos para viajes al exterior de funcionarios y servidores públicos, según la escala aprobada por la citada norma; y teniendo en cuenta que los organizadores cubrirán parte de los gastos, corresponde al Poder Judicial sufragar viáticos parciales.

En consecuencia; el Presidente del Consejo Ejecutivo del Poder Judicial, en uso de sus facultades delegadas mediante Resolución Administrativa N° 003-2009-CE-PJ, de fecha 9 de enero de 2009.

RESUELVE:

Artículo Primero.- Autorizar la participación de la doctora Ana María Aranda Rodríguez, Jueza titular de la Corte Suprema de Justicia de la República, del 16 al 20 de setiembre del año en curso, en el XVIII Seminario Regional sobre Propiedad Intelectual para jueces y fiscales de América Latina, organizado por la Organización Mundial de Propiedad Intelectual (OMPI), la Oficina Española de Patentes y Marcas (OERM) y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID); con la colaboración del Consejo General del Poder Judicial de España, que se llevará a cabo en la ciudad de Montevideo, Uruguay; concediéndosele licencia con goce de haber por las referidas fechas.

Artículo Segundo.- La Unidad Ejecutora de la Gerencia General del Poder Judicial, sufragará los viáticos parciales conforme al siguiente detalle:

	US\$
Viáticos parciales	: 925.00

Artículo Tercero.- El cumplimiento de la presente resolución no exonera del pago de impuestos o de derechos aduaneros, de ninguna clase o denominación.

Artículo Cuarto.- Transcribir la presente resolución al Presidente del Poder Judicial, Jueza Suprema participante; y a la Gerencia General del Poder Judicial, para su conocimiento y fines consiguientes.

Regístrese, publíquese, comuníquese y cúmplase.

FRANCISCO TÁVARA CÓRDOVA
Presidente (e)

1808487-1

Aprueban la Res. Adm. N° 013-2018-SPO-CSJAP/PJ expedida por la Corte Superior de Justicia de Apurímac, y disponen traslado de magistrado a la plaza de Juez del Juzgado de Paz Letrado de Tamburco - Abancay

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA N° 198-2019-CE-PJ

Lima, 15 de mayo de 2019

VISTA:

La solicitud presentada por el señor Noe Chirinos Rivera, Juez Titular del Juzgado de Paz Letrado de la Provincia de Antabamba, Corte Superior de Justicia de Apurímac.

CONSIDERANDO:

Primero. Que el señor Noe Chirinos Rivera, Juez Titular del Juzgado de Paz Letrado de la Provincia de Antabamba, Corte Superior de Justicia de Apurímac, solicita traslado definitivo por causal de salud al Juzgado de Paz Letrado del

La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud

Health Care Reform and human resources for health

Hernán E. García Cabrera¹, Pedro Díaz Urteaga¹,
Donatila Ávila Chávez¹, María Z. Cuzco Ruiz¹

¹Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, Ministerio de Salud del Perú.

Resumen

La implementación de la Reforma del Sector Salud en el Perú se orienta a mejorar el estado de salud de los residentes en el país, reconociendo que la salud es un derecho fundamental y que el Estado garantiza la protección de la salud para todas las personas sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida. En este contexto, el Ministerio de Salud coloca en el centro de las intervenciones el abordaje de los problemas en el campo de los recursos humanos con base en la planificación estratégica, sistema de información de recursos humanos –Registro Nacional de Personal–INFORHUS–, el desarrollo metodológico de la estimación de brechas de personal de salud y el desarrollo de estrategias de reclutamiento y retención del personal, desarrollo de competencias en atención primaria de salud, gestión de servicios de salud con prioridad en el primer nivel de atención, incremento de plazas para el SERUMS, Residentado Médico e Internado en ciencias de la salud, y la reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública. La Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos presidió la Comisión Multisectorial que propuso la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas para el personal de salud del sector público, aprobada mediante Decreto Legislativo 1153, cuya finalidad es que el Estado alcance mayores niveles de equidad, eficacia, eficiencia, y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano.

Palabras clave: Reforma del Sector Salud, Estado de Salud, Estado, Recursos Humanos, Planificación Estratégica, Personal de Salud, Atención Primaria de Salud, Gestión de Servicios de Salud, Internado y Residencia, Sector Público, Equidad en Salud, Eficacia, Eficiencia, Servicios de Salud.

Abstract

The Health Sector Reform in Peru aims to improve the health status of citizens, acknowledging health as a fundamental right. Accordingly, the State guarantees the protection of health for all persons without any discrimination at all stages of life. Within this context, the Ministry of Health placed at the center of interventions addressing the existing problems in the field of human resources. This approach is based on strategic planning, strengthening of information system in human resources (the National Register of Personal – INFORHUS), estimation of health personnel gaps, and development of recruitment and retention strategies. Primary care, skills development in primary health care, health system and services management, increase of SERUMS, residents and internship posts, and reactivation of the National School of Public Health are also key areas to reinforce. The Directorate of the General Management of Human Resources Development chaired the Multisectoral Commission and proposed the Comprehensive Compensation and Economic Delivery for health personnel in the public sector. It was approved by Legislative Decree 1153, which aims to reach greater equity, effectiveness, efficiency, and the effective delivery of quality services in health to all citizens.

Keywords: Health Care Reform, Health Status, State, Human Resources, Strategic Planning, Health Personnel, Primary Health Care, Health Services Administration, Internship and Residency, Public Sector, Equity in Health, Efficacy, Efficiency, Health Services.

An Fac Med. 2015;76:7-26 / doi:10.15381/anales.v76i1.10966

INTRODUCCIÓN

La Reforma del Sector Salud en el Perú se orienta a lograr la universalización de la protección social en salud y la garantía del derecho a la salud de toda la población, para lo cual está implementando acciones en tres ejes complementarios: la protección de la población frente al riesgo de enfermedad, la protección del usuario para garantizar

la efectividad, oportunidad y seguridad en las prestaciones, y la protección financiera para fortalecer el sistema de financiamiento orientado aminorar el gasto de bolsillo de la población ⁽¹⁾.

En su rol rector del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Salud ha iniciado el proceso de ejecución de los Lineamientos y medidas de reforma del sector, siendo los recursos humanos en salud actores fundamentales y centro

de las intervenciones; en otras palabras, no son solo parte del problema sino son parte relevante de la solución. El trabajador de salud se constituye en un intermediario privilegiado entre el conocimiento requerido para el logro de los objetivos sanitarios y la población, en el marco de instituciones sectoriales de salud, las instituciones formadoras de recursos humanos en salud y el desempeño del sistema nacional de salud.

En el presente artículo se reseña la situación y avances en el campo de las políticas de gestión del trabajo y de gestión de capacidades en salud de los recursos humanos en salud del Perú al 2014, que permite conocer la gestión desarrollada, sus aciertos y desafíos; así como contar con elementos para evaluar la política de recursos humanos a la luz de los escenarios cambiantes que hoy vive el sector salud e identificar las oportunidades y retos, con miras a la actualización de los Lineamientos y estrategias de política de recursos humanos en salud, con la consiguiente transformación, reestructuración, reorientación del campo de recursos humanos en salud, en el marco de la Reforma del Sector Salud, de las Políticas de Recursos Humanos y los compromisos internacionales.

Situación de los Recursos Humanos en Salud

Los recursos humanos de salud constituyen un elemento fundamental en la producción de servicios de salud; su contribución a la ejecución efectiva de políticas de salud y a la estructuración de sistemas de salud y de servicios adecuados es ampliamente reconocida como esencial.

En las últimas tres décadas, el Ministerio de Salud ha empleado diversas estrategias para mejorar la atención en el primer nivel y extender la cobertura en zonas de escaso desarrollo socio-económico. Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido persiste el problema de cobertura y de capacidad resolutoria para la atención de salud en el primer nivel, básicamente debido a la escasez de Recursos Humanos en Salud (RHUS) adecuadamente calificados para brindar una atención de salud con calidad y pertinencia.

Esta situación se ve reflejada en el informe mundial de la salud del año 2006, realizado por la OMS, en donde, en base al indicador Densidad de Recursos Humanos (suma del número de médicos, enfermeras y obstetras por 10 000 habitantes) se cataloga al Perú como uno de los países con déficit crí-

tico de Recursos Humanos en Salud; es decir, con el valor de dicho indicador menor a 25 por 10 000 habitantes ^(2,3).

Este déficit de personal profesional en salud en los diferentes niveles de atención significa para el primer nivel de atención que no se constituya en una barrera de contención para la demanda de atención de salud de los otros niveles y transforma al sistema en su conjunto en ineficiente, de baja calidad y de alto costo, que contribuye a generar una percepción poco favorable y de desconfianza de la población para el uso de los servicios del primer nivel de atención. Lo cual ocasiona que difícilmente puedan alcanzarse los objetivos sanitarios, ya que la literatura mundial demuestra que existe una fuerte correlación entre el número de profesionales de la salud y las coberturas vinculadas a los resultados sanitarios ⁽⁴⁾.

Adicionalmente al déficit en el número de profesionales, existe una inadecuada distribución de los mismos ⁽⁵⁾, siendo las mayores concentraciones en las zonas de mayores recursos; por lo que se concluye que esta inadecuada distribución no solo es geográfica sino que es también socio-económica.

Brecha de personal de salud en el primer nivel de atención

En las últimas tres décadas, el Ministerio de Salud ha empleado diversas estrategias para mejorar la atención en el primer nivel de atención y extender la cobertura en zonas de escaso desarrollo socio-económico. Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido persiste el problema de cobertura y de capacidad resolutoria para la atención de salud en el primer nivel, básicamente debido al número insuficiente de Recursos Humanos en Salud (RHUS).

Esta situación se ve reflejada en la brecha estimada en el año 2012, la cual se ha calculado en 69 904 RHUS para el Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales ^(6,7). Este déficit de RHUS en el primer nivel de atención, no constituye una barrera de contención para los

otros niveles de atención, y transforma al sistema en su conjunto en ineficiente, de baja calidad y de alto costo, que contribuye a generar una percepción poco favorable y de desconfianza de la población para el uso de los servicios del primer nivel de atención.

Brecha de médicos cirujanos especialistas

El Ministerio de Salud a través del Observatorio de Recursos Humanos ha estimado para el año 2010 una brecha de 5 328 médicos cirujanos especialistas, en base a la cartera mínima de especialidades médicas necesarias para el funcionamiento de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) especificadas por la Norma de Categorización vigente, en los establecimientos de salud del I-4 al III-1 del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales. En la distribución de brechas a nivel nacional se identifica que los departamentos de Lima, La Libertad, Puno, Ancash, Cusco son los cinco ámbitos de mayor necesidad de médicos cirujanos especialistas, lo que refleja la inequidad en su distribución.

Asimismo, mediante la R.M 632-2012/MINSA y su modificatorias aprobadas por la RM 997-2012/MINSA y RM 062-2013/MINSA, se ha aprobado un Listado Nacional de 748 Establecimientos de Salud Estratégicos en el Marco de las Redes de los Servicios de Salud. En dicho contexto, y en base a la cartera mínima de especialidades médicas necesarias para el funcionamiento de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) especificadas por la Norma de Categorización vigente, se ha realizado una estimación preliminar de brecha de médicos cirujanos especialistas de aproximadamente 2 458 de acuerdo a la categorización proyectada de 170 establecimientos de salud.

Tendencia creciente de la emigración de profesionales de la salud

Según el Observatorio de Recursos Humanos en Salud, la tendencia de migración entre 1994 a 2008 refleja un

flujo creciente entre las profesiones de la salud, siendo el grupo ocupacional de médicos cirujanos el segundo en proporción, representando el 36,1%, aproximadamente 8 925 del total de profesionales de la salud que emigran. Al analizar los países de destino de emigración de los médicos cirujanos, entre 1994 al 2008, son los Estados Unidos, seguido de Bolivia, Chile, Ecuador, España, Brasil y Argentina, los principales países receptores de migración, con 84% del total ⁽⁶⁾.

Programa del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS

El Programa SERUMS fue creado en el año 1981 mediante Ley N° 23330, teniendo como base el Servicio Civil de Graduados - SECIGRA, que funcionó en la década de 1970. El SERUMS es un programa de servicio a la comunidad efectuado por los profesionales de la salud titulados y colegiados Médicos Cirujanos, Odontólogos, Enfermeros, Obstetras, Químicos-Farmacéuticos, Nutricionistas, Tecnólogos Médicos, Asistentes Sociales, Biólogos, Psicólogos, Médicos Veterinarios e Ingenieros Sanitarios, en los establecimientos del primer y segundo nivel de atención del sector.

Participan en el desarrollo del Programa SERUMS, con decisión política y con financiamiento para los profesionales SERUMS, los representantes de las Instituciones Prestadoras de Salud, integrando el Comité Central del SERUMS, órgano de conducción:

- Seguridad Social (EsSalud);
- Sanidades de la Fuerzas Armadas (Ejército, Marina y Fuerza Aérea);
- Policía Nacional del Perú;
- Ministerio de Salud (MINSA)
- Gobiernos Regionales
- Instituciones Privadas con Convenios

El SERUMS tiene por objetivos:

- Contribuir en la atención de salud de la población más vulnerable del país;

- Desarrollar actividades preventivo promocionales en establecimientos de salud del sector, como acción complementaria para el cumplimiento de los planes de desarrollo y sectoriales de salud.

El Reglamento de la Ley 23330, aprobado por Decreto Supremo N° 005-97-SA, establece en su Artículo 7°. Que los profesionales deben desarrollar las funciones que le sean asignadas por la autoridad competente del establecimiento, o dependencia de salud, donde viene realizando el SERUMS, ya sea como apoyo a los servicios regulares de salud o a las funciones administrativas que le hubieren encomendado para el mejoramiento de la calidad de atención.

Asimismo, deberán desarrollar las siguientes actividades:

- Asistenciales, recuperativas o administrativas;
- Educación para la salud;
- Capacitación continua y permanente;
- Investigación en servicio; y,
- Elaboración de un plan integral de salud local.

El Programa del SERUMS se desarrolla en dos (02) grandes procesos en el período de un año, con lo que se garantiza contar con dos grupos de profesionales que inician el SERUMS en los períodos de mayo y octubre por el lapso de 12 meses.

El SERUMS es requisito indispensable para:

- Ingresar a laborar en los establecimientos del Sector Público en la condición de nombrados, contratados o por servicios no personales.
- Ingresar a los Programas de Segunda Especialización a nivel nacional.
- Recibir del Estado becas u otras ayudas equivalentes para estudio de perfeccionamiento en el País o en el extranjero.

Los requisitos para efectuar el Servicio Rural y Urbano Marginal son los siguientes:

- Ser profesional de la Salud, titulado, colegiado y registrado en la Oficina Ejecutiva de Personal del Ministerio de Salud, o en la Oficina Similar de la Región de Salud o Subregión de Salud correspondiente.
- Acreditar mediante Certificado expedido por una Institución de Salud del Estado de gozar de buena salud física y mental. El Certificado será visado por el Comité Médico.

Las modalidades para el desarrollo del SERUMS son:

- Modalidad Remunerada: los profesionales perciben un pago mensual correspondiente al primer nivel de la carrera profesional al que pertenecen, así como otros beneficios de acuerdo a la normatividad vigente, para lo cual se les realiza un contrato. Los profesionales realizan el servicio en esta modalidad cuando no tienen opción de realizar el servicio en la modalidad remunerada.
- Modalidad de Equivalente (ad honorem): en una entidad pública o no pública previamente determinada por la autoridad competente.
- Modalidad de Acuerdo de Partes: es otra modalidad del servicio, a establecerse mediante un convenio entre el Ministerio de Salud y las Instituciones no públicas, con el compromiso de estas últimas, de financiar el SERUMS de los profesionales que presten sus servicios por doce ⁽¹²⁾ meses en sus dependencias.

Retorno creciente de médicos cirujanos peruanos graduados en el extranjero para realizar el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUMS

Según lo reportado por el Programa SERUMS, el número de médicos cirujanos peruanos procedentes de universidades del exterior inscritos en los diferentes procesos desde el año 2009

hasta el 2013 tiene una tendencia creciente, llegando a un total 1 375 médicos cirujanos, siendo los tres principales países de retorno Cuba, Bolivia, Rusia; lo cual constituye una oportunidad, al insertarse nuevos profesionales que contribuirán a mejorar la cobertura de atención médica en el país.

Situación del desempeño por competencias

Los procesos claves que contribuyen a desarrollar las competencias y mejorar el desempeño de los recursos humanos son la capacitación, selección y evaluación y gestión del desempeño. Sobre los mecanismos de evaluación de desempeño, el MINSA, lo realiza dos veces al año como un proceso administrativo de cumplimiento obligatorio. Los factores contemplados son subjetivos al estar solamente relacionados a la conducta laboral ⁽⁹⁾; no contempla indicadores de productividad. Asimismo, la incorporación de personal a los servicios de salud se realiza bajo mecanismos de reclutamiento y selección tradicional enfocados básicamente a mecanismos de convocatorias limitadas, análisis de currículum y entrevista no estructuradas, que valoran los títulos de formación académica y no las competencias de los candidatos a un puesto de trabajo.

La Autoridad Nacional del Servicio Civil ha estimado respecto a la capacitación que el Estado gasta (porque no es una inversión) alrededor de S/. 300 millones por año en capacitación en temas alejados de las necesidades de las instituciones, pero, sobre todo, que no van en consonancia con la realidad del país. Uno de los factores que ha determinado la poca calidad de las capacitaciones recibidas por los trabajadores públicos es que, si bien la oferta es amplia, principalmente en temas de salud y educación, la calidad es heterogénea. "El financiamiento de los posgrados son financiados por los propios servidores, en muchos casos en horarios de la noche o sesiones maratónicas de fines de semana".

En salud no se cuenta con un estudio que estime el gasto en capacitación; sin embargo, la realidad de las otras variables analizadas son similares; adicionalmente se puede señalar la excesiva movilidad de personal hace que las capacidades generadas para puestos claves se pierda.

El Ministerio de Salud le encarga a la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos en el marco del ROF "Diseñar y mejorar continuamente los perfiles de competencias de los Recursos Humanos de Salud en coordinación con la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto" ⁽¹⁰⁾.

Formación de pregrado en salud

Existe un desequilibrio entre el desempeño laboral y las competencias del egresado de los profesionales de las ciencias de la salud y persistencia de modelos de formación tradicionales, centrados en la enfermedad y no en los problemas del primer nivel de atención. Este dimensionamiento, según Juan Arroyo ⁽⁸⁾, se debe:

- En primer lugar, la inadecuación de los profesionales formados en relación con las competencias requeridas, lo que se traduce en la dificultad para ejercer las competencias para el cuidado de la salud en las personas, así como para desarrollar labores de gestión del cuidado y la atención en salud.
- En segundo lugar, el distanciamiento se da en el desarrollo de estrategias insuficientes para el real dimensionamiento de la formación en salud y cómo esta debería adaptarse a las necesidades del sector y no basarse en presupuestos establecidos por los centros de formación con respecto a una realidad del sector muchas veces equivocada.

La Asamblea Nacional de Rectores informa que para el año 2012 hay 137 universidades de los cuales 50 son públicas y 86 privadas, habiéndose incrementado desde el 2010 un 29% ⁽¹¹⁾. En el caso de las Facultades de Medicina,

estas pasaron de 3 en 1960 a 32 en el 2012 y 49 de Enfermería, es decir en 06 años fueron creadas dos facultades más de Medicina y siete de Enfermería. En el año 2012 estaban matriculados 118 955 alumnos de las trece carreras de ciencias de la salud, de las cuales, las cuatro carreras que requieren de mayores recursos de campos clínicos (Medicina, Enfermería, Obstetricia y Odontología) acumulan casi dos tercios del total de matriculados en carreras de ciencias de la salud.

Este desequilibrio ha propiciado el incremento en la demanda de campos clínicos especialmente por parte de las universidades privadas. Al menos para el caso de medicina no cuentan con hospitales docentes propios, haciendo uso extensivo de los establecimientos públicos del Ministerio de Salud, EsSalud y Sanidades. Asimismo, el incremento constante del número de estudiantes de ciencias de la salud ejerce una presión sobre los servicios de salud, lo cual ha devenido en la sobresaturación de los campos de formación y el consecuente conflicto entre las instituciones formadoras y las sedes docentes que compiten por los espacios de práctica en los establecimientos de salud.

En 2012, la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA recogió información sobre Recursos Humanos a nivel de las DIRESAS; se identificó como situación problemática:

- La saturación de campos clínicos y número excesivo de alumnos para pregrado;
- Débil articulación de las sedes docentes con las instituciones formadoras para la programación y ejecución de actividades de Docencia Asistencial;
- Alta asignación de alumnos por tutor, sin tutoría permanente;
- Inicio de prácticas pre profesionales sin contar con Convenios Marco ni Específicos de Cooperación Docente Asistencial vigentes, y en el caso que tuviesen convenio el incumplimiento

to de los compromisos por parte de las universidades;

- Sedes docentes no cuentan con Programación Conjunta con la Universidad;
- Condiciones mínimas de bioseguridad, ocasionando un alto nivel de insatisfacción en los usuarios.

Además, en ese mismo año, un informe de la Oficina de Defensoría de la Salud y Transparencia señaló la existencia de Problemas en la calidad del servicio brindado a los usuarios, vulnerando a veces su privacidad; por ejemplo divulgando en redes sociales fotografías del proceso de atención a pacientes, mostrando sus rostros con lenguaje ofensivo sobre su condición y el tratamiento recibido (Fuente: Informe de la Oficina de Defensoría de la Salud y Transparencia del MINSA, 2012).

Se reafirma que con esta problemática se pone en riesgo la calidad de la formación y de la atención que brindan los servicios de salud.

Al 2012, solo 6 de 21 (18%) regiones tenían conformado y oficializado su Comité Regional de Pre grado en Salud, lo que dificultaba que el proceso de acreditación de establecimientos de salud como sedes docentes sea concertado, transparente y participativo, con actores del campo de los Recursos Humanos en Salud.

Las Oficinas de Docencia e Investigación en las sedes docentes eran débiles en su organización y conducción de los procesos educativos en servicio en el marco de la Articulación Docente Asistencial. No se habían implementado los subcomités de sedes docentes encargados de la formulación de la Programación Conjunta, generando en los establecimientos de salud la cohabitación (sobreconcentración) de instituciones formadoras.

Estos problemas y su forma de abordaje inviabilizaban una visión estratégica y racional en el desarrollo de la Articulación Docente Asistencial y generaban en el mediano y largo plazo conflictos, al no existir reglas claras al

respecto. Existe un marco normativo que no responde al proceso de descentralización vigente.

La realidad descrita nos plantea uno de los desafíos en la gestión de los recursos humanos en salud: la mejora de la calidad en la formación de los Recursos Humanos en Salud y el respeto a la dignidad de la persona y a los derechos del paciente.

El Decreto Supremo 021-2005-SA que aprueba la Creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia, Servicio e Investigación en Pregrado de Salud se promulgó el 20 de octubre del 2005 ⁽¹²⁾. Desde esa fecha no se ha modificado dicha norma. Teniendo en cuenta que se han producido hechos importantes como la Descentralización en Salud ⁽¹³⁾, determinación de un nuevo Modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad y el Aseguramiento Universal en Salud sería conveniente adecuar este Decreto Supremo a los nuevos cambios y desafíos en el Sector Salud.

En el año 2005 mediante Resolución Suprema N° 032-2005-SA se aprobó las Bases para la celebración de Convenios de Cooperación Docente Asistencial entre el Ministerio, los Gobiernos Regionales y las Universidades con Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud. Esta normativa requiere actualizarse al nuevo marco normativo de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, el proceso de descentralización y su consiguiente transferencia de funciones a las DIRESAs y GERESAs de los gobiernos regionales, la nueva ley de los derechos de las personas usuarios de los servicios de salud, y el permanente fortalecimiento del primer nivel de atención. Del mismo modo, se requiere una normativa que reglamente el actual escenario de los ámbitos geo socio sanitarios, ya que la norma vigente fue diseñada para un contexto de hace más de dos décadas.

Respecto del financiamiento, el Informe País del año 2005 reporta que de un total de 2 340 internos de 10 profesiones de las ciencias de la salud, 627 percibían remuneración financiada por

el MINSA (569 de Medicina Humana y 58 de Odontología), 24 con presupuesto propio de las sedes docentes (Medicina Humana), 01 con otras fuentes de financiamiento (Psicología) y 1 688 ad honorem ⁽¹⁴⁾.

El Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Descentralización en Salud (MED Salud) aprobado con RM 739-2009/MINSA aplicó el instrumento MED, mediante el cual evaluó el ejercicio de las funciones descentralizadas en salud en el ámbito regional, y en la Función N° 2: Regulación Sectorial de recursos humanos en salud, indicador N° 3: “La Dirección Regional de Salud planifica, administra y controla los programas de internado, SERUMS y segunda especialización”, fue calificado como medio en 04 regiones, como bajo en 11 regiones y como “no realiza” en 2 regiones.

Otra problemática encontrada es la situación de los alumnos procedentes de Universidades del extranjero, la misma que no es contemplada en la normativa legal vigente.

Formación Posgrado, Segunda Especialización y Titulación por competencias

La oferta de la formación posgrado se ha incrementado mucho en los últimos años, adoleciendo de una serie de deficiencias. Según un informe del CONCYTEC, la principal problemática es la siguiente: desadecuación entre la oferta formativa y las necesidades del desarrollo, falta de programas de investigación que sirvan de sustento a los programas de posgrado, escasa producción científica, bajas tasas de graduación en relación con el número de egresados y carencia de un organismo que ofrezca información confiable y que asegure la calidad de los estudios de posgrado.

En relación a la segunda especialización, el MINSA a nivel nacional tiene una oferta total de 6 074 médicos especialistas, de los cuales el 61,5% pertenece a las especialidades clínicas, 33,2% a especialidades quirúrgicas, 4,9% a especialidades de apoyo al diagnóstico y

tratamiento y 0,4% a las especialidades de salud pública. Según la norma de categorización existe una demanda total de 11 176 médicos especialistas y según el perfil epidemiológico y demográfico, de 11 738.

A nivel de región, las brechas son mayores en Loreto, Piura, Puno y Madre de Dios, y en cuanto a especialidad la brecha es mayor en las cuatro especialidades básicas: ginecología-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general. Por lo tanto, existe una gran brecha entre la oferta y la demanda de médicos especialistas a nivel nacional y regional que, de forma agregada, representa aproximadamente el 45% de la oferta actual ^(7,15).

Asimismo se tiene una situación que evidencia:

- Déficit crítico de médicos especialistas en los niveles regionales.
- Escaso financiamiento de plazas para la formación de especialistas.
- Ausencia de campos clínicos autorizados en los niveles regionales.
- Los médicos especialistas formados en el sector público son atraídos para trabajar en el sector privado.
- Ausencia de regulación en el retorno de la inversión que realiza el Estado en la formación de médicos especialistas.
- Insuficiente formación de especialistas en enfermería, odontología y otras profesiones de la salud.
- Ausencia de regulación en la segunda especialización para las otras profesiones de las ciencias de la salud.

Diagnóstico de las remuneraciones del personal de salud

Las remuneraciones del personal de salud están conformadas por componentes que son permanentes y no permanentes (variables) y remunerativos y no remunerativos. Asimismo, tienen un componente de remuneración básica (pensionable) que es mínimo y muchos conceptos de pago en el compo-

nente de remuneración no pensionable y variable, con una variedad de leyes o decretos que definen los montos de pago según componentes de la remuneración (permanentes y variables); por ejemplo: 18 en médicos, 25 en profesionales de la salud y 19 en técnicos asistenciales. Existe 05 niveles de carrera en médicos y profesionales de la salud y 06 en técnicos y auxiliares asistenciales; y se aprecia una diferencia mínima de incremento de las remuneración permanente entre cada uno de ellos. La progresión de un nivel a otro (I al V) es por tiempo de servicio y no se relacionaba con criterios de meritocracia y desempeño ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Situación de los recursos humanos en salud al 2013

El Indicador de Densidad de Recursos Humanos en el Sector Salud, que es número de personal de salud (médico, enfermero y obstetra) que en un determinado año laboran a tiempo completo en establecimiento de salud, expresado en una tasa por cada 10 000 habitantes, para el año 2012 el indicador país fue de 26,1 por 10 000 habitantes. Actualmente se ha incrementado a 27,4 por 10 000 habitantes, habiendo 14 departamentos por encima de lo establecido (25 x 10 000); la disponibilidad de médicos, enfermeras y obstetras es a través de diferentes estrategias como el aumento de plazas SERUMS y la contratación de profesionales de la salud por presupuesto por resultados; persiste aún la inequidad en la distribución de recursos humanos en los ámbitos de los Gobiernos Regionales ⁽¹⁹⁾.

Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud

Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención

El Ministerio de Salud mediante R.M. N° 176- 2014/MINSA ⁽²⁰⁾ aprobó la Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos

Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención ⁽²¹⁾, la cual tiene como finalidad el promover la implementación de estrategias de dotación de recursos humanos en salud para servicios asistenciales del primer nivel de atención en el marco de la universalización de la protección social en salud y la descentralización. Se realiza mediante la metodología para la estimación de las brechas de RHUS de los servicios asistenciales del primer nivel de atención.

Su ámbito de aplicación son todas las unidades orgánicas o dependencias del Ministerio de Salud, direcciones de salud (DISAS), direcciones regionales de salud (DIREAS) o gerencias regionales de salud (GERESAS); y podrá ser de uso referencial para las demás organizaciones del Sector Salud.

El cálculo de la brecha de recursos humanos en salud (RHUS) establecida cuenta con tres momentos metodológicos y ha sido validada con representantes de 26 DIREAS/GERESAS/ DISAS, Direcciones/Oficinas Generales del MINSA (DGSP, OGPP, OGGRH, Oficina Descentralización) y cooperantes (USAID/POLSALUD Y OPS). Como un producto adicional a la formulación de la metodología de cálculo de brechas y considerando variables demográficas, socioeconómicas, geográficas y de acceso a servicios de salud que inciden en la carga de trabajo del personal de salud, especialmente en el primer nivel de atención, se ha formulado el Índice de Dispersión Poblacional Distrital (IDP), el cual permite clasificar por niveles de dispersión los distritos de todo el país, como criterio del ajuste de dotación.

Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención

Mediante Resolución Ministerial N° 437-2014/MINSA se aprueba la Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos

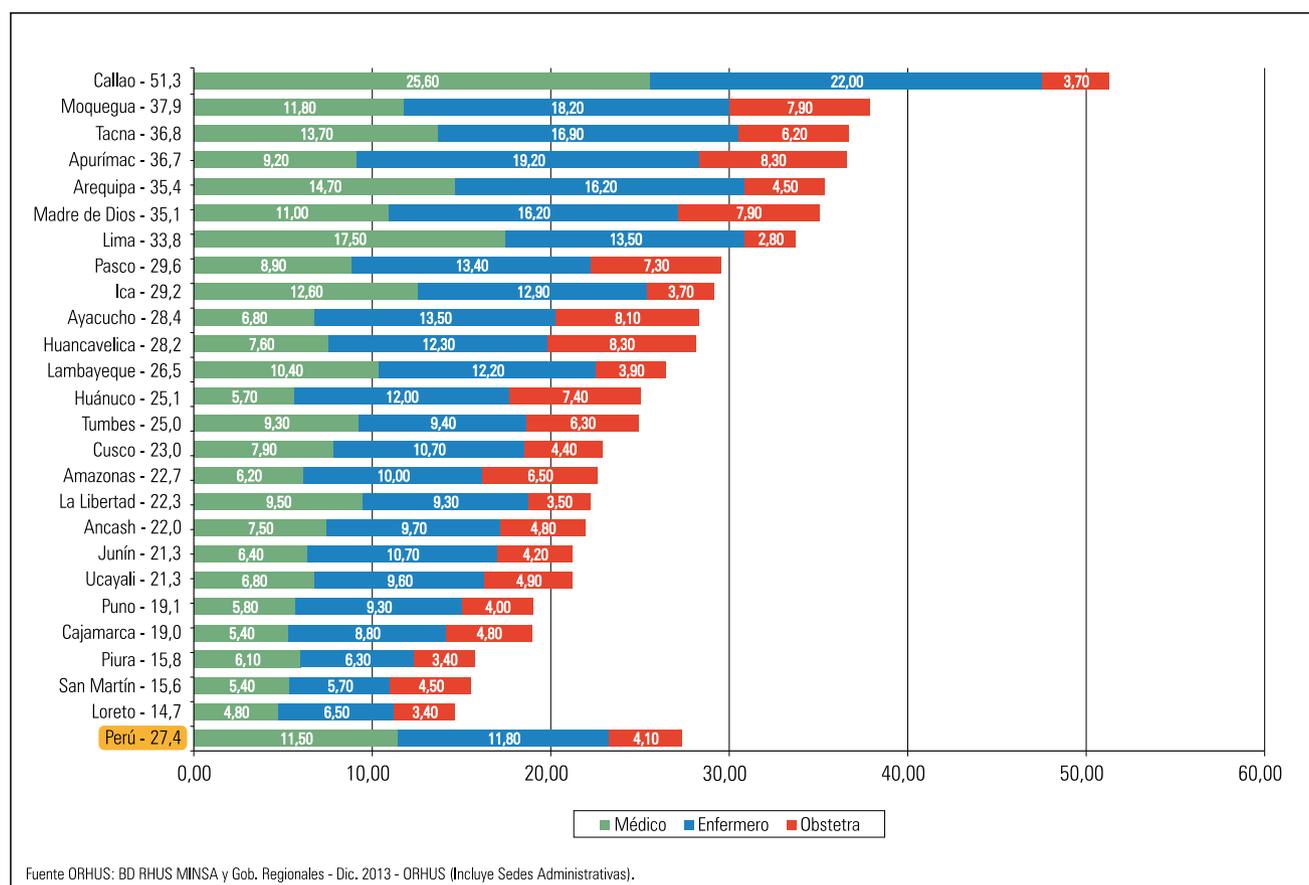


Figura 1. Densidad (por 10 000 hab.) de recursos humanos en el sector salud, por Departamento del Perú – 2013.

Humanos en Salud para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención que promueva la implementación de estrategias de dotación de recursos humanos en salud en el marco de la Reforma del Sector Salud, el Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización; a través del establecimiento de la Guía Técnica de Metodología para la estimación de las brechas de recursos humanos en salud de los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención, considera la demanda efectiva de prestaciones y la oferta de los servicios de salud; es de aplicación en todas las unidades orgánicas o dependencias del Ministerio de Salud, establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs) o Gerencias Regionales de Salud (GERESAs) o la que haga sus veces en el ámbito regional, y podrá ser

de uso referencial para las otras organizaciones del Sector Salud ⁽²²⁾.

La estimación de la brecha de RHUS tiene dos enfoques metodológicos a considerar:

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

Estrategias de Intervención en gestión y desarrollo de recursos humanos implementadas por el Ministerio de Salud

Reforma en el Sector Salud

Actualmente, el Perú enfrenta un escenario político, económico y social que

hace favorable y viable la implementación de una política de cambios en el sector salud. Estos factores son: el crecimiento sostenido de la economía, la mejora en la recaudación fiscal, el fortalecimiento del proceso democrático e institucional, el proceso de descentralización que se va afianzando, la creciente expectativa de la ciudadanía por el ejercicio y la concreción de sus derechos, la creciente cultura por el cuidado responsable de la salud y, lo más importante, la voluntad y el respaldo político del Gobierno para tomar decisiones en el marco de una política pública de inclusión social.

La Presidencia de la República, mediante Resolución Suprema N° 001-2013-SA, encargó al Consejo Nacional de Salud, un órgano consultivo del sector salud que cuenta con representantes de distintas organizaciones gubernamentales y no guber-

namentales relacionados con la salud del país (MINSA, Asamblea Nacional de Rectores, Colegio Médico del Perú, Asamblea de Municipalidades del Perú, Organizaciones de la Sociedad Civil, EsSalud, Sanidades, entre otros), la elaboración de propuestas de Reforma del Sector Salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, conducentes asegurar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud y la cobertura progresiva de las atenciones de salud, en el marco del derecho a la salud de todos los peruanos.

Asimismo, se ha recogido propuestas de los Consejos Regionales de Salud de todo el país, de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales del Colegio Médico del Perú, y realizado reuniones de intercambio con el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud, Gremios Empresariales, Centrales Sindicales [incluyendo la Confederación de Trabajadores del Perú (CGTP) y la Central de Trabajadores del Perú (CTP)] y los Colegios de Profesionales de la Salud.

Los Lineamientos y medidas de la Reforma del Sector Salud se orientan a mejorar el estado de salud de los residentes en el país, reconociendo que la salud es un derecho fundamental y que el Estado garantiza la universalización de protección social en salud para todas las personas sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida. La implementación tendrá intervenciones en tres ejes complementarios: la protección de la población frente al riesgo de enfermedad, la protección del usuario para garantizar la efectividad, oportunidad y seguridad en las prestaciones, y la protección financiera para fortalecer el sistema de financiamiento orientado a aminorar el gasto de bolsillo de la población.

Visión de la Reforma en Salud

Que cada vez más población sea cubierta o protegida; que las intervenciones de salud colectiva y los servicios de salud a que se accede sean cada vez mejores cualitativa y cuantitativamente; y que los recursos económicos destinados

para la cobertura sanitaria sean los necesarios y se usen de manera efectiva y eficiente ⁽¹⁾.

Durante los últimos años se ha conseguido mejorar de manera significativa importantes indicadores de salud, habiéndose alcanzado ya el objetivo del milenio para la mortalidad infantil, y a punto de alcanzarlo para la mortalidad neonatal y la desnutrición crónica. Persisten no obstante brechas internas, viejos desafíos y deficiencias, sumados a un escenario de transición demográfica y cambios en el perfil epidemiológico de la población, que hacen evidente una nueva agenda sanitaria acompañada de nuevas demandas de protección en salud pública y de atención de la salud individual. Ello obliga a una respuesta de los componentes del Sistema de salud y del Estado en su conjunto a fin de caminar hacia una Reforma que permita la universalización de la protección en salud. Este es uno de los desafíos más importantes del Estado Peruano, el cual se inscribe, a nivel internacional, en la corriente patrocinada por la Organización Mundial de la Salud para lograr la Cobertura Universal en Salud y, a nivel interno, en la Política de Inclusión Social que impulsa el actual gobierno.

Las propuestas de la Reforma del Sector Salud comprenden las siguientes medidas ⁽¹⁾:

- La protección al ciudadano de los riesgos de enfermar o morir, incluyendo, entre otras: reorganizar el MINSA y fortalecer su rectoría para asegurar una efectiva promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de los principales problemas de salud pública; diseñar e implementar la carrera de “técnicos en salud pública” para asegurar una respuesta de control efectiva y oportuna frente a epidemias y desastres.
- La protección al usuario de servicios de salud, a través de: organizar redes integradas de salud para la atención primaria y secundaria, articuladas en torno a 750 establecimientos estratégicos en todo el país; implementar un programa de mejora de

la gestión hospitalaria; establecer la planificación multisectorial e intergubernamental y la optimización de la gestión de la inversión pública para ampliar la capacidad resolutive de la red de atención primaria y hospitalaria ⁽²³⁾; aplicar esquemas de incentivos monetarios y no monetarios para reclutar y retener al personal que labore en las zonas de menor desarrollo; regular la formación de pregrado y posgrado de recursos humanos en salud para satisfacer las necesidades de atención de salud de la población.

- La protección financiera en salud, considerando, entre otras: aplicar focalización geográfica en zonas rurales para facilitar la afiliación de población pobre; implementar nuevas modalidades de pago que incentiven la productividad y calidad de los servicios de salud y su orientación al usuario. Asimismo, aminorar los gastos de bolsillo de la población peruana.

Dentro de las normas de implementación de la Reforma se han aprobado Decretos Legislativos, Decretos Supremos y Resoluciones Ministeriales, en el marco de la Delegación de Facultades para rápidamente iniciar este proceso de cambios:

- El Decreto Legislativo 1161, Ley que aprueba la Organización y Funciones del MINSA, para fortalecer el trabajo de Salud Pública, mejorar la gestión de los hospitales de Lima, mejorar la fiscalización en salud y la reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública ⁽²⁴⁾.
- El Decreto Legislativo 1154 para la continuidad de la prestación de servicios complementarios entre MINSA, Gobiernos Regionales, EsSalud, Sanidades de Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú.
- El Decreto Legislativo 1166 para la organización y gestión de la Red Integrada de Servicios de Salud con énfasis en Atención Primaria y Secundaria ⁽²⁵⁾.

- El Decreto Legislativo 1153 de la nueva Política Remunerativa basada en mérito, desempeño y riesgo según el nivel de atención, para revalorar los recursos humanos y propiciar un clima laboral saludable, a fin de que ello contribuya a mejorar la salud de la población peruana ⁽²⁶⁾.
- El Decreto Legislativo 1157 para mejorar la inversión pública en salud.
- El Decreto Legislativo 1164 para ampliar gradualmente la cobertura de afiliación al Seguro Integral de Salud.

Dentro de las medidas que ya se han iniciado están:

- La implementación del Plan Esperanza, orientada en reducir las cifras actuales de cánceres avanzados y que se detecte en época temprana para disminuir también la tasa de muerte por este mal. Para ello se han fortalecido 7 500 establecimientos de Atención Primaria; se ha puesto en marcha la atención itinerante, el “Esperanza Móvil” que se hará expansivo en todo el país; y se han establecido los mecanismos para que todo peruano tenga accesos a tamizaje temprano.
- El intercambio prestacional que ya está funcionando en 13 regiones permitiendo, por ejemplo, que los asegurados del SIS se atiendan en Hospitales de EsSalud.
- El funcionamiento del Fondo Intangible Solidario de Salud-FISSAL, que ha financiado el trasplante de médula ósea no emparentado a 3 niños en el Jackson Memorial Hospital y Children's Miami Hospital de Miami, por un monto de S/. 4 millones 200 mil nuevos soles.
- La reciente inauguración del Registro Nacional de Donantes de Médula Ósea en el 2° piso del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja.
- Las incorporaciones como afiliadas al SIS de las personas naturales comprendidas en el Nuevo Régimen

Único Simplificado (N-RUS) y sus derechohabientes.

- La incorporación en los Hospitales Nacionales e Institutos Especializados de Lima de los “Gestores de la atención digna y de calidad” del Seguro Integral de Salud, para cautelear la gratuidad e integralidad de las prestaciones financiadas en el marco del derecho a la salud y del aseguramiento universal.
- El inicio de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud-SUNASA.

Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas

El Decreto Legislativo N° 1153 regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del personal de la salud al servicio del Estado, el que tiene por finalidad que el Estado alcance mayores niveles de equidad, eficacia, eficiencia y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano que promueva el desarrollo del personal de la salud al servicio del Estado ⁽²⁶⁾. Se encuentra bajo el alcance de esta norma el personal de salud al servicio del Estado del Ministerio de Salud y sus Organismos Públicos; Ministerio de Defensa; Ministerio del Interior; Ministerio de Educación; Ministerio Público; Gobiernos Regionales y sus Organismos Públicos; Instituto Nacional Penitenciario; y Entidades Públicas cuyo titular es el más alto funcionario público del Poder Ejecutivo, Judicial y Legislativo.

Estructura de la Compensación Económica (Remuneraciones)

La compensación económica que se otorga al personal de la salud, está integrada por ⁽²⁶⁾:

Valorización Principal:

Es el ingreso económico como concepto único de carácter mensual permanente que percibe el personal de salud de acuerdo a la unificación, nivelación

y ajuste de los conceptos que la originaron. Sujeta a la afectación por cargas sociales, impuestos y pensionable ⁽²⁷⁾.

Valorización Ajustada:

Se otorga al puesto que sea ocupado por el personal de la salud, en razón de la entidad, a través de las siguientes bonificaciones y son excluyentes entre sí:

- Bonificación por Puesto de Responsabilidad Jefatural de Departamento o Servicio.
- Bonificación por Puesto de Responsabilidad Jefatural en establecimientos de salud I-3 y I-4, Microrredes o Redes.
- Bonificación por Puesto Especializado o de dedicación exclusiva en Servicios de Salud Pública.
- Bonificación por Puesto Específico.

Valorización Priorizada:

Se asigna al puesto de acuerdo a situaciones excepcionales y particulares relacionadas con el desempeño en el puesto por periodos mayores a un mes. Se restringe al tiempo que permanezcan las condiciones de su asignación:

- Entrega económica por Zonas Alejadas o de Frontera ZAF;
- Entrega económica por Zona de Emergencia VRAEM y Huallaga;
- Entrega económica por Atención Primaria de Salud (I nivel: del I-1 al I-4) ^(28,29);
- Entrega económica por Atención Especializada (Establecimientos Estratégicos en regiones);
- Atención Especializada (Hospitales e Institutos Especializados);
- Atención en Servicios Críticos (Unidad de Quemados, Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios, Emergencia del II y III nivel).

Entrega Económica por zonas alejadas o de frontera:

El otorgamiento de la bonificación mensual para el personal del sector salud que labora en zonas alejadas o de

frontera tiene concordancia con la implementación de la Reforma del Sector Salud y los Lineamientos de Política para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud; asimismo, permitirá mejorar los mecanismos de reclutamiento, retención y permanencia de los RHUS, así como contar con RHUS motivados y comprometidos, logrando un mejor desempeño, mayor acceso de atención de salud con calidad y alcanzar resultados sanitarios.

El listado de Establecimientos de Salud (EESS) en el ámbito de zonas alejadas o de frontera de la jurisdicción de los gobiernos regionales en el marco de la aplicación del D. Leg. 1153 asciende a 2152 EESS, distribuidos a nivel nacional. En el año 2013 y en el marco del artículo 21 de la Ley 29951, Ley de presupuesto del año fiscal 2013 se identificó 1507 EESS en zonas alejadas o de frontera.

La entrega económica es otorgada al personal de salud que labora en forma efectiva en los establecimientos de salud ubicados en estas zonas, que incluye a los profesionales que realizan el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS, siendo el monto fijado el indicado en la tabla 1.

Entrega Económica por Zona de Emergencia:

Se asigna al puesto ubicado en el Valle de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM), en tanto se mantenga dicha calidad de acuerdo a la normatividad vigente; así como a los puestos ubicados en las zonas declaradas en emergencia por circunstancias similares a las del VRAEM.

Esta entrega económica debe otorgarse al personal de salud que trabaja y vive en zonas de emergencia, en las cuales la presencia de elementos subversivos, traficantes y/o narcoterroristas, hace que la labor del personal de la salud esté expuesta a sufrir diversas contingencias que puedan afectar su vida y su salud; de acuerdo a lo establecido por la Presidencia del Consejo de Ministros los distritos y provincias

Tabla 1. Bonificación Zonas Alejadas o de Frontera (ZAF).

Personal de Salud	Bonificación Zonas Alejadas o de Frontera (ZAF)
Médicos Cirujanos	1 480.00
Otros profesionales de las ciencias de la salud	1 100.00
Profesionales administrativos, personal técnico y auxiliar asistencial y administrativo	740.00

que se deben tener en cuenta para su otorgamiento son los mostrados en la tabla 2.

Servicio Complementario en Salud

El D. Leg. N° 1154 autoriza a los profesionales de la salud a realizar Servicio Complementario en Salud, en forma voluntaria, que consiste en la realización de un conjunto de actividades y procedimientos asistenciales, en el mismo establecimiento de salud donde labora o en otro establecimiento de salud con el que su unidad ejecutora o entidad pública tenga firmado un convenio de prestación de servicios complementarios, Convenios pactados con

las Instituciones Administradoras de Financiamiento en Salud o Convenios de Intercambio Prestacional, a efectos de mejorar el acceso a los servicios de salud a través de la reducción de la brecha existente entre la oferta y la demanda efectiva de los servicios de salud a nivel nacional ⁽³⁰⁾.

Gestión Eficiente, Eficaz y más Humana Del Programa SERUMS

Se incrementó en 1 200 nuevas plazas para fortalecer los establecimientos estratégicos de las nuevas redes funcionales; de ellos, 300 corresponden a médicos cirujanos y 900 a otros profesionales de la salud (figura 2). Asimismo, permitió la implementación de mecanismos de incentivos (dinerarios y no dinerarios) por zonas geográficas, estrategias de supervisión y control oportunos y eficaces. En el proceso SERUMS 2013, se ofertó como Sector 8 478 plazas para los profesionales de las ciencias de la salud. Con el programa SERUMS, se ha logrado programar plazas en los quintiles de pobreza con un total de 7 283 plazas (98,9%).

La planificación de los profesionales de las ciencias de la salud SERUMS, actualmente se realiza con los siguientes criterios:

Tabla 2. Distritos y provincias que se encuentran declarados en Estado de Emergencia, año 2014.

Ámbito	Estado de Emergencia	Período
Distrito de Echarate, provincia de La Convención del departamento de Cusco.	D.S. 007-2014-PCM	31.01.14 al 31.03.14
	D.S. 021-2014-PCM	01.04.14 al 30.05.14
Provincias de Huanta y La Mar del departamento de Ayacucho; en la Provincia de Tayacaja del Departamento de Huancavelica; en los distritos de Kimbiri, Pichari y Vilcabamba de la Provincia de La Convención del departamento del Cusco; en la provincia de Satipo; en los distritos de Andamarca y Comas, de la provincia de Concepción; y, en los distritos de Santo Domingo de Acobambaba y Pariahuanca, de la Provincia de Huancayo del departamento de Junín.	D.S. 008-2014-PCM	25.01.14 al 25.03.14
	D.S. 020-2014-PCM	26.03.14 al 24.05.14
Distrito de Cholon de la provincia de Maraón, en el distrito de Monzón de la provincia de Huamán, y en la provincia de Leoncio Prado, circunscripciones ubicadas en el departamento de Huánuco; en la provincia de Tocache del departamento de San Martín; y, en la provincia del Padre Abad del departamento de Ucayali.	D.S. 134-2013-PCM	30.12.13 al 28.02.14
	D.S. 017-2014-PCM	28.02.14 al 28.04.14

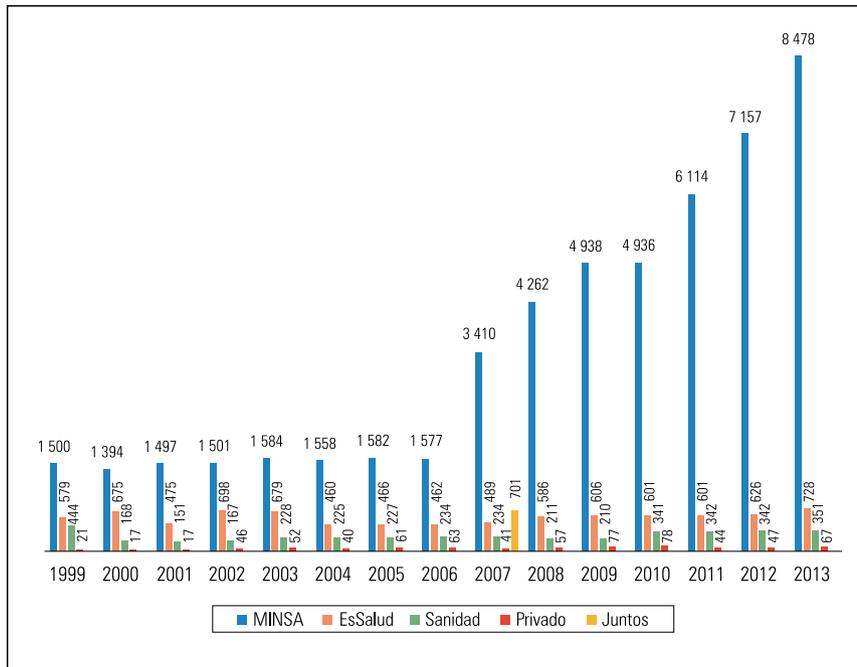


Figura 2. Evolución de la Oferta de Plazas Remuneradas SERUMS, Sector Salud 1990 – 2013.

cluye un acceso geo referencial a través del google-maps que orienta y ayuda a elegir las plazas.

Segunda especialización: Residentado Médico

En el marco de la Reforma del Sector Salud, el Ministerio de Salud, en coordinación con los Gobiernos Regionales, las Direcciones de Salud o sus equivalentes, las Direcciones de Hospitales, los Gobiernos Locales, las Instituciones Formadoras, Colegios Profesionales, viene diseñando e implementado estrategias que permitan ampliar la cobertura y descentralizar la atención especializada en el sistema. Estas estrategias son:

Incremento del número de vacantes en la modalidad libre y cautiva en el Sistema Nacional de Residentado Médico – SINAREME, para la formación de médicos especialistas

Hito histórico en el Sistema Nacional de Residentado Médico, es el Incremento de 600 plazas para la formación de especialistas en medicina humana en la modalidad libre en el Proceso de Admisión al Residentado Médico 2013 financiadas por el Ministerio de Salud. El 49% de las nuevas plazas han sido asignadas a los Gobiernos Regionales (Ancash, Apurímac, Arequipa, Cajamarca, Callao, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Piura, Puno y Tacna); del total de plazas 250 Plazas se financiaron y se ofertaron en la modalidad libre, para la formación de especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria, en el marco de la reforma en salud de lograr un sistema de salud orientado a la APS con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria. El incremento de 600 plazas correspondió a una inversión de S/ 14 782 435 Nuevos Soles.

Incorporación de Nuevas Sedes Docentes de formación especialistas en medicina humana

Previo acuerdo con las Universidades y los Gobiernos Regionales y en coherencia con los estándares exigidos por

Identificación del ámbito para la dotación de profesionales:

- Distritos de extrema pobreza, muy pobres o pobres (quintil I, II y III) del total de departamentos del país.

Criterios para la dotación:

Medicina, Enfermería, Obstetricia

- Brecha de Recursos Humanos por Departamento.
- Establecimiento de Salud del 1º nivel de atención.
- Duplicidad de Recursos Humanos en el EESS.

Nutrición

- Departamentos del ámbito de JUNTOS-CRECER.
- Establecimiento de Salud del I-4, o, I-3.
- Existencia o no de Recursos Humanos en el EESS.

Biología

- Departamentos con reportes de alguna enfermedad metaxémica.
- Establecimiento de Salud II-1, o, I-4.

- Existencia o no de Recursos Humanos en el EESS.

Medicina Veterinaria

- Departamentos con algún reporte de Rabia.

- Establecimiento de Salud del I-4, o I-3.

- Existencia o no de Recursos Humanos en el EESS.

Ingeniería Sanitaria

- Departamentos del ámbito CRECER.
- Establecimiento de Salud I-4, o, I-3.
- Existencia o no de Recursos Humanos en el EESS.

Se ha logrado implementar una estrategia Comunicacional: Plataforma Virtual “COMUNÍCATE SERUMS”, que es una página de interacción con los profesionales ANTES-DURANTE-DESPUÉS, de realizar el SERUMS y brinda información interactiva; mediante el componente “CONOCE TU PLAZA”. Le permite al profesional SERUMS tener información completa del establecimiento de salud; esto in-

el Comité Nacional de Residentado Médico ^(31,32), en el año 2013 se inició la formación de médicos especialistas en las Facultades de Medicina de las Universidades Nacional de Cajamarca y Universidad Nacional de Tacna.

Planificación estratégica descentralizada de plazas cautivas

En la Planificación Estratégica Descentralizada de la oferta de plazas en la modalidad cautiva para la formación de los profesionales de ciencias de la salud, se integra las siguientes variables: el perfil epidemiológico regional, necesidades por categoría de establecimientos de salud y disponibilidad de campos clínicos.

Titulación por competencias:

Se ha priorizado las especialidades para la titulación por competencias e Implementación regional progresiva, en el marco de un Nuevo modelo de Titulación por la Modalidad de Evaluación de Competencias, que se está elaborando de manera concertada por el Ministerio de Salud, con las Universidades y los Colegios Profesionales.

Programas breves de titulación:

Formalización de los médicos que habiendo terminado el Residentado no obtuvieron el título y registro correspondiente; en coordinación con las universidades y el Colegio Médico del Perú, se facilitará la titulación y Registro de médicos del sector público del país.

Servicio Complementario en Salud:

Mediante Decreto Legislativo N° 1154 se autoriza a los profesionales de la salud, en forma voluntaria, a realizar un conjunto de actividades y procedimientos asistenciales, en el mismo establecimiento de salud donde labora o en otro establecimiento de salud con el que su unidad ejecutora o entidad pública tenga firmado un convenio de prestación de servicios complementarios, Convenios pactados con las Instituciones Administradoras de Financiamiento en Salud o Convenios de Intercambio Prestacional, a efectos de mejorar el acceso a los servicios de salud a través de la reducción de la brecha existente entre la oferta y la demanda efectiva de los servicios de salud a nivel nacional ⁽³⁰⁾.

Servicios de Telemedicina:

En forma progresiva, el Perú contará con interconsultas especializadas a través de una plataforma clínica virtual (www.theisaproject.eu) para los médicos del I y II nivel, quienes podrán consultar a través de la Web con especialistas de hospitales regionales y nacionales, así como también con miembros de las sociedades médicas de especialistas. Se tiene un Convenio Internacional con el Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, España; está en las instancias administrativas para su revisión técnico/legal.

Dotación de Médicos Especialistas en los Gobiernos Regionales:

Se ha dotado, en el año 2013, 99 Médicos Especialistas de 21 especialidades para cubrir la Atención Especializada en las regiones de Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno y San Martín (ver tabla 4).

Tabla 3. Oferta de plazas en el Proceso de Admisión al Residentado Médico. Período Años 2008 al 2013.

SINAREME Financiadores	2008				Total 2008	2009				Total 2009	2010					Total 2010
	L	C	D	BI		L	C	D	BI		L	C	D	BI	BN	
Ministerio de Salud	346		173	2	521	313		145	10	468	317	340				657
Gobiernos Regionales	66		28	2	96	65	49		2	116	71		82	3		156
EsSalud	262		110		372	140		110		250	158		157			315
Policía Nacional del Perú	28	10	15		53	28	38	29		95		120				120
Total Sanidades FFAA	29	64	24		117	28	74	15		117	32	70	7			109
Otras instituciones	3		1	2	6	4		3	2	9	10			3	1	14
Total	734	74	351	6	1165	578	161	302	14	1055	588	530	246	6	1	1371

SINAREME Financiadores	2011					Total 2011	2012				Total 2012	2013				Total 2013
	L	C	D	BI	FP		L	D	C	BI		L	D	C	BI	
Ministerio de Salud	312	330				642	592	14	307	0	913	935		311		1246
Gobiernos Regionales	74	63	49	3	9	198	65	52	56	1	174	64	56	75	1	196
EsSalud	158	188	70			416	168	25	159	0	352	659		191		850
Policía Nacional del Perú	28	92			1	121	28	10	84	0	122	28	3	84		115
Total Sanidades FFAA	31	59	1	3	10	104	33	15	60	0	108	36	18	72		126
Otras instituciones	10			2	2	14	25	1	2	2	30	36	12	9	2	59
Total	613	732	120	8	22	1495	911	117	668	3	1699	1758	89	742	3	2592

Modalidad de postulación: L:Libre, C:Cautiva, D:Destaque, BI:Beca internacional, BN:Beca nacional, FP:Financiamiento privado.

Prioridades nacionales de especialidades médicas

Al Ministerio de Salud, en uso de sus atribuciones como ente rector del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Nacional de Residentado Médico SINAREME, le ha correspondido en el año 2012 establecer las 38 prioridades de especialidades y subespecialidades para la formación de médicos especialistas coherente con las necesidades de salud del país, siendo el Ministerio de Salud responsable de la atención del 60% de la población, en especial de las áreas más vulnerables de país. Mediante Resolución Ministerial N° 286-2012/MINSA se estableció como prioritarias las especialidades y subespecialidades para la formación de médicos especialistas en medicina humana a ser considerados en la oferta de plazas en los procesos de admisión al Sistema Nacional de Residentado Médico.

