

DESARROLLO DE ESQUEMAS DE INCENTIVOS PARA LA RETENCIÓN - FIDELIZACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN ÁREAS RURALES Y DE DIFÍCIL ACCESO



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

SERIE DE ESTUDIOS
MULTIPAÍS N°5

DESARROLLO DE ESQUEMAS DE INCENTIVOS PARA LA RETENCIÓN - FIDELIZACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN ÁREAS RURALES Y DE DIFÍCIL ACCESO

Serie de estudios
multipaís N°5



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

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

PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN LOS PAÍSES ANDINOS. Evidencia para la toma de decisiones / Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue - Lima: ORAS-CONHU,2015. 405 p.; ilus.
PLANIFICACIÓN/ RECURSOS HUMANOS/ MIGRACIÓN/ Política, brechas, incentivos/SALUD/ monitoreo.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°. 2015-14084

Editores

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes

Secretario Adjunto ORAS-CONHU y Coordinador del Grupo Técnico Andino en Recursos Humanos en Salud

Dr. José Francisco García Gutiérrez

Asesor de Recursos Humanos de Salud OPS/OMS

Coordinación de publicación:

Lic. Yaneth Clavo Ortiz, Encargada de Comunicaciones ORAS - CONHU

PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN LOS PAÍSES ANDINOS

Evidencias para la toma de decisiones

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2015

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

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

<http://www.orasconhu.org>

contacto@conhu.org.pe

Primera edición, 2015

Tiraje: 300 ejemplares

Diseño e impresión: SINCO DISEÑO E.I.R.L

Jr. Huaraz 449 - Breña Telf: 433-5974

sincoeditores@gmail.com

Impreso en Perú, octubre 2015

Estos estudios han sido realizados por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue, en el marco de la ejecución de su proyecto Plan Sanitario de Integración Andina PlanSIA, el mismo que cuenta con financiamiento del Fondo General de Cooperación Italiana (FGCI) y el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) y es administrado por el Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropriada en Salud (CESTAS).

Esta publicación se enmarca dentro de la cooperación técnica conjunta entre la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS y el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue.

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

Derechos reservados conforme a Ley.

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LOS ESTUDIOS

MONITOREO DE LA POLÍTICA ANDINA DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Consultoría realizada por Margarita Velasco Abad

Colaboración y Revisión: Dr. Ricardo Cañizares Fuentes y Dr. Manuel Núñez Vergara

METODOLOGÍA DE MONITOREO DE LA MIGRACIÓN EN SALUD EN LOS PAÍSES ANDINOS

Consultoría realizada por Manuel Núñez Vergara

Colaboración y Revisión: Dr. Ricardo Cañizares Fuentes

ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LOS MODELOS DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIA E INTERCULTURAL EN LOS PAÍSES ANDINOS

Consultoría realizada por Verónica Bustos

Colaboración y Revisión: Ricardo Cañizares Fuentes, Manuel Núñez y Lizardo Huamán

Colaboradores de países andinos:

Bolivia:

- Sra. Gloria Villarroel, Jefa Nacional de la Unidad de Recursos Humanos, Ministerio de Salud y Deportes
- Dr. Hugo Rivera, Asesor Nacional de Recursos Humanos - OPS Bolivia

Colombia:

- Sr. Francisco Arizaga, Coordinador Grupo de Formación del Talento Humano en Salud, Dirección de Desarrollo de Talento Humano - Ministerio de Salud y Protección Social
- Sr. Camilo Buitrago, Dirección de Desarrollo de Talento Humano - Ministerio de Salud y Protección Social

Chile:

- Sr. Claudio Román, Jefe División de Gestión y Desarrollo de RRHH - Ministerio de Salud
- Dra. Síbila Iñiguez, Jefa División de Atención Primaria - Ministerio de Salud
- Dra. Leticia Ávila, Jefa del Departamento del Modelo de Atención División de Atención Primaria - Ministerio de Salud
- Sra. Michèle Guillou, División de Gestión y Desarrollo de RRHH - Ministerio de Salud

Ecuador:

- Dr. Iván Palacios, Director Nacional de Normatización de Talento Humano, Ministerio de Salud Pública.
- Dra. Cristina Merino, Asesor Nacional de Recursos Humanos - OPS Ecuador

Perú:

- Dr. Braulio Cuba, Dirección de Gestión de Capacidades. Dirección General de Gestión del Desarrollo de RRHH - Ministerio de Salud
- Sra. Lily Cortez, Dirección de Gestión de Capacidades. Dirección General de Gestión del Desarrollo de RRHH - Ministerio de Salud

SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS DE DETERMINACIÓN DE BRECHAS DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD

Consultoría realizada por Yasmin Pariamachi

Coordinación técnica y revisión metodológica: Ricardo Cañizares Fuentes y Verónica Bustos

DESARROLLO DE ESQUEMAS DE INCENTIVOS PARA LA RETENCIÓN - FIDELIZACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN ÁREAS RURALES Y DE DIFÍCIL ACCESO

Consultoría realizada por Carlos Becerra V.

Coordinación Técnica y revisión Metodológica: Dr. Ricardo Cañizares Fuentes y Dra. Verónica Bustos F.

Colaboradores países andinos:

Perú: Dra. Yessenia Huarcaya C.

Chile: Dra. Natalia Oltra Hidalgo

CONTENIDO GENERAL



Prólogo

Presentación

1. Monitoreo de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud
2. Metodología de Monitoreo de la Migración en Salud en los Países Andinos
3. Análisis de la Gestión de Recursos Humanos en los Modelos de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en los Países Andinos
4. Sistematización y Análisis de las Experiencias de Determinación de Brechas de Recursos Humanos de Salud
5. Desarrollo de Esquemas de Incentivos para la Retención - Fidelización del Personal de Salud en Áreas Rurales y de Difícil Acceso





Prólogo

Está finalizando el período 2006-2015, definido como la Década de los Recursos Humanos de Salud (RHUS), que se inició con el Llamado a la Acción de Toronto y la definición de las 20 Metas Regionales. La intensa acción desplegada por los países de la Región de las Américas durante esta década y el análisis de los avances logrados han permitido identificar con mayor precisión los problemas persistentes y emergentes en el campo de los RHUS, así como las prioridades de acción a futuro.

En la actual coyuntura se suma además otro desafío que es lograr que el Acceso Universal y la Cobertura Universal de Salud (redefinidos como Salud Universal) sean una realidad en todos los países de la Región. Atender este reto supone contar con RHUS adecuadamente capacitados, distribuidos 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 objetivo desde la OPS y la OMS se están construyendo una nueva agenda post-2015 de RHUS para la Región de las Américas y una Estrategia Mundial de RHUS 2016-2030.

La planificación y gestión de RHUS ha sido 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 mayoría de los ejes de esta Política están relacionados con las metas y objetivos de los Desafíos de Toronto, pero también recogen particularidades conforme a las necesidades de fortalecer los sistemas de salud de los países andinos. En ese sentido los seis países andinos acordaron realizar acciones de interés común basados en la estrategia de que compartir potencialidades y recursos permite avanzar en conjunto.

Cabe destacar que para apoyar a los países en la implementación del Plan de Acción de la Política Andina de RHUS, una importante iniciativa de gestión pública ha sido la estrategia de articulación y complementación de agendas que han desarrollado la OPS/OMS y el ORAS-CONHU, que ha obtenido excelentes resultados permitiendo potenciar esfuerzos y optimizar recursos.

Un buen ejemplo de esta coordinación es la publicación de este libro en el que se presentan los resultados de cinco estudios realizados en los países andinos con la participación de sus técnicos nacionales. Deseamos que estas investigaciones contribuyan con la evidencia que aportan a fortalecer las políticas y planes nacionales y a facilitar la toma informada de decisiones en el complejo campo de los Recursos Humanos de Salud.

Dra. Caroline Chang
Secretaria Ejecutiva ORAS-CONHU

Dr. Fernando Menezes
Jefe de la Unidad de Recursos Humanos de Salud OPS/OMS





Presentación

Fortalecer los sistemas de inteligencia colectiva y de información es una de las líneas estratégicas de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos de Salud. En ese sentido, el Grupo Técnico Andino en Recursos Humanos de Salud identificó unos temas de alta prioridad para realizar estudios que permitan tener evidencia científica e información para el análisis y toma de decisiones que fortalezcan la gestión de RHUS en los países andinos.

Las áreas priorizadas fueron: Planificación de RHUS y modelos de atención basados en APS, Planificación y distribución de RHUS, Migración de RHUS, Implementación de políticas de RHUS, Metodologías para estimación de brechas, Políticas de incentivos y retención, Utilidad de los observatorios de RHUS y otros.

Seleccionados los temas se identificó que unos estudios debían tener ámbito andino y se constituyeron en estudios multipaís, y otros eran de ámbito nacional. El criterio clave de selección fue que contribuyan con las necesidades nacionales y estén alineados a las prioridades de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos de Salud.

En total se hicieron 17 estudios: 5 multipaís y 12 de ámbito nacional, entre 2013 y 2014 mediante el Proyecto Plan Sanitario de Integración en Salud (PlanSIA), que implementó el ORAS-CONHU con financiamiento del Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) y el Fondo General de Cooperación Italiana (FGCI).

Cumpliendo la agenda conjunta que en los últimos años están implementando el ORAS-CONHU y la OPS, se decidió hacer una publicación de modalidad seriada que incluye un libro impreso de los estudios multipaís y una publicación digital de los estudios nacionales.

El objetivo es poner al servicio de los decisores de políticas públicas de los Sistemas de Salud y de Recursos Humanos, y de técnicos e investigadores, estos estudios que vienen a llenar vacíos de información.

Ya en el diseño de los mismos, se persiguió construir enfoques teóricos y propuestas metodológicas que permitan establecer en forma objetivamente medible el estado de situación, pero que a su vez permitan explicar los avances tanto de la región andina como de cada uno de los seis países andinos.

Este es el caso de los tres estudios multipaís: 1. Monitoreo de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos de Salud, 2. Sistema de monitoreo de la migración del personal de salud y 3. Análisis de la gestión de Recursos Humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos.

Los siguientes dos estudios, persiguen sistematizar las metodologías de cálculo de brechas de RHUS y las políticas de incentivos para la retención y fidelización de RHUS que están aplicando los 6 países andinos (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela).

Para la ejecución de los estudios se contó con la participación de técnicos de los países que contribuyeron con información y participaron en los análisis y conclusiones. El grupo fue liderado por un/a consultor/a.

En el primer estudio **Monitoreo de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos de Salud**, se construyó un sistema de indicadores que permiten monitorear el estado de los recursos humanos en los países andinos. A partir de los 4 ejes de la Política Andina de RHUS se definieron 14 metas y estas se operativizaron en 43 indicadores, los cuales se definieron conceptualmente, construyendo sus metodologías de cálculo e identificando sus fuentes de información.

Se levantó una línea de base tomando como modelo Ecuador, el siguiente paso fue levantar esta línea de base en los otros cinco países de tal forma que se obtuvo un punto de partida común para luego monitorear con información verificable los progresos individuales y en conjunto de los países. Este estudio estuvo liderado por Margarita Velasco.

En cuanto al **Sistema de monitoreo de migraciones de profesionales de la salud**, se recopiló y sistematizó información sobre el proceso de migración de profesionales de la salud en la región andina.

En su segunda parte, se presenta la propuesta de Sistema Andino de Monitoreo de Migraciones de Profesionales de la Salud, definiéndose el marco conceptual y los criterios de priorización, así como los indicadores y las propuestas para un plan de implementación del Sistema. Se proponen 20 indicadores que se organizan en cuatro dimensiones: determinantes, política y gobernanza, flujos migratorios e Impacto. Este estudio estuvo liderado por Manuel Núñez.

Para el tercer estudio **Análisis de la gestión del componente de Recursos Humanos (RRHH) en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos**, se buscó identificar qué modelos y estrategias de gestión de RHS están aplicando los países de la subregión y su efecto para disminuir las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión en el acceso a la salud que aún prevalecen en los países de la región, especialmente en las zonas más carenciadas económica y social.

Se elaboró para esto un marco conceptual respecto a la gestión de recursos humanos enfocados a modelos de atención de salud basados en atención primaria. Se identificaron consensuadamente indicadores que fueron aplicados por los mismos funcionarios de los ministerios de salud en un proceso de auto evaluación.

Encontrándose que los mayores esfuerzos de las áreas de gestión de RHUS están orientados hacia las estrategias de formación del personal de salud existiendo claridad respecto de ajustar la formación según las necesidades de salud y de acuerdo con los postulados del modelo. Se encontró además, que las políticas de RHUS están incorporando una visión centrada en el equipo multidisciplinario de salud como unidad básica del sistema sanitario. Su composición y roles varía entre países, sin embargo, su constitución representa uno de los objetivos centrales del sistema de gestión de RHUS.

Varios de los países están privilegiando la formación en medicina y salud familiar y algunos están aplicando estrategias agresivas de formación en esta especialidad. Si bien se reconoce la importancia de la formación como el mecanismo utilizado tradicionalmente para aumentar la oferta de RUHS, considerando los ciclos requeridos por el proceso formativo, los desafíos sanitarios existentes requieren mirar las posibilidades técnicas de desarrollar otras estrategias de autosuficiencia de RHUS. Este estudio fue liderado por Verónica Bustos.

Respecto a estos tres estudios presentados, el Grupo Técnico Andino consideró que es necesario utilizar su metodología para monitorear los avances en los próximos años y provean información para ajustar y mejorar sus políticas de RHUS así como identifiquen líneas de cooperación entre países a través del ORAS-CONHU.

