

Características del servicio social para profesionales médicos en los estados andinos

Characteristics of compulsory service programs for medical professionals in the Andean states

Guido Bendezu-Quispe^a, Franco León^b, Joel Moreno^b, Fiorella Inga-Berrospi^c

^a Vicerrectorado de Investigación, Unidad de Investigación para la Generación y Síntesis de Evidencias en Salud, Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú

^b Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú

^c Escuela de Medicina, Universidad Continental, Lima, Perú

*Autor corresponsal gbendezu@usil.edu.pe

Citación Bendezu-Quispe G, León F, Moreno J, Inga-Berrospi F. Characteristics of compulsory service programs for medical professionals in the Andean states. *Medwave* 2020;20(2):e7848

Doi 10.5867/medwave.2020.02.7848

Fecha de envío 30/8/2019

Fecha de aceptación 14/2/2020

Fecha de publicación 31/3/2020

Origen No solicitado

Tipo de revisión Con revisión externa por pares, por dos árbitros a doble ciego

Palabras clave rural health, rural health services, health physician personnel, physician

Resumen

Introducción

Se ha estudiado poco sobre el impacto de los programas de servicio social en salud en el desarrollo profesional de médicos de los Estados Andinos (Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), programas cuya finalidad es incrementar los recursos humanos en salud en zonas rurales y remotas.

Objetivo

Describir la normativa de los programas de servicio social para profesionales médicos de los Estados Andinos.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica de documentos normativos concernientes al servicio social para profesionales médicos en sitios web de gobiernos de los Estados Andinos, con la finalidad de obtener información la condición de servicio, financiamiento del programa/remuneraciones y modos de adjudicación. Adicionalmente, se empleó el motor de búsqueda PubMed para complementar la información sobre servicios sociales obligatorios en estos países.

Resultados

El servicio social para profesionales médicos está establecido bajo un marco normativo en todos los Estados Andinos, a excepción de Argentina, donde no existe este programa. Los participantes perciben una remuneración, salvo en Bolivia, donde el servicio es realizado por estudiantes. Los sistemas de adjudicación para estos programas

son heterogéneos, siendo que en algunos Estados Andinos existe asignación de plazas según criterios meritocráticos. La participación en programas sociales en salud condiciona el ejercicio profesional (Ecuador, Colombia y Venezuela) y el poder realizar una especialización (Chile y Perú).

Conclusiones

Se requiere estudiar del impacto de estos programas en el desarrollo profesional del participante, con el objetivo de implementar estrategias de mejora adecuadas a sus contextos particulares.

Abstract

Introduction

There are few studies on the impact of social service programs on health in the professional development of doctors in the Andean States (Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Peru, and Venezuela). The purpose of these programs is to increase the availability of human resources in health in rural and remote areas.

Objective

To describe the regulations of social service programs for medical professionals in the Andean countries.

Methods

We carried out a bibliographic review of normative documents concerning the social service for medical professionals using websites of governments of the Andean States as data sources. We sought to obtain information regarding service conditions, funding of these programs—including remunerations, and means of program allocation. Additionally, we used PubMed/MEDLINE to find complementary information on mandatory social services in these countries.

Results

Social service for medical professionals is established under a regulatory framework in all the Andean countries, except for Argentina, where this program does not exist. Participants receive remuneration (except in Bolivia, where students perform the service). The allocation systems used for these programs are heterogeneous, and in some Andean countries, the allocation is merit-based. Participation in social programs influences later professional opportunities (Ecuador, Colombia, and Venezuela) and the ability to specialize (Chile and Peru).

Conclusions

It is necessary to study the impact of these programs on the professional development of the participants to design and implement quality improvement strategies tailored to each context.

Ideas clave

- La OMS recomienda el desarrollo de programas de servicio social sanitario para incrementar los profesionales de la salud en zonas rurales y remotas, carentes de estos recursos humanos, a través de incentivos económicos y educativos para aumentar el reclutamiento y su retención en dichas áreas.
- A pesar de las décadas que tienen estos programas en la región, se ha estudiado poco las implicancias en el desarrollo profesional de los médicos en los Estados Andinos que cuentan con estos programas.
- Por este motivo se buscó describir la normativa de los programas de servicio social para profesionales médicos de los Estados Andinos, con el fin de conocer las implicancias laborales y profesionales de la participación en estos programas.
- Como limitación, es posible que información útil para la evaluación de los programas sociales en salud escape a la revisión documentaria, siendo necesario evaluar estos programas desde la perspectiva del participante, y así conocer de forma más profunda la influencia de estos programas en el desarrollo de los profesionales médicos.

Introducción

Bajo la denominación de Estados Andinos se agrupa a las naciones que comparten geográficamente a la Cordillera de los Andes, además de un pasado histórico común dado por el sincretismo entre la cultura española y la de los pueblos indígenas de América del Sur. Como Estados Andinos se incluyen a Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Estas naciones han presentado un desarrollo de sistemas políticos similares, con realidades políticas y sanitarias heterogéneas y procesos complejos de integración¹. Los recursos humanos en salud son el principal insumo para la oferta de atención sanitaria. Por ello, su distribución debería guiarse bajo el enfoque de ofertar prestaciones de salud de manera oportuna y de calidad, de la forma más homogénea posible, independientemente de la ruralidad y la accesibilidad geográfica^{2,3}.

En este contexto surgen los programas de servicio social obligatorio para profesionales médicos, como un instrumento de justicia social que fomenta la equidad en acceso a la salud al permitir a los gobiernos dirigir o aumentar los servicios de salud a zonas geográficas que no están bien atendidas, como las áreas rurales y en comunidades que no son favorecidas por las fuerzas del mercado y las preferencias de los trabajadores de salud¹. Estos programas existen bajo el supuesto de que la mayor presencia de médicos mejora el estado de salud de las poblaciones rurales y remotas, las cuales suelen presentar mayores tasas de morbilidad y mortalidad^{4,5}. En algunos países, la participación en estos programas es requisito para poder ejercer la profesión médica¹.