Residentado Odontológico

El Residentado Odontológico tiene como finalidad la formación de profesionales especializados en el campo de la Salud bucal, orientados a brindar servicios odontológicos de la más alta calidad destinados a los sectores más vulnerables; se mejora así la oferta de atención especializada en salud creada Mediante Decreto Supremo Nro. 009-2013-SA, del 11 de julio del 2013. Este es de aplicación en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud para la formación de especialistas en Odontología, en el marco de la Ley 27878, Ley del Trabajo del Cirujano Dentista y su Reglamento, contribuyendo al logro de los objetivos del sector señalados en los Objetivos del Milenio, Acuerdo Nacional, Lineamientos de Política Sectorial 2007- 2020 y Plan Nacional Concertado de Salud.

En la actualidad, las estadísticas indican que las enfermedades de la cavi-

dad bucal ocupan el segundo lugar de las principales causas de morbilidad registradas en consulta externa a nivel nacional y, en referencia a la carga de enfermedad, ocupa el puesto 18 de las principales causas de años de vida sanos perdidos. La Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud asumió, en el marco de sus funciones, la construcción de un espacio de regulación en Odontología, en ejercicio de la función rectora de la autoridad nacional sanitaria-MINSA, con la finalidad de regular la formación de los especialistas en Odontología que brindarán servicios especializados en salud en el país.

Asimismo, mediante el Decreto Supremo N° 009-2013-SA se aprueba el Reglamento del Residentado Odontológico que tiene por objeto regular la organización y funcionamiento del Residentado Odontológico, cuyos objetivos entre otros son los siguientes: a) Garantizar la formación especializada de los cirujanos dentistas y que se desarrolle cumpliendo con los estándares óptimos de calidad y de acuerdo a las necesidades del país; b) Promover que tanto las instituciones del Sector Salud como las universidades compartan responsabilidades y planifiquen el uso racional y óptimo de los recursos en la formación de especialistas en Odontología; c) Desarrollar las especialidades de forma integral científica y humanista del cirujano dentista, promoviendo el perfeccionamiento continuo de sus conocimientos, destrezas y actitudes; d) Promover que el cirujano dentista residente desarrolle una disposición de compromiso con la comunidad y respeto a la dignidad de la persona humana; e) Desarrollar actividades de Docencia, Servicio e Investigación en los servicios de salud, incluidas las Clínicas Docentes Asistenciales Universitarias.

Comité Nacional de Pregrado en Salud - CONAPRES

El Comité Nacional de Pregrado de Salud, CONAPRES, es creado por Decreto Supremo N° 021-2005-SA como la máxima instancia del Sistema Nacional

Tabla 4. Médicos Especialistas contratados modalidad CAS por Región.

Región	Anatomía patológica	Anestesiología	Cardiología	Cirugía General	Endocrinología	Gastroenterología	Geriatría	Gineco-Obstetricia	Enfermed. Infecc. y Trop.	Med. Fam. y Comunitaria	Med. de Emerg. y Desast.	Medicina Intensiva	Medicina Interna	Neurología	Oftalmología	Ortopedia y Traumat.	Otorrinolaringología	Patología Clínica	Pediatría	Psiquiatría	Urología	Total general	
Amazonas				1									1					1	2				5
Apurímac		1				1	1			4			1		1					1			10
Ayacucho		2	1	1	1			1		2			3	1								1	13
Cajamarca	1	1		1															1				4
Cusco		2																					2
Huancavelica	1		1										1							1			4
Ica		2		2				2											1				7
Junín		1		2									1							2			6
La Libertad		2		3				1													1		7
Lambayeque		1						1	1	3			2				1						9
Loreto		3						1															4
Madre de Dios		1																					1
Moquegua				1												1							2
Pasco		2		2				2												1			7
Piura		1						2	1														4
Puno		2		1				1				1	1										6
San Martín		1		2					1						1								5
Total	1	23	1	17	1	1	1	11	0	9	3	1	10	1	2	1	1	1	1	8	2	1	96

de Articulación en Docencia – Servicio e investigación de Pregrado de Salud, SINAPRES. Se encarga de coordinar y regular el SINAPRES para el logro de sus objetivos. Tiene por funciones, entre otras, asumir la responsabilidad por el seguimiento, supervisión y evaluación del Sistema, en coordinación con los Comités Regionales de Pregrado de Salud. El CONAPRES es presidido en forma alternada, durante un año, por: a) El Jefe del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos; actualmente es la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos Decreto Supremo N° 011-2008-SA; y, b) El Presidente de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM). El Presidente cuenta con voto dirimente.

Entre otras actividades realizadas: brindar conformidad con opinión favorable a Convenios Específicos; conformación de Comités Regionales de Pregrado de Salud COREPRES y Subcomités de Sede Docentes; funcionamiento de las Comisiones Permanentes del CONAPRES (Planificación, Ética y Deontología, Monitoreo, Supervisión y Evaluación y Acreditación de Sedes Docentes). Actividades pendientes: Presentación de la propuesta de estándares para la acreditación de Hospitales como Sedes Docentes; Elaborar propuesta de Directiva Administrativa de Convenios y Documento Normativo que regule y planifique las plazas de internado en ciencias de la salud.

Competencias del personal de salud

A nivel país se tiene el marco normativo regulada por la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR) del país, cumpliendo con una de sus funciones de planificar y formular las políticas nacionales del Sistema de Recursos Humanos. Ha incorporado el enfoque de competencias en los sub sistemas de selección, capacitación y evaluación del desempeño. Los Lineamientos de Política Nacional de Recursos Humanos aprobados por el Consejo Nacional de Salud (CNS) en setiembre del 2005 y por RM 1007-2005 del 30 de diciembre del 2005, hacen referencia explícita al

tema de competencias ⁽³³⁾. En el Lineamiento N° 6 se señala el “Impulso de un nuevo marco normativo laboral integral que considere el ingreso en base a perfiles ocupacionales por competencias y que aplique la promoción en la carrera pública, los beneficios e incentivos laborales teniendo en cuenta el mérito y criterios de justicia y equidad”. El Plan Nacional Concertado de Salud aprobado en julio del 2007 también incorporó el tema de competencias.

El sexto lineamiento del Plan en relación con el desarrollo de los recursos humanos presenta el objetivo estratégico de “Identificar, desarrollar y mantener recursos humanos competentes, asignados equitativamente y comprometidos para atender las necesidades de salud de la población”. Dentro de las metas del Plan para el año 2011 se consideró “La implementación en las regiones del modelo de gestión por competencias.

Guía de Identificación, Estandarización y Elaboración de Instrumentos para la Evaluación de Competencias con el Enfoque Funcional

Mediante Resolución Ministerial N° 251-2014/MINSA se aprobó la Guía de Identificación, Estandarización y Elaboración de Instrumentos para la Evaluación de Competencias con el Enfoque Funcional, cuyo objetivo es el de establecer el proceso metodológico para la identificación de competencias y diseño de estándares e instrumentos de evaluación de competencias específicas con el enfoque funcional ⁽³³⁾.

Evaluación de Competencias en Infecciones Respiratorias Agudas IRAS, en los médicos cirujanos

Se han evaluado a 109 Médicos del Primer Nivel de Atención con competencias en Atención de IRAS, de los ámbitos de la DISA Lima Este, DIRESA Puno, DIRESA Loreto, logrando mejorar el desempeño en la atención de IRAS en niños menores de 5 años; esta experiencia incluye:

- 109 Médicos Evaluados (Lima Este 29, DIRESA Puno 67, DIRESA Loreto 13);
- 8 Centros Operadores Acreditados para la Atención de IRAS: DIRESA Puno (C.S Vallecito, C.S José Antonio Encinas, C.S Revolución, C.S Santa Adriana) DIRESA Loreto (C.S San Juan de Miraflores, C.S Moronacocha) DISA Lima Este (C.S Nochetto, C.S Caja de Agua);
- 6 Médicos Evaluadores de Competencias.

Esta es la primera experiencia realizada por el MINSA respecto al proceso de evaluación de competencias con fines de certificación en personal de salud del primer nivel de atención que incide positivamente en la calidad de la atención y, consecuentemente, contribuye a la reducción de los índices de morbi-mortalidad por este daño.

Selección, formación y dotación de gerentes de servicios de salud

Para el fortalecimiento de la gestión hospitalaria, la Autoridad del Servicio Civil SERVIR realizó la convocatoria al proceso de selección y formación de los Gerentes de Servicios de Salud que se ejecutó durante el período del 28 de octubre al 21 de diciembre de 2012, buscando cubrir las vacantes al cargo de Gerentes de Servicios de Salud para Hospitales públicos regionales, y al cargo de Gerentes de Centros Asistenciales de EsSalud en el ámbito de Lima y Callao en un total de cien (100); luego del lanzamiento de la convocatoria, se registraron un total de 3 786 postulaciones, de las cuales quedaron 77 profesionales seleccionados; de ellos, 65 (84%) corresponden a los Gobiernos Regionales y 12 a EsSalud (16%).

Los seleccionados ingresaron al Primer Programa Breve de Formación a cargo de la Escuela Nacional de Administración Pública (ENAP) de SERVIR, con una duración de 03 meses calendarios, los profesionales de la salud seleccionados fueron capacitados en habilidades y competencias, así como

en herramientas de gestión pública que les permite gerenciar y dirigir los servicios de salud a nivel regional.

El MINSA, a través del Equipo de Rendimiento y Competencias de la DGGDRH, contribuyó con el proceso de selección en las siguientes actividades:

- Elaboración del Perfil del Puesto, validado con Expertos en Gestión Hospitalaria y Directores Regionales de Salud y posteriormente en la CIGS;
- Se difundió y se convocó a 3 786 postulantes para 130 plazas (100 MINSA y 30 EsSalud). Finalmente, quedaron seleccionados un total de 77 candidatos (65 para el MINSA y los Gobiernos Regionales) y 12 para EsSalud.
- Se elaboraron instrumentos de evaluación (cuestionario de conocimientos y casos)
- Se conformó el Jurado Evaluador.

Este es un hecho trascendente para el sistema de salud y especialmente en la gestión de recursos humanos que, consecuentemente con la necesidad de modernizar la gestión hospitalaria, promueve que los Hospitales del país cuenten con los profesionales más competentes seleccionados a través de un proceso técnicamente riguroso, transparente y objetivo a través de SERVIR, siendo incorporados por primera vez al Cuerpo de Gerentes Públicos, lo cual redundará en servicios de salud más eficientes, eficaces y de calidad, con impacto positivo en la salud de la población.

720 Profesionales de la Salud de los niveles regionales se formaron en el Programa de Especialización en Gobierno y Gerencia en Salud y en el Diplomado de Gestión de la Información de las Intervenciones Sanitarias (DGIS)

El Ministerio de Salud y la Universidad Central POMPEU FABRA de Barcelona desarrollaron el Programa de Es-

pecialización en Gobierno y Gerencia en Salud, en el que se capacitaron 360 Profesionales de la Salud de Amazonas, Apurímac I, Andahuaylas, Cajamarca, Ayacucho, Huancavelica, Cusco, Puno, Huánuco y Ucayali. Asimismo, 360 profesionales de la salud se capacitaron en el Diplomado de Gestión de la Información de las Intervenciones Sanitarias (DGIS), de Amazonas, Ayacucho, Apurímac, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Puno y Ucayali.

Programa de Formación en Salud Familiar y Comunitaria - PROFAM

Mediante la RM 589-2009/MINSA, se conforma la Comisión Sectorial encargada de diseñar y gestionar la implementación de un Programa de Formación en Salud Familiar para los profesionales de la salud del primer nivel de atención en las Direcciones de Salud de Lima-Este, Lima-Sur, Lima-Ciudad y otras. La misma estuvo conformada por los representantes de las siguientes Direcciones Generales del Ministerios de Salud: Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, quien la presidirá, Dirección General de Salud de las Personas y la Dirección General de Promoción de la Salud. En su artículo 2º, establece que la Comisión Sectorial para el cumplimiento de sus funciones coordinará con los representantes de las siguientes instituciones: Consejo Regional III del Colegio Médico del Perú, Colegio de Enfermeros del Perú, Colegio de Obstetras del Perú, Asociación Peruana de Facultades de Medicina, Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería y Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Obstetricia.

Desde enero de 2009 a abril de 2011, la Comisión Sectorial convocó a un conjunto de actores claves del campo de Recursos Humanos del país, además de las señaladas en la RM precitada, a otras instituciones como la Asamblea Nacional del Rectores, el Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Peruana Cayetano Heredia del Perú, Universidad

San Luis Gonzaga de Ica, Direcciones Regionales de Salud y Direcciones de Salud, con la finalidad de construir de manera participativa y consensuada. Producto del mismo, se formuló el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria - PROFAM, con el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de Salud y la Embajada de Italia en Perú. El público objetivo está constituido por los equipos básicos de salud (EBS) compuestos por profesionales de la salud de medicina, enfermería, obstetricia y técnicos de enfermería del primer nivel de atención. Eventualmente, en relación a necesidades específicas, se podrá incluir a otros profesionales de la salud.

El PROFAM tiene 3 etapas de formación:

- Fase 1: Diplomatura de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar dirigido al EBS: médicos, enfermeros, obstetras y técnicos de enfermería D-PROFAM
- Fase 2: Especialidad en Salud Familiar y Comunitaria dirigido a enfermeros y obstetras.
- Fase 3: Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria dirigido a médicos.

Diplomatura de Atención Integral en el Marco de la Atención Primaria De Salud (D-PROFAM)

El D-PROFAM, tiene como objetivo general el Fortalecimiento y desarrollo de capacidades del personal de salud del primer nivel de atención para la atención integral e integrada de la persona, la familia y la comunidad; el Plan Curricular está integrado por los siguientes módulos:

- Módulo I: Características de la población y sus determinantes económicos, culturales y sociales
- Módulo II: Participación social y comunitaria
- Módulo III: Organización y Gestión de los Servicios para el Trabajo Intramural y Extramural

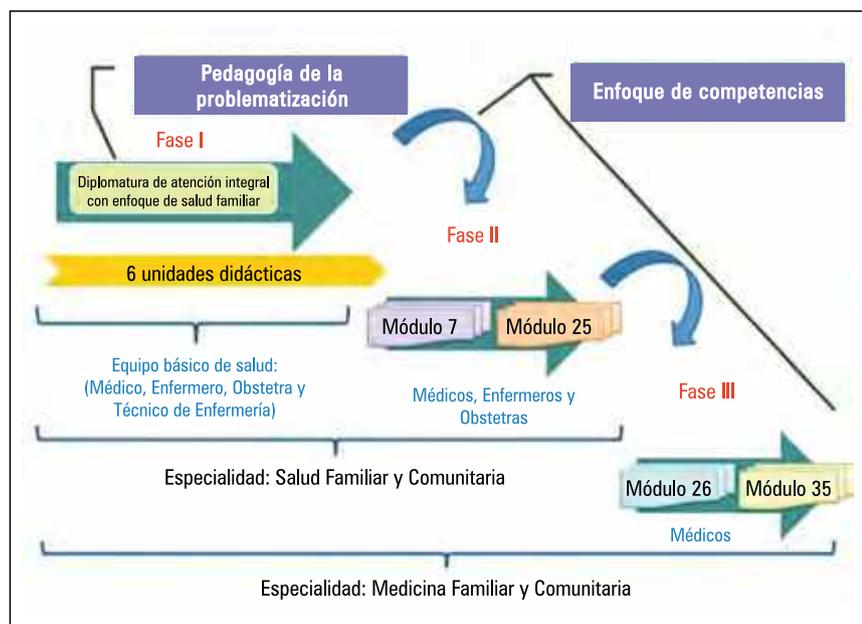


Figura 3. Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria.

- Módulo IV: Atención Integral de Salud a la Familia
- Módulo V: Atención Integral de Salud a la Persona I y II.

El D-PROFAM, tiene una duración de 08 meses y cada módulo por un período de 4 de 5 semanas y 1 de 10 semanas y 24 créditos.

La DGGDRH ha iniciado la ejecución del D-PROFAM, con una meta de 50 000 trabajadores nombrados (profesionales y técnicos/auxiliares) en un período de 05 años y a los que se les dará una entrega económica por intervenciones en atención primaria. La DGGDRH ha incluido en la capacitación al personal contratado en las Micro Redes seleccionadas.

En el mes de abril se incorporaron 43 profesionales de la salud Cubanos en el marco del memorándum de entendimiento entre MINSAL y MINSAP, de los cuales 25 recibieron una inducción de dos meses para que desarrollen la función de tutores en los ámbitos Regionales. Estos asesores fueron asignados a las Regiones que solicitaron asistencia técnica de estos profesionales.

Observatorio de Recursos Humanos – Información de Recursos Humanos- INFORHUS

Asimismo, en el Decreto Legislativo N° 1153, en su Décima Primera Disposición Complementaria Final, crea el “Registro Nacional del Personal de la Salud, a cargo del Ministerio de la Salud con el objeto de contar con información detallada y actualizada de los recursos humanos”. Este instrumento es parte del Observatorio de Recursos Humanos en Salud, que es una instancia interinstitucional que tiene como propósito generar y compartir información para la toma de decisiones y formulación de políticas en materia de RHUS. Son integrantes del ORHUS: el Ministerio de Salud, OPS, Seguro Social, Asociaciones de Facultades de Salud, Colegios Profesionales, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior, SUNASA y la Asociación de Clínicas Privadas.

El ORHUS está encargado de Identificar y medir Indicadores sobre el campo de RHUS y Generar evidencias, estudios e investigaciones en el campo del trabajo y educación en salud. Tiene información de recursos humanos ac-

tualizada del sector salud y la ha difundido mediante publicaciones, boletines electrónicos y mediante aplicativos informáticos.

Fortalecimiento de Capacidades para las Especialidades vinculadas a Pediatría y Oncología

El “Convenio N° 352 de Colaboración Interinstitucional para la Implementación de Becas entre el MINEDU y MINSAL”, firmado el 13 de agosto del 2013 y el “Convenio Específico N° 037 de Cooperación Interinstitucional para la Implementación de Becas entre el MINEDU y MINSAL”, para el año 2014, firmado el 14 abril del 2014; establece como objetivo el Fortalecimiento de capacidades para las especialidades vinculadas a pediatría y oncología: anestesia, analgesia y reanimación, anestesiología, cardiología, cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía plástica y reparadora, cirugía torácica y cardiovascular en pediatría, cuidado materno infantil en neonatología, cuidados cardiovasculares, cuidados intensivos, cuidados intensivos neonatales, enfermería en cuidados intensivos, enfermería pediátrica, hematología, neurocirugía, radiología, ginecología oncológica, enfermería pediátrica, hematología, neurocirugía, radiología, ginecología oncológica, oncología médica, mamas, urología oncológica, radioterapia, radiodiagnóstico, patología oncológica, medicina nuclear, pediatría oncológica, enfermería oncológica, cirugía oncoplástica, trasplante de progenitores hematopoyéticos, endoscopia terapéutica, cirugía urológica, cirugía de mama, cirugía de cabeza y cuello, radiología pediátrica, quemados, perfusión en cirugía cardiovascular, radiología oncológica, neuroradiología oncológica, oncología médica, electromedicina e ingeniería clínica, laboratorio de histocompatibilidad y crío-oncología, ingeniería de tejidos, medicina oncológica y radioterapia.

Asimismo, el fortalecimiento de capacidades para los profesionales vinculados a procesos de gestión del equipamiento (tecnología y gestión del equipamiento, técnicas de operación y

Tabla 5. Beneficiarios para la I Etapa 2014.

Institución	Número de becarios	Sedes docentes	
		Idioma Castellano	Idioma Extranjero
INEN	68	España (16)	EEUU (10)
IREN SUR	06	México (12)	Brasil (13)
IREN NORTE	06	Chile (15) Argentina (14)	
INSNSB	80	Chile (8) España (21) Argentina (25) Colombia (12)	Italia (2) Inglaterra (2) EEUU (8) Brasil (2)
DGIEM	40	México (10) Argentina (10) España (7)	Brasil (10) Italia (3)

funcionamiento, protocolos de funcionamiento, mantenimiento previo, ecoeficiencia, seguridad), mantenimiento (innovación tecnológica, pre instalación de equipos, suministros, sistemas tecnológicos) e infraestructura (diseño arquitectónico, diseño estructural, instalaciones, información y data).

Los beneficiarios para la I Etapa 2014 son 200 becarios, con un presupuesto de S/. 8 409 000 nuevos soles (tabla 5).

La salida de los becarios aptos será a partir del mes de septiembre, de acuerdo a las cartas de aceptación de las sedes docentes de cada instancia participantes (INEN, INSNSB, DGIEM).

Los beneficiarios Para la II Etapa 2015: 300 becarios, a partir del 2015, con un promedio de presupuesto por becario de S/. 42 000, total S/. 12 600 000. Se propone la incorporación de profesionales de otros Institutos especializados, Hospitales Nacionales y Regionales.

Sedes de Pasantías

- 100% a nivel internacional en los países suscritos en el cuadro adjunto, que pueden ser modificados de acuerdo a aceptación de plazas de las sedes docentes internacionales.
- Consolidado de pasantes por países priorizados por su calidad de aten-

ción especializada en oncología, pediatría y equipamiento e infraestructura:

- España : 44
- México : 22
- Chile : 23
- Argentina : 49
- Colombia : 12
- EE UU : 18
- Brasil : 25
- Italia : 05
- Inglaterra : 02

Escuela Nacional de Salud Pública

La Ley de Organización y Funciones del MINSa, aprobado con el Decreto Legislativo N° 1161, determina y regula el ámbito de competencias, las funciones y la estructura orgánica básica del MINSa, así como sus relaciones de articulación y coordinación con otras entidades ⁽²⁴⁾. Es así, que en la Disposición Complementaria Final Cuarta se establece la reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública – ENSAP, responsable de proponer y generar políticas en materia de formación de recursos humanos en salud, con autonomía académica, económica y administrativa.

Desde su creación en 1964 con el D.S. N° 35/64-DGS, se crea la Escuela de Salud Pública del Perú como un

“Centro de Enseñanza a nivel superior y de categoría universitaria”, cambiando su denominación de ENSAP a Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos - IDREH en el 2002, asumiendo funciones como un Organismo Público Descentralizado, aprobado por Ley N° 27657. Luego, en el 2007 se fusiona al MINSa, aprobado por el D.S. N° 003-2007/SA, y en el 2011 se crea la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos aprobado por D.S. N° 011; y actualmente por D. Leg. N° 1161 se decreta la Reactivación de la ENSAP.

El Ministerio de Salud tiene un rol de liderazgo en el Grupo Técnico de Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos de la Unión Suramericana de Naciones – UNASUR SALUD (GT RHUS UNASUR SALUD)

El Ministerio de Salud del Perú, a través de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos en su rol de Coordinador Titular del Grupo Técnico de Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos en Salud de UNASUR Salud, organizó la II y III Reunión del GT RHUS UNASUR Salud, en la ciudad de Lima, en el año 2010 y 2012. Participaron representantes de los 12 países del UNASUR -Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay, Venezuela- y los representantes de las Redes Estructurantes -Red de Institutos Nacionales de Salud, Red de Técnicos en Salud, Red de Escuelas Nacionales de Salud Pública, Red de Institutos Nacionales del Cáncer, Red de Gestión de Riesgos y Desastres, Instituto Suramericano de Gobernanza en Salud-, así como representantes de OPS, ORAS-CONHU y del Ministerio de Salud del Brasil.

Los productos que se lograron por el Grupo Técnico de Recursos Humanos han sido: Recomendaciones al CSS para la creación del ISAGS ⁽³⁴⁾ y de las Redes Estructurantes; Implementación de la Agenda Convergente (GT RHUS, ORAS – CONHU y OPS/OMS).

Cooperación Sur Sur

La DGGDRH, en el campo de los recursos humanos, está implementando la estrategia de Cooperación Sur Sur hacia los países hermanos de la Región. Se ha tenido sesiones elluminate con los siguientes países: Colombia en el tema del residentado médico, Ecuador, Costa Rica y la nueva gestión de Chile, en el tema de implementación de las políticas de recursos humanos. Asimismo, se ha recibido una delegación de expertos en RRHH provenientes de los países de Chile, Colombia, Ecuador y Venezuela, del 30 de junio al 04 de julio, en la pasantía internacional Experiencia del Perú en el Abordaje de Las Brechas de Recursos Humanos en Salud: Retos para la Dotación Estratégica, la cual tuvo como objetivo Socializar la experiencia del Ministerio de Salud de Perú en la planificación estratégica de RHUS, así como intercambiar las experiencias de desarrollo de estrategias e instrumentos para abordar el déficit y la inequidad en la distribución del personal de salud, entre los responsables de planificación de RHUS de los Ministerios de Salud.

El equipo técnico de la DGGDRH-MINSA indicó que los especialistas en RRHH participaron en el desarrollo de tres líneas estrategias en el campo de los recursos humanos: A – Gestión Estratégica de la Información de los RHUS, B – Metodología de Cálculo de Brechas de RHUS y, C - Estrategias de Dotación de RHUS.

Producto de las sesiones se consensaron los siguientes acuerdos: Integrar las metodologías de cálculo de brechas RHUS en los sistemas informáticos de los Ministerios de salud, Definir y estandarizar indicadores subregionales de ajuste sobre ruralidad, dispersión y condición económica, así como establecer variables e indicadores para los ejercicios de planificación RHUS en la sub – región.

Al finalizar la pasantía los participantes mostraron su satisfacción y manifestaron su agradecimiento al Ministerio de Salud del Perú.

Propuesta de Reforma en la Formación de Pregrado y Posgrado

Propuesta de Regulación de la Formación Pregrado:

En los Lineamientos y Medidas de la Reforma del Sector Salud se establece en la propuesta de mandato de Política 2.5.- “La Regulación de la formación de pregrado de recursos humanos en salud para satisfacer las necesidades de atención de salud de la población” ⁽¹⁾. Entre otros, el MINSA propondrá que el Poder Ejecutivo promueva la aprobación de una Ley que regule la formación de pregrado de recursos humanos en salud, para adecuar la oferta de RRHH a las necesidades de salud del país; asimismo, implementará un Registro de las instituciones formadoras creadas y acreditadas, así como de las sedes docentes acreditadas; campos clínicos; alumnos matriculados, alumnos egresados y docentes por institución formadora y sede docente, que estará a cargo de la dependencia especializada del MINSA.

Implementar el Sistema de Seguimiento y Evaluación del cumplimiento de las normas que regulan la formación de pregrado de los RRHH en salud, así como del cumplimiento de los convenios de cooperación docente asistencial, que estará a cargo de la dependencia especializada del MINSA, para asegurar que la acreditación y la formación estén orientadas a la APS y a las necesidades de salud de la población.

Se deberá definir con la instancia coordinadora de las universidades los requerimientos cuantitativos de formación de recursos humanos en salud y definir las competencias críticas en Atención Primaria de Salud que serán incorporadas en los currículos de formación y constituirán un requisito en el proceso de Acreditación; así mismo, coordinar para establecer una distribución adecuada entre las universidades públicas y privadas.

Regulación de la Formación Posgrado:

En los Lineamientos y Medidas de la Reforma del Sector Salud se establece

en la propuesta de mandato de Política 2.6.- “La Regulación de la formación de posgrado de los recursos humanos en salud para adecuar la oferta de recursos humanos a las necesidades de salud del país”, entre otros, el MINSA propondrá que el Poder Ejecutivo promueva la aprobación de una Ley regule la formación de posgrado de todas las profesiones de las ciencias de la salud, para adecuar la oferta de RRHH a las necesidades de salud del país; deberá implementar un sistema de registro y seguimiento de profesionales especialistas, que estará a cargo de la dependencia especializada del MINSA.

En el marco del nuevo sistema nacional de residentado médico, el MINSA deberá promover la conformación de los Concejos Macro Regionales de Residentado Médico – COMACRO-REME para asegurar la adecuada ponderación y distribución de especialistas en el territorio nacional; los gobiernos regionales y el sub sector privado financiarán las plazas de segunda especialización en el marco normativo del nuevo Sistema Nacional de formación de Segunda Especialización.

Sistema Nacional de Garantía de la Calidad:

En la propuesta de mandato de Política 2.6.- “Implementación del sistema nacional de garantía de calidad en los establecimientos públicos y privados del sector” ⁽¹⁾, entre otros, el MINSA diseñará una política integral de recursos humanos, que involucra no solamente aspectos remunerativos sino también de incentivos no monetarios vinculados a la mejora del desempeño organizacional; incorporará en las intervenciones de mejora de la calidad un componente de adecuación cultural de los servicios públicos y el desarrollo de competencias en el personal de salud para este fin.

Desafíos

- Culminar la implementación del Decreto Legislativo 1153.

- Implementar los mandatos 2.5 y 2.6 establecidos en los Lineamientos y Medidas de la Reforma del Sector Salud.
- Reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública.
- Propuesta de Reglamento de la Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico.
- Aprobación del Reglamento del Residentado Odontológico.
- Aprobación del Residentado del Químico Farmacéutico y su Reglamento.
- Implementación de la segunda y tercera fase del Programa Nacional de Salud Familiar y Comunitaria.
- Ejecutar el Diplomado en Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario a una PEA de 50 000 personas al 2018.
- Nuevo Programa Nacional de Pregrado en Salud-PRONAPRES.
- Aprobación del Anteproyecto de Ley de Carrera Pública Sanitaria en el Perú.
- Aprobación del Proyecto de Modificación del Reglamento de la Ley de SERUMS propuesto por el Ministerio de Salud.
- Desarrollo de plataforma virtual de seguimiento, supervisión y monitoreo al Programa SERUMS.
- Creación de nuevas sedes docentes de Residentado Médico: Huánuco, Ucayali y Lima Región.
- Servicio Civil de Atención Especializada en Salud al término de la formación.
- El 100% de gerentes de servicios de salud asignados a los hospitales públicos regionales.
- Incremento anual de 500 plazas para la formación de médicos especialistas en la modalidad libre e incremento de 300 plazas en la modalidad cautiva.
- Incremento anual de 1 000 plazas para el Programa SERUMS.
- Incremento de 1 000 vacantes para el internado de las profesiones de las ciencias de la salud.
- Cerrar las brechas del déficit de Médicos Especialistas a nivel nacional.
- Nombramiento gradual de personal de salud, priorizando las zonas más alejadas del país.
- Propuesta de Documento Técnico “Competencias Específicas para el Personal de Salud del Primer Nivel de Atención” elaborado.
- Propuesta Técnica del Perfil de Competencias del Médico Cirujano, Enfermero(a), Obstetra y Técnico(a) de enfermería.

CONCLUSIONES

Los recursos humanos son las personas claves para construir e implementar el sistema nacional de salud orientado hacia la atención primaria de salud y a reconocer el derecho a la salud para todos. En la presente gestión ministerial estamos fortaleciendo la gestión de los recursos humanos, destacando importantes áreas en las que se ha avanzado:

- En los últimos años el sector salud ha incrementado la disponibilidad de médicos, enfermeras y obstetras principalmente en el primer nivel de atención, a través de diferentes estrategias, como el aumento de plazas por el Servicio Urbano Marginal en Salud – SERUMS y contratación de profesionales de la salud por presupuesto por Resultados.
- El Ministerio de Salud está implementando en el marco de la Reforma del Sector Salud, el Decreto Legislativo 1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas al personal de salud al servicio del Estado; con la finalidad de mejorar los mecanismos de reclutamiento, retención y permanencia de los RHUS en los establecimientos de salud, especialmente en zonas

alejadas o de frontera y zonas de emergencias. Asimismo, podemos expresar que se está avanzado en la reducción del empleo precario de la fuerza de trabajo en salud.

- Se ha logrado contar con metodologías de estimación de brechas de recursos humanos para el I, II y III nivel de atención, que está siendo utilizada para conocer la disponibilidad de los RHUS, determinación de brechas para implementar estrategias de dotación con personal competente en los lugares adecuados, priorizar zonas de pobreza y riesgo social, que permitan alcanzar la universalidad de la prestación de la atención de salud; así como para establecer las compensaciones y entregas económicas al personal al servicio del Estado.
- La DGGDRH, a través del Observatorio de RHUS, está mejorando los procesos de recolección de datos de RHUS, mediante el sistema nacional de información de recursos humanos INFORHUS. Asimismo, se está fortaleciendo los procesos de planificación estratégica de los RHUS.
- El Ministerio de Salud está implementado el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria D-PROFAM, dirigida a los equipos básicos de salud, con la finalidad de fortalecer el primer nivel de atención orientado al desarrollo de capacidades en atención primaria de salud y llevar adelante la implementación de las reformas sanitarias. En el 2013 en el marco de la reforma del sector salud se aplicará este programa por fases a los equipos básicos de salud del primer nivel de atención. Se tiene una meta de 50 000 personas a capacitar en el D-PROFAM, al 2018.
- El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos en Salud está fortaleciendo su rol rector en el campo de los recursos humanos en salud en los espacios de articulación con las diferentes instituciones

que conforman el sector salud y el sector educación, CONAREME, CONAPRES.

- La Autoridad Civil SERVIR, en coordinación con el MINSA, ha diseñado perfiles de competencias para los gerentes de servicios de salud y capacita profesionales para ocupar cargos de directores de hospitales, profesionalizándose la conducción de los servicios de salud, para lograr mayor eficiencia en la gestión.
- Fortalecimiento del Programa del Servicio Rural Urbano Marginal en Salud SERUMS, vinculado a la política de salud y evaluarlo con los indicadores sanitarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud, Reforma del Sector Salud: Lineamientos y medidas de la Reforma, Consejo Nacional de Salud. Consejo Nacional de Salud. Lima, julio 2013.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud. 1ra edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
3. Organización Panamericana de la Salud. (2005). Dotación de recursos humanos en salud. Nuevas perspectivas de análisis. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, D.C.
4. Joint Learning Initiative. Human Resources for Health: Overcoming the crisis. 1ra edición. Washington D.C.: Harvard University; 2004.
5. Schweiger A, Álvarez T. Integración regional, necesidades de salud de la población y dotación de recursos humanos en sistemas y servicios de salud: aproximación al concepto de estimación de brecha. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2007;23 Sup 2:S202-S213.
6. Resolución Ministerial 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N°021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud". Ministerio de Salud, Perú, 16 de julio de 2011.
7. Zevallos L, Balabarca O, Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. Necesidad de médicos especialistas en establecimientos de salud del sector salud, Perú 2010. 1ra edición. Lima: Ministerio de Salud; 2010.
8. Arroyo J, Hertz J, Lau M. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. Recursos Humanos en Salud al 2011: Evidencias para la toma de decisiones. 1ra edición. Lima: Ministerio de Salud; 2011.
9. Resolución Ministerial 626-2008/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa 142-MINSA/OGGRH-V.01 "Normas y Procedimientos para el Proceso de Evaluación del Desempeño y Conducta Laboral". Ministerio de Salud, Perú, 11 de setiembre de 2008.
10. Decreto Supremo 011-2008-SA. Modifica el Reglamento de Organización y Funciones del MINSA para crear la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos.
11. Asamblea Nacional de Rectores. Directorio Universitario 2012. 1ra edición. Lima: Asamblea Nacional de Rectores; 2012.
12. Decreto Supremo 021-2005-SA, que crea al Comité Nacional de Pregrado de Salud, CONAPRES.
13. Ministerio de Salud Perú. Guía Técnica "Operativización del Modelo de Atención Integral en Salud". Lima 2006.
14. Arroyo J, Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño en desarrollo humano. 1ra edición. Lima: Ministerio de Salud; 2005.
15. Zevallos L, Pastor R, Moscoso B. Oferta y demanda de médicos especialistas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud: Brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad. *Rev Per Med Exp Salud Publica*. 2011;28(2):177-85.
16. Pardo K, Andía M, Rodríguez A, Observatorio Nacional de Recurso Humanos en Salud. Análisis de remuneraciones, honorarios, bonificaciones e incentivos en MINSA y EsSalud 2009. 1ra edición. Lima: Ministerio de Salud; 2011.
17. Decreto Legislativo 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público. Congreso de la Republica, Perú, 24 de marzo de 1984.
18. Decreto Supremo 005-90-PCM, Reglamento de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones. Presidencia del Consejo de Ministros, Perú, 18 de enero de 1990.
19. García H, Chilca M, Perez W. Compendio estadístico: Información de recursos humanos del Sector Salud, Perú-2013. 1ra edición. Lima: Ministerio de Salud; 2010.
20. Resolución Ministerial 176-2014/MINSA, Aprobar la Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud, para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención.
21. García H, Cuzco M, Peralta F. Guía técnica para la metodología de cálculo de las brechas de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del primer nivel de atención. 1ra edición. Lima: Ministerio de Salud; 2014.
22. Nuñez M, Cuzco M, Peralta F. Guía técnica para la metodología de estimación de las brechas de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención. 1ra edición. Lima: Ministerio de salud; 2014.
23. Resolución Ministerial 1007-2005/MINSA que aprueba el Documento Normativo "Lineamientos de Política Nacional para el desarrollo de los Recursos Humanos de Salud". Ministerio de Salud, Perú, 30 de diciembre de 2005.
24. Decreto Legislativo 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
25. Decreto Legislativo 1166, que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud.
26. Decreto Legislativo 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del personal de la salud al servicio del Estado.
27. Decreto Supremo 223-2013-EF, que aprueba los montos de la valorización principal, y priorizada por APS y AE y la bonificación por guardias hospitalarias para los profesionales de la salud a que se refiere el Decreto Legislativo 1153.
28. Decreto Supremo 013-2013-SA, que aprueba el perfil para la percepción de la valorización priorizada por APS para el personal de la salud técnico y auxiliar asistencial.
29. Decreto Supremo 102-3014-EF, que autoriza transferencias de partidas para APS, Atención Especializada y Servicios de Guardias.
30. Decreto Supremo 01-2014-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo 1154, que autoriza los servicios complementarios en salud.
31. Resolución Suprema 002-2006-SA, que aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico.
32. Decreto Supremo 008-88-SA; que aprueba las Normas Básicas del Sistema Nacional de Residentado Médico.
33. Resolución Directoral 002-2011-EF/63.01, que aprueba las Guías Metodológicas para Proyectos de Inversión Pública y el Anexo SNIP 25 de la Directiva General del Sistema Nacional de Inversión Pública. Ministerio de Economía y Finanzas, Perú, 23 de junio de 2011.
34. Decreto Legislativo 1167, que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.

Conflictos de interés:

Hernán E. García Cabrera participó de la elaboración del D. Leg. 1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de salud al servicio del Estado Peruano. Pedro Díaz Urteaga, Donatila Ávila Chávez, María Z. Cuzco Ruiz participaron de la elaboración de las normas que hacen posible la implementación del D. Leg. 1153.

Correspondencia:

*Dr. Pedro Díaz Urteaga
Correo electrónico: pdiaz@minsa.gob.pe*

ANEXO

Venezuela

Ley de universidades Gaceta Oficial No.1429, Extraordinario, del 8 de septiembre de 1970 Pag 1-69

Reglamento de Revalida de títulos y de equivalencias de estudio Pag. 70-77

Informe Anual 2020 Informe anual. Cooperación en salud OPS/OMS Venezuela 78-90

LEY DE UNIVERSIDADES

(Gaceta Oficial No. 1429, Extraordinario, del 8 de septiembre de 1970)

LEY DE UNIVERSIDADES

TÍTULO I

Disposiciones fundamentales

Artículo 1.- La Universidad es fundamentalmente una comunidad de intereses espirituales que reúne a profesores y estudiantes en la tarea de buscar la verdad y afianzar los valores trascendentales del hombre.

Artículo 2.- Las Universidades son instituciones al servicio de la Nación y a ellas corresponde colaborar en la orientación de la vida del país mediante su contribución doctrinaria en el esclarecimiento de los problemas nacionales.

Artículo 3.- Las Universidades deben realizar una función rectora en la educación, la cultura y la ciencia. Para cumplir esta misión, sus actividades se dirigirán a crear, asimilar y difundir el saber mediante la investigación y la enseñanza; a completar la formación integral iniciada en los ciclos educacionales anteriores, y a formar los equipos profesionales y técnicos que necesita la Nación para su desarrollo y progreso.

Artículo 4.- La enseñanza universitaria se inspirará en un definido espíritu de democracia, de justicia social y de solidaridad humana, y estará abierta a todas las corrientes del pensamiento universal, las cuales se expondrán y analizarán de manera rigurosamente científica.

Artículo 5.- Como parte integral del sistema educativo, especialmente del área de estudios superiores, las Universidades se organizarán y funcionarán dentro de una estrecha coordinación con dicho sistema.

Artículo 6.- La finalidad de la Universidad, tal como se define en los artículos anteriores, es una en toda la Nación. Dentro de este concepto se atenderá a las necesidades del medio donde cada Universidad funciona y se respetará la libertad de iniciativa de cada institución.

Artículo 7.- El recinto de las Universidades es inviolable. Su vigilancia y el mantenimiento del orden son de la competencia y responsabilidad de las autoridades universitarias; no podrá ser allanado sino para impedir la consumación de un delito o para cumplir las decisiones de los Tribunales de Justicia.

Se entiende por recinto universitario el espacio precisamente delimitado y previamente destinado a la realización de funciones docentes, de investigación, académicas, de extensión o administrativas, propias de la institución.

Corresponde a las autoridades nacionales y locales la vigilancia de las avenidas, calles y otros sitios abiertos al libre acceso y circulación, y la protección y seguridad de los edificios y construcciones situados dentro de las áreas donde funcionen las universidades, y las demás medidas que fueren necesarias a los fines de salvaguardar y garantizar el orden público y la seguridad de las personas y de los bienes, aun cuando éstos formen parte del patrimonio de la Universidad.

Artículo 8.- Las Universidades son Nacionales o Privadas. Las Universidades Nacionales adquirirán personalidad jurídica con la publicación en la GACETA OFICIAL DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA del Decreto del Ejecutivo Nacional por el cual se crean. Las Universidades Privadas requieren para su funcionamiento la autorización del Estado, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 173, 174, 175 y 176 de la presente Ley.

Artículo 9.- Las Universidades son autónomas. Dentro de las previsiones de la presente Ley y de su Reglamento, dispones de:

- 1.- Autonomía organizativa, en virtud de la cual podrán dictar sus normas internas;
- 2.- Autonomía académica, para planificar, organizar y realizar los programas de investigación, docentes y de extensión que fueren necesarios para el cumplimiento de sus fines;
- 3.- Autonomía administrativa, para elegir y nombrar sus autoridades y designar su personal docente, de investigación y administrativo.
- 4.- Autonomía económica y financiera para organizar y administrar su patrimonio.

Artículo 10.- Conforme a lo dispuesto en la Ley de Educación, el Ejecutivo Nacional, oída la opinión del Consejo Nacional de Universidades, podrá crear Universidades Nacionales Experimentales con el fin de ensayar nuevas orientaciones y estructuras en Educación Superior. Estas Universidades gozarán de autonomía dentro de las condiciones especiales requeridas por la experimentación educativa. Su organización y funcionamiento se establecerá por reglamento ejecutivo y serán objeto de evaluación periódica a los fines de aprovechar los resultados beneficiosos para la renovación del sistema y determinar la continuación, modificación o supresión de su status.

Parágrafo Único.- El Ejecutivo Nacional, oída asimismo la opinión del Consejo Nacional de Universidades, podrá también crear o autorizar el funcionamiento de Institutos o Colegios Universitarios, cuyo régimen será establecido en el reglamento que al efecto dicte, y los cuales no tendrán representantes en el Consejo Nacional de Universidades.

Artículo 11.- En las Universidades Nacionales los estudios ordinarios son gratuitos; sin embargo, los alumnos que deban repetir el curso total o parcialmente por haber sido aplazados, pagarán el arancel que establezca el Reglamento.

Artículo 12.- Las Universidades Nacionales tienen personalidad jurídica y patrimonio propio, distinto e independiente del Fisco Nacional. Este patrimonio estará integrado por los bienes que les pertenezcan o que puedan adquirir por cualquier título legal.

Artículo 13.- En la Ley de Presupuesto se incluirá anualmente con destino a las Universidades Nacionales una partida cuyo monto global no será menor 1 1/2 % del total de rentas que se presupongan en dicha Ley.

Artículo 14.- Los bienes y rentas de las Universidades Nacionales no estarán sometidos al régimen de los bienes nacionales que establece la Ley Orgánica de la Hacienda Pública Nacional. Sus ingresos y egresos no se considerarán como rentas o gastos públicos, ni estarán sometidos al régimen del Presupuesto Nacional, y su fiscalización se hará por los funcionarios que designe el Consejo Nacional de Universidades, en acatamiento de lo dispuesto en el numeral 9 del Artículo 20 de la presente Ley, y por la contraloría General de la República conforme a lo establecido en la Constitución y las leyes.

Artículo 15.- Las Universidades Nacionales gozarán, en cuanto a su patrimonio, de las prerrogativas que al Fisco nacional acuerda la Ley Orgánica de la Hacienda Pública Nacional.

Artículo 16.- Los miembros del personal universitario que manejen fondos de la Universidad, estarán sujetos a lo prescrito en la Ley Orgánica de la Hacienda Pública Nacional respecto a la caución que deben prestar y a sus responsabilidades.

Artículo 17.- El estado reconocerá para todos los efectos legales los grados, títulos y certificados de competencia que otorguen y expidan las Universidades Nacionales. Los grados, títulos y certificados de competencia que otorguen y expidan las Universidades Privadas sólo producirán efectos legales al ser refrendados de conformidad con lo establecido en el Artículo 182 de la presente Ley.

TÍTULO II

Del Consejo Nacional de Universidades

Artículo 18.- El Consejo Nacional de Universidades es el organismo encargado de asegurar el cumplimiento de la presente Ley por las Universidades, de coordinar las relaciones de ellas entre sí y con el resto del sistema educativo, de armonizar sus planes docentes, culturales y científicos y de planificar su desarrollo de acuerdo con las necesidades del país. Este Consejo, con sede en Caracas, tendrá un Secretario Permanente y una Oficina de Planificación del Sector Universitario, vinculada a los demás organismos de planificación educativa, que le servirá de asesoría técnica.

Artículo 19.- El Consejo Nacional de Universidades estará integrado por el Ministro de Educación quien lo presidirá; los Rectores de las Universidades Nacionales y Privadas; tres representantes de los profesores escogidos en la siguiente forma: uno por los profesores de las Universidades Nacionales no experimentales, uno por los profesores de las Universidades

Nacionales Experimentales, y uno por los profesores de las Universidades Privadas, entre los profesores de ellas con rango no inferior al de asociado; tres representantes de los estudiantes, escogidos igualmente a razón de uno por cada grupo de Universidades; dos profesores universitarios de alto rango académico, elegidos de fuera de su seno, por el Congreso de la República o por la Comisión Delegada; y un representante del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas.

También formarán parte del Consejo, con derecho a voz, el Secretario del Consejo, el Director de la Oficina de Planificación del Sector Universitario, un representante del Ministerio de Hacienda y un Decano por cada Universidad Nacional o Privada.

Aún cuando con posterioridad a la promulgación de esta Ley el Ejecutivo creare o autorizare el funcionamiento de Universidades Nacionales Experimentales o de Universidades Privadas, la proporción en la representación de dichas Universidades ante el Consejo Nacional de Universidades no será alterada.

Parágrafo Primero: Los representantes de los profesores ante el Consejo Nacional de Universidades, que serán elegidos junto con sus suplentes por los representantes de los profesores ante los Consejos Universitarios del respectivo grupo de universidades, durarán tres años en el ejercicio de sus funciones.

Parágrafo Segundo: Los representantes de los estudiantes ante el Consejo Nacional de Universidades, que serán elegidos junto con sus suplentes por los 1.01 representantes estudiantiles ante los Consejos Universitarios del respectivo grupo de universidades, deberán ser estudiantes regulares con buena calificación académica, pertenecientes al último bienio de la carrera y durarán un año en el ejercicio de sus funciones.

Parágrafo Tercero: Los profesores universitarios elegidos por el Congreso durarán tres años en el ejercicio de sus funciones, podrán ser reelegidos y deberán reunir las condiciones requeridas para ser Rector.

Parágrafo Cuarto: El representante del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas deberá reunir las condiciones requeridas para ser Rector y será de la libre designación y remoción de dicho Consejo.

Artículo 20.- Son atribuciones del Consejo Nacional de Universidades:

- 1.- Definir la orientación y las líneas de desarrollo del sistema universitario de acuerdo con las necesidades del país, con el progreso de la educación y con el avance de los conocimientos;
- 2.- Estudiar modelos básicos de organización universitaria en cuanto a ciclos, estructuras y calendarios académicos, y recomendar la adopción progresiva de los más adecuados a las condiciones del país y a la realidad universitaria nacional;

3.- Coordinar las labores universitarias en el país y armonizar las diferencias individuales y regionales de cada Institución con los objetivos comunes del sistema;

4.- Fijar los requisitos generales indispensables para la creación, eliminación, modificación y funcionamiento de Facultades, Escuelas, Institutos y demás divisiones equivalentes en las Universidades, y resolver, en cada caso, las solicitudes concretas que en ese sentido previo el cumplimiento de los requisitos establecidos sean sometidas a su consideración.

5.- Proponer al Ejecutivo Nacional los reglamentos concernientes a los exámenes de reválida de títulos y equivalencia de estudios;

6.- Determinar periódicamente las metas a alcanzar en la formación de recursos humanos de nivel superior y, en función de este objetivo y de los medios disponibles, aprobar los planes de diversificación y cuantificación de los cursos profesionales propuestos por los respectivos Consejos Universitarios, y recomendar los correspondientes procedimientos de selección de aspirantes.

7.- proponer al Ejecutivo Nacional el monto del aporte anual para las Universidades que deba ser sometido a la consideración del Congreso Nacional en el Proyecto de Ley de Presupuesto y, promulgada ésta, efectuar su distribución entre las Universidades Nacionales;

8.- Exigir de cada Universidad Nacional la presentación de un presupuesto – programa sujeto al límite de los ingresos globales estimados, el cual será preparado conforme a los formularios e instructivos que el Consejo suministra a través de la Oficina de Planificación del Sector Universitario;

9.- Velar por la correcta ejecución de los presupuestos de las Universidades Nacionales y, a tal efecto, designar contralores internos en cada una de ellas. Estos funcionarios tendrán la obligación de presentar periódicamente los respectivos informes ante el Consejo, con vista de los cuales y de los suministrados por la Contraloría General de la República, adoptará las medidas pertinentes dentro de las previsiones de la presente Ley y de sus Reglamentos;

10.- Velar por el cumplimiento, en cada una de las Universidades, de las disposiciones de la presente Ley y de las normas y resoluciones que, en ejercicio de sus atribuciones legales, le correspondan dictar. A los fines indicados podrá solicitar de las respectivas autoridades universitarias las informaciones que considere necesarias o, en su caso, designar comisionados ad-hoc ante ellas. Las universidades están obligadas a suministrar al Consejo con toda preferencia las facilidades necesarias para el cumplimiento de esta misión;

11.- Conocer y decidir en única instancia administrativa, de las infracciones de la presente Ley y de sus reglamentos en que pudiere haber incurrido un Consejo Universitario, o el Rector, los Vice-Rectores, o el Secretario de una Universidad Nacional; y conocer y decidir en última instancia administrativa de las causas a que se refieren los ordinales 10 y 11 del Artículo 26 de la presente Ley;

12.- Previa audiencia del afectado, suspender del ejercicio de sus funciones al Rector, a los Vice-Rectores o al Secretario de las Universidades Nacionales cuando hubieren incurrido en grave incumplimiento de los deberes que les impone esta Ley. Acordada la suspensión, el funcionario o los funcionarios afectados por la medida podrán, dentro de los treinta días siguientes a la última notificación, presentar los alegatos que constituyan su defensa y promover y evacuar ante el Secretario Permanente del Consejo las pruebas pertinentes. Vencido dicho lapso el Consejo decidirá con vista de los elementos que consten en el expediente sobre la restitución o remoción del funcionario o de los funcionarios suspendidos;

13.- Conocer de los procedimientos que pudieran acarrear remoción de alguno o algunos de los miembros de los consejos Universitarios y decidir dichas causas con arreglo al procedimiento establecido en el numeral anterior;

14.- Declarar, en el caso previsto en los numerales 12 y 13 de este artículo, a la Universidad afectada en proceso de reorganización cuando la medida de remoción hubiere sido impuesta conjuntamente al Rector, a los Vice-Rectores y al Secretario, o a dos de dichas autoridades o a la mayoría de los miembros de un Consejo Universitario, designar en cualquiera de estos casos, a las autoridades interinas que hayan de asumir la dirección de las Universidades Nacionales mientras se realiza la respectiva elección por la comunidad universitaria; y proceder a la convocatoria de las correspondientes elecciones, con arreglo a las disposiciones de esta Ley, dentro de los seis meses siguientes a la decisión por la cual se acordó la remoción;

15.- Designar a las autoridades interinas que hayan de asumir la dirección de las Universidades Nacionales no experimentales, en los casos de falta absoluta del Rector y los Vice-Rectores o de más de la mitad de los miembros del Consejo Universitario; y proceder a la convocatoria de las correspondientes elecciones, con arreglo a las disposiciones de esta Ley, dentro de los seis meses siguientes a la designación de las autoridades interinas;

16.- Convocar a las elecciones en los casos en que el Consejo Universitario o la Comisión Electoral no lo hubieren hecho en la oportunidad legal correspondiente. A este efecto dictarán cuantas medidas fueren necesarias para que se realicen los comicios respectivos, y cuidará en todo momento de que el proceso electoral se desarrolle normalmente;

17.- Designar a los miembros del Consejo de Apelaciones conforme al procedimiento previsto en el artículo 44 de la presente Ley;

18.- Elaborar, en lapsos no menores de diez años, un informe de evaluación del sistema universitario vigente que, con base en las experiencias recogidas, deberá contener proposiciones y recomendaciones concretas sobre las reformas legales, administrativas y académicas que el consejo considere necesarias para la continua renovación de los sistemas universitarios;

19.- Dictar su reglamento Interno;

20.- Las demás que le señalen las Leyes y los Reglamentos.

Parágrafo Primero: En el ejercicio de las atribuciones a las que se refieren los numerales 7, 11, 12, 13, 14 y 15 de este artículo, así como en cualquier otra decisión del exclusivo interés de las Universidades Nacionales, no intervendrán los representantes de las Universidades Privadas ante el Consejo.

Parágrafo Segundo: Sin menoscabo del derecho de defensa que legítimamente les corresponde, los miembros del Consejo Nacional de Universidades que pudieren resultar afectados por las medidas previstas en los numerales 11, 12 y 13 de este artículo, no podrán concurrir a las sesiones de este organismo en las cuales se discutan y apliquen las medidas respectivas.

Parágrafo Tercero: De las decisiones a que se refieren los ordinales 12 y 13 de este artículo podrá apelarse para ante la Corte suprema de Justicia en Sala Político-Administrativa. Esta apelación se oír en un solo efecto.

Artículo 21.- Para facilitar el desempeño de sus funciones, el Consejo Nacional de Universidades tendrá un Secretariado Permanente, con sede en Caracas, cuya organización y funcionamiento serán determinados en el Reglamento que al efecto dicte el Consejo.

El Secretario del Consejo, quien deberá reunir las mismas condiciones exigidas por esta Ley para ser Secretario de un Consejo Universitario, será designado y removido por el mismo cuerpo.

Artículo 22.- La Oficina de Planificación del Sector Universitario estará bajo la dirección de un funcionario, designado por el Ejecutivo Nacional, quien deberá ser profesional universitario especializado, con amplia experiencia en planeamiento educativo, en administración universitaria o en otras áreas sociales estrechamente vinculadas al desarrollo de la educación. Esta oficina tendrá su sede en Caracas y las siguientes atribuciones:

- 1.- Servir de oficina técnica del Consejo Nacional de Universidades;
- 2.- Hacer el cálculo de las necesidades profesionales del país a corto, mediano y largo plazo;
- 3.- Proponer alternativas acerca de la magnitud y especialización de las universidades y de los modelos de organización de las mismas;
- 4.- Asesorar a las Universidades Nacionales en la elaboración y ejecución de sus presupuestos programa, a cuyo efecto, mantendrá contacto permanente con las oficinas universitarias de presupuesto, y preparará los instructivos y formularios que les sirvan de guía;
- 5.- Las demás que le señalen las Leyes y los Reglamentos.

Artículo 23.- El Consejo Nacional de Universidades tendrá su sede en Caracas, pero podrá reunirse, previa convocatoria de su Presidente, también en otra ciudad del país. Celebrará sesiones

ordinarias mensuales, y extraordinarias por iniciativa del Ministro de Educación o de tres de los Rectores que lo integran.

TÍTULO III **De las Universidades Nacionales**

CAPÍTULO I **De la Organización de las Universidades**

SECCIÓN PRIMERA **Del Consejo Universitario**

Artículo 24.- La autoridad suprema de cada Universidad reside en su Consejo Universitario, el cual ejercerá las funciones de gobierno por órgano del Rector, de los Vice-Rectores y del Secretario, conforme a sus respectivas atribuciones.

Artículo 25.- El Consejo Universitario estará integrado por el Rector, quien lo presidirá, los Vice-Rectores, el Secretario, los Decanos de las Facultades, cinco representantes de los profesores, tres representantes de los estudiantes, un representante de los egresados y un delegado del Ministerio de Educación.

Parágrafo Primero: Los representantes de los profesores, los de los estudiantes y el de los egresados durarán tres, uno y dos años respectivamente, en el ejercicio de sus funciones. El Delegado del Ministerio de Educación deberá poseer título universitario venezolano y será de libre nombramiento y remoción de ese Despacho.

Parágrafo Segundo: Los representantes de los Profesores ante el Consejo Universitario deberán tener rango no inferior al de agregado y serán elegidos mediante voto secreto de los profesores titulares, asociados, agregados y asistentes de la respectiva Universidad.

Parágrafo Tercero: Los representantes de los estudiantes ante el respectivo Consejo Universitario serán elegidos por los alumnos regulares de la respectiva Universidad, entre los alumnos regulares del último bienio de la carrera.