Con el cuarto estudio **Sistematización y análisis de las experiencias de determinación de brechas de recursos Humanos en Salud** se buscó generar conocimientos sobre las experiencias de los países de la región andina, en el diseño e implementación de metodologías para la estimación de brechas de recursos humanos de salud, con el objetivo de que los técnicos de los países tengan una visión general de los mecanismos de adaptación y aplicación de estrategias e instrumentos metodológicos para la determinación de brecha de personal de salud según nivel de atención en las diferentes realidades de los países andinos.

Además se identificó coincidencias metodológicas que según la opinión de la autora llevarían a inferir abordajes comunes como Región Andina. Por ejemplo para el Primer Nivel de Atención, se recomendaría desarrollar metodologías con enfoque de demanda poblacional, que considere el Modelo de Atención Primaria de la Salud (APS), la carga de trabajo por grupo ocupacional y permita integrar indicadores de ajuste de dotación en relación a la dispersión. Para el Segundo y Tercer Nivel de Atención, se recomendaría desarrollar metodologías que consideren el modelo de gestión y organización hospitalaria, la demanda efectiva proyectada según criterios epidemiológicos, capacidad de producción optimizada, cartera de servicios y la carga de trabajo según grupo ocupacional; los cuales permitirán determinar las necesidades actuales y futuras de RHUS de los establecimientos hospitalarios. Este estudio estuvo a cargo de Yasmín Pariamachi.

Finalmente, el estudio **Desarrollo de esquemas de incentivos para la retención - fidelización del personal de salud en áreas rurales y de difícil acceso** sistematizó y analizó las diferentes experiencias de esquemas de incentivos, económicos y no económicos, orientados a la atracción, retención y fidelización del personal de salud en áreas rurales y de difícil acceso, aplicados en países de la Región de las Américas y, especialmente, en la Región Andina. Se encontró que las mejores prácticas en esquemas de incentivos para atraer y luego retener RHUS en zonas rurales o aisladas, surgen de la combinación de distintos tipo de intervenciones en los cuatro dominios principales del problema como son la formación, el apoyo personal y profesional, el soporte normativo y el financiero, que es de lejos, el que más ha demostrado impacto en la retención. También se plantea que hay una necesidad transversal a toda la región que es la de generar investigación en este ámbito que, por una parte, permita seguir evaluando cuales de éstos incentivos van demostrando ser más efectivos en retener los RHUS; así como también relacionar estas políticas con el impacto en el desempeño de los sistemas sanitarios en zonas urbanas y rurales, dado que existe muy poca evidencia respecto a conocer si la retención logra finalmente mejorar la salud de la población en los países de la región. Este estudio fue liderado por Carlos Becerra.

Finalmente queremos felicitar a los técnicos de las áreas de Recursos Humanos de los ministerios de salud de los países andinos quienes dedicaron tiempo adicional para trabajar junto a los consultores y producir estos importantes estudios que esperamos sean de utilidad para el fortalecimiento de la planificación y gestión de los Recursos Humanos en Salud como eje fundamental de los sistemas de salud de los países.

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes
Secretario Adjunto del ORAS-CONHU

Dr. José Francisco Garcia
Asesor de Recursos Humanos en Salud de la OPS/OMS





Desarrollo de Esquemas de Incentivos para la Retención - Fidelización del Personal de Salud en Áreas Rurales y de Difícil Acceso

CONTENIDO

1. Antecedentes
2. Propósito y objetivos
3. Alcance
4. Metodología
5. Revisión sobre incentivos para localizar y retener RHUS en zonas rurales y de difícil acceso
6. Esquemas de incentivos en países de la Subregión Andina
7. Esquemas de incentivos en otros países de la región de las Américas
8. Conclusiones y recomendaciones
9. Bibliografía

1. ANTECEDENTES

Los países andinos están desarrollando significativos esfuerzos para transformar sus sistemas de salud en sistemas integrados y basados en APS. Un factor crítico para avanzar en este proceso, es la disponibilidad de RHUS, siendo esencial contar, cuantitativa y cualitativamente, con el personal necesario, no solo para realizar las acciones de salud allí donde se requieren, sino también, para liderar el proceso de cambio que permita la instalación plena del modelo de atención.

A pesar de los esfuerzos realizados por los países, se sigue identificando un conjunto de problemas persistentes, que coinciden con los visibilizados a partir de los planteamientos contenidos en el "Llamado a la Acción de Toronto" y, con posterioridad, a la definición de las "Metas Regionales de RHUS 2007 – 2015"⁽¹⁾, entre los que cabe destacar:

- Brecha cualitativa de RHUS, especialmente respecto del conocimiento del modelo de atención y del enfoque de interculturalidad, aspecto que se transforma en una barrera de acceso para parte importante de la población originaria de la región andina.
- Insuficiente disponibilidad de personal de enfermería, quienes al igual que los otros integrantes del equipo de salud, evidencian insuficiente conocimiento respecto del modelo de atención.
- Distribución inequitativa del RHUS, con alta concentración en las zonas urbanas de mayor desarrollo económico, social y cultural, generando problemas críticos de retención en zonas rurales, marginales o aisladas y déficits significativos de RHUS en zonas de mayor vulnerabilidad social.
- Escaso desarrollo de sistemas de carrera sanitaria o desconocimiento de las características que estos sistemas debieran tener en un contexto de organización basado en sistemas integrados de servicios de salud.
- Presencia de condiciones laborales inadecuadas (inestabilidad, multiempleo, inseguridad y riesgos laborales), que afectan la calidad de vida laboral y personal de los trabajadores del sector salud.
- Procesos de descentralización implementados sin el debido traspaso de competencias, capacidades y recursos a los niveles locales, generando un

debilitamiento de la gestión de RHS e impactando negativamente la capacidad de rectoría del sistema.

- Procesos de formación y esquemas de incentivos que privilegian visiones centradas en aspectos biomédicos, reforzando las opciones de los profesionales hacia especialidades médico/quirúrgicas, por sobre perfiles generalistas y de salud familiar.

Enfrentar estos desafíos demanda, una serie de esfuerzos de diversos actores del campo de recursos humanos de salud, así como también, requiere mejorar el conocimiento sobre políticas y estrategias utilizadas para enfrentar exitosamente los problemas señalados, siendo uno de los prioritarios, los problemas de atracción y retención de los equipos de salud, especialmente médicos y personal de enfermería, en áreas tradicionalmente desatendidas.

En este contexto los países andinos integrados en el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS – CONHU) elaboraron y aprobaron mediante resolución REMSAA XXXIII/474 del 23 de Noviembre de 2012, la política andina de planificación y gestión de recursos humanos en salud y la implementación de su Plan de Acción 2013 – 2017⁽²⁾, el cual tiene siete objetivos estratégicos a saber:

1. Contribuir a la integración andina y americana en salud.
2. Fortalecer la red andina de vigilancia y respuesta en los ámbitos de frontera y articularla con la gestión de emergencia y desastres.
3. Promover y garantizar el acceso universal a medicamentos.
4. Establecer políticas para el desarrollo y gestión integral de recursos humanos en salud.
5. Determinantes sociales como eje de las políticas públicas y programas de salud en la Subregión Andina.
6. Promover sistemas que garanticen el acceso universal a la salud.
7. Fortalecer el sistema de gestión por resultados del ORAS-CONHU.

Es en el cuarto objetivo entonces que se sitúa la presente consultoría dado que uno de los resultados esperados es promover el desarrollo de la inteligencia colectiva en RHUS, a través de la generación y disseminación de conocimiento en temas críticos de la gestión de los RHUS, especialmente aquellos vinculados con los problemas de disponibilidad de personal sanitario en zonas desatendidas, considerando además la priorización hecha por los países, en el proyecto Plan Sanitario de Integración Andina (PlanSIA).

Cabe destacar entonces que este esfuerzo colectivo forma parte del Plan Andino de Recursos Humanos 2008-2015, el cual está alineado con las metas regionales suscritas por los países miembros de OPS⁽¹⁾, donde la mayoría de los países de la región implementan los observatorios nacionales de recursos humanos y convergen en espacios de integración como UNASUR que viene implementando en paralelo importantes iniciativas, a partir de la constitución del Grupo Técnico de Desarrollo de RHUS, que dentro de sus mandatos tiene: “promover sistemas de información estratégica para la toma de decisiones sobre desarrollo y gestión de RHUS a partir de los sistemas existentes, con un enfoque subregional y parámetros comunes y comparables”⁽³⁾.

Para un adecuado abordaje metodológico el presente estudio utilizó como marco teórico, el documento OMS: “Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política”⁽⁴⁾, en el cual los dominios involucrados en la decisión del RHUS de desplazarse y permanecer en zonas remotas y/o rurales se resumen en la siguiente figura:

Figura 1: Factores que influyen en la decisión de desplazarse a zonas remotas o rurales, permanecer en ellas o emigrar.



- Origen y valores personales: existiría una mayor apertura al ejercicio rural en profesionales que provienen de la ruralidad o bien tienen un interés particular derivado de su sistema valórico en especial el altruismo, evocado por la situación de inequidad, en contraposición al origen urbano donde existiría una menor empatía por la realidad rural o remota. En resumen, no se debe olvidar que hay un ámbito del problema que deriva de la historia personal de cada uno de los profesionales, y que va más allá de los sistemas de incentivos.
- Aspectos familiares y comunitarios: sería un factor relevante la presencia de escuelas donde poder educar a los propios hijos en un entorno favorable al crecimiento familiar propio, que depende igualmente del tejido social de esas comunidades, expresado en la presencia de instituciones comunitarias en las cuales poder desarrollar un espíritu comunitario, no solo del profesional, sino que también de su grupo familiar cuyo bienestar dependerá del ámbito descrito.
- Condiciones de vida y trabajo: la presencia de condiciones de infraestructura y recursos e insumos adecuados para un correcto ejercicio de la profesión, acompañados de un clima laboral apropiado, son factores que condicionan la decisión del desempeño en ruralidad, al igual que las características propias de la localidad tales como: disponibilidad de vivienda o desarrollo de espacios públicos.
- Razones profesionales: es particularmente relevante que el profesional no sienta el aislamiento o abandono del sistema sanitario, sino que se mantenga en permanente interacción con niveles de mayor complejidad, accediendo a espacios de formación, perfeccionamiento y supervisión con retroalimentación respecto del trabajo realizado. Igualmente importante es la posibilidad de acceder a mejores posiciones laborales del punto de vista jerárquico.
- Aspectos económicos: sin duda el hecho de desempeñarse en ambientes rurales o remotos requiere incentivos potentes que compensen los mayores costos asociados a vivir y trabajar en esas zonas, tanto para el profesional como para su familia, los que deben ser proporcionales a los grados de dificultad e incluir acceso a prestaciones similares a las que obtendrían en zonas urbanas.
- Contrato o servicio obligatorio: obviamente el hecho de estar obligado al ejercicio en ruralidad pudiera asegurar el desplazamiento hacia estas zonas, pero no necesariamente la permanencia, debiendo entonces sopesar ambos fenómenos y generar incentivos para que una vez que se cumpla el periodo obligatorio, existan los incentivos para seguir desempeñándose en zonas remotas o rurales.

Un esquema de incentivos deberá entonces tomar en consideración el conjunto de factores condicionantes de la decisión de los profesionales por ejercer en la ruralidad, existiendo según revisaremos más adelante, diferencias en el peso que puede tener cada uno de estos dominios del problema, según la presencia de estas mismas variables en las personas involucradas.

Asimismo, respecto de las intervenciones para las cuales existe evidencia y por tanto son recomendadas por OMS, se pondrá especial atención en cuatro conjuntos de medidas: aquellas que abordan la formación del RHUS con foco hacia la ruralidad, ámbitos regulatorios que incentiven el ejercicio profesional en estas zonas, estímulos económicos que compensen las condiciones laborales asociadas a estas localidades, y los sistemas de soporte tanto profesional como personal, existiendo entonces para cada grupo intervenciones específicas que se enumeran a continuación:

Cuadro 1: Intervenciones para mejorar la captación, contratación y permanencia del personal sanitario en las zonas remotas o rurales, según categoría.

A. Formación	A1 Estudiantes procedentes de zonas rurales
	A2 Escuelas de formación en disciplinas sanitarias fuera de las principales ciudades
	A3 Prácticas clínicas rotatorias en zonas rurales durante los estudios
	A4 Programa de estudio que incorpore temas de salud en zonas rurales
	A5 Formación profesional continua de los agentes de salud rurales
B. Regulación	B1 Ampliación del ámbito de ejercicio profesional
	B2 Categorías diferentes de agentes de salud
	B3 Servicio obligatorio
	B4 Formación subsidiada a cambio de la prestación de servicios
C. Incentivos económicos	C1 Incentivos económicos apropiados
D. Apoyo profesional y personal	D1 Mejores condiciones de vida
	D2 Entorno laboral propicio y seguro
	D3 Apoyo periférico
	D4 Programas de promoción profesional
	D5 Redes de profesionales
	D6 Medidas para lograr reconocimiento público

En el ámbito de la formación, las intervenciones incluyen distintas formas de lograr empatía hacia el ejercicio rural, ya sea incentivando el origen rural de los estudiantes, o bien exponiéndolos al mismo, ubicando algunas escuelas de formación fuera de las grandes ciudades o bien, incluyendo contenidos asociados a esta práctica o, realizando periodos de entrenamiento en zonas rurales. Igualmente este tipo de intervenciones abarcan las políticas de formación continua hacia quienes ya están ejerciendo sus profesiones en ruralidad.