En los Estados Andinos, las zonas geográficas correspondientes al quintil más bajo de pobreza se suelen corresponder con áreas rurales y remotas, donde la falta de retención del personal médico limita el desarrollo de intervenciones costo efectivas en salud para la población

que reside en estas zonas⁶. Por ello, es importante la existencia de programas de servicio social, que permitan distribuir de forma más equitativa a los profesionales de salud hacia regiones con mayores necesidades de atención en salud. A pesar de la importancia que tienen estos programas sociales en los Estados Andinos, poco se ha estudiado sobre el impacto que genera este tipo de programas sobre la salud de las poblaciones beneficiarias de los mismos. Por otro lado, se ha descrito que en diversos países la participación en estos programas sociales en salud sería mandatorio para el desarrollo profesional, lo que incluye el ejercicio de la profesión médica o la posibilidad de acceder a posgrados o programas de especialización^{7,8}.

La Organización Mundial de la Salud propone como una recomendación condicional el desarrollo de programas de servicio social en salud, con la finalidad de incrementar el número de recursos humanos en zonas rurales y remotas⁹. Estos programas deben contar con un soporte estructural adecuado para su desarrollo y sistemas de incentivos apropiados, como los económicos o educativos, para aumentar el reclutamiento y posterior retención de profesionales de la salud en estas áreas⁹. A pesar de las décadas que tienen estos programas en la región, se ha estudiado poco las implicancias en el desarrollo profesional de los médicos en Estados Andinos que cuentan con estos programas. Por ello, el objetivo del estudio fue describir la normativa de los programas de servicio social para profesionales médicos de los Estados Andinos, con la finalidad de conocer las implicancias laborales y profesionales de la existencia y participación en estos programas por parte del profesional médico de estos países.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica entre diciembre de 2018 y enero de 2019, acerca de la normativa de los programas de servicio social en salud para profesionales médicos de los Estados Andinos (Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), con la finalidad de obtener información sobre la condición de servicio, financiamiento del programa/remuneraciones y modos de adjudicación del mismo. También se busca caracterizar los distintos programas de servicio social en salud en estos países y comparar su normativa.

En primer lugar, se realizó una búsqueda en sitios web oficiales de los distintos gobiernos de los Estados Andinos, incluyendo a los relacionados con las secretarías, ministerios u otra oficina que dirija los temas de salud en estos países para identificar documentos que normen y den sustento al desarrollo de sus programas de servicio social en salud. Adicionalmente, se realizó una búsqueda en el motor de búsquedas PubMed, con la finalidad de recuperar documentos que pudieran complementar la información de los programas de servicio social obligatorio que no pudieran estar disponibles en los sitios web de organizaciones oficiales de estos Estados.

La estrategia de búsqueda fue ejecutada el 20 de enero de 2019 e incluyó términos MeSH y términos libres en relación con los términos “rural”, “medical service” y “latin america”, a ser buscados en los campos “título” y “resumen” de los documentos. La búsqueda bibliográfica no estuvo restringida por año de publicación de los docu-

mentos. Finalmente, se realizó una búsqueda manual de las referencias bibliográficas de los documentos identificados en las dos fases previamente descritas, con la finalidad de identificar un mayor número de documentos útiles para describir las características de los programas de servicio social en salud en los Estados Andinos. Fueron excluidos los documentos normativos no útiles para la descripción de los aspectos evaluados sobre los programas sociales.

Resultados

En la Tabla 1 se muestran los documentos identificados para cada Estado Andino, que brindan el sustento normativo a los programas de servicio social en salud en estos países, y describen la condición de servicio, financiamiento del programa/remuneraciones y modos de adjudicación por cada país. A continuación, se presenta la información sobre los programas de servicio social en salud por cada Estado Andino, según las siguientes características: condición de servicio, financiamiento del programa/remuneraciones y modos de adjudicación al programa (en la Tabla 2 se presenta un resumen respecto a estas características, según cada Estado Andino).

Condiciones del servicio

Argentina

No se identificó la existencia de programas de servicio social en República Argentina. La Ley N° 17.132 “Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas”, documento que describe las autorizaciones requeridas para el ejercicio de la profesión médica en Argentina, no describe la participación o existencia de un programa de servicio social para el médico que ejerce en este país¹⁰.

Bolivia

En el año 2001 se aprobó el Decreto Supremo N° 26217, el cual estableció que como parte del programa de formación del internado de medicina se incluya una rotación de tres meses en un área rural, siendo denominada esta rotación como Servicio Social Rural Obligatorio¹¹.

Chile

El servicio social obligatorio aplica solo para los médicos que deseen acceder a programas de especialización profesional, orientándose hacia el ejercicio profesional en las zonas pertenecientes a los quintiles más bajos de pobreza, estipulado así en la Ley 19.664 del año 2000, vigente hasta la actualidad. En este país el ejercicio profesional en instituciones públicas y privadas como médico general no especialista no está condicionado al cumplimiento de este servicio social¹².

Colombia

Mediante la Resolución N° 1058 de 2010 (Art.3), se define al Servicio Social Obligatorio como “aquel 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”, siendo un requisito indispensable para poder ejercer la medicina en territorio colombiano¹³. Este servicio puede ser prestado en las siguientes modalidades: planes de salud pública de intervenciones colectivas, programas de salud dirigidos a poblaciones vulnerables, programas de investigación en salud en instituciones del

sector, prestación de servicios profesionales o especializados de salud (art.6)¹³.

Los profesionales pueden cumplir con el Servicio Social Obligatorio inmediatamente después de obtener el título de pregrado del nivel universitario, durante tres meses o después de finalizado un programa de especialización médica y quirúrgica durante seis meses. Este servicio social es un requisito indispensable para poder ejercer la medicina en territorio colombiano.

Ecuador

El Acuerdo Ministerial N° 5307 de 2015 establece que el Año de Salud Rural del Servicio Social se desarrolla durante un año calendario, al cual se accede por medio de sorteos semestrales, pudiendo realizarse sorteos excepcionales. En ambos casos, los procesos deben ser validados por la Comisión Técnica Nacional de Rurales, entidad creada para gestionar los procesos involucrados en el sorteo, asignación de plazas y control del cumplimiento del año de salud rural, siendo esto aprobado por la máxima autoridad del Ministerio de Salud Pública (Acuerdo Ministerial N° 149-2017)¹⁴. La realización de este servicio es requisito indispensable para la habilitación del ejercicio profesional, encontrándose orientada hacia actividades de promoción y prevención, de acuerdo a los principios del Modelo de Atención Integral de la Red Pública Integral de Salud¹⁵.

