

# Directrices de la OMS sobre el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas

---

Actualización de las directrices de la OMS publicadas en 2010:  
*Aumentar el acceso al personal de salud en zonas remotas o  
rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales  
de política*



Organización  
Mundial de la Salud



# **Directrices de la OMS sobre el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas**

---

Actualización de las directrices de la OMS publicadas en 2010:  
*Aumentar el acceso al personal de salud en zonas remotas o  
rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales  
de política*



**Organización  
Mundial de la Salud**

Directrices de la OMS sobre el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas [WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas]

ISBN 978-92-4-003648-2 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-003649-9 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud 2021

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>).

**Forma de cita propuesta.** Directrices de la OMS sobre el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas [WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Licencia: **CC BY-NC-SA 3.0 IGO**.

**Catalogación (CIP).** Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

**Ventas, derechos y licencias.** Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <https://www.who.int/about/policies/publishing/copyright>.

**Materiales de terceros.** Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

**Notas de descargo generales.** Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño de 400.co.uk.



# Índice

<b>Nota de agradecimiento</b>	<b>vi</b>	2.6.6 Responsabilidad social en la capacitación del personal de salud	28
<b>Glosario</b>	<b>ix</b>		
<b>Resumen orientativo</b>	<b>xiv</b>		
<b>1.0 Antecedentes</b>	<b>1</b>	<b>3.0 Declaración de buenas prácticas y recomendaciones</b>	<b>29</b>
1.1 Fundamento lógico	2	Declaración de buenas prácticas para el desarrollo, la captación, la contratación y la retención de profesionales de la salud en zonas rurales y remotas	29
1.2 Recomendaciones precedentes relativas al aumento del acceso a personal de salud en las zonas rurales y remotas	7	3.1 Recomendación 1. Captar a estudiantes procedentes de zonas rurales para que se matriculen en programas de formación en el ámbito de la salud	30
1.3 Destinatarios	9	3.1.1 Fundamento lógico de la recomendación	30
1.3.1 Usuarios finales de las directrices	9	3.1.2 Consideraciones relativas a la aplicación	31
1.3.2 Partes interesadas	9	3.2 Recomendación 2. Situar los centros de formación de profesionales de la salud más cerca de las zonas rurales	32
1.4 Objetivos de las directrices	9	3.2.1 Fundamento lógico de la recomendación	33
		3.2.2 Consideraciones relativas a la aplicación	33
<b>2.0 Métodos</b>	<b>11</b>	3.3 Recomendación 3. Poner en contacto a los estudiantes de distintos programas de formación de la salud con las comunidades rurales y remotas	34
2.1 Alcance	11	3.3.1 Fundamento lógico de la recomendación	35
2.1.1 Personal de salud de las zonas rurales	12	3.3.2 Consideraciones relativas a la aplicación	36
2.1.2 Comunidades rurales y remotas: consideraciones geográficas y definiciones	12	3.4 Recomendación 4. Armonizar la formación del personal de salud con las necesidades de atención de salud de las zonas rurales	37
2.1.3 Resultados de interés	13	3.4.1 Fundamento lógico de la recomendación	37
2.2 Proceso de revisión de las directrices y su metodología	14	3.4.2 Consideraciones relativas a la aplicación	38
2.2.1 Entidades que han contribuido a la elaboración de las directrices	14	3.5 Recomendación 5. Facilitar la formación continua del personal de salud de las zonas rurales y remotas	39
2.2.2 Fuentes de datos empíricos utilizadas en la elaboración de las directrices	15	3.5.1 Fundamento lógico de la recomendación	39
2.3 Resultados	16	3.5.2 Consideraciones relativas a la aplicación	40
2.3.1 Revisión sistemática de los resultados	16	3.6 Recomendación 6. Permitir que los profesionales de la salud de las zonas rurales amplíen el ámbito de su ejercicio profesional para atender mejor las necesidades de sus comunidades	41
2.3.2 Resultados de la encuesta de percepción de las partes interesadas	20	3.6.1 Fundamento lógico de la recomendación	41
2.4 Formulación de las recomendaciones	20	3.6.2 Consideraciones relativas a la aplicación	42
2.5 Formulación de una declaración de buenas prácticas en materia de directrices	21		
2.6 Principios rectores para la formulación de políticas destinadas a mejorar el acceso al personal de salud en las zonas rurales y remotas	21		
2.6.1 Desarrollo sostenible, cobertura sanitaria universal, atención primaria de salud y trabajo decente	22		
2.6.2 Género, equidad y derechos	23		
2.6.3 Armonización con el plan nacional de salud	24		
2.6.4 Conocer al personal de salud	24		
2.6.5 Fortalecimiento de los recursos humanos para la gestión del sector de la salud	26		