Respecto a la regulación, las intervenciones incluyen financiar formación para asegurar el ejercicio rural o simplemente, sistemas de servicio obligatorio, así como también la ampliación del ámbito de acción de ciertas profesiones estableciendo distintas categorías de agentes según las realidades locales.

Finalmente el apoyo profesional implica intervenciones tendientes a asegurar condiciones laborales adecuadas para el ejercicio profesional accediendo a la integración con redes de salud y de profesionales, así como al desarrollo continuo, no olvidando las condiciones de vida del profesional y su familia, poniendo especial atención en el reconocimiento público del trabajo que realizan estos profesionales tanto por parte del sistema sanitario, como de la comunidad en que están insertos.

2. PROPÓSITO Y OBJETIVOS

Objetivo general:

Sistematizar y analizar las diferentes experiencias de esquemas de incentivos, económicos y no económicos, orientados a la atracción, retención y fidelización del personal de salud en áreas rurales y de difícil acceso, aplicados en países de la Región de las Américas y, especialmente, en la Subregión Andina.

Objetivos específicos:

- Identificar, en base a revisión bibliográfica, tipos de incentivos aplicados en el sector salud, especialmente aquellos orientados a la localización del personal.
- Identificar y documentar los esquemas de incentivos utilizados por los países de la Subregión Andina en el marco de la implementación de las políticas de RHUS, considerando aspectos tales como:
 - Definición del incentivo.
 - Condiciones previas requeridas para su aplicación.

- Población objetivo.
 - Naturaleza del incentivo (económico y/o no económico).
 - Impacto esperado con su aplicación.
 - Nivel de implementación logrado.
 - Impacto real logrado.
- Identificar y documentar los esquemas de incentivos utilizados por otros países de la Región de las Américas (a lo menos 3), específicamente aquellos orientados a la atracción y retención del personal en zonas desatendidas.

3. ALCANCE

Esta consultoría involucra a los países andinos, es decir Perú, Ecuador, Colombia, Chile, Bolivia y Venezuela; en el contexto del Proyecto Plan Sanitario de Integración Andina (PlanSIA) que forma parte a su vez, del Plan Estratégico del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unánue 2013-2017.

4. METODOLOGÍA

La presente consultoría es un estudio de caso, sobre políticas públicas en recursos humanos en salud, y fue desarrollada en función de los objetivos específicos detallados en los términos de referencia (TDR), a través de los siguientes componentes:

- Scoping review: metodología de revisión de literatura(5) que incluye las bases de datos de uso frecuente (Pubmed, Cochrane, Lilacs, etc.) y la literatura gris compuesta por informes de organismos técnicos, contenido de páginas web oficiales de gobiernos de los países andinos y de la Región de las Américas, así como agencias de cooperación internacional relacionadas con los RHUS. Todo esto con el objeto de consolidar información sobre esquemas de incentivos tanto a nivel de la subregión como de la Región de las Américas y en el resto del globo, para luego complementar con información recabada directamente a través de las contrapartes técnicas de los países andinos como informantes clave. En esta revisión se solicitó a las contrapartes técnicas de los países

andinos que enviaran todo aquel documento de política de RHUS atingente al presente estudio, para ser incorporado en la revisión y análisis, recibiendo solo información parcial. No obstante, se analizaron los esquemas de incentivos según los puntos definidos a priori en los TDR:

- Definición del incentivo.
 - Condiciones previas requeridas para su aplicación.
 - Población objetivo.
 - Naturaleza del incentivo (económico y/o no económico).
 - Impacto esperado con su aplicación.
 - Nivel de implementación logrado.
 - Impacto real logrado.
- Las fuentes de información fueron principalmente secundarias a través de la revisión de literatura ya descrita y complementada luego con fuentes primarias, es decir proveniente de la información entregada por contrapartes técnicas de los países andinos. Cabe destacar que por limitaciones del estudio no se pudo contar con la información de dichas contrapartes de los países, a excepción de aportes parciales de Perú y Chile, por tanto se utilizó para el presente informe mayoritariamente las fuentes secundarias.

5. REVISIÓN SOBRE INCENTIVOS PARA LOCALIZAR Y RETENER RHUS EN ZONAS RURALES Y DE DIFÍCIL ACCESO

Los Recursos Humanos en Salud (RHUS) son claves en la organización de los sistemas de salud y en su desempeño. OMS en el año 2000 declaraba que los RHUS son el recurso más importante a considerar en la provisión de servicios, ya que de su calidad, competencias y motivación, depende el nivel que pueden alcanzar los servicios sanitarios, que un determinado país entrega a su población⁽⁶⁾. Es así que, indicadores como la mortalidad materno-infantil mejoran en la medida que los países presentan mayor densidad de RHUS calificado (médicos, enfermeras y matronas), por lo que aumentar su disponibilidad es sin duda, un desafío global toda vez que el 40% de la población vive en países que no alcanzan los 2.28 trabajadores sanitarios por 1.000 habitantes, recomendados por OMS y que se ha visto obtienen en general coberturas mayores al 80% en atención profesional del parto⁽⁷⁾.

Tal es la relevancia del problema que OMS en su Reporte Mundial de 2006: “Trabajando juntos por la salud”, alerta sobre la crisis de RHUS que enfrentan los países para asegurar una respuesta adecuada de los sistemas de salud. Asimismo, aclara que no existe consenso sobre cómo enfrentar el desafío, no obstante las fuerzas implicadas serían las necesidades de salud, los sistemas sanitarios y el contexto que cada país tiene en este ámbito, lo que en su conjunto da origen a los principales retos en RHUS: su número, distribución, competencias y condiciones de desempeño⁽⁷⁾.

La crisis de los RHUS tiene como uno de sus principales desafíos la distribución de estos recursos donde las zonas rurales y aisladas o remotas significan el principal desafío para las autoridades de un país, dado que involucran una serie de factores económicos y no económicos que pudiesen marcar tendencia en la decisión de migrar desde zonas urbanas, donde habitualmente se ubican las Facultades o Universidades donde se forman estos RHUS y luego se especializan.

La OMS generó recomendaciones al respecto en distintos ámbitos, o dominios del problema, a partir del trabajo de un grupo de expertos⁽⁴⁾, a saber:

• **Recomendaciones en el ámbito de la formación:**

1. Emplear políticas de admisión de estudiantes procedentes de zonas rurales en los programas de formación de las distintas disciplinas sanitarias, con el fin de aumentar la probabilidad de que los titulados ejerzan en zonas rurales.
2. Situar las escuelas profesionales de salud, los campus universitarios y los programas de residencia en medicina de familia fuera de las capitales y ciudades importantes, ya que es más probable que los titulados en estas escuelas y programas trabajen en zonas rurales.
3. Ofrecer a los estudiantes universitarios de distintas disciplinas sanitarias la oportunidad de adquirir experiencia y realizar prácticas rotatorias en comunidades rurales, lo cual puede ser positivo para atraer personal sanitario a las zonas rurales y lograr su contratación.
4. Modificar los planes de estudio universitarios y de posgrado para incorporar temas de salud relacionados con el entorno rural y mejorar así las aptitudes de los profesionales sanitarios que trabajan en ese ámbito y, por consiguiente, aumentar la satisfacción y la permanencia en el empleo.
5. Diseñar programas de formación continua y desarrollo profesional accesibles desde el lugar de residencia o de trabajo, con el fin de satisfacer las necesidades del personal sanitario rural y favorecer su permanencia.

• **Recomendaciones normativas:**

1. Establecer y regular ámbitos de ejercicio profesional más favorables en las zonas rurales y remotas para aumentar las posibilidades de satisfacción en el empleo y, con ello, favorecer la contratación y la retención.
2. Introducir diferentes categorías de profesionales sanitarios con formación adecuada, así como normativas adaptadas al ejercicio en el ámbito rural, a fin de incrementar el número de trabajadores sanitarios que desempeñan su labor en zonas rurales y remotas.
3. Velar por que los requisitos de los servicios obligatorios en las zonas rurales y remotas contengan medidas de apoyo adecuadas e incentivos para mejorar la contratación y la posterior permanencia de los profesionales sanitarios en dichas zonas.
4. Ofrecer becas, ayudas y otras subvenciones para la educación, con el compromiso posterior de ejercer en zonas rurales o remotas, a fin de aumentar la contratación de personal sanitario en estas áreas.

• **Recomendaciones para los incentivos económicos:**

1. Utilizar una combinación de incentivos económicos sostenibles fiscalmente (por ejemplo, prestaciones por condiciones de vida difíciles, ayudas para la vivienda, transporte gratuito, vacaciones pagadas, etc.) que sean suficientes para compensar los costos de oportunidad asociados al ejercicio en zonas rurales (desde la perspectiva del personal sanitario), para así mejorar la permanencia del personal en esas zonas.

• **Recomendaciones para el apoyo personal y profesional:**

1. Mejorar las condiciones de vida del personal sanitario y de sus familias e invertir en infraestructura y servicios (saneamiento, electricidad, telecomunicaciones, escuelas, etcétera), todos ellos factores que influyen considerablemente en la decisión del trabajador de establecerse y permanecer en las zonas rurales.
2. Proporcionar un entorno de trabajo seguro y de calidad (incluido equipo y suministros adecuados, supervisión y asesoramiento de apoyo) con el fin de lograr que estos puestos de trabajo sean atractivos profesionalmente y, por consiguiente, se incremente la contratación y la permanencia de personal sanitario en las zonas remotas y rurales.

3. Determinar y llevar a cabo las actividades de divulgación pertinentes para facilitar la colaboración entre los profesionales sanitarios procedentes de zonas mejor atendidas y los ubicados en áreas sub-atendidas y, de ser posible, utilizar la telemedicina para ofrecer apoyo adicional al personal sanitario de las zonas remotas y rurales.
4. Crear y apoyar programas de promoción profesional y ofrecer puestos de categoría superior en áreas rurales, de manera que el personal sanitario tenga la oportunidad de ascender en su trayectoria profesional gracias a su experiencia, educación y capacitación, sin necesidad de abandonar esas zonas.
5. Apoyar la creación de redes profesionales, asociaciones de profesionales sanitarios y revistas sanitarias de ámbito rural, entre otros, con el objetivo de mejorar el estado de ánimo y el estatus del personal rural y, con ello, reducir el sentimiento de aislamiento profesional.
6. Adoptar medidas destinadas a lograr el reconocimiento público, tales como la celebración de días de la salud en zonas rurales o la concesión de premios o distinciones a nivel local, nacional e internacional para dar más relieve a la labor desempeñada en las zonas rurales. Estas medidas generan condiciones que mejoran la motivación intrínseca y, por lo tanto, contribuyen a la retención del personal sanitario de zonas rurales.

Otra de las conclusiones de dicho trabajo es que en especial en países de ingresos medios y bajos no existe investigación que otorgue medios probatorios más sólidos, existiendo entonces muchas recomendaciones que se basan más en el contexto que en datos duros.

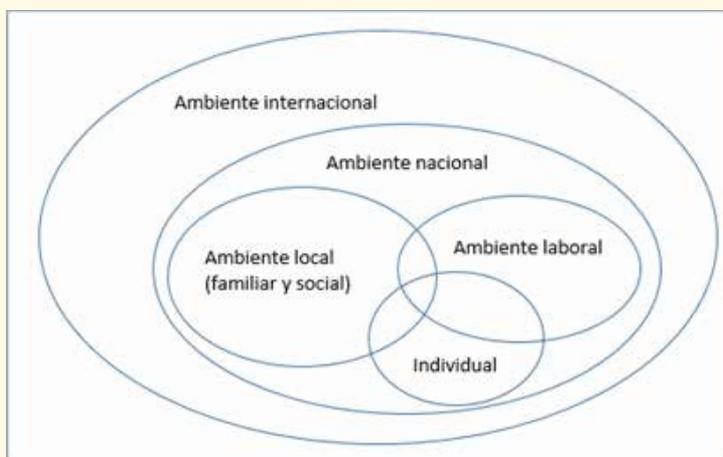
De la revisión de la literatura respecto al tema destaca el hecho de que la evidencia proviene de gran cantidad de estudios cualitativos y algunas revisiones sistemáticas de política pública, donde en general es muy complejo evaluar impacto. No obstante, igualmente surgen algunas otras conclusiones que aportan a estas recomendaciones o agregan algunos otros tópicos a considerar a la hora de referirse a este tipo de esquemas de incentivos.

El ámbito o contexto del problema es amplio y no solo involucra al país en análisis⁽⁸⁾, es así como en muchos países existe una parte importante de la fuerza laboral en zonas rurales o remotas que proviene de otro país, por tanto los esquemas de incentivos no pueden dejar de lado el hecho de que su éxito depende de incorporar la realidad migratoria de los RHUS, tanto desde y hacia otros países⁽⁹⁾; como dentro del mismo país, entre regiones urbanas y rurales; e incluso dentro de las mismas áreas rurales

que pueden eventualmente competir con sistemas de incentivos diferentes, en el caso de administraciones de RHUS descentralizadas.

Asimismo, existen elementos del ambiente local no bien estudiados que definitivamente influyen en especial en la retención, y que tienen que ver con el rol de la comunidad en su interacción con los profesionales, o el soporte que estos tienen para el desarrollo social y familiar en esos territorios.