Perú

La Ley N° 23330 del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud, establece que el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) debe ser prestado por los profesionales de las ciencias de la salud titulados, siendo obligatorio haber realizado previamente este servicio para poder acceder a trabajar en entidades públicas, así como también para poder ingresar a los programas de residencia médica y recibir una beca estatal. El Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud tiene la duración máxima de un año, y se realiza inmediatamente después de la graduación, pudiendo variar el número de vacantes disponibles para los egresados de los diferentes programas de las escuelas académico profesionales de medicina, de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria¹⁶.

Venezuela

La Ley del Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior (Ley N° 38.272) norma la actividad que deben desarrollar, en las comunidades, los estudiantes de educación superior que cursen estudios de formación profesional¹⁷. Asimismo, la Ley de Ejercicio de la Medicina del año 2011 (Art. 8) establece que para ejercer la profesión de médico en forma privada o en cargos públicos de índole asistencial, médico administrativa, médico docente, técnico sanitaria o de investigación en poblaciones mayores de cinco mil habitantes; es requisito indispensable haber desempeñado por lo menos durante un año, el cargo de médico rural o haber efectuado internado rotatorio de postgrado durante dos años, con una pasantía no menor de seis meses en un área rural¹⁸.

Financiamiento del programa/remuneraciones

Bolivia

Según el artículo 9 del Reglamento de Servicio Social de Salud Rural Obligatorio, aprobado en el año 2001, el Ministerio de Salud y Previsión Social no otorgará ningún tipo de remuneración ni reconocimiento monetario de ningún tipo, en virtud de que el Servicio Social de Salud Rural Obligatorio forma parte de la formación universitaria¹¹.

Chile

El financiamiento de estas plazas de servicio social obligatorio en zonas rurales, para médicos que deseen ingresar a un programa de especialización, es realizado por el Ministerio de Salud, los municipios y las universidades¹⁹. Desde 2007 los médicos ingresados a los programas de especialización provienen de las líneas de contratación: médicos en etapa de destinación y formación, médicos comisionados directamente por los servicios de salud, y el Programa de Formación de Especialistas Básicos, destinado a médicos recién egresados y que se contratan en consultorios municipales, alternando trabajo y formación por un período de seis años^{19,20}.

Colombia

La Resolución N° 1058 del año 2010 en su artículo 15 referente a vinculación y remuneración dice: “las plazas de servicio Social Obligatorio se proveerán mediante la vinculación de los profesionales a la institución a través de nombramiento o contrato de trabajo o en su defecto, por medio de contrato de prestación de servicios, garantizando continuación por resolución, por medio de la cual se reglamenta el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior de área de la salud”, y en el artículo 7 de la Resolución N° 2358 del 2014 se estipula que “las entidades territoriales, en su jurisdicción, verificarán que las instituciones prestadoras de servicios de salud cuenten con los recursos suficientes que garanticen la retribución económica de los servicios que prestarán los profesionales”²¹. Por lo tanto, el financiamiento de los médicos que realizan el servicio rural es realizado por las propias instituciones prestadoras de servicios de salud.

Ecuador

De acuerdo al Reglamento para el Cumplimiento del Año de Salud Rural de Servicio Social en la Red Pública Integral de Salud del año 2015, y su reforma del año 2017, en su artículo 10, el pago de las remuneraciones es responsabilidad de cada miembro de la Red Pública Integral de Salud¹⁵.

Perú

Las plazas del programa Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud son financiadas por instituciones públicas y privadas, las cuales ofertan anualmente plazas de este programa de acuerdo con los requerimientos y disponibilidad presupuestaria. La repartición de las plazas se realiza tomando en cuenta lo estipulado por los comités regionales o subregionales. Para quienes no logran alcanzar una plaza remunerada y deseen trabajar en el sector público, pueden realizar el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud en la modalidad no remunerada (Ad Honorem) denominada equivalente. Las fuentes de financiamiento son nacional, institucional, regional, Seguro Social de Salud

(EsSalud); Fuerza Aérea, Ejército y Marina del Perú ; y financiamiento privado¹⁶.

Venezuela

Tal como se establece en la Ley de Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior para la realización del Servicio Social Obligatorio de pregrado, no se recibe ninguna remuneración. Sin embargo, este programa se financia con recursos del Presupuesto Ordinario¹⁷. En la modalidad de Servicio Rural en egresados de acuerdo a la Ley de Ejercicio de la Medicina del año 2011, en su artículo 15, se establece que las propias entidades prestadoras de Servicios de Salud deben encargarse de los recursos necesarios para la atención. Además, en su artículo 16 estipula que la jornada máxima de trabajo diario o semanal no debe exceder lo señalado por ley; y en su artículo 36 se indica que “el ejercicio de la profesión da derecho al médico o médica a percibir honorarios por los actos médicos que realice”¹⁸.

Modalidades de adjudicación al programa

Bolivia

Recibe el nombre de “Servicio Social de Salud Rural”, el cual se realiza de forma obligatoria no remunerada durante tres meses en el internado de pregrado, como requisito para la obtención del diploma académico y el título profesional. Las plazas son asignadas por los Servicios Departamentales de Salud y las universidades mediante concurso¹¹.

Chile

Para acceder al servicio médico obligatorio rural existen las siguientes modalidades:

Concurso Beca Primaria: este programa está orientado a disponer de médicos especialistas con compromiso de retorno. Con este objetivo se contrata a recién egresados de las diferentes facultades de medicina haciéndoles firmar una garantía de retorno, siendo contratados bajo la denominación de becarios para trabajar en los servicios de salud priorizados de acuerdo con el criterio de carencia de especialista²².

Formación de Profesionales de la Etapa de Destinación y Formación (Ex Médicos Generales de Zona): programa de gestión centralizada, que consiste en dos ciclos a los cuales los profesionales ingresan vía concurso público. Durante la Etapa de Destinación, los médicos se desempeñan en zonas rurales con énfasis en las pertenecientes a los quintiles más bajos de riqueza. En el tercer año de ejercicio en estas localidades apartadas, el profesional puede postular al concurso de becas de especialización, manteniéndose esta opción hasta el sexto año de desempeño. Cumplidos estos seis años, se tiene luego la opción de un periodo de tres años de formación no siendo obligatoria la realización de la fase asistencial como retribución post beca, motivo por el cual el retorno al Sistema Nacional de Servicios de Salud es voluntario²².