Artículo 26.- Son atribuciones del Consejo Universitario:

- 1.- Coordinar las labores de enseñanza y las de investigación y las demás actividades académicas de la Universidad;
- 2.- Estimular y mantener las relaciones universitarias nacionales e internacionales;
- 3.- Crear, modificar y suprimir Facultades, Escuelas, Institutos y demás dependencias universitarias de conformidad con el numeral 4 del artículo 20 de esta Ley. Cuando la decisión se refiera a

Institutos o Centros de Investigación, se requerirá, además el dictamen favorable del Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico;

4.- Discutir el Presupuesto de Rentas y Gastos de la Universidad y decretarlo, previo el dictamen favorable del Consejo Nacional de Universidades. El presupuesto así aprobado entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en la Gaceta Oficial;

5.- Acordar, previa aprobación del Consejo Nacional de Universidades, el traspaso de fondos de una a otra partida del Presupuesto de Rentas y Gastos de la Universidad;

6.- Conocer y resolver de las solicitudes sobre reválida de títulos, equivalencia de estudios y traslados;

7.- Fijar el arancel para determinados cursos especiales y de post-grado;

8.- Acordar la suspensión parcial o total de las actividades universitarias y decidir acerca de la duración de dichas medidas;

9.- Fijar el número de alumnos para el primer año y determinar los procedimientos de selección de aspirantes, según las pautas establecidas por el Consejo Nacional de Universidades en el numeral 6 del artículo 20 de esta Ley;

10.- Asumir provisionalmente el gobierno de las Facultades cuando las condiciones existentes pongan en peligro el normal desenvolvimiento de las actividades académicas, y convocar en un lapso no mayor de sesenta (60) días a la Asamblea de la respectiva Facultad;

11.- Conocer y resolver de los procesos disciplinarios de remoción de las autoridades universitarias no integrantes del consejo Universitario, cuando hayan incurrido en grave incumplimiento de los derechos que les impone esta Ley;

12.- Autorizar los contratos de profesores, investigadores y conferencistas, previo informe del Consejo de la Facultad respectiva o del Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, según el caso;

13.- Designar a las personas que deban actuar como representantes de la Universidad ante otros organismos o instituciones;

14.- Conceder los títulos de Doctor Honoris Causa, de Profesor Honorario y cualquier otra distinción honorífica. La iniciativa al respecto puede ser tomada por el Consejo Universitario o por la Asamblea de la Facultad correspondiente; pero, en todo caso, se requerirá la aprobación de ambos organismos;

15.- Designar las personas que suplan las faltas temporales del Secretario de la Universidad y las de los Decanos;

16.- Organizar un servicio de orientación vocacional;

17.- Reglamentar las elecciones universitarias de conformidad con esta ley y Reglamento, y nombrar la Comisión que organizará dicho proceso;

18.- Dictar, conforme a las pautas señaladas por el Consejo Nacional de Universidades, el régimen de seguros, escalafón, jubilaciones, pensiones, despidos, así como todo lo relacionado con la asistencia y previsión social de los miembros del personal universitario;

19.- Autorizar la adquisición, enajenación y gravamen de bienes, la celebración de contratos y la aceptación de herencias, legados o donaciones, previa consulta con el Consejo de Fomento;

20.- Resolver los asuntos que no estén expresamente atribuidos por la presente Ley a otros organismos o funcionarios;

21.- Dictar los Reglamentos Internos que le correspondan conforme a esta Ley.

Artículo 27.- El Consejo Universitario celebrará sesiones ordinarias una vez por semana y extraordinarias cada vez que sea convocado por el Rector o cuando lo soliciten por escrito no menos de la tercera parte de sus miembros.

El procedimiento de las sesiones del Consejo Universitario será establecido en el respectivo Reglamento Interno.

SECCIÓN SEGUNDA

Del Rector, de los Vice-Rectores y del Secretario

Artículo 28.- El Rector, los Vice-Rectores y el Secretario de las Universidades, deben ser venezolanos, de elevadas condiciones morales, poseer título de Doctor, tener suficientes credenciales científicas y profesionales y haber ejercido con idoneidad funciones docentes o de investigación en alguna universidad venezolana durante cinco años por lo menos.

Parágrafo Único: El respectivo Consejo Universitario determinará en el Reglamento que al efecto dicte, las condiciones que han de exigirse para ocupar los cargos de Rector, Vice-Rector o Secretario a los profesores que no hayan obtenido el título de Doctor en razón de que el mismo no sea conferido en la especialidad correspondiente por esa Universidad.

Artículo 29.- Cuando la complejidad de funciones y las necesidades de la Institución lo justifiquen, el Consejo Nacional de Universidades podrá autorizar, a propuesta del respectivo Consejo Universitario, la creación de otros Vice-Rectorados en una Universidad. Al mismo tiempo se someterá a la consideración del Consejo Nacional de Universidades el proyecto de normas de funcionamiento del cargo y las atribuciones correspondientes a su titular, quien será designado por

el respectivo Consejo Universitario, a propuesta del Rector, y asistirá a las sesiones de ese organismo con derecho a voz.

Artículo 30.- La elección del Rector, del Vice-Rector Académico, del Vice-Rector Administrativo y del Secretario se realizará dentro de los tres meses anteriores al vencimiento del período de cuatro años correspondiente a dichas autoridades, por el Claustro Universitario integrado así:

- 1.- Por los Profesores asistentes, agregados, asociados, titulares y jubilados;
- 2.- Por los representantes de los alumnos de cada Escuela, elegidos respectivamente en forma directa y secreta por los alumnos regulares de ellas. El número de estos representantes será igual al 25% de los miembros del personal docente y de investigación que integran el Claustro. La representación estudiantil de cada Escuela será proporcional al número de alumnos regulares que en ella cursen, en relación con el total de alumnos regulares de la Universidad;
- 3.- Por los representantes de los egresados a razón de cinco por cada Facultad, elegidos en la forma prevista en el Artículo 54.

Parágrafo Único: A los efectos del quórum de integración no se tomará en cuenta el número de profesores jubilados, ni de aquellos que se encuentren en disfrute de permiso o de año sabático.

Artículo 31.- El voto para la elección del Rector, Vice-Rectores y Secretarios será obligatorio, y se requerirá, para su validez, que hayan votado no menos de las dos terceras partes de los integrantes del Claustro. La elección se hará por votación directa y secreta, y se proclamará electos a quienes hayan obtenido no menos de las dos terceras partes de los votos válidos depositados. Si no se lograse esa mayoría, se procederá a una segunda votación, también por el Claustro Universitario, entre los candidatos que hayan obtenido los dos primeros lugares en los resultados electorales. La segunda votación se hará también por voto directo y secreto, y la elección se decidirá por mayoría absoluta.

Artículo 32.- Si no hubieren votado las dos terceras partes del Claustro, y en cualquier otro caso en que no fuese válida la elección, se reunirá, dentro de los quince días siguientes, una asamblea integrada por los miembros de los Consejos de las diversas Facultades para elegir Rector, Vice-Rectores y Secretario interinos, hasta tanto se realice la elección definitiva de esas autoridades o hasta un plazo máximo de seis meses, al final del cual la Comisión Electoral procederá a hacer una nueva convocatoria.

La elección de las autoridades se decidirá por el voto directo y secreto de la mayoría absoluta de la totalidad de los miembros de los Consejos de Facultad. Para que la elección sea válida se requiere que hayan votado por lo menos, las tres cuartas partes de los miembros de esa asamblea. En caso de que resultare fallida la elección, se reunirá el Consejo Nacional de Universidades, en un plazo no mayor de quince días, para hacer la designación correspondiente para el período inmediato. La elección de autoridades interinas o la designación por el Consejo Nacional de Universidades, no podrá recaer en ninguna de las personas que estuviesen ejerciendo los cargos de Rector, Vice-

Rector o Secretario en la oportunidad de las elecciones no perfeccionadas en virtud de lo establecido en este artículo, ni los que hubiesen sido postulados para las mismas.

Artículo 33.- Los miembros del personal docente y de investigación que sin justificación se hubiesen abstenido de concurrir a la elección de las autoridades universitarias, serán suspendidos por el respectivo Consejo de Facultad, por el término de tres meses contados a partir de la fecha de votación. Esta suspensión será motivo de pérdida por el mismo lapso, de todos los derechos inherentes a la condición de miembro del personal docente o de investigación.

Los afectados podrán justificar su inasistencia en un lapso de cinco días hábiles a partir de la fecha en que se realizó la votación. La reincidencia será motivo de remoción del profesor incurso en dicha falta, previa instrucción del expediente respectivo. A los fines previstos en el Artículo 11 de esta Ley, esta pena no podrá exceder de cinco años.

Los representantes estudiantiles que incurrieren en la falta a que se contrae el presente artículo, serán sancionados con la suspensión temporal del derecho de voto para la elección siguiente, y, en caso de reincidencia, con la supresión de los derechos derivados de su condición de alumno regular, por el término de un año.

Los representantes de los egresados que incurrieren en la falta a que se contrae el presente artículo, serán sancionados con la suspensión por tres meses de su representación, lo cual se participará al Colegio profesional correspondiente.

Los representantes estudiantiles y los de los egresados que no hayan cumplido con este deber, podrán justificar su inasistencia en la forma prevista para los miembros del personal docente y de investigación.

Artículo 34.- A los fines de la imposición de las sanciones previstas en el artículo anterior, se instruirá el correspondiente expediente, previa notificación del interesado, a fin de que alegue por escrito lo que estime conducente dentro del término de cinco días hábiles contados a partir de la fecha de su notificación. Si adujere algún motivo de justificación quedará abierto un lapso de diez días hábiles, contados a partir del vencimiento del término anterior, a fin de que, con las pruebas pertinentes, se acredite la veracidad de los hechos alegados.

Artículo 35.- Las autoridades universitarias que hubiesen ejercido funciones durante más de la mitad de sus respectivos períodos, no podrán ser reelectos para los mismos cargos en el período inmediato en la misma Universidad.

Artículo 36.- Son atribuciones del Rector:

- 1.- Cumplir y hacer cumplir en la respectiva Universidad las disposiciones emanadas del Consejo Nacional de Universidades;
- 2.- Presidir el Consejo Universitario y ejecutar sus acuerdos;

3.- Dirigir, coordinar y vigilar, en nombre del Consejo Universitario, el normal desarrollo de las actividades universitarias;

4.- Expedir el nombramiento y ejecutar la remoción de los Decanos, Directores de Escuelas, Institutos y demás establecimientos universitarios; así como el nombramiento, el ascenso o la remoción de los miembros del personal docente, de investigación y administrativo, de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley y de los Reglamentos;

5.- Proponer al Consejo Universitario la creación, modificación o supresión de Facultades, Escuelas, Institutos y demás organismos de carácter académico o docente;

6.- Conferir los títulos y grados y expedir los certificados de competencia que otorga la Universidad, previo el cumplimiento de los requisitos legales;

7.- Presentar al Consejo Universitario el Proyecto de Presupuesto Anual de la Universidad, elaborado de conformidad con lo dispuesto en el numeral 20 de esta Ley;

8.- Autorizar la recaudación de los ingresos y de los pagos que deba hacer la Universidad, previo cumplimiento de los requisitos que señalen la presente Ley y los Reglamentos.

El Rector de la Universidad podrá, previa autorización del Consejo Universitario, delegar total o parcialmente la facultad a que se refiere esta atribución en el funcionario que él mismo señale. Ningún pago podrá ser ordenado sin la existencia de fondos en la partida presupuestaria correspondiente.

9.- Informar semestralmente al Consejo Universitario y anualmente al Consejo Nacional de Universidades acerca de la marcha de la Universidad;

10.- Presentar anualmente al Ministerio de Educación, previa aprobación del Consejo Universitario, la Memoria y Cuenta de la Universidad. El Ministro presentará las Memorias y Cuentas de las Universidades Nacionales al Congreso Nacional en la oportunidad en que presente la del Despacho de Educación;

11.- Someter a la consideración del Consejo Universitario los procesos de remoción de los Decanos y de los miembros del personal docente y de investigación, de acuerdo con las formalidades señaladas en la presente Ley;

12.- Adoptar, de acuerdo con el Consejo Universitario, las providencias convenientes para la conservación del orden y la disciplina dentro de la Universidad. En casos de emergencia podrá tomar las medidas que juzgue convenientes, y las someterá posteriormente a la consideración del Consejo Universitario;

13.- Las demás que le señalen la presente Ley, las leyes y reglamentos.

Artículo 37.- El Rector es el representante legal de la Universidad y el órgano de comunicación de ésta con todas las autoridades de la República y con las Instituciones nacionales o extranjeras.

Artículo 38.- Son atribuciones del Vice-Rector Académico:

- 1.- Suplir las faltas temporales del Rector;
- 2.- Supervisar y coordinar, de acuerdo con el Rector, las actividades docentes, de investigación y de extensión;
- 3.- Presidir el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico y velar por el cumplimiento de sus resoluciones;
- 4.- Dirigir y coordinar, de acuerdo con el Rector, los servicios estudiantiles;
- 5.- Cumplir con todas las funciones que le sean asignadas por el Rector o por el Consejo Universitario;
- 6.- Las demás que le señalen la Ley y los Reglamentos;

Artículo 39.- Son atribuciones del Vice-Rector Administrativo:

- 1.- Suplir las faltas temporales del Vice-Rector Académico;
- 2.- Dirigir y coordinar de acuerdo con el Rector, las actividades administrativas de la Universidad;
- 3.- Presidir el Consejo de Fomento y velar por el cumplimiento de sus resoluciones;
- 4.- Cumplir las funciones que les sean asignadas por el Rector o por el Consejo Universitario;
- 5.- Las demás que le señalen la ley y los Reglamentos.

Artículo 40.- Son atribuciones del Secretario:

- 1.- Suplir las faltas temporales del Vice-Rector Administrativo;
- 2.- Ejercer la Secretaría del Consejo Universitario y dar a conocer sus resoluciones;
- 3.- Refrendar la firma del Rector en los títulos, diplomas, decretos y resoluciones, expedidos por la Universidad;
- 4.- Expedir y certificar los documentos emanados de la Universidad;

- 5.- Ejercer la custodia del Archivo General de la Universidad;
- 6.- Publicar la Gaceta Universitaria, órgano trimestral que informará a la comunidad universitaria las resoluciones de los organismos directivos de la Institución;
- 7.- Cumplir las funciones que le sean asignadas por el Rector, o por el Consejo Universitario; y,
- 8.- Las demás que le señalen la Ley y los Reglamentos.

Artículo 41.- En caso de falta absoluta del Rector, de los Vice-Rectores o del Secretario, se procederá a la elección de quien deba sustituirlo por el resto del período.

Artículo 42.- Las faltas temporales del Rector, de los Vice-Rectores o del Secretario, no podrán ser mayores de noventa días, salvo casos extraordinarios, que resolverá el Consejo Universitario.

SECCFIÓN TERCERA

Del Consejo de Apelaciones

Artículo 43.- El Consejo de Apelaciones es el organismo superior de cada Universidad en materia disciplinaria. Estará integrado por tres profesores calificados, con categorías no inferior a la de Asociado, quienes durarán tres años en el ejercicio de sus funciones.

Artículo 44.- A los fines de la designación de los integrantes del Consejo de Apelaciones, cada Asamblea de Facultad escogerá de su seno, en la oportunidad correspondiente, un candidato, en la misma forma en que se elige el Decano. De la lista que así se forme, el Consejo Nacional de Universidades designará a los tres miembros principales del Consejo y determinará el orden de suplencia de los otros candidatos.

Parágrafo Único: En las Universidades que funcionen con menos de seis Facultades, las Asambleas elegirán dos candidatos cada una.

Artículo 45.- Los miembros principales elegirán de su seno al Presidente del Consejo. Elegirán también, de fuera de su seno, al Secretario, quien deberá ser Abogado y Profesor universitario.

Artículo 46.- Son atribuciones del Consejo de Apelaciones:

- 1.- Conocer y decidir, en última instancia administrativa, los recursos interpuestos contra las decisiones de los Consejos de Facultad en materia de sanciones a los Profesores. En estos casos será de la exclusiva competencia del respectivo Consejo de Facultad la instrucción del correspondiente expediente y la decisión en primera instancia;

- 2.- Conocer y decidir en última instancia administrativa sobre las medidas disciplinarias impuestas a los alumnos por el Rector, los Vice-Rectores, el Secretario, los Decanos, los Directores o los Profesores, dentro de sus respectivas áreas de competencia;
- 3.- Servir de Tribunal de Honor en todos los asuntos que le sean sometidos por vía de arbitraje;
- 4.- Designar, cuando lo estime conveniente, comisiones instructoras a nivel de Facultades;
- 5.- Dictar su reglamento Interno;
- 6.- Las demás que le señalen la Ley y los Reglamentos.

SECCIÓN IV

De las Facultades

Artículo 47.- La Universidad realiza sus funciones docentes y de investigación a través del conjunto de sus Facultades. Por su especial naturaleza a cada Facultad corresponde enseñar e investigar una rama particular de la Ciencia o de la Cultura, pero todas se integran en la unidad de la universidad y deben cumplir los supremos fines de ésta. El Reglamento de cada Universidad, previa aprobación del Consejo Nacional de Universidades, determinará las Facultades que funcionarán en ella.

Artículo 48.- Las Facultades están formadas por Escuelas, Institutos y demás dependencias de carácter académico y administrativo que señalen la presente Ley y los respectivos reglamentos.

Artículo 49.- Las Facultades estarán integradas por el Decano, los Directores de las Escuelas e Institutos, los miembros del Personal Docente y de Investigación, los miembros honorarios, los estudiantes y los representantes de los egresados, en la forma establecida por la presente Ley y los Reglamentos.

Artículo 50.- El gobierno de las Facultades será ejercido por la Asamblea de la Facultad, por el Consejo de la Facultad y por el Decano, según las disposiciones de la presente Ley.

Artículo 51.- La enseñanza de cada Facultad se regirá por un plan de estudio previamente aprobado por el Consejo Universitario, de acuerdo con lo establecido por el numeral 5 del Artículo 62 de la presente Ley.

SECCIÓN V

De las Asambleas de las Facultades

Artículo 52.- La Asamblea es la autoridad máxima de cada Facultad y estará integrada por los Profesores Honorarios, Titulares, Asociados, Agregados y Asistentes; por los representantes estudiantiles y por los representantes de los egresados de la respectiva Facultad.

A los efectos del quórum de integración no se tomará en cuenta el número de profesores honorarios o con permiso o en disfrute de año sabático.

Artículo 53.- La representación de los estudiantes será igual a un veinticinco por ciento de los miembros del personal docente y de investigación que integran la Asamblea y será elegida mediante votación directa y secreta por los alumnos regulares de la Facultad correspondiente entre los estudiantes regulares de la misma.

Artículo 54.- La representación de los egresados será de cinco miembros, designados por el Colegio correspondiente o, a falta de éste, por la respectiva Asociación profesional.

Artículo 55.- Son atribuciones de la Asamblea de la Facultad:

- 1.- Elegir el Decano;
- 2.- Conocer el informe anual del Decano;
- 3.- Proponer o aprobar, según el caso, la designación de los Profesores Honorarios, así como los candidatos para el Doctorado Honoris-Causa de la respectiva Facultad, conforme a la presente Ley y los Reglamentos;
- 4.- Proponer al Consejo Universitario, por órgano del Decano, las reformas e iniciativas que juzgue convenientes para el mejor funcionamiento de la Facultad.

Artículo 56.- La Asamblea de la Facultad celebrará reuniones ordinarias por lo menos una vez por semestre. El Decano convocará la Asamblea a reuniones extraordinarias cuando lo juzgue conveniente, o cuando así lo exijan por escrito el 20% de sus Miembros.

Artículo 57.- El régimen de las Asambleas será establecido por el Reglamento.

SECCIÓN VI

De los Consejos de las Facultades

Artículo 58.- El Consejo de la Facultad está integrado por el Decano, quien lo presidirá, siete representantes de los Profesores, un representante de los egresados elegido por el Colegio o Asociación Profesional correspondiente y dos representantes de los estudiantes elegidos por los alumnos regulares de la Facultad entre los alumnos regulares del último bienio de la carrera.

Artículo 59.- Los Directores de las Escuelas y de los Institutos asistirán a las sesiones del Consejo de la Facultad y sólo tendrán derecho a voz.

Artículo 60.- Los representantes de los Profesores al Consejo de la Facultad serán elegidos mediante voto directo y secreto de los Profesores Honorarios, Titulares, Asociados, Agregados y Asistentes de la respectiva Facultad.

Parágrafo Único: A los efectos del quórum de integración no se tomará en cuenta el número de profesores honorarios, ni de aquellos que se encuentren en disfrute de permiso o de año sabático.

Artículo 61.- Los representantes de los Profesores, el representante de los egresados, y sus respectivos suplentes, durarán dos años en el ejercicio de sus funciones y podrán ser reelegidos. Los representantes estudiantiles durarán un año en sus funciones.

Artículo 62.- Son atribuciones del Consejo de Facultad:

- 1.- Velar por el funcionamiento normal de la Facultad y por el cumplimiento cabal de todos sus fines;
- 2.- Coordinar las labores de enseñanza, de investigación, y las otras actividades académicas de la Facultad, de acuerdo con lo dispuesto por el Consejo Universitario. En lo referente a la investigación se tendrán en cuenta las pautas señaladas por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico;
- 3.- Considerar el Proyecto de Presupuesto Anual de la Facultad, elaborado por el Decano con base en las proposiciones presentadas por las Escuelas e Institutos respectivos y con las líneas fijadas por los organismos competentes.
- 4.- Proponer al Consejo Universitario la contratación de profesores y las condiciones del respectivo contrato, con base en las solicitudes de las Escuelas e Institutos correspondientes;
- 5.- Considerar los planes de enseñanza elaborados por las Escuelas respectivas, y elevarlos, para su aprobación final, al Consejo Universitario;
- 6.- Aprobar los programas de estudio elaborados por las Escuelas;
- 7.- Evacuar las consultas de carácter docente que le sean sometidas por el Consejo Universitario, el Rector o el Decano;
- 8.- Proponer al Consejo Universitario el nombramiento o remoción de los Directores de Institutos, y de los Jefes de Departamentos y de Cátedras.
- 9.- Aprobar las solicitudes del Decano, de los Directores de Escuelas e Institutos referentes al nombramiento y clasificación, así como los casos de ascensos, permiso, jubilación o pensiones, del personal docente, investigación y administrativo de la respectiva Facultad;

10.- Instruir los expedientes relativos a las sanciones del personal docente y de investigación, y decidir primerainstancia;

11.- Elaborar los proyectos de Reglamento de la Facultad y presentarlos para su consideración al Consejo Universitario;

12.- Informar y emitir opinión acerca de los expedientes sobre reválida de títulos, equivalencia de estudios y traslados que le proponga para su consulta el Consejo Universitario;

13.- Los demás que le señalen la Ley, los Reglamentos y los Acuerdos del Consejo Universitario.

Artículo 63.- El Consejo de la Facultad se reunirá ordinariamente una vez por semana y extraordinariamente cuando lo convoque el Decano, a iniciativa propia, o a petición de 3 ó más de sus miembros.

SECCIÓN VII De los Decanos

Artículo 64.- Los Decanos de las Facultades deben ser ciudadanos venezolanos, reunir elevadas condiciones morales, poseer título de Doctor otorgado por una Universidad del país, tener suficientes credenciales científicas o profesionales y haber ejercido con idoneidad, por lo menos durante cinco años, funciones universitarias, docentes o de investigación.

Parágrafo Único: El respectivo Consejo Universitario determinará en el Reglamento que al efecto dicte, las condiciones que han de exigirse para ocupar el cargo de Decano, a los profesores que no hayan obtenido el título de doctor en razón de que el mismo no sea conferido en la especialidad correspondiente por esa Universidad.

Artículo 65.- Los Decanos serán elegidos por la Asamblea de la respectiva Facultad y durarán tres años en sus funciones. La elección será por voto directo y secreto y se considerará elegido Decano quien obtenga la mayoría absoluta de votos. Para que la elección sea válida se requiere que hayan votado, por lo menos, las dos terceras partes de todos los Miembros calificados para integrar la Asamblea de la Facultad. Los otros aspectos del régimen de la elección serán fijados por el Reglamento.

Artículo 66.- En caso de falta absoluta del Decano se procederá a una nueva elección para el resto del período.

Artículo 67.- Son atribuciones del Decano:

1.- Coordinar y vigilar, de acuerdo con el Consejo de Facultad, las labores de enseñanza, de investigación y las otras actividades académicas de la respectiva Facultad;

- 2.- Presidir la Asamblea y el Consejo de la Facultad;
- 3.- Representar la Facultad en el Consejo Universitario;
- 4.- Convocar a la Asamblea y al Consejo de la Facultad en las ocasiones previstas en la presente Ley;
- 5.- Mantener el orden y la disciplina en la Facultad tomando las medidas pertinentes, previa consulta al Consejo de la Facultad, y de acuerdo a la presente Ley y su Reglamento. En casos de emergencia podrá adoptar las medidas que juzgue convenientes, sometiéndolas posteriormente a la consideración del Consejo de la Facultad;
- 6.- Preparar el Proyecto de Presupuesto Anual de la Facultad y presentarlo al Consejo de la misma. Una vez aprobado por éste, presentarlo al Rector, quien lo utilizará en la preparación del proyecto de Presupuesto de Rentas y Gastos de la Universidad que deberá someter a la consideración del Consejo Universitario.
- 7.- Someter a la consideración del Consejo Universitario los acuerdos y medidas adoptadas por el Consejo o la Asamblea de la Facultad;
- 8.- Proponer al Rector el nombramiento o remoción de los empleados administrativos de la Facultad;
- 9.- Proponer al Consejo Universitario el nombramiento o remoción de los Directores de las Escuelas previo acuerdo del Consejo de la Facultad;
- 10.- Nombrar los Profesores Consejeros de la Facultad;
- 11.- Dar cuenta quincenalmente al Rector de los asuntos de la Facultad;
- 12.- Someter a la consideración de la Asamblea de la Facultad un informe anual del estado y funcionamiento de la misma;
- 13.- Completar las listas de Jurados Examinadores cuando por impedimentos legales, se hubiere agotado la nómina designada por el Consejo de la Facultad;
- 14.- Las demás que señalen la presente Ley y los Reglamentos.

SECCIÓN VIII

De las Escuelas

Artículo 68.- Las labores docentes de cada Facultad serán realizadas a través de las Escuelas que la integren. Por su especial naturaleza a cada Escuela corresponde enseñar e investigar un grupo de Disciplinas fundamentales y afines dentro de una rama de Ciencia o de la Cultura.

Artículo 69.- El gobierno de las Escuelas será ejercido por el Director y el Consejo de la Escuela.

Las Escuelas estarán constituidas por Departamentos y Cátedras. La Cátedra es la unidad académica primordial integrada por uno o más profesores que tienen a su cargo la enseñanza o la investigación de una determinada asignatura. El Departamento es el conjunto de Cátedras que se integran en la unidad de una disciplina. Cada Departamento coordinará el funcionamiento de las diversas Cátedras que lo integren y podrá prestar sus servicios a otras Facultades.

Artículo 70.- El Consejo de la Escuela es un organismo de dirección académica. Estará constituido por el Director de la Escuela, quien lo presidirá, los Jefes de Departamento, cinco representantes de los profesores, un representante de los egresados y dos representantes de los estudiantes, elegidos por los alumnos regulares de la Escuela entre los alumnos regulares del último bienio de la carrera.

Parágrafo Primero: Los representantes de los profesores serán elegidos mediante voto directo y secreto de los profesores titulares, asociados, agregados y asistentes de la respectiva escuela, y durarán dos años en el ejercicio de sus funciones.

Para la validez de la elección será necesaria la concurrencia de la mitad más uno de los votantes; sin embargo, a los efectos del quórum no se tomará en cuenta el número de profesores en disfrute de permiso de año sabático.

Parágrafo Segundo: Los representantes de los egresados serán de la libre elección y remoción del Colegio o Asociación profesional correspondiente.

Parágrafo Tercero: Los representantes de los estudiantes durarán un año en el ejercicio de sus funciones.

Artículo 71.- Son atribuciones del consejo de Escuela:

- 1.- Coordinar las labores y el funcionamiento de las cátedras y departamentos de la Escuela.
- 2.- Elaborar los planes y programas de estudio y someterlos a la aprobación del Consejo de la Facultad;
- 3.- Proponer la incorporación y la promoción del personal docente;
- 4.- Evacuar las consultas que en materia académica le formule el Consejo de la Facultad;
- 5.- Nombrar los jurados examinadores.

Parágrafo Único: Cuando en una Facultad funcione una sola Escuela no existirá Consejo de Escuela y sus atribuciones corresponderán al Consejo de la Facultad.

Artículo 72.- Los Directores de las Escuelas deben tener título universitario y pertenecer al personal docente o de investigación.

Parágrafo Único: Los Directores de las Escuelas no podrán ser representantes de los Profesores en el Consejo de la respectiva Facultad.

Artículo 73.- Son atribuciones de los Directores de las Escuelas:

- 1.- Vigilar la enseñanza, la investigación y las demás actividades académicas;
- 2.- Ejecutar las decisiones del consejo de Escuela o, en su caso, del Consejo de la Facultad, en materia de coordinación de la labor y funcionamiento de los Departamentos y Cátedras de la Escuela;
- 3.- Ejercer la inspección y dirección de los servicios y del personal administrativo;
- 4.- Fijar, de acuerdo con el Decano, los horarios de clases y de exámenes;
- 5.- Cobrar y distribuir, de acuerdo con el Decano, las cantidades asignadas a la Escuela en el presupuesto, comprobar las inversiones y supervisar la contabilidad;
- 6.- Informar mensualmente al consejo de la Facultad sobre la marcha económica y administrativa de las Escuelas a su cargo;
- 7.- Levantar y mantener al día el inventario de los bienes de la respectiva Escuela;
- 8.- Las demás que le señalen los reglamentos de la Universidad y los Acuerdos del Consejo Universitario o del Consejo de la Facultad.

Artículo 74.- En las Universidades sólo podrán funcionar Escuelas integradas dentro de una determinada Facultad.

Artículo 75.- Cada Departamento o Cátedra será dirigido por una persona, que recibirá la designación de Jefe de Departamento o Jefe de Cátedra respectivamente. Las atribuciones de cada uno de ellos, así como las condiciones exigidas para el desempeño del cargo, serán fijadas en el Reglamento.

Artículo 76.- El funcionamiento de los Departamentos y Cátedras será reglamentado por el Consejo de la Facultad, y debe ser aprobado por el Consejo Universitario.

SECCIÓN IX

De los Institutos y sus Directores

Artículo 77.- Los Institutos son centros destinados fundamentalmente a la investigación y a colaborar en el perfeccionamiento de la enseñanza. Los Institutos estarán adscritos a las Facultades y tendrán, en la investigación, el mismo rango que las Escuelas en la escala docente.

Artículo 78.- Las labores de investigación de los Institutos serán coordinadas por el Consejo de la Facultad de acuerdo con el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico.

Artículo 79.- Cada Instituto tendrá un Director y un Consejo Técnico. El Consejo Técnico estará integrado por el Director, quien lo presidirá, y por los Miembros que fije su Reglamento. El respectivo Reglamento determinará así mismo la forma como serán designados los miembros del Consejo Técnico de los Institutos.

Artículo 80.- El Director y los Miembros del Consejo Técnico de los Institutos durarán en sus funciones tres años y podrán ser reelegidos.

Artículo 81.- Son atribuciones del Director del Instituto:

- 1.- Dirigir y coordinar los trabajos de investigación del Instituto;
- 2.- Representar al Instituto ante el Consejo de la Facultad;
- 3.- Informar periódicamente al Decano del funcionamiento del Instituto y de la marcha de sus trabajos;
- 4.- Las demás que le señalen los Reglamentos.

Artículo 82.- Corresponde al Consejo Técnico del Instituto:

- 1.- Elaborar en coordinación con el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, los programas de trabajo del Instituto;
- 2.- Estudiar y considerar los proyectos de investigación que se propongan al Instituto;
- 3.- Evaluar los resultados de los trabajos de investigación que se realicen en el Instituto;
- 4.- Someter a la consideración del Consejo de la Facultad las reformas e iniciativas que juzgue convenientes para el mejor funcionamiento del Instituto;
- 5.- Las demás que le señalen los Reglamentos.

SECCIÓN X

Del Personal Docente y de Investigación

Artículo 83.- La enseñanza y la investigación, así como la orientación moral y cívica que la Universidad debe impartir a sus estudiantes, están encomendadas a los miembros del personal docente y de investigación.

Artículo 84.- Los miembros del personal docente y de investigación serán nombrados por el Rector a propuesta del Consejo de la Facultad correspondiente, con la aprobación del Consejo Universitario.

Artículo 85.- Para ser miembro del personal docente y de investigación se requiere:

a) Poseer condiciones morales y cívicas que lo hagan apto para tal función; b) Haberse distinguido en sus estudios universitarios o en su especialidad o ser autor de trabajos valiosos en la materia que aspire a enseñar; y c) Llenar los demás requisitos establecidos en la presente Ley y los reglamentos.

Artículo 86.- Los miembros del personal docente y de investigación se clasificarán en las siguientes categorías: miembros Ordinarios, Especiales, Honorarios y Jubilados.

Parágrafo Único: El Consejo Universitario podrá, en los casos que estime conveniente, establecer concursos para la provisión de cargos. El régimen de los concursos será fijado en el Reglamento respectivo.

Artículo 87.- Son miembros Ordinarios del personal docente y de investigación:

- a) Los Instructores;
- b) Los Profesores Asistentes;
- c) Los Profesores Agregados;
- d) Los Profesores Asociados; y
- e) Los Profesores Titulares.

Artículo 88.- Son miembros Especiales del personal docente y de investigación:

- a) Los Auxiliares docentes y de investigación;
- b) Los Investigadores y Docentes libres, y
- c) Los Profesores contratados.

Artículo 89.- Los miembros Ordinarios del personal docente y de investigación se ubicarán y ascenderán en el escalafón de acuerdo con sus credenciales o méritos científicos y sus años de servicio. Para ascender de una categoría a otra en el escalafón será necesario, además, presentar a la consideración de un jurado nombrado al efecto un trabajo original como credencial de mérito. El régimen de ubicación, ascenso y jubilación del personal docente y de investigación será establecido en el correspondiente Reglamento.

Artículo 90.- Todo miembro del personal docente y de investigación tiene el derecho de solicitar ante el Consejo Universitario que se reconsidere su clasificación en el escalafón correspondiente.

Artículo 91.- Toda persona que se inicie en la docencia o en la investigación lo hará como Instructor a menos que por sus méritos profesionales, docentes o científicos, pueda ser ubicado en una jerarquía superior por el Consejo de la respectiva Facultad, conforme con el Reglamento respectivo. En este caso se informará al personal de jerarquía inferior, el cual podrá exigir que la posición se provea por concurso.

Artículo 92.- Para ser Instructor se requiere título universitario. Los Instructores podrán ser removidos a solicitud razonada del Profesor de la cátedra.

Artículo 93.- Cuando una persona ingrese al personal docente y de investigación con una jerarquía superior a la de Instructor, sus funciones durarán un año. Cumplido este lapso podrá ser confirmada en su cargo por el tiempo establecido para su correspondiente categoría.

Artículo 94.- Los Profesores Asistentes deben poseer título universitario, capacitación pedagógica y haber ejercido como Instructores al menos durante os años, salvo lo previsto en el artículo anterior. Los Profesores Asistentes durarán cuatro años en el ejercicio de sus funciones. Concluido este lapso pasarán a la categoría de Profesores Agregados de acuerdo con lo establecido en el respectivo Reglamento.

Artículo 95.- Los Profesores Agregados deben poseer título universitario y durarán cuatro años en sus funciones. Concluido este lapso pasarán a la categoría de Profesores Asociados, previo el cumplimiento de los requisitos señalados en la presente Ley y el Reglamento respectivo.

Artículo 96.- Los Profesores Asociados deben poseer el título de Doctor y durarán, por lo menos, cinco años en el ejercicio de sus funciones.

Artículo 97.- Para ser Profesor Titular se requiere haber sido Profesor Asociado, por lo menos durante cinco años. Los profesores Titulares durarán en el ejercicio de sus funciones hasta que sean jubilados.

Artículo 98.- Podrán ser miembros Especiales del personal docente y de investigación quienes no posean títulos universitarios, cuando lo permita la naturaleza de la asignatura o de los trabajos a realizar, a juicio del Consejo de la Facultad y con la aprobación el Consejo Universitario. Tales miembros se denominarán Auxiliares Docentes o de investigación.

Artículo 99.- Se denominarán investigadores y Docentes libres aquellas personas que, por el valor de sus trabajos o investigadores, o por el mérito de su labor profesional, sean encargadas temporalmente por la Universidad para realizar funciones docentes o de investigación.

El desempeño de estos cargos será credencial de mérito para el ingreso al escalafón del profesorado ordinario.

Artículo 100.- La Universidad podrá contratar Profesores o Investigadores para determinadas cátedras o trabajos. Las condiciones que deben llenar los Profesores contratados, así como los requisitos del respectivo contrato, los fijará el Reglamento.

Artículo 101.- Son Profesores Honorarios aquellas personas que, por los excepcionales méritos de sus labores científicas, culturales o profesionales, sean consideradas merecedoras de tal distinción por el Consejo Universitario, a propuesta de la respectiva Facultad. Los Profesores Honorarios no tendrán obligaciones docentes ni de investigación.

Artículo 102.- Los miembros del personal docente y de investigación que hayan cumplido veinte años de servicio y tengan 60 o más años de edad, o aquellos de cualquier edad que hayan cumplido 25 años de servicios, tendrán derecho a jubilación. Si después del décimo año de servicio llegaren a inhabilitarse en forma permanente, tendrán derecho a una pensión de tantos veinticinco avos de sueldo como años de servicio tengan. El Reglamento Especial de Jubilaciones y Pensiones establecerá las condiciones y límites necesarios para la ejecución de esta disposición.

Artículo 103.- El Reglamento del Personal Docente y de Investigación establecerá las obligaciones y remuneraciones de sus miembros de acuerdo con la correspondiente categoría y el tiempo que dediquen al servicio de la Universidad.

Artículo 104.- Según el tiempo que consagren a las actividades docentes o de investigación, el personal se clasificará en:

- a) Profesores de dedicación exclusiva;
- b) Profesores a tiempo completo;
- c) Profesores a medio tiempo; y
- d) Profesores a tiempo convencional.

Artículo 105.- Para realizar sus funciones, los miembros del personal docente y de investigación podrán tener Ayudantes o Preparadores, quienes se seleccionarán entre los estudiantes calificados en la forma que indique el Reglamento. Los ayudantes o Preparadores colaborarán con los Profesores en el desarrollo de las labores docentes y de investigación. Estos cargos servirán de credencial de méritos a los fines del correspondiente ingreso en el escalafón del personal docente o de investigación.

Artículo 106.- los miembros del personal docente y de investigación deben elaborar los programas de sus asignaturas, o los planes de sus trabajos de investigación, y someterlos para su aprobación a las respectivas autoridades universitarias, pero conservan completa independencia en la exposición de la materia que enseñan y en la orientación y realización de sus trabajos.

En el caso de que la enseñanza de una asignatura estuviera encomendada a varios Profesores, el Jefe de cátedra coordinará la unidad de la enseñanza.

Cuando existan cátedras paralelas, los Profesores coordinarán sus actividades con vista de la coherencia y unidad de la labor universitaria.

Artículo 107.- El escalafón del personal docente y de investigación es uniforme para todas las Universidades Nacionales, y no se interrumpe con el traslado de una a otra Universidad.

Artículo 108.- En caso de que un miembro del personal docente o de investigación, previa la autorización correspondiente, se separe de su cargo para efectuar estudios de especialización, cumplir misiones de intercambio con otras instituciones, o realizar cualesquiera otras actividades científicas o académicas que redunden en provecho de su formación o en beneficio de la Universidad, se le computará para los fines del escalafón y de la jubilación el tiempo que emplee en estas actividades.

Artículo 109.- Los miembros del Personal Docente y de Investigación deben concurrir a los actos que celebra la Universidad a los cuales sean convocados con carácter obligatorio.

Artículo 110.- Los Profesores Titulares, Asociados, Agregados y Asistentes, sólo podrán ser removidos de sus cargos docentes o de investigación en los casos siguientes:

- 1.- Cuando individual o colectivamente participen en actividades o manifestaciones que lesionen los principios consagrados por la Organización de las Naciones Unidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos;
- 2.- Cuando participen, o se solidaricen activa o pasivamente con actos o medidas que atenten contra la inviolabilidad del recinto universitario, o contra la integridad de la institución o la dignidad de ella o de cualquiera de sus miembros;
- 3.- Por notoria mala conducta pública o privada;
- 4.- Por manifiesta incapacidad física;
- 5.- Por incapacidad pedagógica o científica comprobada;
- 6.- Por dejar de ejercer sus funciones sin motivo justificado;
- 7.- Por haber dejado de concurrir injustificadamente a más del 15% de las clases que deben dictar en un período lectivo, por incumplimiento en las labores de investigación, o por dejar de asistir injustificadamente a más del 50% de los actos universitarios a que fueran invitados con carácter obligatorio en el mismo período;
- 8.- por reiterado y comprobado incumplimiento en los deberes de su cargo.

Artículo 111.- Según la gravedad de la falta, los miembros del personal docente y de investigación podrán ser sancionados con amonestaciones, suspensión temporal, o destitución de sus cargos.

Los miembros del personal docente y de investigación que incurran en las causales 1, 2, 3, 6, 7 y 8 del artículo anterior, y sean removidos de sus cargos, no podrán ingresar en ninguna Universidad del país, ni desempeñar ningún empleo en ellas, mientras dure la sanción que les sea impuesta.

Artículo 112.- Para que un miembro del personal docente y de investigación pueda ser removido de su cargo por las causales señaladas en el Artículo 110, es necesario instruirle un expediente de acuerdo con los trámites y requisitos fijados por la presente Ley y los Reglamentos.

Artículo 113.- El miembro del personal docente y de investigación que sea destituido de su cargo arbitrariamente, tendrá derecho a su reincorporación con reconocimiento del tiempo que hubiere permanecido retirado, como tiempo de servicio.

Esta reclamación deberá intentarse dentro de los doce meses siguientes, salvo que circunstancias especiales debidamente comprobadas se lo hayan impedido.

Artículo 114.- Las Universidades deben protección a los miembros de su personal docente y de investigación y procurarán, por todos los medios, su bienestar y mejoramiento. A este fin, la Universidad establecerá los sistemas que permitan cubrir los riesgos de enfermedad, muerte o despido; creará centros sociales, vacacionales y recreativos; fundará una caja de previsión social, y abogará porque los miembros del personal docente y de investigación, así como sus familiares, se beneficien en todos aquellos servicios médicos o sociales que se presten a través de sus institutos o dependencias.

Artículo 115.- Para representar a los miembros del personal docente y de investigación ante las autoridades universitarias, las asociaciones de profesores universitarios solicitarán el reconocimiento ante el Consejo Universitario respectivo.

SECCIÓN XI

De los Alumnos

Artículo 116.- Son alumnos de las Universidades las personas que, después de haber cumplido los requisitos de admisión establecidos en la Ley y los Reglamentos, sigan los cursos para obtener los títulos o certificados que confiere la Universidad.

Se entiende por alumno regular de una Universidad al estudiante debidamente inscrito en ella, y que cumpla a cabalidad con todos los deberes inherentes a su condición de alumno, conforme a la Ley, los Reglamentos y los planes regulares de estudio.

No son alumnos regulares:

- 1.- Quienes estén aplazados en más de una asignatura;
- 2.- Quienes hayan sido aplazados en un número de asignaturas tal, que exceda del cincuenta por ciento de la carga docente para la que se habrían inscrito;
- 3.- Quienes se inscriban en un número de asignaturas que represente un porcentaje inferior al cincuenta por ciento de la máxima carga docente permitida para un período lectivo;
- 4.- Quienes hayan aprobado las asignaturas necesarias para obtener el correspondiente título o certificado.

Artículo 117.- Los alumnos regulares tendrán derecho a elegir y a ser elegidos en los procesos electorales que esta Ley establezca para escoger representación estudiantil.

Parágrafo Único: Los alumnos no podrán ser por más de dos años representantes estudiantiles. Tampoco podrán ejercer la representación estudiantil ante los diferentes organismos del sistema universitario los alumnos que hubieren finalizado una carrera universitaria.

Artículo 118.- Para seguir los cursos universitarios y obtener los grados, títulos o certificados de competencia que confiere la Universidad, los alumnos necesitan cumplir los requisitos que, sobre las condiciones de asistencia, exámenes, trabajos prácticos y demás materias, fijan la presente Ley y los Reglamentos.

Artículo 119.- para ingresar como alumno en los cursos universitarios regulares y obtener los grados y títulos que la Universidad confiera se necesita el Título de Bachiller en la especialidad correspondiente.

Parágrafo Primero: Si el aspirante posee el título de bachiller en especialidad distinta a la exigida por el Reglamento de la Facultad correspondiente, deberá aprobar un examen de admisión cuyo contenido, modalidades y demás condiciones serán determinados por el Consejo de la respectiva Facultad.

Parágrafo Segundo: Asimismo, podrán ingresar como alumnos en los cursos universitarios regulares los egresados titulares de planteles de educación superior mediante el procedimiento de equivalencia de estudios.

Parágrafo Tercero: El Consejo Universitario podrá autorizar la inscripción en determinadas Escuelas de personas que no tengan el Título de Bachiller, y reglamentará especialmente esta disposición.

Artículo 120.- El estudiante que ingresa a la Universidad no podrá inscribirse en más de una Facultad. Cursado el primer año, el alumno podrá inscribirse en otra Facultad previa autorización del Consejo Universitario.

Artículo 121.- Para orientarse en sus estudios, los alumnos consultarán a los Profesores Consejeros designados por el Decano, quienes los guiarán en todo lo relativo a sus labores universitarias.

Artículo 122.- Las Universidades deben protección a sus alumnos y procurarán por todos los medios, su bienestar y mejoramiento. A este fin, la Universidad organizará sistemas de previsión social para el alumnado, propenderá a la creación de centros vacacionales y recreativos para los estudiantes, y de acuerdo con sus recursos, prestará ayuda a los alumnos que la requieran.

Artículo 123.- Las Universidades propiciarán el intercambio de alumnos con otras instituciones del país o del extranjero; fomentarán el acercamiento de los estudiantes entre sí y con los profesores; y facilitarán las relaciones de las organizaciones estudiantiles con agrupaciones similares de otras naciones o de carácter internacional.

Artículo 124.- Los alumnos están obligados a asistir puntualmente a las clases, trabajos prácticos y seminarios. Deben mantener un espíritu de disciplina en la Universidad y colaborar con sus autoridades para que todas las actividades se realicen normal y ordenadamente dentro del recinto universitario. Los alumnos deben tratar respetuosamente al personal universitario y a sus compañeros, cuidar los bienes materiales de la Universidad y ser guardianes y defensores activos del decoro y la dignidad que deben prevalecer como normas del espíritu universitario.

Artículo 125.- Los alumnos que no cumplan las obligaciones universitarias establecidas en el artículo anterior, serán sancionados, según la gravedad de la falta, con pena de amonestación, de suspensión temporal, de pérdida del curso o de expulsión de la Universidad, de acuerdo con lo que establezcan los Reglamentos respectivos.

Artículo 126.- Para representar a los estudiantes ante las autoridades universitarias, las asociaciones de estudiantes solicitarán el reconocimiento al Consejo Universitario respectivo.

SECCIÓN XII

De los Egresados

Artículo 127.- Las Universidades mantendrán por todos los medios a su alcance los vínculos que deben existir entre ellas y sus egresados.

Artículo 128.- Los egresados están en la obligación de colaborar espiritual y materialmente en el fomento y la buena marcha de la universidad en la cual hayan obtenido su grado, y formar parte de los organismos universitarios, de acuerdo con lo establecido en la presente Ley y los Reglamentos.

Artículo 129.- Los representantes de los egresados ante los Consejos de las Facultades designarán de entre ellos un representante y un suplente ante el Consejo Universitario respectivo.

SECCION XIII Del Consejo de Fomento

Artículo 130.- El Consejo de Fomento estará integrado por siete miembros escogidos por el Consejo Universitario entre reconocidas personalidades de las Finanzas y de la Economía venezolana.

Artículo 131.- Son atribuciones del Consejo de Fomento:

- 1.- Recomendar al Consejo Universitario la adquisición, enajenación o gravamen de bienes y la aceptación de herencias o donaciones;
- 2.- Fomentar las rentas de la Universidad;
- 3.- Servir de órgano de consulta al Consejo Universitario en los problemas de índole económica y financiera;
- 4.- Estudiar los problemas de largo alcance, prever las necesidades económicas futuras de la Universidad y planear los modos de satisfacerlas;
- 5.- Los demás que fije su Reglamento, dictados por el Consejo Universitario.

SECCION XIV Del Consejo de Desarrollo y Humanístico

Artículo 132.- En cada Universidad funcionará un Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, que tendrá por finalidad estimular y coordinar la investigación en el campo Científico y en el dominio de los estudios humanísticos y sociales.

Artículo 133.- El Consejo estará integrado por dos Comisiones: la Comisión de Desarrollo Científico y la Comisión de Estudios humanísticos y Sociales.

Las comisiones se reunirán en Consejo para coordinar sus respectivos sistemas de trabajo e intercambiar ideas acerca de la investigación de la Universidad. El Consejo será presidido por el Rector, o en su ausencia, por el Vice-Rector.

Artículo 134.- El Reglamento del Consejo de Desarrollo Científico y humanístico determinará la integración de las distintas Comisiones.

Artículo 135.- Los Delegados de las Comisiones, y sus Suplentes, serán elegidos por el Consejo de facultad, mediante votación directa y secreta. El Consejo Universitario designará un Delegado ante cada una de las comisiones.

Artículo 136.- Para ser Delegado ante las Comisiones se necesita ser Director o Miembro de algún Instituto en la respectiva Facultad, haber publicado obras de reconocido valor en el campo de la correspondiente especialidad, o estar dedicado activamente a la labor de Investigación. Los Delegados durarán dos años en sus funciones y podrán ser reelegidos.

Artículo 137.- Las atribuciones del Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico serán fijadas por el Reglamento que dicte el Consejo Universitario de acuerdo a la presente Ley.

SECCION XV

De la Dirección y de la Comisión de Cultura

Artículo 138.- En cada Universidad, adscrita al Rectorado, funcionará una Dirección de Cultura, la cual fomentará y dirigirá las actividades de extensión cultural de la Universidad, contribuyendo a la formación del alumnado y a la difusión de la ciencia y la cultura en el seno de la colectividad.

Artículo 139.- La Dirección de Cultura tendrá un director de libre nombramiento y remoción del Rector.

Artículo 140.- El Consejo Universitario podrá crear, con carácter ad-honorem, como órgano consultivo de la Dirección de Cultura, en la que participarán profesores y estudiantes, designados por el mismo Consejo.

Artículo 141.- La Dirección de Cultura, con la asesoría de la Comisión de Cultura, donde la hubiere, tendrá a su cargo la dirección y coordinación de las actividades culturales de la Universidad, de acuerdo con el Reglamento que dicte el Consejo Universitario.

SECCIÓN XVI

De la Dirección y la Comisión de Deportes

Artículo 142.- Para estímulo, desarrollo y coordinación del deporte universitario, en cada Universidad funcionará adscrita al Rectorado una Dirección de Deportes de acuerdo con el Reglamento que dicte el Consejo Universitario.

Artículo 143.- La Dirección de Deportes tendrá un Director de libre nombramiento y remoción del Rector.

Artículo 144.- Como órgano de la Dirección de Deportes, el Consejo Universitario podrá crear con carácter ad-honorem una Comisión de Deportes, en la que participarán profesores y estudiantes designados por el mismo Consejo.

CAPÍTULO II

De la Enseñanza Universitaria

SECCIÓN I

Disposiciones Generales

Artículo 145.- La enseñanza universitaria se suministrará en las Universidades y estará dirigida a la formación integral del alumno y a su capacitación para una función útil a la sociedad.

Artículo 146.- Además de establecer las normas pedagógicas internas que permitan armonizar la enseñanza universitaria con la formación iniciada en los ciclos educacionales anteriores, las universidades señalarán orientaciones fundamentales tendientes a mejorar la calidad general de la educación en el país.

Artículo 147.- Los alumnos estarán obligados a seguir, además de los estudios especializados que debe impartir cada Facultad, los cursos generales humanísticos o científicos que deberá prescribir el Consejo Universitario.

Artículo 148.- Los demás particulares de la enseñanza universitaria serán determinados en los reglamentos que dictarán los organismos universitarios con sujeción a sus atribuciones.

SECCIÓN II

De los Exámenes

Artículo 149.- El aprovechamiento y capacidad de los alumnos se evaluarán mediante exámenes y pruebas que se efectuarán durante el transcurso del período lectivo.

Artículo 150.- Los exámenes y pruebas deben concebirse como medios pedagógicos para estimular la actividad intelectual de los estudiantes y corregir periódicamente los posibles defectos de su formación. Como instrumentos auxiliares de evaluación en ellos debe atenderse, más que a la repetición o memorización de la materia tratada durante el curso, al aprovechamiento que demuestre el alumno mediante la comprensión del saber recibido. Los profesores formularán y realizarán los exámenes y pruebas de acuerdo con esta norma.

Artículo 151.- Al término de cada período lectivo habrá un examen final. Durante el transcurso del período lectivo el profesor efectuará, como mínimo, dos exámenes parciales en cada asignatura. El Consejo Universitario reglamentará, a solicitud del Consejo de la Facultad, las excepciones a este régimen.

Artículo 152.- Para evaluar el aprovechamiento del alumno se calificarán los trabajos, exámenes y pruebas, con un número comprendido entre 0 y 20 (cero y veinte) puntos. Para ser aprobado se necesita un mínimo de 10 (diez) puntos.

Artículo 153.- los exámenes parciales y finales se evaluarán de acuerdo con el sistema de calificaciones establecido en el artículo anterior. El promedio de las calificaciones de los exámenes parciales aportará el 40% de la nota definitiva.

Artículo 154.- Para tener derecho a presentar el examen final de una asignatura el alumno debe tener un promedio mínimo de 10 (diez) puntos en los correspondientes exámenes parciales.

Artículo 155.- Los alumnos que hayan perdido el derecho a exámenes finales o que resulten aplazados en ellos, podrán presentar exámenes de reparación en las condiciones establecidas en esta Ley y los Reglamentos.

Artículo 156.- Los alumnos que resulten aplazados por primera vez en exámenes de reparación en no más de una asignatura pueden inscribirse condicionalmente en todas las del curso inmediato superior y podrán presentar exámenes finales de una y otras en el período ordinario de exámenes. Si la asignatura pendiente tiene prelación sobre alguna o algunas del curso superior no podrán rendirse los exámenes de éstas sin haber aprobado previamente aquella. El Consejo de cada Facultad determinará el orden de prelación de asignaturas.

Artículo 157.- No tendrá derecho a examen de reparación el alumno comprendido en los siguientes casos:

- 1.- Si no ha obtenido el promedio mínimo para presentarse a exámenes finales en más de la mitad de las asignaturas cursadas durante el período lectivo;
- 2.- Si fuera aplazado en más de la mitad de los exámenes finales;
- 3.- Si el número de las asignaturas en que hubiera perdido el derecho al examen final sumado al número de las asignaturas en que fuera aplazado, excediera la mitad del total de las materias cursadas durante el período lectivo.

Artículo 158.- En los exámenes de reparación no se computarán los promedios parciales.

Artículo 159.- los alumnos que tengan derecho a presentar exámenes finales podrán solicitar ante el Consejo de la Facultad su diferimiento y presentarlos en el lapso que sea establecido. De

los exámenes diferidos no habrá reparación, pero al alumno se le computará el promedio de sus exámenes parciales.

Artículo 160.- Para obtener el título de Doctor en cualquiera especialidad habrá un examen, público y solemne, que versará sobre la tesis que presente el aspirante.

Artículo 161.- El Consejo Universitario respectivo reglamentará todo lo concerniente a exámenes, atendiendo las pautas que señale el Consejo Nacional de Universidades.

CAPÍTULO II

De las Incompatibilidades

Artículo 162.- Los cargos de Rector, Vice-Rector, Secretario, Decano y Directores de Escuela e Institutos Universitarios, son de Tiempo Completo. Fichas funciones y las de Profesor de Tiempo Completo son incompatibles con actividades profesionales o cargos remunerados que por su índole o por su coincidencia de horario menoscaben la eficiencia en el desempeño de las obligaciones universitarias. Corresponde al Consejo Universitario la calificación pertinente.

Artículo 163.- Los Profesores de dedicación exclusiva no podrán realizar ninguna otra actividad remunerada.

Artículo 164.- El Rector, los Vice-Rectores, el Secretario, el Decano, o los Directores de Escuelas Universitarias, no podrán dedicar dentro de su Tiempo completo más de seis horas semanales a la docencia o la investigación y no percibirán remuneración adicional por estas actividades.

Artículo 165.- Ningún funcionario puede desempeñar a la vez dos cargos administrativos remunerados en la Universidad.

Artículo 166.- Ninguna persona podrá atender, a la vez, dos o más cargos docentes, si las horas requeridas para su desempeño exceden las establecidas para el Tiempo Completo. La remuneración de dos o más cargos docentes no podrá exceder el 75% del sueldo asignado para el Tiempo Completo en la correspondiente categoría.

CAPÍTULO IV

Del Sistema Electoral Universitario

Artículo 167.- La organización del proceso de elecciones universitarias estará a cargo de la Comisión Electoral de cada Universidad integrada por tres (3) profesores designados por el Consejo Universitario; un (1) alumno regular designado por los representantes de los alumnos ante los Consejos de Facultades; y un egresado designado por los representantes de los egresados ante los

Consejos de Facultades. Cada uno de los miembros de la Comisión Electoral tendrá un Suplente designado en la misma forma y oportunidad que los Principales.

Cuando se trate del proceso electoral para elección del Rector, Vice-Rectores y Secretario y en cualquier otra elección en que la Comisión Electoral lo considere conveniente, se incorporará a este Organismo un representante con derecho a voz, por cada una de las planchas postuladas. En la sesión de instalación, la Comisión Electoral elegirá Presidente a uno de los Profesores que la integran y designará Secretario de fuera de su seno a un miembro de la Comunidad Universitaria. Los miembros de la Comisión Electoral y el Secretario de la misma no podrán ser candidatos a las Elecciones Universitarias.

Artículo 168.- La Comisión Electoral convocará a elecciones en el transcurso del segundo semestre del año lectivo anterior al vencimiento de los respectivos períodos electorales.

Artículo 169.- Al instalarse la Comisión Electoral procederá a formar el Registro Electoral Universitario, cuyos resultados hará conocer mediante lista general elaborada en orden alfabético y la cual deberá estar concluida y hecha del conocimiento del electorado universitario con 30 días de anticipación, por lo menos, a la fecha de la respectiva elección.

En el Registro Electoral se hará constar los nombres y apellidos del elector, su número de cédula de identidad, la condición que lo califica para votar y cualquier otro dato que estime necesario la Comisión Electoral a los efectos de una mejor identificación.

Las impugnaciones que los interesados hagan de la lista de electores, serán consideradas y decididas por la Comisión Electoral dentro de los veinte (20) días siguientes a la publicación del Registro.

Parágrafo Único: Quedarán excluidos del Registro de Electores los alumnos que se encuentren en los casos previstos en los numerales 1, 2, 3 y 4 del artículo 116 de la Ley, así como aquellos que hayan sido aplazados en más de una asignatura en los exámenes correspondientes al primer período para las Facultades que funcionen con arreglo al régimen del período lectivo, o de los exámenes finales correspondientes al primer período para las que lo hacen con arreglo a un régimen diferente.

Artículo 170.- Los alumnos, profesores o egresados no podrán ejercer simultáneamente más de una representación electiva en los diferentes organismos del sistema universitario. Quien resultare electo para dos o más, tendrá que optar por una de ellas, renunciando a las otras.

Artículo 171.- Salvo el caso de elección de Rector, Vice-rector y Secretario, que será nominal, en todos los procesos electorales universitarios donde se elijan dos o más candidatos, funcionará el principio de representación proporcional. A tal efecto se anotará el total de votos válidos para cada lista o plancha de candidatos y cada uno de los totales se dividirá entre uno, dos y tres, y así sucesivamente, hasta obtener para cada uno de ellos el número de cociente igual al de los candidatos por elegir. Se formará luego una columna final colocandolos cuocientes de las distintas

planchas en orden decreciente, cualquiera que sea la lista a que pertenezcan, hasta que hubiere tantos cuocientes como candidatos deban ser elegidos. Al lado de cada cuociente se indicará el nombre del candidato y la lista a que corresponde. Cuando resultaren iguales dos o más cuocientes en concurrencia por el último puesto por proveer, se dará preferencia al de la lista que haya obtenido el mayor número de votos y, en caso de empate, decidirá la suerte.

Artículo 172.- Las elecciones tendrán lugar en las Universidades Nacionales, en el segundo semestre del período lectivo y a tal efecto, se procederá a uniformar el período lectivo en cada Universidad.