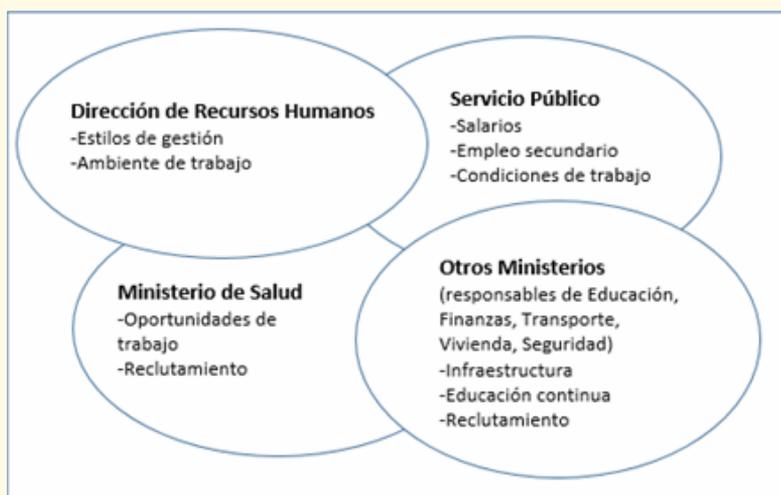
Figura 2: Ambientes o entornos que impactan en atracción y retención (*)⁽⁸⁾



*⁽⁸⁾ Traducción libre por autor desde la referencia.

La responsabilidad de generar los sistemas de incentivos en general está recayendo en el sector público en su conjunto, y las decisiones entonces están en manos de distintos actores, que forman parte de los gobiernos, los cuales pueden estar más o menos alineados respecto de la importancia de establecer políticas de reclutamiento y retención del RHUS en estas zonas. No obstante el sector privado también influye y puede provocar sendos desbalances en la distribución del RHUS entre los puestos de trabajo del sector público y el privado, en especial en sistemas de salud mixtos con RHUS empleados tanto en sistema público como privado, donde inevitablemente se genera una competencia por los escasos profesionales disponibles en los países⁽¹⁰⁾.

Figura 3: Actores en la toma de decisiones en políticas de atracción y retención (*)⁽⁸⁾



*⁽⁸⁾Traducción libre por autor desde la referencia.

Ante este escenario es fundamental entonces que los esquemas de incentivos sean relevados como políticas de Estado, para de esa forma lograr que todos estos actores obren en consecuencia y se estructuren paquetes de incentivos en los distintos ámbitos recomendados por OMS, donde la sinergia logre el éxito en la atracción, y luego en la retención de los RHUS.

Como se mencionó el tema migratorio debe ser considerado como un factor relevante, tal como indica el estudio migraciones desde la Subregión Andina hacia la Unión Europea⁽⁹⁾ que refleja un problema global entre varias regiones del mundo, cuya magnitud es tal que la OMS acordó a partir de la resolución WHA63.16 de 2010⁽¹¹⁾ un código de prácticas de alcance global sobre contratación internacional de personal de salud, siendo uno de sus objetivos principales establecer y promover principios y prácticas de carácter voluntario en relación a la contratación internacional ética de personal de salud, tomando en consideración los derechos, las obligaciones y las expectativas tanto de los países de origen, como de los países de destino, así como también del personal de salud que emigra, con especial foco en la situación asimétrica que enfrentan los países de ingresos medios y bajos, respecto de países con ingresos altos.

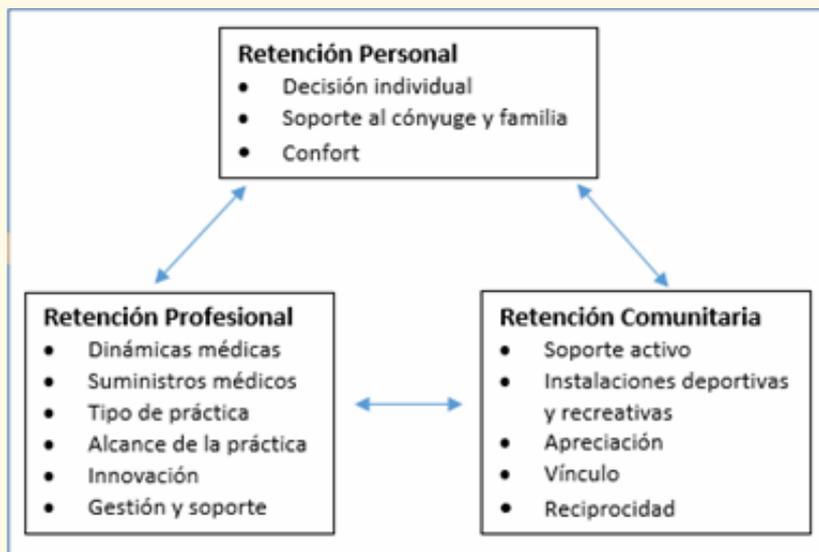
La decisión entonces de migrar desde las zonas urbanas a las rurales, como ya describió la OMS⁽⁴⁾ es multifactorial e incluye:

- i. Origen y valores personales, existiendo evidencia que el origen rural sería un factor a considerar en especial en los sistemas de ingreso o becas para la formación de profesionales.
- ii. Aspectos familiares y comunitarios, donde el género masculino y la ausencia de hijos pudiera facilitar la decisión, aunque luego al existir familia pudiera condicionar la migración inversa después de unos años, en la medida que esa localidad no ofrezca un nivel mínimo de desarrollo para los hijos de esos profesionales.
- iii. Condiciones de vida y trabajo, especialmente respecto de los elementos con que se cuenta para ejercer la profesión, la posibilidad de hacer equipo con otros profesionales y el contacto con otros establecimientos y universidades, que evite la sensación de aislamiento profesional, así como también la calidad del vínculo contractual, siendo esperable contar con una posición laboral fija de mejores remuneraciones que una plaza de trabajo similar en áreas urbanas.
- iv. Razones profesionales, destacando la posibilidad de que a través del ejercicio en zonas rurales o remotas, se logre escalar en la carrera funcionaria optando por ejemplo a alguna especialización futura subsidiada o becada por el empleador estatal.
- v. Aspectos económicos, estando claramente establecido que es muy difícil atraer y luego retener los RHUS sin un incentivo claro en el ámbito financiero, logrando cambios con al menos un 50% más de salario que en un puesto de trabajo urbano.
- vi. Contrato o servicio obligatorio, que ha logrado otorgar cobertura por periodos muy acotados pero sin mayor impacto en la retención, toda vez que los servicios obligatorios tienen escasa efectividad en prolongar luego esos contratos en forma permanente, ya sea por problemas estructurales (falta de recursos para ofrecer contratos) o por los escasos incentivos para continuar en esas zonas, a menos que existan intervenciones focales para lograr la retención, luego de la obligatoriedad de laborar en ese ambiente.

Y como ya se revisó todos estos factores no dependen exclusivamente de la autoridad en salud, existiendo entonces otros actores que deben involucrarse. Por otra parte existen variaciones entre distintos tipos de profesionales, siendo mucho más marcado por ejemplo en el caso de los Médicos, aquellos que dicen relación

con el ámbito profesional aunque igualmente factores personales y comunitarios tienen su peso específico, siendo muy importante el nexo que logran los Médicos con sus comunidades, en el fenómeno de la retención de ese profesional, en especial respecto del reconocimiento público y por tanto la apreciación y reciprocidad de esa comunidad para con sus profesionales.

Figura 4: Tres dominios en la retención de médicos en comunidades rurales (*)⁽¹²⁾



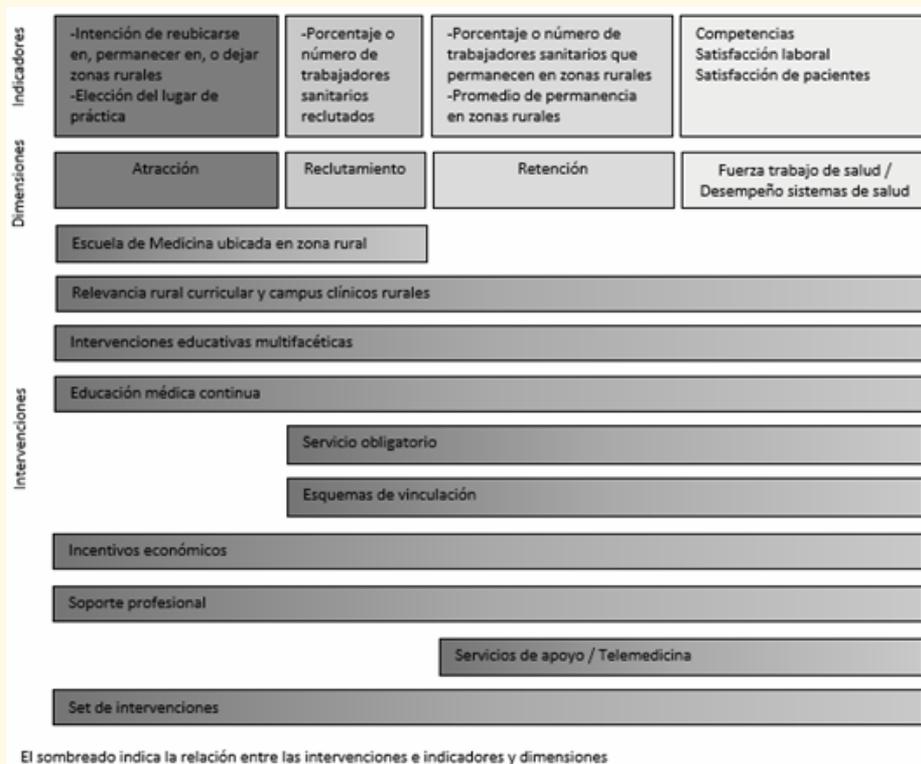
*⁽¹²⁾ Traducción libre por autor desde la referencia

La gestión de los establecimientos rurales también es un factor a considerar, toda vez que la escasez de recursos es la máxima común, y muchas veces la administración de estos centros recae en los mismo profesionales aumentando los niveles de responsabilidad y eventualmente de frustración, en la medida que no se puede innovar y mejorar el desempeño de esos centros de salud.

Existe escasa evidencia respecto de las demás profesiones de la salud, por tanto es necesario generar investigación tanto en los tipos de incentivos, como en la forma en que operan según el tipo de trabajador sanitario.

Respecto de los incentivos específicos y que ya habían sido recomendados por OMS, podemos comentar que se ha continuado estudiando su capacidad real de lograr los resultados esperados, en términos de atracción, reclutamiento, y retención de RHUS en el medio rural, así como del desempeño de los sistemas de salud en dichas zonas, pudiendo en la siguiente figura observar el resumen de una revisión realizada por muchos de los integrantes del grupo de expertos que realizó las recomendaciones OMS ya citadas previamente.

Figura N° 5: Mapeo de intervenciones efectivas en retención rural respecto de dimensiones de impacto e indicadores reportados (*)⁽¹³⁾



*⁽¹³⁾ Traducción libre por autor desde la referencia

En el ámbito de la retención las principales intervenciones con cierto nivel de evidencia tienen que ver con el soporte profesional, a través por ejemplo de la Telemedicina, la posibilidad de educación continua, el contacto con la formación de otros RHUS, todo ello relacionado a la presencia de campus clínicos o facultades de salud situadas en zonas rurales y obviamente los incentivos económicos. Los servicios obligatorios siguen siendo una intervención a considerar en la medida que se combine con esquemas de incentivos para permanecer en zonas rurales una vez finalizado el periodo de desempeño obligatorio, en especial si ello implica acceso a especialización.

Asimismo en el ámbito de la mejor distribución de los RHUS, es decir en la atracción y reclutamiento hacia zonas rurales o remotas, podemos observar lo siguiente:

Cuadro 2: Estrategias y políticas para reducir brecha urbano-rural y tópicos para futura investigación (*)⁽¹⁴⁾

Nivel político		Características de la Política	
Gobierno		Determinantes clave del éxito incluyen: tiempo que se mantiene como prioridad nacional en la agenda, compromiso político de largo plazo e integración de esfuerzos entre factores propios del sector y otros sectores como educación y servicio público.	
Escuela de Medicina		Existe un foco claro en materias de salud rural y comunidades desatendidas, en la declaración de sus objetivos institucionales.	
Estrategias para implementar y seguir evaluando - tópicos ordenados de acuerdo a la evidencia disponible			
Necesarias de implementar	Necesarias de implementar y seguir investigando	Necesarias de seguir investigando	
Evidencia fuerte	Evidencia moderada	Evidencia débil o ausente	
Políticas de selección (incluye perfil de selección). <ul style="list-style-type: none"> - Origen rural (escuela rural primaria o secundaria). - Intención de práctica (práctica rural). - Género (masculino). Desarrollo de más escuelas de medicina en zonas rurales o bien más campus clínicos rurales satélites.	Exposición rural durante la formación práctica. Becas con convenios de servicio rural. Servicios de apoyo rurales.	Selección según etnia. Desarrollo de modelos de trabajo óptimos. Políticas coercitivas como servicio comunitario o reclutamiento de profesionales extranjero.	

*⁽¹⁴⁾ Traducción libre por autor desde la referencia.

Existe evidencia consistente de que el origen rural de quienes se forman para ser RHUS influye en su probabilidad de trabajar en estos medios, así como la exposición a lo largo de su vida laboral a ese mismo ambiente. También habría indicios potentes de que el género masculino se inclina más por la práctica en zonas rurales y remotas.