Concurso Nacional de Especialistas (CONE): programa de gestión centralizada, tiene como objetivo el resolver problemas locales críticos de disponibilidad de especialistas, siendo su ingreso a través de un concurso público. Entre sus principales características se incluye el exigir como requisitos el haberse desempeñado previamente como

profesional de la salud durante al menos un año, además de una fase asistencial de servicio social obligatorio de retribución al Estado al término de la beca, por el doble del tiempo de duración de la formación²².

Colombia

En este país recibe la denominación de “Servicio Social Obligatorio”. Los profesionales pueden cumplir con el servicio inmediatamente después de obtener el título de pregrado del nivel universitario por tres meses o después de finalizado un programa de especialización médica y quirúrgica por seis meses. La asignación de plazas se realiza mediante cuatro procesos anuales, teniendo en cuenta las siguientes condiciones de priorización en orden descendente:

- Ser madre o padre cabeza de familia.
- Ser mujer en estado de embarazo o en periodo de lactancia.
- Tener discapacidad.
- Ser víctima del conflicto armado¹³.

Ecuador

El cumplimiento del “Año de Salud Rural del Servicio Social” es obligatorio como requisito para la habilitación del ejercicio profesional. La adjudicación de plazas se realiza de forma similar a la de Colombia (procesos anuales donde se aplican condiciones de priorización), a través de procesos semestrales¹⁴.

Perú

El Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud es remunerado, siendo requisito para trabajar en entidades públicas e ingresar a los programas de segunda especialización profesional. Las plazas son adjudicadas a los profesionales según puntaje en un proceso anual. Sin embargo, los profesionales que no logren alcanzar alguna de las plazas presupuestadas, de acuerdo al Reglamento de la Ley N° 23330 artículo 9, pueden realizar el “Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud equivalente”, el cual es una modalidad Ad Honorem durante el periodo de un año¹⁶.

Venezuela

De acuerdo al artículo 8 de la Ley de Ejercicio de la Medicina del año 2011, vigente a la fecha, es el Ministerio del Poder Popular el que realiza la repartición de las plazas disponibles para el servicio social obligatorio¹⁸. De no existir alguna vacante para cubrir plazas de médico en determinadas circunscripciones territoriales, el Ministerio del Poder Popular podrá designar un médico para el desempeño de un cargo asistencial en ciudades de hasta cincuenta mil habitantes por un periodo no menor de un año¹⁸. De no existir un cargo como el indicado, el médico puede adjudicarse una plaza en otra institución pública o ejercer privadamente por un periodo de tiempo no menor de un año, en ciudades con población no mayor de cincuenta mil habitantes¹⁸.

Discusión

Esta revisión tuvo como finalidad describir los marcos normativos, modos de adjudicación y financiamiento de los programas de servicio social en salud en los Estados Andinos. A excepción de la República

Argentina, se encontró la existencia de programas de servicio social en el resto de ellos. Todos los programas de servicio social descritos cuentan con un marco normativo que da soporte al desarrollo de las actividades realizadas por profesionales médicos, a excepción de Bolivia, en donde el servicio es realizado por estudiantes de medicina. Dichos programas están orientados a brindar atención de salud a poblaciones de mayor vulnerabilidad debido a su contexto social y económico. La participación en este programa social es mayoritariamente remunerada y repercute en el desarrollo profesional de los médicos de los Estados Andinos, siendo en algunos países requisito indispensable para el ejercicio profesional o para continuar con el desarrollo profesional a través de una especialización o posgrado.

El marco normativo de los programas sociales en salud en los Estados Andinos establece que este servicio debe ser realizado por profesionales egresados de las escuelas de medicina, a excepción de Bolivia, en donde el programa es realizado como parte del internado médico (es decir, es realizado por estudiantes de medicina). Se desarrollan en instituciones del gobierno o afiliadas al gobierno y presentan distintas modalidades de adjudicación, de carácter anual, para los puestos de labores.

A nivel mundial, más de 70 países tienen este tipo de programas sociales en salud, así como en algunos lugares de Canadá, India y Japón²³. La participación en programas sociales en salud tiene implicancias éticas tales como las condiciones del participante para su participación, obligaciones, además de la cobertura de protección, consideraciones acerca del retiro del programa y oportunidades profesionales^{24,25}.

Desde la perspectiva de los médicos, existen reportes en diversos países sobre oposición a la participación en estos programas sociales por cuestionamientos hacia su utilidad, sostenibilidad de los programas, deficiencias en las instalaciones y falta de equipamiento, difícil acceso, problemas en saneamiento, entre otros^{5,26-28}. Si bien los programas sociales en salud persiguen distribuir equitativamente a los profesionales en salud para que la totalidad de la población pueda acceder a atenciones de salud, es necesario asegurar la disponibilidad de insumos, además de una infraestructura apropiada que permita al médico un adecuado desempeño de su labor profesional.

A nivel mundial, la participación en programas sociales en salud incluye incentivos educativos para hacer una rotación en zonas desatendidas durante los años de estudio de pregrado, como requisito para obtener la licencia de médico^{23,29} (como en el caso boliviano), así como para poder seguir cursos de especialización o posgrado²³ (escenario presente en los Estados Andinos con este tipo de programas sociales). En Ecuador, Colombia y Venezuela, la participación en estos programas es requisito para el ejercicio profesional en el sector público y privado. En Chile y Perú, la participación en programas de servicio social en salud es requisito para poder realizar programas de especialización profesional. En Perú, se ha descrito la inconstitucionalidad de este programa al no respetarse el derecho de la persona a la libertad de decidir el trabajo en que desea laborar⁸. En este país, el profesional que no participa en este programa solo podría ejercer en el sector privado, y siendo que la mayor parte de establecimientos

de salud pertenecen al sector público, la oferta de empleo para este profesional se ve limitada.