TÍTULO IV

De las Universidades Privadas

Artículo 173.- El Ejecutivo Nacional, previa la opinión favorable del Consejo Nacional de Universidades podrá autorizar, mediante Decreto y en cada caso, el funcionamiento de Universidades fundadas por personas naturales o jurídicas de carácter privado.

Artículo 174.- A los fines de la autorización del Ejecutivo Nacional, él o los promotores de toda Universidad elevarán solicitud al Ministerio de Educación y acompañarán los siguientes documentos:

- a) Copia certificada del título jurídico por el cual se crea la Universidad;
- b) Proyecto del Estatuto Orgánico.

Artículo 175.- Autorizado el funcionamiento por el Ejecutivo Nacional, las Universidades Privadas adquirirán la personalidad jurídica con la protocolización en la Oficina Subalterna de Registro del lugar donde funcionará, de la solicitud al Ministerio de Educación, los correspondientes documentos determinados en el artículo anterior, y la autorización del Ejecutivo Nacional.

Artículo 176.- Cuando por testamento se haya dispuesto la creación de una Universidad, el Ministerio Público podrá gestionar la autorización para su funcionamiento, de oficio o bien a solicitud del Ministerio de Educación.

Artículo 177.- Las Universidades Privadas tendrán un personal directivo similar al asignado por la presente Ley a las Universidades Nacionales, el cual deberá llenar los requisitos exigidos en los artículos 28, 64 y 72.

Artículo 178.- El personal docente y de investigación de las Universidades Privadas, deberá llenar las condiciones establecidas en el artículo 85 de la presente Ley.

Artículo 179.- Las Universidades Privadas y sus organismos tendrán la misma estructura académica que la de las Universidades Nacionales, salvo en lo establecido en esta Ley y lo que reglamente el Consejo Nacional de Universidades.

Artículo 180.- En las Universidades Privadas sólo podrán funcionar las Facultades que apruebe el Consejo Nacional de Universidades. La modificación de dichas Facultades, o de cualquiera Escuela o Instituto deberá ser autorizada previamente por el mismo Consejo.

Se requiere un mínimo de tres Facultades no afines para la existencia legal de una Universidad Privada.

Artículo 181.- Las disposiciones de la presente Ley relativas al régimen de la enseñanza y de los exámenes se aplicarán a las Universidades privadas.

Artículo 182.- Los títulos y certificados que expidan las Universidades Privadas sólo producirán efectos legales al ser refrendados por el Ejecutivo Nacional, por órgano del Ministerio de Educación.

Será de la exclusiva competencia de las Universidades Nacionales lo relativo a la reválida de los títulos universitarios extranjeros y a las equivalencias de estudios universitarios y de educación superior.

Artículo 183.- El Estado ejercerá la inspección de las Universidades Privadas en la forma que al efecto disponga el Ejecutivo Nacional, el cual podrá revocar la autorización de cualquier Universidad Privada, o suspender su funcionamiento o el de cualquiera de sus dependencias cuando en ella no se cumplan las disposiciones legales o reglamentarias que les sean aplicables.

Parágrafo Único: Los interesados podrán apelar de esta decisión para ante la Corte Federal en un plazo de diez días contados a partir de la fecha de publicación oficial de la resolución del Ejecutivo Nacional.

CAPÍTULO II

Disposiciones Finales

Artículo 185.- El Ejecutivo Nacional reglamentará la presente Ley y dictará las disposiciones transitorias que sena necesarias para su aplicación, sin perjuicio de las atribuciones que se confieren al Consejo Nacional de Universidades y a las Universidades Nacionales para dictar reglamentos de índole interna.

Artículo 186.- El Consejo Universitario determinará la organización del personal administrativo y el funcionamiento de los servicios correspondientes, de acuerdo con el Reglamento respectivo.

Artículo 187.- Las Universidades podrán, a título de experimentación debidamente justificada y planificada, adoptar una estructura académica distinta de la prevista en la presente Ley, siempre que ello no comporte alteración en la composición o en la forma de designación o de elección de los órganos directivos de la Universidad.

El proyecto respectivo será sometido al Consejo Nacional de Universidades y contendrá una precisa determinación de los objetivos, de las estructuras que van a ser adoptadas, de la organización, de los planes de estudio y de financiamiento, de las normas de funcionamiento y de los sistemas de evaluación.

Una vez aprobado el Proyecto, deberá someterse a la consideración del Consejo Nacional de Universidades, cada cinco años por lo menos, una evaluación de los resultados obtenidos para que ese Organismo determine si la experiencia debe continuar o no.

Parágrafo Único: En los casos en que el proyecto comporte alteración de los métodos de evaluación o del régimen de títulos y certificados, se requerirá el voto favorable del Presidente del Consejo Nacional de Universidades.

Artículo 188.- En caso de empate en las votaciones del Consejo Nacional de Universidades, del Consejo Universitario, del Consejo de Facultad o del Consejo de Escuela, corresponderá el voto decisorio al Presidente del Organismo respectivo.

Artículo 189.- La Contraloría General de la República dispondrá, por sí o a solicitud del Ejecutivo Nacional, la revisión de cuentas de las Universidades. A tal efecto, el Rector deberá presentar comprobantes, archivos, depósitos y libros que fueren necesarios a juicio del organismo contralor.

Artículo 190.- Los casos dudosos o no previstos en la presente Ley serán resueltos por el Ejecutivo Nacional.

Artículo 191.- Se deroga la Ley de Universidades del 2 de agosto de 1953 y las disposiciones legales o reglamentarias que colidan con la presente Ley. (*)

Dada, firmada y sellada, en el Palacio Federal Legislativo, en Caracas, a los dos días del mes de septiembre de mil novecientos setenta.- Año 161° de la Independencia y 112° de la Federación.

El Presidente,
J. A. Pérez Díaz

El Vice-Presidente,
Antonio Leidenz

Los Secretarios,
J. E. Rivera Oviedo
Héctor Carpio Castillo

Palacio de Miraflores, en Caracas, a los ocho días del mes de septiembre de mil novecientos setenta.- Año 161° de la independencia y 112° de la Federación.

Cúmplase.
(L.S.)
R. Caldera

(*) La Ley de 1953 ya había sido derogada por el Decreto Ley No. 458 de 5 de Diciembre de 1958. (Nota de E. L.T.)

REGLAMENTO PARCIAL DE LA LEY DE UNIVERSIDADES
(GACETA OFICIAL NÚMERO 28.262 – VIERNES 17 DE FEBRERO DE 1967)

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA
Decreto Número 753 – 14 de Febrero de 1967

Raúl Leoni Presidente de la República en uso de las facultades que le confiere el ordinal 10 del Artículo 190 de la Constitución y de los artículos 170 y 173 de la Ley de Universidades, en Consejo de Ministros, Decreta el siguiente:

REGLEAMENTO PARCIAL DE LA LEY DE UNIVERSIDADES

Artículo 1.- La Universidad es fundamentalmente una comunidad de intereses espirituales que reúne a profesores y estudiantes en la tarea de buscar la verdad y afianzar los valores trascendentes del hombre.

Artículo 2.- A los efectos indicados en los artículos 2 y 3 de la Ley, las Universidades deberán orientar sus programas de formación personal a la satisfacción de las necesidades del país y en sus actividades de investigación y extensión, propender especialmente a la resolución de los problemas de interés nacional. En sus labores se conservará la continuidad del proceso educativo, asegurando la formación física, intelectual, cultural y social del estudiante por medio de actividades adecuadas a estos fines. En tal sentido podrán organizar Congresos, Seminarios, Charlas Conferencias y cualesquiera otros medios de divulgación científica.

Artículo 3.- En las aulas y establecimientos universitarios o durante el curso de cualquier actividad se cumpla con fines docentes y dejando a salvo el libre estudio, análisis académico o exposición de doctrinas filosóficas, científicas, políticas o religiosas, no podrán realizarse ninguna clase de actividad o propaganda política partidista o a favor de posiciones y de doctrinas contrarias a los principios de la nacionalidad, del orden democrático o que ofendan la moral o las buenas costumbres.

Artículo 4.- La efigie del Libertador y los Símbolos de la Patria ocuparán lugar preferente en sitio de honor en todas las Universidades.

Artículo 5.- Las Universidades son autónomas en cuanto a su propio gobierno, en sus actividades docentes, de investigación, académica, culturales y administrativas, de acuerdo con lo previsto en la Ley.

Artículo 6.- Es de la competencia y de la responsabilidad de las autoridades universitarias, dentro del recinto universitario, la vigilancia y el mantenimiento del orden docente, de investigación, académico cultural y administrativo, así como el de todas aquellas actividades específicas de la Universidad, conforme a la Ley y sus reglamentos. Se entiende por recinto universitario el espacio previamente delimitado y previamente destinado a la realización de funciones docentes, de investigación, académicas, de extensión o administrativas, propias de la institución. Corresponde al ejecutivo Nacional la vigilancia de las avenidas, calles y otros sitios abiertos y de libre acceso y circulación, la protección y seguridad de los edificios y construcciones situados dentro de las áreas donde funcionan las Universidades y las demás medidas que fueren necesarias, a los fines de salvaguardar y garantizar el orden y la seguridad de las personas y bienes, aún cuando estos formen parte del patrimonio de la Universidad.

Artículo 7.- Para el allanamiento del recinto universitario, se aplicarán las normas relativas a las visitas domiciliarias previstas en el Código de Enjuiciamiento Criminal.

Artículo 8.- Para cumplir con la finalidad señalada en el artículo 12 de esta Ley, y de acuerdo con la atribución que le confiere el ordinal 5° del Artículo 19 ejusdem, el Consejo Nacional de Universidades podrá designar las condiciones técnicas que juzgue conveniente y les fijará las normas que rijan sus labores. Por su parte, las Universidades Nacionales deberán suministrar al Consejo Nacional de Universidades y a dichas Comisiones, todos los datos indispensables para comprobar su población y necesidades, así como la justeza y sinceridad de su Proyecto de Presupuesto.

Una vez distribuida la parida global asignada a las Universidades Nacionales, la cuota que corresponda a cada una de ellas ingresará a su exclusivo patrimonio y será de su libre administración.

CAPITULO II

Del Consejo Nacional de Universidades

Artículo 9.- En cumplimiento a lo pautado en el Artículo 17 de la Ley y a fin de armonizar los planes pedagógicos, culturales y científicos, las Universidades considerarán las recomendaciones y conclusiones de los Núcleos de Trabajo enviados por el Consejo Nacional de Universidades y emitirán los respectivos informes que se harán del conocimiento de otras universidades.

Artículo 10.- A fin de coordinar la enseñanza universitaria conforme al ordinal 1° del artículo 19 de la Ley, el Consejo Nacional de Universidades promoverá reuniones periódicas de Decanos y Directores de Escuela afines, los cuales bajo la denominación de Núcleos de Trabajo, intercambiarán informaciones y procurarán armonizar criterios, presentando sus conclusiones por órgano del Secretario Permanente. Igualmente se integrarán las Comisiones y Grupos de Trabajo que se estimen pertinentes.

Artículo 11.- El Decanato Delegado por cada Universidad para integrar el Consejo Nacional de Universidades previsto en el Artículo 18 de la Ley, será nombrado para cada reunión por el respectivo Consejo Universitario.

Los Decanos de aquellas Facultades a quienes específicamente incumban materias de la agenda, podrán ser llamados por el Rector, con el carácter de asesores, caso en el cual tendrán derecho a voz ante el Consejo de Universidades, en estas materias.

El Representante Estudiantil ante el Consejo Nacional de Universidades, será elegido para cada reunión por el Consejo Universitario, de los integrantes de la delegación ante el mismo.

Artículo 12.- La creación y modificación de Facultades, Escuelas o Institución no podrá hacerse sin la aprobación previa del correspondiente proyecto por el Consejo Nacional de Universidades.

La falta de aprobación previa ocasionará el no reconocimiento de los estudios respectivos que se cursarán en dichas dependencias Universidades.

CAPÍTULO III

De las Autoridades, Personal Docente y Alumnos de las Universidades Nacionales

Artículo 13.- Cuando una universidad tenga Facultades, Escuelas o Institutos que funcionen fuera de su sede central, el Consejo Universitario podrá por vía de reglamentaria, crear autoridades locales de coordinación, así como también delegar o autorizar la delegación de determinadas atribuciones en autoridades de sus órganos locales.

Las decisiones tomadas por los delegados, serán siempre sometidas a la consideración de la autoridad universitaria respectiva, a los fines de lograr su ratificación.

Artículo 14.- La función del voto para la elección de las autoridades universitarias sus representantes estudiantiles constituye un deber y un derecho esencial para la existencia y normal funcionamiento de la Universidad, conforme a lo estatuido en el artículo 29 de la Ley.

La convocatoria para todos los actos electorales se hará con carácter obligatorio y en un término no menor de dos meses antes de las elecciones, salvo lo que se establece en este Reglamento para el caso de las elecciones sucesivas.

Artículo 15.- El mandato ejercido por las Autoridades Universitarias durará cuatro años, contados a partir de la fecha del término del mandato anterior, no pudiendo en ningún caso prorrogarse más del tiempo mínimo indispensable para efectuar nuevas elecciones.

Si no se alcanzare el número de votos necesarios, conforme a la Ley, la Comisión Electoral se constituirá en Comisión Permanente para convocar a elecciones, hasta por dos veces consecutivas más, separadas por intervalo de 30 días. De no lograrse todavía la elección, el Consejo Universitario respectivo procederá a designar Rector, Vice-Rector y Secretario interinos, cuyas funciones no pueden durar más de un año a cuyo efecto la Comisión Electoral convocará a elecciones para autoridades universitarias titulares conforme a lo establecido en este artículo.

Las autoridades electas deberán entrar en ejercicio de sus funciones dentro de los noventa días siguientes a su elección.

Artículo 16.- La no comparecencia injustificada a la elección de Autoridades Universitarias acarreará para el Profesor que no cumpla con ese deber, la inmediata suspensión de tres meses y por ende la privación del derecho de voto durante este lapso.

El profesor que no haya cumplido con este deber, podrá justificar su inasistencia en un lapso de cinco días hábiles a partir de la fecha de la elección. La reincidencia en las faltas señaladas en este artículo acarreará para el profesor incurso en dicha falta, la aplicación de la pena de remoción, previa del expediente respectivo. A los fines previstos en el Artículo 99 de la Ley, esta pena no podrá exceder de cinco años.

Los representantes estudiantiles que incurrieren en la falta a que se contrae el presente artículo, serán sancionados con la suspensión temporal del derecho de voto para la elección siguiente, y en caso de reincidencia, con la suspensión como alumno regular por término de un año. Los representantes de los egresados que incurrieren en la falta a que se contrae el presente artículo, serán sancionados con la suspensión por tres meses de su representación, lo cual se participará al Colegio profesional correspondiente.

Los representantes estudiantiles y los de egresados que no hayan cumplido con este deber, podrán justificar su inasistencia en la forma prevista para los profesores.

Artículo 17.- A los fines previstos en el artículo anterior, se instruirá el correspondiente expediente previa notificación al interesado, a fin de que alegue por escrito lo que estime conducente, dentro del término de cinco días hábiles contados a partir de la fecha de su notificación, y si adujere algún motivo de justificación, quedará abierto un lapso de veinte días hábiles más contados a partir del vencimiento del término anterior, a fin de que se acrediten los hechos alegados con las pruebas pertinentes.

Este procedimiento será iniciado por el Consejo de la Facultad, conforme a la información que le suministrare la Comisión Electoral, pero la decisión será tomada por el Consejo Universitario.

Artículo 18.- De conformidad con el artículo 35 de la Ley, se considerará como caso extraordinario, toda circunstancia que impida a la persona reasumir sus funciones por causas ajenas a su voluntad.

Artículo 19.- No se podrán constituir nuevas Facultades cuando no se pudieren integrar, conforme a la Ley, los organismos necesarios para su gobierno.

Artículo 20.- Constituida una nueva Facultad, el Consejo Universitario designará, con carácter provisional, los organismos necesarios para su gobierno, mientras estos se integran conforme a lo dispuesto en la Ley de Universidades.

Artículo 21.- A los efectos del artículo 53 de la Ley, cuando no se otorgue el título de doctor en ninguna de las Facultades de determinada especialidad en las Universidades del país, será credencial suficiente para llenar la condición exigida, poseer el título máximo que en ellas se confiera.

Artículo 22.- En la elección de los Decanos se aplicarán las disposiciones contenidas en los artículos 14, 16 y 17 de este Reglamento.

Artículo 23.- Las faltas temporales de los Decanos serán suplidas por un Director de la respectiva Facultad o por un profesor de la misma que reúna las condiciones para ser Decano. La designación la hará el Consejo Universitario a requerimiento del Decano, o en su defecto del Consejo de la Facultad respectiva. En caso de falta absoluta y hasta tanto se realice la nueva elección, la falta será suplida en la misma forma.

Artículo 24.- A los fines del artículo 57 de la ley, sólo se considerarán válidos para los efectos de los títulos o certificados oficiales que expida la Universidad, los estudios universitarios cursados en Venezuela cuando han sido efectuados en las Escuelas Universitarias del país.

Artículo 25.- A los efectos del artículo 60 de la ley, el título que se exigirá a los Directores será otorgado por una Universidad Venezolana o un título debidamente legalizado de una Universidad extranjera reconocida.

Artículo 26.- Los Directores de los Institutos serán nombrados o removidos por el Consejo Universitario, a requerimiento del Decano, previo acuerdo con el Consejo de la Facultad.

Artículo 27.- Las decisiones dictadas por el Jurado, sobre los trabajos presentados por los miembros del Personal docente para optar al ascenso en los casos que señala el artículo 77 de la Ley, tendrán carácter definitivo. Si el veredicto del Jurado fuese favorable, será participado de inmediato al Consejo Universitario y éste, cumplidos los demás requisitos establecidos, acordará el ascenso correspondiente.

Artículo 28.- A los fines de lo previsto en el artículo 78 de la Ley, la solicitud de reconsideración respectiva, deberá formularse dentro de los 30 días siguientes a partir de la fecha de serle notificada al profesor su clasificación. Dicha solicitud será razonada y provista de elementos que la justifiquen.

Artículo 29.- De acuerdo a lo previsto en el artículo 79 de la Ley, los Consejos de las Facultades podrán decidir que una persona, en base a sus méritos profesionales, docentes o científicos, suficientemente acreditados, entre al personal docente y de investigación ordinario en una categoría superior a la de Instructor. Formulada la propuesta al respecto por el Consejo de la correspondiente Facultad ante el Consejo Universitario, éste podrá solicitar las justificaciones y ampliaciones de información que juzgue oportuna, procediendo con posterioridad a aprobar o rechazar la propuesta introducida.

Único: Los méritos profesionales, docentes o científicos que podrán ser tomados en consideración a los efectos de este artículo serán taxativamente los que se establezcan de modo general para cada Facultad del Consejo Universitario, de acuerdo a las siguientes pautas: se considerarán méritos docentes: el ejercicio de funciones docentes o de investigación en universidades o centros de

estudios de nivel universitario, nacionales o extranjeros, de reconocido prestigio internacional; méritos científicos: ser miembro numerario o correspondiente de Academia, haber dirigido institutos de investigación de reconocido prestigio, haber obtenido distinciones académicas nacionales e internacionales acreditadas, o haber publicado, o realizado trabajos de indiscutible valor en su correspondiente especialidad; méritos profesionales: el ejercicio de la respectiva profesión por más de cinco años, haber sido Presidente de un Colegio Profesional, de una Institución prominente en la respectiva profesión, o haber desempeñado actividades profesionales de alta jerarquía.

Artículo 30.- La persona que haya ingresado al personal docente y de investigación ordinario en una categoría superior a la de Instructor, en base a la aplicación del artículo 79 de la Ley, no podrá ser confirmado en esa categoría sino después de cumplido el término establecido en el artículo 81 e jusdem. En todo caso, antes de proceder a esta confirmación el Consejo Universitario comprobará que se ha dado cumplimiento al requisito del artículo 79 citado, de informar al personal de jerarquía inferior de la respectiva Universidad, a través de los medios ordinarios de publicidad.

Artículo 31.- Cuando una persona haya ingresado al personal docente o de investigación ordinario a tenor del artículo 79 de la Ley, en una categoría superior a la de Instructor, los miembros de jerarquía inferior, aún si tienen el simple carácter de interinos, podrán exigir, dentro del mes siguiente a la información a que hace referencia el artículo anterior, que se abra concurso para proveer el cargo o posición en cuestión. Hecha la solicitud legal al respecto, el concurso deberá abrirse y decidirse ante del año que alude el artículo 81 de la Ley.

Transcurridos los lapsos que para la reconsideración de méritos y para la apertura del concurso se establecen en este Reglamento, sin que se hayan ejercido los recursos mencionados, o cuando hayan sido confirmados los méritos atribuidos, o el concurso abierto lo hubiere ganado el promovido, se procederá a confirmarlo en la categoría que inicialmente le fue atribuida, una vez que cumpla un año en sus funciones. Hecha la confirmación, de acuerdo con lo dispuesto en este artículo, el promovido quedará equiparado totalmente en sus deberes y derechos a los restantes miembros ordinarios del personal docente y de investigación, computándosele en la categoría en que fue confirmado, el año de servicio que prestó en situación de interinidad.

Artículo 32.- A fines de los artículos 80, 82, 83 y 84 de la Ley, los títulos que se exigirán serán los otorgados por una Universidad venezolana o los títulos debidamente legalizados por una autoridad extranjera reconocida. En las Facultades que no otorguen el Doctorado será credencial suficiente para ser Profesor Asociado y Titular poseer Título máximo que ella confiera, siempre que se reúnan las demás condiciones requeridas.

Artículo 33.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 80 de la Ley, la solicitud razonada de remoción de los Instructores podrá ser presentada por el Jefe de la Cátedra, del Departamento o por el Director o Decano respectivo.

Artículo 34.- Se considera como repitiente el alumno que haya de cursar de nuevo más de una asignatura del curso en el cual estuviere inscrito, sea por el número de inasistencias, pérdida del derecho a presentar el examen de reparación, conforme a lo dispuesto en el artículo 44 de la ley, o

por no haber obtenido la puntuación exigida o no haber cumplido con los requisitos para aprobarla. Así mismo, se considerará repitiente el alumno que como consecuencia de los motivos expresados, deje de aprobar la asignatura que arrastra, conforme a lo dispuesto en el artículo 143 de la Ley. Los alumnos repitientes quedarán sujetos a las siguientes normas:

- a) No podrán continuar sus estudios en la misma Escuela por un período de cuatro años, los alumnos que encontrándose ya en condiciones de repitientes volvieran a perder el curso.
- b) Los alumnos del último bienio de las Escuelas que sigan un plan de estudios fijo y que en condición de repitientes volvieran a perder el curso, se les concederá una oportunidad adicional de repetir.
- c) Los alumnos que no sean aceptados en una Escuela, de acuerdo a las condiciones establecidas en este artículo, podrán obtener inscripción en otra escuela universitaria, previo cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios y ahí se considerarán de nuevo como alumnos regulares, pero si fuere preciso aplicarles otra vez lo expuesto en el aparte a) de este artículo, no se aceptarán en la Universidad por un período de cuatro años.
- d) Los Consejos Universitarios determinarán las pautas según las cuales lo dispuesto en este artículo se aplicará en las Escuelas que realicen estudios por el sistema de créditos, de unidades o de semestres.

Los Consejos Universitarios determinarán la forma como se aplicarán estas disposiciones cuando en varias Escuelas se cursen carreras distintas donde se otorguen títulos diferentes.

Artículo 35.- Los alumnos que, con autorización de los Consejos Universitarios, sigan cursos en las universidades sin haber obtenido el título de bachiller, de acuerdo con lo establecido en el párrafo 3° del artículo 106 de la Ley, podrán obtener un certificado de competencia; pero no podrán optar a los grados y títulos que la Universidad confiere si no han obtenido previamente el mencionado título de bachiller, salvo en los casos de equivalencias o reválidas.

Artículo 36.- La pena de expulsión contemplada en el artículo 112 de la Ley, se aplicará por un tiempo determinado que no podrá exceder de cinco años.

Artículo 37.- Las representaciones estudiantiles ante los organismos permanentes de la Universidad, tendrán sus respectivos suplentes, quienes deben poseer las condiciones exigidas a los principales y serán electos en la misma forma que éstos. No podrán ejercer la representación estudiantil quienes no sean alumnos regulares de la Universidad respectiva.

Artículo 38.- A los fines de la Ley, se entiende por alumno regular de una Universidad, al estudiante que, estando debidamente inscrito en esa Institución, cumpla a cabalidad con todos los deberes inherentes a su condición de alumno conforme a la Ley y los Reglamentos y no tenga materia pendiente en la cual haya resultado aplazado.

No son alumnos regulares:

- a) Los arrastrantes.
- b) Los repitientes.
- c) Quienes habiendo aprobado todas las materias de una Escuela no hayan obtenido el título correspondiente.

Tampoco se considerarán alumnos regulares en aquellas Escuelas o Facultades, que funcionen por el sistema de créditos, de unidades o semestres, los estudiantes que no estando comprendidos en ninguna de las previsiones anteriores están inscritos en menos de la mitad de las materias que componen el plan regular del curso respectivo.

Artículo 39.- A los fines de la Ley, se considera egresado de una Universidad a todo profesional que haya obtenido su título en esa Institución.

Si una Universidad no tuviere egresados en determinada Facultad o los que tuviere se encontraren imposibilitados para ejercer la representación de los mismos ante los organismos universitarios, el Colegio o Asociación Profesional respectiva, propondrá a solicitud del organismo Universitario competente, la designación de profesionales egresados de otras Universidades.

Cuando no existiere Colegio o Asociación Profesional, dichos representantes podrán ser designados por un número de egresados no inferior a diez, residentes en la localidad.

Artículo 40.- A los fines previstos en el artículo 138 de la ley, el examen final versará sobre el programa correspondiente a cada asignatura.

Esta disposición será igualmente aplicable al sistema semestral y de unidades en las Facultades que lo hayan establecido.

Artículo 41.- Los alumnos que se encontraren en la situación prevista por el artículo 143 de la Ley y fueren aplazados en la asignatura pendiente, deberán repetirla. Aprobada ésta, el alumno podrá cursar las asignaturas correspondientes del curso siguiente que le falten por aprobar.

Artículo 42.- A los fines previstos en la Ley y los Reglamentos, por mitad de las asignaturas cursadas o exámenes finales rendidos, se entenderá la media aritmética del número de materias o exámenes; por más de la mitad se entenderá el número entero inmediatamente superior a dicha media aritmética y por menos de la mitad al número entero inmediatamente inferior a la citada media aritmética.

Artículo 43.- A los fines indicados en el artículo 9 de la Ley, los alumnos que hayan sido aplazados y deban repetir el curso total o parcialmente, pagarán por concepto de matrícula la cantidad de cien bolívares por asignatura. Dicho arancel será progresivo en proporción aritmética por repetición de cada asignatura. En esta disposición no quedan comprendidas quienes tengan asignatura pendiente conforme al artículo 143 de la Ley.

CAPÍTULO IV

De las Universidades Privadas

Artículo 44.- Hasta tanto se dicte el Reglamento Parcial relativo a las Universidades Privadas, éstas se regirán por las disposiciones de la Ley, del presente Reglamento y de sus respectivos Estatutos Orgánicos, en cuanto les sean aplicables, sin perjuicio de la facultad que tiene el Ejecutivo Nacional de resolver los casos no previstos, de conformidad con lo establecido en el artículo 173 de la Ley.

CAPÍTULO V

Disposición Final

Artículo 45.- Se deroga el derecho de Reglamentación parcial de la Ley de Universidades No. 693, de fecha 16 de Diciembre de 1966, publicado en la Gaceta Oficial No. 28.213 de los mismos mes y año.

Palacio de Miraflores, en Caracas, a los catorce días de febrero de mil novecientos sesenta y siete.-
Años 157° de la Independencia y 108° de la Federación.

(L.S.)

Raúl Leoni

REGLAMENTO PARCIAL DE LA LEY DE UNIVERSIDADES
(DECRETO No. 687 1 DE SEPTIEMBRE DE 1971)

Rafael Caldera, Presidente de la República, en ejercicio de la atribución que le confiere el ordinal 10 del artículo 190 de la Constitución y de lo dispuesto en los artículos 185 y 190 de la Ley de Universidades, en Consejo de Ministros, decreta el siguiente:

REGLAMENTO DE LA LEY DE UNIVERSIDADES

CAPÍTULO I

De la reorganización de las Universidades

Artículo 1°.- El Consejo Nacional de Universidades, en la oportunidad que tomare la decisión a que se refiere el numeral 14 del artículo 20 de la Ley, establecerá la forma y medida en que las autoridades interinas ejercerán la dirección de la Universidad afectada. En todo caso, el Consejo Universitario quedará restituido a partir de la fecha de convocatoria a elecciones.

Artículo 2°.- El Consejo Nacional de Universidades, a proposición, oída opinión de la Oficina de Planificación del Sector Universitario, aprobará el plan de reorganización correspondiente. La

ejecución del plan así aprobado quedará sometido a la supervisión del Consejo Nacional de Universidades.

El Consejo Nacional de Universidades, a proposición de su Presidente, de tres de sus miembros, o del Consejo Universitario de la Universidad en proceso de reorganización, podrá modificar el plan originalmente aprobado.

Artículo 3°.- La ejecución del proceso de reorganización quedará suspendida en el lapso comprendido entre la fecha de convocatoria a elecciones para escoger a las nuevas autoridades universitarias, y la fecha de toma de posesión de sus cargos por el Rector, los Vicerrectores y el Secretario. El Consejo Nacional de Universidades podrá disponer, aun en dicho lapso y con vista de las circunstancias, la reanudación total o parcial de la ejecución del proceso.

Artículo 4°.- El Consejo Nacional de Universidades podrá disponer la modificación de los lapsos reglamentarios de los procesos electorales, cuando éstos tengan lugar en una Universidad declarada en reorganización.

Artículo 5°.- El Consejo Nacional de Universidades podrá designar comisiones especiales para que actúen como órgano consultivo o complementario de las autoridades interinas y de la Comisión Electoral con el fin de asegurar la normal realización de las elecciones universitarias, que tengan lugar en una Universidad en proceso de reorganización.

CAPÍTULO II

De las Elecciones Universitarias

Artículo 6°.- La organización de los procesos de elecciones universitarias estará a cargo de la Comisión Electoral, integrada del modo previsto en el artículo 167 de la Ley, y de los demás organismos electorales auxiliares, establecidos por los respectivos reglamentos de elecciones de las distintas universidades.

Artículo 7°.- El registro electoral deberá publicarse, cuando menos, con 30 días continuos de anticipación a la elección a la que sirva de base.

Artículo 8°.- Nadie puede aparecer dos veces en el registro electoral preparado para una misma elección.

En caso de que, para una misma elección, un elector aparezca calificado para votar en más de una Escuela de una misma Facultad o en más de una Facultad, ejercerá su derecho a voto solamente en la Escuela o Facultad donde tuviere mayor antigüedad. En igualdad de circunstancias, la Comisión Electoral dispondrá en cuál de ellas votará el elector.

En caso de que, para una misma elección, un profesor estuviera además legitimado para votar en representación de otro de los sectores de la comunidad universitaria, ejercerá su derecho a voto sólo en su condición de profesor.

Artículo 9°.- La convocatoria a elecciones será publicada en la Gaceta Oficial o en un diario de la respectiva localidad y será fijada en los locales de las diversas Facultades.

El efecto de la convocatoria se extiende a las votaciones sucesivas que hubiere que celebrar, de conformidad con la Ley o este Reglamento, para el caso de que la elección convocada no llegare a producirse o no arrojar resultados.

Parágrafo Primero: Salvo disposición contraria de la Ley, en todo caso en que no se alcanzare el quórum de instalación requerido, quedarán convocadas nuevas votaciones de pleno derecho, hasta por dos veces consecutivas, separadas por lapsos no mayores de 45 días, en fechas que serán fijadas por la Comisión Electoral.

Parágrafo Segundo: En todo caso en que la elección no produjere resultados, por no haber alcanzado ninguno de los candidatos la mayoría requerida, quedará convocada, de pleno derecho, una nueva votación dentro de un lapso de 45 días, contados a partir de la fecha de la elección fallida, entre los dos candidatos que hubieren obtenido los dos primeros lugares en el resultado de la elección. Se proclamará electo a quien haya obtenido la mayoría absoluta.

Artículo 10°.- Salvo disposición en contrario de la Ley o de este Reglamento, se requerirá, para la validez de una elección, que haya votado la mitad más uno de los electores.

Artículo 11°.- Las elecciones estudiantiles serán válidas sea cual fuere el número de electores que haya votado.

Artículo 12°.- En los casos en que se exija para proclamar electo un candidato, una mayoría calificada o absoluta, ésta se calculará sobre la suma del número de votos válidos efectivos.

Artículo 13°.- El voto se considera en blanco cuando ha sido válidamente depositado sin expresión de lista o candidato. A los efectos de lo establecido en este Reglamento el voto en blanco es un voto válido no efectivo.

Artículo 14°.- El voto es nulo cuando está viciado de forma o cuando se ha expresado de manera que no traduzca de modo inequívoco la voluntad del sufragante.

Artículo 15°.- A los efectos de la designación de los representantes de los profesores ante el Consejo Nacional de Universidades, y de sus suplentes, los representantes de los profesores ante los Consejos Universitarios de cada grupo de Universidades de los tres que integran el Consejo Nacional de Universidades, se reunirán para elegir a un profesor con un rango no menor al de asociado, perteneciente a una de las Universidades de dicho grupo. Se considerará electo a quien haya obtenido la mayoría absoluta.

Artículo 16°.- Para la elección de los representantes de los estudiantes ante el Consejo Nacional de Universidades se aplicará el procedimiento establecido en el artículo anterior.

Artículo 17°.- Salvo lo establecido en las respectivas Leyes de Ejercicio Profesional y en los reglamentos internos de los distintos Colegios Profesionales, la designación de los representantes de los egresados al Claustro Universitario, a la Asamblea de la Facultad, al Consejo de Facultad y al Consejo de Escuela, la efectuará la Junta Directiva del Colegio o Asociación Profesional de la entidad federal donde funcione la correspondiente Escuela o Facultad. La respectiva Federación de profesionales, si la hubiere, hará la designación, a solicitud del Consejo Universitario, si el Colegio no la hubiere efectuado oportunamente.

En el caso en que el Colegio o la Asociación Profesional agrupe a todos los profesionales que existan en el país en la especialidad correspondiente, la designación la hará la Junta Directiva Nacional. El reglamento interno del Colegio o Asociación Profesional determinará la forma en que los núcleos regionales participarán en la escogencia de la representación.

Artículo 18°.- En los casos en que un mismo Colegio agrupe a egresados de diversas Escuelas o Facultades, las respectivas Asociaciones adscritas a dicho Colegio, si las hubiere, efectuarán la designación correspondiente con arreglo a lo establecido en el artículo anterior. El Colegio hará la designación si no existiera Asociación Profesional o, a solicitud del Consejo Universitario, en los casos en que ésta no la hubiera hecho oportunamente.

Artículo 19°.- En caso de que, como consecuencia de la diversificación profesional, los egresados en las distintas Escuelas de una misma Facultad, debieran agruparse en diferentes Colegios o Asociaciones Profesionales, la designación de los representantes de los egresados al Claustro Universitario, a la Asamblea de la Facultad y Consejo de Facultad, será hecha por el conjunto de los representantes de los egresados ante los respectivos Consejos de Escuela.

Artículo 20°.- Los representantes de los egresados ante los Consejos de Facultad elegirán de entre ellos un principal y un suplente como representantes ante el Consejo Universitario.

CAPÍTULO III

De las Modificaciones a la Estructura Académica

Artículo 21°.- El proyecto por el cual el Consejo Universitario propusiere para la Universidad que dirige una estructura académica total o parcialmente distinta a la legal, con base en lo dispuesto en el artículo 187 de la Ley, será considerado por el Consejo Nacional de Universidades, oída la opinión de la Oficina de Planificación del Sector Universitario.

En el caso en que el Consejo Nacional de Universidades estimare necesario efectuar modificaciones al proyecto presentado, las propondrá al respectivo Consejo Universitario, y resolverá la aprobación o improbación del mismo una vez que éste le hubiere respondido sobre la aceptación o no de dichas modificaciones.

Artículo 22°.- El Consejo Nacional de Universidades evaluará periódicamente, en lapsos que no excedan de cinco años, los resultados obtenidos de la ejecución del plan aprobado. En la oportunidad de dicha evaluación, el Consejo resolverá sobre la continuación, conclusión o modificación de la experiencia.

Artículo 23°.- En caso de que el proyecto presentado contemple, en cuanto organización interna, estructuras académicas distintas a las previstas en la Ley, el Consejo Nacional de Universidades establecerá la correspondencia entre las entidades proyectadas con las Facultades, Escuelas y demás estructuras universitarias, a los fines de mantener idéntica la composición y forma de elección y designación de los órganos de gobierno de la Universidad.

Artículo 24°.- En los casos en que el proyecto comporte un cambio en los sistemas de evaluación para la totalidad o parte de las asignaturas que se cursen en la Universidad, sea que proponga que la nota que califica el rendimiento de los alumnos se forme de modo diverso al establecido en la Ley, sea que proponga la adopción de un método de evaluación continua o mixta o que de cualquier forma se varíe el sistema legal de calificación y promoción de los alumnos, deberá demostrarse debidamente la necesidad del cambio propuesto y establecerse un mecanismo que asegure un adecuado rendimiento estudiantil.

CAPÍTULO IV

Disposiciones Transitorias y Finales

Artículo 25°.- En el término de cuatro años contados a partir de la publicación de este Reglamento, el Consejo Nacional de Universidades, con base en los datos suministrados por las distintas Universidades establecerá un régimen homogéneo de control de estudios para las Universidades Nacionales. En las elecciones que se convocaren mientras no se haya adoptado dicho régimen y no haya transcurrido el término establecido, podrán participar todos los alumnos legalmente inscritos en las Universidades.

Artículo 26°.- Las Universidades deberán uniformar su calendario académico dentro de un término de cuatro años contados a partir de la publicación de este Reglamento. Mientras no haya transcurrido dicho lapso y no se hayan unificado los calendarios académicos, no se aplicará lo dispuesto en el parágrafo único del artículo 169 de la Ley.

Artículo 27°.- Mientras no sean previstos los cargos de Vicerrector Académico y Vicerrector Administrativo, las atribuciones correspondientes a los mismos serán ejercidas por el Vicerrector de la Universidad respectiva.

Artículo 28°.- En el caso de la Universidad Central de Venezuela la reconstitución del Consejo Universitario a que se refiere el artículo 1°, se efectuará a partir de la publicación de este Reglamento. A tal fin, se fusionará el Consejo Rectoral y la Comisión Universitaria.

Artículo 29°.- En el caso de la Universidad Central de Venezuela, la suspensión del proceso de reorganización a que se refiere el artículo 3°, se hará efectiva a partir de la publicación de este Reglamento.

Artículo 30°.- En los casos en que el régimen vigente de las Universidades Nacionales Experimentales o de las Privadas, establezca una representación de los profesores ante el Consejo Nacional de Universidades numéricamente distinta de la propuesta por el artículo 25 de la Ley, se reunirán los representantes de los profesores ante el Consejo Universitario de cada Universidad y elegirán de su seno un delegado. Los delegados escogidos se reunirán por grupos de Universidades y designarán al representante de ese grupo ante el Consejo Nacional de Universidades.

ÚNICO: Para la elección de los representantes de los estudiantes de las Universidades Nacionales Experimentales o de las Privadas ante el Consejo Nacional de Universidades, se seguirá el mismo procedimiento cuando el régimen vigente en las mismas establezca una representación estudiantil ante el Consejo Universitario, numéricamente distinta a la prevista en el artículo 25 de la Ley.

Dado en Caracas, el día primero del mes de septiembre de mil novecientos setenta y uno. Año 162° de la Independencia y 113° de la Federación.

(L.S.)

R. Caldera

Refrendado.

El Ministro de Relaciones Interiores.

(L.S.)

Lorenzo Fernández.

REGLAMENTO PARCIAL DE LA LEY DE UNIVERSIDADES
(GACETA OFICIAL NÚMERO 28.826 – 15 DE ENERO DE 1969)

RAUL LEONI, Presidente de la República, conforme a la atribución 10ª del Artículo 190 de la Constitución y con los artículos 19 ordinal 4º y 173 de la Ley de Universidades, en Consejo de Ministros, dicta el siguiente:

REGLAMENTO DE REVÁLIDA DE TÍTULOS Y DE EQUIVALENCIA DE ESTUDIOS

CAPÍTULO I
Disposiciones Generales

Artículo 1º.- Los estudios realizados en el exterior, en Universidades o Institutos de nivel universitario, y de reconocida solvencia científica, a juicio de los respectivos Consejos Universitarios, según normas establecidas por el Consejo Nacional de Universidades, podrán convalidarse en

Venezuela según lo establecido en los Tratados Internacionales y en las Leyes de la República y sus Reglamentos.

Artículo 2°.- La validez de los estudios podrá hacerse efectiva en cualquier Universidad nacional mediante la reválida del título extranjero o por equivalencia de estudios de las materias aprobadas.

Quedan a salvo los casos en que se proceda a reconocimiento de títulos en virtud de Tratados Internacionales.

Artículo 3°.- Si en las Universidades Nacionales no se otorgaren los títulos cuyas reválidas se solicite, o no se cursaren las materias que se quieren equivaler, la Universidad ante la cual se haga la solicitud, oirá la opinión de las Universidades Privadas que otorguendichos títulos o en los cuales se cursen las materias que se pretenda equivaler, para resolver sobre la reválida o la equivalencia, según el caso.

Artículo 4°.- No se dará curso a ninguna solicitud presentada por quienes hayan sido expulsados de alguna Universidad venezolana, mientras dure esta sanción previo estudio del Consejo Universitario correspondiente.

Artículo 5°.- Los documentos redactados en idioma extranjero deben traducirse al castellano por persona legalmente autorizada, por cuenta del peticionario. De la traducción se acompañará copia fotostática, además del original.

Artículo 6°.- El peticionario debe acreditar que posee suficiente conocimiento del idioma castellano, a juicio del Consejo Universitario.

Artículo 7°.- Los expedientes serán remitidos al Consejo de la Facultad respectiva, a fin de que informe lo conducente en un plazo no mayor de 30 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción.

Artículo 8°.- Para poder dar curso a la solicitud, los aspirantes deberán cancelar los aranceles y Derechos conforme al reglamento respectivo.

CAPÍTULO II

De la Reválida de Títulos

Artículo 9°.- Se entiende por reválida el acto por el cual una Universidad Nacional reconoce y convalida un título otorgado por una Universidad Extranjera o Instituto de nivel universitario, previo el cumplimiento de los requisitos señalados en el presente Reglamento.

Artículo 10°.- La reválida sólo podrá hacerse del título obtenido por el solicitante y nunca de los que se adquieren por haber revalidado este.

Artículo 11°.- La reválida se entiende para títulos de igual valor académico. Sólo podrán ser revalidados los títulos extranjeros, que según el respectivo plan de estudios, equivalgan a los que se otorgan en las Universidades venezolanas, sin que obste a la reválida una diferente denominación del título.

Artículo 12°.- Cuando el título presentado sea el de Doctor y la Universidad venezolana sólo conceda el profesional, el aspirante a la reválida podrá obtener el título académico o profesional máximo que otorgue la Universidad en la Facultad correspondiente. Cuando el Título presentado sea solamente el Profesional y las Universidades venezolanas confieran únicamente en la misma especialidad el Título de Doctor, el aspirante a la reválida deberá cumplir los requisitos complementarios exigidos al efecto por la respectiva Facultad.

Artículo 13°.- El Consejo Universitario con vista al informe del Consejo de la respectiva Facultad, decidirá si el título es equivalente, que el interesado cumpla con los siguientes requisitos:

- 1) Rendir examen de las asignaturas de carácter nacional y de aquellas que, a juicio del Consejo de la Facultad respectiva, sean consideradas como fundamentales, de acuerdo con la índole de la profesión, y cuyo número no podrá exceder en ningún caso del 20% del total de asignaturas que forman el correspondiente plan de estudios.
- 2) Acatar las disposiciones reglamentarias exigidas por la Facultad respectiva para optar al título correspondiente.

Artículo 14°.- Cuando por imposibilidad manifiesta y comprobada el aspirante no pudiera presentar los planes de estudio de la Universidad de origen, deberá entonces presentar los exámenes de las materias fundamentales, en número que no exceda del 30% de las asignaturas que forman el plan de estudios respectivo, determinado en cada caso por el Consejo Universitario, previa consulta al Consejo de la Facultad respectiva.

Artículo 15°.- No podrá una Universidad admitir solicitudes de reválidas que hayan sido negadas o que se encuentren en curso en otra Universidad.

El Secretario del Consejo Universitario de cada Universidad informará a las otras Universidades Nacionales sobre todas las solicitudes que hayan sido introducidas, devueltas y negadas, en un plazo no mayor de 15 días hábiles después de la fecha de presentación, devolución o negativa de la respectiva solicitud, según el caso.

Artículo 16°.- Quien aspire a hacer reválida de título se dirigirá por escrito al Consejo Universitario de una Universidad Nacional, haciendo constar en la siguiente solicitud:

- 1) Nombre y apellido, lugar y fecha de nacimiento, nacionalidad del peticionario.
- 2) Nombre y nacionalidad de la Universidad que le confirió el título o en la cual se realizó los estudios para los que solicita reválida.

A dicha solicitud se acompañará:

- 1) Comprobantes de su identidad.
- 2) Título o Certificación de haber aprobado las materias, según el caso, y copia fotostática de los mismos.
- 3) Plan de estudios de la respectiva Escuela o Facultad y Programas de estudios de las materias cursadas cuando haya dudas sobre el contenido de éstas.
- 4) Las calificaciones obtenidas en cada una de las materias aprobadas según el plan de estudios; y,
- 5) Constancia de que el Instituto del cual procede, tiene categoría universitaria oficialmente reconocida por las autoridades del país correspondiente.

Los documentos a los que se contrae este artículo deberán estar legalizados.

Parágrafo Único: Si en el seno del Consejo Universitario se objetare la solvencia científica de la Universidad o Instituto otorgante del título que se pretendiera revalidar, el respectivo Consejo Universitario lo comunicará por escrito al interesado, quien podrá solicitar se oiga la opinión del Consejo Nacional de Universidades cuando dicho Consejo Universitario hubiere decidido en contravención con el artículo 1 de este Reglamento. Este dictamen tiene carácter obligatorio.

Artículo 17°.- Los exámenes a que se contrae el presente Capítulo, se realizarán en las oportunidades que señalen las autoridades competentes de cada Universidad, por intermedio de la facultad correspondiente y se regirán por el respectivo Reglamento de Exámenes, salvo lo aquí previsto.

Artículo 18°.- Los exámenes de reválida versarán sobre la totalidad de los programas que rijan en cada Facultad y constarán del número de pruebas que requiera la naturaleza de la materia. Cada prueba será eliminatoria.

Artículo 19.- El jurado examinador estará integrado por tres miembros principales y tres suplentes designados por los respectivos Consejos de Facultad, de los cuales, uno por lo menos de los miembros principales debe ser profesor de la materia objeto del examen y presidirá el jurado.

Artículo 20°.- Las calificaciones de cada prueba se expresarán por medio de un número comprendido de cero a veinte (0 a 20). Para ser aprobado en la materia objeto de la prueba, se requiere la nota de diez puntos como mínimo.

Artículo 21°.- La calificación definitiva de la asignatura se obtendrá sumando las calificaciones de diez puntos o más obtenidas en cada prueba, y dividiendo luego el total obtenido entre el número de pruebas efectuadas. Cuando al efectuar los cálculos haya fracciones de cincuenta centésimas o más, se adoptará el número entero inmediato superior.

Artículo 22°.- El aspirante reprobado en exámenes de reválida, podrá rendir en la misma Universidad un examen de reparación pasados tres meses contados a partir de la fecha de presentación de la última prueba de la asignatura en que resultó aplazado. Si fuere nuevamente aplazado, deberá cursar regulamente la asignatura o asignaturas respectivas, en una Universidad Nacional y quedará sometido al régimen ordinario de alumnos regulares.

CAPÍTULO III

De la equivalencia de estudios

Artículo 23°.- Se entiende por equivalencia el proceso por el cual una Universidad Nacional determina cuales materias cursadas y aprobadas por el solicitante en una Universidad o Instituto de rango universitario del exterior o en Instituto venezolano de Educación Superior, equivalen a materias que forman parte del pensum de estudio de una determinada Facultad, Escuela o Instituto universitario.

Artículo 24°.- Una vez fijada por una Universidad Nacional las materias que equivalen, el solicitante queda en libertad de cursar y aprobar las materias pendientes que le faltaren para completar el Plan de Estudio de la carrera correspondiente y no de otra, y cumplir los demás requisitos señalados por el Consejo Universitario, en cualquier Universidad venezolana, sea nacional o privada.

Artículo 25°.- Cuando el aspirante favorecido con la equivalencia le hayan sido fijadas asignaturas que corresponden a diferentes cursos, podrá presentar los exámenes en las fechas señaladas conforme al Reglamento de Exámenes.

El aspirante queda sujeto al régimen de prelación establecido para cada Facultad, y, en consecuencia, se considerará como no aprobada la asignatura de un curso superior cuando el aspirante fuere aplazado en una o más asignaturas de un curso inferior, si tales asignaturas fueren relativas a las del curso inferior.

Artículo 26°.- La inscripción de los solicitantes favorecidos con la equivalencia de estudios, dará derecho al interesado a que se le incorpore en el curso que señale el respectivo Consejo Universitario.

Artículo 27°.- No pueden hacer equivalencia en una rama de estudios quienes hayan obtenido el título correspondiente a esa rama de estudios en una universidad del exterior, salvo que les haya sido negada la reválida de dicho título.

Artículo 28°.- Cuando el solicitante haya cursado y aprobado todas las materias del plan de estudios, sin haber obtenido el título correspondiente, deberá presentarse un certificado auténtico y debidamente legalizado de la Universidad donde terminó sus estudios haciendo constar que no recibió el título respectivo.

Artículo 29°.- La equivalencia de estudio de materias cursadas y aprobadas por el solicitante, podrá acordarse en los casos siguientes:

- 1) de materias cursadas y aprobadas en una Universidad extranjera de reconocida solvencia científica; y,
- 2) de materias cursadas y aprobadas por egresados de Institutos venezolanos de Educación Superior.

Artículo 30°.- Para la equivalencia de materias aprobadas en el exterior se tendrá en cuenta la denominación de las mismas, su ubicación en el plan de estudios, materias efectivamente aprobadas por el solicitante y cualquier otra circunstancia pertinente al Consejo de la Facultad.

Artículo 31°.- El aspirante a obtener equivalencia de estudios conforme al artículo 29, dirigirá por escrito una petición ante el Consejo Universitario, en la que indicará:

1. Nombre, apellido, edad, lugar de nacimiento y nacionalidad del peticionario.
2. Nombre y nacionalidad del Instituto o Institutos donde hizo sus estudios universitarios, ciudad donde funciona; y,
3. La documentación determinada por este Reglamento para los diferentes casos de equivalencia de estudios.

Artículo 32°.- La petición de equivalencia de estudios podrá presentarse en cualquier fecha, pero el ingreso del aspirante no puede tener lugar sino en el lapso destinado a las inscripciones.

Artículo 33°.- La petición de equivalencia de estudios hechos en las Universidades o Institutos Extranjeros, deberá ir acompañada de los siguientes documentos:

1. Certificado de estudios y programas con la enumeración de todas las materias cursadas y aprobadas y las calificaciones y escalas correspondientes, otorgado por las autoridades competentes del país de origen debidamente legalizado y copias fotostáticas de todos estos documentos; y,
2. Certificación oficial donde conste que el Instituto o Institutos de los cuales procede el solicitante tiene categoría universitaria.

Artículo 34°.- recibida la petición, el Consejo Universitario la remitirá con sus recaudos a la Facultad respectiva, la cual informará en un plazo no mayor de 30 días hábiles contados a partir de la fecha de su recibo.

Artículo 35°.- En el caso previsto en el artículo 3 de este Reglamento, el Consejo Universitario se dirigirá previamente a los Consejos Universitarios de las Universidades Privadas a fin de que emitan su opinión en cuanto a la equivalencia solicitada, dentro de un plazo no mayor de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de su recibo.

Artículo 36°.- El Consejo de la Facultad, previo el informe de la Comisión de Reválida de Títulos y de Equivalencia de Estudios, donde ésta existiere, remitirá el expediente debidamente estudiado al Consejo Universitario, el que decidirá sobre el particular y notificará, por escrito, el resultado al petitionerario.

Artículo 37°.- La petición de equivalencia de estudios conforme al numeral 2) del artículo 29 del presente Reglamento, deberá ir acompañada de un certificado debidamente legalizado en el cual estén enumeradas todas las materias cursadas y aprobadas por el petitionerario, con indicación de las notas y de los respectivos programas de estudio. El certificado deberá estar fechado, sellado y firmado por la autoridad competente del Instituto que lo haya expedido.

Recibida la solicitud y sus recaudos se tramitará conforme a lo establecido en los artículos 34, 35 y 36 de este Reglamento.

Artículo 38°.- El Consejo Universitario con vista de los informes que le sean presentados, decidirá cuales de las materias cursadas y aprobadas deben aceptarse como equivalentes y dispondrá que el solicitante curse y apruebe todas las materias que falten para completar el plan de estudios vigente y que rinda examen de las asignaturas de carácter nacional y de aquellas que, a juicio del Consejo de la facultad respectiva, sean consideradas como fundamentales, de acuerdo a la índole de la profesión, y cuyo número no podrá exceder en ningún caso del 20% del total de las asignaturas que forman el correspondiente plan de estudios.

Artículo 39°.- Si al petitionerario le faltan por aprobar hasta cuatro materias de cursos anteriores al que se le señaló para inscribirse, se le permitirá cursarlas libre de escolaridad.

CAPÍTULO IV

De la revisión del Expediente

Artículo 40°.- Si el aspirante tuviera razones fundadas para estar en desacuerdo con la decisión recaída sobre su solicitud de equivalencia de estudios o de reválida de título, podrá dirigirse, en escrito razonado, al Consejo Universitario que conoció de la solicitud, pidiendo la reconsideración de su caso.

Artículo 41°.- Si el Consejo Universitario, no considerase suficientes los motivos expuestos por el solicitante para pedir la revisión de su expediente, la negará en forma razonada y así lo comunicará al solicitante.

CAPÍTULO V

De las Comisiones de Reválida de Títulos y Equivalencia de Estudios

Artículo 42°.- En aquellas Universidades donde los Consejos de Facultad consideraren necesario la designación de Comisiones de Reválida de Títulos y Equivalencia de Estudios, dichos

Consejos determinarán, al inicio de los cursos respectivos, el número de personas integrantes de la misma, quienes durarán un año en el ejercicio de sus funciones y podrán ser reelegidos.

CAPÍTULO VI

Disposiciones Transitorias

Artículo 43°.- Aquellas Facultades no integradas totalmente no podrán tramitar solicitudes de reválidas y sólo podrán hacerlo sobre solicitudes de equivalencia de estudios de aquellos cursos que estén siendo dictados para la fecha del trámite.

Artículo 44°.- Las solicitudes de reválida de títulos y de equivalencia de estudios que se encuentren en trámite se registrarán por las disposiciones del presente Reglamento, en cuanto les sean aplicables.

CAPÍTULO VII

Disposición Final

Artículo 45°.- Se derogan las disposiciones dictadas por las Universidades Nacionales que colidan con el presente Reglamento.

Palacio de Miraflores, en Caracas, a los catorce días del mes de enero de 1969.- Año 159° de la Independencia y 110° de la federación.

(L.S.)

Refrendado

Raúl Leoni

El Ministro de Educación

(L.S.)

J.M. Siso Martínez

NORMAS PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTUDIOS PARA GRADUADOS

(APROBADAS POR EL C.N.U. EL 30-09-83)

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1°.- Las presentes Normas señalan los requisitos mínimos que el Consejo Nacional de Universidades (CNU) exigirá a las Instituciones para la acreditación de los Programas de postgrado de Especialización, Maestría y Doctorado, sin perjuicio de otras exigencias que cada institución, en uso de su autonomía, pueda establecer.

Artículo 2°.- Los estudios de postgrado tendrán como finalidad contribuir al mejor conocimiento de las ciencias naturales, ingeniería y ciencias sociales, mediante el análisis de los aportes en el ámbito nacional y universal.

Artículo 3°.- Son estudios de postgrado aquellos que se realizan después de la obtención del título de licenciado o su equivalente obtenido en instituciones de educación superior venezolanas o extranjeras de reconocido prestigio académico cuyo currículum contemple estudios de una duración mínima de cuatro años, y que cumplan con las disposiciones de estas Normas.

Artículo 4°.- De acuerdo con el propósito específico y la categoría académica de los mismos, los estudios de postgrado se clasifican en:

- 1) estudios conducentes a un título académico:
 - a) de especialización Profesional.
 - b) de Maestría.
 - c) de Doctorado.

- 2) estudios no conducentes a un título académico:
 - a) de ampliación.
 - b) de Actualización.
 - c) de Perfeccionamiento.
 - d) de Programas de entrenamiento de post-doctorado.

CAPÍTULO II

De la Competencia Institucional

Artículo 5°.- El desarrollo de los estudios y programas de postgrado conducentes a títulos o grados académicos es competencia exclusiva de las universidades y de aquellas instituciones que hayan sido expresamente autorizadas por el Consejo Nacional de Universidades.

Parágrafo Único: El otorgamiento del título de Doctor es competencia exclusiva de las Universidades.

Artículo 6°.- Para el desarrollo de programas de postgrado conducentes a títulos académicos se requiere que la unidad ejecutora satisfaga las condiciones mínimas que establezca el Consejo Universitario o su equivalente de la institución de educación superior promotora.

Artículo 7°.- En las instituciones que ofrezcan estudios de postgrado conducentes a títulos académicos estará adscrito al Vice-Rectorado Académico o su equivalente, un organismo de coordinación de los Estudios de Postgrado con las siguientes atribuciones:

1. Velar por el cumplimiento de las decisiones del Consejo Universitario o su equivalente, sobre la materia.

2. Organizar y armonizar conforme a las mismas, los programas de postgrado.
3. Servir de órgano de consulta al Consejo Universitario o su equivalente.
4. Llevar el registro de la información sobre las actividades de postgrado en la institución.
5. Las demás que le señale el reglamento de la institución respectiva.

Artículo 8°.- Las instituciones deberán enviar al Consejo Nacional de Universidades para su información, antes de su ejecución, los proyectos de los programas de postgrado conducentes a títulos académicos.

Artículo 9°.- El Consejo Nacional de Universidades acreditará los programas de postgrado, oída la opinión del Consejo Consultivo Nacional de Estudios para Graduados.

Parágrafo Único: La acreditación de un programa de postgrado debe ser renovada cada cinco años, previa evaluación interna del mismo por la institución ejecutora y evaluación externa realizada por el Consejo Consultivo Nacional de Estudios para Graduados.

CAPITULO III Del Consejo Consultivo

Artículo 10°.- El Consejo Consultivo Nacional de Estudios para Graduados es el órgano asesor del Consejo Nacional de Universidades en materia de postgrado.

Artículo 11°.- El Consejo Consultivo Nacional de Estudios para Graduados, estará integrado por ocho (8) miembros; 5 expertos en la materia propuestos por el Núcleo de Vice-Rectores Académicos al Consejo Nacional de Universidades; 1 representante del CONICIT y 1 representante de FUNDAYACUCHO designados por sus respectivos organismos y el Director General Sectorial de Educación del Ministerio de Educación.

