

DT N° 1/12

**DISTRIBUCIÓN
DE LOS RRHH EN SALUD
EN EL URUGUAY**



Diversos problemas referidos a la salud de la población están relacionados a las inequidades en la distribución de los recursos humanos en el territorio. Dentro de esta temática existe una multiplicidad de estudios que han demostrado la existencia de una correlación significativa entre los resultados sanitarios y la densidad de RHS.

La política pública deberá tener como objetivo entonces “ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados, [...] de manera de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones”¹.

Fortalecer el sistema de salud “conlleva necesariamente dotarlo con recursos humanos capacitados, motivados y suficientes. Conseguir este objetivo implica disminuir las diferencias que empujan a los profesionales a emigrar a otros países o a evitar trabajar en zonas alejadas o rurales...”².

La cita planteada anteriormente implica entender la escasez y la inequidad distributiva de los RHS como una problemática que prácticamente tiene carácter universal, en el sentido de que gran parte de los países de América la padecen en mayor o menor medida.

Entender esta problemática como múltiple causal, y por ende de solución variada, es asumir el desequilibrio como un factor que requiere una planificación objetiva con medidas claras y eficientes. Planificar la oferta y la demanda de los RHS acorde a las exigencias de cada zona es un desafío trascendental, que reclama el pasaje del plano teórico al plano práctico.

De ahí que reconocer la importancia de la distribución equitativa de los RHS como algo fundamental para la mejora de los sistemas de salud conlleva la necesidad de un análisis preciso y adecuado del tema, que reclama una visualización de lo que se ha hecho y de lo que se está haciendo con respecto a esta problemática en nuestro país.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la distribución equitativa de RHS no significa, necesariamente en todos los casos, la existencia de dichos recursos a nivel territorial. Existen áreas dentro de los sistemas de salud que requieren de una escala mínima, por lo que la descentralización implicaría graves ineficiencias. El objetivo en última instancia, es garantizar el acceso de todos los usuarios al SNIS. De esta manera se debe planificar el sistema desde una perspectiva regional, sin caer en una asignación y utilización ineficiente de los recursos sanitarios.

¹ Resolución # CSP27/10 de OPS-OMS, “Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud (RHS) 2007-2015”

² Conclusiones del 1º seminario de trabajo sobre la implementación del código de conducta de la OMS; Avanzando en la contratación ética de Profesionales Sanitarios. Madrid, 17 de junio de 2011.

De esta forma, el presente trabajo se sitúa en dos planos, uno de carácter descriptivo en el cual se tratan de sistematizar las diferentes políticas que han existido y que hoy se aplican en el Uruguay para afrontar el tema; y otro más analítico para lo cual se ensayan posibles líneas de acción a seguir. En términos generales, *el objetivo del presente trabajo es generar insumos que aporten a la discusión de la problemática mencionada, con el fin de realizar propuestas específicas que contribuyan a la mejora de la situación de los RHS en el Uruguay.*

Entre las acciones enfatizadas por la literatura para el fortalecimiento de los sistemas de salud y la mejora en la distribución de los RHS se encuentran: la mejora de la gestión, la aplicación de planes de incentivos eficaces, el control de la migración y la contratación internacional, el desarrollo de sistemas eficaces de recolección y almacenamiento de la información disponible, ampliación de las oportunidades y de la calidad de la formación continua profesional en todos los niveles. Para poder diseñar políticas eficaces es necesario tomar en cuenta las experiencias y recomendaciones internacionales, analizándolas críticamente desde la realidad nacional.

1. OBJETIVOS

Objetivo General

Aportar insumos para la discusión y la realización de propuestas para la mejora en la distribución de los RHS a nivel nacional.

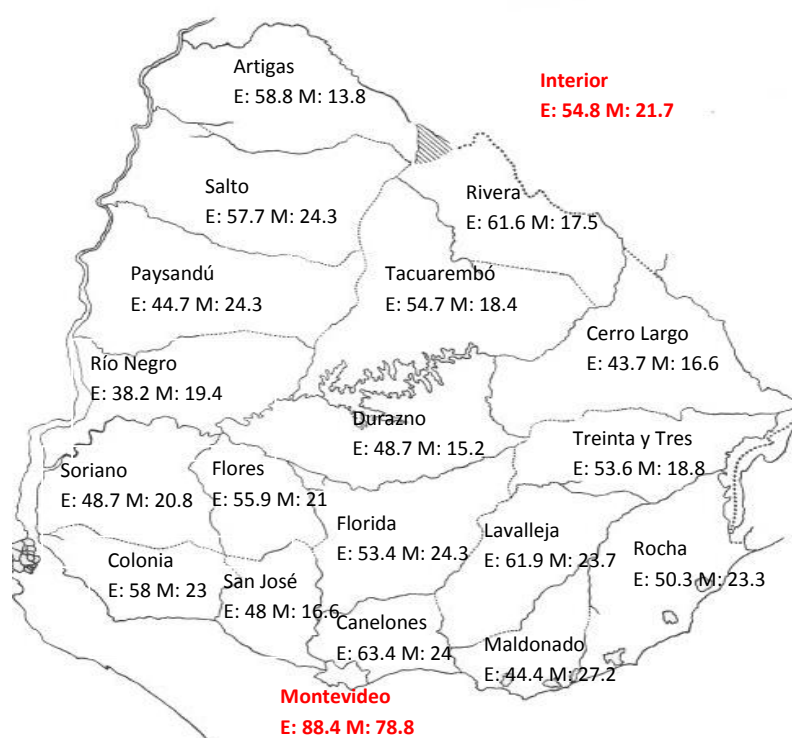
Objetivos Específicos

- ▶ Aportar información específica que contribuya a visualizar la distribución de los RHS en el territorio.
- ▶ Analizar las iniciativas llevadas a cabo en nuestro país para aumentar la disponibilidad de RHS en el interior del país.
- ▶ Analizar posibles políticas a implementar en nuestro país para mejorar la distribución de RHS en el Uruguay y con ello el acceso de la población a la salud.

2. DISTRIBUCIÓN DE RHS

Sin bien en Uruguay la razón de profesionales de la salud se ubica muy por encima de la meta establecida de 25 RR.HH. (médicos, enfermeras y parteras) cada 10.000 habitantes³, las diferencias en la dotación entre Montevideo y el interior del país considerada en su conjunto son significativas.

Ilustración 1. Densidad de recursos humanos cada 10.000 habitantes[®]. Año 2011



Fuente: Elaboración propia en base a datos de División de Recursos Humanos del SNIS, MSP, Lotus Notes; MSP, 1er. Censo Nacional de RHS, 2010; CJPPU, afiliados activos, afiliados con declaración jurada de no ejercicio de la profesión; INE, Proyecciones de Población según departamento de residencia habitual, 1996-2025.

Nota: datos de Lotus Notes, MSP, actualizados al 2 de febrero de 2011. CJPPU actualización, enero de 2009.

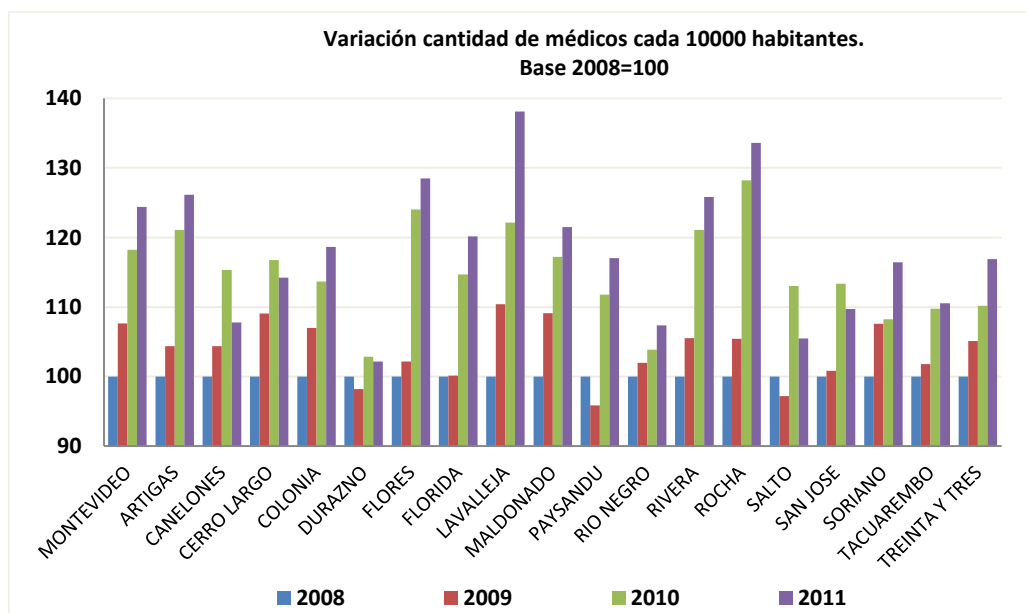
³ Resolución #CSP27/10 de OPS-OMS, "Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud (RHS) 2007-2015"

[®] Nota: E: auxiliares y licenciada en enfermería; M: médicos

En el caso de enfermería, la concentración de auxiliares y licenciadas no se da solo en Montevideo y en su área metropolitana, sino también en las capitales departamentales con respecto a las localidades del interior y a las zonas rurales de cada departamento. Con excepción de los departamentos de Canelones y Colonia en todos los otros el porcentaje de Licenciados en Enfermería que viven en las capitales departamentales supera el 60%⁴. En particular, la alta dotación relativa de licenciadas en enfermería en Salto está evidenciando el impacto que ha tenido el Programa de la Licenciatura de Enfermería en Regional Norte de la UdelaR, incrementando el número de enfermeras que se quedan en el lugar. Por lo tanto, las políticas de descentralización de la Universidad podrían ser una de las estrategias para reducir el déficit de enfermeras y mejorar su distribución territorial. Del mismo modo, se observa que las auxiliares de enfermería son las que están mejor distribuidas en el territorio, lo que se vincula directamente con el hecho de que las escuelas de enfermería están localizadas en todo el territorio nacional (Ver anexo 1). En relación a los médicos se observa que mientras en Montevideo residen 78.8 médicos cada 10,000 habitantes, en el Interior esta cifra desciende a 21.7.

Si se considera el período que va de 2008 a 2011, se observa que los trabajadores de la salud, considerando enfermeras y médicos, han tenido una evolución creciente en el período, pero diferencial entre departamentos. El crecimiento de los recursos humanos ha sido disparar entre las diferentes zonas geográficas incluyendo a Montevideo, y no ha tenido una clara dirección en el sentido de reducir las brechas territoriales existentes.

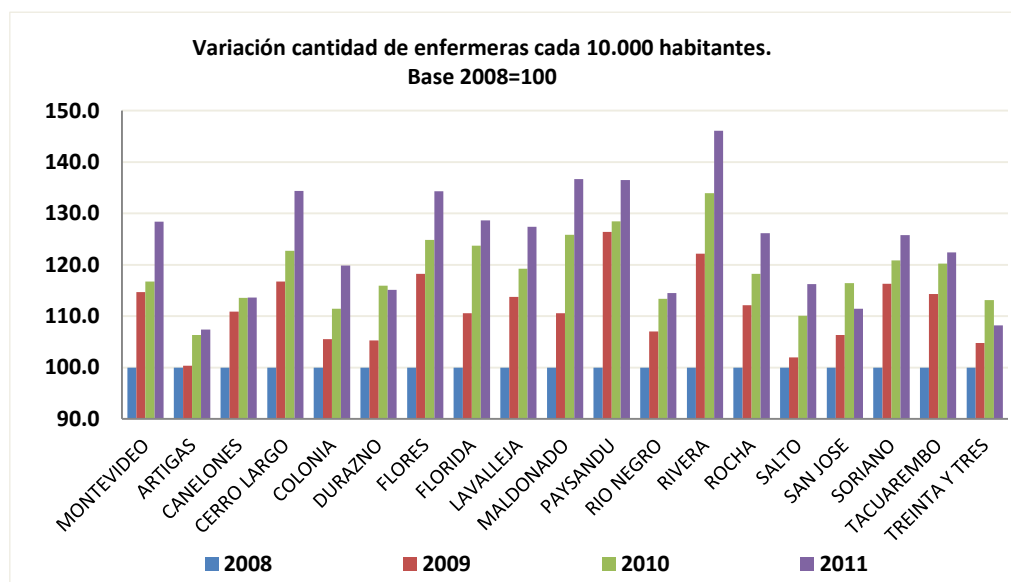
Gráfico 1



Fuente: Elaboración propia en bases a datos de SCARH, Lotus Notes de ASSE; INE Proyecciones de Población según departamento de residencia habitual, 1996-2025.