Como ya se mencionó en el ámbito de la educación, la presencia de escuelas de medicina en estas zonas, o al menos algunos campus clínicos, influiría igualmente en el desempeño de esos RHUS en este tipo de territorios, siendo incluso las prácticas rurales un factor que influye cuando esas escuelas no están en zonas rurales, pero al menos se somete a los estudiantes a prácticas de ese tipo.

Los programas de incentivos financieros para el desempeño rural son una de las pocas intervenciones con evidencia concluyente, que mejoran la distribución de los recursos humanos en salud. Sin embargo, la mayoría de los estudios realizados hasta la fecha son de los EE.UU. y sólo un estudio reporta los resultados de un país en desarrollo.

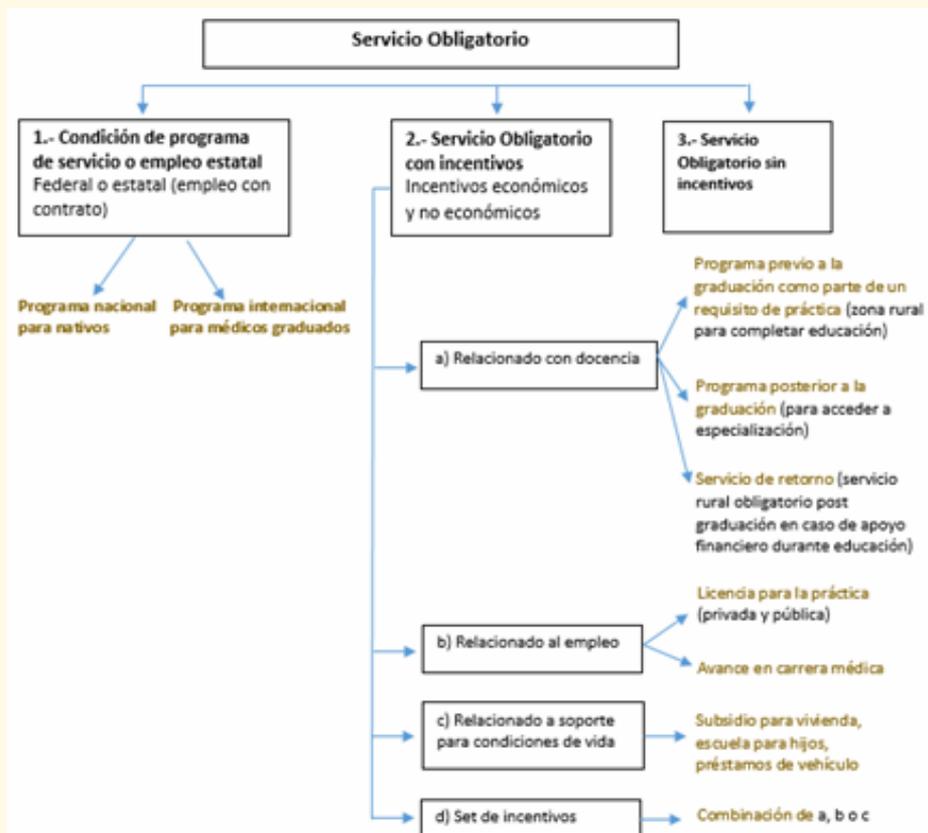
Los estudios existentes muestran que los programas de incentivos financieros colocan un número considerable de trabajadores de la salud en las zonas marginadas y que los participantes en dichos programas son más propensos que los no participantes, a trabajar en zonas rurales en el largo plazo, a pesar de que eran menos propensos a permanecer en su sitio de colocación original.

Como en ninguno de los estudios existentes se puede descartar totalmente que las diferencias observadas entre los participantes y no participantes se deben a los efectos de selección, la evidencia hasta la fecha no permite la inferencia de que los programas han causado aumentos en la oferta de trabajadores de la salud a las zonas marginadas⁽¹⁵⁾.

Con el fin de mejorar el alcance de la evidencia sobre los programas de incentivos financieros, los estudios futuros deben evaluar los programas a partir de un conjunto más diverso de países, en particular aquellos en vías de desarrollo. En estos estudios, los investigadores deben tratar de controlar los sesgos de selección tan rigurosamente como sea posible, a través del uso de modelos de selección en estudios observacionales y ensayos aleatorios, donde los financiadores y responsables políticos estén dispuestos a apoyar este tipo de experimentos controlados.

El desempeño obligatorio en zonas rurales también ha sido motivo de estudio y aunque la evidencia es débil, muchos países tienen sistemas de este tipo, para al menos asegurar cobertura, aunque con alta rotación dada la duración escasa de estos servicios:

Figura 6: Clasificación de tipos de servicio obligatorio (*)⁽¹⁶⁾



*⁽¹⁶⁾ Traducción libre por autor desde la referencia

Como se puede apreciar existen varios tipos de estrategia: algunas como parte de programas de servicio estatales de aplicación nacional o federal, y otras incluyen servicios obligatorios con o sin incentivos para la permanencia en dichos territorios, a través del vínculo con posiciones estables de trabajo, o posibilidades de educación, o apoyo en las condiciones de vida, o una mezcla de ellas. Afortunadamente la mayoría

de los países tienen servicios obligatorios con algún tipo de incentivo, por lo que finalmente sigue siendo recomendable como estrategia en la medida que se vaya fortaleciendo con medidas que promuevan la permanencia y la retención posterior, dado que son profesionales que han sido expuestos a esta práctica y constituyen entonces un grupo donde se deben enfocar los incentivos ya comentados previamente.

Cuadro 3: Ejemplos de países que tienen programas de servicios obligatorios con incentivos (*)⁽¹⁶⁾

País	Puesto	Años de servicio	Deuda	Incentivos para incentivar desplazamiento rural o retención
Australia	Médico	6	No	Becas en pregrado, licencia para la práctica (número de registro para seguro médico)
Bolivia (Estado plurinacional de)	Médico	1	Si	Salario graduado, licencia para práctica
Ecuador	Médico, Dentista, Enfermera	1		Salario graduado, licencia para práctica, preferencia para postgrados, avance en carrera
Etiopía	Médico	2-4	Si	Salario graduado, preferencia para postgrados, grado, libros, computadores, servicio duración variable
Ghana	Médico Enfermera Técnico	1-3 3 3	Si ^a	Preferencia y becas postgrado de especialización Preferencia para postgrados Preferencia para postgrados
India (Meghalaya)	Médico	3	No	Auspicio para pregrado, becas de pregrado, vivienda
India (Orissa)	Médico	1	No	Preferencia para postgrado de especialización
India (Tamil Nadu)	Médico	3	Si ^b	Preferencia para postgrado de especialización, con mejor opción por cada 2 años de servicio en áreas tribales
	Especialista	5	Si ^b	Servicio de retorno por postgrado de especialización
Indonesia	Médico	<1-5		Salario graduado, preferencia para postgrados de especialización, avance en carrera
Kenia	Médico, Enfermera	3		Licencia para práctica, preferencia y becas para postgrados de especialización, avance en carrera, otros según localidad
Lesoto	Médico	1/año entrenamiento	No	Servicio de retorno por entrenamiento fuera del país, salario graduado, vivienda
Malawi	Tutor de Enfermera	2		Beca para pre/postgrado, vivienda, seguro médico
Mozambique	Todos	2		Vivienda, avance en carrera
Mongolia	Médico	2		Grado
Myanmar	Médico, Enfermera	3	No	Salario graduado, licencia para práctica, vivienda, preferencia para postgrado de especialización
Namibia	Médico	2		Salario graduado, preferencia para beca de postgrado
Nepal	Médico			Licencia para práctica
Nigeria	Todos	1	No	Licencia para práctica, preferencia para postgrado de especialización, avance en carrera
Noruega	Mayoría	1,5	No	Licencia para práctica
Pakistán	Médico	1		Preferencia para entrenamiento de postgrado luego de 3 años en zona rural
Peru	Médico	1	Si ^c	Licencia para práctica en sector público, preferencia y beca para postgrado de especialización, avance en carrera
Sudáfrica	Médico, Dentista, Farmacéutico	1	Si	Salario graduado, licencia para práctica en sector privado
Tailandia	Médico	3	Si	Salario graduado, preferencia para postgrado de especialización, vivienda, avance en carrera
Turquía	Médico	2-4		Salario graduado, servicio de duración variable
Vietnam	Médico	5		Grado
Zambia	Médico	3		Salario graduado, vivienda, educación para hijos, préstamos, preferencia y becas para postgrado de especialización
Zimbabwe	Médico	3		Licencia para práctica, preferencia para postgrado de especialización

^a Sistema de retención de pago con cheque en Ghana, para personal que no cumple sería equivalente a deuda en que el trabajador de salud no acepta salario

^b Multa forzada de 1 millón de rupias (aproximadamente USD 21.000) que solo es asequible para algunos

^c Trabajadores de salud pueden optar a mantener toda su carrera fuera del sector público peruano, por ejemplo emigrando después de la graduación

*⁽¹⁶⁾ Traducción libre por autor desde la referencia.

Uno de los apoyos profesionales relevantes para las condiciones de trabajo, ha sido la implementación de la Telemedicina, que cada vez más países adoptan para el desempeño rural y remoto, que permite contactar estos centros de salud con aquellos ubicados en las zonas urbanas más especializadas, con impacto positivo en varios ámbitos que se pueden observar en el siguiente cuadro:

Cuadro 4: Priorización de factores en que la Telemedicina parece tener impacto (*)⁽¹⁷⁾

Tipo de impacto
<p>Significativamente negativo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento en la complejidad de los casos, al evitar traslados de pacientes <p>Negativo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reemplazo de viajes a eventos de educación médica continua <p>Significativamente positivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Provisión de segunda opinión en caso de dudas - Dar a especialistas rurales y remotos la oportunidad de transmitir mayor información a sus colegas en la discusión de casos complejos - Disminuir la sensación de aislamiento - Soporte para las decisiones clínicas - Extender disponibilidad de mayor variedad de servicios a regiones remotas - Ofrecer un servicio complementario, dejando más aliviados a los especialistas rurales y remotos - Mantenimiento de las redes profesionales naturales entre médicos - Incremento de la sensación de seguridad - Reforzar la confianza entre médico y paciente <p>Positivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento del soporte a los colegas - Creación de un ambiente laboral estimulante - Facilidades para el contacto entre pares - Incremento en la complejidad de los casos, al evitar traslados de pacientes - Permite actualización del conocimiento - Mejora la continuidad del cuidado con la presencia del médico tratante durante la consulta del paciente con el especialista - Permite el contacto con centros universitarios
<p>* Asumiendo que un consenso superior al 75% da cuenta de un impacto significativo</p>

*⁽¹⁷⁾Traducción libre por autor desde la referencia.

Como se puede apreciar la estrategia de telemedicina ha contribuido a que los profesionales no se sientan aislados profesionalmente, y mejoren su capacidad resolutive y sus competencias a través de la discusión y contacto con otros colegas especialistas, estableciendo redes profesionales e incrementando su propia seguridad en lo que hacen, lo que impacta en la relación con sus pacientes y comunidades. En menor medida contribuye también a mantenerlos actualizados y en contacto con los centros universitarios, lo que redundo en un ambiente laboral más estimulante.

6. ESQUEMAS DE INCENTIVOS EN PAÍSES DE LA SUBREGIÓN ANDINA

A continuación revisaremos los esquemas utilizados por los países de la subregión, utilizando nuevamente el esquema y recomendaciones propuesto por la OMS, respecto del tipo de intervenciones. Cabe destacar que la información proviene de una revisión del Consultor tanto en literatura biomédica como en las páginas web oficiales de los países involucrados, no pudiendo en el desarrollo del presente Informe contar con información de los países de la Subregión.

Perú

Perú es uno de los países que más ha avanzado en los últimos años en cuanto a RHUS se refiere; primero estableciendo una Dirección de RHUS estructurada y con capacidad instalada para planificar su personal sanitario a mediano y largo plazo, que es una de las primeras recomendaciones que hiciera la OMS; y es en ese contexto que desde años cuenta con el SERUMS (Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud), que es un sistema de desempeño obligatorio de un año en zonas rurales o marginales para quienes deseen acceder a cargos públicos permanentes o formación financiada por el Estado. Involucra a profesionales de la salud tales como: médicos, odontólogos, enfermeras, matronas, químico - farmacéuticos, nutricionistas, tecnólogos médicos, asistentes sociales, biólogos, psicólogos, médicos veterinarios e ingenieros sanitarios;^(18,19) y ha ido evolucionando paulatinamente desde unas pocas plazas remuneradas, que se sorteaban entre las categorías de establecimientos definidas por altura geográfica, presencia de caminos y distancia a centros de mayor desarrollo, las cuales además recibían bonificaciones según esos mismos criterios; hasta la situación actual donde las plazas son numerosas y dan cuenta del 89% de los distritos más vulnerables⁽²⁰⁾, siendo entonces ahora un concurso por mérito asignando plazas con criterio de pobreza en los territorios beneficiados, manteniendo la bonificación descrita y aumentándola en especial para optar a programas de residencia. Se trata entonces de una intervención que combina el ámbito normativo con los incentivos económicos y el apoyo profesional y personal, toda vez que se incluye un seguro de salud general y ocupacional de cargo del empleador, el que paulatinamente ha ido mejorando al igual que su cobertura⁽²¹⁾.