Artículo 12°.- El Consejo Consultivo nacional de Estudios para Graduados tendrá las siguientes atribuciones:

- a) Servir de órgano asesor al Consejo Nacional de Universidades en todo lo relativo a los estudios de postgrado en el país. En el ejercicio de sus atribuciones podrá hacer recomendaciones sobre políticas y prioridades al Consejo Nacional de Universidades.
- b) Servir de centro de información sobre las actividades de postgrado que realizan las instituciones del país.
- c) Resolver las consultas que, en materia de estudios de postgrado, sometan las instituciones de educación superior.
- d) Estudiar y proponer al Consejo Nacional de Universidades, créditos y procedimientos para la acreditación de programas de postgrado.
- e) Estudiar, a solicitud del Consejo Nacional de universidades, los programas de postgrado que sean presentadas a éste para su acreditación.

- f) Hacer las recomendaciones dirigidas a armonizar los programas de postgrado, para evitar que estos conduzcan a una diversificación excesiva y a la duplicidad innecesaria de esfuerzos.

CAPÍTULO IV

De la Organización de los Estudios para Graduados

Artículo 13°.- Los estudios de Especialización Profesional tienen como objetivo proporcionar los conocimientos y el adiestramiento necesario para la formación de expertos, de elevada competencia, en un área específica de una profesión determinada.

Los estudios de Especialización conducen al título de Especialistas.

Artículo 14.- Los estudios de Especialización comprenden un mínimo de 24 créditos en asignaturas u otras actividades de postgrado, contenidas en el programa correspondiente.

Artículo 15°.- Los estudios de Maestría comprenderán un conjunto de asignaturas y de otras actividades organizadas en un área específica del conocimiento, destinadas al estudio profundo y sistematizado de la misma y a la formación metodológica para la investigación.

Los estudios de Maestría conducen al título de Magíster.

Artículo 16°.- Para obtener el título de Magíster se exigirá la aprobación de un número de créditos no inferior a 24 y un trabajo de grado.

Parágrafo Único: El trabajo de grado será un estudio que demuestre el dominio de los métodos de investigación propios del área del conocimiento respectivo. Su presentación y aprobación deberán cumplirse en un plazo máximo de cuatro (4) años a partir del inicio de los estudios.

Artículo 17°.- Los estudios de Doctorado tienen por finalidad la capacitación para la realización de trabajos de investigación originales que constituyan aportes significativos al título de Doctor con la mención correspondiente.

Artículo 18°.- Para obtener título de Doctor se exigirá el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) El cumplimiento de actividades previamente consideradas por el organismo de coordinación de estudios del postgrado de la institución y aprobadas por el Consejo Universitario respectivo, cuyo valor mínimo será 45 créditos.
- b) La presentación y aprobación de la tesis doctoral, en examen público y solemne, conforme a lo señalado en el artículo 160 de la Ley de Universidades y a las disposiciones del presente Reglamento.

- c) El conocimiento instrumental de otro idioma además del castellano, según exija el programa de doctorado respectivo.

Artículo 19°.- La tesis doctoral consistirá en una investigación que constituya un aporte significativo al conocimiento y demuestre la independencia de criterio de su autor. La tesis deberá ser preparada expresamente para la obtención del Doctorado y se presentará dentro de los plazos que establezca la Universidad respectiva.

Artículo 20°.- Cada universidad reglamentará lo relativo a la Tesis doctoral. En cualquier caso deberán cumplirse los siguientes requisitos:

- a) Los miembros del jurado deberán poseer el título de doctor, o ser de reconocida autoridad en la materia sobre la que verse la tesis doctoral respectiva.
- b) Uno de los miembros del jurado deberá pertenecer a una institución distinta a la universidad otorgante del título.
- c) El veredicto del jurado será inapelable e irrevocable.

Artículo 21°.- Sin perjuicio de los requisitos exigidos en cada caso, los trabajos a que refieren los artículos 16 y 19, se cumplirán bajo la dirección de un tutor, quien deberá reunir los requisitos exigidos para ser profesor postgrado correspondiente.

CAPITULO V

Disposiciones Generales

Artículo 22°.- Un crédito en una asignatura equivale a una hora semanal de clase teórica o seminario; o a dos horas de clases prácticas o de laboratorio, durante un período de 16 semanas. Los créditos correspondiente a otro tipo de actividades serán determinadas en cada caso aprobadas por el organismo correspondiente.

Artículo 23°.- Cada institución fijará, de acuerdo con el sistema particular de evolución aprobado por el Consejo Nacional de Universidades, el promedio ponderado mínimo de calificaciones requerido para obtener el título respectivo.

Artículo 24°.- Para obtener el título de Especialistas, Magíster o Doctor, el aspirante deberá haber aprobado la totalidad de los créditos y demás requisitos por el programa respectivo. Por lo menos el cincuenta (50%) por ciento de los créditos deberán ser cursados en la institución que otorga el título.

Artículo 25°.- Para ser profesor de cursos de postgrado se requiere poseer el título por lo menos igual al de la categoría correspondiente al curso que se trate, otorgado por una institución de educación superior de prestigio reconocido, y cumplir con los otros requisitos que exija la institución respectiva.

Parágrafo Único: Excepcionalmente podrán ser designados profesores de los cursos de postgrado quienes, aun sin cumplir con los requisitos con los requisitos anteriormente señalados, se distinguen en actividades relacionadas con el área del conocimiento que aspiran a dictar.

Artículo 26°.- La reglamentación de los estudios de postgrado no conducentes a títulos académicos será competencia de cada institución de educación superior.

CAPÍTULO VI

Disposiciones finales

Artículo 27°.- Las instituciones que, para la fecha de la aprobación de las presentes Normas, están dictando programas de postgrado conducentes a títulos académicos, remitirán al Consejo Nacional de Universidades, para su información, los planes de estudio de dichos programas.

Artículo 28°.- Según lo dispuesto en el artículo en el 9° de estas Normas, las instituciones de educación superior que desarrollen estudios podrán solicitar, la acreditación de dichos estudios.

Artículo 29°.- Los casos no previstos en estas Normas serán resueltos por el Consejo Nacional de Universidades y los Consejos Universitarios según el caso.

Fdo.

Alberto Drayer B.

Secretario Permanente

Consejo Nacional de Universidades

REGLAMENTO DE REVALIDA DE TITULOS Y DE EQUIVALENCIAS DE ESTUDIO*

CAPITULO I Disposiciones Generales

Artículo 1°. Los estudios realizados en el exterior, en Universidades o Institutos de nivel universitario, y de reconocida solvencia científica, a juicio de los respectivos Consejos Universitarios, según normas establecidas por el Consejo Nacional de Universidades, podrán convalidarse en Venezuela según lo establecido en los Tratados Internacionales y en las Leyes de la República y sus Reglamentos.

Artículo 2°. La validez de los estudios podrá hacerse efectiva en cual q Universidad Nacional mediante La reválida del título extranjero o por equivalencia de estudios de las materias aprobadas.

Quedan a salvo los casos en que se proceda a reconocimiento de Títulos en virtud de Tratados Internacionales.

Artículo 3°. Si en las Universidades Nacionales no se otorgaren los títulos cuya reválida se solicite, o no se cursaren las materias que se quieren equivaler, la Universidad ante la cual se haga la solicitud, oirá la opinión de las Universidades Privadas que otorguen dichos títulos o en jas cuales se cursen las materias que se pretenda equivaler, para resolver sobre la reválida o la equivalencia, según el caso.

Artículo 4°. No se dará curso a ninguna solicitud presentada por quienes hayan sido expulsados de alguna Universidad venezolana, mientras dure esta sanción previo estudio del Consejo Universitario correspondiente.

Artículo 5°. Los documentos redactados en idioma extranjero deben traducirse al castellano por persona autorizada, a costa del peticionario. De la traducción se acompañará copia fotostática, además del original.

Artículo 6°. El peticionario deberá acreditar que posee suficiente conocimiento del idioma castellano, ajuicio del Consejo Universitario.

Artículo 7°. Los expedientes serán remitidos al Consejo de la Facultad respectiva, Fin de que informe lo conducente en un plazo no mayor de 30 días hábiles contados Partir de la fecha de recepción.

Artículo 8°. Pan poder dar curso a la solicitud, los aspirantes deberán cancelar los aranceles y derechos conforme al Reglamento respectivo.

CAPITULO II

DE LA REVALIDA DE TITULOS

Artículo 9°. Se entiende por reválida el acto por el cual una Universidad Nacional reconoce y convalida un título otorgado por una Universidad extranjera o Instituto de nivel universitario, previo el cumplimiento de los requisitos señalados en el presente Reglamento.

Artículo 10. La reválida sólo podrá hacerse del título obtenido por el solicitante y nunca de los que se adquieren por haber revalidado éste.

Artículo 11. La reválida se entiende pan títulos de igual valor académico. Sólo podrán ser revalidados los títulos extranjeros, que según el respectivo plan de estudios, equivalgan a los que se otorgan en las Universidades venezolanas, sin que obste a la reválida una diferente denominación del título.

Artículo 12. Cuando el título presentado sea el de Doctor y la Universidad venezolana sólo conceda el Profesional, el aspirante a la reválida podrá obtener el Título académico o profesional máximo que otorgue la Universidad en la Facultad correspondiente. Cuando el Título presentado sea solamente el Profesional y las Universidades venezolanas confieran únicamente en la misma especialidad el Título de Doctor el aspirante a la reválida deberá cumplir los requisitos complementarios exigidos al efecto por la respectiva Facultad.

Artículo 13. El Consejo Universitario con vista al Informe del Consejo de la respectiva Facultad, decidirá si el título es equivalente, que el interesado cu con los siguientes requisitos:

- 1) Rendir examen de las asignaturas de carácter nacional y de aquéllas, que a juicio del Consejo de la Facultad respectiva, sean consideradas como fundamentales, de acuerdo a la índole de la profesión, y cuyo número no podrá exceder en ningún caso del 20% del total de asignaturas que forman el correspondiente plan de estudios.
- 2) Acatar las disposiciones reglamentarias exigidas por la Facultad respectiva para optar al título correspondiente.

Artículo 14. Cuando por imposibilidad manifiesta y comprobada el aspirante no pudiere presentarlos planes de estudio de la Universidad de origen, deberá entonces presentar los exámenes de las materias fundamentales, en número que no exceda del 30% de las asignaturas que forman el plan de estudios respectivo, determinado en cada caso por el Consejo Universitario, previa consulta al Consejo de la Facultad respectiva.

Artículo 15. No podrá una Universidad admitir solicitudes de reválida que hayan sido negadas o que se encuentren en curso en otra Universidad. El Secretario del Consejo Universitario de cada Universidad informada las otras Universidades Nacionales sobre todas las solicitudes que hayan sido introducidas, devueltas

y negadas, en un plazo no mayor de 15 días hábiles después de la fecha de presentación, devolución o negativa de la respectiva solicitud, según el caso.

Artículo 16. Quien aspire a hacer reválida de título se dirigirá por escrito al Consejo Universitario de una Universidad Nacional, haciendo constar en la solicitud:

2) Nombre y nacionalidad de la Universidad que le otorgó el título o en la cual realizó los estudios para los que solicita reválida.

b) A dicha solicitud se acompañará:

1) Comprobantes de su identidad

2) Título o certificación de haber aprobado las materias según el caso y copia fotostática de los mismos.

3) Plan de estudios de la respectiva Escuela o Facultad y Programas de estudios de las materias cursadas cuando haya duda sobre el contenido de éstas.

4) Las calificaciones obtenidas en cada una de las materias aprobadas según el plan de estudios; y,

5) Constancia de que el Instituto del cual procede tiene categoría Universitaria oficialmente reconocida por las autoridades del país correspondiente.

Los documentos a que se contrae este artículo deberán estar legalizados.

Parágrafo Único: Si en el seno del Consejo Universitario se solicita la reválida de título de la Universidad o Instituto otorgante del título se pretendiera revalidar, el respectivo Consejo Universitario lo comunicará por escrito al interesado, quien podrá solicitar se oiga la opinión del Consejo Nacional de Universidades cuando dicho Consejo Universitario hubiere decidido en conversión el artículo 1 de este Reglamento. Este dictamen tendrá carácter obligatorio

Artículo 17. Los exámenes a que se contrae el presente Capítulo se realizarán en las oportunidades que señalen las autoridades competentes de cada Universidad, por intermedio de la Facultad correspondiente y se regirán el respectivo Reglamento de Exámenes, salvo lo aquí previsto.

Artículo 18. Los exámenes de reválida versarán sobre la totalidad de los programas que rijan en cada Facultad y constarán del número de pruebas que requiera la naturaleza de la materia. Cada prueba será eliminatoria.

Artículo 19. El jurado examinador estará integrado por tres miembros principales y tres suplentes designados por los respectivos Consejos de Facultad de los cuales, uno por lo menos de los miembros principales debe ser profesor de la materia objeto del examen y presidirá el jurado.

Artículo 20. Las calificaciones de cada prueba se expresarán por medio de un número comprendido de cero a veinte (0 a 20). Para ser aprobado en la materia objeto de la Prueba, se requiere tener la nota de diez puntos, como mínimo

Artículo 21. La calificación definitiva de la asignatura se obtiene sumando las calificaciones de 10 puntos o más obtenidas en cada prueba, y dividiendo luego el total obtenido entre el número de pruebas efectuadas. Cuando al efectuar los cálculos haya fracciones de cincuenta centésimas o más se agregará al número entero inmediatamente superior.

Artículo 22. El aspirante reprobado en exámenes de reválida, rendir en la misma Universidad un examen de reparación pasados tres meses contados a partir de la fecha de presentación de la última prueba de la asignatura en que resulto.

CAPITULO III DE LA EQUIVALENCIA DE ESTUDIOS

Artículo 23. Se endeude por equivalencia el proceso por el cual una Universidad Nacional determina cuáles materias cursadas y aprobadas por el solicitante en una Universidad o Instituto de rango universitario del exterior o en Instituto venezolano de Educación Superior, equivalen a materias que forman parte del pensum de estudio de una determinada Facultad, Escuela o Instituto Universitario.

Artículo 24. Una vez fijadas por una Universidad Nacional las materias que equivalen, el solicitante queda en libertad de cursar y aprobar las materias pendientes (que le faltaren para completar el Plan de Estudio de la carrera correspondiente y no de otra, y cumplir los demás requisitos señalados por el Consejo Universitario, en cualquier Universidad venezolana, sea nacional o privada.

Artículo 25. Cuando al aspirante favorecido con la equivalencia le hayan sido fijadas asignaturas que corresponden a diferentes cu podrá presentar los exámenes en las fechas señaladas conforme al Reglamento de Exámenes.

El aspirante queda sujeto al régimen de prelación establecido para cada Facultad, y, en consecuencia, se considerará como no aprobada la asignatura de un curso superior cuando el aspirante fuera aplazado en una o más asignaturas de un curso inferior, si tales asignaturas fueren prelativas a las del curso superior.

Artículo 26. La inscripción de los solicitantes favorecidos con la equivalencia de estudios, da derecho al interesado a que se le incorpore en el curso que señale el respectivo Consejo Universitario.

Artículo 27. No pueden hacer equivalencia en una rama de estudios quienes hayan obtenido el título correspondiente a esa rama de estudios en una Universidad del exterior, salvo que les haya sido negada la reválida de dicho título.

Artículo 28. Cuando el solicitante haya cursado y aprobado todas las materias del plan de estudios, sin haber obtenido el título correspondiente, deberá presentar un certificado auténtico y debidamente legalizado de la Universidad donde terminó sus estudios haciendo constar que no recibió el título respectivo.

Artículo 29. La equivalencia de estudio de materias cursadas y aprobadas por el solicitante, podrá acordarse en los casos siguientes:

- 1) de materias cursadas: y aprobadas en una Universidad extranjera de reconocida solvencia científica; y
- 2) de materias cursadas y aprobadas por egresados de Institutos venezolanos de Educación Superior.

Artículo 30. Para la equivalencia de las materias aprobadas en el exterior se tendrá en cuenta la denominación de las mismas, su ubicación en el plan de estudios, materias Efectivamente aprobadas por el solicitante y cualquier otra circunstancia pertinente A juicio del la Facultad.

Artículo 31. El aspirante obtener equivalencia de estudios conforme al artículo 29, dirigirá por escrito una petición al Consejo Universitario, en la que indicará:

- 1) Nombre apellido, edad, lugar de nacimiento y nacionalidad del peticionario.
- 2) Nombre y nacionalidad del Instituto o Institutos donde hizo sus estudios universitarios, edad donde funciona; y,
- 3) La documentación determinada por este Reglamento para los diferentes casos de equivalencia de estudios.

Artículo 32. La petición de equivalencia de estudios podrá presentarse en cualquier fecha, pero el ingreso del aspirante no puede tener lugar sino en el lapso destinado a las inscripciones

Artículo 33. La petición de equivalencia de estudios hechos en Universidades o Institutos extranjeros, deberá ir acompañada de los siguientes documentos:

- 1) Certifica de estudios y programas con la enumeración de todas las materias cursadas y aprobadas y las calificaciones y escalas correspondientes, otorgado por las autoridades c del país de origen debidamente legalizado y copias fotostáticas de todos estos documentos; y,
- 2) Certificación oficial donde consta que el Instituto o Institutos de los cuales procede el solicitante tiene categoría Universitaria.

Artículo 34. Recibida la petición, el Consejo Universitario la remitirá con sus recaudos a la Facultad respectiva, la cual informará en un plazo no mayor de 30 días hábiles contados a partir de la fecha de su recibo.

Artículo 35. En el caso previsto en el artículo 3 de este Reglamento, el Consejo Universitario se dirigirá previamente a los Consejos Universitarios de las Universidades Privadas a fin de que emitan su opinión en cuanto a la equivalencia solicitada, dentro de un plazo no mayor de 15 días hábiles contados a partir de la Fecha de su recibo.

Artículo 36. El Cornejo de la Facultad previo el informe de la Comisión de Reválida de Títulos y de Equivalencia de Estudios, donde esta existiere, remitirá el expediente debidamente estudiado al Consejo Universitario, el que decidirá sobre el particular y notificará, por escrito, el resultado al peticionario.

Artículo 37. La petición de equivalencia de estudios conforme al numeral 2) del artículo 29 del presente Reglamento, deberá ir acompañada de un certificado debidamente legalizado en el cual estén enumeradas todas las materias cursadas y aprobadas por el peticionario, con indicación de las notas y de los respectivos programas de estudio. El certificado deberá estar fechado, sellado y firmado por la autoridad competente del Instituto que lo haya expedido recibida la solicitud y sus recaudos se tramitará conforme alo establecido en los artículos 34, 35y} de este Reglamento.

Artículo 38. El Consejo Universitario con vista de los informes que le sean presentados, decidir cuáles de las materias cursadas y aprobadas deben aceptarse como equivalentes y

dispondrá que el solicitante curse y apruebe todas las materias que falten para completar el plan de estudios vigente y que rinda examen de las asignaturas de carácter nacional y de aquellas que, ajuicio del Consejo de la Facultad respectiva sean consideradas como fundamentales de acuerdo a la índole de la profesión y cuyo número no podrá extender ningún caso del 20% total de asignaturas que forman el correspondiente plan de estudios.

Artículo 39. Si al peticionario le faltan por aprobar hasta cuatro materias decursos anteriores al que se le señaló para inscribirse, se le permitirá cursa libre de escolaridad.

CAPITULO IV **De la revisión del Expediente**

Artículo 40. Si el aspirante tuviere razones fundadas para estar en desacuerdo con La decisión recaída sobre su solicitud de equivalencia de estudios o de revalida de título, podrá dirigirse, en escrito razonad; al Consejo Universitario que conoció de solicitud, pidiendo la reconsideración de su caso.

Artículo 41. Si el Consejo Universitario, no considerase suficientes Los motivos expuestos por el solicitante pan pedir la revisión de su expediente. La negara forma razonada y así lo comunicará al solicitante.

CAPITULO V **De las Comisiones de Reválida de Títulos y** **Equivalencias de Estudios**

Artículo 42. En aquellas Universidades donde los Consejos de Facultad. consideraren necesaria la designación de Comisiones de Reválida de Títulos y equivalencias de Estudio, dichos Consejos determinarán, al inicio de los cursos respectivos de personas integrantes de la misma, quienes durarán un a en el ejercicio de sus funciones y podrán ser reelegidos.

CAPITULO VI **Disposiciones Transitorias**

Artículo 43. Aquellas Facultades no integradas totalmente no podrán tramitar solicitudes de reválida de títulos y sólo podrán hacerlo sobre solicitudes de equivalencia de estudios de aquellos cursos que están siendo dictados para la fecha del trámite.

Artículo 44. Las solicitudes de revalidas de títulos y de equivalencia de estudio que se encuentren en trámite se regirán por las disposiciones del presente Reglamento, en cuanto les sean aplicables.

CAPITULO VII
Disposición Final

Artículo 45. Se derogan las disposiciones dictadas por la Universidades Nacionales que colijan con el presente reglamento.

Palacio de Miraflores, en Caracas, a los catorce días del mes de enero de 1969. Año 159° de la independencia y 110° de la Federación.

Refrendado
El Ministro de Educación

RAUL LEONI.
J.M. SISO MARTÍNEZ

LEY DE UNIVERSIDADES

(Gaceta Oficial No. 1429, Extraordinario, del 8 de septiembre de 1970)

LEY DE UNIVERSIDADES

TÍTULO I

Disposiciones fundamentales

Artículo 1.- La Universidad es fundamentalmente una comunidad de intereses espirituales que reúne a profesores y estudiantes en la tarea de buscar la verdad y afianzar los valores trascendentales del hombre.

Artículo 2.- Las Universidades son instituciones al servicio de la Nación y a ellas corresponde colaborar en la orientación de la vida del país mediante su contribución doctrinaria en el esclarecimiento de los problemas nacionales.

Artículo 3.- Las Universidades deben realizar una función rectora en la educación, la cultura y la ciencia. Para cumplir esta misión, sus actividades se dirigirán a crear, asimilar y difundir el saber mediante la investigación y la enseñanza; a completar la formación integral iniciada en los ciclos educacionales anteriores, y a formar los equipos profesionales y técnicos que necesita la Nación para su desarrollo y progreso.

Artículo 4.- La enseñanza universitaria se inspirará en un definido espíritu de democracia, de justicia social y de solidaridad humana, y estará abierta a todas las corrientes del pensamiento universal, las cuales se expondrán y analizarán de manera rigurosamente científica.

Artículo 5.- Como parte integral del sistema educativo, especialmente del área de estudios superiores, las Universidades se organizarán y funcionarán dentro de una estrecha coordinación con dicho sistema.

Artículo 6.- La finalidad de la Universidad, tal como se define en los artículos anteriores, es una en toda la Nación. Dentro de este concepto se atenderá a las necesidades del medio donde cada Universidad funciona y se respetará la libertad de iniciativa de cada institución.

Artículo 7.- El recinto de las Universidades es inviolable. Su vigilancia y el mantenimiento del orden son de la competencia y responsabilidad de las autoridades universitarias; no podrá ser allanado sino para impedir la consumación de un delito o para cumplir las decisiones de los Tribunales de Justicia.

Se entiende por recinto universitario el espacio precisamente delimitado y previamente destinado a la realización de funciones docentes, de investigación, académicas, de extensión o administrativas, propias de la institución.

Corresponde a las autoridades nacionales y locales la vigilancia de las avenidas, calles y otros sitios abiertos al libre acceso y circulación, y la protección y seguridad de los edificios y construcciones situados dentro de las áreas donde funcionen las universidades, y las demás medidas que fueren necesarias a los fines de salvaguardar y garantizar el orden público y la seguridad de las personas y de los bienes, aun cuando éstos formen parte del patrimonio de la Universidad.

Artículo 8.- Las Universidades son Nacionales o Privadas. Las Universidades Nacionales adquirirán personalidad jurídica con la publicación en la GACETA OFICIAL DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA del Decreto del Ejecutivo Nacional por el cual se crean. Las Universidades Privadas requieren para su funcionamiento la autorización del Estado, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 173, 174, 175 y 176 de la presente Ley.

Artículo 9.- Las Universidades son autónomas. Dentro de las previsiones de la presente Ley y de su Reglamento, dispones de:

- 1.- Autonomía organizativa, en virtud de la cual podrán dictar sus normas internas;
- 2.- Autonomía académica, para planificar, organizar y realizar los programas de investigación, docentes y de extensión que fueren necesarios para el cumplimiento de sus fines;
- 3.- Autonomía administrativa, para elegir y nombrar sus autoridades y designar su personal docente, de investigación y administrativo.
- 4.- Autonomía económica y financiera para organizar y administrar su patrimonio.

Artículo 10.- Conforme a lo dispuesto en la Ley de Educación, el Ejecutivo Nacional, oída la opinión del Consejo Nacional de Universidades, podrá crear Universidades Nacionales Experimentales con el fin de ensayar nuevas orientaciones y estructuras en Educación Superior. Estas Universidades gozarán de autonomía dentro de las condiciones especiales requeridas por la experimentación educativa. Su organización y funcionamiento se establecerá por reglamento ejecutivo y serán objeto de evaluación periódica a los fines de aprovechar los resultados beneficiosos para la renovación del sistema y determinar la continuación, modificación o supresión de su status.

Parágrafo Único.- El Ejecutivo Nacional, oída asimismo la opinión del Consejo Nacional de Universidades, podrá también crear o autorizar el funcionamiento de Institutos o Colegios Universitarios, cuyo régimen será establecido en el reglamento que al efecto dicte, y los cuales no tendrán representantes en el Consejo Nacional de Universidades.

Artículo 11.- En las Universidades Nacionales los estudios ordinarios son gratuitos; sin embargo, los alumnos que deban repetir el curso total o parcialmente por haber sido aplazados, pagarán el arancel que establezca el Reglamento.

Artículo 12.- Las Universidades Nacionales tienen personalidad jurídica y patrimonio propio, distinto e independiente del Fisco Nacional. Este patrimonio estará integrado por los bienes que les pertenezcan o que puedan adquirir por cualquier título legal.

Artículo 13.- En la Ley de Presupuesto se incluirá anualmente con destino a las Universidades Nacionales una partida cuyo monto global no será menor 1 1/2 % del total de rentas que se presupongan en dicha Ley.

Artículo 14.- Los bienes y rentas de las Universidades Nacionales no estarán sometidos al régimen de los bienes nacionales que establece la Ley Orgánica de la Hacienda Pública Nacional. Sus ingresos y egresos no se considerarán como rentas o gastos públicos, ni estarán sometidos al régimen del Presupuesto Nacional, y su fiscalización se hará por los funcionarios que designe el Consejo Nacional de Universidades, en acatamiento de lo dispuesto en el numeral 9 del Artículo 20 de la presente Ley, y por la contraloría General de la República conforme a lo establecido en la Constitución y las leyes.

Artículo 15.- Las Universidades Nacionales gozarán, en cuanto a su patrimonio, de las prerrogativas que al Fisco nacional acuerda la Ley Orgánica de la Hacienda Pública Nacional.

Artículo 16.- Los miembros del personal universitario que manejen fondos de la Universidad, estarán sujetos a lo prescrito en la Ley Orgánica de la Hacienda Pública Nacional respecto a la caución que deben prestar y a sus responsabilidades.

Artículo 17.- El estado reconocerá para todos los efectos legales los grados, títulos y certificados de competencia que otorguen y expidan las Universidades Nacionales. Los grados, títulos y certificados de competencia que otorguen y expidan las Universidades Privadas sólo producirán efectos legales al ser refrendados de conformidad con lo establecido en el Artículo 182 de la presente Ley.

TÍTULO II

Del Consejo Nacional de Universidades

Artículo 18.- El Consejo Nacional de Universidades es el organismo encargado de asegurar el cumplimiento de la presente Ley por las Universidades, de coordinar las relaciones de ellas entre sí y con el resto del sistema educativo, de armonizar sus planes docentes, culturales y científicos y de planificar su desarrollo de acuerdo con las necesidades del país. Este Consejo, con sede en Caracas, tendrá un Secretario Permanente y una Oficina de Planificación del Sector Universitario, vinculada a los demás organismos de planificación educativa, que le servirá de asesoría técnica.

Artículo 19.- El Consejo Nacional de Universidades estará integrado por el Ministro de Educación quien lo presidirá; los Rectores de las Universidades Nacionales y Privadas; tres representantes de los profesores escogidos en la siguiente forma: uno por los profesores de las Universidades Nacionales no experimentales, uno por los profesores de las Universidades

Nacionales Experimentales, y uno por los profesores de las Universidades Privadas, entre los profesores de ellas con rango no inferior al de asociado; tres representantes de los estudiantes, escogidos igualmente a razón de uno por cada grupo de Universidades; dos profesores universitarios de alto rango académico, elegidos de fuera de su seno, por el Congreso de la República o por la Comisión Delegada; y un representante del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas.

También formarán parte del Consejo, con derecho a voz, el Secretario del Consejo, el Director de la Oficina de Planificación del Sector Universitario, un representante del Ministerio de Hacienda y un Decano por cada Universidad Nacional o Privada.

Aún cuando con posterioridad a la promulgación de esta Ley el Ejecutivo creare o autorizare el funcionamiento de Universidades Nacionales Experimentales o de Universidades Privadas, la proporción en la representación de dichas Universidades ante el Consejo Nacional de Universidades no será alterada.

Parágrafo Primero: Los representantes de los profesores ante el Consejo Nacional de Universidades, que serán elegidos junto con sus suplentes por los representantes de los profesores ante los Consejos Universitarios del respectivo grupo de universidades, durarán tres años en el ejercicio de sus funciones.

Parágrafo Segundo: Los representantes de los estudiantes ante el Consejo Nacional de Universidades, que serán elegidos junto con sus suplentes por los 1.01 representantes estudiantiles ante los Consejos Universitarios del respectivo grupo de universidades, deberán ser estudiantes regulares con buena calificación académica, pertenecientes al último bienio de la carrera y durarán un año en el ejercicio de sus funciones.

Parágrafo Tercero: Los profesores universitarios elegidos por el Congreso durarán tres años en el ejercicio de sus funciones, podrán ser reelegidos y deberán reunir las condiciones requeridas para ser Rector.

Parágrafo Cuarto: El representante del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas deberá reunir las condiciones requeridas para ser Rector y será de la libre designación y remoción de dicho Consejo.

Artículo 20.- Son atribuciones del Consejo Nacional de Universidades:

- 1.- Definir la orientación y las líneas de desarrollo del sistema universitario de acuerdo con las necesidades del país, con el progreso de la educación y con el avance de los conocimientos;
- 2.- Estudiar modelos básicos de organización universitaria en cuanto a ciclos, estructuras y calendarios académicos, y recomendar la adopción progresiva de los más adecuados a las condiciones del país y a la realidad universitaria nacional;

3.- Coordinar las labores universitarias en el país y armonizar las diferencias individuales y regionales de cada Institución con los objetivos comunes del sistema;

4.- Fijar los requisitos generales indispensables para la creación, eliminación, modificación y funcionamiento de Facultades, Escuelas, Institutos y demás divisiones equivalentes en las Universidades, y resolver, en cada caso, las solicitudes concretas que en ese sentido previo el cumplimiento de los requisitos establecidos sean sometidas a su consideración.

5.- Proponer al Ejecutivo Nacional los reglamentos concernientes a los exámenes de reválida de títulos y equivalencia de estudios;

6.- Determinar periódicamente las metas a alcanzar en la formación de recursos humanos de nivel superior y, en función de este objetivo y de los medios disponibles, aprobar los planes de diversificación y cuantificación de los cursos profesionales propuestos por los respectivos Consejos Universitarios, y recomendar los correspondientes procedimientos de selección de aspirantes.

7.- proponer al Ejecutivo Nacional el monto del aporte anual para las Universidades que deba ser sometido a la consideración del Congreso Nacional en el Proyecto de Ley de Presupuesto y, promulgada ésta, efectuar su distribución entre las Universidades Nacionales;

8.- Exigir de cada Universidad Nacional la presentación de un presupuesto – programa sujeto al límite de los ingresos globales estimados, el cual será preparado conforme a los formularios e instructivos que el Consejo suministra a través de la Oficina de Planificación del Sector Universitario;

9.- Velar por la correcta ejecución de los presupuestos de las Universidades Nacionales y, a tal efecto, designar contralores internos en cada una de ellas. Estos funcionarios tendrán la obligación de presentar periódicamente los respectivos informes ante el Consejo, con vista de los cuales y de los suministrados por la Contraloría General de la República, adoptará las medidas pertinentes dentro de las previsiones de la presente Ley y de sus Reglamentos;

10.- Velar por el cumplimiento, en cada una de las Universidades, de las disposiciones de la presente Ley y de las normas y resoluciones que, en ejercicio de sus atribuciones legales, le correspondan dictar. A los fines indicados podrá solicitar de las respectivas autoridades universitarias las informaciones que considere necesarias o, en su caso, designar comisionados ad-hoc ante ellas. Las universidades están obligadas a suministrar al Consejo con toda preferencia las facilidades necesarias para el cumplimiento de esta misión;

11.- Conocer y decidir en única instancia administrativa, de las infracciones de la presente Ley y de sus reglamentos en que pudiere haber incurrido un Consejo Universitario, o el Rector, los Vice-Rectores, o el Secretario de una Universidad Nacional; y conocer y decidir en última instancia administrativa de las causas a que se refieren los ordinales 10 y 11 del Artículo 26 de la presente Ley;

12.- Previa audiencia del afectado, suspender del ejercicio de sus funciones al Rector, a los Vice-Rectores o al Secretario de las Universidades Nacionales cuando hubieren incurrido en grave incumplimiento de los deberes que les impone esta Ley. Acordada la suspensión, el funcionario o los funcionarios afectados por la medida podrán, dentro de los treinta días siguientes a la última notificación, presentar los alegatos que constituyan su defensa y promover y evacuar ante el Secretario Permanente del Consejo las pruebas pertinentes. Vencido dicho lapso el Consejo decidirá con vista de los elementos que consten en el expediente sobre la restitución o remoción del funcionario o de los funcionarios suspendidos;

13.- Conocer de los procedimientos que pudieran acarrear remoción de alguno o algunos de los miembros de los consejos Universitarios y decidir dichas causas con arreglo al procedimiento establecido en el numeral anterior;

14.- Declarar, en el caso previsto en los numerales 12 y 13 de este artículo, a la Universidad afectada en proceso de reorganización cuando la medida de remoción hubiere sido impuesta conjuntamente al Rector, a los Vice-Rectores y al Secretario, o a dos de dichas autoridades o a la mayoría de los miembros de un Consejo Universitario, designar en cualquiera de estos casos, a las autoridades interinas que hayan de asumir la dirección de las Universidades Nacionales mientras se realiza la respectiva elección por la comunidad universitaria; y proceder a la convocatoria de las correspondientes elecciones, con arreglo a las disposiciones de esta Ley, dentro de los seis meses siguientes a la decisión por la cual se acordó la remoción;

15.- Designar a las autoridades interinas que hayan de asumir la dirección de las Universidades Nacionales no experimentales, en los casos de falta absoluta del Rector y los Vice-Rectores o de más de la mitad de los miembros del Consejo Universitario; y proceder a la convocatoria de las correspondientes elecciones, con arreglo a las disposiciones de esta Ley, dentro de los seis meses siguientes a la designación de las autoridades interinas;

16.- Convocar a las elecciones en los casos en que el Consejo Universitario o la Comisión Electoral no lo hubieren hecho en la oportunidad legal correspondiente. A este efecto dictarán cuantas medidas fueren necesarias para que se realicen los comicios respectivos, y cuidará en todo momento de que el proceso electoral se desarrolle normalmente;

17.- Designar a los miembros del Consejo de Apelaciones conforme al procedimiento previsto en el artículo 44 de la presente Ley;

18.- Elaborar, en lapsos no menores de diez años, un informe de evaluación del sistema universitario vigente que, con base en las experiencias recogidas, deberá contener proposiciones y recomendaciones concretas sobre las reformas legales, administrativas y académicas que el consejo considere necesarias para la continua renovación de los sistemas universitarios;

19.- Dictar su reglamento Interno;

20.- Las demás que le señalen las Leyes y los Reglamentos.

Parágrafo Primero: En el ejercicio de las atribuciones a las que se refieren los numerales 7, 11, 12, 13, 14 y 15 de este artículo, así como en cualquier otra decisión del exclusivo interés de las Universidades Nacionales, no intervendrán los representantes de las Universidades Privadas ante el Consejo.

Parágrafo Segundo: Sin menoscabo del derecho de defensa que legítimamente les corresponde, los miembros del Consejo Nacional de Universidades que pudieren resultar afectados por las medidas previstas en los numerales 11, 12 y 13 de este artículo, no podrán concurrir a las sesiones de este organismo en las cuales se discutan y apliquen las medidas respectivas.

Parágrafo Tercero: De las decisiones a que se refieren los ordinales 12 y 13 de este artículo podrá apelarse para ante la Corte suprema de Justicia en Sala Político-Administrativa. Esta apelación se oír en un solo efecto.

Artículo 21.- Para facilitar el desempeño de sus funciones, el Consejo Nacional de Universidades tendrá un Secretariado Permanente, con sede en Caracas, cuya organización y funcionamiento serán determinados en el Reglamento que al efecto dicte el Consejo.

El Secretario del Consejo, quien deberá reunir las mismas condiciones exigidas por esta Ley para ser Secretario de un Consejo Universitario, será designado y removido por el mismo cuerpo.

Artículo 22.- La Oficina de Planificación del Sector Universitario estará bajo la dirección de un funcionario, designado por el Ejecutivo Nacional, quien deberá ser profesional universitario especializado, con amplia experiencia en planeamiento educativo, en administración universitaria o en otras áreas sociales estrechamente vinculadas al desarrollo de la educación. Esta oficina tendrá su sede en Caracas y las siguientes atribuciones:

- 1.- Servir de oficina técnica del Consejo Nacional de Universidades;
- 2.- Hacer el cálculo de las necesidades profesionales del país a corto, mediano y largo plazo;
- 3.- Proponer alternativas acerca de la magnitud y especialización de las universidades y de los modelos de organización de las mismas;
- 4.- Asesorar a las Universidades Nacionales en la elaboración y ejecución de sus presupuestos programa, a cuyo efecto, mantendrá contacto permanente con las oficinas universitarias de presupuesto, y preparará los instructivos y formularios que les sirvan de guía;
- 5.- Las demás que le señalen las Leyes y los Reglamentos.

Artículo 23.- El Consejo Nacional de Universidades tendrá su sede en Caracas, pero podrá reunirse, previa convocatoria de su Presidente, también en otra ciudad del país. Celebrará sesiones

ordinarias mensuales, y extraordinarias por iniciativa del Ministro de Educación o de tres de los Rectores que lo integran.

TÍTULO III **De las Universidades Nacionales**

CAPÍTULO I **De la Organización de las Universidades**

SECCIÓN PRIMERA **Del Consejo Universitario**

Artículo 24.- La autoridad suprema de cada Universidad reside en su Consejo Universitario, el cual ejercerá las funciones de gobierno por órgano del Rector, de los Vice-Rectores y del Secretario, conforme a sus respectivas atribuciones.

Artículo 25.- El Consejo Universitario estará integrado por el Rector, quien lo presidirá, los Vice-Rectores, el Secretario, los Decanos de las Facultades, cinco representantes de los profesores, tres representantes de los estudiantes, un representante de los egresados y un delegado del Ministerio de Educación.

Parágrafo Primero: Los representantes de los profesores, los de los estudiantes y el de los egresados durarán tres, uno y dos años respectivamente, en el ejercicio de sus funciones. El Delegado del Ministerio de Educación deberá poseer título universitario venezolano y será de libre nombramiento y remoción de ese Despacho.

Parágrafo Segundo: Los representantes de los Profesores ante el Consejo Universitario deberán tener rango no inferior al de agregado y serán elegidos mediante voto secreto de los profesores titulares, asociados, agregados y asistentes de la respectiva Universidad.

Parágrafo Tercero: Los representantes de los estudiantes ante el respectivo Consejo Universitario serán elegidos por los alumnos regulares de la respectiva Universidad, entre los alumnos regulares del último bienio de la carrera.

Artículo 26.- Son atribuciones del Consejo Universitario:

- 1.- Coordinar las labores de enseñanza y las de investigación y las demás actividades académicas de la Universidad;
- 2.- Estimular y mantener las relaciones universitarias nacionales e internacionales;
- 3.- Crear, modificar y suprimir Facultades, Escuelas, Institutos y demás dependencias universitarias de conformidad con el numeral 4 del artículo 20 de esta Ley. Cuando la decisión se refiera a

Institutos o Centros de Investigación, se requerirá, además el dictamen favorable del Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico;

4.- Discutir el Presupuesto de Rentas y Gastos de la Universidad y decretarlo, previo el dictamen favorable del Consejo Nacional de Universidades. El presupuesto así aprobado entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en la Gaceta Oficial;

5.- Acordar, previa aprobación del Consejo Nacional de Universidades, el traspaso de fondos de una a otra partida del Presupuesto de Rentas y Gastos de la Universidad;

6.- Conocer y resolver de las solicitudes sobre reválida de títulos, equivalencia de estudios y traslados;

7.- Fijar el arancel para determinados cursos especiales y de post-grado;

8.- Acordar la suspensión parcial o total de las actividades universitarias y decidir acerca de la duración de dichas medidas;

9.- Fijar el número de alumnos para el primer año y determinar los procedimientos de selección de aspirantes, según las pautas establecidas por el Consejo Nacional de Universidades en el numeral 6 del artículo 20 de esta Ley;

10.- Asumir provisionalmente el gobierno de las Facultades cuando las condiciones existentes pongan en peligro el normal desenvolvimiento de las actividades académicas, y convocar en un lapso no mayor de sesenta (60) días a la Asamblea de la respectiva Facultad;

11.- Conocer y resolver de los procesos disciplinarios de remoción de las autoridades universitarias no integrantes del consejo Universitario, cuando hayan incurrido en grave incumplimiento de los derechos que les impone esta Ley;

12.- Autorizar los contratos de profesores, investigadores y conferencistas, previo informe del Consejo de la Facultad respectiva o del Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, según el caso;

13.- Designar a las personas que deban actuar como representantes de la Universidad ante otros organismos o instituciones;

14.- Conceder los títulos de Doctor Honoris Causa, de Profesor Honorario y cualquier otra distinción honorífica. La iniciativa al respecto puede ser tomada por el Consejo Universitario o por la Asamblea de la Facultad correspondiente; pero, en todo caso, se requerirá la aprobación de ambos organismos;

15.- Designar las personas que suplan las faltas temporales del Secretario de la Universidad y las de los Decanos;

16.- Organizar un servicio de orientación vocacional;

17.- Reglamentar las elecciones universitarias de conformidad con esta ley y Reglamento, y nombrar la Comisión que organizará dicho proceso;

18.- Dictar, conforme a las pautas señaladas por el Consejo Nacional de Universidades, el régimen de seguros, escalafón, jubilaciones, pensiones, despidos, así como todo lo relacionado con la asistencia y previsión social de los miembros del personal universitario;

19.- Autorizar la adquisición, enajenación y gravamen de bienes, la celebración de contratos y la aceptación de herencias, legados o donaciones, previa consulta con el Consejo de Fomento;

20.- Resolver los asuntos que no estén expresamente atribuidos por la presente Ley a otros organismos o funcionarios;

21.- Dictar los Reglamentos Internos que le correspondan conforme a esta Ley.

Artículo 27.- El Consejo Universitario celebrará sesiones ordinarias una vez por semana y extraordinarias cada vez que sea convocado por el Rector o cuando lo soliciten por escrito no menos de la tercera parte de sus miembros.

El procedimiento de las sesiones del Consejo Universitario será establecido en el respectivo Reglamento Interno.

SECCIÓN SEGUNDA

Del Rector, de los Vice-Rectores y del Secretario

Artículo 28.- El Rector, los Vice-Rectores y el Secretario de las Universidades, deben ser venezolanos, de elevadas condiciones morales, poseer título de Doctor, tener suficientes credenciales científicas y profesionales y haber ejercido con idoneidad funciones docentes o de investigación en alguna universidad venezolana durante cinco años por lo menos.

Parágrafo Único: El respectivo Consejo Universitario determinará en el Reglamento que al efecto dicte, las condiciones que han de exigirse para ocupar los cargos de Rector, Vice-Rector o Secretario a los profesores que no hayan obtenido el título de Doctor en razón de que el mismo no sea conferido en la especialidad correspondiente por esa Universidad.

Artículo 29.- Cuando la complejidad de funciones y las necesidades de la Institución lo justifiquen, el Consejo Nacional de Universidades podrá autorizar, a propuesta del respectivo Consejo Universitario, la creación de otros Vice-Rectorados en una Universidad. Al mismo tiempo se someterá a la consideración del Consejo Nacional de Universidades el proyecto de normas de funcionamiento del cargo y las atribuciones correspondientes a su titular, quien será designado por

el respectivo Consejo Universitario, a propuesta del Rector, y asistirá a las sesiones de ese organismo con derecho a voz.

Artículo 30.- La elección del Rector, del Vice-Rector Académico, del Vice-Rector Administrativo y del Secretario se realizará dentro de los tres meses anteriores al vencimiento del período de cuatro años correspondiente a dichas autoridades, por el Claustro Universitario integrado así:

- 1.- Por los Profesores asistentes, agregados, asociados, titulares y jubilados;
- 2.- Por los representantes de los alumnos de cada Escuela, elegidos respectivamente en forma directa y secreta por los alumnos regulares de ellas. El número de estos representantes será igual al 25% de los miembros del personal docente y de investigación que integran el Claustro. La representación estudiantil de cada Escuela será proporcional al número de alumnos regulares que en ella cursen, en relación con el total de alumnos regulares de la Universidad;
- 3.- Por los representantes de los egresados a razón de cinco por cada Facultad, elegidos en la forma prevista en el Artículo 54.

Parágrafo Único: A los efectos del quórum de integración no se tomará en cuenta el número de profesores jubilados, ni de aquellos que se encuentren en disfrute de permiso o de año sabático.

Artículo 31.- El voto para la elección del Rector, Vice-Rectores y Secretarios será obligatorio, y se requerirá, para su validez, que hayan votado no menos de las dos terceras partes de los integrantes del Claustro. La elección se hará por votación directa y secreta, y se proclamará electos a quienes hayan obtenido no menos de las dos terceras partes de los votos válidos depositados. Si no se lograra esa mayoría, se procederá a una segunda votación, también por el Claustro Universitario, entre los candidatos que hayan obtenido los dos primeros lugares en los resultados electorales. La segunda votación se hará también por voto directo y secreto, y la elección se decidirá por mayoría absoluta.

Artículo 32.- Si no hubieren votado las dos terceras partes del Claustro, y en cualquier otro caso en que no fuese válida la elección, se reunirá, dentro de los quince días siguientes, una asamblea integrada por los miembros de los Consejos de las diversas Facultades para elegir Rector, Vice-Rectores y Secretario interinos, hasta tanto se realice la elección definitiva de esas autoridades o hasta un plazo máximo de seis meses, al final del cual la Comisión Electoral procederá a hacer una nueva convocatoria.

La elección de las autoridades se decidirá por el voto directo y secreto de la mayoría absoluta de la totalidad de los miembros de los Consejos de Facultad. Para que la elección sea válida se requiere que hayan votado por lo menos, las tres cuartas partes de los miembros de esa asamblea. En caso de que resultare fallida la elección, se reunirá el Consejo Nacional de Universidades, en un plazo no mayor de quince días, para hacer la designación correspondiente para el período inmediato. La elección de autoridades interinas o la designación por el Consejo Nacional de Universidades, no podrá recaer en ninguna de las personas que estuviesen ejerciendo los cargos de Rector, Vice-

Rector o Secretario en la oportunidad de las elecciones no perfeccionadas en virtud de lo establecido en este artículo, ni los que hubiesen sido postulados para las mismas.

Artículo 33.- Los miembros del personal docente y de investigación que sin justificación se hubiesen abstenido de concurrir a la elección de las autoridades universitarias, serán suspendidos por el respectivo Consejo de Facultad, por el término de tres meses contados a partir de la fecha de votación. Esta suspensión será motivo de pérdida por el mismo lapso, de todos los derechos inherentes a la condición de miembro del personal docente o de investigación.

Los afectados podrán justificar su inasistencia en un lapso de cinco días hábiles a partir de la fecha en que se realizó la votación. La reincidencia será motivo de remoción del profesor incurso en dicha falta, previa instrucción del expediente respectivo. A los fines previstos en el Artículo 11 de esta Ley, esta pena no podrá exceder de cinco años.

Los representantes estudiantiles que incurrieren en la falta a que se contrae el presente artículo, serán sancionados con la suspensión temporal del derecho de voto para la elección siguiente, y, en caso de reincidencia, con la supresión de los derechos derivados de su condición de alumno regular, por el término de un año.

Los representantes de los egresados que incurrieren en la falta a que se contrae el presente artículo, serán sancionados con la suspensión por tres meses de su representación, lo cual se participará al Colegio profesional correspondiente.

Los representantes estudiantiles y los de los egresados que no hayan cumplido con este deber, podrán justificar su inasistencia en la forma prevista para los miembros del personal docente y de investigación.

Artículo 34.- A los fines de la imposición de las sanciones previstas en el artículo anterior, se instruirá el correspondiente expediente, previa notificación del interesado, a fin de que alegue por escrito lo que estime conducente dentro del término de cinco días hábiles contados a partir de la fecha de su notificación. Si adujere algún motivo de justificación quedará abierto un lapso de diez días hábiles, contados a partir del vencimiento del término anterior, a fin de que, con las pruebas pertinentes, se acredite la veracidad de los hechos alegados.

Artículo 35.- Las autoridades universitarias que hubiesen ejercido funciones durante más de la mitad de sus respectivos períodos, no podrán ser reelectos para los mismos cargos en el período inmediato en la misma Universidad.

Artículo 36.- Son atribuciones del Rector:

- 1.- Cumplir y hacer cumplir en la respectiva Universidad las disposiciones emanadas del Consejo Nacional de Universidades;
- 2.- Presidir el Consejo Universitario y ejecutar sus acuerdos;

3.- Dirigir, coordinar y vigilar, en nombre del Consejo Universitario, el normal desarrollo de las actividades universitarias;

4.- Expedir el nombramiento y ejecutar la remoción de los Decanos, Directores de Escuelas, Institutos y demás establecimientos universitarios; así como el nombramiento, el ascenso o la remoción de los miembros del personal docente, de investigación y administrativo, de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley y de los Reglamentos;

5.- Proponer al Consejo Universitario la creación, modificación o supresión de Facultades, Escuelas, Institutos y demás organismos de carácter académico o docente;

6.- Conferir los títulos y grados y expedir los certificados de competencia que otorga la Universidad, previo el cumplimiento de los requisitos legales;

7.- Presentar al Consejo Universitario el Proyecto de Presupuesto Anual de la Universidad, elaborado de conformidad con lo dispuesto en el numeral 20 de esta Ley;

8.- Autorizar la recaudación de los ingresos y de los pagos que deba hacer la Universidad, previo cumplimiento de los requisitos que señalen la presente Ley y los Reglamentos.

El Rector de la Universidad podrá, previa autorización del Consejo Universitario, delegar total o parcialmente la facultad a que se refiere esta atribución en el funcionario que él mismo señale. Ningún pago podrá ser ordenado sin la existencia de fondos en la partida presupuestaria correspondiente.

9.- Informar semestralmente al Consejo Universitario y anualmente al Consejo Nacional de Universidades acerca de la marcha de la Universidad;

10.- Presentar anualmente al Ministerio de Educación, previa aprobación del Consejo Universitario, la Memoria y Cuenta de la Universidad. El Ministro presentará las Memorias y Cuentas de las Universidades Nacionales al Congreso Nacional en la oportunidad en que presente la del Despacho de Educación;

11.- Someter a la consideración del Consejo Universitario los procesos de remoción de los Decanos y de los miembros del personal docente y de investigación, de acuerdo con las formalidades señaladas en la presente Ley;

12.- Adoptar, de acuerdo con el Consejo Universitario, las providencias convenientes para la conservación del orden y la disciplina dentro de la Universidad. En casos de emergencia podrá tomar las medidas que juzgue convenientes, y las someterá posteriormente a la consideración del Consejo Universitario;

13.- Las demás que le señalen la presente Ley, las leyes y reglamentos.

Artículo 37.- El Rector es el representante legal de la Universidad y el órgano de comunicación de ésta con todas las autoridades de la República y con las Instituciones nacionales o extranjeras.

Artículo 38.- Son atribuciones del Vice-Rector Académico:

- 1.- Suplir las faltas temporales del Rector;
- 2.- Supervisar y coordinar, de acuerdo con el Rector, las actividades docentes, de investigación y de extensión;
- 3.- Presidir el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico y velar por el cumplimiento de sus resoluciones;
- 4.- Dirigir y coordinar, de acuerdo con el Rector, los servicios estudiantiles;
- 5.- Cumplir con todas las funciones que le sean asignadas por el Rector o por el Consejo Universitario;
- 6.- Las demás que le señalen la Ley y los Reglamentos;

Artículo 39.- Son atribuciones del Vice-Rector Administrativo:

- 1.- Suplir las faltas temporales del Vice-Rector Académico;
- 2.- Dirigir y coordinar de acuerdo con el Rector, las actividades administrativas de la Universidad;
- 3.- Presidir el Consejo de Fomento y velar por el cumplimiento de sus resoluciones;
- 4.- Cumplir las funciones que les sean asignadas por el Rector o por el Consejo Universitario;
- 5.- Las demás que le señalen la ley y los Reglamentos.

Artículo 40.- Son atribuciones del Secretario:

- 1.- Suplir las faltas temporales del Vice-Rector Administrativo;
- 2.- Ejercer la Secretaría del Consejo Universitario y dar a conocer sus resoluciones;
- 3.- Refrendar la firma del Rector en los títulos, diplomas, decretos y resoluciones, expedidos por la Universidad;
- 4.- Expedir y certificar los documentos emanados de la Universidad;

- 5.- Ejercer la custodia del Archivo General de la Universidad;
- 6.- Publicar la Gaceta Universitaria, órgano trimestral que informará a la comunidad universitaria las resoluciones de los organismos directivos de la Institución;
- 7.- Cumplir las funciones que le sean asignadas por el Rector, o por el Consejo Universitario; y,
- 8.- Las demás que le señalen la Ley y los Reglamentos.

Artículo 41.- En caso de falta absoluta del Rector, de los Vice-Rectores o del Secretario, se procederá a la elección de quien deba sustituirlo por el resto del período.

Artículo 42.- Las faltas temporales del Rector, de los Vice-Rectores o del Secretario, no podrán ser mayores de noventa días, salvo casos extraordinarios, que resolverá el Consejo Universitario.

SECCFIÓN TERCERA

Del Consejo de Apelaciones

Artículo 43.- El Consejo de Apelaciones es el organismo superior de cada Universidad en materia disciplinaria. Estará integrado por tres profesores calificados, con categorías no inferior a la de Asociado, quienes durarán tres años en el ejercicio de sus funciones.

Artículo 44.- A los fines de la designación de los integrantes del Consejo de Apelaciones, cada Asamblea de Facultad escogerá de su seno, en la oportunidad correspondiente, un candidato, en la misma forma en que se elige el Decano. De la lista que así se forme, el Consejo Nacional de Universidades designará a los tres miembros principales del Consejo y determinará el orden de suplencia de los otros candidatos.

Parágrafo Único: En las Universidades que funcionen con menos de seis Facultades, las Asambleas elegirán dos candidatos cada una.

Artículo 45.- Los miembros principales elegirán de su seno al Presidente del Consejo. Elegirán también, de fuera de su seno, al Secretario, quien deberá ser Abogado y Profesor universitario.

Artículo 46.- Son atribuciones del Consejo de Apelaciones:

- 1.- Conocer y decidir, en última instancia administrativa, los recursos interpuestos contra las decisiones de los Consejos de Facultad en materia de sanciones a los Profesores. En estos casos será de la exclusiva competencia del respectivo Consejo de Facultad la instrucción del correspondiente expediente y la decisión en primera instancia;

- 2.- Conocer y decidir en última instancia administrativa sobre las medidas disciplinarias impuestas a los alumnos por el Rector, los Vice-Rectores, el Secretario, los Decanos, los Directores o los Profesores, dentro de sus respectivas áreas de competencia;
- 3.- Servir de Tribunal de Honor en todos los asuntos que le sean sometidos por vía de arbitraje;
- 4.- Designar, cuando lo estime conveniente, comisiones instructoras a nivel de Facultades;
- 5.- Dictar su reglamento Interno;
- 6.- Las demás que le señalen la Ley y los Reglamentos.

SECCIÓN IV

De las Facultades

Artículo 47.- La Universidad realiza sus funciones docentes y de investigación a través del conjunto de sus Facultades. Por su especial naturaleza a cada Facultad corresponde enseñar e investigar una rama particular de la Ciencia o de la Cultura, pero todas se integran en la unidad de la universidad y deben cumplir los supremos fines de ésta. El Reglamento de cada Universidad, previa aprobación del Consejo Nacional de Universidades, determinará las Facultades que funcionarán en ella.

Artículo 48.- Las Facultades están formadas por Escuelas, Institutos y demás dependencias de carácter académico y administrativo que señalen la presente Ley y los respectivos reglamentos.

Artículo 49.- Las Facultades estarán integradas por el Decano, los Directores de las Escuelas e Institutos, los miembros del Personal Docente y de Investigación, los miembros honorarios, los estudiantes y los representantes de los egresados, en la forma establecida por la presente Ley y los Reglamentos.

Artículo 50.- El gobierno de las Facultades será ejercido por la Asamblea de la Facultad, por el Consejo de la Facultad y por el Decano, según las disposiciones de la presente Ley.

Artículo 51.- La enseñanza de cada Facultad se regirá por un plan de estudio previamente aprobado por el Consejo Universitario, de acuerdo con lo establecido por el numeral 5 del Artículo 62 de la presente Ley.

SECCIÓN V

De las Asambleas de las Facultades

Artículo 52.- La Asamblea es la autoridad máxima de cada Facultad y estará integrada por los Profesores Honorarios, Titulares, Asociados, Agregados y Asistentes; por los representantes estudiantiles y por los representantes de los egresados de la respectiva Facultad.

A los efectos del quórum de integración no se tomará en cuenta el número de profesores honorarios o con permiso o en disfrute de año sabático.

Artículo 53.- La representación de los estudiantes será igual a un veinticinco por ciento de los miembros del personal docente y de investigación que integran la Asamblea y será elegida mediante votación directa y secreta por los alumnos regulares de la Facultad correspondiente entre los estudiantes regulares de la misma.

Artículo 54.- La representación de los egresados será de cinco miembros, designados por el Colegio correspondiente o, a falta de éste, por la respectiva Asociación profesional.

Artículo 55.- Son atribuciones de la Asamblea de la Facultad:

- 1.- Elegir el Decano;
- 2.- Conocer el informe anual del Decano;
- 3.- Proponer o aprobar, según el caso, la designación de los Profesores Honorarios, así como los candidatos para el Doctorado Honoris-Causa de la respectiva Facultad, conforme a la presente Ley y los Reglamentos;
- 4.- Proponer al Consejo Universitario, por órgano del Decano, las reformas e iniciativas que juzgue convenientes para el mejor funcionamiento de la Facultad.

Artículo 56.- La Asamblea de la Facultad celebrará reuniones ordinarias por lo menos una vez por semestre. El Decano convocará la Asamblea a reuniones extraordinarias cuando lo juzgue conveniente, o cuando así lo exijan por escrito el 20% de sus Miembros.

Artículo 57.- El régimen de las Asambleas será establecido por el Reglamento.