⁴ Fuente: Elaboración propia en base a datos del 1er Censo Nacional de RHS. MSP. 2010.

Gráfico 2



Fuente: Elaboración propia en bases a datos de SCARH, Lotus Notes de ASSE; INE Proyecciones de Población según departamento de residencia habitual, 1996-2025

Si se observa la densidad de recursos humanos por subsector, se concluye que el privado presenta una brecha entre Montevideo-Interior más reducida. Si se desagregan los datos por grupos de especialidad, se destaca que las menores dificultades están en el subsector privado para las especialidades básicas⁵. Se destaca también la dificultad para la radicación de especialidades quirúrgicas en el interior en ambos subsectores. ASSE, por su parte, tiene los recursos humanos fuertemente concentrados en la capital del país, lo que posiblemente pueda responder a una forma de organizar los servicios en la que se sitúan los centros de referencia nacional en Montevideo.

⁵ Las especialidades básicas en este informe incluyen: medicina general, pediatría, ginecología y geriatría.

Tabla 1. Cargos⁶ cada 1.000 usuarios y tasas de variación Montevideo – Interior por grupos de trabajadores.

Categorías	IAMC			ASSE		
	Montevideo	Interior	Brecha	Montevideo	Interior	Brecha
Enfermería	10.3	10.6	-3%	10	3.8	62%
Médica	14.1	10.1	28%	8.2	3.4	59%
TNM	4.2	6	-43%	3.1	1.6	48%
Total	28.5	26.7	6%	21.3	8.8	59%

Fuente: “Informe sobre RRHH en Salud 2010”. Depto. Mercado de Trabajo, DDRHS- MSP. Pág. 5.

Tabla 2. Cargos cada 1.000 usuarios y tasas de variación Montevideo – Interior por grupos de especialidad.

Grupo de especialidades	IAMC			ASSE		
	Montevideo	Interior	Brecha	Montevideo	Interior	Brecha
Especialidades Básicas	6	5.9	2%	3.5	2.4	31%
Especialidades Médicas	4.9	2.8	43%	3.3	1.1	67%
Anestésico – Quirúrgicos	3.7	2.4	35%	1.4	0.9	36%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SCARH-noviembre 2011, ASSE febrero 2011. Censo de usuarios de la salud.

Si bien los datos anteriores muestran una primera aproximación a las dotaciones, los cargos no son una buena unidad de medida a la hora de comparar las IAMC con ASSE, en la medida que las condiciones de trabajo se regulan de manera diferente y por lo tanto la cantidad de horas implícitas en esos cargos son diferentes. Es por eso que se considera que la cantidad de horas disponibles es una mejor unidad de medida para hacer comparaciones entre subsectores.

Tabla 3. Tasa de variación de la densidad de horas contratadas⁷ (Montevideo/Interior).

Especialidades	IAMC	ASSE
Especialidades Básicas	-35%	15%
Especialidades Médicas	30%	59%

Fuente: Datos elaborados en base a datos de “Informe sobre RRHH en Salud 2010”. Depto. Mercado de Trabajo, DDRHS- MSP. Pág. 8

⁶ Para las IAMC los cargos son calculados de acuerdo a las funciones que realizan cada grupo de trabajadores en las distintas áreas que componen la Institución. Por ejemplo, si un médico en una misma institución tiene horas asignadas a radio, otras horas a puerta y otras a CTI, ese médico tiene 3 cargos. Los cargos para ASSE fueron calculados en base a la función y a la Unidad Ejecutora (UE) donde trabaja la persona. Es decir, si la persona cumple más de una función dentro de una misma UE, tiene más de un cargo, y si trabaja en más de una UE también tiene más de un cargo.

⁷ No se incluyen las especialidades quirúrgicas, porque en el caso de Montevideo, que la actividad es principalmente por destajo no se cuenta con la información de horas.

Si se realiza la comparación en términos de horas, se modifican sustancialmente las conclusiones anteriores. En ASSE la brecha disminuye y el subsector mutual en Montevideo cuenta con 35% menos de horas de especialidades básicas que en el interior, relación inversa a la que se da con las especialidades médicas.

Asimismo, la consideración de los datos de manera agregada esconde situaciones diferenciales por especialidad y por área de trabajo.

Tabla 4. Tasa de variación de la densidad de horas cada 1.000 usuarios de referencia⁸; Montevideo – interior de las especialidades básicas.

Categorías	ASSE	IAMC
Medicina General	39%	-33%
Ginecología	-30%	-47%
Pediatría	39%	8%

Fuente: Datos elaborados en base a datos de “Informe sobre RRHH en Salud 2010”. Depto. Mercado de Trabajo, DDRHS- MSP. Pág. 9.

Tabla 5. Variación de la cantidad de horas contratadas de policlínica cada 10.000 usuarios de referencia con relación a Montevideo

Departamentos	Medicina General	Pediatría
Montevideo	0%	0%
Artigas	-29%	-3%
Canelones	-57%	-58%
Cerro Largo	-32%	-70%
Colonia	-51%	-61%
Durazno	65%	-61%
Flores	-32%	31%
Florida	120%	51%
Lavalleja	-8%	-23%
Maldonado	-56%	-57%
Paysandú	-34%	29%
Río Negro	-59%	-34%
Rivera	-64%	-52%
Rocha	-23%	-29%
Salto	-49%	-29%
San José	28%	-13%
Soriano	-43%	-63%
Tacuarembó	-18%	3%
Treinta y Tres	-30%	-38%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SCARH-noviembre 2011, Censo de usuarios de la salud.

⁸ Población de referencia: para los pediatras los usuarios menores de 15 años; para los médicos generales los usuarios mayores de 14 años, para ginecología las mujeres mayores de 14 años.

En términos de incentivos para la radicación territorial en general se destacan los salariales. Uno de los primeros aspectos que se destaca es que existe una gran variabilidad de salarios entre departamentos. Esto puede estar reflejando la existencia de mercados de trabajo fragmentados donde no existe competencia por los recursos entre las diferentes zonas. Por otra parte, se desprende de los datos que si bien la mayoría de los departamentos del interior pagan en promedio salarios mayores a los de Montevideo, no logran captar recursos humanos y las diferencias en las dotaciones con la capital persisten. Este es un factor importante a tener en cuenta a la hora del diseño de políticas públicas.

Los gráficos que se presentan a continuación muestran para los tres grupos de especialidades médicas la diferencia del salario promedio de los trabajadores de IAMC y ASSE de cada departamento con respecto a Montevideo.

A la vez en el gráfico 6 se analizan las especialidades básicas (Medicina General, Pediatría y Ginecología). En este caso se trabaja con los valores horas para policlínica y solo para el sector privado ya que no se cuenta con las horas para el caso de ASSE. Este dato surge de dividir el salario percibido en estas especialidades en policlínica, entre la cantidad de horas contratadas para dicha área de trabajo. Lo que se observa en la gráfica es que existen valores disímiles entre departamentos. Para el caso de Medicina General muchos departamentos pagan un valor hora inferior al de Montevideo, del mismo modo que para Pediatría. En ginecología hay 10 departamentos que pagan valores superiores que Montevideo.

Tasa de variación del salario promedio (ASSE y IAMC) de cada departamento en relación a Montevideo

Gráfico 3

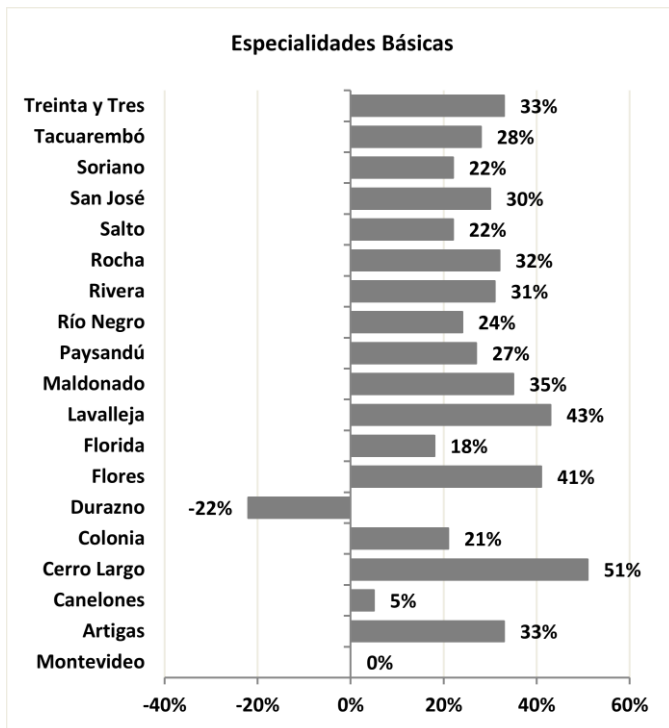


Gráfico 4

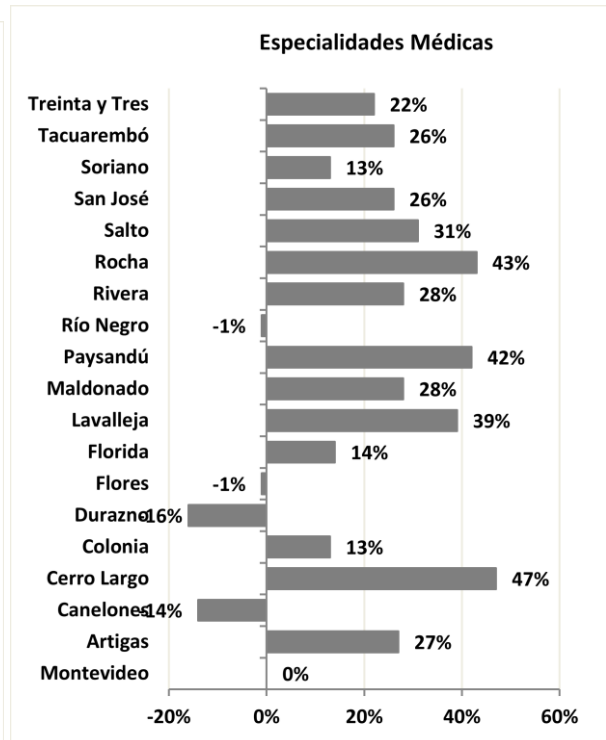
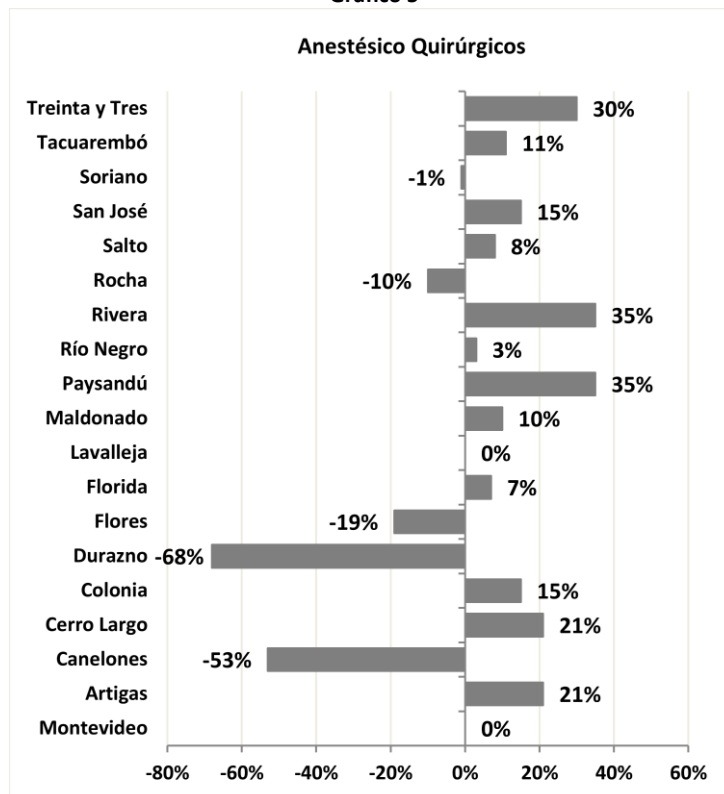
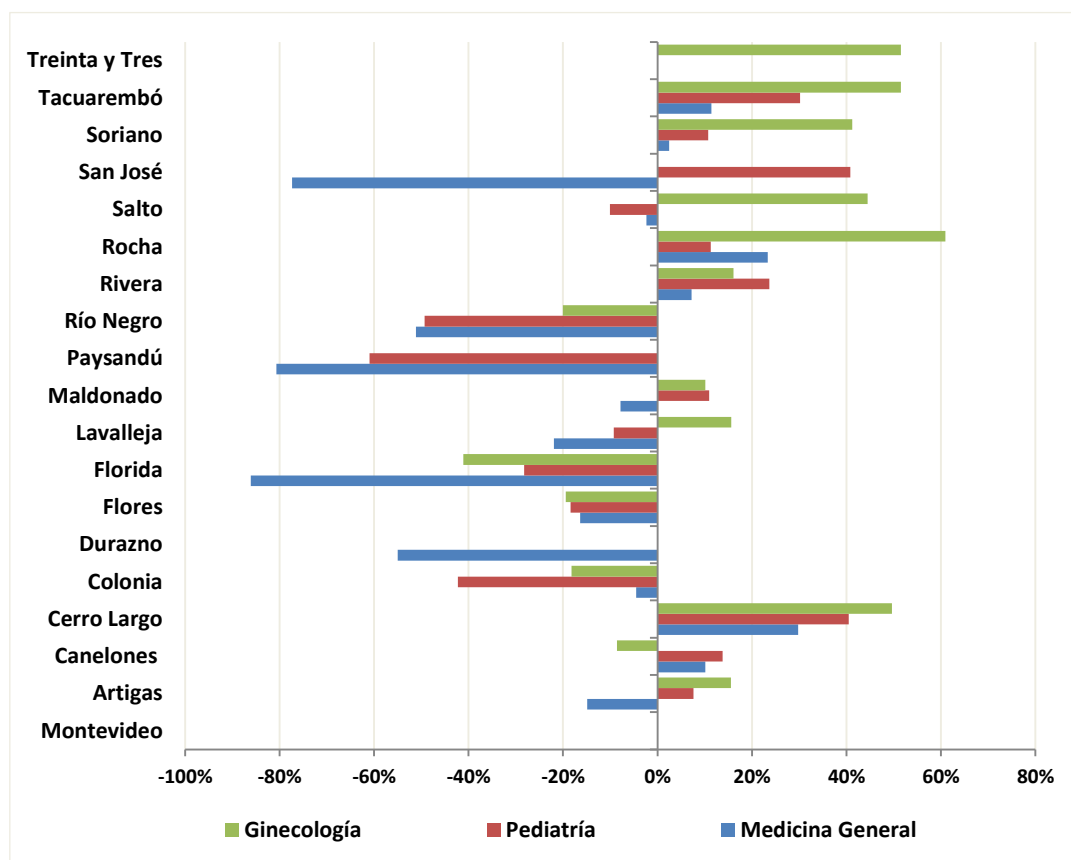