Recientemente el Ministerio de Salud ha iniciado además el Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud (PROSALUD) que busca garantizar la disponibilidad de trabajadores de salud en las zonas más pobres e inaccesibles, mejorar sus condiciones de trabajo y fortalecer sus capacidades. Los incentivos del programa incluyen: pagos diferenciados

por quintil de pobreza y accesibilidad geográfica; puntaje adicional en los concursos públicos para plazas y becas; una estrategia de formación permanente y un programa de residencia en salud familiar y comunitaria⁽²²⁾. Cabe destacar que los incentivos económicos involucrados han sido formalizados por la vía legal, existiendo entonces claridad en la magnitud del incentivo, así como también en cuáles son los requisitos que se deben cumplir para obtenerlo y cuáles son los establecimientos a los que les corresponde percibir estas asignaciones en función de los criterios de asignación; todos ellos definidos a través de decretos y resoluciones, que se detallan a continuación:

Decreto Legislativo 1153/2013: que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado. Incluye una compensación por zona alejada o de frontera, zona de emergencia, y atención primaria de salud para todos los profesionales de la salud; define claramente cuáles son los tipos de compensaciones y cuando corresponde percibir las y su ámbito de aplicación incluye a todos los Ministerios y organismos públicos que tienen vínculos contractuales con personal de salud. Reconoce además que existen compensaciones no económicas, aunque no las especifica claramente pero define que son aquellas que se utilizan para motivar o reconocer el desempeño de los profesionales en el ejercicio de su trabajo⁽²³⁾.

Decreto Supremo 15/2014: que define criterios técnicos para calificar un establecimiento como zona alejada o de frontera. Además define cuáles serán los poblados rurales en función del porcentaje de su población dedicada a actividades primarias (mayor a 25%), más del 50% de sus viviendas sin acceso al menos a tres de los cuatro servicios básicos (electricidad, agua potable, alcantarillado, y telefonía), y distante al menos dos horas de un centro poblado no rural o una ciudad. Las zonas alejadas entonces serán aquellas a más de 6 horas de estos poblados rurales o que su ubiquen sobre los 3.800 msnm.⁽²⁴⁾

Decreto Supremo 226/2014 y Resolución Ministerial 544/2014: que definen respectivamente los montos de las compensaciones por zona alejada o de frontera para los distintos profesionales de la salud; y cuáles son los establecimientos cuyos profesionales serán beneficiados⁽²⁵⁾.

PROSALUD es una política en plena implementación que destaca como un sistema de incentivos que abarca los cuatro ámbitos, en especial aquel que como hemos revisado, da cuenta del principal factor para retener los RHUS en zonas rurales y aisladas, es decir el financiero, con reglas claras y sustentadas en regulaciones explícitas de nivel nacional. Para el futuro entonces el desafío es evaluar como la combinación de los SERUMS con PROSALUD dan cuenta de la cobertura universal y el desafío de implementar un modelo basado en APS, con enfoque familiar.

Se pudo observar además evidencia local en la literatura de que por medio de un estudio cuantitativo del tipo *“discrete choice experiment”*, se evaluó en una muestra de 200 enfermeras y matronas que trabajaban contratadas recientemente en establecimientos urbanos (100 profesionales) y rurales (100 profesionales), seleccionados al azar, respecto de los distintos factores que habían condicionado la elección de un puesto de trabajo rural por sobre un urbano. Se pudo demostrar entonces que la opción por un trabajo rural efectivamente aumenta en función de mejores salarios y la posibilidad de acceder a becas para especialización, de hecho la probabilidad sube de 36% a 60% si la opción por una plaza rural incluye un 75% más de salario acompañado de una beca para cursar una especialización⁽²⁶⁾. Misma situación ocurre en el caso de los médicos donde en un estudio con la misma metodología se exploró los mismos factores para 102 médicos, donde la probabilidad de tomar un puesto rural, sube de un 21% a un 77% si dicha opción incluye un incremento de 75% en salario y se acompaña igualmente de una beca para una residencia y un contrato permanente en no más de dos años⁽²⁷⁾. Esto reafirma la necesidad de políticas que incluyan incentivos de diversos ámbitos tal como lo ha estado haciendo Perú, lo que se traduce en mejoras en la cobertura de zonas rurales y remotas en los últimos años.

Esta evidencia es valiosa ya que sustenta el camino que ha tomado Perú respecto de incentivos económicos estandarizados para todos los profesionales de la salud independiente de cuál es el ministerio del gobierno que sea el empleador, y que significan en la práctica alrededor de un 75% de mejor salario en puestos rurales respecto de los urbanos.

Finalmente en el ámbito de la formación, destacan ciertas iniciativas como programas de internado rural, donde en los últimos años de las carreras en Universidades de Cusco y Lima, se expone a médicos, enfermeras y odontólogos, a prácticas en ámbitos rurales, que buscan reforzar los conocimientos y realizar acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud⁽²⁸⁾; intervención que también presenta evidencia positiva para mejorar la probabilidad de desempeño posterior en este tipo de zonas, una vez graduados.

Cuadro 5: Resumen Incentivos Perú

	SERUMS	PROSALUD
Definición del incentivo	Servicio obligatorio remunerado con incentivos para retención en sector público.	Sistema de gestión de RHUS para el aseguramiento universal en salud.
Condiciones previas requeridas para su aplicación	Profesionales recién titulados en universidades peruanas.	Profesionales previamente vinculados al sector público con interés en desempeño en modelo de atención integral con enfoque familiar.
Población objetivo	Todas las profesiones de la salud.	Todas las profesiones de la salud, en especial equipos básicos (médico, enfermera y matrona).
Naturaleza del incentivo	Económico y no económico.	Económico y no económico
Impacto esperado	Mejorar cobertura en zonas rurales y de difícil acceso.	Cobertura universal en salud a todo el territorio peruano con enfoque de riesgo y vulnerabilidad.
Nivel implementación logrado	Implementación total pero aún en proceso de expansión.	En proceso de implementación, sin evaluación de impacto disponible.
Impacto real logrado	Presencia del programa en 89% de zonas vulnerables.	Se desconocen datos oficiales.

Bolivia

Bolivia es un país donde se está desarrollando una reforma alineada con el mandato de la OMS de asegurar Cobertura Universal en Salud (CUS), y es así como en su Plan Estratégico 2006-2010 definió el establecimiento de un sistema único, intercultural y comunitario de salud que es la universalización del acceso haciendo uso del modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural, lo que resulta fundamental si se considera que un 62% de población declara pertenecer a un pueblo originario, incluidos los RHUS y por tanto, con la necesidad de que convivan múltiples concepciones del proceso salud-enfermedad con sus respectivos sistemas médicos, que deben ser tomados seriamente en consideración a fin de construir un verdadero modelo de atención intercultural.

Es así como se ha definido un Programa de Extensión de Cobertura a Áreas Rurales (EXTENSA) que tiene como objetivo ampliar la cobertura en zonas rurales. Este programa en particular funciona con base en Brigadas Móviles de Salud (BRISAS) que

trabajan de manera coordinada con los agentes comunitarios de salud. De acuerdo con el Banco Mundial (BM), este programa llegó en 2006 a alrededor de 400.000 personas, en su mayoría indígenas, en cerca de 3.000 comunidades⁽²⁹⁾.

En la misma línea existe como sistema de incentivo un Servicio Social de Salud Rural Obligatorio (SSSRO) que forma parte del internado rotatorio de las carreras de medicina, odontología y enfermería de todas las facultades de ciencias de salud de universidades públicas y privadas del país con duración de tres meses, siendo ad-honorem y recayendo la supervisión y seguimiento del proceso de implementación de esta modalidad en una comisión conjunta, constituida por la Universidad Boliviana, los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y el Ministerio de Salud y Previsión Social ⁽³⁰⁾.

Finalmente a contar del año 2008, Bolivia en concordancia con su declaración de estado plurinacional, crea el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)⁽³¹⁾, cuyo objetivo es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia, comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población. En la práctica a través de esta política se ha establecido un convenio de capacitación continua hacia profesionales de salud y puestos de trabajo para residencias médicas en medicina familiar, en el contexto de un convenio docente asistencial de alcance nacional entre el Estado y la Universidad Boliviana.

Cuadro 6: Resumen Incentivos Bolivia

	SSSRO	EXTENSA	SAFCI
Definición del incentivo	Servicio obligatorio no remunerado sin incentivos para retención en sector público, realizado antes de egresar los estudiantes de salud.	Programa para extender cobertura a zonas rurales como parte del aseguramiento universal en salud.	Programa de residencias médicas y capacitación de profesionales en medicina familiar.
Condiciones previas requeridas para su aplicación	Estudiantes justo antes de titularse en universidades bolivianas.	Profesionales con interés en desempeño en modelo de atención integral con enfoque intercultural.	Profesionales con interés en desempeño en modelo de atención integral con enfoque intercultural.
Población objetivo	Médicos, odontólogos y enfermeras.	Todas las profesiones de la salud, en especial equipos básicos (médico, enfermera y matrona).	Médicos, enfermeras y nutricionistas.
Naturaleza del incentivo	No económico.	Económico y no económico	Económico y no económico
Impacto esperado	Exponer a futuros profesionales a la práctica rural.	Cobertura universal en salud a todo el territorio boliviano con enfoque de riesgo y vulnerabilidad.	Mejorar cobertura del modelo SAFCI.
Nivel implementación logrado	Implementación total pero aún en proceso de expansión.	En proceso de implementación, sin evaluación de impacto disponible.	En proceso de implementación, sin evaluación de impacto disponible.
Impacto real logrado	Sin datos.	Se desconocen datos oficiales	Se desconocen datos oficiales.

Colombia

Colombia al igual que otros países de la Subregión se ha involucrado en los últimos años en una reforma, cuyo fin es mejorar la cobertura sanitaria implementando un sistema de aseguramiento universal, el que a través de seguros públicos y privados tiene la obligación de otorgar un plan básico de prestación de servicios en zonas tanto urbanas como rurales, con una mejoría en el acceso a profesionales, y por ende, a las prestaciones de salud; significando un incentivo del punto de vista de empleabilidad al encontrarse los seguros obligados a suscribir convenios con prestadores en zonas rurales y aisladas para dar cumplimiento al plan de salud garantizado universal, el que sin embargo, es otorgado en dichas zonas principalmente por prestadores públicos. A

pesar de ello una reciente evaluación indica que las zonas rurales y el quintil más pobre de la población, serían los mayormente beneficiados con el aumento de cobertura del seguro⁽³²⁾.

Existe además el Servicio Social Obligatorio (SSO), que es un programa orientado a la contribución que hacen los profesionales de la salud, una vez que han obtenido el título profesional, como retribución a la sociedad por su formación superior, mediante el desempeño, entre seis meses y un año, de funciones y actividades específicas en proyectos, programas y acciones de salud en localidades con plazas habilitadas para tal fin, y que respondan a las necesidades en salud de la población. Es un requisito indispensable y previo para obtener la refrendación del título profesional sin el cual el profesional, o el egresado del programa de salud, no puede establecer vínculo laboral o contractual con ningún organismo del Estado para ejercer la profesión de Medicina, Enfermería, Odontología, Microbiología, Bacteriología y Laboratorio Clínico, Nutrición y Dietética. Constituye además un requisito para acceder al programa de becas crédito del Ministerio de la Protección Social⁽³³⁾.

Claramente es una intervención valiosa ya que si se logra además de este ámbito normativo, ampliar hacia la formación y los incentivos financieros para mantener RHUS en zonas rurales o aisladas, debiese consolidarse la mejora descrita, considerando que aún no existe una política específica en este sentido, lo que responde por una parte a la falta de definiciones nacionales, y por otro lado, a la complejidad de los distintos vínculos de los RHUS con la mixtura público privada existente tanto en la prestación de servicios, como en el aseguramiento.

Cuadro 7: Resumen Incentivos Colombia

	SSO
Definición del incentivo	Servicio obligatorio remunerado en sector público y posterior acceso a programa de residencia en el caso de los Médicos.
Condiciones previas requeridas para su aplicación	Profesionales recién titulados en universidades colombianas.
Población objetivo	Todas las profesiones de la salud.
Naturaleza del incentivo	Económico y no económico.
Impacto esperado	Mejorar cobertura en zonas rurales y de difícil acceso, y exponer a profesionales jóvenes a la práctica rural.
Nivel implementación logrado	Implementación total pero aún en proceso de expansión.
Impacto real logrado	Sin datos.

Ecuador

Ecuador es un país que ha sufrido gravemente el fenómeno de migraciones hacia otros países de la región, y principalmente a Europa⁽⁹⁾, encontrándose desde hace unos años en un proceso de Reforma para potenciar los RHUS y lograr que los profesionales titulados, en especial los médicos, se queden en su país. En este ámbito existe un Servicio de Salud Rural (SSR) regulado a través del Decreto Ejecutivo 1516/2010, que define un año de desempeño obligatorio previo a la inscripción de títulos y ejercicio profesional para las carreras de Medicina, Odontología, Obstetricia y Enfermería. El programa incluye derecho a los estipendios corregidos por ruralidad y marginalidad; y derecho a capacitación, así como también vivienda o asignación para su pago⁽³⁴⁾. Al término del año de servicio tienen prioridad para adjudicarse una plaza en sistema de contrataciones para déficit en salud rural, cuyos cupos están en plena expansión.

Es una intervención que involucra un set de incentivos tanto normativos, como de formación y apoyo profesional; así como definiciones explícitas de incentivos financieros que se enmarcan en un fortalecimiento de la gestión del RHUS a nivel de Ministerio de Salud, y que busca retener especialmente en las zonas desatendidas, habiendo declarado como prioritaria la descentralización en las coberturas y desarrollo del sistema sanitario.