SECCIÓN VI

De los Consejos de las Facultades

Artículo 58.- El Consejo de la Facultad está integrado por el Decano, quien lo presidirá, siete representantes de los Profesores, un representante de los egresados elegido por el Colegio o Asociación Profesional correspondiente y dos representantes de los estudiantes elegidos por los alumnos regulares de la Facultad entre los alumnos regulares del último bienio de la carrera.

Artículo 59.- Los Directores de las Escuelas y de los Institutos asistirán a las sesiones del Consejo de la Facultad y sólo tendrán derecho a voz.

Artículo 60.- Los representantes de los Profesores al Consejo de la Facultad serán elegidos mediante voto directo y secreto de los Profesores Honorarios, Titulares, Asociados, Agregados y Asistentes de la respectiva Facultad.

Parágrafo Único: A los efectos del quórum de integración no se tomará en cuenta el número de profesores honorarios, ni de aquellos que se encuentren en disfrute de permiso o de año sabático.

Artículo 61.- Los representantes de los Profesores, el representante de los egresados, y sus respectivos suplentes, durarán dos años en el ejercicio de sus funciones y podrán ser reelegidos. Los representantes estudiantiles durarán un año en sus funciones.

Artículo 62.- Son atribuciones del Consejo de Facultad:

- 1.- Velar por el funcionamiento normal de la Facultad y por el cumplimiento cabal de todos sus fines;
- 2.- Coordinar las labores de enseñanza, de investigación, y las otras actividades académicas de la Facultad, de acuerdo con lo dispuesto por el Consejo Universitario. En lo referente a la investigación se tendrán en cuenta las pautas señaladas por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico;
- 3.- Considerar el Proyecto de Presupuesto Anual de la Facultad, elaborado por el Decano con base en las proposiciones presentadas por las Escuelas e Institutos respectivos y con las líneas fijadas por los organismos competentes.
- 4.- Proponer al Consejo Universitario la contratación de profesores y las condiciones del respectivo contrato, con base en las solicitudes de las Escuelas e Institutos correspondientes;
- 5.- Considerar los planes de enseñanza elaborados por las Escuelas respectivas, y elevarlos, para su aprobación final, al Consejo Universitario;
- 6.- Aprobar los programas de estudio elaborados por las Escuelas;
- 7.- Evacuar las consultas de carácter docente que le sean sometidas por el Consejo Universitario, el Rector o el Decano;
- 8.- Proponer al Consejo Universitario el nombramiento o remoción de los Directores de Institutos, y de los Jefes de Departamentos y de Cátedras.
- 9.- Aprobar las solicitudes del Decano, de los Directores de Escuelas e Institutos referentes al nombramiento y clasificación, así como los casos de ascensos, permiso, jubilación o pensiones, del personal docente, investigación y administrativo de la respectiva Facultad;

10.- Instruir los expedientes relativos a las sanciones del personal docente y de investigación, y decidir primerainstancia;

11.- Elaborar los proyectos de Reglamento de la Facultad y presentarlos para su consideración al Consejo Universitario;

12.- Informar y emitir opinión acerca de los expedientes sobre reválida de títulos, equivalencia de estudios y traslados que le proponga para su consulta el Consejo Universitario;

13.- Los demás que le señalen la Ley, los Reglamentos y los Acuerdos del Consejo Universitario.

Artículo 63.- El Consejo de la Facultad se reunirá ordinariamente una vez por semana y extraordinariamente cuando lo convoque el Decano, a iniciativa propia, o a petición de 3 ó más de sus miembros.

SECCIÓN VII De los Decanos

Artículo 64.- Los Decanos de las Facultades deben ser ciudadanos venezolanos, reunir elevadas condiciones morales, poseer título de Doctor otorgado por una Universidad del país, tener suficientes credenciales científicas o profesionales y haber ejercido con idoneidad, por lo menos durante cinco años, funciones universitarias, docentes o de investigación.

Parágrafo Único: El respectivo Consejo Universitario determinará en el Reglamento que al efecto dicte, las condiciones que han de exigirse para ocupar el cargo de Decano, a los profesores que no hayan obtenido el título de doctor en razón de que el mismo no sea conferido en la especialidad correspondiente por esa Universidad.

Artículo 65.- Los Decanos serán elegidos por la Asamblea de la respectiva Facultad y durarán tres años en sus funciones. La elección será por voto directo y secreto y se considerará elegido Decano quien obtenga la mayoría absoluta de votos. Para que la elección sea válida se requiere que hayan votado, por lo menos, las dos terceras partes de todos los Miembros calificados para integrar la Asamblea de la Facultad. Los otros aspectos del régimen de la elección serán fijados por el Reglamento.

Artículo 66.- En caso de falta absoluta del Decano se procederá a una nueva elección para el resto del período.

Artículo 67.- Son atribuciones del Decano:

1.- Coordinar y vigilar, de acuerdo con el Consejo de Facultad, las labores de enseñanza, de investigación y las otras actividades académicas de la respectiva Facultad;

- 2.- Presidir la Asamblea y el Consejo de la Facultad;
- 3.- Representar la Facultad en el Consejo Universitario;
- 4.- Convocar a la Asamblea y al Consejo de la Facultad en las ocasiones previstas en la presente Ley;
- 5.- Mantener el orden y la disciplina en la Facultad tomando las medidas pertinentes, previa consulta al Consejo de la Facultad, y de acuerdo a la presente Ley y su Reglamento. En casos de emergencia podrá adoptar las medidas que juzgue convenientes, sometiéndolas posteriormente a la consideración del Consejo de la Facultad;
- 6.- Preparar el Proyecto de Presupuesto Anual de la Facultad y presentarlo al Consejo de la misma. Una vez aprobado por éste, presentarlo al Rector, quien lo utilizará en la preparación del proyecto de Presupuesto de Rentas y Gastos de la Universidad que deberá someter a la consideración del Consejo Universitario.
- 7.- Someter a la consideración del Consejo Universitario los acuerdos y medidas adoptadas por el Consejo o la Asamblea de la Facultad;
- 8.- Proponer al Rector el nombramiento o remoción de los empleados administrativos de la Facultad;
- 9.- Proponer al Consejo Universitario el nombramiento o remoción de los Directores de las Escuelas previo acuerdo del Consejo de la Facultad;
- 10.- Nombrar los Profesores Consejeros de la Facultad;
- 11.- Dar cuenta quincenalmente al Rector de los asuntos de la Facultad;
- 12.- Someter a la consideración de la Asamblea de la Facultad un informe anual del estado y funcionamiento de la misma;
- 13.- Completar las listas de Jurados Examinadores cuando por impedimentos legales, se hubiere agotado la nómina designada por el Consejo de la Facultad;
- 14.- Las demás que señalen la presente Ley y los Reglamentos.

SECCIÓN VIII

De las Escuelas

Artículo 68.- Las labores docentes de cada Facultad serán realizadas a través de las Escuelas que la integren. Por su especial naturaleza a cada Escuela corresponde enseñar e investigar un grupo de Disciplinas fundamentales y afines dentro de una rama de Ciencia o de la Cultura.

Artículo 69.- El gobierno de las Escuelas será ejercido por el Director y el Consejo de la Escuela.

Las Escuelas estarán constituidas por Departamentos y Cátedras. La Cátedra es la unidad académica primordial integrada por uno o más profesores que tienen a su cargo la enseñanza o la investigación de una determinada asignatura. El Departamento es el conjunto de Cátedras que se integran en la unidad de una disciplina. Cada Departamento coordinará el funcionamiento de las diversas Cátedras que lo integren y podrá prestar sus servicios a otras Facultades.

Artículo 70.- El Consejo de la Escuela es un organismo de dirección académica. Estará constituido por el Director de la Escuela, quien lo presidirá, los Jefes de Departamento, cinco representantes de los profesores, un representante de los egresados y dos representantes de los estudiantes, elegidos por los alumnos regulares de la Escuela entre los alumnos regulares del último bienio de la carrera.

Parágrafo Primero: Los representantes de los profesores serán elegidos mediante voto directo y secreto de los profesores titulares, asociados, agregados y asistentes de la respectiva escuela, y durarán dos años en el ejercicio de sus funciones.

Para la validez de la elección será necesaria la concurrencia de la mitad más uno de los votantes; sin embargo, a los efectos del quórum no se tomará en cuenta el número de profesores en disfrute de permiso de año sabático.

Parágrafo Segundo: Los representantes de los egresados serán de la libre elección y remoción del Colegio o Asociación profesional correspondiente.

Parágrafo Tercero: Los representantes de los estudiantes durarán un año en el ejercicio de sus funciones.

Artículo 71.- Son atribuciones del consejo de Escuela:

- 1.- Coordinar las labores y el funcionamiento de las cátedras y departamentos de la Escuela.
- 2.- Elaborar los planes y programas de estudio y someterlos a la aprobación del Consejo de la Facultad;
- 3.- Proponer la incorporación y la promoción del personal docente;
- 4.- Evacuar las consultas que en materia académica le formule el Consejo de la Facultad;
- 5.- Nombrar los jurados examinadores.

Parágrafo Único: Cuando en una Facultad funcione una sola Escuela no existirá Consejo de Escuela y sus atribuciones corresponderán al Consejo de la Facultad.

Artículo 72.- Los Directores de las Escuelas deben tener título universitario y pertenecer al personal docente o de investigación.

Parágrafo Único: Los Directores de las Escuelas no podrán ser representantes de los Profesores en el Consejo de la respectiva Facultad.

Artículo 73.- Son atribuciones de los Directores de las Escuelas:

- 1.- Vigilar la enseñanza, la investigación y las demás actividades académicas;
- 2.- Ejecutar las decisiones del consejo de Escuela o, en su caso, del Consejo de la Facultad, en materia de coordinación de la labor y funcionamiento de los Departamentos y Cátedras de la Escuela;
- 3.- Ejercer la inspección y dirección de los servicios y del personal administrativo;
- 4.- Fijar, de acuerdo con el Decano, los horarios de clases y de exámenes;
- 5.- Cobrar y distribuir, de acuerdo con el Decano, las cantidades asignadas a la Escuela en el presupuesto, comprobar las inversiones y supervisar la contabilidad;
- 6.- Informar mensualmente al consejo de la Facultad sobre la marcha económica y administrativa de las Escuelas a su cargo;
- 7.- Levantar y mantener al día el inventario de los bienes de la respectiva Escuela;
- 8.- Las demás que le señalen los reglamentos de la Universidad y los Acuerdos del Consejo Universitario o del Consejo de la Facultad.

Artículo 74.- En las Universidades sólo podrán funcionar Escuelas integradas dentro de una determinada Facultad.

Artículo 75.- Cada Departamento o Cátedra será dirigido por una persona, que recibirá la designación de Jefe de Departamento o Jefe de Cátedra respectivamente. Las atribuciones de cada uno de ellos, así como las condiciones exigidas para el desempeño del cargo, serán fijadas en el Reglamento.

Artículo 76.- El funcionamiento de los Departamentos y Cátedras será reglamentado por el Consejo de la Facultad, y debe ser aprobado por el Consejo Universitario.

SECCIÓN IX

De los Institutos y sus Directores

Artículo 77.- Los Institutos son centros destinados fundamentalmente a la investigación y a colaborar en el perfeccionamiento de la enseñanza. Los Institutos estarán adscritos a las Facultades y tendrán, en la investigación, el mismo rango que las Escuelas en la escala docente.

Artículo 78.- Las labores de investigación de los Institutos serán coordinadas por el Consejo de la Facultad de acuerdo con el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico.

Artículo 79.- Cada Instituto tendrá un Director y un Consejo Técnico. El Consejo Técnico estará integrado por el Director, quien lo presidirá, y por los Miembros que fije su Reglamento. El respectivo Reglamento determinará así mismo la forma como serán designados los miembros del Consejo Técnico de los Institutos.

Artículo 80.- El Director y los Miembros del Consejo Técnico de los Institutos durarán en sus funciones tres años y podrán ser reelegidos.

Artículo 81.- Son atribuciones del Director del Instituto:

- 1.- Dirigir y coordinar los trabajos de investigación del Instituto;
- 2.- Representar al Instituto ante el Consejo de la Facultad;
- 3.- Informar periódicamente al Decano del funcionamiento del Instituto y de la marcha de sus trabajos;
- 4.- Las demás que le señalen los Reglamentos.

Artículo 82.- Corresponde al Consejo Técnico del Instituto:

- 1.- Elaborar en coordinación con el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, los programas de trabajo del Instituto;
- 2.- Estudiar y considerar los proyectos de investigación que se propongan al Instituto;
- 3.- Evaluar los resultados de los trabajos de investigación que se realicen en el Instituto;
- 4.- Someter a la consideración del Consejo de la Facultad las reformas e iniciativas que juzgue convenientes para el mejor funcionamiento del Instituto;
- 5.- Las demás que le señalen los Reglamentos.

SECCIÓN X

Del Personal Docente y de Investigación

Artículo 83.- La enseñanza y la investigación, así como la orientación moral y cívica que la Universidad debe impartir a sus estudiantes, están encomendadas a los miembros del personal docente y de investigación.

Artículo 84.- Los miembros del personal docente y de investigación serán nombrados por el Rector a propuesta del Consejo de la Facultad correspondiente, con la aprobación del Consejo Universitario.

Artículo 85.- Para ser miembro del personal docente y de investigación se requiere:

a) Poseer condiciones morales y cívicas que lo hagan apto para tal función; b) Haberse distinguido en sus estudios universitarios o en su especialidad o ser autor de trabajos valiosos en la materia que aspire a enseñar; y c) Llenar los demás requisitos establecidos en la presente Ley y los reglamentos.

Artículo 86.- Los miembros del personal docente y de investigación se clasificarán en las siguientes categorías: miembros Ordinarios, Especiales, Honorarios y Jubilados.

Parágrafo Único: El Consejo Universitario podrá, en los casos que estime conveniente, establecer concursos para la provisión de cargos. El régimen de los concursos será fijado en el Reglamento respectivo.

Artículo 87.- Son miembros Ordinarios del personal docente y de investigación:

- a) Los Instructores;
- b) Los Profesores Asistentes;
- c) Los Profesores Agregados;
- d) Los Profesores Asociados; y
- e) Los Profesores Titulares.

Artículo 88.- Son miembros Especiales del personal docente y de investigación:

- a) Los Auxiliares docentes y de investigación;
- b) Los Investigadores y Docentes libres, y
- c) Los Profesores contratados.

Artículo 89.- Los miembros Ordinarios del personal docente y de investigación se ubicarán y ascenderán en el escalafón de acuerdo con sus credenciales o méritos científicos y sus años de servicio. Para ascender de una categoría a otra en el escalafón será necesario, además, presentar a la consideración de un jurado nombrado al efecto un trabajo original como credencial de mérito. El régimen de ubicación, ascenso y jubilación del personal docente y de investigación será establecido en el correspondiente Reglamento.

Artículo 90.- Todo miembro del personal docente y de investigación tiene el derecho de solicitar ante el Consejo Universitario que se reconsidere su clasificación en el escalafón correspondiente.

Artículo 91.- Toda persona que se inicie en la docencia o en la investigación lo hará como Instructor a menos que por sus méritos profesionales, docentes o científicos, pueda ser ubicado en una jerarquía superior por el Consejo de la respectiva Facultad, conforme con el Reglamento respectivo. En este caso se informará al personal de jerarquía inferior, el cual podrá exigir que la posición se provea por concurso.

Artículo 92.- Para ser Instructor se requiere título universitario. Los Instructores podrán ser removidos a solicitud razonada del Profesor de la cátedra.

Artículo 93.- Cuando una persona ingrese al personal docente y de investigación con una jerarquía superior a la de Instructor, sus funciones durarán un año. Cumplido este lapso podrá ser confirmada en su cargo por el tiempo establecido para su correspondiente categoría.

Artículo 94.- Los Profesores Asistentes deben poseer título universitario, capacitación pedagógica y haber ejercido como Instructores al menos durante os años, salvo lo previsto en el artículo anterior. Los Profesores Asistentes durarán cuatro años en el ejercicio de sus funciones. Concluido este lapso pasarán a la categoría de Profesores Agregados de acuerdo con lo establecido en el respectivo Reglamento.

Artículo 95.- Los Profesores Agregados deben poseer título universitario y durarán cuatro años en sus funciones. Concluido este lapso pasarán a la categoría de Profesores Asociados, previo el cumplimiento de los requisitos señalados en la presente Ley y el Reglamento respectivo.

Artículo 96.- Los Profesores Asociados deben poseer el título de Doctor y durarán, por lo menos, cinco años en el ejercicio de sus funciones.

Artículo 97.- Para ser Profesor Titular se requiere haber sido Profesor Asociado, por lo menos durante cinco años. Los profesores Titulares durarán en el ejercicio de sus funciones hasta que sean jubilados.

Artículo 98.- Podrán ser miembros Especiales del personal docente y de investigación quienes no posean títulos universitarios, cuando lo permita la naturaleza de la asignatura o de los trabajos a realizar, a juicio del Consejo de la Facultad y con la aprobación del Consejo Universitario. Tales miembros se denominarán Auxiliares Docentes o de investigación.

Artículo 99.- Se denominarán investigadores y Docentes libres aquellas personas que, por el valor de sus trabajos o investigadores, o por el mérito de su labor profesional, sean encargadas temporalmente por la Universidad para realizar funciones docentes o de investigación.

El desempeño de estos cargos será credencial de mérito para el ingreso al escalafón del profesorado ordinario.

Artículo 100.- La Universidad podrá contratar Profesores o Investigadores para determinadas cátedras o trabajos. Las condiciones que deben llenar los Profesores contratados, así como los requisitos del respectivo contrato, los fijará el Reglamento.

Artículo 101.- Son Profesores Honorarios aquellas personas que, por los excepcionales méritos de sus labores científicas, culturales o profesionales, sean consideradas merecedoras de tal distinción por el Consejo Universitario, a propuesta de la respectiva Facultad. Los Profesores Honorarios no tendrán obligaciones docentes ni de investigación.

Artículo 102.- Los miembros del personal docente y de investigación que hayan cumplido veinte años de servicio y tengan 60 o más años de edad, o aquellos de cualquier edad que hayan cumplido 25 años de servicios, tendrán derecho a jubilación. Si después del décimo año de servicio llegaren a inhabilitarse en forma permanente, tendrán derecho a una pensión de tantos veinticinco avos de sueldo como años de servicio tengan. El Reglamento Especial de Jubilaciones y Pensiones establecerá las condiciones y límites necesarios para la ejecución de esta disposición.

Artículo 103.- El Reglamento del Personal Docente y de Investigación establecerá las obligaciones y remuneraciones de sus miembros de acuerdo con la correspondiente categoría y el tiempo que dediquen al servicio de la Universidad.

Artículo 104.- Según el tiempo que consagren a las actividades docentes o de investigación, el personal se clasificará en:

- a) Profesores de dedicación exclusiva;
- b) Profesores a tiempo completo;
- c) Profesores a medio tiempo; y
- d) Profesores a tiempo convencional.

Artículo 105.- Para realizar sus funciones, los miembros del personal docente y de investigación podrán tener Ayudantes o Preparadores, quienes se seleccionarán entre los estudiantes calificados en la forma que indique el Reglamento. Los ayudantes o Preparadores colaborarán con los Profesores en el desarrollo de las labores docentes y de investigación. Estos cargos servirán de credencial de méritos a los fines del correspondiente ingreso en el escalafón del personal docente o de investigación.

Artículo 106.- los miembros del personal docente y de investigación deben elaborar los programas de sus asignaturas, o los planes de sus trabajos de investigación, y someterlos para su aprobación a las respectivas autoridades universitarias, pero conservan completa independencia en la exposición de la materia que enseñan y en la orientación y realización de sus trabajos.

En el caso de que la enseñanza de una asignatura estuviera encomendada a varios Profesores, el Jefe de cátedra coordinará la unidad de la enseñanza.

Cuando existan cátedras paralelas, los Profesores coordinarán sus actividades con vista de la coherencia y unidad de la labor universitaria.

Artículo 107.- El escalafón del personal docente y de investigación es uniforme para todas las Universidades Nacionales, y no se interrumpe con el traslado de una a otra Universidad.

Artículo 108.- En caso de que un miembro del personal docente o de investigación, previa la autorización correspondiente, se separe de su cargo para efectuar estudios de especialización, cumplir misiones de intercambio con otras instituciones, o realizar cualesquiera otras actividades científicas o académicas que redunden en provecho de su formación o en beneficio de la Universidad, se le computará para los fines del escalafón y de la jubilación el tiempo que emplee en estas actividades.

Artículo 109.- Los miembros del Personal Docente y de Investigación deben concurrir a los actos que celebra la Universidad a los cuales sean convocados con carácter obligatorio.

Artículo 110.- Los Profesores Titulares, Asociados, Agregados y Asistentes, sólo podrán ser removidos de sus cargos docentes o de investigación en los casos siguientes:

- 1.- Cuando individual o colectivamente participen en actividades o manifestaciones que lesionen los principios consagrados por la Organización de las Naciones Unidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos;
- 2.- Cuando participen, o se solidaricen activa o pasivamente con actos o medidas que atenten contra la inviolabilidad del recinto universitario, o contra la integridad de la institución o la dignidad de ella o de cualquiera de sus miembros;
- 3.- Por notoria mala conducta pública o privada;
- 4.- Por manifiesta incapacidad física;
- 5.- Por incapacidad pedagógica o científica comprobada;
- 6.- Por dejar de ejercer sus funciones sin motivo justificado;
- 7.- Por haber dejado de concurrir injustificadamente a más del 15% de las clases que deben dictar en un período lectivo, por incumplimiento en las labores de investigación, o por dejar de asistir injustificadamente a más del 50% de los actos universitarios a que fueran invitados con carácter obligatorio en el mismo período;
- 8.- por reiterado y comprobado incumplimiento en los deberes de su cargo.

Artículo 111.- Según la gravedad de la falta, los miembros del personal docente y de investigación podrán ser sancionados con amonestaciones, suspensión temporal, o destitución de sus cargos.

Los miembros del personal docente y de investigación que incurran en las causales 1, 2, 3, 6, 7 y 8 del artículo anterior, y sean removidos de sus cargos, no podrán ingresar en ninguna Universidad del país, ni desempeñar ningún empleo en ellas, mientras dure la sanción que les sea impuesta.

Artículo 112.- Para que un miembro del personal docente y de investigación pueda ser removido de su cargo por las causales señaladas en el Artículo 110, es necesario instruirle un expediente de acuerdo con los trámites y requisitos fijados por la presente Ley y los Reglamentos.

Artículo 113.- El miembro del personal docente y de investigación que sea destituido de su cargo arbitrariamente, tendrá derecho a su reincorporación con reconocimiento del tiempo que hubiere permanecido retirado, como tiempo de servicio.

Esta reclamación deberá intentarse dentro de los doce meses siguientes, salvo que circunstancias especiales debidamente comprobadas se lo hayan impedido.

Artículo 114.- Las Universidades deben protección a los miembros de su personal docente y de investigación y procurarán, por todos los medios, su bienestar y mejoramiento. A este fin, la Universidad establecerá los sistemas que permitan cubrir los riesgos de enfermedad, muerte o despido; creará centros sociales, vacacionales y recreativos; fundará una caja de previsión social, y abogará porque los miembros del personal docente y de investigación, así como sus familiares, se beneficien en todos aquellos servicios médicos o sociales que se presten a través de sus institutos o dependencias.

Artículo 115.- Para representar a los miembros del personal docente y de investigación ante las autoridades universitarias, las asociaciones de profesores universitarios solicitarán el reconocimiento ante el Consejo Universitario respectivo.

SECCIÓN XI

De los Alumnos

Artículo 116.- Son alumnos de las Universidades las personas que, después de haber cumplido los requisitos de admisión establecidos en la Ley y los Reglamentos, sigan los cursos para obtener los títulos o certificados que confiere la Universidad.

Se entiende por alumno regular de una Universidad al estudiante debidamente inscrito en ella, y que cumpla a cabalidad con todos los deberes inherentes a su condición de alumno, conforme a la Ley, los Reglamentos y los planes regulares de estudio.

No son alumnos regulares:

- 1.- Quienes estén aplazados en más de una asignatura;
- 2.- Quienes hayan sido aplazados en un número de asignaturas tal, que exceda del cincuenta por ciento de la carga docente para la que se habrían inscrito;
- 3.- Quienes se inscriban en un número de asignaturas que represente un porcentaje inferior al cincuenta por ciento de la máxima carga docente permitida para un período lectivo;
- 4.- Quienes hayan aprobado las asignaturas necesarias para obtener el correspondiente título o certificado.

Artículo 117.- Los alumnos regulares tendrán derecho a elegir y a ser elegidos en los procesos electorales que esta Ley establezca para escoger representación estudiantil.

Parágrafo Único: Los alumnos no podrán ser por más de dos años representantes estudiantiles. Tampoco podrán ejercer la representación estudiantil ante los diferentes organismos del sistema universitario los alumnos que hubieren finalizado una carrera universitaria.

Artículo 118.- Para seguir los cursos universitarios y obtener los grados, títulos o certificados de competencia que confiere la Universidad, los alumnos necesitan cumplir los requisitos que, sobre las condiciones de asistencia, exámenes, trabajos prácticos y demás materias, fijan la presente Ley y los Reglamentos.

Artículo 119.- para ingresar como alumno en los cursos universitarios regulares y obtener los grados y títulos que la Universidad confiera se necesita el Título de Bachiller en la especialidad correspondiente.

Parágrafo Primero: Si el aspirante posee el título de bachiller en especialidad distinta a la exigida por el Reglamento de la Facultad correspondiente, deberá aprobar un examen de admisión cuyo contenido, modalidades y demás condiciones serán determinados por el Consejo de la respectiva Facultad.

Parágrafo Segundo: Asimismo, podrán ingresar como alumnos en los cursos universitarios regulares los egresados titulares de planteles de educación superior mediante el procedimiento de equivalencia de estudios.

Parágrafo Tercero: El Consejo Universitario podrá autorizar la inscripción en determinadas Escuelas de personas que no tengan el Título de Bachiller, y reglamentará especialmente esta disposición.

Artículo 120.- El estudiante que ingresa a la Universidad no podrá inscribirse en más de una Facultad. Cursado el primer año, el alumno podrá inscribirse en otra Facultad previa autorización del Consejo Universitario.

Artículo 121.- Para orientarse en sus estudios, los alumnos consultarán a los Profesores Consejeros designados por el Decano, quienes los guiarán en todo lo relativo a sus labores universitarias.

Artículo 122.- Las Universidades deben protección a sus alumnos y procurarán por todos los medios, su bienestar y mejoramiento. A este fin, la Universidad organizará sistemas de previsión social para el alumnado, propenderá a la creación de centros vacacionales y recreativos para los estudiantes, y de acuerdo con sus recursos, prestará ayuda a los alumnos que la requieran.

Artículo 123.- Las Universidades propiciarán el intercambio de alumnos con otras instituciones del país o del extranjero; fomentarán el acercamiento de los estudiantes entre sí y con los profesores; y facilitarán las relaciones de las organizaciones estudiantiles con agrupaciones similares de otras naciones o de carácter internacional.

Artículo 124.- Los alumnos están obligados a asistir puntualmente a las clases, trabajos prácticos y seminarios. Deben mantener un espíritu de disciplina en la Universidad y colaborar con sus autoridades para que todas las actividades se realicen normal y ordenadamente dentro del recinto universitario. Los alumnos deben tratar respetuosamente al personal universitario y a sus compañeros, cuidar los bienes materiales de la Universidad y ser guardianes y defensores activos del decoro y la dignidad que deben prevalecer como normas del espíritu universitario.

Artículo 125.- Los alumnos que no cumplan las obligaciones universitarias establecidas en el artículo anterior, serán sancionados, según la gravedad de la falta, con pena de amonestación, de suspensión temporal, de pérdida del curso o de expulsión de la Universidad, de acuerdo con lo que establezcan los Reglamentos respectivos.

Artículo 126.- Para representar a los estudiantes ante las autoridades universitarias, las asociaciones de estudiantes solicitarán el reconocimiento al Consejo Universitario respectivo.

SECCIÓN XII

De los Egresados

Artículo 127.- Las Universidades mantendrán por todos los medios a su alcance los vínculos que deben existir entre ellas y sus egresados.

Artículo 128.- Los egresados están en la obligación de colaborar espiritual y materialmente en el fomento y la buena marcha de la universidad en la cual hayan obtenido su grado, y formar parte de los organismos universitarios, de acuerdo con lo establecido en la presente Ley y los Reglamentos.

Artículo 129.- Los representantes de los egresados ante los Consejos de las Facultades designarán de entre ellos un representante y un suplente ante el Consejo Universitario respectivo.

SECCION XIII Del Consejo de Fomento

Artículo 130.- El Consejo de Fomento estará integrado por siete miembros escogidos por el Consejo Universitario entre reconocidas personalidades de las Finanzas y de la Economía venezolana.

Artículo 131.- Son atribuciones del Consejo de Fomento:

- 1.- Recomendar al Consejo Universitario la adquisición, enajenación o gravamen de bienes y la aceptación de herencias o donaciones;
- 2.- Fomentar las rentas de la Universidad;
- 3.- Servir de órgano de consulta al Consejo Universitario en los problemas de índole económica y financiera;
- 4.- Estudiar los problemas de largo alcance, prever las necesidades económicas futuras de la Universidad y planear los modos de satisfacerlas;
- 5.- Los demás que fije su Reglamento, dictados por el Consejo Universitario.

SECCION XIV Del Consejo de Desarrollo y Humanístico

Artículo 132.- En cada Universidad funcionará un Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, que tendrá por finalidad estimular y coordinar la investigación en el campo Científico y en el dominio de los estudios humanísticos y sociales.

Artículo 133.- El Consejo estará integrado por dos Comisiones: la Comisión de Desarrollo Científico y la Comisión de Estudios humanísticos y Sociales.

Las comisiones se reunirán en Consejo para coordinar sus respectivos sistemas de trabajo e intercambiar ideas acerca de la investigación de la Universidad. El Consejo será presidido por el Rector, o en su ausencia, por el Vice-Rector.

Artículo 134.- El Reglamento del Consejo de Desarrollo Científico y humanístico determinará la integración de las distintas Comisiones.

Artículo 135.- Los Delegados de las Comisiones, y sus Suplentes, serán elegidos por el Consejo de facultad, mediante votación directa y secreta. El Consejo Universitario designará un Delegado ante cada una de las comisiones.

Artículo 136.- Para ser Delegado ante las Comisiones se necesita ser Director o Miembro de algún Instituto en la respectiva Facultad, haber publicado obras de reconocido valor en el campo de la correspondiente especialidad, o estar dedicado activamente a la labor de Investigación. Los Delegados durarán dos años en sus funciones y podrán ser reelegidos.

Artículo 137.- Las atribuciones del Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico serán fijadas por el Reglamento que dicte el Consejo Universitario de acuerdo a la presente Ley.

SECCION XV

De la Dirección y de la Comisión de Cultura

Artículo 138.- En cada Universidad, adscrita al Rectorado, funcionará una Dirección de Cultura, la cual fomentará y dirigirá las actividades de extensión cultural de la Universidad, contribuyendo a la formación del alumnado y a la difusión de la ciencia y la cultura en el seno de la colectividad.

Artículo 139.- La Dirección de Cultura tendrá un director de libre nombramiento y remoción del Rector.

Artículo 140.- El Consejo Universitario podrá crear, con carácter ad-honorem, como órgano consultivo de la Dirección de Cultura, en la que participarán profesores y estudiantes, designados por el mismo Consejo.

Artículo 141.- La Dirección de Cultura, con la asesoría de la Comisión de Cultura, donde la hubiere, tendrá a su cargo la dirección y coordinación de las actividades culturales de la Universidad, de acuerdo con el Reglamento que dicte el Consejo Universitario.

SECCIÓN XVI

De la Dirección y la Comisión de Deportes

Artículo 142.- Para estímulo, desarrollo y coordinación del deporte universitario, en cada Universidad funcionará adscrita al Rectorado una Dirección de Deportes de acuerdo con el Reglamento que dicte el Consejo Universitario.

Artículo 143.- La Dirección de Deportes tendrá un Director de libre nombramiento y remoción del Rector.

Artículo 144.- Como órgano de la Dirección de Deportes, el Consejo Universitario podrá crear con carácter ad-honorem una Comisión de Deportes, en la que participarán profesores y estudiantes designados por el mismo Consejo.

CAPÍTULO II

De la Enseñanza Universitaria

SECCIÓN I

Disposiciones Generales

Artículo 145.- La enseñanza universitaria se suministrará en las Universidades y estará dirigida a la formación integral del alumno y a su capacitación para una función útil a la sociedad.

Artículo 146.- Además de establecer las normas pedagógicas internas que permitan armonizar la enseñanza universitaria con la formación iniciada en los ciclos educacionales anteriores, las universidades señalarán orientaciones fundamentales tendientes a mejorar la calidad general de la educación en el país.

Artículo 147.- Los alumnos estarán obligados a seguir, además de los estudios especializados que debe impartir cada Facultad, los cursos generales humanísticos o científicos que deberá prescribir el Consejo Universitario.

Artículo 148.- Los demás particulares de la enseñanza universitaria serán determinados en los reglamentos que dictarán los organismos universitarios con sujeción a sus atribuciones.

SECCIÓN II

De los Exámenes

Artículo 149.- El aprovechamiento y capacidad de los alumnos se evaluarán mediante exámenes y pruebas que se efectuarán durante el transcurso del período lectivo.

Artículo 150.- Los exámenes y pruebas deben concebirse como medios pedagógicos para estimular la actividad intelectual de los estudiantes y corregir periódicamente los posibles defectos de su formación. Como instrumentos auxiliares de evaluación en ellos debe atenderse, más que a la repetición o memorización de la materia tratada durante el curso, al aprovechamiento que demuestre el alumno mediante la comprensión del saber recibido. Los profesores formularán y realizarán los exámenes y pruebas de acuerdo con esta norma.

Artículo 151.- Al término de cada período lectivo habrá un examen final. Durante el transcurso del período lectivo el profesor efectuará, como mínimo, dos exámenes parciales en cada asignatura. El Consejo Universitario reglamentará, a solicitud del Consejo de la Facultad, las excepciones a este régimen.

Artículo 152.- Para evaluar el aprovechamiento del alumno se calificarán los trabajos, exámenes y pruebas, con un número comprendido entre 0 y 20 (cero y veinte) puntos. Para ser aprobado se necesita un mínimo de 10 (diez) puntos.

Artículo 153.- los exámenes parciales y finales se evaluarán de acuerdo con el sistema de calificaciones establecido en el artículo anterior. El promedio de las calificaciones de los exámenes parciales aportará el 40% de la nota definitiva.

Artículo 154.- Para tener derecho a presentar el examen final de una asignatura el alumno debe tener un promedio mínimo de 10 (diez) puntos en los correspondientes exámenes parciales.

Artículo 155.- Los alumnos que hayan perdido el derecho a exámenes finales o que resulten aplazados en ellos, podrán presentar exámenes de reparación en las condiciones establecidas en esta Ley y los Reglamentos.

Artículo 156.- Los alumnos que resulten aplazados por primera vez en exámenes de reparación en no más de una asignatura pueden inscribirse condicionalmente en todas las del curso inmediato superior y podrán presentar exámenes finales de una y otras en el período ordinario de exámenes. Si la asignatura pendiente tiene prelación sobre alguna o algunas del curso superior no podrán rendirse los exámenes de éstas sin haber aprobado previamente aquella. El Consejo de cada Facultad determinará el orden de prelación de asignaturas.

Artículo 157.- No tendrá derecho a examen de reparación el alumno comprendido en los siguientes casos:

- 1.- Si no ha obtenido el promedio mínimo para presentarse a exámenes finales en más de la mitad de las asignaturas cursadas durante el período lectivo;
- 2.- Si fuera aplazado en más de la mitad de los exámenes finales;
- 3.- Si el número de las asignaturas en que hubiera perdido el derecho al examen final sumado al número de las asignaturas en que fuera aplazado, excediera la mitad del total de las materias cursadas durante el período lectivo.

Artículo 158.- En los exámenes de reparación no se computarán los promedios parciales.

Artículo 159.- los alumnos que tengan derecho a presentar exámenes finales podrán solicitar ante el Consejo de la Facultad su diferimiento y presentarlos en el lapso que sea establecido. De

los exámenes diferidos no habrá reparación, pero al alumno se le computará el promedio de sus exámenes parciales.

Artículo 160.- Para obtener el título de Doctor en cualquiera especialidad habrá un examen, público y solemne, que versará sobre la tesis que presente el aspirante.

Artículo 161.- El Consejo Universitario respectivo reglamentará todo lo concerniente a exámenes, atendiendo las pautas que señale el Consejo Nacional de Universidades.

CAPÍTULO II

De las Incompatibilidades

Artículo 162.- Los cargos de Rector, Vice-Rector, Secretario, Decano y Directores de Escuela e Institutos Universitarios, son de Tiempo Completo. Fichas funciones y las de Profesor de Tiempo Completo son incompatibles con actividades profesionales o cargos remunerados que por su índole o por su coincidencia de horario menoscaben la eficiencia en el desempeño de las obligaciones universitarias. Corresponde al Consejo Universitario la calificación pertinente.

Artículo 163.- Los Profesores de dedicación exclusiva no podrán realizar ninguna otra actividad remunerada.

Artículo 164.- El Rector, los Vice-Rectores, el Secretario, el Decano, o los Directores de Escuelas Universitarias, no podrán dedicar dentro de su Tiempo completo más de seis horas semanales a la docencia o la investigación y no percibirán remuneración adicional por estas actividades.

Artículo 165.- Ningún funcionario puede desempeñar a la vez dos cargos administrativos remunerados en la Universidad.

Artículo 166.- Ninguna persona podrá atender, a la vez, dos o más cargos docentes, si las horas requeridas para su desempeño exceden las establecidas para el Tiempo Completo. La remuneración de dos o más cargos docentes no podrá exceder el 75% del sueldo asignado para el Tiempo Completo en la correspondiente categoría.

CAPÍTULO IV

Del Sistema Electoral Universitario

Artículo 167.- La organización del proceso de elecciones universitarias estará a cargo de la Comisión Electoral de cada Universidad integrada por tres (3) profesores designados por el Consejo Universitario; un (1) alumno regular designado por los representantes de los alumnos ante los Consejos de Facultades; y un egresado designado por los representantes de los egresados ante los

Consejos de Facultades. Cada uno de los miembros de la Comisión Electoral tendrá un Suplente designado en la misma forma y oportunidad que los Principales.

Cuando se trate del proceso electoral para elección del Rector, Vice-Rectores y Secretario y en cualquier otra elección en que la Comisión Electoral lo considere conveniente, se incorporará a este Organismo un representante con derecho a voz, por cada una de las planchas postuladas. En la sesión de instalación, la Comisión Electoral elegirá Presidente a uno de los Profesores que la integran y designará Secretario de fuera de su seno a un miembro de la Comunidad Universitaria. Los miembros de la Comisión Electoral y el Secretario de la misma no podrán ser candidatos a las Elecciones Universitarias.

Artículo 168.- La Comisión Electoral convocará a elecciones en el transcurso del segundo semestre del año lectivo anterior al vencimiento de los respectivos períodos electorales.

Artículo 169.- Al instalarse la Comisión Electoral procederá a formar el Registro Electoral Universitario, cuyos resultados hará conocer mediante lista general elaborada en orden alfabético y la cual deberá estar concluida y hecha del conocimiento del electorado universitario con 30 días de anticipación, por lo menos, a la fecha de la respectiva elección.

En el Registro Electoral se hará constar los nombres y apellidos del elector, su número de cédula de identidad, la condición que lo califica para votar y cualquier otro dato que estime necesario la Comisión Electoral a los efectos de una mejor identificación.

Las impugnaciones que los interesados hagan de la lista de electores, serán consideradas y decididas por la Comisión Electoral dentro de los veinte (20) días siguientes a la publicación del Registro.

Parágrafo Único: Quedarán excluidos del Registro de Electores los alumnos que se encuentren en los casos previstos en los numerales 1, 2, 3 y 4 del artículo 116 de la Ley, así como aquellos que hayan sido aplazados en más de una asignatura en los exámenes correspondientes al primer período para las Facultades que funcionen con arreglo al régimen del período lectivo, o de los exámenes finales correspondientes al primer período para las que lo hacen con arreglo a un régimen diferente.

Artículo 170.- Los alumnos, profesores o egresados no podrán ejercer simultáneamente más de una representación electiva en los diferentes organismos del sistema universitario. Quien resultare electo para dos o más, tendrá que optar por una de ellas, renunciando a las otras.

Artículo 171.- Salvo el caso de elección de Rector, Vice-rector y Secretario, que será nominal, en todos los procesos electorales universitarios donde se elijan dos o más candidatos, funcionará el principio de representación proporcional. A tal efecto se anotará el total de votos válidos para cada lista o plancha de candidatos y cada uno de los totales se dividirá entre uno, dos y tres, y así sucesivamente, hasta obtener para cada uno de ellos el número de cociente igual al de los candidatos por elegir. Se formará luego una columna final colocandolos cocientes de las distintas

planchas en orden decreciente, cualquiera que sea la lista a que pertenezcan, hasta que hubiere tantos cuocientes como candidatos deban ser elegidos. Al lado de cada cuociente se indicará el nombre del candidato y la lista a que corresponde. Cuando resultaren iguales dos o más cuocientes en concurrencia por el último puesto por proveer, se dará preferencia al de la lista que haya obtenido el mayor número de votos y, en caso de empate, decidirá la suerte.

Artículo 172.- Las elecciones tendrán lugar en las Universidades Nacionales, en el segundo semestre del período lectivo y a tal efecto, se procederá a uniformar el período lectivo en cada Universidad.

TÍTULO IV

De las Universidades Privadas

Artículo 173.- El Ejecutivo Nacional, previa la opinión favorable del Consejo Nacional de Universidades podrá autorizar, mediante Decreto y en cada caso, el funcionamiento de Universidades fundadas por personas naturales o jurídicas de carácter privado.

Artículo 174.- A los fines de la autorización del Ejecutivo Nacional, él o los promotores de toda Universidad elevarán solicitud al Ministerio de Educación y acompañarán los siguientes documentos:

- a) Copia certificada del título jurídico por el cual se crea la Universidad;
- b) Proyecto del Estatuto Orgánico.

Artículo 175.- Autorizado el funcionamiento por el Ejecutivo Nacional, las Universidades Privadas adquirirán la personalidad jurídica con la protocolización en la Oficina Subalterna de Registro del lugar donde funcionará, de la solicitud al Ministerio de Educación, los correspondientes documentos determinados en el artículo anterior, y la autorización del Ejecutivo Nacional.

Artículo 176.- Cuando por testamento se haya dispuesto la creación de una Universidad, el Ministerio Público podrá gestionar la autorización para su funcionamiento, de oficio o bien a solicitud del Ministerio de Educación.

Artículo 177.- Las Universidades Privadas tendrán un personal directivo similar al asignado por la presente Ley a las Universidades Nacionales, el cual deberá llenar los requisitos exigidos en los artículos 28, 64 y 72.

Artículo 178.- El personal docente y de investigación de las Universidades Privadas, deberá llenar las condiciones establecidas en el artículo 85 de la presente Ley.

Artículo 179.- Las Universidades Privadas y sus organismos tendrán la misma estructura académica que la de las Universidades Nacionales, salvo en lo establecido en esta Ley y lo que reglamente el Consejo Nacional de Universidades.

Artículo 180.- En las Universidades Privadas sólo podrán funcionar las Facultades que apruebe el Consejo Nacional de Universidades. La modificación de dichas Facultades, o de cualquiera Escuela o Instituto deberá ser autorizada previamente por el mismo Consejo.

Se requiere un mínimo de tres Facultades no afines para la existencia legal de una Universidad Privada.

Artículo 181.- Las disposiciones de la presente Ley relativas al régimen de la enseñanza y de los exámenes se aplicarán a las Universidades privadas.

Artículo 182.- Los títulos y certificados que expidan las Universidades Privadas sólo producirán efectos legales al ser refrendados por el Ejecutivo Nacional, por órgano del Ministerio de Educación.

Será de la exclusiva competencia de las Universidades Nacionales lo relativo a la reválida de los títulos universitarios extranjeros y a las equivalencias de estudios universitarios y de educación superior.

Artículo 183.- El Estado ejercerá la inspección de las Universidades Privadas en la forma que al efecto disponga el Ejecutivo Nacional, el cual podrá revocar la autorización de cualquier Universidad Privada, o suspender su funcionamiento o el de cualquiera de sus dependencias cuando en ella no se cumplan las disposiciones legales o reglamentarias que les sean aplicables.

Parágrafo Único: Los interesados podrán apelar de esta decisión para ante la Corte Federal en un plazo de diez días contados a partir de la fecha de publicación oficial de la resolución del Ejecutivo Nacional.

CAPÍTULO II

Disposiciones Finales

Artículo 185.- El Ejecutivo Nacional reglamentará la presente Ley y dictará las disposiciones transitorias que sena necesarias para su aplicación, sin perjuicio de las atribuciones que se confieren al Consejo Nacional de Universidades y a las Universidades Nacionales para dictar reglamentos de índole interna.

Artículo 186.- El Consejo Universitario determinará la organización del personal administrativo y el funcionamiento de los servicios correspondientes, de acuerdo con el Reglamento respectivo.

Artículo 187.- Las Universidades podrán, a título de experimentación debidamente justificada y planificada, adoptar una estructura académica distinta de la prevista en la presente Ley, siempre que ello no comporte alteración en la composición o en la forma de designación o de elección de los órganos directivos de la Universidad.

El proyecto respectivo será sometido al Consejo Nacional de Universidades y contendrá una precisa determinación de los objetivos, de las estructuras que van a ser adoptadas, de la organización, de los planes de estudio y de financiamiento, de las normas de funcionamiento y de los sistemas de evaluación.

Una vez aprobado el Proyecto, deberá someterse a la consideración del Consejo Nacional de Universidades, cada cinco años por lo menos, una evaluación de los resultados obtenidos para que ese Organismo determine si la experiencia debe continuar o no.

Parágrafo Único: En los casos en que el proyecto comporte alteración de los métodos de evaluación o del régimen de títulos y certificados, se requerirá el voto favorable del Presidente del Consejo Nacional de Universidades.

Artículo 188.- En caso de empate en las votaciones del Consejo Nacional de Universidades, del Consejo Universitario, del Consejo de Facultad o del Consejo de Escuela, corresponderá el voto decisorio al Presidente del Organismo respectivo.

Artículo 189.- La Contraloría General de la República dispondrá, por sí o a solicitud del Ejecutivo Nacional, la revisión de cuentas de las Universidades. A tal efecto, el Rector deberá presentar comprobantes, archivos, depósitos y libros que fueren necesarios a juicio del organismo contralor.

Artículo 190.- Los casos dudosos o no previstos en la presente Ley serán resueltos por el Ejecutivo Nacional.

Artículo 191.- Se deroga la Ley de Universidades del 2 de agosto de 1953 y las disposiciones legales o reglamentarias que colidan con la presente Ley. (*)

Dada, firmada y sellada, en el Palacio Federal Legislativo, en Caracas, a los dos días del mes de septiembre de mil novecientos setenta.- Año 161° de la Independencia y 112° de la Federación.

El Presidente,
J. A. Pérez Díaz

El Vice-Presidente,
Antonio Leidenz

Los Secretarios,
J. E. Rivera Oviedo
Héctor Carpio Castillo

Palacio de Miraflores, en Caracas, a los ocho días del mes de septiembre de mil novecientos setenta.- Año 161° de la independencia y 112° de la Federación.

Cúmplase.
(L.S.)
R. Caldera

(*) La Ley de 1953 ya había sido derogada por el Decreto Ley No. 458 de 5 de Diciembre de 1958. (Nota de E. L.T.)

REGLAMENTO PARCIAL DE LA LEY DE UNIVERSIDADES
(GACETA OFICIAL NÚMERO 28.262 – VIERNES 17 DE FEBRERO DE 1967)

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA
Decreto Número 753 – 14 de Febrero de 1967

Raúl Leoni Presidente de la República en uso de las facultades que le confiere el ordinal 10 del Artículo 190 de la Constitución y de los artículos 170 y 173 de la Ley de Universidades, en Consejo de Ministros, Decreta el siguiente:

REGLEAMENTO PARCIAL DE LA LEY DE UNIVERSIDADES

Artículo 1.- La Universidad es fundamentalmente una comunidad de intereses espirituales que reúne a profesores y estudiantes en la tarea de buscar la verdad y afianzar los valores trascendentes del hombre.

Artículo 2.- A los efectos indicados en los artículos 2 y 3 de la Ley, las Universidades deberán orientar sus programas de formación personal a la satisfacción de las necesidades del país y en sus actividades de investigación y extensión, propender especialmente a la resolución de los problemas de interés nacional. En sus labores se conservará la continuidad del proceso educativo, asegurando la formación física, intelectual, cultural y social del estudiante por medio de actividades adecuadas a estos fines. En tal sentido podrán organizar Congresos, Seminarios, Charlas Conferencias y cualesquiera otros medios de divulgación científica.

Artículo 3.- En las aulas y establecimientos universitarios o durante el curso de cualquier actividad se cumpla con fines docentes y dejando a salvo el libre estudio, análisis académico o exposición de doctrinas filosóficas, científicas, políticas o religiosas, no podrán realizarse ninguna clase de actividad o propaganda política partidista o a favor de posiciones y de doctrinas contrarias a los principios de la nacionalidad, del orden democrático o que ofendan la moral o las buenas costumbres.

Artículo 4.- La efigie del Libertador y los Símbolos de la Patria ocuparán lugar preferente en sitio de honor en todas las Universidades.

Artículo 5.- Las Universidades son autónomas en cuanto a su propio gobierno, en sus actividades docentes, de investigación, académica, culturales y administrativas, de acuerdo con lo previsto en la Ley.

Artículo 6.- Es de la competencia y de la responsabilidad de las autoridades universitarias, dentro del recinto universitario, la vigilancia y el mantenimiento del orden docente, de investigación, académico cultural y administrativo, así como el de todas aquellas actividades específicas de la Universidad, conforme a la Ley y sus reglamentos. Se entiende por recinto universitario el espacio previamente delimitado y previamente destinado a la realización de funciones docentes, de investigación, académicas, de extensión o administrativas, propias de la institución. Corresponde al ejecutivo Nacional la vigilancia de las avenidas, calles y otros sitios abiertos y de libre acceso y circulación, la protección y seguridad de los edificios y construcciones situados dentro de las áreas donde funcionan las Universidades y las demás medidas que fueren necesarias, a los fines de salvaguardar y garantizar el orden y la seguridad de las personas y bienes, aún cuando estos formen parte del patrimonio de la Universidad.

Artículo 7.- Para el allanamiento del recinto universitario, se aplicarán las normas relativas a las visitas domiciliarias previstas en el Código de Enjuiciamiento Criminal.

Artículo 8.- Para cumplir con la finalidad señalada en el artículo 12 de esta Ley, y de acuerdo con la atribución que le confiere el ordinal 5° del Artículo 19 ejusdem, el Consejo Nacional de Universidades podrá designar las condiciones técnicas que juzgue conveniente y les fijará las normas que rijan sus labores. Por su parte, las Universidades Nacionales deberán suministrar al Consejo Nacional de Universidades y a dichas Comisiones, todos los datos indispensables para comprobar su población y necesidades, así como la justeza y sinceridad de su Proyecto de Presupuesto.

Una vez distribuida la parida global asignada a las Universidades Nacionales, la cuota que corresponda a cada una de ellas ingresará a su exclusivo patrimonio y será de su libre administración.

CAPITULO II

Del Consejo Nacional de Universidades

Artículo 9.- En cumplimiento a lo pautado en el Artículo 17 de la Ley y a fin de armonizar los planes pedagógicos, culturales y científicos, las Universidades considerarán las recomendaciones y conclusiones de los Núcleos de Trabajo enviados por el Consejo Nacional de Universidades y emitirán los respectivos informes que se harán del conocimiento de otras universidades.

Artículo 10.- A fin de coordinar la enseñanza universitaria conforme al ordinal 1° del artículo 19 de la Ley, el Consejo Nacional de Universidades promoverá reuniones periódicas de Decanos y Directores de Escuela afines, los cuales bajo la denominación de Núcleos de Trabajo, intercambiarán informaciones y procurarán armonizar criterios, presentando sus conclusiones por órgano del Secretario Permanente. Igualmente se integrarán las Comisiones y Grupos de Trabajo que se estimen pertinentes.

Artículo 11.- El Decanato Delegado por cada Universidad para integrar el Consejo Nacional de Universidades previsto en el Artículo 18 de la Ley, será nombrado para cada reunión por el respectivo Consejo Universitario.

Los Decanos de aquellas Facultades a quienes específicamente incumban materias de la agenda, podrán ser llamados por el Rector, con el carácter de asesores, caso en el cual tendrán derecho a voz ante el Consejo de Universidades, en estas materias.

El Representante Estudiantil ante el Consejo Nacional de Universidades, será elegido para cada reunión por el Consejo Universitario, de los integrantes de la delegación ante el mismo.

Artículo 12.- La creación y modificación de Facultades, Escuelas o Institución no podrá hacerse sin la aprobación previa del correspondiente proyecto por el Consejo Nacional de Universidades.

La falta de aprobación previa ocasionará el no reconocimiento de los estudios respectivos que se cursarán en dichas dependencias Universidades.

CAPÍTULO III

De las Autoridades, Personal Docente y Alumnos de las Universidades Nacionales

Artículo 13.- Cuando una universidad tenga Facultades, Escuelas o Institutos que funcionen fuera de su sede central, el Consejo Universitario podrá por vía de reglamentaria, crear autoridades locales de coordinación, así como también delegar o autorizar la delegación de determinadas atribuciones en autoridades de sus órganos locales.

Las decisiones tomadas por los delegados, serán siempre sometidas a la consideración de la autoridad universitaria respectiva, a los fines de lograr su ratificación.

Artículo 14.- La función del voto para la elección de las autoridades universitarias sus representantes estudiantiles constituye un deber y un derecho esencial para la existencia y normal funcionamiento de la Universidad, conforme a lo estatuido en el artículo 29 de la Ley.

La convocatoria para todos los actos electorales se hará con carácter obligatorio y en un término no menor de dos meses antes de las elecciones, salvo lo que se establece en este Reglamento para el caso de las elecciones sucesivas.

Artículo 15.- El mandato ejercido por las Autoridades Universitarias durará cuatro años, contados a partir de la fecha del término del mandato anterior, no pudiendo en ningún caso prorrogarse más del tiempo mínimo indispensable para efectuar nuevas elecciones.

Si no se alcanzare el número de votos necesarios, conforme a la Ley, la Comisión Electoral se constituirá en Comisión Permanente para convocar a elecciones, hasta por dos veces consecutivas más, separadas por intervalo de 30 días. De no lograrse todavía la elección, el Consejo Universitario respectivo procederá a designar Rector, Vice-Rector y Secretario interinos, cuyas funciones no pueden durar más de un año a cuyo efecto la Comisión Electoral convocará a elecciones para autoridades universitarias titulares conforme a lo establecido en este artículo.

Las autoridades electas deberán entrar en ejercicio de sus funciones dentro de los noventa días siguientes a su elección.

Artículo 16.- La no comparecencia injustificada a la elección de Autoridades Universitarias acarreará para el Profesor que no cumpla con ese deber, la inmediata suspensión de tres meses y por ende la privación del derecho de voto durante este lapso.

El profesor que no haya cumplido con este deber, podrá justificar su inasistencia en un lapso de cinco días hábiles a partir de la fecha de la elección. La reincidencia en las faltas señaladas en este artículo acarreará para el profesor incurso en dicha falta, la aplicación de la pena de remoción, previa del expediente respectivo. A los fines previstos en el Artículo 99 de la Ley, esta pena no podrá exceder de cinco años.

Los representantes estudiantiles que incurrieren en la falta a que se contrae el presente artículo, serán sancionados con la suspensión temporal del derecho de voto para la elección siguiente, y en caso de reincidencia, con la suspensión como alumno regular por término de un año. Los representantes de los egresados que incurrieren en la falta a que se contrae el presente artículo, serán sancionados con la suspensión por tres meses de su representación, lo cual se participará al Colegio profesional correspondiente.

Los representantes estudiantiles y los de egresados que no hayan cumplido con este deber, podrán justificar su inasistencia en la forma prevista para los profesores.

Artículo 17.- A los fines previstos en el artículo anterior, se instruirá el correspondiente expediente previa notificación al interesado, a fin de que alegue por escrito lo que estime conducente, dentro del término de cinco días hábiles contados a partir de la fecha de su notificación, y si adujere algún motivo de justificación, quedará abierto un lapso de veinte días hábiles más contados a partir del vencimiento del término anterior, a fin de que se acrediten los hechos alegados con las pruebas pertinentes.

Este procedimiento será iniciado por el Consejo de la Facultad, conforme a la información que le suministrare la Comisión Electoral, pero la decisión será tomada por el Consejo Universitario.

Artículo 18.- De conformidad con el artículo 35 de la Ley, se considerará como caso extraordinario, toda circunstancia que impida a la persona reasumir sus funciones por causas ajenas a su voluntad.

Artículo 19.- No se podrán constituir nuevas Facultades cuando no se pudieren integrar, conforme a la Ley, los organismos necesarios para su gobierno.

Artículo 20.- Constituida una nueva Facultad, el Consejo Universitario designará, con carácter provisional, los organismos necesarios para su gobierno, mientras estos se integran conforme a lo dispuesto en la Ley de Universidades.

Artículo 21.- A los efectos del artículo 53 de la Ley, cuando no se otorgue el título de doctor en ninguna de las Facultades de determinada especialidad en las Universidades del país, será credencial suficiente para llenar la condición exigida, poseer el título máximo que en ellas se confiera.

Artículo 22.- En la elección de los Decanos se aplicarán las disposiciones contenidas en los artículos 14, 16 y 17 de este Reglamento.

Artículo 23.- Las faltas temporales de los Decanos serán suplidas por un Director de la respectiva Facultad o por un profesor de la misma que reúna las condiciones para ser Decano. La designación la hará el Consejo Universitario a requerimiento del Decano, o en su defecto del Consejo de la Facultad respectiva. En caso de falta absoluta y hasta tanto se realice la nueva elección, la falta será suplida en la misma forma.

Artículo 24.- A los fines del artículo 57 de la ley, sólo se considerarán válidos para los efectos de los títulos o certificados oficiales que expida la Universidad, los estudios universitarios cursados en Venezuela cuando han sido efectuados en las Escuelas Universitarias del país.

Artículo 25.- A los efectos del artículo 60 de la ley, el título que se exigirá a los Directores será otorgado por una Universidad Venezolana o un título debidamente legalizado de una Universidad extranjera reconocida.

Artículo 26.- Los Directores de los Institutos serán nombrados o removidos por el Consejo Universitario, a requerimiento del Decano, previo acuerdo con el Consejo de la Facultad.

Artículo 27.- Las decisiones dictadas por el Jurado, sobre los trabajos presentados por los miembros del Personal docente para optar al ascenso en los casos que señala el artículo 77 de la Ley, tendrán carácter definitivo. Si el veredicto del Jurado fuese favorable, será participado de inmediato al Consejo Universitario y éste, cumplidos los demás requisitos establecidos, acordará el ascenso correspondiente.

Artículo 28.- A los fines de lo previsto en el artículo 78 de la Ley, la solicitud de reconsideración respectiva, deberá formularse dentro de los 30 días siguientes a partir de la fecha de serle notificada al profesor su clasificación. Dicha solicitud será razonada y provista de elementos que la justifiquen.