Gráfico 5



Fuente: Fuente: Elaboración propia en base a datos de SCARH noviembre 2011.

Gráfico 6: Tasa de variación del valor hora para policlínica del sector privado de cada departamento en relación a Montevideo



Fuente: Elaboración propia en base a datos de SCARH noviembre 2011.

En el presente apartado se presentó una serie de datos, que intentan describir la distribución de los recursos humanos en el territorio. A la hora de sacar conclusiones que sean útiles para el diseño de políticas en el sentido de lo planteado anteriormente, es importante tomar en consideración otros aspectos que tienen que ver con la disponibilidad de recursos humanos. En primer lugar, las condiciones de trabajo vinculadas a cargas horarias son determinantes, en la medida que implican un uso más o menos intensivo de los recursos disponibles. Por otra parte, las características específicas de la población de la zona, en lo que refiere a composición por edad y sexo, y aspectos epidemiológicos y vinculados a los determinantes sociales en salud, inciden también en las necesidades específicas en materia de recursos humanos. Es importante que la asignación de recursos se realice en función de esas necesidades para dar respuesta real a los problemas de salud de la población. Por último, es necesario que los servicios en su conjunto se organicen de manera eficiente en el territorio, permitiendo un acceso rápido a todos los niveles de atención. Esto seguramente implique una amplia descentralización de los recursos humanos del primer nivel de atención, pero cierta regionalización en otras áreas que requieren de mayor escala no solo para asignar de manera eficiente los recursos sino para mejorar las destrezas de los trabajadores que se especializan en las mismas. Asimismo, la falta de complementación entre los prestadores en el territorio

pueden determinar que si bien existe disponibilidad de RR.HH. en el departamento, el acceso sea exclusivo para los usuarios de algún prestador en particular.

La política pública debe aspirar a una distribución equitativa de los recursos humanos y no a una distribución igualitaria de los mismos. El objetivo no es alcanzar indicadores de densidad de recursos humanos iguales por departamento, sino considerar las características y necesidades de la población que vive en las distintas zonas del país, para asignar recursos humanos de calidad que respondan de manera eficiente a esas necesidades.

1. MARCO CONCEPTUAL

Diversos problemas referidos a la salud de la población están relacionados a las inequidades en la distribución de los recursos humanos en el territorio. Es un tema destacado tanto por la literatura especializada como por los tomadores de decisiones del área de la planificación.

Análisis comparativos basados en la situación de un importante número de países evidencian una correlación significativa entre los resultados sanitarios y la densidad de RHS (Ver: Anand, S., Bärnighausen, 2004).

En el año 2008, la Organización Mundial de la Salud, en el marco de la Alianza mundial para los recursos humanos de salud, publicó un documento denominado “*Directrices: Incentivos para los profesionales de atención de salud*”. En el mismo se realiza una tipología de los incentivos y se identifica la función que tienen tanto para atraer y retener a los RHS como para lograr motivar a los RHS y hacerlos más eficientes en su labor.

En el Informe se afirma que la actual escasez de recursos humanos en ciertas áreas es un problema de nivel mundial y son numerosos los factores que contribuyen a ello. Citando un trabajo realizado por Caldwell y Kingma (2007) se afirma que las causas se relacionan con sistemas de salud abandonados e insuficientemente dotados de recursos materiales y tecnológicos; falta de planificación y gestión eficiente de los recursos humanos; condiciones de trabajo insatisfactorias; las consecuencias de ciertas enfermedades infecciosas relacionadas con la desmotivación y la inseguridad que los trabajadores experimentan cuando trabajan en áreas con gran prevalencia de este tipo de enfermedades; la migración interna e internacional de los trabajadores (OMS, 2008:10).

Para que las iniciativas sean eficaces se habrán de proyectar planes de incentivos, que deberán tener las siguientes características: tener objetivos claros; ser realistas y aplicables; reflejar las necesidades y las preferencias de los profesionales de salud; estar bien diseñados, ser estratégicos y estar adaptados a su finalidad; ser contextualmente adecuados; ser justos, equitativos y transparentes; ser medibles; e incorporar elementos financieros y no financieros (Ídem, 8).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2011, luego de reunir un grupo de expertos de diversas partes del mundo, quienes hicieron un análisis exhaustivo de los datos probatorios relevantes disponibles sobre contratación y retención de RHS en zonas remotas o rurales publicó un conjunto de Recomendaciones de alcance mundial para aumentar el acceso y la retención del personal sanitario en estas zonas. Aunque las mismas no se refieren a todas las zonas sub-atendidas, en el Informe se indica que abordar los problemas en estas zonas implica también abordar las necesidades de las poblaciones sub-atendidas en un sentido amplio (OMS, 2011:10).

Las recomendaciones se basan en los siguientes principios:

Equidad Sanitaria

Las acciones para aumentar la contratación y la retención del personal sanitario en las zonas remotas o rurales que se legitimen a través de la adhesión al principio de *equidad sanitaria*, tendrán más posibilidades de ser implementadas mediante la asignación de los recursos disponibles para reducir las desigualdades de acceso a la salud (ídem, 5).

Plan Nacional de Salud

Las políticas de retención de personal sanitario en zonas rurales y alejadas deberán formar parte de un *Plan nacional de salud*, el cual permitirá que las mismas sean coherentes con las políticas sanitarias nacionales y comprometerá a todas las partes interesadas a rendir cuentas en términos de resultados. La planificación de los RHS, como parte integral del plan de salud del país, permite proyectar la cantidad y las categorías de agentes de salud necesarios, las políticas y estrategias para aumentar su disponibilidad, las estrategias para retener y motivar a los agentes de salud, y el costo de ejecución de todas las intervenciones requeridas (ídem, 13).

Conocimiento de los RHS

La elección de las intervenciones deberá estar respaldada por un *conocimiento profundo de la realidad del personal sanitario* sustentado en un análisis pormenorizado de la situación, el mercado laboral y los factores que posibilitan o dificultan el traslado y permanencia de los RHS en una zona remota o rural (ídem, 5).

Entorno socio-político

Las intervenciones deberán sustentarse en el análisis pormenorizado de los *factores sociales, económicos y políticos más generales* de orden nacional, sub-nacional y comunitario que influyen en la permanencia, para adecuarse al contexto específico de cada país y ser efectivas (ídem, 5).

Gestión de RHS

El conocimiento especializado en la *gestión de recursos humanos* en los niveles central y local es esencial para la evaluación y la promoción de las intervenciones. La implementación de las políticas escogidas dependerá de personas con conocimientos sólidos de gestión y aptitudes de liderazgo (ídem, 5).

Participación

La participación de los principales actores de todos los sectores es indispensable para que las políticas de retención tengan éxito. Los actores involucrados en el proceso deberán participar desde el principio, para que sea posible obtener y mantener el apoyo de todos los implicados (ídem, 5).

Evaluación del proceso y de resultados

La vigilancia, la evaluación y la investigación operacional es esencial para valorar la eficacia; ajustar las políticas en la etapa de ejecución; aprender de las experiencias exitosas; crear sistemas de información, y evaluar el éxito o fracaso de las intervenciones en un contexto dado (ídem, 5).

A continuación se presenta la clasificación de incentivos sobre la que se articulará el resto del documento.

1. Formación

En el área de la formación, la formulación de incentivos que estimulen la radicación de RHS en zonas donde escasean los mismos pasa entre otras cosas por garantizar el acceso de los estudiantes a la educación formal en zonas aisladas. Por otra parte, es importante la planificación de la ubicación de los centros de formación, métodos y planes de estudio y el acceso al aprendizaje continuo del personal que reside en estas zonas en las que es difícil acceder al conocimiento y la información (OMS, 2011:18). Las acciones en esta área deben estar destinadas a garantizar el acceso a todos los habitantes del país sin importar el lugar de procedencia geográfica.

2. Desarrollo de Salud Local

Una segunda línea de acción está relacionada con la implementación de medidas que apunten al desarrollo de salud local en zonas remotas y sub-atendidas. De esta forma, se puede aumentar la capacidad de desarrollo profesional y de brindar respuestas adecuadas a nivel sanitario incentivando a los RHS a trabajar en dichas áreas.

En este sentido, el gasto en salud por zona geográfica, la cantidad de centros asistenciales y su dispersión en la zona, y los insumos correspondientes para brindar una adecuada atención, son elementos importantes para evaluar la disponibilidad de personal de la salud y sus posibilidades de aumento.

3. Incentivos Económicos y desarrollo socioeconómico.

Un tercer nivel de acciones para la retención de los RHS en las zonas sub-atendidas se vincula a incentivos económicos financieros y no financieros. Los mismos son prestaciones (monetarias o en especie) adicionales pagadas u otorgadas al personal sanitario para que trabaje en zonas subatendidas (OMS, 2011:29).

Otro aspecto que tiene un impacto en la disponibilidad de RHS en las zonas sub-atendidas atañe al desarrollo socioeconómico de las distintas zonas. En este sentido, el Producto Bruto Interno, la calidad en los distintos niveles educativos, la oferta de servicios, el acceso a vivienda, así como la demanda general de trabajadores entre otros aspectos, pueden tener su impacto en el comportamiento de los RHS para elegir su lugar de trabajo y la radicación en las zonas sub-atendidas. Mientras que las zonas con un nivel de desarrollo socioeconómico mayor tienden a atraer RHS, las zonas menos desarrolladas tienden a expulsarlos.

4. Apoyo Personal y Profesional

Estas acciones implican aspectos sociales, de infraestructura, apoyo al núcleo familiar, acceso a servicios, oportunidades de promoción profesional, reconocimiento de la labor, etc.

En primer término, se debe garantizar un entorno laboral propicio y seguro, con equipos e insumos apropiados, apoyo, supervisión y tutoría, de modo que las ofertas laborales resulten atractivas desde el punto de vista profesional y, por lo tanto, aumente la contratación y permanencia del personal sanitario en las zonas subatendidas (OMS, 2011:32) del interior del país.