La literatura describe que el incentivo educativo sería el método más común para la participación en estos programas, siendo que existiría una retención de la certificación necesaria para practicar o ejercer la profesión hasta que el médico culmine el programa, lo que limita continuar con el desarrollo profesional del participante hasta finalizar este programa²³.

Los médicos que participan en programas de servicio social en salud en los Estados Andinos reciben una remuneración por el desarrollo de esta actividad, aunque con excepciones. En Perú existe la modalidad “equivalente”, en la que realiza un menor número de horas de trabajo que el profesional en la modalidad “remunerada”, sin un estipendio por su labor. En Bolivia, el programa es realizado por estudiantes de pregrado, siendo parte de sus requisitos para obtener el grado académico y no recibiendo salario por esta actividad. En la mayor parte de países del mundo, el profesional médico que participa en estos programas recibe una remuneración por su labor²³, estando los Estados Andinos acordes a esta realidad. Los incentivos financieros (reembolso de becas y préstamos) junto con programas de servicios sociales obligatorios han demostrado éxito en mejorar la atracción y retención de trabajadores de salud, sobre todo de los médicos que desean ingresar a un programa de especialización^{28,30-32}, por lo que podrían ser una estrategia para incrementar el valor que dan a estos programas los médicos participantes.

Si bien la participación en estos programas influye en el desarrollo profesional del médico, específicamente en el aspecto educativo, se han descrito problemas respecto a la formación de los profesionales y la idoneidad de la formación recibida en las aulas, la cual en muchos casos, puede estar orientada a un ambiente hospitalario. Ello genera dificultades para la atención médica en zonas desfavorecidas en las que se requiere competencias de atención primaria de salud, incluyendo reportes en países de medianos o bajos ingresos como los Estados Andinos³³⁻³⁵.

En relación a las propuestas realizadas para mejorar el servicio social en salud desde el punto de vista de los médicos egresados, se podría considerar el desarrollar competencias en la interpretación y aplicación de normas y guías de práctica clínica desde el pregrado, así como también en primeros auxilios^{36,37}. De igual forma, la oferta de educación médica continua a través de capacitaciones durante su participación en estos programas, junto con una política de recursos humanos que promueva y fomente el interés del médico (con experiencia ya adquirida a través del servicio social obligatorio en zonas menos favorecidas, que lo insta a permanecer por más tiempo en ellas); serían alternativas para promover la labor médica en estos contextos, incluyendo en países de medianos y bajos ingresos^{30,38-40}.

A pesar de las décadas de experiencia con estos programas sociales en salud, existe poca información sobre el impacto de estos programas en la atención de salud de estas poblaciones^{7,23}. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en un informe del año 1998, reportó puntos problemáticos de los programas sociales que incluían la falta de una política tangible de recursos humanos en salud, la falta de

compromiso e identificación por el personal laborante en ellos (dada su obligatoriedad), fallos en el seguimiento de la labor de los profesionales participantes, problemas con las normas que rigen estos programas, riesgos a la integridad y salud del participante, desarticulación dentro del sistema sanitario, entre otros. Asimismo, estos problemas se encuentran en publicaciones recientes sobre programas de servicio social y programas de atención médica rural en diversas regiones del mundo^{30,41}.

La ejecución de programas de servicio social en salud tiene como objetivo común el incremento del número de médicos en zonas de mayor pobreza y de acceso geográfico más dificultoso, y de esta forma, mejorar la oferta de salud en las zonas territoriales menos favorecidas con médicos generales. Estos programas están en línea con lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud, que promueve el incremento de los profesionales de salud en zonas rurales y remotas a través del perfeccionamiento de los sistemas de retención laboral para la disminución de las inequidades en el acceso a la atención en salud⁴².

Si bien en las últimas décadas se han establecido marcos legales (y sus reglamentos y normas) que encuadran el desarrollo de los programas sociales obligatorios en salud en los Estados Andinos, aún seguirían persistiendo muchas de las falencias reportadas por la OPS a finales de la década de 1990. Por tal motivo, se hace necesario el estudio del impacto de estos programas y la utilidad de estrategias, para incrementar el número de profesionales médicos en áreas rurales y remotas a través de la implementación de políticas de recursos humanos en salud.

Este estudio buscó describir la normativa y las implicancias para el desarrollo profesional de médicos que se desempeñan en los Estados Andinos que cuentan con un programa de servicio social en salud. Si bien la revisión de la normativa de los programas es útil para conocer el sustento legal para su ejecución y conocer el modo en que estos influyen en el desarrollo profesional del médico en los Estados Andinos, es posible que información útil para la evaluación de estos programas escape a la revisión de documentos, siendo necesario el desarrollo de cuestionarios o encuestas a profesionales médicos ejerciendo o ya habiendo ejercido alguno de estos programas de servicio social en salud. Su finalidad es la exploración con mayor detalle del estado actual del desarrollo de estos programas e implicancias de la participación en los mismos, desde la perspectiva del médico participante. De esta forma, se conocerá de forma más profunda la influencia de estos programas en el desarrollo de los profesionales médicos en los Estados Andinos. A pesar de ello, dado que la normativa de cada país es el sustento legal para el desarrollo de estos programas y siendo dicha normativa la revisada en este estudio, consideramos que lo reportado sobre estos programas sería de utilidad como una primera aproximación al estudio de la influencia de la participación en programas sociales en salud en el desarrollo profesional de los médicos de los Estados Andinos. Sin embargo, es necesario estudiar en profundidad el impacto en su desarrollo profesional.

Conclusiones

El servicio social para profesionales médicos está establecido en los Estados Andinos, a excepción de la República Argentina. Estos programas cuentan con un marco normativo para su desarrollo, siendo estos servicios realizados por un profesional médico ya egresado de la escuela de medicina humana, a excepción de Bolivia, donde se considera una rotación del internado médico (último año del pregrado médico). La participación en estos programas genera una compensación económica a los participantes (exceptuando a los participantes de Bolivia que son aún estudiantes y a los de la modalidad equivalente en Perú).

Por otro lado, la participación en estos servicios sociales condiciona el desarrollo profesional del médico, limitando el ejercicio de la profesión, el trabajar en el sector público o privado y también en la posibilidad de realizar un posgrado o especialización. Esto indica que existen diferencias en el modo de realización de estos programas en los Estados Andinos. Por estas razones, es necesario el realizar evaluaciones del impacto de estos programas en la salud de la población beneficiaria y en el profesional participante, con el objetivo de implementar estrategias de mejora adecuadas a sus contextos particulares.