Artículo 29.- De acuerdo a lo previsto en el artículo 79 de la Ley, los Consejos de las Facultades podrán decidir que una persona, en base a sus méritos profesionales, docentes o científicos, suficientemente acreditados, entre al personal docente y de investigación ordinario en una categoría superior a la de Instructor. Formulada la propuesta al respecto por el Consejo de la correspondiente Facultad ante el Consejo Universitario, éste podrá solicitar las justificaciones y ampliaciones de información que juzgue oportuna, procediendo con posterioridad a aprobar o rechazar la propuesta introducida.

Único: Los méritos profesionales, docentes o científicos que podrán ser tomados en consideración a los efectos de este artículo serán taxativamente los que se establezcan de modo general para cada Facultad del Consejo Universitario, de acuerdo a las siguientes pautas: se considerarán méritos docentes: el ejercicio de funciones docentes o de investigación en universidades o centros de

estudios de nivel universitario, nacionales o extranjeros, de reconocido prestigio internacional; méritos científicos: ser miembro numerario o correspondiente de Academia, haber dirigido institutos de investigación de reconocido prestigio, haber obtenido distinciones académicas nacionales e internacionales acreditadas, o haber publicado, o realizado trabajos de indiscutible valor en su correspondiente especialidad; méritos profesionales: el ejercicio de la respectiva profesión por más de cinco años, haber sido Presidente de un Colegio Profesional, de una Institución prominente en la respectiva profesión, o haber desempeñado actividades profesionales de alta jerarquía.

Artículo 30.- La persona que haya ingresado al personal docente y de investigación ordinario en una categoría superior a la de Instructor, en base a la aplicación del artículo 79 de la Ley, no podrá ser confirmado en esa categoría sino después de cumplido el término establecido en el artículo 81 e jusdem. En todo caso, antes de proceder a esta confirmación el Consejo Universitario comprobará que se ha dado cumplimiento al requisito del artículo 79 citado, de informar al personal de jerarquía inferior de la respectiva Universidad, a través de los medios ordinarios de publicidad.

Artículo 31.- Cuando una persona haya ingresado al personal docente o de investigación ordinario a tenor del artículo 79 de la Ley, en una categoría superior a la de Instructor, los miembros de jerarquía inferior, aún si tienen el simple carácter de interinos, podrán exigir, dentro del mes siguiente a la información a que hace referencia el artículo anterior, que se abra concurso para proveer el cargo o posición en cuestión. Hecha la solicitud legal al respecto, el concurso deberá abrirse y decidirse ante del año que alude el artículo 81 de la Ley.

Transcurridos los lapsos que para la reconsideración de méritos y para la apertura del concurso se establecen en este Reglamento, sin que se hayan ejercido los recursos mencionados, o cuando hayan sido confirmados los méritos atribuidos, o el concurso abierto lo hubiere ganado el promovido, se procederá a confirmarlo en la categoría que inicialmente le fue atribuida, una vez que cumpla un año en sus funciones. Hecha la confirmación, de acuerdo con lo dispuesto en este artículo, el promovido quedará equiparado totalmente en sus deberes y derechos a los restantes miembros ordinarios del personal docente y de investigación, computándosele en la categoría en que fue confirmado, el año de servicio que prestó en situación de interinidad.

Artículo 32.- A fines de los artículos 80, 82, 83 y 84 de la Ley, los títulos que se exigirán serán los otorgados por una Universidad venezolana o los títulos debidamente legalizados por una autoridad extranjera reconocida. En las Facultades que no otorguen el Doctorado será credencial suficiente para ser Profesor Asociado y Titular poseer Título máximo que ella confiera, siempre que se reúnan las demás condiciones requeridas.

Artículo 33.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 80 de la Ley, la solicitud razonada de remoción de los Instructores podrá ser presentada por el Jefe de la Cátedra, del Departamento o por el Director o Decano respectivo.

Artículo 34.- Se considera como repitiente el alumno que haya de cursar de nuevo más de una asignatura del curso en el cual estuviere inscrito, sea por el número de inasistencias, pérdida del derecho a presentar el examen de reparación, conforme a lo dispuesto en el artículo 44 de la ley, o

por no haber obtenido la puntuación exigida o no haber cumplido con los requisitos para aprobarla. Así mismo, se considerará repitiente el alumno que como consecuencia de los motivos expresados, deje de aprobar la asignatura que arrastra, conforme a lo dispuesto en el artículo 143 de la Ley. Los alumnos repitientes quedarán sujetos a las siguientes normas:

- a) No podrán continuar sus estudios en la misma Escuela por un período de cuatro años, los alumnos que encontrándose ya en condiciones de repitientes volvieran a perder el curso.
- b) Los alumnos del último bienio de las Escuelas que sigan un plan de estudios fijo y que en condición de repitientes volvieran a perder el curso, se les concederá una oportunidad adicional de repetir.
- c) Los alumnos que no sean aceptados en una Escuela, de acuerdo a las condiciones establecidas en este artículo, podrán obtener inscripción en otra escuela universitaria, previo cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios y ahí se considerarán de nuevo como alumnos regulares, pero si fuere preciso aplicarles otra vez lo expuesto en el aparte a) de este artículo, no se aceptarán en la Universidad por un período de cuatro años.
- d) Los Consejos Universitarios determinarán las pautas según las cuales lo dispuesto en este artículo se aplicará en las Escuelas que realicen estudios por el sistema de créditos, de unidades o de semestres.

Los Consejos Universitarios determinarán la forma como se aplicarán estas disposiciones cuando en varias Escuelas se cursen carreras distintas donde se otorguen títulos diferentes.

Artículo 35.- Los alumnos que, con autorización de los Consejos Universitarios, sigan cursos en las universidades sin haber obtenido el título de bachiller, de acuerdo con lo establecido en el párrafo 3° del artículo 106 de la Ley, podrán obtener un certificado de competencia; pero no podrán optar a los grados y títulos que la Universidad confiere si no han obtenido previamente el mencionado título de bachiller, salvo en los casos de equivalencias o reválidas.

Artículo 36.- La pena de expulsión contemplada en el artículo 112 de la Ley, se aplicará por un tiempo determinado que no podrá exceder de cinco años.

Artículo 37.- Las representaciones estudiantiles ante los organismos permanentes de la Universidad, tendrán sus respectivos suplentes, quienes deben poseer las condiciones exigidas a los principales y serán electos en la misma forma que éstos. No podrán ejercer la representación estudiantil quienes no sean alumnos regulares de la Universidad respectiva.

Artículo 38.- A los fines de la Ley, se entiende por alumno regular de una Universidad, al estudiante que, estando debidamente inscrito en esa Institución, cumpla a cabalidad con todos los deberes inherentes a su condición de alumno conforme a la Ley y los Reglamentos y no tenga materia pendiente en la cual haya resultado aplazado.

No son alumnos regulares:

- a) Los arrastrantes.
- b) Los repitientes.
- c) Quienes habiendo aprobado todas las materias de una Escuela no hayan obtenido el título correspondiente.

Tampoco se considerarán alumnos regulares en aquellas Escuelas o Facultades, que funcionen por el sistema de créditos, de unidades o semestres, los estudiantes que no estando comprendidos en ninguna de las previsiones anteriores están inscritos en menos de la mitad de las materias que componen el plan regular del curso respectivo.

Artículo 39.- A los fines de la Ley, se considera egresado de una Universidad a todo profesional que haya obtenido su título en esa Institución.

Si una Universidad no tuviere egresados en determinada Facultad o los que tuviere se encontraren imposibilitados para ejercer la representación de los mismos ante los organismos universitarios, el Colegio o Asociación Profesional respectiva, propondrá a solicitud del organismo Universitario competente, la designación de profesionales egresados de otras Universidades.

Cuando no existiere Colegio o Asociación Profesional, dichos representantes podrán ser designados por un número de egresados no inferior a diez, residentes en la localidad.

Artículo 40.- A los fines previstos en el artículo 138 de la ley, el examen final versará sobre el programa correspondiente a cada asignatura.

Esta disposición será igualmente aplicable al sistema semestral y de unidades en las Facultades que lo hayan establecido.

Artículo 41.- Los alumnos que se encontraren en la situación prevista por el artículo 143 de la Ley y fueren aplazados en la asignatura pendiente, deberán repetirla. Aprobada ésta, el alumno podrá cursar las asignaturas correspondientes del curso siguiente que le falten por aprobar.

Artículo 42.- A los fines previstos en la Ley y los Reglamentos, por mitad de las asignaturas cursadas o exámenes finales rendidos, se entenderá la media aritmética del número de materias o exámenes; por más de la mitad se entenderá el número entero inmediatamente superior a dicha media aritmética y por menos de la mitad al número entero inmediatamente inferior a la citada media aritmética.

Artículo 43.- A los fines indicados en el artículo 9 de la Ley, los alumnos que hayan sido aplazados y deban repetir el curso total o parcialmente, pagarán por concepto de matrícula la cantidad de cien bolívares por asignatura. Dicho arancel será progresivo en proporción aritmética por repetición de cada asignatura. En esta disposición no quedan comprendidas quienes tengan asignatura pendiente conforme al artículo 143 de la Ley.

CAPÍTULO IV

De las Universidades Privadas

Artículo 44.- Hasta tanto se dicte el Reglamento Parcial relativo a las Universidades Privadas, éstas se regirán por las disposiciones de la Ley, del presente Reglamento y de sus respectivos Estatutos Orgánicos, en cuanto les sean aplicables, sin perjuicio de la facultad que tiene el Ejecutivo Nacional de resolver los casos no previstos, de conformidad con lo establecido en el artículo 173 de la Ley.

CAPÍTULO V

Disposición Final

Artículo 45.- Se deroga el derecho de Reglamentación parcial de la Ley de Universidades No. 693, de fecha 16 de Diciembre de 1966, publicado en la Gaceta Oficial No. 28.213 de los mismos mes y año.

Palacio de Miraflores, en Caracas, a los catorce días de febrero de mil novecientos sesenta y siete.-
Años 157° de la Independencia y 108° de la Federación.

(L.S.)

Raúl Leoni

REGLAMENTO PARCIAL DE LA LEY DE UNIVERSIDADES
(DECRETO No. 687 1 DE SEPTIEMBRE DE 1971)

Rafael Caldera, Presidente de la República, en ejercicio de la atribución que le confiere el ordinal 10 del artículo 190 de la Constitución y de lo dispuesto en los artículos 185 y 190 de la Ley de Universidades, en Consejo de Ministros, decreta el siguiente:

REGLAMENTO DE LA LEY DE UNIVERSIDADES

CAPÍTULO I

De la reorganización de las Universidades

Artículo 1°.- El Consejo Nacional de Universidades, en la oportunidad que tomare la decisión a que se refiere el numeral 14 del artículo 20 de la Ley, establecerá la forma y medida en que las autoridades interinas ejercerán la dirección de la Universidad afectada. En todo caso, el Consejo Universitario quedará restituido a partir de la fecha de convocatoria a elecciones.

Artículo 2°.- El Consejo Nacional de Universidades, a proposición, oída opinión de la Oficina de Planificación del Sector Universitario, aprobará el plan de reorganización correspondiente. La

ejecución del plan así aprobado quedará sometido a la supervisión del Consejo Nacional de Universidades.

El Consejo Nacional de Universidades, a proposición de su Presidente, de tres de sus miembros, o del Consejo Universitario de la Universidad en proceso de reorganización, podrá modificar el plan originalmente aprobado.

Artículo 3°.- La ejecución del proceso de reorganización quedará suspendida en el lapso comprendido entre la fecha de convocatoria a elecciones para escoger a las nuevas autoridades universitarias, y la fecha de toma de posesión de sus cargos por el Rector, los Vicerrectores y el Secretario. El Consejo Nacional de Universidades podrá disponer, aun en dicho lapso y con vista de las circunstancias, la reanudación total o parcial de la ejecución del proceso.

Artículo 4°.- El Consejo Nacional de Universidades podrá disponer la modificación de los lapsos reglamentarios de los procesos electorales, cuando éstos tengan lugar en una Universidad declarada en reorganización.

Artículo 5°.- El Consejo Nacional de Universidades podrá designar comisiones especiales para que actúen como órgano consultivo o complementario de las autoridades interinas y de la Comisión Electoral con el fin de asegurar la normal realización de las elecciones universitarias, que tengan lugar en una Universidad en proceso de reorganización.

CAPÍTULO II

De las Elecciones Universitarias

Artículo 6°.- La organización de los procesos de elecciones universitarias estará a cargo de la Comisión Electoral, integrada del modo previsto en el artículo 167 de la Ley, y de los demás organismos electorales auxiliares, establecidos por los respectivos reglamentos de elecciones de las distintas universidades.

Artículo 7°.- El registro electoral deberá publicarse, cuando menos, con 30 días continuos de anticipación a la elección a la que sirva de base.

Artículo 8°.- Nadie puede aparecer dos veces en el registro electoral preparado para una misma elección.

En caso de que, para una misma elección, un elector aparezca calificado para votar en más de una Escuela de una misma Facultad o en más de una Facultad, ejercerá su derecho a voto solamente en la Escuela o Facultad donde tuviere mayor antigüedad. En igualdad de circunstancias, la Comisión Electoral dispondrá en cuál de ellas votará el elector.

En caso de que, para una misma elección, un profesor estuviera además legitimado para votar en representación de otro de los sectores de la comunidad universitaria, ejercerá su derecho a voto sólo en su condición de profesor.

Artículo 9°.- La convocatoria a elecciones será publicada en la Gaceta Oficial o en un diario de la respectiva localidad y será fijada en los locales de las diversas Facultades.

El efecto de la convocatoria se extiende a las votaciones sucesivas que hubiere que celebrar, de conformidad con la Ley o este Reglamento, para el caso de que la elección convocada no llegare a producirse o no arrojar resultados.

Parágrafo Primero: Salvo disposición contraria de la Ley, en todo caso en que no se alcanzare el quórum de instalación requerido, quedarán convocadas nuevas votaciones de pleno derecho, hasta por dos veces consecutivas, separadas por lapsos no mayores de 45 días, en fechas que serán fijadas por la Comisión Electoral.

Parágrafo Segundo: En todo caso en que la elección no produjere resultados, por no haber alcanzado ninguno de los candidatos la mayoría requerida, quedará convocada, de pleno derecho, una nueva votación dentro de un lapso de 45 días, contados a partir de la fecha de la elección fallida, entre los dos candidatos que hubieren obtenido los dos primeros lugares en el resultado de la elección. Se proclamará electo a quien haya obtenido la mayoría absoluta.

Artículo 10°.- Salvo disposición en contrario de la Ley o de este Reglamento, se requerirá, para la validez de una elección, que haya votado la mitad más uno de los electores.

Artículo 11°.- Las elecciones estudiantiles serán válidas sea cual fuere el número de electores que haya votado.

Artículo 12°.- En los casos en que se exija para proclamar electo un candidato, una mayoría calificada o absoluta, ésta se calculará sobre la suma del número de votos válidos efectivos.

Artículo 13°.- El voto se considera en blanco cuando ha sido válidamente depositado sin expresión de lista o candidato. A los efectos de lo establecido en este Reglamento el voto en blanco es un voto válido no efectivo.

Artículo 14°.- El voto es nulo cuando está viciado de forma o cuando se ha expresado de manera que no traduzca de modo inequívoco la voluntad del sufragante.

Artículo 15°.- A los efectos de la designación de los representantes de los profesores ante el Consejo Nacional de Universidades, y de sus suplentes, los representantes de los profesores ante los Consejos Universitarios de cada grupo de Universidades de los tres que integran el Consejo Nacional de Universidades, se reunirán para elegir a un profesor con un rango no menor al de asociado, perteneciente a una de las Universidades de dicho grupo. Se considerará electo a quien haya obtenido la mayoría absoluta.

Artículo 16°.- Para la elección de los representantes de los estudiantes ante el Consejo Nacional de Universidades se aplicará el procedimiento establecido en el artículo anterior.

Artículo 17°.- Salvo lo establecido en las respectivas Leyes de Ejercicio Profesional y en los reglamentos internos de los distintos Colegios Profesionales, la designación de los representantes de los egresados al Claustro Universitario, a la Asamblea de la Facultad, al Consejo de Facultad y al Consejo de Escuela, la efectuará la Junta Directiva del Colegio o Asociación Profesional de la entidad federal donde funcione la correspondiente Escuela o Facultad. La respectiva Federación de profesionales, si la hubiere, hará la designación, a solicitud del Consejo Universitario, si el Colegio no la hubiere efectuado oportunamente.

En el caso en que el Colegio o la Asociación Profesional agrupe a todos los profesionales que existan en el país en la especialidad correspondiente, la designación la hará la Junta Directiva Nacional. El reglamento interno del Colegio o Asociación Profesional determinará la forma en que los núcleos regionales participarán en la escogencia de la representación.

Artículo 18°.- En los casos en que un mismo Colegio agrupe a egresados de diversas Escuelas o Facultades, las respectivas Asociaciones adscritas a dicho Colegio, si las hubiere, efectuarán la designación correspondiente con arreglo a lo establecido en el artículo anterior. El Colegio hará la designación si no existiera Asociación Profesional o, a solicitud del Consejo Universitario, en los casos en que ésta no la hubiera hecho oportunamente.

Artículo 19°.- En caso de que, como consecuencia de la diversificación profesional, los egresados en las distintas Escuelas de una misma Facultad, debieran agruparse en diferentes Colegios o Asociaciones Profesionales, la designación de los representantes de los egresados al Claustro Universitario, a la Asamblea de la Facultad y Consejo de Facultad, será hecha por el conjunto de los representantes de los egresados ante los respectivos Consejos de Escuela.

Artículo 20°.- Los representantes de los egresados ante los Consejos de Facultad elegirán de entre ellos un principal y un suplente como representantes ante el Consejo Universitario.

CAPÍTULO III

De las Modificaciones a la Estructura Académica

Artículo 21°.- El proyecto por el cual el Consejo Universitario propusiere para la Universidad que dirige una estructura académica total o parcialmente distinta a la legal, con base en lo dispuesto en el artículo 187 de la Ley, será considerado por el Consejo Nacional de Universidades, oída la opinión de la Oficina de Planificación del Sector Universitario.

En el caso en que el Consejo Nacional de Universidades estimare necesario efectuar modificaciones al proyecto presentado, las propondrá al respectivo Consejo Universitario, y resolverá la aprobación o improbación del mismo una vez que éste le hubiere respondido sobre la aceptación o no de dichas modificaciones.

Artículo 22°.- El Consejo Nacional de Universidades evaluará periódicamente, en lapsos que no excedan de cinco años, los resultados obtenidos de la ejecución del plan aprobado. En la oportunidad de dicha evaluación, el Consejo resolverá sobre la continuación, conclusión o modificación de la experiencia.

Artículo 23°.- En caso de que el proyecto presentado contemple, en cuanto organización interna, estructuras académicas distintas a las previstas en la Ley, el Consejo Nacional de Universidades establecerá la correspondencia entre las entidades proyectadas con las Facultades, Escuelas y demás estructuras universitarias, a los fines de mantener idéntica la composición y forma de elección y designación de los órganos de gobierno de la Universidad.

Artículo 24°.- En los casos en que el proyecto comporte un cambio en los sistemas de evaluación para la totalidad o parte de las asignaturas que se cursen en la Universidad, sea que proponga que la nota que califica el rendimiento de los alumnos se forme de modo diverso al establecido en la Ley, sea que proponga la adopción de un método de evaluación continua o mixta o que de cualquier forma se varíe el sistema legal de calificación y promoción de los alumnos, deberá demostrarse debidamente la necesidad del cambio propuesto y establecerse un mecanismo que asegure un adecuado rendimiento estudiantil.

CAPÍTULO IV

Disposiciones Transitorias y Finales

Artículo 25°.- En el término de cuatro años contados a partir de la publicación de este Reglamento, el Consejo Nacional de Universidades, con base en los datos suministrados por las distintas Universidades establecerá un régimen homogéneo de control de estudios para las Universidades Nacionales. En las elecciones que se convocaren mientras no se haya adoptado dicho régimen y no haya transcurrido el término establecido, podrán participar todos los alumnos legalmente inscritos en las Universidades.

Artículo 26°.- Las Universidades deberán uniformar su calendario académico dentro de un término de cuatro años contados a partir de la publicación de este Reglamento. Mientras no haya transcurrido dicho lapso y no se hayan unificado los calendarios académicos, no se aplicará lo dispuesto en el párrafo único del artículo 169 de la Ley.

Artículo 27°.- Mientras no sean previstos los cargos de Vicerrector Académico y Vicerrector Administrativo, las atribuciones correspondientes a los mismos serán ejercidas por el Vicerrector de la Universidad respectiva.

Artículo 28°.- En el caso de la Universidad Central de Venezuela la reconstitución del Consejo Universitario a que se refiere el artículo 1°, se efectuará a partir de la publicación de este Reglamento. A tal fin, se fusionará el Consejo Rectoral y la Comisión Universitaria.

Artículo 29°.- En el caso de la Universidad Central de Venezuela, la suspensión del proceso de reorganización a que se refiere el artículo 3°, se hará efectiva a partir de la publicación de este Reglamento.

Artículo 30°.- En los casos en que el régimen vigente de las Universidades Nacionales Experimentales o de las Privadas, establezca una representación de los profesores ante el Consejo Nacional de Universidades numéricamente distinta de la propuesta por el artículo 25 de la Ley, se reunirán los representantes de los profesores ante el Consejo Universitario de cada Universidad y elegirán de su seno un delegado. Los delegados escogidos se reunirán por grupos de Universidades y designarán al representante de ese grupo ante el Consejo Nacional de Universidades.

ÚNICO: Para la elección de los representantes de los estudiantes de las Universidades Nacionales Experimentales o de las Privadas ante el Consejo Nacional de Universidades, se seguirá el mismo procedimiento cuando el régimen vigente en las mismas establezca una representación estudiantil ante el Consejo Universitario, numéricamente distinta a la prevista en el artículo 25 de la Ley.

Dado en Caracas, el día primero del mes de septiembre de mil novecientos setenta y uno. Año 162° de la Independencia y 113° de la Federación.

(L.S.)

R. Caldera

Refrendado.

El Ministro de Relaciones Interiores.

(L.S.)

Lorenzo Fernández.

REGLAMENTO PARCIAL DE LA LEY DE UNIVERSIDADES
(GACETA OFICIAL NÚMERO 28.826 – 15 DE ENERO DE 1969)

RAUL LEONI, Presidente de la República, conforme a la atribución 10ª del Artículo 190 de la Constitución y con los artículos 19 ordinal 4º y 173 de la Ley de Universidades, en Consejo de Ministros, dicta el siguiente:

REGLAMENTO DE REVÁLIDA DE TÍTULOS Y DE EQUIVALENCIA DE ESTUDIOS

CAPÍTULO I
Disposiciones Generales

Artículo 1º.- Los estudios realizados en el exterior, en Universidades o Institutos de nivel universitario, y de reconocida solvencia científica, a juicio de los respectivos Consejos Universitarios, según normas establecidas por el Consejo Nacional de Universidades, podrán convalidarse en

Venezuela según lo establecido en los Tratados Internacionales y en las Leyes de la República y sus Reglamentos.

Artículo 2°.- La validez de los estudios podrá hacerse efectiva en cualquier Universidad nacional mediante la reválida del título extranjero o por equivalencia de estudios de las materias aprobadas.

Quedan a salvo los casos en que se proceda a reconocimiento de títulos en virtud de Tratados Internacionales.

Artículo 3°.- Si en las Universidades Nacionales no se otorgaren los títulos cuyas reválidas se solicite, o no se cursaren las materias que se quieren equivaler, la Universidad ante la cual se haga la solicitud, oírá la opinión de las Universidades Privadas que otorguendichos títulos o en los cuales se cursen las materias que se pretenda equivaler, para resolver sobre la reválida o la equivalencia, según el caso.

Artículo 4°.- No se dará curso a ninguna solicitud presentada por quienes hayan sido expulsados de alguna Universidad venezolana, mientras dure esta sanción previo estudio del Consejo Universitario correspondiente.

Artículo 5°.- Los documentos redactados en idioma extranjero deben traducirse al castellano por persona legalmente autorizada, por cuenta del peticionario. De la traducción se acompañará copia fotostática, además del original.

Artículo 6°.- El peticionario debe acreditar que posee suficiente conocimiento del idioma castellano, a juicio del Consejo Universitario.

Artículo 7°.- Los expedientes serán remitidos al Consejo de la Facultad respectiva, a fin de que informe lo conducente en un plazo no mayor de 30 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción.

Artículo 8°.- Para poder dar curso a la solicitud, los aspirantes deberán cancelar los aranceles y Derechos conforme al reglamento respectivo.

CAPÍTULO II

De la Reválida de Títulos

Artículo 9°.- Se entiende por reválida el acto por el cual una Universidad Nacional reconoce y convalida un título otorgado por una Universidad Extranjera o Instituto de nivel universitario, previo el cumplimiento de los requisitos señalados en el presente Reglamento.

Artículo 10°.- La reválida sólo podrá hacerse del título obtenido por el solicitante y nunca de los que se adquieren por haber revalidado este.

Artículo 11°.- La reválida se entiende para títulos de igual valor académico. Sólo podrán ser revalidados los títulos extranjeros, que según el respectivo plan de estudios, equivalgan a los que se otorgan en las Universidades venezolanas, sin que obste a la reválida una diferente denominación del título.

Artículo 12°.- Cuando el título presentado sea el de Doctor y la Universidad venezolana sólo conceda el profesional, el aspirante a la reválida podrá obtener el título académico o profesional máximo que otorgue la Universidad en la Facultad correspondiente. Cuando el Título presentado sea solamente el Profesional y las Universidades venezolanas confieran únicamente en la misma especialidad el Título de Doctor, el aspirante a la reválida deberá cumplir los requisitos complementarios exigidos al efecto por la respectiva Facultad.

Artículo 13°.- El Consejo Universitario con vista al informe del Consejo de la respectiva Facultad, decidirá si el título es equivalente, que el interesado cumpla con los siguientes requisitos:

- 1) Rendir examen de las asignaturas de carácter nacional y de aquellas que, a juicio del Consejo de la Facultad respectiva, sean consideradas como fundamentales, de acuerdo con la índole de la profesión, y cuyo número no podrá exceder en ningún caso del 20% del total de asignaturas que forman el correspondiente plan de estudios.
- 2) Acatar las disposiciones reglamentarias exigidas por la Facultad respectiva para optar al título correspondiente.

Artículo 14°.- Cuando por imposibilidad manifiesta y comprobada el aspirante no pudiera presentar los planes de estudio de la Universidad de origen, deberá entonces presentar los exámenes de las materias fundamentales, en número que no exceda del 30% de las asignaturas que forman el plan de estudios respectivo, determinado en cada caso por el Consejo Universitario, previa consulta al Consejo de la Facultad respectiva.

Artículo 15°.- No podrá una Universidad admitir solicitudes de reválidas que hayan sido negadas o que se encuentren en curso en otra Universidad.

El Secretario del Consejo Universitario de cada Universidad informará a las otras Universidades Nacionales sobre todas las solicitudes que hayan sido introducidas, devueltas y negadas, en un plazo no mayor de 15 días hábiles después de la fecha de presentación, devolución o negativa de la respectiva solicitud, según el caso.

Artículo 16°.- Quien aspire a hacer reválida de título se dirigirá por escrito al Consejo Universitario de una Universidad Nacional, haciendo constar en la siguiente solicitud:

- 1) Nombre y apellido, lugar y fecha de nacimiento, nacionalidad del peticionario.
- 2) Nombre y nacionalidad de la Universidad que le confirió el título o en la cual se realizó los estudios para los que solicita reválida.

A dicha solicitud se acompañará:

- 1) Comprobantes de su identidad.
- 2) Título o Certificación de haber aprobado las materias, según el caso, y copia fotostática de los mismos.
- 3) Plan de estudios de la respectiva Escuela o Facultad y Programas de estudios de las materias cursadas cuando haya dudas sobre el contenido de éstas.
- 4) Las calificaciones obtenidas en cada una de las materias aprobadas según el plan de estudios; y,
- 5) Constancia de que el Instituto del cual procede, tiene categoría universitaria oficialmente reconocida por las autoridades del país correspondiente.

Los documentos a los que se contrae este artículo deberán estar legalizados.

Parágrafo Único: Si en el seno del Consejo Universitario se objetare la solvencia científica de la Universidad o Instituto otorgante del título que se pretendiera revalidar, el respectivo Consejo Universitario lo comunicará por escrito al interesado, quien podrá solicitar se oiga la opinión del Consejo Nacional de Universidades cuando dicho Consejo Universitario hubiere decidido en contravención con el artículo 1 de este Reglamento. Este dictamen tiene carácter obligatorio.

Artículo 17°.- Los exámenes a que se contrae el presente Capítulo, se realizarán en las oportunidades que señalen las autoridades competentes de cada Universidad, por intermedio de la facultad correspondiente y se regirán por el respectivo Reglamento de Exámenes, salvo lo aquí previsto.

Artículo 18°.- Los exámenes de reválida versarán sobre la totalidad de los programas que rijan en cada Facultad y constarán del número de pruebas que requiera la naturaleza de la materia. Cada prueba será eliminatoria.

Artículo 19.- El jurado examinador estará integrado por tres miembros principales y tres suplentes designados por los respectivos Consejos de Facultad, de los cuales, uno por lo menos de los miembros principales debe ser profesor de la materia objeto del examen y presidirá el jurado.

Artículo 20°.- Las calificaciones de cada prueba se expresarán por medio de un número comprendido de cero a veinte (0 a 20). Para ser aprobado en la materia objeto de la prueba, se requiere la nota de diez puntos como mínimo.

Artículo 21°.- La calificación definitiva de la asignatura se obtendrá sumando las calificaciones de diez puntos o más obtenidas en cada prueba, y dividiendo luego el total obtenido entre el número de pruebas efectuadas. Cuando al efectuar los cálculos haya fracciones de cincuenta centésimas o más, se adoptará el número entero inmediato superior.

Artículo 22°.- El aspirante reprobado en exámenes de reválida, podrá rendir en la misma Universidad un examen de reparación pasados tres meses contados a partir de la fecha de presentación de la última prueba de la asignatura en que resultó aplazado. Si fuere nuevamente aplazado, deberá cursar regulamente la asignatura o asignaturas respectivas, en una Universidad Nacional y quedará sometido al régimen ordinario de alumnos regulares.

CAPÍTULO III

De la equivalencia de estudios

Artículo 23°.- Se entiende por equivalencia el proceso por el cual una Universidad Nacional determina cuales materias cursadas y aprobadas por el solicitante en una Universidad o Instituto de rango universitario del exterior o en Instituto venezolano de Educación Superior, equivalen a materias que forman parte del pensum de estudio de una determinada Facultad, Escuela o Instituto universitario.

Artículo 24°.- Una vez fijada por una Universidad Nacional las materias que equivalen, el solicitante queda en libertad de cursar y aprobar las materias pendientes que le faltaren para completar el Plan de Estudio de la carrera correspondiente y no de otra, y cumplir los demás requisitos señalados por el Consejo Universitario, en cualquier Universidad venezolana, sea nacional o privada.

Artículo 25°.- Cuando el aspirante favorecido con la equivalencia le hayan sido fijadas asignaturas que corresponden a diferentes cursos, podrá presentar los exámenes en las fechas señaladas conforme al Reglamento de Exámenes.

El aspirante queda sujeto al régimen de prelación establecido para cada Facultad, y, en consecuencia, se considerará como no aprobada la asignatura de un curso superior cuando el aspirante fuere aplazado en una o más asignaturas de un curso inferior, si tales asignaturas fueren relativas a las del curso inferior.

Artículo 26°.- La inscripción de los solicitantes favorecidos con la equivalencia de estudios, dará derecho al interesado a que se le incorpore en el curso que señale el respectivo Consejo Universitario.

Artículo 27°.- No pueden hacer equivalencia en una rama de estudios quienes hayan obtenido el título correspondiente a esa rama de estudios en una universidad del exterior, salvo que les haya sido negada la reválida de dicho título.

Artículo 28°.- Cuando el solicitante haya cursado y aprobado todas las materias del plan de estudios, sin haber obtenido el título correspondiente, deberá presentarse un certificado auténtico y debidamente legalizado de la Universidad donde terminó sus estudios haciendo constar que no recibió el título respectivo.

Artículo 29°.- La equivalencia de estudio de materias cursadas y aprobadas por el solicitante, podrá acordarse en los casos siguientes:

- 1) de materias cursadas y aprobadas en una Universidad extranjera de reconocida solvencia científica; y,
- 2) de materias cursadas y aprobadas por egresados de Institutos venezolanos de Educación Superior.

Artículo 30°.- Para la equivalencia de materias aprobadas en el exterior se tendrá en cuenta la denominación de las mismas, su ubicación en el plan de estudios, materias efectivamente aprobadas por el solicitante y cualquier otra circunstancia pertinente al Consejo de la Facultad.

Artículo 31°.- El aspirante a obtener equivalencia de estudios conforme al artículo 29, dirigirá por escrito una petición ante el Consejo Universitario, en la que indicará:

1. Nombre, apellido, edad, lugar de nacimiento y nacionalidad del peticionario.
2. Nombre y nacionalidad del Instituto o Institutos donde hizo sus estudios universitarios, ciudad donde funciona; y,
3. La documentación determinada por este Reglamento para los diferentes casos de equivalencia de estudios.

Artículo 32°.- La petición de equivalencia de estudios podrá presentarse en cualquier fecha, pero el ingreso del aspirante no puede tener lugar sino en el lapso destinado a las inscripciones.

Artículo 33°.- La petición de equivalencia de estudios hechos en las Universidades o Institutos Extranjeros, deberá ir acompañada de los siguientes documentos:

1. Certificado de estudios y programas con la enumeración de todas las materias cursadas y aprobadas y las calificaciones y escalas correspondientes, otorgado por las autoridades competentes del país de origen debidamente legalizado y copias fotostáticas de todos estos documentos; y,
2. Certificación oficial donde conste que el Instituto o Institutos de los cuales procede el solicitante tiene categoría universitaria.

Artículo 34°.- recibida la petición, el Consejo Universitario la remitirá con sus recaudos a la Facultad respectiva, la cual informará en un plazo no mayor de 30 días hábiles contados a partir de la fecha de su recibo.

Artículo 35°.- En el caso previsto en el artículo 3 de este Reglamento, el Consejo Universitario se dirigirá previamente a los Consejos Universitarios de las Universidades Privadas a fin de que emitan su opinión en cuanto a la equivalencia solicitada, dentro de un plazo no mayor de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de su recibo.

Artículo 36°.- El Consejo de la Facultad, previo el informe de la Comisión de Reválida de Títulos y de Equivalencia de Estudios, donde ésta existiere, remitirá el expediente debidamente estudiado al Consejo Universitario, el que decidirá sobre el particular y notificará, por escrito, el resultado al petitionerario.

Artículo 37°.- La petición de equivalencia de estudios conforme al numeral 2) del artículo 29 del presente Reglamento, deberá ir acompañada de un certificado debidamente legalizado en el cual estén enumeradas todas las materias cursadas y aprobadas por el petitionerario, con indicación de las notas y de los respectivos programas de estudio. El certificado deberá estar fechado, sellado y firmado por la autoridad competente del Instituto que lo haya expedido.

Recibida la solicitud y sus recaudos se tramitará conforme a lo establecido en los artículos 34, 35 y 36 de este Reglamento.

Artículo 38°.- El Consejo Universitario con vista de los informes que le sean presentados, decidirá cuales de las materias cursadas y aprobadas deben aceptarse como equivalentes y dispondrá que el solicitante curse y apruebe todas las materias que falten para completar el plan de estudios vigente y que rinda examen de las asignaturas de carácter nacional y de aquellas que, a juicio del Consejo de la facultad respectiva, sean consideradas como fundamentales, de acuerdo a la índole de la profesión, y cuyo número no podrá exceder en ningún caso del 20% del total de las asignaturas que forman el correspondiente plan de estudios.

Artículo 39°.- Si al petitionerario le faltan por aprobar hasta cuatro materias de cursos anteriores al que se le señaló para inscribirse, se le permitirá cursarlas libre de escolaridad.

CAPÍTULO IV

De la revisión del Expediente

Artículo 40°.- Si el aspirante tuviera razones fundadas para estar en desacuerdo con la decisión recaída sobre su solicitud de equivalencia de estudios o de reválida de título, podrá dirigirse, en escrito razonado, al Consejo Universitario que conoció de la solicitud, pidiendo la reconsideración de su caso.

Artículo 41°.- Si el Consejo Universitario, no considerase suficientes los motivos expuestos por el solicitante para pedir la revisión de su expediente, la negará en forma razonada y así lo comunicará al solicitante.

CAPÍTULO V

De las Comisiones de Reválida de Títulos y Equivalencia de Estudios

Artículo 42°.- En aquellas Universidades donde los Consejos de Facultad consideraren necesario la designación de Comisiones de Reválida de Títulos y Equivalencia de Estudios, dichos

Consejos determinarán, al inicio de los cursos respectivos, el número de personas integrantes de la misma, quienes durarán un año en el ejercicio de sus funciones y podrán ser reelegidos.

CAPÍTULO VI

Disposiciones Transitorias

Artículo 43°.- Aquellas Facultades no integradas totalmente no podrán tramitar solicitudes de reválidas y sólo podrán hacerlo sobre solicitudes de equivalencia de estudios de aquellos cursos que estén siendo dictados para la fecha del trámite.

Artículo 44°.- Las solicitudes de reválida de títulos y de equivalencia de estudios que se encuentren en trámite se registrarán por las disposiciones del presente Reglamento, en cuanto les sean aplicables.

CAPÍTULO VII

Disposición Final

Artículo 45°.- Se derogan las disposiciones dictadas por las Universidades Nacionales que colidan con el presente Reglamento.

Palacio de Miraflores, en Caracas, a los catorce días del mes de enero de 1969.- Año 159° de la Independencia y 110° de la federación.

(L.S.)

Refrendado

Raúl Leoni

El Ministro de Educación

(L.S.)

J.M. Siso Martínez

NORMAS PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTUDIOS PARA GRADUADOS

(APROBADAS POR EL C.N.U. EL 30-09-83)

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1°.- Las presentes Normas señalan los requisitos mínimos que el Consejo Nacional de Universidades (CNU) exigirá a las Instituciones para la acreditación de los Programas de postgrado de Especialización, Maestría y Doctorado, sin perjuicio de otras exigencias que cada institución, en uso de su autonomía, pueda establecer.

Artículo 2°.- Los estudios de postgrado tendrán como finalidad contribuir al mejor conocimiento de las ciencias naturales, ingeniería y ciencias sociales, mediante el análisis de los aportes en el ámbito nacional y universal.

Artículo 3°.- Son estudios de postgrado aquellos que se realizan después de la obtención del título de licenciado o su equivalente obtenido en instituciones de educación superior venezolanas o extranjeras de reconocido prestigio académico cuyo currículum contemple estudios de una duración mínima de cuatro años, y que cumplan con las disposiciones de estas Normas.

Artículo 4°.- De acuerdo con el propósito específico y la categoría académica de los mismos, los estudios de postgrado se clasifican en:

- 1) estudios conducentes a un título académico:
 - a) de especialización Profesional.
 - b) de Maestría.
 - c) de Doctorado.

- 2) estudios no conducentes a un título académico:
 - a) de ampliación.
 - b) de Actualización.
 - c) de Perfeccionamiento.
 - d) de Programas de entrenamiento de post-doctorado.

CAPÍTULO II

De la Competencia Institucional

Artículo 5°.- El desarrollo de los estudios y programas de postgrado conducentes a títulos o grados académicos es competencia exclusiva de las universidades y de aquellas instituciones que hayan sido expresamente autorizadas por el Consejo Nacional de Universidades.

Parágrafo Único: El otorgamiento del título de Doctor es competencia exclusiva de las Universidades.

Artículo 6°.- Para el desarrollo de programas de postgrado conducentes a títulos académicos se requiere que la unidad ejecutora satisfaga las condiciones mínimas que establezca el Consejo Universitario o su equivalente de la institución de educación superior promotora.

Artículo 7°.- En las instituciones que ofrezcan estudios de postgrado conducentes a títulos académicos estará adscrito al Vice-Rectorado Académico o su equivalente, un organismo de coordinación de los Estudios de Postgrado con las siguientes atribuciones:

1. Velar por el cumplimiento de las decisiones del Consejo Universitario o su equivalente, sobre la materia.

2. Organizar y armonizar conforme a las mismas, los programas de postgrado.
3. Servir de órgano de consulta al Consejo Universitario o su equivalente.
4. Llevar el registro de la información sobre las actividades de postgrado en la institución.
5. Las demás que le señale el reglamento de la institución respectiva.

Artículo 8°.- Las instituciones deberán enviar al Consejo Nacional de Universidades para su información, antes de su ejecución, los proyectos de los programas de postgrado conducentes a títulos académicos.

Artículo 9°.- El Consejo Nacional de Universidades acreditará los programas de postgrado, oída la opinión del Consejo Consultivo Nacional de Estudios para Graduados.

Parágrafo Único: La acreditación de un programa de postgrado debe ser renovada cada cinco años, previa evaluación interna del mismo por la institución ejecutora y evaluación externa realizada por el Consejo Consultivo Nacional de Estudios para Graduados.

CAPITULO III Del Consejo Consultivo

Artículo 10°.- El Consejo Consultivo Nacional de Estudios para Graduados es el órgano asesor del Consejo Nacional de Universidades en materia de postgrado.

Artículo 11°.- El Consejo Consultivo Nacional de Estudios para Graduados, estará integrado por ocho (8) miembros; 5 expertos en la materia propuestos por el Núcleo de Vice-Rectores Académicos al Consejo Nacional de Universidades; 1 representante del CONICIT y 1 representante de FUNDAYACUCHO designados por sus respectivos organismos y el Director General Sectorial de Educación del Ministerio de Educación.

Artículo 12°.- El Consejo Consultivo nacional de Estudios para Graduados tendrá las siguientes atribuciones:

- a) Servir de órgano asesor al Consejo Nacional de Universidades en todo lo relativo a los estudios de postgrado en el país. En el ejercicio de sus atribuciones podrá hacer recomendaciones sobre políticas y prioridades al Consejo Nacional de Universidades.
- b) Servir de centro de información sobre las actividades de postgrado que realizan las instituciones del país.
- c) Resolver las consultas que, en materia de estudios de postgrado, sometan las instituciones de educación superior.
- d) Estudiar y proponer al Consejo Nacional de Universidades, créditos y procedimientos para la acreditación de programas de postgrado.
- e) Estudiar, a solicitud del Consejo Nacional de universidades, los programas de postgrado que sean presentadas a éste para su acreditación.

- f) Hacer las recomendaciones dirigidas a armonizar los programas de postgrado, para evitar que estos conduzcan a una diversificación excesiva y a la duplicidad innecesaria de esfuerzos.

CAPÍTULO IV

De la Organización de los Estudios para Graduados

Artículo 13°.- Los estudios de Especialización Profesional tienen como objetivo proporcionar los conocimientos y el adiestramiento necesario para la formación de expertos, de elevada competencia, en un área específica de una profesión determinada.

Los estudios de Especialización conducen al título de Especialistas.

Artículo 14.- Los estudios de Especialización comprenden un mínimo de 24 créditos en asignaturas u otras actividades de postgrado, contenidas en el programa correspondiente.

Artículo 15°.- Los estudios de Maestría comprenderán un conjunto de asignaturas y de otras actividades organizadas en un área específica del conocimiento, destinadas al estudio profundo y sistematizado de la misma y a la formación metodológica para la investigación.

Los estudios de Maestría conducen al título de Magíster.

Artículo 16°.- Para obtener el título de Magíster se exigirá la aprobación de un número de créditos no inferior a 24 y un trabajo de grado.

Parágrafo Único: El trabajo de grado será un estudio que demuestre el dominio de los métodos de investigación propios del área del conocimiento respectivo. Su presentación y aprobación deberán cumplirse en un plazo máximo de cuatro (4) años a partir del inicio de los estudios.

Artículo 17°.- Los estudios de Doctorado tienen por finalidad la capacitación para la realización de trabajos de investigación originales que constituyan aportes significativos al título de Doctor con la mención correspondiente.

Artículo 18°.- Para obtener título de Doctor se exigirá el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) El cumplimiento de actividades previamente consideradas por el organismo de coordinación de estudios del postgrado de la institución y aprobadas por el Consejo Universitario respectivo, cuyo valor mínimo será 45 créditos.
- b) La presentación y aprobación de la tesis doctoral, en examen público y solemne, conforme a lo señalado en el artículo 160 de la Ley de Universidades y a las disposiciones del presente Reglamento.

- c) El conocimiento instrumental de otro idioma además del castellano, según exija el programa de doctorado respectivo.

Artículo 19°.- La tesis doctoral consistirá en una investigación que constituya un aporte significativo al conocimiento y demuestre la independencia de criterio de su autor. La tesis deberá ser preparada expresamente para la obtención del Doctorado y se presentará dentro de los plazos que establezca la Universidad respectiva.

Artículo 20°.- Cada universidad reglamentará lo relativo a la Tesis doctoral. En cualquier caso deberán cumplirse los siguientes requisitos:

- a) Los miembros del jurado deberán poseer el título de doctor, o ser de reconocida autoridad en la materia sobre la que verse la tesis doctoral respectiva.
- b) Uno de los miembros del jurado deberá pertenecer a una institución distinta a la universidad otorgante del título.
- c) El veredicto del jurado será inapelable e irrevocable.

Artículo 21°.- Sin perjuicio de los requisitos exigidos en cada caso, los trabajos a que refieren los artículos 16 y 19, se cumplirán bajo la dirección de un tutor, quien deberá reunir los requisitos exigidos para ser profesor postgrado correspondiente.

CAPITULO V

Disposiciones Generales

Artículo 22°.- Un crédito en una asignatura equivale a una hora semanal de clase teórica o seminario; o a dos horas de clases prácticas o de laboratorio, durante un período de 16 semanas. Los créditos correspondiente a otro tipo de actividades serán determinadas en cada caso aprobadas por el organismo correspondiente.

Artículo 23°.- Cada institución fijará, de acuerdo con el sistema particular de evolución aprobado por el Consejo Nacional de Universidades, el promedio ponderado mínimo de calificaciones requerido para obtener el título respectivo.

Artículo 24°.- Para obtener el título de Especialistas, Magíster o Doctor, el aspirante deberá haber aprobado la totalidad de los créditos y demás requisitos por el programa respectivo. Por lo menos el cincuenta (50%) por ciento de los créditos deberán ser cursados en la institución que otorga el título.

Artículo 25°.- Para ser profesor de cursos de postgrado se requiere poseer el título por lo menos igual al de la categoría correspondiente al curso que se trate, otorgado por una institución de educación superior de prestigio reconocido, y cumplir con los otros requisitos que exija la institución respectiva.

Parágrafo Único: Excepcionalmente podrán ser designados profesores de los cursos de postgrado quienes, aun sin cumplir con los requisitos con los requisitos anteriormente señalados, se distinguen en actividades relacionadas con el área del conocimiento que aspiran a dictar.

Artículo 26°.- La reglamentación de los estudios de postgrado no conducentes a títulos académicos será competencia de cada institución de educación superior.

CAPÍTULO VI

Disposiciones finales

Artículo 27°.- Las instituciones que, para la fecha de la aprobación de las presentes Normas, están dictando programas de postgrado conducentes a títulos académicos, remitirán al Consejo Nacional de Universidades, para su información, los planes de estudio de dichos programas.

Artículo 28°.- Según lo dispuesto en el artículo en el 9° de estas Normas, las instituciones de educación superior que desarrollen estudios podrán solicitar, la acreditación de dichos estudios.

Artículo 29°.- Los casos no previstos en estas Normas serán resueltos por el Consejo Nacional de Universidades y los Consejos Universitarios según el caso.

Fdo.

Alberto Drayer B.

Secretario Permanente

Consejo Nacional de Universidades

REGLAMENTO DE REVALIDA DE TITULOS Y DE EQUIVALENCIAS DE ESTUDIO*

CAPITULO I Disposiciones Generales

Artículo 1°. Los estudios realizados en el exterior, en Universidades o Institutos de nivel universitario, y de reconocida solvencia científica, a juicio de los respectivos Consejos Universitarios, según normas establecidas por el Consejo Nacional de Universidades, podrán convalidarse en Venezuela según lo establecido en los Tratados Internacionales y en las Leyes de la República y sus Reglamentos.

Artículo 2°. La validez de los estudios podrá hacerse efectiva en cual q Universidad Nacional mediante La reválida del título extranjero o por equivalencia de estudios de las materias aprobadas.

Quedan a salvo los casos en que se proceda a reconocimiento de Títulos en virtud de Tratados Internacionales.

Artículo 3°. Si en las Universidades Nacionales no se otorgaren los títulos cuya reválida se solicite, o no se cursaren las materias que se quieren equivaler, la Universidad ante la cual se haga la solicitud, oirá la opinión de las Universidades Privadas que otorguen dichos títulos o en jas cuales se cursen las materias que se pretenda equivaler, para resolver sobre la reválida o la equivalencia, según el caso.

Artículo 4°. No se dará curso a ninguna solicitud presentada por quienes hayan sido expulsados de alguna Universidad venezolana, mientras dure esta sanción previo estudio del Consejo Universitario correspondiente.

Artículo 5°. Los documentos redactados en idioma extranjero deben traducirse al castellano por persona autorizada, a costa del peticionario. De la traducción se acompañará copia fotostática, además del original.

Artículo 6°. El peticionario deberá acreditar que posee suficiente conocimiento del idioma castellano, ajuicio del Consejo Universitario.

Artículo 7°. Los expedientes serán remitidos al Consejo de la Facultad respectiva, Fin de que informe lo conducente en un plazo no mayor de 30 días hábiles contados Partir de la fecha de recepción.

Artículo 8°. Pan poder dar curso a la solicitud, los aspirantes deberán cancelar los aranceles y derechos conforme al Reglamento respectivo.

CAPITULO II

DE LA REVALIDA DE TITULOS

Artículo 9°. Se entiende por reválida el acto por el cual una Universidad Nacional reconoce y convalida un título otorgado por una Universidad extranjera o Instituto de nivel universitario, previo el cumplimiento de los requisitos señalados en el presente Reglamento.

Artículo 10. La reválida sólo podrá hacerse del título obtenido por el solicitante y nunca de los que se adquieren por haber revalidado éste.

Artículo 11. La reválida se entiende pan títulos de igual valor académico. Sólo podrán ser revalidados los títulos extranjeros, que según el respectivo plan de estudios, equivalgan a los que se otorgan en las Universidades venezolanas, sin que obste a la reválida una diferente denominación del título.

Artículo 12. Cuando el título presentado sea el de Doctor y la Universidad venezolana sólo conceda el Profesional, el aspirante a la reválida podrá obtener el Título académico o profesional máximo que otorgue la Universidad en la Facultad correspondiente. Cuando el Título presentado sea solamente el Profesional y las Universidades venezolanas confieran únicamente en la misma especialidad el Título de Doctor el aspirante a la reválida deberá cumplir los requisitos complementarios exigidos al efecto por la respectiva Facultad.

Artículo 13. El Consejo Universitario con vista al Informe del Consejo de la respectiva Facultad, decidirá si el título es equivalente, que el interesado cu con los siguientes requisitos:

- 1) Rendir examen de las asignaturas de carácter nacional y de aquéllas, que a juicio del Consejo de la Facultad respectiva, sean consideradas como fundamentales, de acuerdo a la índole de la profesión, y cuyo número no podrá exceder en ningún caso del 20% del total de asignaturas que forman el correspondiente plan de estudios.
- 2) Acatar las disposiciones reglamentarias exigidas por la Facultad respectiva para optar al título correspondiente.

Artículo 14. Cuando por imposibilidad manifiesta y comprobada el aspirante no pudiere presentarlos planes de estudio de la Universidad de origen, deberá entonces presentar los exámenes de las materias fundamentales, en número que no exceda del 30% de las asignaturas que forman el plan de estudios respectivo, determinado en cada caso por el Consejo Universitario, previa consulta al Consejo de la Facultad respectiva.

Artículo 15. No podrá una Universidad admitir solicitudes de reválida que hayan sido negadas o que se encuentren en curso en otra Universidad. El Secretario del Consejo Universitario de cada Universidad informada las otras Universidades Nacionales sobre todas las solicitudes que hayan sido introducidas, devueltas

y negadas, en un plazo no mayor de 15 días hábiles después de la fecha de presentación, devolución o negativa de la respectiva solicitud, según el caso.

Artículo 16. Quien aspire a hacer reválida de título se dirigirá por escrito al Consejo Universitario de una Universidad Nacional, haciendo constar en la solicitud:

2) Nombre y nacionalidad de la Universidad que le otorgó el título o en la cual realizó los estudios para los que solicita reválida.

b) A dicha solicitud se acompañará:

1) Comprobantes de su identidad

2) Título o certificación de haber aprobado las materias según el caso y copia fotostática de los mismos.

3) Plan de estudios de la respectiva Escuela o Facultad y Programas de estudios de las materias cursadas cuando haya duda sobre el contenido de éstas.

4) Las calificaciones obtenidas en cada una de las materias aprobadas según el plan de estudios; y,

5) Constancia de que el Instituto del cual procede tiene categoría Universitaria oficialmente reconocida por las autoridades del país correspondiente.

Los documentos a que se contrae este artículo deberán estar legalizados.

Parágrafo Único: Si en el seno del Consejo Universitario se solicita la solvencia científica de la Universidad o Instituto otorgante del título se pretendiera revalidar, el respectivo Consejo Universitario lo comunicará por escrito al interesado, quien podrá solicitar se oiga la opinión del Consejo Nacional de Universidades cuando dicho Consejo Universitario hubiere decidido en conversión el artículo 1 de este Reglamento. Este dictamen tendrá carácter obligatorio

Artículo 17. Los exámenes a que se contrae el presente Capítulo se realizarán en las oportunidades que señalen las autoridades competentes de cada Universidad, por intermedio de la Facultad correspondiente y se regirán el respectivo Reglamento de Exámenes, salvo lo aquí previsto.

Artículo 18. Los exámenes de reválida versarán sobre la totalidad de los programas que rijan en cada Facultad y constarán del número de pruebas que requiera la naturaleza de la materia. Cada prueba será eliminatoria.

Artículo 19. El jurado examinador estará integrado por tres miembros principales y tres suplentes designados por los respectivos Consejos de Facultad de los cuales, uno por lo menos de los miembros principales debe ser profesor de la materia objeto del examen y presidirá el jurado.

Artículo 20. Las calificaciones de cada prueba se expresarán por medio de un número comprendido de cero a veinte (0 a 20). Para ser aprobado en la materia objeto de la Prueba, se requiere tener la nota de diez puntos, como mínimo

Artículo 21. La calificación definitiva de la asignatura se obtiene sumando las calificaciones de 10 puntos o más obtenidas en cada prueba, y dividiendo luego el total obtenido entre el número de pruebas efectuadas. Cuando al efectuar los cálculos haya fracciones de cincuenta centésimas o más se agregará al número entero inmediatamente superior.

Artículo 22. El aspirante reprobado en exámenes de reválida, rendir en la misma Universidad un examen de reparación pasados tres meses contados a partir de la fecha de presentación de la última prueba de la asignatura en que resulto.

CAPITULO III DE LA EQUIVALENCIA DE ESTUDIOS

Artículo 23. Se endeude por equivalencia el proceso por el cual una Universidad Nacional determina cuáles materias cursadas y aprobadas por el solicitante en una Universidad o Instituto de rango universitario del exterior o en Instituto venezolano de Educación Superior, equivalen a materias que forman parte del pensum de estudio de una determinada Facultad, Escuela o Instituto Universitario.

Artículo 24. Una vez fijadas por una Universidad Nacional las materias que equivalen, el solicitante queda en libertad de cursar y aprobar las materias pendientes (que le faltaren para completar el Plan de Estudio de la carrera correspondiente y no de otra, y cumplir los demás requisitos señalados por el Consejo Universitario, en cualquier Universidad venezolana, sea nacional o privada.

Artículo 25. Cuando al aspirante favorecido con la equivalencia le hayan sido fijadas asignaturas que corresponden a diferentes cu podrá presentar los exámenes en las fechas señaladas conforme al Reglamento de Exámenes.

El aspirante queda sujeto al régimen de prelación establecido para cada Facultad, y, en consecuencia, se considerará como no aprobada la asignatura de un curso superior cuando el aspirante fuera aplazado en una o más asignaturas de un curso inferior, si tales asignaturas fueren prelativas a las del curso superior.

Artículo 26. La inscripción de los solicitantes favorecidos con la equivalencia de estudios, da derecho al interesado a que se le incorpore en el curso que señale el respectivo Consejo Universitario.

Artículo 27. No pueden hacer equivalencia en una rama de estudios quienes hayan obtenido el título correspondiente a esa rama de estudios en una Universidad del exterior, salvo que les haya sido negada la reválida de dicho título.

Artículo 28. Cuando el solicitante haya cursado y aprobado todas las materias del plan de estudios, sin haber obtenido el título correspondiente, deberá presentar un certificado auténtico y debidamente legalizado de la Universidad donde terminó sus estudios haciendo constar que no recibió el título respectivo.

Artículo 29. La equivalencia de estudio de materias cursadas y aprobadas por el solicitante, podrá acordarse en los casos siguientes:

- 1) de materias cursadas: y aprobadas en una Universidad extranjera de reconocida solvencia científica; y
- 2) de materias cursadas y aprobadas por egresados de Institutos venezolanos de Educación Superior.

Artículo 30. Para la equivalencia de las materias aprobadas en el exterior se tendrá en cuenta la denominación de las mismas, su ubicación en el plan de estudios, materias Efectivamente aprobadas por el solicitante y cualquier otra circunstancia pertinente A juicio del la Facultad.

Artículo 31. El aspirante obtener equivalencia de estudios conforme al artículo 29, dirigirá por escrito una petición al Consejo Universitario, en la que indicará:

- 1) Nombre apellido, edad, lugar de nacimiento y nacionalidad del peticionario.
- 2) Nombre y nacionalidad del Instituto o Institutos donde hizo sus estudios universitarios, edad donde funciona; y,
- 3) La documentación determinada por este Reglamento para los diferentes casos de equivalencia de estudios.

Artículo 32. La petición de equivalencia de estudios podrá presentarse en cualquier fecha, pero el ingreso del aspirante no puede tener lugar sino en el lapso destinado a las inscripciones

Artículo 33. La petición de equivalencia de estudios hechos en Universidades o Institutos extranjeros, deberá ir acompañada de los siguientes documentos:

- 1) Certifica de estudios y programas con la enumeración de todas las materias cursadas y aprobadas y las calificaciones y escalas correspondientes, otorgado por las autoridades c del país de origen debidamente legalizado y copias fotostáticas de todos estos documentos; y,
- 2) Certificación oficial donde consta que el Instituto o Institutos de los cuales procede el solicitante tiene categoría Universitaria.

Artículo 34. Recibida la petición, el Consejo Universitario la remitirá con sus recaudos a la Facultad respectiva, la cual informará en un plazo no mayor de 30 días hábiles contados a partir de la fecha de su recibo.

Artículo 35. En el caso previsto en el artículo 3 de este Reglamento, el Consejo Universitario se dirigirá previamente a los Consejos Universitarios de las Universidades Privadas a fin de que emitan su opinión en cuanto a la equivalencia solicitada, dentro de un plazo no mayor de 15 días hábiles contados a partir de la Fecha de su recibo.

Artículo 36. El Cornejo de la Facultad previo el informe de la Comisión de Reválida de Títulos y de Equivalencia de Estudios, donde esta existiere, remitirá el expediente debidamente estudiado al Consejo Universitario, el que decidirá sobre el particular y notificará, por escrito, el resultado al peticionario.