Al realizar el relevamiento sobre políticas que apunten a un acceso equitativo a los recursos humanos en salud en el territorio, no se encontró una única política que articulara todos los aspectos vinculados a este tema. Los principales antecedentes encontrados provienen de políticas desarrolladas por el MSP, ASSE y la UdelaR.

1. Formación

1.1. Oferta educativa por departamento

Partiendo del supuesto que la descentralización de la educación universitaria es una variable que influye en la forma que se redistribuyen los RHS, se presentará a continuación la oferta educativa dentro del área de la salud en el interior del país.

Disponer de carreras educativas de nivel superior en todo el territorio puede ser entendido como un mecanismo de incentivo que influye positivamente para que las personas permanezcan en esa misma localidad cuando terminen sus estudios. Por supuesto que dentro de esta situación hipotética se conjugan una multiplicidad de otras circunstancias no menos relevantes, como las relacionadas al propio mercado de trabajo.

Pero bien, concebir esta dimensión (educativa) como adjunta al proceso de incentivo de radicación de RHS a una zona específica, conlleva a visualizar a la salud de la población y la educación como un sistema único. En la cual el desequilibrio entre la oferta y la demanda de RHS debería ser resuelta a partir de un equilibrio entre las necesidades de la población, la demanda del sistema de salud por profesionales calificados y la provisión de los mismos por parte del sistema educativo.

En este escenario de tipo ideal, la relación dentro del proceso de formación de RHS debería seguir una línea de secuencias lógica: por lo general las Instituciones Educativas suelen definir *dónde, cuántos y qué tipo de profesionales* deben ser capacitados; dentro de un contexto perfecto dichas medidas deberían tomarse o realizarse en respuesta a las señales del mercado de trabajo, generadas por las Instituciones de Salud, que a su vez deberían responder correctamente a las necesidades de la población.

Sin embargo, la realidad indica otra cosa, y el contexto actual termina siendo caracterizado por múltiples desequilibrios: oferta insuficiente y limitada, sobre-oferta, etc. Para lograr escapar de estos desequilibrios es necesario aumentar la coordinación entre el sistema educativo y los requisitos del sistema de salud. También es fundamental entender que este accionar *no significa que las instituciones educativas se pongan como subordinadas del sistema de salud,*

pues entender este punto evitaría la confrontación y la tensión entre ambas esferas, depurando así algunos aspectos que obstaculizarían el proceso de gestión y descentralización de algunas carreras dentro del área de la salud⁹.

En términos generales, se ha señalado que en la mayoría de los países las Instituciones Formadoras de RHS no están alineadas ni con la carga de enfermedades ni con las exigencias de los sistemas de salud¹⁰. De esta manera no solo es necesario ampliar la disponibilidad de RHS, sino también mejorar las ofertas educativas a nivel nacional.

Tabla 6. Centros universitarios de Montevideo

OFERTAS ACADÉMICAS ÁREA DE LA SALUD	
Universidad de la República	
Facultad de Medicina	Doctor en Medicina
Facultad de Odontología	Doctor en Odontología
Facultad de Enfermería	Licenciado/a en Enfermería
Facultad de Psicología	Licenciado en Psicología
Escuela de Tecnología Odontológica	Asistente en Odontología
	Higienista en Odontología
	Laboratorista en Odontología
Escuela de Nutrición y Dietética	Licenciado en Nutrición
Escuela de Parteras	Obstetra Parteras
	11 Licenciaturas
Escuela de Tecnología Médica	7 Tecnicaturas
	50 Especialidades Médicas
SECTOR PRIVADO	
Universidad Católica	
	Auxiliar de Enfermería Integral
	Licenciado en Enfermería
	Doctor en Odontología
	Licenciado en Psicología
	Licenciado en Psicomotricidad
	Asistente Social
	Posgrado en Gestión de Servicios de Salud
Universidad de Montevideo	
	Maestría en Medicina Familiar y Comunitaria
	Maestría en Mastología
	Maestría en Farmacología Clínica
	Maestría en Dirección de Empresas de Salud
	Especialización en Traumatología y Ortopedia
	Especialización en Medicina de Emergencia
Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH)	
	Especialización en Política y Gestión de Salud
	Maestría en Política y Gestión de Salud

Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales SHARPS/MSP 2011. Estadísticas básicas de UdelaR y www.claeh.edu.uy

⁹ Tomado de Revista RETS. Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud. Año 3 –Nº 9–Ene./Feb./Mar. 2011.

¹⁰ Tomado de Revista RETS “Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud” Nº 9, año 2011

Tabla 7. Centros universitarios del interior

Ofertas académicas del área de la salud por zonas dictadas de forma total o parcial		
Regional Norte Salto		
Facultad de Enfermería	Doctor en Enfermería	Completo
Facultad de Medicina	Doctor en Medicina	Parcial
Facultad de Odontología	Doctor en Odontología	Parcial
	Higienista en Odontología	Completo
Facultad de Psicología	Licenciado en Psicología	Parcial
Centro Universitario de Paysandú		
Facultad de Medicina	Doctor en Medicina	Parcial
Facultad de Odontología	Doctor en Odontología	Parcial
	Licenciado en Fisioterapia	Completo
Escuela Universitaria de Tecnología Médica	Licenciado en Imagenología	Completo
	Licenciado en Instrumentación Quirúrgica	Completo
	Licenciado en Laboratorio Clínico	Completo
	Licenciado en Psicomotricidad	Completo
	Tecnólogo en Hemoterapia	Completo
	Tecnólogo en Podología	Completo
	Tecnólogo en Radioterapia	Completo
	Tecnólogo en Salud Ocupacional	Completo
Centro Universitario de Rivera		
Facultad de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	Completo
	Licenciado en Enfermería	Completo
Facultad de Odontología	Higienista en Odontología	Completo
	Asistente en Odontología	Completo
	Doctor en Odontología	Parcial
Centro Universitario de la Región Este Maldonado		
Instituto de Educación Física	Licenciado en Educación Física	Completa
SECTOR PRIVADO		
Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH) Maldonado		
Facultad de Medicina	Doctor en Medicina	

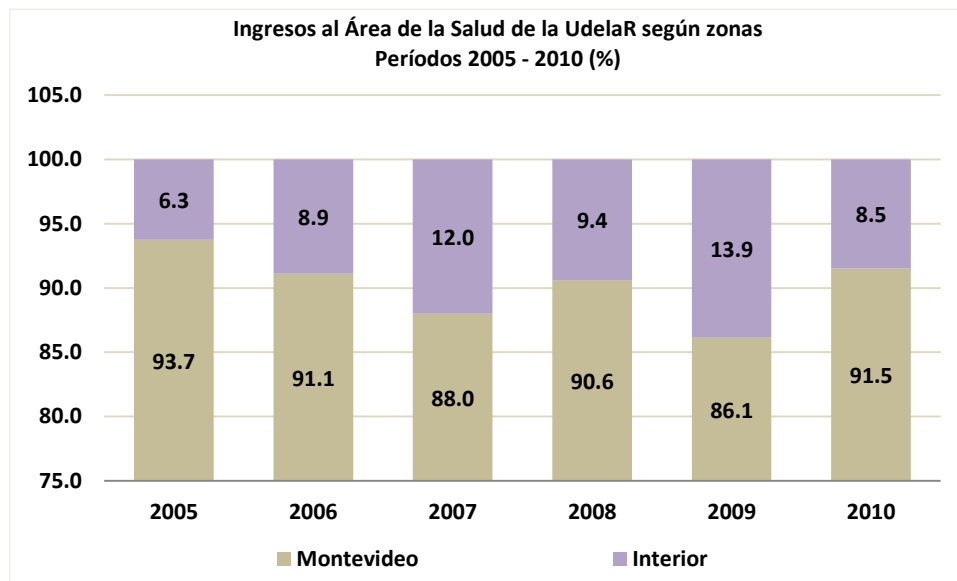
Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales SHARPS/MSP 2011. Estadísticas básicas de UdelaR y www.claeh.edu.uy

Tabla 8. Ingresos al Área de la Salud de la UdelaR año 2010

Departamentos	Ingresos	%
Montevideo	4.391	91,5
Salto	91	1,9
Paysandú	162	3,4
Paysandú y Entre Ríos	56	1,2
Maldonado	72	1,5
Rivera	28	0,6
Total	4.800	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Estadísticas básica de la UdelaR

Gráfico 7



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Estadísticas básica de la UdelaR

1.2. Unidad Docente Asistencial (UDA)¹¹

Actualmente, nuestro país se encuentra transitando por una profunda reforma del sector salud. En este contexto, las Unidades Docentes Asistenciales cumplen un rol importante, ya que permiten por un lado el fortalecimiento en la formación de recursos humanos necesarios para llevar adelante el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), y por otro apunta a la mejora de la calidad asistencial.

Este programa se crea de forma coordinada entre la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UdelaR). Asimismo representa una iniciativa importante para ambas instituciones, ya que estimula los cargos docentes de alta dedicación horaria, acompañado de un compromiso de gestión en cuanto a metas docentes y asistenciales. Surge a partir de la idea de fortalecimiento y formación de los recursos humanos de los efectores en Salud Pública para aquellas áreas en que el sistema público tiene necesidad. Para las especialidades de demanda “crítica” de ASSE la creación de estas unidades con la intervención de la Facultad de Medicina genera nuevos espacios para la formación académica de los recursos humanos con baja dotación.

El subprograma para la “Consolidación de Unidades Docentes Asistenciales” es una de las herramientas utilizadas para mejorar la dotación y formación de los RRHH adecuados al nuevo modelo de atención. De esta forma el ingreso y egreso a los programas de formación no significan limitación alguna que pueda poner en riesgo el cumplimiento de los cometidos asistenciales asignados a la Administración de Servicios de Salud del Estado.

Esta modalidad se viene desarrollando desde hace dos años y busca dar respuesta a una doble necesidad: la atención integral a la salud de la población y la formación de recursos humanos. Entre las estrategias para fomentar la radicación de RRHH en el medio rural se propone crear la Unidad Docente Asistencial Departamental (UDAD) como dispositivo administrativo.

A continuación se muestra la distribución de las UDAs en el país, con el fin de observar en qué departamentos se ha aplicado este programa, como posible incentivo para que los profesionales se familiaricen con los distintos lugares, con la posibilidad de volver a su lugar de origen.

¹¹ Las UDAs habilitadas actualmente son 63, distribuidas en 11 disciplinas (Anestesiología, Cirugía, Ginecología, Imagenología, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Oftalmología, Oncología, Pediatría, Traumatología y Urología), que corresponden a especialidades de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la UdelaR. Predominan las UDAs habilitadas en Medicina Familiar y Comunitaria, y en Medicina Interna. El resto de las disciplinas presentan menor cantidad de propuestas. Estas se encuentran funcionando en efectores de salud tanto de Montevideo como del interior del país. Ver anexo 2 cuadro resumen de información.

Tabla 9. Lista de efectores por departamentos

Departamentos	Efectores
Montevideo	Centro Hospitalario Pereira Rossell
	Hospital de Clínicas
	Hospital Español
	Hospital Maciel
	Hospital Pasteur
	Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología
	Instituto Nacional de Cáncer
	Primer Nivel de Atención – ASSE
Canelones	Primer Nivel de Atención ASSE – Canelones
	Hospital de Las Piedras
Florida	Hospital de Florida
	Primer Nivel de Atención ASSE – Florida
Maldonado	Hospital de Maldonado
Paysandú	Hospital de Paysandú
	Primer Nivel de Atención ASSE – Paysandú y Tacuarembó
Salto	Hospital de Salto
	Primer Nivel de Atención ASSE – Salto
Treinta y Tres	Primer Nivel de Atención ASSE – Treinta y Tres

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la Unidad de Gestión y Coordinación del Programa, noviembre 2011.

1.3. Unidad Docente Asistencial Departamental (UDAD)

Las medidas de profundización de la descentralización universitaria mediante la creación o ampliación de las carreras de grado de la salud en el interior del país junto con la creación de Unidades Docentes Asistenciales Departamentales (UDAD), de carácter multifocal e interdisciplinario, con sedes en localidades del interior de los departamentos, en ASSE y la creación de unidades docentes acreditadas en las IAMC del interior del país pueden incidir positivamente en la radicación de los RHS en las zonas subatendidas.