Cuadro 8: Resumen Incentivos Ecuador

	SSR
Definición del incentivo	Servicio obligatorio remunerado con incentivos para retención en sector público, así como para habilitación de títulos.
Condiciones previas requeridas para su aplicación	Profesionales recién titulados en universidades ecuatorianas.
Población objetivo	Médicos, odontólogos, matronas y enfermeras.
Naturaleza del incentivo	Económico y no económico.
Impacto esperado	Mejorar cobertura en zonas rurales y de difícil acceso, y exponer a profesionales jóvenes a la práctica rural.
Nivel implementación logrado	Implementación total pero aún en proceso de expansión.
Impacto real logrado	Sin datos.

Chile

Chile cuenta con intervenciones de larga data en este ámbito, principalmente en los profesionales médicos a través de su programa de Médicos Generales de Zona (MGZ), que se constituye como un set de incentivos financieros y no financieros que permite dar cobertura a zonas rurales y remotas⁽³⁵⁾, así como también en el último tiempo a territorios marginales. Su alcance es de nivel nacional, a través del reclutamiento de médicos recién titulados que ejercen entre tres y seis años en este tipo de territorios, con el incentivo de una beca para formación de especialidad una vez concluido dicho periodo en el nivel primario de atención.

El set incluye remuneraciones diferenciadas según ruralidad y nivel de dificultad del desempeño, así como vivienda, costos de instalación y traslado, derecho a capacitación y formación continua entre otros, definidos explícitamente en la Ley 19664/2000^(36,37), que a su vez norma la carrera sanitaria médica en los establecimientos del segundo y tercer nivel de atención, así como una parte importante del primer nivel, incluidos los hospitales rurales o comunitarios, que son los establecimientos donde mayoritariamente este tipo de médicos labora.

En el último tiempo y dada la reforma en salud implementada desde el año 2005, la obligatoriedad de ofrecer ciertas prestaciones en todo el territorio ha traído consigo un aumento de estos profesionales en zonas rurales, ya no solo en hospitales sino que

en consultorios y postas rurales del primer nivel de atención, donde se ha logrado reclutar y retener por al menos seis años a estos médicos adscribiéndolos a este sistema de incentivos.

Lamentablemente no existe un sistema similar con las profesiones no médicas, y solo se pueden identificar ciertos incentivos financieros en la salud de dependencia municipal a través de la Ley 19378/1995⁽³⁸⁾ mediante la compensación según ruralidad, desempeño difícil y zonas extremas; y a su vez en establecimientos dependientes de los Servicios de Salud existe una asignación económica asociada a la ruralidad y difícil acceso, llamada asignación de zona, de carácter mensual y variable según el nivel de aislamiento, y una asignación de zona extrema de monto fijo trimestral. Ambas asignaciones aplican a todo el personal de la salud de los niveles secundario y terciario. Adicionalmente, en los establecimientos pertenecientes a estos niveles de atención ubicados en la Región de Atacama, se incorporó una bonificación para todo el personal de salud con excepción del estamento médico. En materia de incentivos no económicos, el personal de los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud de regiones extremas tiene 5 días adicionales de vacaciones. En la actualidad el Ministerio de Salud se encuentra en un proceso de evaluación del sistema de incentivos cuyo propósito es permitir la construcción de un modelo de captación, contratación y permanencia de profesionales, enfocado en las zonas rurales y vulnerables.

En esta misma línea se ha declarado para el periodo 2014-2018 la inyección de 210 nuevas plazas para médicos en zonas rurales o aisladas, con el fin de mejorar coberturas en las comunas más desatendidas y con índices de desarrollo humano más bajos⁽³⁹⁾. La decisión del gobierno ha sido justamente que estos nuevos profesionales se inserten también en este programa MGZ, dado el éxito que ha tenido, que se grafica en un 100% de plazas ocupadas a lo largo del país.

Existen también los internados rurales en varias universidades que tienen programas de prácticas que en un lapso de uno a dos meses, los alumnos se exponen a escenarios de desempeño rural, que luego en el caso de los médicos, otorga puntajes diferenciales al postular a plazas del programa médico general de zona.

En el ámbito de las profesiones no médicas no existe entonces un set de incentivos o una intervención específica para desempeñarse en zonas rurales, excepto ciertas compensaciones económicas en comparación a puestos de trabajo en zonas urbanas.

Tampoco existen incentivos para que estos médicos laboren en zonas rurales más allá de los seis años que como máximo pueden mantenerse en esos lugares, siendo el diseño de tal manera, que el 100% toma una residencia de especialidad lo que significa que no retorna más a zonas rurales, incluidos aquellos que se forman como

médico familiar, los que aún no disponen de plazas en el primer nivel de atención rural, que permita implementar adecuadamente el modelo de salud familiar en este tipo de establecimientos.

Han existido en el tiempo experiencias pilotos para establecer un programa de Enfermería Rural con incentivos similares al sistema MGZ, sin continuidad en el tiempo a pesar de la brecha existente de este tipo de profesional en el ámbito rural.

Por último, cabe destacar el impulso fuerte desde el Ministerio de Salud de la instalación de Telemedicina en gran parte del país, beneficiando en especial a zonas rurales y aisladas, que logran acceso a atención de especialidad desde establecimientos de salud remotos. Para el periodo 2014-2018, el actual gobierno ha declarado igualmente una fuerte inversión para potenciar aún más dicha estrategia⁽³⁹⁾.

Cuadro 9: Resumen Incentivos Chile

	MGZ
Definición del incentivo	Programa de servicio profesional no obligatorio remunerado con incentivos para retención en sector público, y beca para cursar residencia.
Condiciones previas requeridas para su aplicación	Profesionales recién titulados en Universidades chilenas.
Población objetivo	Médicos, odontólogos.
Naturaleza del incentivo	Económico y no económico.
Impacto esperado	Mejorar cobertura en zonas rurales y de difícil acceso, y potenciar sector público a través de especialistas que han sido expuestos a la práctica rural
Nivel implementación logrado	Implementación total pero aún en proceso de expansión.
Impacto real logrado	Cobertura del 95% en comunas rurales y aisladas de Chile.

Venezuela

Desde hace años y en concordancia con el sistema político imperante se ha implementado el programa Misión Barrio Adentro (MBA), que involucra tanto a zonas urbanas como rurales y que considera que equipos multidisciplinarios mejoren el acceso y calidad de servicios, a través de ampliar cobertura con apoyo mayoritario de profesionales cubanos (dada la oposición de la federación médica venezolana), en un modelo de medicina social donde se insertan en la comunidad que es co-responsable del nivel de salud. No se encontró evidencia de incentivos específicos para los profesionales venezolanos, pero claramente es una intervención que involucra incentivos en los ámbitos normativos, y de apoyo profesional y personal toda vez que se incluye inserción laboral y comunitaria de estos profesionales en zonas rurales.

Este sistema es altamente valorado por las comunidades venezolanas y al parecer la horizontalización en la relación entre profesionales y habitantes ha logrado que ambas partes se sientan responsables de su sistema⁽⁴⁰⁾, lo que en sí mismo representa un incentivo para la retención de esos mismos profesionales más allá del contexto político particular de Venezuela.

Cuadro 10: Resumen Incentivos Venezuela

	MBA
Definición del incentivo	Convenio con Cuba de servicio profesional remunerado, a través de modelo de medicina social.
Condiciones previas requeridas para su aplicación	Profesionales que han suscrito el convenio.
Población objetivo	Médicos mayoritariamente cubanos.
Naturaleza del incentivo	Económico y no económico.
Impacto esperado	Mejorar cobertura en zonas urbanas y rurales por medio de un modelo de inclusión del profesional en las comunidades.
Nivel implementación logrado	Sin datos oficiales.
Impacto real logrado	Sin datos oficiales.

7. ESQUEMAS DE INCENTIVOS EN OTROS PAÍSES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Canadá

A pesar de que es un país de muy altos ingresos, la dispersión geográfica y el aislamiento de algunas zonas hace interesante revisar como este país ha enfrentado la problemática de reclutar y luego retener profesionales de la salud en sus territorios. Especial atención pondremos en Ontario y Saskatchewan, dos regiones que tienen sistemas de salud con desarrollos de varios años en políticas de recursos humanos, especialmente para zonas rurales que significan para ellos un problema relevante dada la proporción de población que habita estas zonas.

Para el caso de Ontario⁽⁴¹⁾, el sistema de incentivos se basa en ciertos pilares fundamentales, a saber:

- Incentivos financieros consistentes en becas, desde la época de estudiantes especialmente a los médicos.
- Aplicación de técnicas de marketing en el reclutamiento.
- Utilización de prestadores no médicos como las enfermeras/os donde los médicos no están disponibles, en especial en control de enfermedades crónicas.
- Educación y entrenamiento médico con énfasis en la práctica rural.
- Mejorar la práctica médica para hacerla más atractiva en términos de resolutivez.
- Mejorar los servicios de ciertas localidades para hacer más fácil la vida en esos lugares.
- Asistencia para viajes de pacientes, para hacer más fácil la referencia a centros lejanos más especializados y facilitar la práctica médica.
- Desarrollo de la Telemedicina.
- Desarrollo de la investigación en ambientes rurales, para mejorar la práctica y además nutrir de datos la planificación futura de los RHUS para esas zonas.

Todo esto se traduce en una serie de iniciativas que buscan retener profesionales especialmente médicos y enfermeras, a través de:

- Iniciativa de retención de médicos generales, y especialistas en medicina de familia así como de enfermeras, que incluye incentivos financieros y no financieros (salario más bonificación anual por permanencia, más un monto en capacitación continua).
- Red de Telemedicina de Ontario, que otorga cobertura a todo el territorio, y todo tipo de establecimientos de salud, pudiendo los profesionales contactarse a distancia con cualquier especialista tanto para la referencia de pacientes, como para educación continua.
- Programa de zonas desatendidas, que incluye un set de incentivos para que habitantes de estas zonas estudien carreras de la salud, con becas y otros beneficios, con el compromiso de desempeñarse al menos cuatro años en esas mismas zonas.
- Presencia de la facultad de medicina de Ontario del Norte, situada en una zona aislada y que tiene un perfil de formación de profesionales para las zonas rurales, con incentivos tanto para alumnos como profesores para el desempeño en la ruralidad.

En el caso de Saskatchewan existe un plan de recursos humanos⁽⁴²⁾ cuyos pilares son:

- Profesionales de la salud centrados en el paciente y su familia.
- Prácticas interprofesionales y colaborativas, con equipos de salud que entregan continuidad en el cuidado.
- Ambientes de trabajo positivos, productivos y seguros con una atención de excelencia.
- Un número suficiente y balanceado de cada integrante del equipo de salud.

Que se traduce para el desempeño rural⁽⁴³⁾ en iniciativas que buscan retener profesionales a través de:

- Exposición rural en la formación de estudiantes y residentes, así como formación continua.
- Contratos de médicos en la atención primaria estandarizados con condiciones similares provinciales.

- Plan de desarrollo de infraestructura en establecimientos rurales, incluyendo tecnología para comunicación electrónica entre profesionales y pacientes, así como una Red de Telemedicina.

Brasil

Acogiendo el mandato de cobertura universal en salud, y ante los problemas de distribución que existían en el país, donde los médicos brasileños prefieren quedarse en zonas desarrolladas y urbanas; y las universidades no tienen un perfil de egreso que se ajuste a las necesidades de salud de la población, con la subsecuente desigualdad en el acceso, es que se ha venido implementando en los últimos años el programa “Mais Médicos”⁽⁴⁴⁾ que surge de la discusión entre cuatro Ministerios del Estado como son Salud, Educación, Protección Social y Trabajo; cuyo objetivo y pilares fundamentales para el Sistema Único de Salud (SUS), con base en la Constitución Política de Brasil, son ⁽⁴⁵⁾:

- Disminuir las brechas de médicos en zonas vulnerables, incluidas las rurales, aisladas y marginales.
- Fortalecer la atención primaria de salud en el país.
- Reformar la formación médica de tal forma que signifique una mayor experiencia en la práctica.
- Ampliar la inserción del médico en formación en los establecimientos del SUS, mejorando sus conocimientos en la realidad de salud de la población brasileña.
- Fortalecer las políticas de formación continua en el lugar de desempeño de los profesionales con supervisión académica a través de las universidades.
- Promover el intercambio de experiencias entre los profesionales de salud brasileños y médicos formados en instituciones extranjeras.
- Capacitar a los médicos en gestión de políticas públicas en salud para el país, así como en la organización y administración del SUS.
- Estimular la realización de investigación aplicada en el SUS.

Las acciones entonces que involucra el programa dan cuenta de estos objetivos y tienden principalmente a medidas de largo plazo en el ámbito educativo, en distintos niveles:

- Reordenamiento de la oferta de programas de medicina y residencias médicas priorizando aquellas regiones más desatendidas y con condiciones de ofertar campos clínicos de calidad para los estudiantes.
- Establecimiento de un nuevo perfil de formación médica para el país, que dé cuenta de las necesidades de la población, y que ha sido definido conjuntamente entre el Ministerio de Salud, y Educación, siendo exigible su adopción, para aquellas Universidades financiadas por el Estado.
- Promoción de programa de formación en medicina de familia para regiones prioritarias integrando academia y SUS, incluso por medio de intercambio internacional.