Notas

Contribuciones de autoría

Todos los autores contribuyeron a la conceptualización, supervisión y gestión de proyecto, redacción, revisión y edición.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses con la materia de este artículo.

Financiamiento

Los autores declaran que no hubo fuentes externas de financiamiento.

Fuente de datos

Sitios web oficiales de los distintos gobiernos de los Estados Andinos. Los documentos revisados para la elaboración de este estudio figuran en la Tabla 1 del manuscrito.

Referencias

1. Agudelo CA. Integración regional andina en salud. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23:S267-72. | CrossRef |
2. Flores-Anaya L, León-Lozada C, Mayta-Tristán P. Servicio social en medicina en Latinoamérica: cobertura sin retención. *Salud Pública Mex*. 2016 Jan-Feb;58(1):2-3. | PubMed |
3. Acuña MC. Exclusión, protección social y el derecho a la salud. OPS/OMS; 2005.
4. Van Wieren A, Palazuelos L, Elliott PF, Arrieta J, Flores H, Palazuelos D. Service, training, mentorship: first report of an innovative education-support program to revitalize primary care social service in Chiapas, Mexico. *Glob Health Action*. 2014 Nov 3;7:25139. | CrossRef | PubMed |
5. Cavender A, Albán M. Compulsory medical service in Ecuador: the physician's perspective. *Soc Sci Med*. 1998 Dec;47(12):1937-46. | PubMed |
6. Palma AE, Gutiérrez AM, Morejon PG, Castro A. La medicina rural, un imperativo en los países en vías de desarrollo. *Enferm Inv (Ambato)*. 2018;3(Sup 1):48-52. [On line]. | Link |

7. Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *Lancet*. 2004 Oct 16-22;364(9443):1451-6. | PubMed |
8. Mayta-Tristán P, Poterico JA, Galán-Rodas E, Raa-Ortiz D. [Mandatory requirement of social health service in Peru: discriminatory and unconstitutional]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014 Oct-Dec;31(4):781-7. | PubMed |
9. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. 2010. [On line]. | Link |
10. Ley 17.132. Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; 1967. [On line]. | Link |
11. Decreto Supremo N° 26217. Reglamento del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio. La Paz; 2001. [On line]. | Link |
12. Ley 19664. Establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los servicios de salud y modifica la ley n° 15.076. Santiago: Ministerio de Salud; 2000. [On line]. | Link |
13. Resolución N° 1058. Reglamento del Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010. [On line]. | Link |
14. Acuerdo Ministerial N° 5307. Expedir la norma para el cumplimiento del Año de Salud Rural del Servicio Social en la Red Pública Integral de Salud. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2015. [On line]. | Link |
15. Espinosa V, de la Torre D, Acuña C, Cadena C. [Human resources for health in Ecuador's new model of care]. *Rev Panam Salud Publica*. 2017 Jun 8;41:e52. | PubMed |
16. Ley N° 23330. Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud. Lima: Ministerio de Salud; 2018. [On line]. | Link |
17. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley N° 38.272. Ley del Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior. Caracas; 2005. [On line]. | Link |
18. Asamblea Nacional de la República Bolivariana. Ley N° 30.823. Ley del Ejercicio de la Medicina. 2011. [On line]. | Link |
19. Guillou M, Carabantes C J, Bustos F V. [Availability of physicians and specialists in Chile]. *Rev Med Chil*. 2011 May;139(5):559-70. | CrossRef | PubMed |
20. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley N° 15076. Fija el texto refundido del estatuto para los Médicos- cirujanos, Farmacéuticos o Químico-farmacéuticos, Bioquímicos y Cirujanos dentistas. Santiago; 1962. [On line]. | Link |
21. Ministerio de Salud y Protección social. Resolución Ministerial N° 2358. Procedimiento para la asignación de las plazas del Servicio Social Obligatorio - SSO-, de las profesiones de medicina, odontología, enfermería y bacteriología, en la modalidad de prestación de servicios de salud. Bogotá; 2014. [On line]. | Link |
22. Ministerio de Salud de Chile. Evaluación de programa "Política de Formación de Especialistas en Chile". 2013. [On line]. | Link |
23. Frehywot S, Mullan F, Payne PW, Ross H. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? *Bull World Health Organ*. 2010 May;88(5):364-70. | CrossRef | PubMed |
24. Yuksekdog Y. The right to exit and skilled labour emigration: Ethical considerations for compulsory health service programmes. *Dev World Bioeth*. 2019 Sep;19(3):169-179. | CrossRef | PubMed |
25. Wiwanitkit V. Mandatory rural service for health care workers in Thailand. *Rural Remote Health*. 2011;11(1):1583. | PubMed |
26. Liaw ST, McGrath B, Jones G, Russell U, Bourke L, Hsu-Hage B. A compulsory experiential and inter-professional rural health subject for undergraduate students. *Rural Remote Health*. 2005 Oct-Dec;5(4):460. | PubMed |
27. Ferrinho P, Van Lerberghe W. Providing health care under adverse conditions: health personnel performance & individual coping strategies. *SHSOP*. 2000;16. [On line]. | Link |
28. Mollahaliloglu S, Aydogan U, Kosdak M, Oncul HG, Dilmen U. The views of new graduate physicians about compulsory service in Turkey. *Med J Islamic World Acad Sci*. 2012;20(4):140-145. [On line]. | Link |
29. Capstick S, Beresford R, Gray A. Rural pharmacy in New Zealand: effects of a compulsory externship on student perspectives and implications for workforce shortage. *Aust J Rural Health*. 2008 Jun;16(3):150-5. | CrossRef | PubMed |
30. Liu X, Dou L, Zhang H, Sun Y, Yuan B. Analysis of context factors in compulsory and incentive strategies for improving attraction and retention of health workers in rural and remote areas: a systematic review. *Hum Resour Health*. 2015 Jul 21;13:61. | CrossRef | PubMed |
31. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res*. 2008 Jan 23;8:19. | CrossRef | PubMed |
32. Johnson JC, Nakua E, Dzodzomenyo M, Agyei-Baffour P, Gyakobo M, Asabir K, et al. For money or service?: a cross-sectional survey of preference for financial versus non-financial rural practice characteristics among Ghanaian medical students. *BMC Health Serv Res*. 2011 Nov 3;11:300. | CrossRef | PubMed |
33. Sánchez Del Hierro G, Remmen R, Verhoeven V, Van Royen P, Hendrickx K. Are recent graduates enough prepared to perform obstetric skills in their rural and compulsory year? A study from Ecuador. *BMJ Open*. 2014 Jul 31;4(7):e005759. | CrossRef | PubMed |
34. Lertrattananon D, Limsawart W, Dellow A, Pugsley H. Does medical training in Thailand prepare doctors for work in community hospitals? An analysis of critical incidents. *Hum Resour Health*. 2019 Jul 29;17(1):62. | CrossRef | PubMed |
35. Ortiz-Acosta R, Beltrán-Jiménez BE. Habilidades clínicas, inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos pasantes de servicio social. *Inv Ed Med*. 2019;8(29):76-84. | CrossRef |
36. Muñoz Cano JM, Córdova Hernández JA. Percepción de pasantes de medicina en servicio social sobre su plan de estudios. *Perspectivas Docentes*. 2018;28(63). | CrossRef |
37. Ugalde HS, Roldán SM. Perspectivas del Servicio Médico Social en Costa Rica. *Acta Méd Costarric*. 2000 Jun;42(2):71-75. [On line]. | Link |
38. Grobler L, Marais BJ, Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jun 30;(6):CD005314. | CrossRef | PubMed |
39. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*. 2010 May;88(5):379-85. | CrossRef | PubMed |
40. Antonio CT, Guevarra JP, Medina PN, Avelino MD, Agbon AG, Sepe DC, et al. Components of compulsory service program for