La UDAD es una propuesta que está pensada como un dispositivo con estructura Docente Asistencial, con base departamental y enfoque de asistencia continua a los usuarios del SNIS, que busca asegurar el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes del medio rural. Este dispositivo con sede en un centro urbano (capital departamental u otro) tendrá la tarea de coordinar y centralizar las acciones asistenciales, docentes y de extensión e investigación de todos los RRHH abocados a la salud rural ya sean dependientes de ASSE o de la UdelaR en el departamento.

Entre las funciones de la UDAD se destacan: *asistencia*, solucionando los problemas de salud de los pobladores a nivel local, regional, departamental; *docencia*, centralizando las actividades docentes en cuatro dispositivos: Puestos salud rural, Policlínicas rurales, Rondas rurales y Ferias de la Salud; *extensión*, promoviendo actividades comunitarias de difusión,

formación continua e involucramiento con la sociedad civil; e *investigación* de temas relevantes para la salud de la población del medio rural.¹²

2. Desarrollo de Salud Local

2.1. Programa de Enfermedades No Transmisibles (PPENT)

En este apartado se hace referencia al PPENT como uno de los programas de salud que se llevaron adelante en este último tiempo, y que puede repercutir tanto en la cantidad de RRHH por departamento como en la salud de la población de los lugares en que fue implementado.

Dentro de este programa está el proyecto Previniedo, que ha trabajado sobre 4 tipos de enfermedades: *hipertensión arterial, diabetes, obesidad/sobrepeso y cáncer de colon*. Dicho programa se estableció en el año 2010 como piloto en tres departamentos (Tacuarembó, Treinta y Tres, y Río Negro), tanto en instituciones públicas como privadas. Tiene como objetivo primordial reducir la carga de enfermedad de las cuatro enfermedades antes mencionadas, a través de trabajar sobre intervenciones directas en el primer nivel de atención. La población objetivo de dicho programa son los usuarios mayores de 20 años. Las Entidades Efectoras Participantes (EEP) del proyecto reciben incentivos por cumplimiento de indicadores de resultados.

“En síntesis, el Programa Piloto Previniedo junto a los restantes componentes del PPENT, participa de un fin común que tiene como propósito fortalecer las capacidades del Sistema de Salud del Uruguay, en respuesta a la demanda de su perfil epidemiológico, donde las enfermedades crónicas no transmisibles tienen alta prevalencia.”¹³

Por el momento no se tienen resultados de salud que se puedan deducir directamente de la intervención de este programa. Solamente a efectos de los objetivos planteados para este trabajo debe tenerse en cuenta si se presentan diferencias en los departamentos en donde se aplicó y considerarlo como posible causante de esas variantes.

No obstante, se debe advertir que la implementación de un programa con estas características genera un aumento en la demanda de profesionales, ya que para aumentar la capacidad de atención se necesita mayor disponibilidad de médicos.

2.2. Gasto en salud por departamento

A continuación se analiza el gasto en salud por departamento como posible indicador de las condiciones de trabajo, visto del punto de vista de la disponibilidad de recursos para brindar

¹² Este documento surge en el marco del Plan Nacional de Salud Rural del MSP en conjunto con el equipo interdireccional de Salud Rural y en coordinación con la UDT, ASSE y usuarios de la salud.

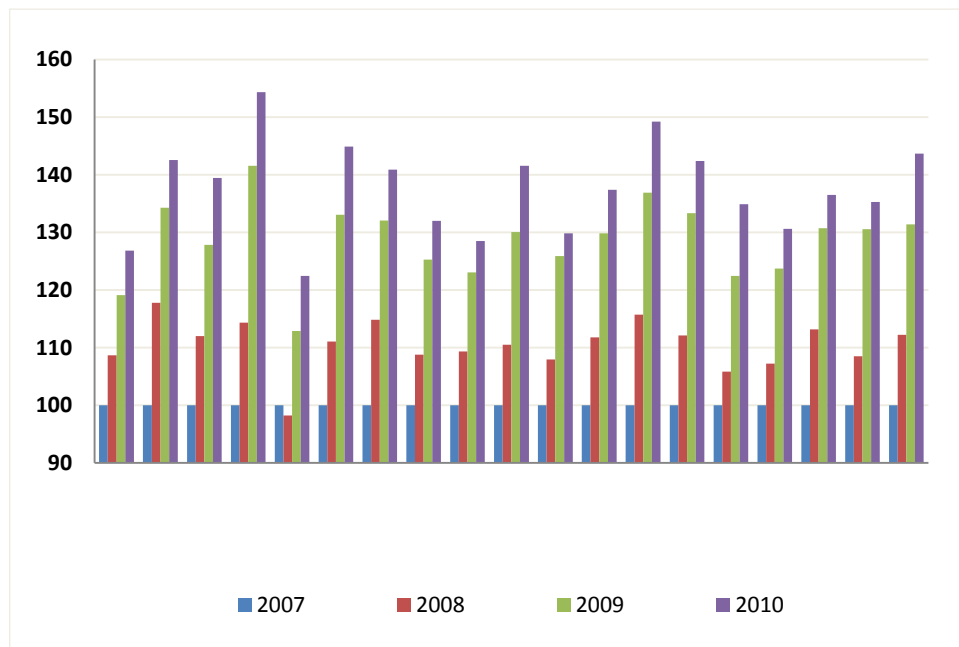
¹³ Programa Piloto Previniedo, Componente 3. PPENT, MSP. http://www.msp.gub.uy/uc_4379_1.html

una adecuada atención a la población, de los salarios percibidos por los trabajadores médicos y no médicos, así como de la disponibilidad de cierta tecnología en donde los trabajadores médicos principalmente pueden desarrollar una adecuada carrera profesional. Estos aspectos mencionados pueden verse como un incentivo para los profesionales de la salud a la hora de optar por su lugar de trabajo en las distintas zonas del país.

El primer gráfico muestra la variación que ha tenido el gasto en salud por habitante, sumando el gasto de ASSE y el de las IAMC, y tomando como base el año 2007. En todos los departamentos se observa que este gasto aumentó, y si se compara el 2010 con el 2007 (año base), el gasto se ha incrementado en el entorno de un 30% y un 40%; no obstante, en Montevideo y Colonia el aumento es un poco menor. Dentro de los departamentos que presentaron mayor variación se destacan Cerro Largo, Rivera y Durazno.

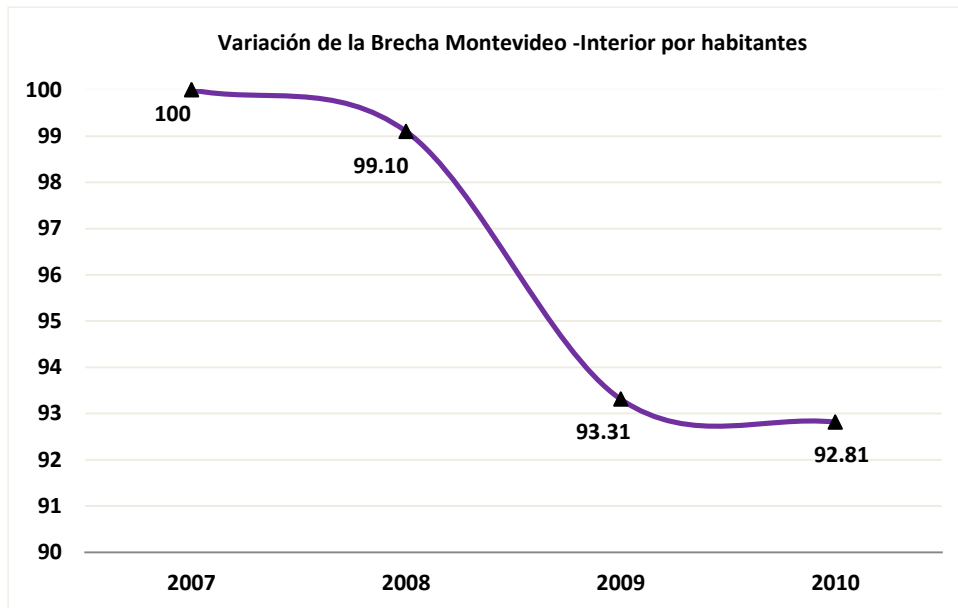
El segundo gráfico muestra la brecha del gasto entre Montevideo y el Interior, tomando en cuenta la variación que tuvo entre 2007 y 2010, con el objetivo de observar si hubo cambios en la distribución del gasto a lo largo del tiempo que puedan ser considerados incentivos, o si la brecha se mantiene constante. Y lo que se observa es una disminución de la brecha en el período estudiado.

Gráfico 8. Variación del gasto en salud por habitante (ASSE-IAMC). Base 2007=100



Fuente: Elaboración propia. Gráficos realizados con base a datos proporcionados sobre gasto en salud por la DES, MSP; ASSE y INE: Proyecciones de Población según departamento de residencia habitual, 1996-2025.

Gráfica 9. Variación de la Brecha del Gasto en Salud entre Montevideo-Interior



Fuente: Elaboración propia. Gráficos realizados con base a datos proporcionados sobre gasto en por institución por la DES, MSP; ASSE e INE; Proyecciones de Población según departamento de residencia habitual, 1996-2025.

3. Incentivos Económicos y desarrollo socioeconómico.

3.1. Instrumentación del pago variable para el primer nivel de atención en ASSE¹⁴:

Este convenio contempla incentivos para trabajar en el primer nivel de atención e incorpora el pago por capitación a los profesionales que adscriban población de referencia. Está enfocado básicamente a niños, adolescentes y otros usuarios del medio rural. Los profesionales que pueden participar son: Doctor en Medicina General, Doctor en Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatra, Geriatra, Médico de Área y Médico Rural. Cada médico tiene un área de referencia en la que es responsable de su población, cumpliendo con las metas asistenciales previstas por los diferentes programas de salud.

La remuneración tiene un componente fijo y otro variable; el fijo corresponde al compromiso funcional, y el variable es un pago por capitación con un monto mayor cuando la población de referencia es del medio rural. Esta política no solo incentiva a los médicos que trabajan en los distintos departamentos a trabajar en el primer nivel de atención, sino que mejora la accesibilidad de la población que se encuentra dispersa en el medio rural por medio de la referenciación y la incorporación de incentivos económicos.

¹⁴ Convenio (Anexo): *Instrumentación del pago variable para el primer nivel de atención*. Artículo 727 Ley de Presupuesto.

3.2. Cargos de alta dedicación para el segundo nivel de atención en ASSE15 (Artículo 735 de la Ley de Presupuesto):

A fines de diciembre 2010 ASSE firmó un acuerdo enmarcado en la reorganización del trabajo médico incentivando los cargos de alta dedicación. Se plantean cargos de 40 y hasta de 60 horas semanales multifuncionales con el objetivo de que los profesionales concentren su actividad en un solo lugar. La remuneración para estos cargos tienen una relación de 1.3 del valor hora del médico de guardia en los cargos de 40 hs y 1.4 en los de 48 hs. Estos cargos si bien no son específicos para ninguna especialidad se enmarcaron básicamente para medicina intensiva, pediatría y neonatología. En el punto décimo del convenio se aclara que estos cargos de alta dedicación se distribuirán equitativamente entre el área metropolitana y el interior del país.

Si bien no podemos dar cuenta hasta el momento del impacto que han tenido estas medidas, lo que implicaría profundizar en su evaluación, estas pueden ser consideradas políticas de incentivos a la radicación de médicos en el interior, tendientes a disminuir el multiempleo y aumentar la resolutivez dentro del mismo centro asistencial, con la consecuente disminución de derivaciones a Montevideo.

4. Salud Rural

El programa y anteproyecto que se presentan en este apartado, articulan aspectos vinculados a todas las categorías de incentivos utilizadas: formación, desarrollo de salud local, incentivos económicos, apoyo personal y profesional, pero el ámbito de aplicación es restrictivo en términos de la realidad nacional, en la medida que se centra exclusivamente en el ámbito rural.

4.1. Programa de Salud Rural (MSP)

En el año 2010, en el MSP, se empezó a diseñar el Programa de Salud Rural, que se planteó como objetivo general:

“Favorecer espacios de vida dignos, habitables y saludables, con acceso universal a servicios de salud de calidad en toda la población rural del país, mediante la plena participación de todos los involucrados en el proceso y generando espacios de articulación interinstitucional e intersectorial a nivel nacional, local y territorial”.¹⁶

Cuando marca las carencias asistenciales en el medio rural, el programa plantea la necesidad de la redistribución de los RRHH como uno de sus principales objetivos. En su proyecto el

¹⁵ Preacuerdo del 6 de octubre de 2010 entre ASSE, FEMI y SMU: “Sistema de cargos de alta dedicación”. Artículo 735 Ley de Presupuesto.