Asimismo, incluye una oferta de plazas de trabajo para lograr las coberturas deseadas, abriendo las postulaciones a médicos extranjeros, por periodos acotados de tiempo (tres años), toda vez que se estimó que la fuerza laboral brasilera no sería capaz en los primeros años de cubrir la demanda por profesionales en los territorios priorizados. Estas plazas incluyen incentivos financieros (salario estandarizado) y no financieros con posibilidad de formación financiada como médico de familia para seguir desempeñándose en el SUS, en las regiones priorizadas.

Uruguay

En relación a la instalación de un gobierno con un enfoque social patente es que en 2010 se inicia un proceso de definición de un plan nacional de salud rural, cuyos ejes principales⁽⁴⁶⁾ incluyen:

- Mejorar acceso a servicios y fortalecer el primer nivel de atención.
- Lograr una eficiente coordinación de recursos existentes para realizar una atención de salud integral, brindada por un equipo de salud interdisciplinario con elevado nivel de capacitación y compromiso.
- Atención planificada, en el contexto de una red integrada de servicios de salud que asegure la continuidad de atención basada en la estrategia de atención primaria de salud y la estrategia de promoción de la salud con un enfoque familiar, comunitario, epidemiológico, productivo y social.

Esto se pretende lograr a través de varios componentes que incluyen: organización de la atención integral en la salud rural, fortalecimiento de los equipos de salud en las pequeñas localidades y zonas rurales del país, fortalecimiento de acciones intersectoriales y participación comunitaria, y el fomento de la investigación en salud rural.

Y considera un esquema de incentivos para contar con los RHUS adecuados para la implementación del plan, cuyas principales intervenciones son:

- Sistema de compensación salarial diferencial para equipos de áreas rurales, utilizando criterios de áreas de necesidad de equipos de salud y distancias de la capital nacional y departamental.
- Otorgamiento en zonas de máxima necesidad de RHUS de beneficios extendidos (préstamo de vivienda, acceso a teléfono, internet, becas de estudio para los hijos, etc.) para favorecer la radicación en dichas zonas.
- Normativa sobre organización y condiciones de trabajo de los equipos de salud del área rural, régimen de licencia, capacitación, definición de carrera funcionaria y puntaje de méritos diferencial para los integrantes del equipo de salud radicados y que trabajan en zonas rurales.
- Definición de un manual de estándares de calidad de RHUS para los servicios de salud del área rural.
- Desarrollo de un módulo de capacitación específico para los RHUS que trabajan en zona rural, como tema obligatorio.
- Convenio con Universidad de la República del Uruguay (UDELAR) para un diploma en salud rural dirigida a las disciplinas que integran el área salud de la Universidad, así como inclusión en el currículo de grado y posgrado de temáticas específicas vinculadas a la salud rural.
- Programa de educación permanente de salud rural en coordinación con el área salud de la UDELAR, así como la creación de unidades docentes asistenciales rurales con equipos interdisciplinarios.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Habiendo analizado los tres componentes de la presente consultoría podemos concluir que las recomendaciones OMS siguen vigentes en términos de que las mejores prácticas en esquemas de incentivos para atraer y luego retener RHUS en zonas rurales o aisladas, surgen de la combinación de distintos tipos de intervenciones en los cuatro dominios principales del problema como son la formación, el apoyo personal y profesional, el soporte normativo y el financiero, que es lejos el que más ha demostrado impacto en la retención, según la evidencia internacional sistematizada por OMS⁽⁴⁾, aunque a nivel subregional aún no existe investigación consistente con dicha afirmación.

Los servicios obligatorios previos o inmediatamente posteriores a la graduación, a pesar de que siguen aplicándose en los países de la Subregión, y son responsables en gran medida de la cobertura lograda en la atención de las zonas más desatendidas, si no se acompañan de incentivos para permanecer en las plazas de trabajo rurales, no lograrán la retención dado que en ningún caso el periodo de desempeño supera un año y habitualmente aun existiendo el interés, no hay suficientes plazas de trabajo. Es necesario que los países observen con detención las experiencias de Perú y Chile, que han focalizado los esfuerzos en políticas de incentivos de más largo plazo, que permiten además continuar la carrera funcionaria y lograr en el mediano plazo una especialización, en el caso de los médicos.

Se debe poner especial atención también en el rol de las universidades ya sea ubicando campus de formación en zonas rurales, o apoyando la formación continua de los profesionales que ahí laboran, así como también generando según la realidad de cada país, incentivos para seleccionar futuros estudiantes que provengan de zonas rurales o aisladas.

Hay que seguir avanzando también en el mejoramiento de la infraestructura, en especial el equipamiento médico que a través de la Telemedicina, estrategia que contribuye a vencer los límites que impone el aislamiento, al tomar contacto con los centros más urbanos y especializados; mejora la resolutivez de la atención, y aumenta la autoestima profesional y el reconocimiento de los pares, así como la relación médico-paciente en las comunidades donde estos profesionales laboran. Claramente los países en que la estrategia se ha desarrollado en un contexto de redes integradas de salud, su desempeño impacta notablemente en el acceso a atención especializada y la formación continua del RHUS en el primer nivel de atención.

Es interesante igualmente revisar los esquemas aplicados por otros países de las Américas, que también han desarrollado esquemas compuestos donde los pilares

siempre son los mejores salarios acompañados de buenas condiciones de trabajo y formación continua.

Es importante para la retención en zonas rurales o aisladas, que los países adopten la salud rural como política de Estado, como lo ha hecho Uruguay y especialmente Brasil, para así trascender los cambios de gobierno y dar sustentabilidad a las intervenciones que buscan incentivar la retención del RHUS en estas zonas. La necesidad de recurrir a RHUS de otros países como es el caso de Brasil y Venezuela, debe ser revisada, dado que la migración de RHUS en esta Subregión ha sido de una magnitud importante agudizando la crisis de disponibilidad de profesionales para los países, y con mayor razón para las zonas rurales. Asimismo, este tipo de políticas no tiene sustentabilidad en el tiempo, a menos que se acompañe de un desarrollo local acorde al mandato de cobertura universal en salud.

Países de mayor riqueza como Canadá, igualmente han debido combinar esfuerzos toda vez, que se demuestra que los incentivos salariales aunque importantes, no explican todo el problema, por tanto es recomendable observar qué otros incentivos han ido implementando en regiones con alta ruralidad.

Se requiere generar además mayor cantidad de programas e incentivos focalizados en las profesiones no médicas, ya que la gran mayoría de los países de las Américas han puesto todos sus esfuerzos en asegurar solo cobertura de atención médica sin considerar que la atención integral con enfoque familiar y comunitario es una estrategia a cargo de un equipo de salud, donde se suman acciones y competencias de los distintos profesionales, para lograr el fin último, que es mantener poblaciones más sanas.

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

9. BIBLIOGRAFÍA

1. OPS. Llamado a la Acción de Toronto: 2006-2015. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Ontario, Canada: VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud; 4-7 Oct 2005.
2. Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS – CONHU). Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud. Bogotá, Colombia: Reunión de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina; 23 nov 2012.
- 3.- Consejo de Salud Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). Acuerdo sobre funciones de Grupo Técnico de Desarrollo de RHUS. Guayaquil, Ecuador: Res. N°4; 24 nov 2009.
4. Dolea, C. Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención. Geneva, Switzerland: OMS Recomendaciones mundiales de política; 2010.
5. Hidalgo L and cols. Evidence Based Scoping Reviews. The Electronic Journal Information Systems Evaluation. 14 (1) 2011, (p46-52).
6. WHO. The world health report 2000: The World health report 2000: health systems: improving performance. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2000.
7. WHO. The world health report 2006: working together for Health. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2006.
8. 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.
9. Organización Panamericana de la Salud. Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos: retos y perspectiva en los países de la región andina. Lima: OPS, 2013.
10. Guillou M, Carabantes J, Bustos V. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. Rev Med Chile 2011; 139: 559-570.

11. Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA63.16 aprueba el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de la salud. Ginebra, Suiza 2010.
12. Cameron PJ, Este DC, Worthington CA. Professional, personal and community: 3 domains of physician retention in rural communities. *Can J Rural Med.* 2012 Spring; 17(2):47-55.
13. Dolea C, Stormont L, Braichet J-M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; 88(5):379-385. doi:10.2471/BLT.09.070607.
14. Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural and Remote Health* 9: 1060. (Online), 2009. Available from: <http://www.rrh.org.au>
15. Bärnighausen T, Bloom DE. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2009 May 29; 9:86.
16. Frehywot S, Mullan F, Payne PW, Ross H. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? *Bulletin of the World Health Organization* 2010; 88(5):364-370. doi:10.2471/BLT.09.071605.
17. Duplantie J, Gagnon MP, Fortin JP, Landry R. Telehealth and the recruitment and retention of physicians in rural and remote regions: a Delphi study. *Can J Rural Med.* 2007 Winter; 12(1):30-6.
18. Presidencia de la República del Perú. Ley N° 23330/1981 del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud.
19. Presidencia de la República del Perú. Decreto Supremo N° 005/1997 reglamento de la Ley N° 23330 del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud.
20. Núñez M. Presentación de la Dirección General del Desarrollo de los RHUS, MINSA, Perú. Recursos Humanos para el aseguramiento universal. 2010.
21. Mejía CR, Quiñones-Laveriano DM, Espinoza KG, Quezada-Osoria C. Deficiente cobertura de aseguramiento en médicos durante el servicio rural y urbano-marginal en salud. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* 2013; 30(2):220-3.
22. Huicho L, Díez-Canseco F, Lema C, Miranda JJ, Lescano AG. Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo. *Cad Saude Pública.* 2012 April; 28(4): 729–739.

23. Presidencia de la República del Perú. Decreto Legislativo N° 1153/2013 que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado.
24. Presidencia de la República del Perú. Decreto Supremo N° 15/2014 que aprueba criterios técnicos para identificar los establecimientos de salud ubicados en zonas alejadas o de frontera.
25. Presidencia de la República del Perú. Decreto Supremo N° 226/2014 que aprueba montos de valorizaciones priorizadas por zona alejada o de frontera.
26. Huicho L, Miranda JJ, Diez-Canseco F, Lema C, Lescano AG, et al. (2012) Job Preferences of Nurses and Midwives for Taking Up a Rural Job in Peru: A Discrete Choice Experiment. PLoS ONE 7(12): e50315. doi:10.1371/journal.pone.0050315.
27. Miranda JJ, Diez-Canseco F, Lema C, Lescano AG, Lagarde M, et al. (2012) Stated Preferences of Doctors for Choosing a Job in Rural Areas of Peru: A Discrete Choice Experiment. PLoSONE7(12):e50567.doi:10.1371/journal.pone.0050567.
28. Vásquez-Sullca RR, Saco-Méndez S, Pereira-Victorio CJ. El internado rural como acercamiento a la atención primaria en salud, la experiencia de una universidad de Cusco, Perú [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013; 30(2):344-5.
29. Ledo C, Soria R. Sistema de salud de Bolivia. Salud Pública Mex 2011; 53 supl 2:S109-S119.
30. Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia. Decreto Supremo N° 26217/2001 reglamento del Servicio Social de Salud Rural obligatorio.
31. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Decreto Supremo N°29601/2008 nuevo modelo sanitario de Bolivia (SAFCI)
32. Giedion U, Villar Uribe M. Colombia's Universal Health Insurance System. Health Affairs, 28, no.3 (2009):853-863 doi: 10.1377/hlthaff.28.3.853.
33. Universidad de Antioquia y Ministerio de la Protección Social de Colombia. Servicio Social Obligatorio y Becas Crédito. 2006
34. Presidencia de la República del Ecuador. Decreto Ejecutivo N° 1516/2001 reglamento de profesionales en el año de servicios de medicina rural.
35. Peña S, Ramirez J, Becerra C, Carabantes J, Arteaga O. The Chilean Rural Practitioner Programme: a multidimensional strategy to attract and retain doctors in rural areas. Bull World Health Organ 2010; 88:371–378 doi:10.2471/BLT.09.072769.

36. Ministerio de Salud Chile. Ley N° 19664/2000 establece normas especiales para profesionales médicos funcionarios que indica de los servicios de salud.
37. Ministerio de Salud Chile. Decreto Supremo N° 847/2001 reglamento para la concesión de la asignación de estímulo.
38. Ministerio de Salud Chile. Ley N° 19378/ 1995 que establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
39. Ministerio de Salud Chile. Presentación del Plan de formación de especialistas 2014-2018. Santiago, 2014.
40. Briggs C, Mantini-Briggs C. Confronting Health Disparities: Latin American Social Medicine in Venezuela. *Am J Public Health*. 2009; 99:3 549–555. doi:10.2105/AJPH.2007.129130.
41. Strasser R, Marsh D, Remtulla K. Recruitment and Retention of Health Care Providers in Remote Rural areas: Status Report for Northern Ontario, Canada. 2012. 42. Ministry of Health and Healthcare System, Government of Saskatchewan. Saskatchewan's Health Human Resources Plan. 2011
43. Ministry of Health and Healthcare System, Government of Saskatchewan. Plan for 2014-2015.
44. Jurberg C. Funding, flexible management needed for Brazil's health worker gaps. *Bull World Health Organ* 2013; 91:806–807.
45. Presidencia de la República del Brasil. Ley N° 12781/2013 instauro el Programa "Mais Médicos". Brasil 2013
46. Ministerio de Salud Pública Uruguay. Plan Nacional de Salud Rural. 2011.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

ORGANISMO REGIONAL PARA LAS Américas