- health professionals in low- and middle-income countries: a scoping review. *Perspect Public Health*. 2020 Jan;140(1):54-61. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
41. Reid SJ, Peacocke J, Kornik S, Wolvaardt G. Compulsory community service for doctors in South Africa: A 15-year review. *S Afr Med J*. 2018 Aug 30;108(9):741-747. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
42. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva, Switzerland. 2016. [Online]. | [Link](#) |

Tabla 1. Documentos normativos por país de programas de servicio social en salud en los Estados Andinos.

País	Tipo de documento	Número	Fecha de emisión	Emitido por	Descripción
Bolivia	Decreto Ley	15629	18/07/1978	Presidencia de la República	Código de salud de la República de Bolivia
	Decreto Supremo	18526	24/07/1981	Presidencia de la República	Reglamento del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio
	Decreto Supremo	25695	03/03/2000	Presidencia de la República	Modifica el Reglamento del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio
	Decreto Supremo	26217	15/06/2001	Presidencia de la República	Reglamento del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio
Chile	Ley	15076	08/01/1963	Congreso Nacional	Fija el texto refundido del Estatuto para los médicos- cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas
	Ley	19664	11/02/2000	Congreso nacional	Establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los Servicios de Salud y modifica la Ley N° 15.076
	Decreto	32	08/05/2001	Ministerio de Salud	Reglamento sobre acceso y condiciones de permanencia en los Programas de Perfeccionamiento a que se refiere la Ley N° 19.664
	Decreto	91	11/07/2001	Ministerio de Salud	Reglamento sobre acceso y condiciones de permanencia en los Programas de Especialización Ley N° 19.665
Colombia	Ley	1164	03/10/2007	Congreso de Colombia	Creación del Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud
	Resolución	1058	23/03/2010	Ministerio de la Protección Social	Reglamento del Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud
	Resolución	274	09/12/2011	Ministerio de la Protección Social	Define el procedimiento para la asignación de plazas del Servicio Social Obligatorio de medicina, odontología, enfermería y bacteriología, en la modalidad de prestación de servicios de salud, por parte de las Direcciones Departamentales de Salud
	Resolución	566	16/03/2012	Ministerio de la Salud y Protección Social	Modifica parcialmente la Resolución 274 – 2011
	Resolución	4503	28/12/2012	Ministerio de la Salud y Protección Social	Modifica el artículo 6 de la Resolución 274 de 2011 modificado por el artículo 2 de la Resolución 566 de 2012
	Resolución	2358	16/06/2014	Ministerio de la Salud y Protección Social	Deroga el artículo 15 de la Resolución 1058 de 2010, la Resolución 274 de 2011 modificada por las Resoluciones 566 y 4503 de 2012
	Resolución	3391	07/09/2015	Ministerio de la Salud y Protección Social	Modifica el artículo 12 de la Resolución 2358 de 2014
	Resolución	6357	20/12/2016	Ministerio de la Salud y Protección Social	Disposiciones relacionadas con el Servicio Social Obligatorio - SSO- en el marco de las zonas veredales transitorias de normalización
	Resolución	4968	29/11/2017	Ministerio de la Salud y Protección Social	Modifica la Resolución 1058 de 2010, en relación con las causales de exoneración y opciones de cumplimiento del Servicio Social Obligatorio
Ecuador	Decreto Ejecutivo	2689	04/09/1991	Presidencia de la República	Reglamento para la realización del Año de Servicio de Salud Rural, como requisito previo a la inscripción de títulos y ejercicio profesional de los graduados en medicina, odontología, obstetricia y enfermería