¹⁶ Programa Nacional de Salud Rural, DPES, MSP. Pág. 5. 18 de noviembre de 2011.

programa establece la creación de puestos de salud y policlínicas rurales, a la vez que marca la necesidad de reforzar las rondas de salud, la referencia y contra referencia de los servicios como algunos de sus puntos principales. Se plantea llevar adelante ciertas políticas, acuerdos y convenios para incentivar la radicación de personal de salud en estas zonas del país.

Las acciones de incentivos que plantea el programa son:

- ▶ La compensación salarial diferencial para los equipos del área rural.
- ▶ La creación de beneficios extendidos para estos trabajadores, estableciendo convenios con MEVIR, ANTEL, ANEP, INC; con el objetivo de lograr prestamos de viviendas, mejorar la accesibilidad de los medios de comunicación así como conseguir becas de estudio para los hijos de estos trabajadores.
- ▶ La generación de acuerdos con la Universidad de la República para crear espacios de formación de técnicos y profesionales en el área rural.
- ▶ La necesidad de establecer espacios de debate acerca del servicio social obligatorio de los equipos de salud para el área rural.

Si bien el Programa de Salud Rural se crea en el ministerio, las medidas que se adopten, ya sea en materia asistencial como de definición de políticas de incentivos para radicación de RRHH, se discutieron con distintos actores del campo de la salud, a través de reuniones en las que se validaron las llamadas líneas de acción, por lo que es considerado un programa participativo.

Cabe aclarar que si bien este programa no ha sido implementado todavía, es considerado un antecedente en políticas de incentivos por el proceso que tuvo el proyecto para su creación, la discusión que se llevó con otros actores, y el planteo de la propuesta y del decreto de forma oficial.

Por último, y dentro de este mismo lineamiento, a fines del año 2011 se lanzó el **Anteproyecto de decreto sobre Salud Rural**: “LOS MISMOS CIUDADANOS, EL MISMO SISTEMA, LOS MISMOS PROFESIONALES Y EQUIPOS DE SALUD”.

En el anteproyecto se señala la importancia de *descentralizar la formación de RRHH* y de *generar condiciones adecuadas* para la posterior radicación de los médicos en el interior del país y en particular en el medio rural. Se plantean además, en el anteproyecto, algunas estrategias seguidas por otros países para el incentivo a la radicación de profesionales de la salud en zonas rurales como: Intervenciones educativas o incentivos a los estudiantes del medio rural, o formación de grado y posgrado en zonas rurales; Intervenciones de radicación de postgraduados; Incentivos financieros (subsidios, incremento salarial; Estrategias de soporte y beneficios extendidos (formación continua profesional, carrera funcional y beneficios extendidos para la familia), entre otras.

■ 3. PROPUESTAS PARA EL CASO URUGUAYO

En muchas ocasiones la elaboración de políticas públicas tropieza con grandes dificultades tanto en su diseño como en su implementación, pues los responsables gubernamentales no tienen en cuenta elementos básicos para la toma de decisiones. Un marco metodológico para el análisis de políticas como el propuesto por Bardach debería ser tomado como guía en cualquier propuesta de distribución de RHS.

En primer término, es necesario definir claramente el objetivo estratégico y la finalidad perseguida, partiendo de la identificación del problema, y realizar una revisión bibliográfica de la literatura sobre el tema y de las iniciativas llevadas a cabo para evaluar el éxito o el fracaso de las mismas. En segundo lugar, es necesario diseñar un conjunto de alternativas basadas en la caracterización de los tipos de incentivos a aplicar, los recursos disponibles y el apoyo de los implicados. En tercer término, se deben seleccionar los criterios con los cuales se evaluará la propuesta, proyectar los resultados y sus posibles consecuencias. En cuarto lugar, promover la participación de los actores involucrados en la aplicación de las propuestas. Finalmente, evaluar los resultados y corregir posibles efectos no deseados (Citado por OMS, 2008:34 tomado de Bardach (2000): *A practical guide for policy analysis: the eightfold path to more effective problem solving* (Ver anexo 4, Cuadro 2).

En este apartado se presentan algunas propuestas para el desarrollo de una política articulada tendiente a mejorar el acceso a recursos humanos calificados en todo el territorio. Las mismas tienen el objetivo de delinear posibles líneas de acción, pero el diseño concreto de la política deberá contemplar las etapas metodológicas planteadas anteriormente.

1. Formación

1.1. Becas e incentivos para estudiantes universitarios

En nuestro país se podría explorar un sistema de becas o pago diferencial tanto de la práctica de estudiantes de grado (internados de disciplinas necesarias) como de posgrado (residencias médicas, implementación de un sistema de residencias de enfermería), cuyo financiamiento podría estar a cargo del FONASA, donde se contemplen las prioridades del SNIS por medio de variables tales como la distribución geográfica, la dispersión de la población beneficiaria, la marginalidad económica social y cultural, la inseguridad y riesgo para el personal derivado de las condiciones del lugar en que se ejecuten las acciones. En este sentido, es ilustrativo el sistema chileno de reconocimiento salarial por zona de desempeño y vulnerabilidad de la carrera sanitaria del sistema público, dónde se destinan mayores recursos a lugares con mayor brecha en la cantidad de profesionales.

Por otra parte, se podrían analizar la posibilidad de profundizar y desarrollar líneas de acción que busquen soluciones a los problemas habitacionales de los estudiantes que provienen del interior del país.

1.2. Experiencias y prácticas clínicas rotatorias

Estimular las experiencias y las prácticas clínicas rotatorias de estudiantes de diferentes disciplinas en zonas sub-atendidas, específicamente en lugares carentes de tecnologías e instrumentos de diagnóstico de última generación, podría ser un medio eficaz para que los estudiantes se acerquen a los problemas sanitarios y a las condiciones de los servicios de estos lugares y al mismo tiempo se sientan atraídos hacia esas zonas y se aumenten las posibilidades de contratación.

La presencia de tutores, instructores y supervisores locales es un factor esencial para el éxito de esta intervención (OMS, 2011:22).

Este tipo de prácticas en el interior del país debe ir unida al apoyo y los incentivos apropiados, de modo de fomentar la contratación y la posterior permanencia de los agentes de salud en esas zonas. Un ejemplo de ello puede ser la obligación de los prestadores de ofrecer un contrato de trabajo a los recién egresados una vez finalizadas las residencias médicas.

1.3. Modificación de programas de grado y de posgrado.

Los RHS que trabajan en las zonas sub-atendidas no cuentan con el apoyo de especialistas, ni tampoco disponen de instrumentos y equipos sofisticados para la evaluación clínica. Por lo tanto, el alcance de su práctica es más amplio, este ejercicio profesional ampliado debe de tener su correlato durante la formación tanto de grado como de posgrado (OMS, 2011:22). Parece necesario entonces incorporar a los planes de estudio de grado y postgrado materias relacionadas con la salud en el entorno rural.

1.4. Descentralización de programas de formación continua y promoción profesional.

La formación continua y la promoción profesional son elementos indispensables para el desarrollo de competencias y para mejorar el rendimiento de los RHS. Este tipo de actividades no solo permite la actualización y desarrollo de los conocimientos y aptitudes sino también ofrece la posibilidad de establecer redes de profesionales y de reducir la sensación de aislamiento social y profesional (OMS, 2011:23). Las actividades de formación continua deben atarse a la promoción profesional para que no se conviertan en un factor de frustración de los RHS implicados (OMS, 2008: 20). Es importante que se pueda acceder desde el lugar donde se reside y trabaja a programas de formación continua y promoción profesional. El uso de métodos de educación a distancia y de tecnologías de la información junto con contenidos

adaptados a las necesidades y prioridades específicas de los servicios de salud implicados podría ser un medio eficaz para la retención de los RHS en las zonas sub-atendidas.

1.5. Respaldo académico y social

Ampliación y profundización de los programas desarrollados por Bienestar Universitario que apuntan a la integración social y al fortalecimiento de los vínculos sociales de los estudiantes del interior del país, por el desarraigo que implica el traslado del interior a Montevideo o de una zona rural a una urbana. Estas políticas están enfocadas a minimizar la deserción de los estudiantes provenientes de zonas sub-atendidas.

1.6. Descentralización de las instituciones educativas y las residencias médicas.

Medidas de profundización de la descentralización universitaria mediante la creación o ampliación de carreras de grado en el interior del país junto con la creación de Unidades Docentes Asistenciales Departamentales, de carácter multifocal e interdisciplinario, con sedes en localidades del interior de los departamentos, en ASSE y la creación de unidades docentes acreditadas en las IAMCs del interior, pueden incidir positivamente en la radicación de los RHS en las zonas sub-atendidas. Las carreras de grado y posgrado deben incrementar su oferta educativa en el interior del país, para que los trabajadores de la salud puedan acceder a educación formal y que de este modo se establezcan vínculos y redes de profesionales en estas zonas, motivando su permanencia en las distintas regiones. La contratación y retención de practicantes y residentes estará condicionada por la capacidad que puedan tener los distintos departamentos en referencia a la tecnología existente para realizar las prácticas correspondientes, la disponibilidad de médicos especializados que supervisen las prácticas, así como por la mayor capacidad de pago de las instituciones prestadoras de salud.

2. Desarrollo de Salud Local

2.1. Gasto en salud por departamento

Respecto al gasto en salud por departamento, un adecuado nivel de gasto así como una eficiente ejecución pueden garantizar un aumento en la disponibilidad de RHS en las distintas zonas. En este sentido, el destino del gasto puede ir desde aumento y mejora de la infraestructura, crecimiento de la tecnología disponible, pudiendo generar (aunque no de manera lineal) un aumento en la satisfacción de los trabajadores en los distintos lugares de trabajo, aumentando la probabilidad de elección de dichos lugares.

2.2. Centros asistenciales

Las características de los servicios asistenciales, esto es, la infraestructura, el entorno laboral y el acceso a medicamentos y a la tecnología, son factores que influyen en la decisión de trasladarse a zonas sub-atendidas o de permanecer en ellas. Un aumento en la cantidad de centros asistenciales disponibles por región puede generar un aumento en la demanda de trabajadores de la salud. La reglamentación y fiscalización de los servicios de salud de estas zonas, implementando estándares mínimos que fomenten el incremento de la inversión edilicia y de los recursos materiales junto con una fiscalización eficiente en el interior del país, pueden fomentar una mayor resolutivez e independencia de los RHS que trabajan en estas zonas, aumentando la retención. Esto debería ser complementado con una regionalización de los recursos tecnológicos disponibles.

La fragmentación de los servicios que ofrecen los prestadores lleva a un uso ineficiente de los recursos disponibles para la atención sanitaria. En este sentido se debe fomentar y promover la firma de acuerdos de complementación de servicios que eviten la duplicación de la atención y por lo tanto de los recursos utilizados que genera ineficiencias en la asignación de los recursos disponibles. Estos acuerdos, además de promover la eficiencia sistémica y aumentar la resolutivez de los servicios implicados, pueden significar una disminución de la demanda de atención en los centros de asistencia ubicados en Montevideo.

2.3. Implementar espacios de debate acerca de servicio social obligatorio de los equipos de salud en el interior del país

El servicio obligatorio se entiende como “la asignación preceptiva de personal sanitario a zonas remotas o rurales durante un periodo determinado de tiempo, con el fin de garantizar la disponibilidad de servicios en esas zonas” (OMS, 2011:26). El mismo podría ser un requisito para obtener la titulación en la formación tanto de grado como de posgrado, así como una exigencia para ingresar a trabajar en la Administración Pública. En materia de formación de posgrado se podría reglamentar el Artículo 17 de la Ley de Residencias Médicas priorizando la realización de las residencias en el interior del país. Con respecto a la formación de grado se podría proceder a la implementación de internado obligatorio tanto de medicina como de enfermería o de obstetricia, etc. en localidades del interior del país. Estas medidas deberían contar con los docentes necesarios y mecanismos que inhiban la sustitución de personal calificado por estudiantes que profundiza la inequidad en la atención. Por otra parte, estas estrategias de incentivos a la radicación se podrían combinar con las que implican el pago de salarios diferenciales según lugar de residencia.

Al mismo tiempo, se podría fomentar el establecimiento de categorías diferentes de personal sanitario con formación apropiada y reglamentar la práctica en zonas urbanas y rurales del interior del país

El establecimiento de diferentes categorías de profesionales permite contar con una mayor cantidad de RHS capacitados, con un perfil adaptado a las necesidades locales y que, por otra parte, no siempre son altamente demandados en los centros urbanos.