Artículo 37. La petición de equivalencia de estudios conforme al numeral 2) del artículo 29 del presente Reglamento, deberá ir acompañada de un certificado debidamente legalizado en el cual estén enumeradas todas las materias cursadas y aprobadas por el peticionario, con indicación de las notas y de los respectivos programas de estudio. El certificado deberá estar fechado, sellado y firmado por la autoridad competente del Instituto que lo haya expedido recibida la solicitud y sus recaudos se tramitará conforme alo establecido en los artículos 34, 35y} de este Reglamento.

Artículo 38. El Consejo Universitario con vista de los informes que le sean presentados, decidir cuáles de las materias cursadas y aprobadas deben aceptarse como equivalentes y

dispondrá que el solicitante curse y apruebe todas las materias que falten para completar el plan de estudios vigente y que rinda examen de las asignaturas de carácter nacional y de aquellas que, ajuicio del Consejo de la Facultad respectiva sean consideradas como fundamentales de acuerdo a la índole de la profesión y cuyo número no podrá extender ningún caso del 20% total de asignaturas que forman el correspondiente plan de estudios.

Artículo 39. Si al peticionario le faltan por aprobar hasta cuatro materias decursos anteriores al que se le señaló para inscribirse, se le permitirá cursa libre de escolaridad.

CAPITULO IV **De la revisión del Expediente**

Artículo 40. Si el aspirante tuviere razones fundadas para estar en desacuerdo con La decisión recaída sobre su solicitud de equivalencia de estudios o de revalida de título, podrá dirigirse, en escrito razonad; al Consejo Universitario que conoció de solicitud, pidiendo la reconsideración de su caso.

Artículo 41. Si el Consejo Universitario, no considerase suficientes Los motivos expuestos por el solicitante pan pedir la revisión de su expediente. La negara forma razonada y así lo comunicará al solicitante.

CAPITULO V **De las Comisiones de Reválida de Títulos y** **Equivalencias de Estudios**

Artículo 42. En aquellas Universidades donde los Consejos de Facultad. consideraren necesaria la designación de Comisiones de Reválida de Títulos y equivalencias de Estudio, dichos Consejos determinarán, al inicio de los cursos respectivos de personas integrantes de la misma, quienes durarán un a en el ejercicio de sus funciones y podrán ser reelegidos.

CAPITULO VI **Disposiciones Transitorias**

Artículo 43. Aquellas Facultades no integradas totalmente no podrán tramitar solicitudes de reválida de títulos y sólo podrán hacerlo sobre solicitudes de equivalencia de estudios de aquellos cursos que están siendo dictados para la fecha del trámite.

Artículo 44. Las solicitudes de revalidas de títulos y de equivalencia de estudio que se encuentren en trámite se regirán por las disposiciones del presente Reglamento, en cuanto les sean aplicables.

CAPITULO VII
Disposición Final

Artículo 45. Se derogan las disposiciones dictadas por la Universidades Nacionales que colijan con el presente reglamento.

Palacio de Miraflores, en Caracas, a los catorce días del mes de enero de 1969. Año 159° de la independencia y 110° de la Federación.

Refrendado
El Ministro de Educación

RAUL LEONI.
J.M. SISO MARTÍNEZ



2020

Informe anual

Cooperación en salud - OPS/OMS en Venezuela

OPS



| www.paho.org/venezuela

VISIÓN

La Representación de la OPS/OMS en Venezuela será el mayor catalizador internacional y articulador de esfuerzos de actores nacionales e internacionales para contribuir a garantizar el alcance del más alto nivel de salud y calidad de vida, y bienestar de las personas, familias y comunidades del país, con enfoques multidimensionales e integradores, con especial atención en los grupos más vulnerables, para que nadie quede atrás, basado en los principios de equidad, solidaridad, imparcialidad, respeto; y con ello aportar a la construcción de la paz.

MISIÓN

Liderar esfuerzos colaborativos y estratégicos entre la Organización, el país y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, mejorar la calidad y expectativa de la vida del pueblo venezolano a partir del fortalecimiento del sistema de salud y de sus trabajadores, desde una perspectiva multidimensional e intersectorial, promoviendo el desarrollo de sus capacidades locales y su sostenibilidad.

A partir del inicio del 2020, año de la pandemia por el nuevo coronavirus COVID-19, la humanidad está enfrentando un desafío global de salud sin precedentes. La propagación de la enfermedad causada por este virus se ha presentado como una amenaza excepcional para los gobiernos, las poblaciones y los sistemas de salud del mundo entero, sin importar que tan ricos o pobres sean los países.

La COVID-19 mostró las vulnerabilidades y se visibilizaron en todo el mundo las numerosas inequidades existentes no solo en cuanto a acceso de la población a los sistemas de salud, sino también en cuanto a las inequidades de género, étnicas, al acceso a los servicios básicos, a la alimentación y a la vivienda, entre otras.

Particularmente en Venezuela, país que cruza por una coyuntura humanitaria caracterizada por entornos frágiles, vulnerables y de conflicto, los efectos de la pandemia se observaron tanto en el acceso a la atención en salud, como en aspectos estructurales que hacen parte de derechos sociales adquiridos, como la alimentación, la educación y los demás servicios básicos, la economía, la producción y el comercio, el transporte, las condiciones laborales.

Ante la realidad impuesta por la COVID-19, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) también tuvo que adaptar sus objetivos, planes y recursos, redoblando esfuerzos para dar la respuesta a la pandemia y a las varias contingencias de salud que resultaron afectadas.

A pesar del panorama de incertidumbre, observamos este momento como una oportunidad única para construir con determinación la nueva normalidad. En ese sentido, la entrega del personal de la salud –incluido el de nuestra organización– para contribuir al bienestar de las familias y comunidades venezolanas ha sido fundamental.

En el marco de una importante polarización política en el país, la OPS/OMS propició la firma de un acuerdo el 1 de junio de 2020, entre el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y los asesores en salud de la Asamblea Nacional. Este acuerdo permitió anudar el diálogo político entre las partes con el propósito de implementar una respuesta de salud a la pandemia de COVID-19, enfocada en proveer medios de bioseguridad para el personal de salud, materiales médicos, quirúrgicos y medicamentos en los hospitales y en mejorar el acceso de la población a las pruebas de diagnóstico de COVID-19.

Este instrumento de diálogo puede permitir recavar lecciones aprendidas para otros espacio de diálogo entre gobierno y oposición, que permitan asegurar acceso a la vacuna contra la COVID-19, así como a otros bienes públicos de salud fundamentales para enfrentar la pandemia durante el 2021.

Asimismo, para la OPS/OMS y sus aliados en salud es fundamental apoyar las instituciones nacionales en la coordinación de las intervenciones en materia de salud para poder llegar a cada rincón del país, especialmente donde habita la población más vulnerable. Tras el objetivo de acercar la salud a las familias venezolanas, se mantienen instaladas seis oficinas de terreno, en los estados fronterizos de Amazonas, Bolívar, Delta Amacuro, Táchira y Zulia.

Ahora más que nunca necesitamos trabajar juntos y comprometidamente. Articular los esfuerzos de todos los sectores de la sociedad en la respuesta a la pandemia. Las alianzas estratégicas y la colaboración entre los gobiernos, los organismos internacionales, la sociedad civil, la academia y el sector privado siguen siendo clave para alcanzar el éxito.

En esta publicación se exponen los avances de la cooperación técnica en salud de la OPS/OMS en Venezuela en 2020, año de la pandemia.

Paolo Balladelli,
Representante de la OPS/OMS en Venezuela



Trabajo en el estado Amazonas para llevar atención integral en salud a las comunidades de difícil acceso, asentadas a orillas del río Orinoco

Respuesta a la COVID-19

Durante el primer semestre del 2020, la OPS amplió la cooperación técnica para apoyar la elaboración y la ejecución del plan de preparación y control de la COVID-19, con un aumento de la vigilancia epidemiológica, el fortalecimiento de la capacidad en materia de laboratorios y los puntos de entrada, la aplicación de estrategias de comunicación de riesgos y la mejora en el manejo clínico de casos positivos.

Las acciones estuvieron enmarcadas en tres pilares fundamentales para la atención de la COVID-19: reducir la transmisión, proteger la salud de los trabajadores y salvar vidas.

Ampliación y descentralización de la capacidad diagnóstica de la COVID-19

Expertos regionales de la OPS han brindado entrenamiento directo al personal del laboratorio nacional de referencia, el Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” (INHRR), el cual cuenta con kits de diagnóstico desde febrero de 2020.

Desde entonces, la OPS ha hecho varias entregas al país de kits para el diagnóstico por PCR (siglas de reacción en cadena de la polimerasa), estimados para unas 35 mil determinaciones.

Asimismo, en septiembre, con el apoyo de OPS se inauguró el Laboratorio Regional de Salud Pública “Dr. Félix Pifano”, en el estado Yaracuy, para el diagnóstico de la COVID-19, con una capacidad instalada para procesar cerca de 1.000 muestras diarias.

La ubicación estratégica del laboratorio “Dr. Félix Pifano” permite atender, además de la población de Yaracuy, a los estados Lara, Portuguesa, Cojedes y los municipios vecinos de Carabobo y Falcón.

La cooperación de la OPS incluyó asesoría técnica, capacitación del personal, dotación equipos de protección personal, cabinas de bioseguridad, estaciones de PCR, insumos para el laboratorio y equipos de informática para facilitar la transmisión de la información en tiempo real.

En octubre, con fondos recibidos luego del acuerdo entre el Ministerio de Salud y la Asamblea Nacional, la OPS adquirió 340 mil pruebas para el diagnóstico por detección de antígenos y 35 equipos lectores.

Con la incorporación de estas pruebas y equipos a la red de diagnóstico nacional, más el entrenamiento de los técnicos de los laboratorios en su uso y la formulación de protocolos, se busca acercar el diagnóstico de la COVID-19 a las áreas de alta incidencia, de difícil acceso y, especialmente, a las poblaciones que viven en situaciones de vulnerabilidad.

Reorganización de la red del sistema de salud para la atención de COVID-19

En el marco de la pandemia, Venezuela trabajó en el fortalecimiento de los establecimientos de salud designados para la atención de pacientes con COVID-19, ubicados en los 24 estados del país, con la asesoría técnica de la OPS. También se ha mejorado la conexión con el sector privado.

Se reorganizó la red del sistema de salud para atender a los pacientes con COVID-19 presunta y confirmada, y se alistaron unas 11.000 camas en hospitales públicos, 4.003 camas para pacientes aislados en los centros de diagnóstico integral, 4.759 camas para pacientes hospitalizados en centros de salud privados y 4.000 camas en hoteles.



Escanee el código QR para ver el video:

Venezuela amplía su red de diagnóstico de la COVID-19 con el apoyo de la OPS



Respuesta a la COVID-19

Protección para los trabajadores de la salud

Ante los desafíos que supone la pandemia, una prioridad absoluta es crear condiciones profesionales seguras para los trabajadores de primera línea. Se deben proteger a las enfermeras, a los médicos y otros trabajadores de salud con equipos de protección personal (EPP) adecuados. En ese sentido, la OPS ha proporcionado orientación, capacitación y EPP.

Durante el primer semestre de 2020, la OPS envió a Venezuela más de 20 toneladas de equipos de protección personal, los cuales fueron distribuidos en 31 hospitales y otros centros de salud, ubicados en seis estados priorizados: Apure, Bolívar, Distrito Capital, Miranda, Táchira y Zulia.

Adicionalmente, y gracias al acuerdo de colaboración entre el Ministerio de Salud y el equipo asesor de la Asamblea Nacional de Venezuela, facilitado por la OPS, en diciembre se distribuyeron más de 82 toneladas de EPP para el personal de salud que se encuentra en la primera línea de acción ante la pandemia por la COVID-19 en los estados Amazonas, Apure, Bolívar, Distrito Capital, Guárico, La Guaira, Lara, Mérida, Miranda, Monagas, Táchira, Trujillo, Yaracuy y Zulia. La entrega incluyó medicamentos, insumos y material médico quirúrgico.

En detalle:

+ 80 toneladas

LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y OTROS INSUMOS FUERON DISTRIBUIDOS EN 18 HOSPITALES DE 14 ESTADOS DEL PAÍS

1 millón



tapabocas quirúrgicos

1 millón



guantes

300 mil



mascarillas N95

400 mil



batas bioseguridad

40 mil



lentes protectores



1,2 toneladas

DE MASCARILLAS DE OXÍGENO (TIPO VENTURI), CÁNULAS NASALES Y CONCENTRADORES DE OXÍGENO

En total se beneficiarán 30.000 trabajadores de la salud por tres meses consecutivos, en 18 centros asistenciales. Y podrán ser tratados unos 150.000 pacientes con COVID-19 moderado y grave.

Cooperación intensificada en Inmunizaciones

Entre julio del 2019 y marzo del 2020, se desplegaron más de 25.000 vacunadores y 34 consultores nacionales de OPS para secundar la campaña nacional de vacunación, a fin de controlar el brote de sarampión y difteria en Venezuela.

A partir de abril 2020, la cooperación técnica de la Oficina se centró en la aplicación de estrategias de vacunación en el contexto de la pandemia de COVID-19, la comprobación de la interrupción del brote de sarampión y la investigación de eventos adversos relacionados con la vacuna.

La Oficina coordinó la donación a Venezuela de 4,7 millones de dosis de vacuna antiamarílica en mayo del 2020, seguidas de 2,5 millones de dosis de vacuna antipoliomielítica oral en junio del 2020.

Por su parte, el Ministerio de Salud de Venezuela en respuesta a los brotes de difteria en Haití y Perú, y como parte de la solidaridad y cooperación entre los países de la región promovida por la OPS, donó cerca de 600 viales de antitoxina diftérica, en septiembre y noviembre 2020.

Logros:

- Interrupción del brote de sarampión endémico: el último caso confirmado fue notificado el 11 de agosto de 2019.
- Presentación del informe del país a la Comisión Regional de Monitoreo y Re-Verificación de la Eliminación del Sarampión y Rubéola para las Américas para avanzar en el proceso de re-verificación de la eliminación del sarampión.
- Control de la difteria: entre 2018 y 2020 la morbilidad disminuyó en 97 % y la mortalidad en 99 %
- Mantenimiento de la eliminación de la polio: 31 años sin casos de polio salvaje y polio asociado a la vacunación.
- Control y prevención de la fiebre amarilla: se inició la campaña de vacunación en estados priorizados.
- Mejoramiento de coberturas del programa de rutina en el último trimestre: incremento del 30 % con IPV y fiebre amarilla; 28 % con SRP1; 22 % con OPV3 y 19 % con pentavalente3.
- Disminución de municipios con coberturas <80% en el último trimestre: de 97 % (325/335) a 76 % (255/335) de los municipios.
- Mejoramiento de indicadores de vigilancia integrada de sarampión/rubéola en el último trimestre: aumento de la tasa de notificación nacional de 1,7 a 2,4 casos x 100.000 habitantes y disminución de la proporción de municipios silenciosos (de 198 a 130).
- Vacuna COVID-19: Elaboración del Plan de introducción y despliegue de la vacuna.



*“Cuando no se vacunaban a los niños les daba sarampión, se enfermaban, se ponían mal, les salían rojos los ojos, les picaba el cuerpo. Aquí llegaron las vacunas y los dos nietos míos, de 8 y 3 añitos, no se les pegó porque ya estaban vacunados, porque nos auxiliaron con las vacunas. Gracias a Dios ya yo no he visto a una madre que esté sufriendo ahorita. Estamos bien. Yo creo que ya no hay más sarampión, porque todos están vacunados”,
Nerva González, perteneciente a la etnia wayúu*

Acciones centradas en las necesidades de salud de la población

Durante el año 2020, la OPS continuó con su acción comprometida, en coordinación con el Ministerio de Salud, sociedades médicas, distintas ONG y otros organismos internacionales, para ayudar a paliar la compleja situación sanitaria que vive Venezuela.

Estrategia concertada para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna

Se implementó el Plan Anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPE) y aspiración manual endouterina (AMEU), en 32 hospitales, 17 estados, con 1.600 profesionales de salud entrenados y 70.521 intervenciones.

En el marco del Plan, se realizaron jornadas de atención integral desde un enfoque de curso de vida en comunidades de difícil acceso.

En diciembre 2020, se inauguró del diplomado “Cuidado integral de salud de la mujer, perinatal, niñez y adolescencia con enfoques de curso de vida y de atención primaria de salud”, con 154 trabajadores de la salud inscritos de los 24 estados del país. Esta propuesta formativa es liderada por el MPPS, la Universidad de las Ciencias de la Salud y OPS, con el apoyo de UNFPA, UNICEF, ONUSIDA, la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, PLAFAM, y el Centro Latinoamericano de Perinatología de la OPS.



Plan de Acción para el Control de la Malaria

La Oficina apoya al MPPS en la elaboración y ejecución del Plan de Acción para el Control de la Malaria 2018-2021.

La ampliación de la cobertura de la red de diagnóstico y tratamiento de la malaria en lugares priorizados del país ha resultado en la reducción de 59,3 % de la transmisión de la malaria en el 2020, en comparación con el mismo período del 2019, y reducción de 60% de las muertes maternas por malaria en Bolívar, Anzoátegui, Zulia y Sucre.

Asimismo, en 2020, se gestionó la movilización de recursos especiales del Fondo Global para el Proyecto de control de malaria en Venezuela, que se ejecutará desde 2021 y hasta diciembre de 2023.

“Las enfermeras fueron hasta mi casa y me avisaron que había esta jornada y me vine caminando durante dos horas para colocarme el aparato. Tengo 21 años y tres niños. Uno de 3, uno de 2 y el otro de 1 año. Quiero cuidarme y, por ahora, no tener más niños”, Carolina Yanez, perteneciente al pueblo indígena warao



Acciones centradas en las necesidades de salud de la población

Fortalecimiento de la respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria

La OPS en Venezuela, en colaboración con ONUSIDA, UNICEF, la sociedad civil y otros asociados, siguió apoyando la ejecución del *Plan Maestro para el fortalecimiento de la respuesta al VIH, las ITS, la tuberculosis y la malaria*, a fin de mejorar la respuesta a estas enfermedades con una perspectiva de salud pública.

En 2020, con recursos de una contribución excepcional del Fondo Mundial, UNICEF, ONUSIDA y OPS, se lograron asegurar los esquemas de tratamiento preferente y alternativo (primera línea) y dos esquemas especiales para alrededor de 38.000 de niños y adultos que viven con VIH en Venezuela.

En cuanto a la atención de los pacientes con tuberculosis (TB), se alcanzó 100 % de la cobertura de diagnóstico y tratamiento de los casos detectados por la División de Salud Respiratoria del MPPS.

Adicionalmente, el país participa en el Mecanismo de respuesta a la COVID-19 del Fondo Mundial, que busca contribuir a reducir la vulnerabilidad de la población y evitar altas cifras de morbilidad y mortalidad por el nuevo coronavirus.

En el marco de este Mecanismo, se ha dado prioridad a dos intervenciones fundamentales en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19: el diagnóstico y la protección de los trabajadores de salud. En la preparación de esta propuesta participó el equipo técnico nacional del Plan Maestro, junto con otros representantes de la sociedad civil.

También en el marco de la pandemia, la OPS promovió la articulación con el MPPS, la Red Venezolana de Gente Positiva y la Sociedad Venezolana de Infectología (SVI) para mejorar y consensuar el esquema terapéutico nacional, algoritmo diagnóstico con PDR, capacitación del personal de consulta, distribución y estimaciones de medicamentos, entre otras acciones.

Escanee el código QR para conocer más detalles sobre el Plan Maestro, un documento que brinda una evaluación coherente de las necesidades del país en cuanto a VIH, TB y malaria, y es base para el diálogo y las negociaciones con los donantes y otros asociados.



Atención de las necesidades de nutrición de grupos vulnerables

El proyecto *Proteger la salud de los más vulnerables 2019-2021*, implementado junto al Instituto Nacional de Nutrición (INN), ha permitido atender a 16.437 sectores, en 298 municipios del país.

Asimismo, la cooperación técnica de la OPS ha acompañado la labor de los Servicios de Educación y Recuperación Nutricional (SERN), programa de atención del INN, que beneficia aproximadamente a 60 mil niños y madres o cuidadores anualmente.

Durante el 2020, el apoyo de la OPS a los SERN se centró en la capacitación de profesionales de salud y nutrición en estrategias de recuperación nutricional, así como asegurar la dotación de insumos básicos y medicamentos esenciales para la atención del niño con necesidades nutricionales. Incluida la dotación de equipos de protección personal para la atención durante la pandemia.

También se fortalecieron las capacidades del personal institucional y comunitario para la detección y atención de problemas nutricionales en la madre y el niño menor de 5 años.

Estas intervenciones permitieron reducir en un 65 % la mortalidad en los SERN, durante 2019, según datos suministrados por el INN.



Jornada de detección y atención de problemas nutricionales en comunidad de Delta Amacuro

Acciones centradas en las necesidades de salud de la población

Abordaje de enfermedades infecciosas desatendidas

En 2020, se avanzó en el protocolo para la estimación de prevalencia de tracoma en Venezuela, donde se determinaron las unidades de valuación, lo cual permitirá identificar el comportamiento real de esta enfermedad en el país, a través de una encuesta nacional. El acercamiento a las comunidades se aprovechará para, además de aplicar la encuesta, realizar pesquisa de otras enfermedades mediante la tecnología de diagnóstico multiplex.

Asimismo, en el mes de julio de 2020, la OPS facilitó la donación a Venezuela de 6 mil dosis de vacunas antirrábicas humanas, enviadas por el centro PANAFTOSA, para la atención de emergencias relacionadas con esta zoonosis.



Estrategia de Gestión Integrada para el control de enfermedades arbovirales

Durante el 2020, se sostuvo la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) para el control de las enfermedades arbovirales, como dengue, zika y chikungunya.

Esta estrategia permitió mantener la asesoría técnica al laboratorio de referencia del país, a través de la Red de Laboratorios de Diagnóstico de Arbovirus (RELDA).

Asimismo, se avanzó en el Manual de Manejo Integrado de Vectores, y se mantuvo la notificación semanal de estas enfermedades en tiempo real a través del sistema PLISA (siglas de Plataforma de Información en Salud para las Américas).

Adicionalmente, en 2020, se creó una red nacional de clínicos como parte de una red regional para capacitar al personal nacional.

Tratamiento para pacientes con diabetes

Entre octubre y noviembre de 2020, gracias a las gestiones de OPS/OMS, Venezuela recibió cerca de 400 mil dosis de insulina tipo aspart de acción rápida.

El arribo de este medicamento permitirá beneficiar a pacientes insulino dependientes, que son atendidos en 19 hospitales de los estados Amazonas, Apure, Bolívar, Carabobo, Delta Amacuro, Distrito Capital, La Guaira, Miranda, Nueva Esparta y Zulia.

Respuesta a emergencias en salud y desastres

En 2020, la OPS en Venezuela movilizó cerca de 780 toneladas de equipos, insumos y medicamentos como parte de la respuesta humanitaria y la respuesta a la COVID-19, las cuales fueron entregadas en 88 hospitales en los 24 estados, 14 ambulatorios, 10 Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC), además de dependencias del MPPS, programas regionales, direcciones de salud, y algunas ONG.

Se fortaleció la gestión logística de los almacenes de 22 hospitales, se entregaron insumos de oficina, computadores e impresoras y se capacitó a 122 funcionarios en el manejo del Sistema de Soporte Logístico LSS/SUMA, herramienta que permite apoyar la gestión de suministros más allá de la respuesta inmediata en emergencias, como un sistema permanente para la coordinación logística en el manejo cotidiano de inventarios, que no requiere de contar con conectividad.

Asimismo, la OPS contribuyó a mejorar la capacidad de respuesta en los servicios de emergencia de, al menos, 27 hospitales, con la dotación de equipos, insumos y medicamentos.

En cuanto a la cobertura de agua, saneamiento e higiene (ASH), expertos de la OPS realizaron la caracterización del estado de los componentes en 19 hospitales priorizados.

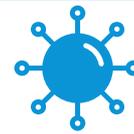
Se realizaron entregas de kits de limpieza en 43 hospitales, donde se aprovechó de brindar charlas pedagógicas al personal encargado de servicios generales y saneamiento.



780 toneladas
equipos, insumos y
medicamentos movilizados
por la OPS



620 toneladas
respuesta humanitaria



160 toneladas
respuesta a la COVID-19

También se compartieron protocolos de ASH en establecimientos de salud y albergues temporales.

La OPS apoyó a las poblaciones afectadas por inundaciones en los estados de Aragua, Táchira y Zulia, especialmente para la prevención de infecciones gastro-intestinales, a través de la distribución de tabletas potabilizadoras de agua.

Asimismo, la OPS envió 700 kg de insumos para la atención de los pacientes quemados por la explosión de bombonas de gas en el estado Monagas, el 28 de diciembre del 2020.



OPS apoyó a la población afectada por el desbordamiento del río El Limón, en el estado Aragua

Fortalecimiento de capacidades para abordar emergencias en salud

La COVID-19 ha supuesto enormes retos para la ciencia, pues al tratarse de un virus nuevo es mucho lo que aún se desconoce sobre su comportamiento y, en consecuencia, cómo tratarlo y prevenirlo. Conforme han avanzado las investigaciones, la OPS/OMS ha preparado una serie de documentos; así como jornadas de capacitación virtuales y presenciales, que buscan orientar la labor de los trabajadores de la salud, quienes se encuentran en la primera línea de la respuesta a la COVID-19.

En 2020, la representación de la OPS/OMS en Venezuela realizó las siguientes actividades formativas:

- Más de 1.400 trabajadores entrenados en manejo de equipos biomédicos, soporte vital básico y avanzado, manejo de pacientes críticos, emergencias cardiovasculares, electrocardiografía, prevención y control de infecciones, manejo de sepsis y de pacientes con COVID-19, entre otros temas.
- 99 trabajadores de salud y agentes comunitarios entrenados en el Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) para el apoyo psicosocial básico y asistencia en salud mental.
- Se fortaleció la gestión logística de los almacenes de 22 hospitales, se entregaron insumos de oficina, computadores e impresoras y se capacitó a 122 funcionarios en el manejo del Sistema de Soporte Logístico LSS/SUMA, herramienta que permite apoyar la gestión de suministros más allá de la respuesta inmediata en emergencias, como un sistema permanente para la coordinación logística en el manejo cotidiano de inventarios, que no requiere de contar con conectividad.
- La OPS/OMS en Venezuela organizó ciclos de videoconferencias sobre abordaje cardiovascular y la diabetes mellitus y obesidad durante la COVID-19.
- Edición del manual Sistema Venezolano de Triage Hospitalario, junto con el MPPS.
- Publicación de mensajes clave sobre el nuevo diagnóstico para la COVID-19: Las pruebas para la detección antígenos.
- Adaptación al país de guías técnicas de la OPS/OMS de las recomendaciones sobre el manejo integral de la pandemia en Venezuela.
- Preparación del documento “Uso adecuado de EPP e higienización hospitalaria en Venezuela”, junto con el MPPS y la SVI.

Comunicar para reducir riesgos

En la búsqueda de comunicar información clave y promover comportamientos que contribuyan a reducir riesgos para la salud y evitar la propagación de la COVID-19, se enviaron más de 2,6 millones de mensajes de texto (SMS), en una alianza entre la compañía de telecomunicaciones Digitel y la OPS en Venezuela.

Escanee el código QR para ingresar a los recursos técnicos y de comunicación sobre COVID-19 de la OPS Venezuela:



Presencia y acción en los estados fronterizos

Las oficinas de terreno de la OPS, ubicadas en los estados fronterizos de Amazonas, Bolívar, Delta Amacuro, Táchira y Zulia, facilitan la coordinación con las autoridades locales y estatales, y permiten la articulación con otros organismos, para identificar y coordinar la respuesta a las necesidades de las poblaciones con mayores vulnerabilidades. Aunque las oficinas se encuentran en cinco estados, estas extienden su rango de acción a 16 de los 24 estados que conforman al país. Esto significa, un 66,7 % de alcance nacional.



Las oficinas de terreno contribuyeron en la implementación de los proyectos de emergencia, inscritos en el Plan de Respuesta Humanitaria - 2020 (HRP, por sus siglas en inglés), incluidas acciones para la salud materna e infantil, salud sexual y reproductiva, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, no transmisibles, inmunizaciones, y la respuesta a la COVID-19.

Con su presencia en los estados fronterizos, la OPS contribuyó en la capacitación de los trabajadores sanitarios para el manejo de la COVID-19, uso adecuado y seguro de los EPP, acciones de vigilancia epidemiológica y organización de los espacios (PASI), destinados a la atención de los venezolanos que retornan al país, así como de los servicios de emergencia de los hospitales designados como centinela.

La OPS también realiza labores de abogacía en la búsqueda de facilitar espacios de diálogo y concertación entre las autoridades locales de acciones que benefician a la población, entre las que se consideran fundamentales el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en el marco del Reglamento Sanitario Internacional y de los sistemas de información.

Acción humanitaria por la salud

La OPS es la agencia líder de la agrupación de actores humanitarios en el sector salud, mejor conocido como el Clúster de Salud, en el que participan de manera activa 65 socios entre los que se cuentan agencias de Naciones Unidas, ONG nacionales e internacionales, el movimiento de la Cruz Roja (Federación y Cruz Roja Venezolana), representantes de sociedades científicas, un representante de los donantes, el Comité Internacional de la Cruz Roja y Médicos Sin Fronteras como observadores y delegados del MPPS en los grupos temáticos, los cuales analizan temas claves en el contexto humanitario para avanzar con la implementación de acciones previstas en el Plan de Respuesta Humanitaria.

Como parte de los compromisos en el liderazgo que la OPS ejerce en el Clúster de Salud, se entregaron medicamentos y suministros médico-quirúrgicos a los socios, quienes desarrollan actividades de manera directa a beneficio de las comunidades y reportan al Clúster a través de la herramienta 5W.

De acuerdo con lo reportado por los socios en la 5W, entre enero y diciembre de 2020, se logró alcanzar:

- Más de 6 millones de personas beneficiadas, de las cuales 4,3 millones fueron por acciones de respuesta humanitaria y 1,7 millones por COVID-19.
- Más de 4,3 millones de personas beneficiadas por entrega de medicamentos e insumos médicos, anticonceptivos y EPP.
- 8.849 personas vulnerables y trabajadores de salud recibieron teleasistencia mediante actividades realizadas por 9 de los socios.
- 1.145.279 de personas vacunadas; más de 600 establecimientos de la Red Integral de Servicios de Salud fortalecidos.
- Capacitados 7.862 trabajadores de salud en temas como salud sexual y reproductiva, VIH, prevención y control ITS, uso de EPP, manejo de COVID-19 y violencia basada en género.
- Fortalecimiento de la capacidad de respuesta en COVID-19 por parte de los socios en algunas comunidades indígenas en los estados Bolívar y Amazonas.
- Presentación de 53 proyectos por 39 organizaciones para el HRP-2021



La Organización Panamericana de la Salud (OPS) colabora con los países de las Américas para mejorar la salud y la calidad de vida de su población. Fundada en 1902, es el organismo internacional dedicado a la salud pública más antiguo del mundo. Es la Oficina Regional de la OMS para las Américas y el organismo de salud especializado del sistema interamericano.



Representación de la OPS/OMS en Venezuela

6.^a avenida, entre 5.^a y 6.^a transversal, quinta OPS/OMS,

Altamira, Caracas 1060, Venezuela.

Teléfonos: (+58 212) 206.50.22 / 267.16.22

E-mail: venwebmasters@paho.org



2020

Informe anual

Cooperación en salud - OPS/OMS en Venezuela

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTE
Américas

| www.paho.org/venezuela

VISIÓN

La Representación de la OPS/OMS en Venezuela será el mayor catalizador internacional y articulador de esfuerzos de actores nacionales e internacionales para contribuir a garantizar el alcance del más alto nivel de salud y calidad de vida, y bienestar de las personas, familias y comunidades del país, con enfoques multidimensionales e integradores, con especial atención en los grupos más vulnerables, para que nadie quede atrás, basado en los principios de equidad, solidaridad, imparcialidad, respeto; y con ello aportar a la construcción de la paz.

MISIÓN

Liderar esfuerzos colaborativos y estratégicos entre la Organización, el país y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, mejorar la calidad y expectativa de la vida del pueblo venezolano a partir del fortalecimiento del sistema de salud y de sus trabajadores, desde una perspectiva multidimensional e intersectorial, promoviendo el desarrollo de sus capacidades locales y su sostenibilidad.

A partir del inicio del 2020, año de la pandemia por el nuevo coronavirus COVID-19, la humanidad está enfrentando un desafío global de salud sin precedentes. La propagación de la enfermedad causada por este virus se ha presentado como una amenaza excepcional para los gobiernos, las poblaciones y los sistemas de salud del mundo entero, sin importar que tan ricos o pobres sean los países.

La COVID-19 mostró las vulnerabilidades y se visibilizaron en todo el mundo las numerosas inequidades existentes no solo en cuanto a acceso de la población a los sistemas de salud, sino también en cuanto a las inequidades de género, étnicas, al acceso a los servicios básicos, a la alimentación y a la vivienda, entre otras.

Particularmente en Venezuela, país que cruza por una coyuntura humanitaria caracterizada por entornos frágiles, vulnerables y de conflicto, los efectos de la pandemia se observaron tanto en el acceso a la atención en salud, como en aspectos estructurales que hacen parte de derechos sociales adquiridos, como la alimentación, la educación y los demás servicios básicos, la economía, la producción y el comercio, el transporte, las condiciones laborales.

Ante la realidad impuesta por la COVID-19, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) también tuvo que adaptar sus objetivos, planes y recursos, redoblando esfuerzos para dar la respuesta a la pandemia y a las varias contingencias de salud que resultaron afectadas.

A pesar del panorama de incertidumbre, observamos este momento como una oportunidad única para construir con determinación la nueva normalidad. En ese sentido, la entrega del personal de la salud –incluido el de nuestra organización– para contribuir al bienestar de las familias y comunidades venezolanas ha sido fundamental.

En el marco de una importante polarización política en el país, la OPS/OMS propició la firma de un acuerdo el 1 de junio de 2020, entre el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y los asesores en salud de la Asamblea Nacional. Este acuerdo permitió anudar el diálogo político entre las partes con el propósito de implementar una respuesta de salud a la pandemia de COVID-19, enfocada en proveer medios de bioseguridad para el personal de salud, materiales médicos, quirúrgicos y medicamentos en los hospitales y en mejorar el acceso de la población a las pruebas de diagnóstico de COVID-19.

Este instrumento de diálogo puede permitir recavar lecciones aprendidas para otros espacio de diálogo entre gobierno y oposición, que permitan asegurar acceso a la vacuna contra la COVID-19, así como a otros bienes públicos de salud fundamentales para enfrentar la pandemia durante el 2021.

Asimismo, para la OPS/OMS y sus aliados en salud es fundamental apoyar las instituciones nacionales en la coordinación de las intervenciones en materia de salud para poder llegar a cada rincón del país, especialmente donde habita la población más vulnerable. Tras el objetivo de acercar la salud a las familias venezolanas, se mantienen instaladas seis oficinas de terreno, en los estados fronterizos de Amazonas, Bolívar, Delta Amacuro, Táchira y Zulia.

Ahora más que nunca necesitamos trabajar juntos y comprometidamente. Articular los esfuerzos de todos los sectores de la sociedad en la respuesta a la pandemia. Las alianzas estratégicas y la colaboración entre los gobiernos, los organismos internacionales, la sociedad civil, la academia y el sector privado siguen siendo clave para alcanzar el éxito.

En esta publicación se exponen los avances de la cooperación técnica en salud de la OPS/OMS en Venezuela en 2020, año de la pandemia.

Paolo Balladelli,
Representante de la OPS/OMS en Venezuela



Trabajo en el estado Amazonas para llevar atención integral en salud a las comunidades de difícil acceso, asentadas a orillas del río Orinoco

Respuesta a la COVID-19

Durante el primer semestre del 2020, la OPS amplió la cooperación técnica para apoyar la elaboración y la ejecución del plan de preparación y control de la COVID-19, con un aumento de la vigilancia epidemiológica, el fortalecimiento de la capacidad en materia de laboratorios y los puntos de entrada, la aplicación de estrategias de comunicación de riesgos y la mejora en el manejo clínico de casos positivos.

Las acciones estuvieron enmarcadas en tres pilares fundamentales para la atención de la COVID-19: reducir la transmisión, proteger la salud de los trabajadores y salvar vidas.

Ampliación y descentralización de la capacidad diagnóstica de la COVID-19

Expertos regionales de la OPS han brindado entrenamiento directo al personal del laboratorio nacional de referencia, el Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” (INHRR), el cual cuenta con kits de diagnóstico desde febrero de 2020.

Desde entonces, la OPS ha hecho varias entregas al país de kits para el diagnóstico por PCR (siglas de reacción en cadena de la polimerasa), estimados para unas 35 mil determinaciones.

Asimismo, en septiembre, con el apoyo de OPS se inauguró el Laboratorio Regional de Salud Pública “Dr. Félix Pifano”, en el estado Yaracuy, para el diagnóstico de la COVID-19, con una capacidad instalada para procesar cerca de 1.000 muestras diarias.

La ubicación estratégica del laboratorio “Dr. Félix Pifano” permite atender, además de la población de Yaracuy, a los estados Lara, Portuguesa, Cojedes y los municipios vecinos de Carabobo y Falcón.

La cooperación de la OPS incluyó asesoría técnica, capacitación del personal, dotación equipos de protección personal, cabinas de bioseguridad, estaciones de PCR, insumos para el laboratorio y equipos de informática para facilitar la transmisión de la información en tiempo real.

En octubre, con fondos recibidos luego del acuerdo entre el Ministerio de Salud y la Asamblea Nacional, la OPS adquirió 340 mil pruebas para el diagnóstico por detección de antígenos y 35 equipos lectores.

Con la incorporación de estas pruebas y equipos a la red de diagnóstico nacional, más el entrenamiento de los técnicos de los laboratorios en su uso y la formulación de protocolos, se busca acercar el diagnóstico de la COVID-19 a las áreas de alta incidencia, de difícil acceso y, especialmente, a las poblaciones que viven en situaciones de vulnerabilidad.

Reorganización de la red del sistema de salud para la atención de COVID-19

En el marco de la pandemia, Venezuela trabajó en el fortalecimiento de los establecimientos de salud designados para la atención de pacientes con COVID-19, ubicados en los 24 estados del país, con la asesoría técnica de la OPS. También se ha mejorado la conexión con el sector privado.

Se reorganizó la red del sistema de salud para atender a los pacientes con COVID-19 presunta y confirmada, y se alistaron unas 11.000 camas en hospitales públicos, 4.003 camas para pacientes aislados en los centros de diagnóstico integral, 4.759 camas para pacientes hospitalizados en centros de salud privados y 4.000 camas en hoteles.



Escanee el código QR para ver el video:

Venezuela amplía su red de diagnóstico de la COVID-19 con el apoyo de la OPS



Respuesta a la COVID-19

Protección para los trabajadores de la salud

Ante los desafíos que supone la pandemia, una prioridad absoluta es crear condiciones profesionales seguras para los trabajadores de primera línea. Se deben proteger a las enfermeras, a los médicos y otros trabajadores de salud con equipos de protección personal (EPP) adecuados. En ese sentido, la OPS ha proporcionado orientación, capacitación y EPP.

Durante el primer semestre de 2020, la OPS envió a Venezuela más de 20 toneladas de equipos de protección personal, los cuales fueron distribuidos en 31 hospitales y otros centros de salud, ubicados en seis estados priorizados: Apure, Bolívar, Distrito Capital, Miranda, Táchira y Zulia.

Adicionalmente, y gracias al acuerdo de colaboración entre el Ministerio de Salud y el equipo asesor de la Asamblea Nacional de Venezuela, facilitado por la OPS, en diciembre se distribuyeron más de 82 toneladas de EPP para el personal de salud que se encuentra en la primera línea de acción ante la pandemia por la COVID-19 en los estados Amazonas, Apure, Bolívar, Distrito Capital, Guárico, La Guaira, Lara, Mérida, Miranda, Monagas, Táchira, Trujillo, Yaracuy y Zulia. La entrega incluyó medicamentos, insumos y material médico quirúrgico.

En detalle:

+ 80 toneladas

LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y OTROS INSUMOS FUERON DISTRIBUIDOS EN 18 HOSPITALES DE 14 ESTADOS DEL PAÍS

1 millón



tapabocas quirúrgicos

1 millón



guantes

300 mil



mascarillas N95

400 mil



batas bioseguridad

40 mil



lentes protectores



1,2 toneladas

DE MASCARILLAS DE OXÍGENO (TIPO VENTURI), CÁNULAS NASALES Y CONCENTRADORES DE OXÍGENO

En total se beneficiarán 30.000 trabajadores de la salud por tres meses consecutivos, en 18 centros asistenciales. Y podrán ser tratados unos 150.000 pacientes con COVID-19 moderado y grave.

Cooperación intensificada en Inmunizaciones

Entre julio del 2019 y marzo del 2020, se desplegaron más de 25.000 vacunadores y 34 consultores nacionales de OPS para secundar la campaña nacional de vacunación, a fin de controlar el brote de sarampión y difteria en Venezuela.

A partir de abril 2020, la cooperación técnica de la Oficina se centró en la aplicación de estrategias de vacunación en el contexto de la pandemia de COVID-19, la comprobación de la interrupción del brote de sarampión y la investigación de eventos adversos relacionados con la vacuna.

La Oficina coordinó la donación a Venezuela de 4,7 millones de dosis de vacuna antiamarílica en mayo del 2020, seguidas de 2,5 millones de dosis de vacuna antipoliomielítica oral en junio del 2020.

Por su parte, el Ministerio de Salud de Venezuela en respuesta a los brotes de difteria en Haití y Perú, y como parte de la solidaridad y cooperación entre los países de la región promovida por la OPS, donó cerca de 600 viales de antitoxina diftérica, en septiembre y noviembre 2020.



Logros:

- Interrupción del brote de sarampión endémico: el último caso confirmado fue notificado el 11 de agosto de 2019.
- Presentación del informe del país a la Comisión Regional de Monitoreo y Re-Verificación de la Eliminación del Sarampión y Rubéola para las Américas para avanzar en el proceso de re-verificación de la eliminación del sarampión.
- Control de la difteria: entre 2018 y 2020 la morbilidad disminuyó en 97 % y la mortalidad en 99 %
- Mantenimiento de la eliminación de la polio: 31 años sin casos de polio salvaje y polio asociado a la vacunación.
- Control y prevención de la fiebre amarilla: se inició la campaña de vacunación en estados priorizados.
- Mejoramiento de coberturas del programa de rutina en el último trimestre: incremento del 30 % con IPV y fiebre amarilla; 28 % con SRP1; 22 % con OPV3 y 19 % con pentavalente3.
- Disminución de municipios con coberturas <80% en el último trimestre: de 97 % (325/335) a 76 % (255/335) de los municipios.
- Mejoramiento de indicadores de vigilancia integrada de sarampión/rubéola en el último trimestre: aumento de la tasa de notificación nacional de 1,7 a 2,4 casos x 100.000 habitantes y disminución de la proporción de municipios silenciosos (de 198 a 130).
- Vacuna COVID-19: Elaboración del Plan de introducción y despliegue de la vacuna.

*“Cuando no se vacunaban a los niños les daba sarampión, se enfermaban, se ponían mal, les salían rojos los ojos, les picaba el cuerpo. Aquí llegaron las vacunas y los dos nietos míos, de 8 y 3 añitos, no se les pegó porque ya estaban vacunados, porque nos auxiliaron con las vacunas. Gracias a Dios ya yo no he visto a una madre que esté sufriendo ahorita. Estamos bien. Yo creo que ya no hay más sarampión, porque todos están vacunados”,
Nerva González, perteneciente a la etnia wayúu*

Acciones centradas en las necesidades de salud de la población

Durante el año 2020, la OPS continuó con su acción comprometida, en coordinación con el Ministerio de Salud, sociedades médicas, distintas ONG y otros organismos internacionales, para ayudar a paliar la compleja situación sanitaria que vive Venezuela.

Estrategia concertada para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna

Se implementó el Plan Anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPE) y aspiración manual endouterina (AMEU), en 32 hospitales, 17 estados, con 1.600 profesionales de salud entrenados y 70.521 intervenciones.

En el marco del Plan, se realizaron jornadas de atención integral desde un enfoque de curso de vida en comunidades de difícil acceso.

En diciembre 2020, se inauguró del diplomado “Cuidado integral de salud de la mujer, perinatal, niñez y adolescencia con enfoques de curso de vida y de atención primaria de salud”, con 154 trabajadores de la salud inscritos de los 24 estados del país. Esta propuesta formativa es liderada por el MPPS, la Universidad de las Ciencias de la Salud y OPS, con el apoyo de UNFPA, UNICEF, ONUSIDA, la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, PLAFAM, y el Centro Latinoamericano de Perinatología de la OPS.



Plan de Acción para el Control de la Malaria

La Oficina apoya al MPPS en la elaboración y ejecución del Plan de Acción para el Control de la Malaria 2018-2021.

La ampliación de la cobertura de la red de diagnóstico y tratamiento de la malaria en lugares priorizados del país ha resultado en la reducción de 59,3 % de la transmisión de la malaria en el 2020, en comparación con el mismo período del 2019, y reducción de 60% de las muertes maternas por malaria en Bolívar, Anzoátegui, Zulia y Sucre.

Asimismo, en 2020, se gestionó la movilización de recursos especiales del Fondo Global para el Proyecto de control de malaria en Venezuela, que se ejecutará desde 2021 y hasta diciembre de 2023.

“Las enfermeras fueron hasta mi casa y me avisaron que había esta jornada y me vine caminando durante dos horas para colocarme el aparato. Tengo 21 años y tres niños. Uno de 3, uno de 2 y el otro de 1 año. Quiero cuidarme y, por ahora, no tener más niños”, Carolina Yanez, perteneciente al pueblo indígena warao



Acciones centradas en las necesidades de salud de la población

Fortalecimiento de la respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria

La OPS en Venezuela, en colaboración con ONUSIDA, UNICEF, la sociedad civil y otros asociados, siguió apoyando la ejecución del *Plan Maestro para el fortalecimiento de la respuesta al VIH, las ITS, la tuberculosis y la malaria*, a fin de mejorar la respuesta a estas enfermedades con una perspectiva de salud pública.

En 2020, con recursos de una contribución excepcional del Fondo Mundial, UNICEF, ONUSIDA y OPS, se lograron asegurar los esquemas de tratamiento preferente y alternativo (primera línea) y dos esquemas especiales para alrededor de 38.000 de niños y adultos que viven con VIH en Venezuela.

En cuanto a la atención de los pacientes con tuberculosis (TB), se alcanzó 100 % de la cobertura de diagnóstico y tratamiento de los casos detectados por la División de Salud Respiratoria del MPPS.

Adicionalmente, el país participa en el Mecanismo de respuesta a la COVID-19 del Fondo Mundial, que busca contribuir a reducir la vulnerabilidad de la población y evitar altas cifras de morbilidad y mortalidad por el nuevo coronavirus.

En el marco de este Mecanismo, se ha dado prioridad a dos intervenciones fundamentales en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19: el diagnóstico y la protección de los trabajadores de salud. En la preparación de esta propuesta participó el equipo técnico nacional del Plan Maestro, junto con otros representantes de la sociedad civil.

También en el marco de la pandemia, la OPS promovió la articulación con el MPPS, la Red Venezolana de Gente Positiva y la Sociedad Venezolana de Infectología (SVI) para mejorar y consensuar el esquema terapéutico nacional, algoritmo diagnóstico con PDR, capacitación del personal de consulta, distribución y estimaciones de medicamentos, entre otras acciones.

Escanee el código QR para conocer más detalles sobre el Plan Maestro, un documento que brinda una evaluación coherente de las necesidades del país en cuanto a VIH, TB y malaria, y es base para el diálogo y las negociaciones con los donantes y otros asociados.



Atención de las necesidades de nutrición de grupos vulnerables

El proyecto *Proteger la salud de los más vulnerables 2019-2021*, implementado junto al Instituto Nacional de Nutrición (INN), ha permitido atender a 16.437 sectores, en 298 municipios del país.

Asimismo, la cooperación técnica de la OPS ha acompañado la labor de los Servicios de Educación y Recuperación Nutricional (SERN), programa de atención del INN, que beneficia aproximadamente a 60 mil niños y madres o cuidadores anualmente.

Durante el 2020, el apoyo de la OPS a los SERN se centró en la capacitación de profesionales de salud y nutrición en estrategias de recuperación nutricional, así como asegurar la dotación de insumos básicos y medicamentos esenciales para la atención del niño con necesidades nutricionales. Incluida la dotación de equipos de protección personal para la atención durante la pandemia.

También se fortalecieron las capacidades del personal institucional y comunitario para la detección y atención de problemas nutricionales en la madre y el niño menor de 5 años.

Estas intervenciones permitieron reducir en un 65 % la mortalidad en los SERN, durante 2019, según datos suministrados por el INN.



Jornada de detección y atención de problemas nutricionales en comunidad de Delta Amacuro

Acciones centradas en las necesidades de salud de la población

Abordaje de enfermedades infecciosas desatendidas

En 2020, se avanzó en el protocolo para la estimación de prevalencia de tracoma en Venezuela, donde se determinaron las unidades de valuación, lo cual permitirá identificar el comportamiento real de esta enfermedad en el país, a través de una encuesta nacional. El acercamiento a las comunidades se aprovechará para, además de aplicar la encuesta, realizar pesquisa de otras enfermedades mediante la tecnología de diagnóstico multiplex.

Asimismo, en el mes de julio de 2020, la OPS facilitó la donación a Venezuela de 6 mil dosis de vacunas antirrábicas humanas, enviadas por el centro PANAFTOSA, para la atención de emergencias relacionadas con esta zoonosis.



Estrategia de Gestión Integrada para el control de enfermedades arbovirales

Durante el 2020, se sostuvo la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) para el control de las enfermedades arbovirales, como dengue, zika y chikungunya.

Esta estrategia permitió mantener la asesoría técnica al laboratorio de referencia del país, a través de la Red de Laboratorios de Diagnóstico de Arbovirus (RELDA).

Asimismo, se avanzó en el Manual de Manejo Integrado de Vectores, y se mantuvo la notificación semanal de estas enfermedades en tiempo real a través del sistema PLISA (siglas de Plataforma de Información en Salud para las Américas).

Adicionalmente, en 2020, se creó una red nacional de clínicos como parte de una red regional para capacitar al personal nacional.

Tratamiento para pacientes con diabetes

Entre octubre y noviembre de 2020, gracias a las gestiones de OPS/OMS, Venezuela recibió cerca de 400 mil dosis de insulina tipo aspart de acción rápida.

El arribo de este medicamento permitirá beneficiar a pacientes insulino dependientes, que son atendidos en 19 hospitales de los estados Amazonas, Apure, Bolívar, Carabobo, Delta Amacuro, Distrito Capital, La Guaira, Miranda, Nueva Esparta y Zulia.

Respuesta a emergencias en salud y desastres

En 2020, la OPS en Venezuela movilizó cerca de 780 toneladas de equipos, insumos y medicamentos como parte de la respuesta humanitaria y la respuesta a la COVID-19, las cuales fueron entregadas en 88 hospitales en los 24 estados, 14 ambulatorios, 10 Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC), además de dependencias del MPPS, programas regionales, direcciones de salud, y algunas ONG.

Se fortaleció la gestión logística de los almacenes de 22 hospitales, se entregaron insumos de oficina, computadores e impresoras y se capacitó a 122 funcionarios en el manejo del Sistema de Soporte Logístico LSS/SUMA, herramienta que permite apoyar la gestión de suministros más allá de la respuesta inmediata en emergencias, como un sistema permanente para la coordinación logística en el manejo cotidiano de inventarios, que no requiere de contar con conectividad.

Asimismo, la OPS contribuyó a mejorar la capacidad de respuesta en los servicios de emergencia de, al menos, 27 hospitales, con la dotación de equipos, insumos y medicamentos.

En cuanto a la cobertura de agua, saneamiento e higiene (ASH), expertos de la OPS realizaron la caracterización del estado de los componentes en 19 hospitales priorizados.

Se realizaron entregas de kits de limpieza en 43 hospitales, donde se aprovechó de brindar charlas pedagógicas al personal encargado de servicios generales y saneamiento.



780 toneladas
equipos, insumos y
medicamentos movilizados
por la OPS



620 toneladas
respuesta humanitaria



160 toneladas
respuesta a la COVID-19

También se compartieron protocolos de ASH en establecimientos de salud y albergues temporales.

La OPS apoyó a las poblaciones afectadas por inundaciones en los estados de Aragua, Táchira y Zulia, especialmente para la prevención de infecciones gastro-intestinales, a través de la distribución de tabletas potabilizadoras de agua.

Asimismo, la OPS envió 700 kg de insumos para la atención de los pacientes quemados por la explosión de bombonas de gas en el estado Monagas, el 28 de diciembre del 2020.



OPS apoyó a la población afectada por el desbordamiento del río El Limón, en el estado Aragua

Fortalecimiento de capacidades para abordar emergencias en salud

La COVID-19 ha supuesto enormes retos para la ciencia, pues al tratarse de un virus nuevo es mucho lo que aún se desconoce sobre su comportamiento y, en consecuencia, cómo tratarlo y prevenirlo. Conforme han avanzado las investigaciones, la OPS/OMS ha preparado una serie de documentos; así como jornadas de capacitación virtuales y presenciales, que buscan orientar la labor de los trabajadores de la salud, quienes se encuentran en la primera línea de la respuesta a la COVID-19.

En 2020, la representación de la OPS/OMS en Venezuela realizó las siguientes actividades formativas:

- Más de 1.400 trabajadores entrenados en manejo de equipos biomédicos, soporte vital básico y avanzado, manejo de pacientes críticos, emergencias cardiovasculares, electrocardiografía, prevención y control de infecciones, manejo de sepsis y de pacientes con COVID-19, entre otros temas.
- 99 trabajadores de salud y agentes comunitarios entrenados en el Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) para el apoyo psicosocial básico y asistencia en salud mental.
- Se fortaleció la gestión logística de los almacenes de 22 hospitales, se entregaron insumos de oficina, computadores e impresoras y se capacitó a 122 funcionarios en el manejo del Sistema de Soporte Logístico LSS/SUMA, herramienta que permite apoyar la gestión de suministros más allá de la respuesta inmediata en emergencias, como un sistema permanente para la coordinación logística en el manejo cotidiano de inventarios, que no requiere de contar con conectividad.
- La OPS/OMS en Venezuela organizó ciclos de videoconferencias sobre abordaje cardiovascular y la diabetes mellitus y obesidad durante la COVID-19.
- Edición del manual Sistema Venezolano de Triage Hospitalario, junto con el MPPS.
- Publicación de mensajes clave sobre el nuevo diagnóstico para la COVID-19: Las pruebas para la detección antígenos.
- Adaptación al país de guías técnicas de la OPS/OMS de las recomendaciones sobre el manejo integral de la pandemia en Venezuela.
- Preparación del documento “Uso adecuado de EPP e higienización hospitalaria en Venezuela”, junto con el MPPS y la SVI.

Comunicar para reducir riesgos

En la búsqueda de comunicar información clave y promover comportamientos que contribuyan a reducir riesgos para la salud y evitar la propagación de la COVID-19, se enviaron más de 2,6 millones de mensajes de texto (SMS), en una alianza entre la compañía de telecomunicaciones Digitel y la OPS en Venezuela.

Escanee el código QR para ingresar a los recursos técnicos y de comunicación sobre COVID-19 de la OPS Venezuela:



Presencia y acción en los estados fronterizos

Las oficinas de terreno de la OPS, ubicadas en los estados fronterizos de Amazonas, Bolívar, Delta Amacuro, Táchira y Zulia, facilitan la coordinación con las autoridades locales y estatales, y permiten la articulación con otros organismos, para identificar y coordinar la respuesta a las necesidades de las poblaciones con mayores vulnerabilidades. Aunque las oficinas se encuentran en cinco estados, estas extienden su rango de acción a 16 de los 24 estados que conforman al país. Esto significa, un 66,7 % de alcance nacional.



Las oficinas de terreno contribuyeron en la implementación de los proyectos de emergencia, inscritos en el Plan de Respuesta Humanitaria - 2020 (HRP, por sus siglas en inglés), incluidas acciones para la salud materna e infantil, salud sexual y reproductiva, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, no transmisibles, inmunizaciones, y la respuesta a la COVID-19.

Con su presencia en los estados fronterizos, la OPS contribuyó en la capacitación de los trabajadores sanitarios para el manejo de la COVID-19, uso adecuado y seguro de los EPP, acciones de vigilancia epidemiológica y organización de los espacios (PASI), destinados a la atención de los venezolanos que retornan al país, así como de los servicios de emergencia de los hospitales designados como centinela.

La OPS también realiza labores de abogacía en la búsqueda de facilitar espacios de diálogo y concertación entre las autoridades locales de acciones que benefician a la población, entre las que se consideran fundamentales el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en el marco del Reglamento Sanitario Internacional y de los sistemas de información.

Acción humanitaria por la salud

La OPS es la agencia líder de la agrupación de actores humanitarios en el sector salud, mejor conocido como el Clúster de Salud, en el que participan de manera activa 65 socios entre los que se cuentan agencias de Naciones Unidas, ONG nacionales e internacionales, el movimiento de la Cruz Roja (Federación y Cruz Roja Venezolana), representantes de sociedades científicas, un representante de los donantes, el Comité Internacional de la Cruz Roja y Médicos Sin Fronteras como observadores y delegados del MPPS en los grupos temáticos, los cuales analizan temas claves en el contexto humanitario para avanzar con la implementación de acciones previstas en el Plan de Respuesta Humanitaria.

Como parte de los compromisos en el liderazgo que la OPS ejerce en el Clúster de Salud, se entregaron medicamentos y suministros médico-quirúrgicos a los socios, quienes desarrollan actividades de manera directa a beneficio de las comunidades y reportan al Clúster a través de la herramienta 5W.

De acuerdo con lo reportado por los socios en la 5W, entre enero y diciembre de 2020, se logró alcanzar:

- Más de 6 millones de personas beneficiadas, de las cuales 4,3 millones fueron por acciones de respuesta humanitaria y 1,7 millones por COVID-19.
- Más de 4,3 millones de personas beneficiadas por entrega de medicamentos e insumos médicos, anticonceptivos y EPP.
- 8.849 personas vulnerables y trabajadores de salud recibieron teleasistencia mediante actividades realizadas por 9 de los socios.
- 1.145.279 de personas vacunadas; más de 600 establecimientos de la Red Integral de Servicios de Salud fortalecidos.
- Capacitados 7.862 trabajadores de salud en temas como salud sexual y reproductiva, VIH, prevención y control ITS, uso de EPP, manejo de COVID-19 y violencia basada en género.
- Fortalecimiento de la capacidad de respuesta en COVID-19 por parte de los socios en algunas comunidades indígenas en los estados Bolívar y Amazonas.
- Presentación de 53 proyectos por 39 organizaciones para el HRP-2021



La Organización Panamericana de la Salud (OPS) colabora con los países de las Américas para mejorar la salud y la calidad de vida de su población. Fundada en 1902, es el organismo internacional dedicado a la salud pública más antiguo del mundo. Es la Oficina Regional de la OMS para las Américas y el organismo de salud especializado del sistema interamericano.



Representación de la OPS/OMS en Venezuela

6.^a avenida, entre 5.^a y 6.^a transversal, quinta OPS/OMS,

Altamira, Caracas 1060, Venezuela.

Teléfonos: (+58 212) 206.50.22 / 267.16.22

E-mail: venwebmasters@paho.org