	Decreto Ejecutivo	3065	07/02/1992	Presidencia de la República	Reforma al reglamento para la realización del Año de Servicio Rural
	Decreto Ejecutivo	2096	16/09/1994	Presidencia de la República	Reforma al reglamento para la realización del Año de Servicio Rural
	Decreto Ejecutivo	1516	31/05/2001	Presidencia de la República	Reglamento Sustitutivo del Reglamento para la realización del Año de Servicio de Salud Rural, como requisito previo a la inscripción de títulos y ejercicio profesional de los graduados en medicina, odontología, obstetricia y enfermería
	Ley	2006-67	14/12/2006	Congreso Nacional	Ley Orgánica de Salud
	Decreto Ejecutivo	469	20/10/2014	Presidencia de la República	Reglamento para el cumplimiento del Año de Salud Rural de Servicio Social en la Red Pública Integral de Salud
	Acuerdo Ministerial	5214	30/12/2014	Ministerio de Salud Pública	Instructivo para el cumplimiento del Año de Salud Rural del Servicio Social en la Red Pública Integral de Salud
	Acuerdo Ministerial	5307	20/10/2015	Ministerio de Salud Pública	Norma para el cumplimiento del Año de Salud Rural del Servicio Social en la Red Pública Integral de Salud
	Acuerdo Ministerial	149-2017	08/11/2017	Ministerio de Salud Pública	Reforma la Norma para el cumplimiento del Año de Salud Rural del Servicio Social en la Red Pública Integral de Salud
Perú	Ley	23330	10/12/1981	Congreso de la República del Perú	Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud
	Decreto Supremo	005-97-SA	20/06/1997	Presidencia de la República	Reglamento de la Ley N° 23330, Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS
	Decreto Supremo	007-2008-SA	11/03/2008	Presidencia de la República	Modificatoria del Reglamento de la Ley N° 23330, Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUMS
	Resolución Ministerial	710-2012/MINSA	28/08/2012	Ministerio de Salud	Disposiciones para que profesionales en ciencias de la salud peruanos o no peruanos graduados o titulados en el extranjero puedan inscribirse como postulantes en el Concurso de Méritos o Sorteo Público del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUMS
	Decreto Supremo	037-2016-SA	24/08/2016	Presidencia de la República	Deroga disposiciones relacionadas con la inscripción de profesionales de la salud y el registro de sus títulos profesionales
	Resolución Ministerial	785-2016/MINSA	05/10/2016	Ministerio de Salud	Modifican el Reglamento de la Ley N.º 23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUMS
	Resolución Ministerial	172-2017/MINSA	17/03/2017	Ministerio de Salud	Suspenden durante el año 2017, el requisito señalado en el literal g) del artículo 23 del Reglamento de la Ley N.º 23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUMS
	Resolución Ministerial	1159-2017/MINSA	29/12/2017	Ministerio de Salud	Aprobar la Directiva Administrativa N° 246-MINSA/DI-GEP, Directiva Administrativa que establece precisiones para el desarrollo del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUMS
	Resolución Ministerial	047-2018/MINSA	26/01/2018	Ministerio de Salud	Modifican el Reglamento de la Ley N° 23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUMS
	Resolución Ministerial	263-2018/MINSA	28/03/2018	Ministerio de Salud	Suspenden durante el año 2018 el requisito señalado en el literal g) del artículo 23 del Reglamento de la Ley N° 23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUMS
Venezuela	Ley	38.272	30/08/2005	Asamblea Nacional	Ley del Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior
	Ley	30.823	19/12/2011	Asamblea Nacional	Ley del Ejercicio de la Medicina

Tabla 2. Condición de servicio, financiamiento/remuneraciones y modos de adjudicación en programas de servicios sociales en salud de los Estados Andinos.

País	Normatividad principal	Financiamiento del programa/remuneraciones	Modalidad de adjudicación
Bolivia	Establece que el programa de formación del internado de medicina incluya una rotación de tres meses en un área rural.	No remunerado considerado como parte de la formación universitaria.	Las plazas son asignadas por los Servicios Departamentales de Salud y las universidades mediante concurso.
Chile	El servicio social obligatorio aplica solo para los médicos que deseen acceder a programas de especialización profesional. El ejercicio profesional en instituciones públicas y privadas como médico general no especialista, no está condicionado al cumplimiento del servicio social.	El financiamiento de estas plazas de servicio social obligatorio, para médicos que deseen ingresar a un programa de especialización, en zonas rurales es dado por el Ministerio de Salud, los municipios y las universidades.	Concurso Beca primaria (por concurso público, se contrata a recién egresados de la facultad de medicina para trabajar en zonas priorizadas). Profesionales en Destinación y Formación (por concurso público). Concurso Nacional de Especialistas (por concurso público, con una fase asistencial de retribución obligatoria al término de la beca por el doble de tiempo de duración de la formación).
Colombia	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, siendo un requisito indispensable para poder ejercer la medicina en territorio colombiano.	El financiamiento de los médicos que realizan el servicio rural es realizado por las propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.	La asignación de plazas se realiza mediante 4 concursos anuales.
Ecuador	La realización de este servicio es requisito indispensable para la habilitación del ejercicio profesional, encontrándose orientada hacia actividades de promoción y prevención de acuerdo con los principios del Modelo de Atención Integral de la Red Pública Integral de Salud.	El pago de las remuneraciones es responsabilidad de cada miembro de la Red Pública Integral de Salud.	La asignación de plazas se realiza mediante concursos públicos semestrales.
Perú	El programa debe ser prestado por los profesionales de las ciencias de la salud titulados, siendo obligatorio haber realizado previamente este servicio para poder acceder a trabajar en entidades públicas, así como también para poder ingresar a los programas de residencia médica y recibir una beca estatal.	Las plazas del programa SERUMS son financiadas por instituciones públicas y privadas las cuales ofertan anualmente plazas de SERUMS de acuerdo con los requerimientos y disponibilidad presupuestal.	La asignación de plazas se realiza mediante un concurso anual. Sin embargo, los profesionales que no lograran alcanzar alguna de las plazas presupuestadas, pueden realizar el “SERUMS equivalente”, el cual es una modalidad Ad Honorem durante el periodo de 1 año.
Venezuela	Se establece que para ejercer la profesión de médico en forma privada o en cargos públicos de índole asistencial, médico administrativo, médico docente, técnico sanitaria o de investigación en poblaciones mayores de cinco mil habitantes, es requisito indispensable haber desempeñado por lo menos durante un año, el cargo de médico rural o haber efectuado internado rotatorio de postgrado durante dos años, con una pasantía no menor de seis meses en un área rural.	En el Servicio Social Obligatorio de pregrado no se recibe ninguna remuneración. En la modalidad de Servicio Rural en egresados, son las propias entidades prestadoras de Servicios de Salud las que deben encargarse de los recursos necesarios para la atención.	El Ministerio del Poder Popular es el que realiza la repartición de las plazas disponibles para el servicio social obligatorio.

Correspondencia a
Universidad San Ignacio de Loyola
Av. La Fontana 550, La Molina



Esta obra de *Medwave* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Medwave*.