La reglamentación del ejercicio profesional ampliado para los RHS que actúan en estas zonas permite un mayor compromiso con el servicio y aumenta la motivación de los mismos a la vez que facilita la prestación de servicios cuando los RHS son escasos.

3. Incentivos económicos y desarrollo socioeconómico

Aunque el abordaje del problema de la escasez de los RHS desde una perspectiva de desarrollo socioeconómico puede ser demasiado amplio, la consideración de tales factores no se puede soslayar en un enfoque que pretenda ser integral. Para mejorar los indicadores socioeconómicos es necesario un trabajo coordinado entre los distintos organismos nacionales y departamentales del Estado y contar con la participación activa de la sociedad civil, pues las políticas a aplicarse abarcan una pluralidad de sectores como por ejemplo educación, vivienda, servicios, transporte, trabajo, etc. Una adecuada intervención en este ámbito puede generar un desarrollo local que impacte indirectamente en el aumento de los trabajadores de la salud en las distintas zonas del país.

Por otra parte, para aumentar la retención de los RHS mediante la implementación de un sistema de incentivos es necesario desarrollar compensaciones salariales diferenciales para equipos de salud, según criterios relacionados con las necesidades sanitarias de la población a nivel territorial y la distancia de Montevideo o de los centros urbanos departamentales.

Los salarios que actualmente perciben los médicos del Interior del país -aunque en muchos casos superiores con respecto a los de estos profesionales en Montevideo- no son suficientes para generar un aumento de la oferta de este RHS en el interior del país¹⁷.

Además de los aspectos salariales es preciso incluir la instauración de mesas de diálogo permanente para establecer convenios con organismos tanto públicos como privados o de la sociedad civil (MEVIR, ANTEL, ANEP, INC, etc.) que proveen los servicios básicos a la comunidad, y otorgar en zonas de máxima necesidad de RHS beneficios extendidos (préstamo de vivienda, acceso a teléfono, internet, becas de estudio para los hijos, etc.) que estimulen la radicación de los mismos en las zonas más sub-atendidas.

4. Apoyo Personal y Profesional

Las políticas de retorno o traslado deben focalizarse en los profesionales con menos años de egresados, ya que a medida que aumentan los años de ejercicio profesional en determinado

¹⁷ "Informe sobre RRHH en Salud 2010". Depto. Mercado de Trabajo, DDRHS- MSP. Pág. 23-24 .

lugar se genera un mayor arraigo laboral y personal, disminuyendo la probabilidad de movilidad de dichos trabajadores.

Por otra parte, es necesario identificar y realizar actividades de apoyo apropiadas, que faciliten la cooperación entre los RHS que trabajan en zonas mejor atendidas y los RHS de zonas subatendidas.

Este tipo de apoyo disminuye la sensación de aislamiento, aumenta la competencia y la satisfacción en el empleo de los RHS (OMS, 2011:33).

Un mecanismo de apoyo que incorpore visitas periódicas de especialistas a colegas que trabajan en zonas subatendidas del interior del país, oriente y ayude en la atención al paciente así como en la utilización de la telemedicina (uso de la tecnología para apoyar a los RHS a diagnosticar y tratar pacientes, y a mejorar sus conocimientos y aptitudes) pueden ser factores que incidan en el logro de estos objetivos.

El apoyo a la creación y fortalecimiento de redes de profesionales, asociaciones de profesionales sanitarios que ejercen en las zonas sub-atendidas del interior del país, publicaciones periódicas sobre salud rural, entre otras, puede estimular el “espíritu de cuerpo” y combatir la percepción de aislamiento profesional (OMS, 2011:34).

Finalmente, se podrían adoptar medidas destinadas a lograr reconocimiento público de los RHS que trabajan en zonas sub-atendidas del interior del país (celebración de días de la salud rural, la concesión de premios o distinciones locales o nacionales) y crear condiciones para aumentar la motivación natural y, por lo tanto, la permanencia. Este tipo de actividades constituyen una ocasión para dedicar atención a los agentes de salud y a sus logros en forma individualizada, y demostrar así apoyo político a los RHS y al trabajo sanitario en las zonas sub-atendidas del interior del país (OMS, 2011:35).

■ CONSIDERACIONES FINALES

Como se ha señalado al principio, el trabajo aquí esbozado tiene como finalidad la generación de insumos que sirvan de aporte al tema de la desigualdad distributiva de los RHS. También se han ensayado algunas posibles líneas de acción a seguir para afrontar el tema.

Como es sabido Uruguay ha venido transitando en los últimos 5 años por una transformación del sistema de salud, dentro de este contexto de reformas el rol y la importancia del recurso humano en salud es fundamental para el desarrollo e implementación del nuevo modelo de salud. *Aspectos como la calidad y la cantidad, así como la **equidad** en la distribución de los trabajadores de la salud no son temas novedosos, pero hoy han adquirido una importancia crucial, demandando un análisis más profundo y crítico sobre la situación real de los RHS.*

La inequidad que muestra Uruguay en materia de RHS en cuanto a la disponibilidad de ciertos profesionales, es una problemática que deberá ser superada para que el proceso de reforma pueda desarrollarse sin quebrantos. Si bien, se ha identificado que la densidad global[®] de RHS en relación a la población es casi dos veces y media más elevada que los parámetros estipulados internacionalmente, el desequilibrio relacional entre profesionales y su distribución a nivel país es bastante desigual.

A partir de los antecedentes encontrados y analizados en este trabajo sobre políticas de incentivos para la radicación de RHS en el interior del país se puede deducir que el tema sigue siendo inmaduro en cuanto a medidas que se han tomado y que se toman para afrontar dicha problemática. *A nivel general no existió y no existe una política global ni una planificación focalizada en lograr una mejor distribución de estos recursos.*

Si bien se mencionaron algunas acciones, que consideramos pudieron repercutir en la distribución de recursos de manera indirecta y parcial, las mismas **no** han sido pensadas con este objetivo específico; con excepción del Programa de Salud Rural que incluye medidas definidas para incentivar la radicación de profesionales en el interior del país, pero solo para las zonas rurales.

En definitiva, en Uruguay, hoy se observa la existencia de una serie de acciones fragmentadas que pueden haber incidido mayormente de manera indirecta sobre el problema, y de las cuales **no existe** evaluación del impacto que han tenido. De ahí la necesidad de planificar una política global para incentivar la redistribución de los RHS en todo el país, con una imagen objetivo clara, un seguimiento de los resultados obtenidos y una evaluación de las dificultades que resultan de su aplicación.

[®] La densidad global refiere a la sumatoria de médicos, lic. en enfermería y obstetras parteras. Para el año 2010 la densidad global de RHS era de 61 cada 10.000 habitantes,

■ BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Adams O, Hicks V: Pay and non-pay incentives, performance and motivation. Preparado para la OMS Diciembre de 2000 Global Health Workforce Strategy Group. Geneva 2001.
- Anand, S., Bärnighausen, T.: Human resources and health outcomes: cross-country econometric study, *The Lancet*, 2004. 364: 1603-1609.
- Babio Pereira, Gastón (2011): *“Buenas prácticas en la regulación del reclutamiento internacional de trabajadores sanitarios y para la distribución equitativa de fuerza laboral de salud”*, Noviembre, 2011. Acción Migración de Profesionales de la Salud entre América Latina y Europa. Creación de Oportunidades para el Desarrollo Compartido.
- Buchan J, Thompson M, O’May F.(2000) Incentive and remuneration strategies in health care: a research review.
- Integración regional, necesidades de salud de la población y dotación de recursos humanos en sistemas y servicios de salud: aproximación al concepto de estimación de brecha. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S202-S213, 2007.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400010
- OMS (2000): Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Suiza.
- OMS (2008): Directrices: Incentivos para los profesionales de atención de salud. Prepublicación. Ginebra, Suiza.
- OMS (2009): *“Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention”*. Background paper for the first expert meeting to develop evidence-based recommendations to increase access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva, 2–4 February, 2009.
- OMS (2011): Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política. Ginebra, Suiza.
- Purcallas, D y Rígoli, F. (2006) Enfoque y perspectivas de Políticas de Recursos Humanos en Salud. Unidad de Recursos Humanos en Salud. Washington DC OPS-OMS.
- Resolución #CSP27/10 de OPS-OMS, “Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud (RHS) 2007-2015”.
- Revista RETS; “Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud” Nº 9, año 2011.
- Sepúlveda, Hernán (2009): Presentación *“EXPERIENCIA CHILENA”* en TALLER DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD Montevideo – Uruguay 8 al 10 de Diciembre de 2009.

Anexo 1

Tabla 10. Densidad de Recursos Humanos cada 10.000 habitantes según departamento de residencia. Año 2011

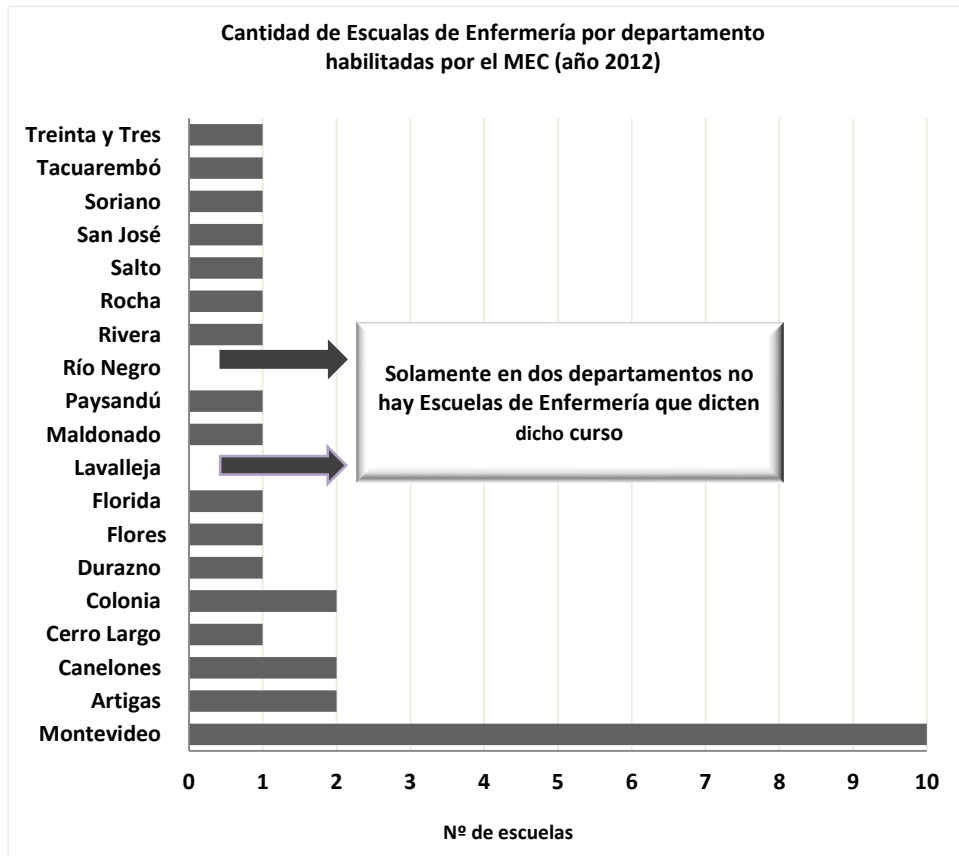
Departamentos	Licenciadas en enfermería	Auxiliares en enfermería	Enfermería Total	Médicos*
Montevideo	23.5	64.9	88.4	78.8
Interior	8.7	46.1	54.8	21.7
Artigas	10.3	48.4	58.8	13.8
Canelones	10	53.5	63.4	24.0
Cerro Largo	4	39.6	43.7	16.6
Colonia	7.4	50.6	58	23.0
Durazno	4.8	43.9	48.7	15.2
Flores	3.5	52.4	55.9	21.0
Florida	7.7	45.7	53.4	24.3
Lavalleja	6.1	55.8	61.9	23.7
Maldonado	7.3	37.1	44.4	27.2
Paysandú	9.2	35.5	44.7	24.3
Río Negro	6.5	31.7	38.2	19.4
Rivera	8.2	53.3	61.6	17.5
Rocha	6.5	43.8	50.3	23.3
Salto	20.1	37.6	57.7	24.3
San José	6.4	41.6	48	16.6
Soriano	6.9	41.8	48.7	20.8
Tacuarembó	7.5	47.3	54.7	18.4
Treinta y Tres	6.9	46.7	53.6	18.8

Fuente: Elaboración propia en base a datos de MSP, SHARPS; MSP, 1º Censo Nacional de RHS, 2010; CJPPU, afiliados activos, afiliados con declaración jurada de no ejercicio de la profesión; INE, Proyecciones de Población según departamento de residencia habitual, 1996 – 2025.

*Base CJPPU, actualizada al 30 de junio de 2011.

Anexo 2

Gráfico 10



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Educación y Cultura 2011.

Tabla 11. Ingresos de estudiantes al Área de la Salud de la Udelar según departamentos de nacimiento y residencia actual (año 2009)

Departamentos	Nacimiento	Residencia
Montevideo	48,7	62,2
Artigas	2,4	0,8
Canelones	4,1	12,8
Cerro Largo	2,7	0,8
Colonia	3,0	1,6
Durazno	1,5	0,6
Flores	1,1	0,6
Florida	1,8	1,5
Lavalleja	1,4	1,0
Maldonado	1,8	1,3
Paysandú	4,6	3,4
Río Negro	1,6	0,8
Rivera	3,4	2,1
Rocha	1,8	0,5
Salto	4,1	2,2
San José	1,3	2,0
Soriano	3,5	1,1
Tacuarembó	3,2	0,7
Treinta y Tres	1,9	0,4
Exterior	3,0	0,3
Sin Dato	3,3	3,3

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Estadísticas básica de la Udelar 2010.

Gráfico 11

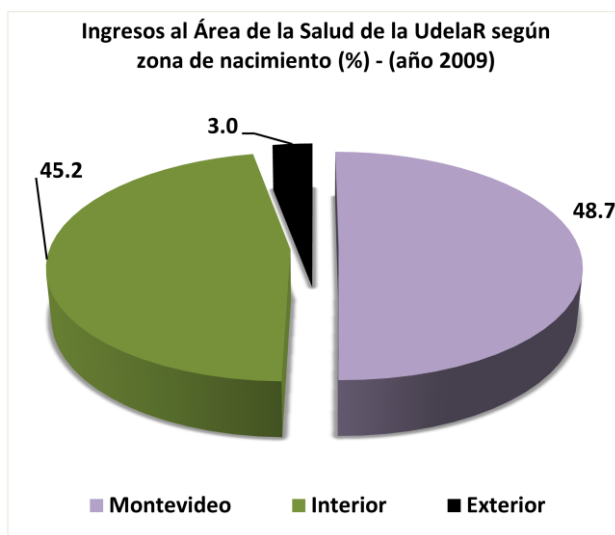
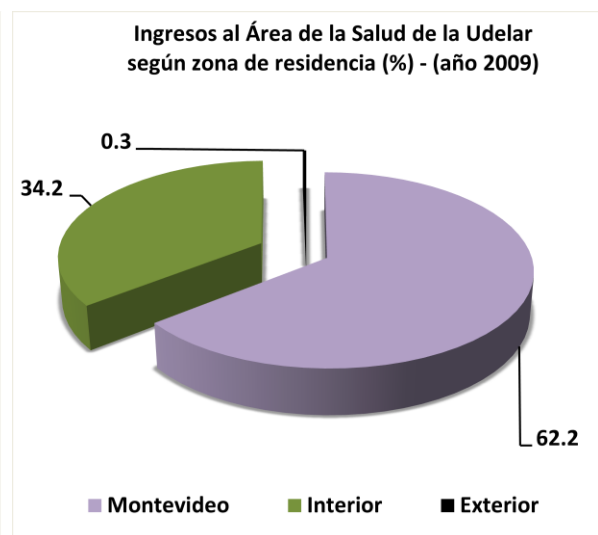


Gráfico 12



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Estadísticas básica de la Udelar.

Anexo 3

Tabla 12. UDAS Habilitadas por disciplina

DISCIPLINA	EFFECTORES
Anestesiología	Centro Hospitalario Pereira Rossell
	Maternidad del CHPR
	Hospital de Paysandú
	Hospital de Florida
	Hospital Maciel Hospital Pasteur
Ginecología	Maternidad del CHPR
	Hospital de Paysandú
Imagenología	Unidad de Medicina Prenatal - Centro Hospitalario Pereira Rossell
	Ecografía Ginecológica del Hospital de Clínicas
	Imagenología Nuclear del Hospital de Clínicas
	Departamento Clínico de Radiología del Hospital de Clínicas
Oftalmología	Centro Hospitalario Pereira Rossell
	Hospital de Clínicas
Pediatría	Centro Hospitalario Pereira Rossell- DEP
	Centro Hospitalario Pereira Rossell- Infecto Inmunología
	Hospital de Paysandú
	Hospital de Maldonado
	Hospital de Las Piedras
	Hospital de Las Piedras – Cirugía Pediátrica Durazno Las Piedras
	Primer Nivel ASSE – Montevideo/ Unidad Pediátrica Ambiental Primer Nivel ASSE – Montevideo/ Centro de Salud Giordano
Traumatología	Centro Hospitalario Pereira Rossell
	Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología – INOT
Cirugía	Hospital de Clínicas - Coloproctología
	Hospital de Clínicas – Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática
	Hospital Español
	Hospital Maciel
	Hospital Pasteur - Coloproctología
	Hospital Pasteur – Mastología
	Hospital Pasteur – Videocirugía Hospital de Salto
Oncología	Hospital de Clínicas – Cuidados Paliativos
	Hospital de Clínicas – Mastología
	Hospital de Clínicas - Radioterapia
	Instituto Nacional del Cáncer – Centro Cáncer Digestivo
Urología	Hospital de Clínicas
Medicina Familiar y Comunitaria	Primer Nivel de ASSE – Canelones (Pando)
	Primer Nivel de ASSE – Canelones (Las Piedras)
	Primer Nivel de ASSE – Canelones (Santoral)
	Primer Nivel de ASSE – Canelones (Salvador Allende)
	Primer Nivel de ASSE – Florida Primer Nivel de ASSE – Montevideo (Apex Cerro)

	Primer Nivel de ASSE – Montevideo (Saint Bois)
	Primer Nivel de ASSE – Montevideo (Jardines del Hipódromo)
	Primer Nivel de ASSE – Montevideo (Los Ángeles)
	Primer Nivel de ASSE – Paysandú y Tacuarembó
	Primer Nivel de ASSE – Salto
	Primer Nivel de ASSE – Treinta y Tres
	Hospital de Paysandú – Medicina Paysandú
	Hospital de Clínicas – Dolor y Cuidados Paliativos
	Hospital de Clínicas – Prev. Secundaria CV
	Hospital de Clínicas – UMIC
	Hospital de Clínicas – UEAS
	Hospital de Clínicas - Tabaquismo
	Hospital de Clínicas – HTA
Medicina Interna	Hospital de Clínicas – Paciente Quirúrgico
	Hospital de Clínicas – Alto Riesgo Obstétrico
	Hospital Español
	Hospital Pasteur – Hepatología
	Hospital Pasteur – Riesgo Vascular
	Hospital Pasteur – Paciente Diabético
	Hospital Pasteur – Enfermedades Reumatológicas
	Hospital de Clínicas – Unidad de Cuidados Intermedios

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la Unidad de Gestión y Coordinación del Programa, noviembre 2011.

Anexo 4

Tabla 13. Tipos de Incentivos

Financieros	No financieros
<p>Los términos y condiciones de empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Salario / Sueldo ✓ Pensión ✓ Seguros (por ejemplo: de enfermedad) ✓ Primas (por ejemplo: de vivienda, para vestido, para el cuidado de los niños, de transporte, aparcamiento) ✓ Permiso pagado <p>Primas por resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consecución de los objetivos de Resultados ✓ Años de Servicio ✓ Ubicación o tipo de trabajo (por ejemplo: lugares alejados) <p>Otras ayudas financieras:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Becas ✓ Préstamos: aprobación, devolución. 	<p>Entorno de trabajo favorable:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Autonomía en el trabajo y claridad de las funciones y responsabilidades ✓ Recursos suficientes ✓ Reconocimiento del trabajo y de los objetivos ✓ Conseguidos ✓ Dirección favorable y estructuras de iguales ✓ Carga de trabajo adecuada y gestión eficaz de ésta ✓ Gestión eficaz de los riesgos para la salud y la seguridad laboral, y un lugar de trabajo seguro y limpio ✓ Eficaz representación de los empleados y comunicación con ellos ✓ Política obligatoria de igualdad de oportunidades ✓ Permiso de maternidad/paternidad ✓ Empleo sostenible <p>Flexibilidad en los contratos de empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Horarios de trabajo flexibles ✓ Interrupciones de la carrera profesional planificadas ✓ Apoyo al desarrollo profesional: ✓ Supervisión eficaz ✓ Estructuras de instructores y de mentores ✓ Acceso / apoyo a la formación y capacitación ✓ Permiso sabático y de estudios ✓ Acceso a servicios tales como los de: ✓ Salud ✓ Cuidado de niños y escuelas ✓ Instalaciones de recreo ✓ Vivienda ✓ Transporte <p>Recompensas intrínsecas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Satisfacción en el trabajo ✓ Realización personal ✓ Compromiso con valores compartidos ✓ Respeto de los compañeros y de la comunidad ✓ Ser miembro del equipo, pertenencia

Fuente: Extraído de OMS, 2008: 12. Adaptado de Buchan et al. (citado en Adams e Hicks 2001); Caldwell y Kingma 2007; Dambisya 2007.

Figura 2. Factores que incluyen en la decisión de desplazarse a zonas remotas o rurales, permanecer en ellas o partir.



Fuente: OMS (2011:14): Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política. Ginebra, Suiza.

Tabla 14. Ejemplo de método para preparar un conjunto de incentivos

<i>Fases de la preparación</i>	<i>Lista</i>
Objetivo estratégico y finalidad	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué tratamos de conseguir? ¿Quién tendrá acceso a este conjunto? ¿Cuál es el problema que tratamos de resolver?
Reunir las pruebas: estudio y consultas	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son los principales problemas que hay que abordar? ¿Qué tipos de incentivos tendrán importancia para el personal? ¿Cuáles son las necesidades de desarrollo y las prioridades del personal de la organización? ¿Qué ha sido eficaz en otras circunstancias comparables? ¿Qué no ha sido eficaz?
Preparar alternativas: diseñar un conjunto	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué opciones tenemos? ¿Podemos aportar incentivos financieros? ¿De qué tipo? ¿Qué incentivos no financieros podemos aportar? ¿Quién los aplicará? ¿Qué recursos financieros y no financieros tenemos para sostener el programa? ¿Cómo conseguiremos el apoyo del personal y de los directores? ¿Qué recursos habrá que desarrollar y aplicar? ¿Cómo elegiremos la opción mejor? ¿Qué resultados buscamos?
Seleccionar los criterios: cómo definir el éxito	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo mediremos si se ha conseguido? ¿Es justa y razonable la propuesta? ¿Es sostenible?
Proyectar los resultados	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuánto tiempo se tardará en aplicar? ¿Cuánto costará? ¿Es justo, razonable y transparente? ¿Cómo reaccionarán los principales interesados? ¿Habrá algún efecto negativo? ¿Son distintas las repercusiones a corto y a largo plazo?
Comparar las ventajas e inconvenientes	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es el equilibrio idóneo entre los incentivos financieros y los incentivos no financieros? ¿Se verán afectados por igual todos los interesados? Si no, ¿cómo se gestionará eso? ¿Qué relación guardan los costos y los beneficios?
Decidir: el interesado	<ul style="list-style-type: none"> ¿Es una opción mejor, claramente identificable? ¿Se precisa más información? ¿Pueden todos los interesados ponerse de acuerdo en el método preferido? ¿Qué autorización se necesita para seguir adelante?
Contar su caso: aplicación	<ul style="list-style-type: none"> ¿Se ha informado a todas las partes afectadas? ¿Se aplica un procedimiento adecuado de gestión del cambio? ¿Es transparente y claro el procedimiento de aplicación? ¿Entienden todas las partes lo que de ellas se espera? ¿Tienen todas las partes expectativas razonables de resultados? ¿Saben todos cómo pueden obtener más información?
Evaluación y revisión	<ul style="list-style-type: none"> ¿Ha funcionado bien? ¿Hubo algunas consecuencias imprevistas? ¿Necesitamos cambiarlo?

Fuente: Fases de desarrollo adaptadas de A practical guide for policy analysis: the eightfold path to more effective problem solving (2000), de Bardach.