3.7	Recomendación 7. Ampliar el espectro de profesiones de la salud para atender las necesidades de salud de las zonas rurales	43	3.14	Recomendación 14. Fomentar la creación de redes de apoyo para el personal de salud	57
3.7.1	Fundamento lógico de la recomendación	43	3.14.1	Fundamento lógico de la recomendación	57
3.7.2	Consideraciones relativas a la aplicación	44	3.14.2	Consideraciones relativas a la aplicación	58
3.8	Recomendación 8. Velar por que los acuerdos de servicio obligatorio respeten los derechos del personal de salud y vayan acompañados de las ayudas e incentivos pertinentes	45	3.15	Recomendación 15. Crear itinerarios profesionales para el personal de salud de las zonas rurales y fortalecer los existentes	59
3.8.1	Fundamento lógico de la recomendación	45	3.15.1	Fundamento lógico de la recomendación	59
3.8.2	Consideraciones relativas a la aplicación	46	3.15.2	Consideraciones relativas a la aplicación	60
3.9	Recomendación 9. Vincular las ayudas a la formación del personal de salud a acuerdos de restitución del servicio en zonas rurales y remotas	47	3.16	Recomendación 16. Facilitar el intercambio de conocimientos entre los profesionales de la salud	60
3.9.1	Fundamento lógico de la recomendación	47	3.16.1	Fundamento lógico de la recomendación	61
3.9.2	Consideraciones relativas a la aplicación	48	3.16.2	Consideraciones relativas a la aplicación	61
3.10	Recomendación 10. Ofrecer un conjunto de incentivos atractivos que influyan en las decisiones del personal de salud relativas a su traslado a una zona rural o remota o su permanencia en ella	48	3.17	Recomendación 17. Aumentar el reconocimiento social del personal de salud de las zonas rurales	62
3.10.1	Fundamento lógico de la recomendación	49	3.17.1	Fundamento lógico de la recomendación	62
3.10.2	Consideraciones relativas a la aplicación	49	3.17.2	Consideraciones relativas a la aplicación	62
3.11	Recomendación 11. Mejorar las condiciones de vida en las zonas rurales y remotas	51	<b>4.0 Selección y evaluación del conjunto de intervenciones</b>		<b>63</b>
3.11.1	Fundamento lógico de la recomendación	51	4.1	Pertinencia: ¿cuáles son las intervenciones que responden mejor a las prioridades nacionales y a las expectativas de los profesionales de la salud y las comunidades rurales?	65
3.11.2	Consideraciones relativas a la aplicación	52	4.2	Aceptabilidad: ¿qué intervenciones son política y socioculturalmente aceptables y cuentan con mayor apoyo entre las partes interesadas?	65
3.12	Recomendación 12. Garantizar un entorno de trabajo seguro en los establecimientos de salud de las zonas rurales y remotas	52	4.3	Viabilidad: ¿qué intervenciones tienen menos obstáculos para su aplicación?	68
3.12.1	Fundamento lógico de la recomendación	53	4.4	Asequibilidad: ¿qué intervenciones son costoeficaces y cuál es su impacto fiscal?	68
3.12.2	Consideraciones relativas a la aplicación	54	4.5	Eficacia: ¿se han tenido en cuenta la complementariedad y las posibles consecuencias no deseadas entre las distintas intervenciones?	69
3.13	Recomendación 13. Garantizar un trabajo decente a los profesionales de la salud de las zonas rurales y remotas	55	4.6	Repercusión: ¿qué indicadores se utilizarán para medir la repercusión a lo largo del tiempo?	70
3.13.1	Fundamento lógico de la recomendación	55	4.7	Planes para la difusión y aplicación de estas directrices	72
3.13.2	Consideraciones relativas a la aplicación	56	4.7.1	Difusión	72
			4.7.2	Seguimiento y evaluación	72



<b>5.0 Programa de investigaciones</b>	<b>73</b>
5.1 Ampliación de la base de datos empíricos	73
5.2 Integrar el acceso en las zonas rurales en la investigación sobre los sistemas de salud y los resultados sanitarios	73
5.3 Garantizar que las evaluaciones sean rigurosas y estén bien diseñadas	74
<b>6.0 Actualización de las directrices</b>	<b>75</b>
<b>Referencias</b>	<b>76</b>

## Cuadros

Cuadro 1.1 Llamamientos internacionales a la acción en favor del personal de salud	5
Cuadro 1.2 Intervenciones para mejorar la captación, contratación y retención del personal de salud en zonas remotas y rurales, por categoría (directrices de 2010)	7
Cuadro 1.3 Partes interesadas que influyen en las políticas sobre el personal de salud de las zonas rurales y remotas	10
Cuadro 2.1 Efectos directos y resultados de interés	13
Cuadro 2.2 Distribución geográfica de los estudios de países individuales incluidos en las revisiones sistemáticas originales y actualizadas por región de la OMS	18
Cuadro 2.3 Profesiones del sector de la salud representadas en los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas	18
Cuadro 4.1 Medición de los resultados de las intervenciones dirigidas a retener al personal de salud en las zonas rurales	64
Cuadro 4.2 Funciones y obligaciones de las partes interesadas en el diseño y la aplicación de estrategias destinadas a aumentar el acceso al personal de salud en las zonas rurales y remotas (ejemplos)	66
Cuadro 4.3 Preguntas e indicadores para la evaluación y el seguimiento de las intervenciones destinadas a aumentar el acceso a los trabajadores de la salud en zonas remotas y rurales mediante la mejora de la retención	71

## Figuras

Figura 2.1 Diagrama PRISMA: revisión sistemática original (izquierda) y revisión sistemática actualizada (derecha)	17
Figura 2.2 Estudios sobre distintas profesiones del sector de la salud	19
Figura 2.3 Factores que influyen en la decisión de trasladarse a una zona rural o remotas, permanecer en ella o abandonarla	25

V

## Anexos del sitio web (disponibles solo en inglés)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341112/9789240024243-eng.pdf>

<b>Anexo A del sitio web.</b>	<b>Directrices e instrumentos de la OMS en apoyo de las directrices</b>
<b>Anexo B del sitio web.</b>	<b>Preguntas en formato PICOS: población, intervención, comparación, resultado de interés y entorno</b>
<b>Anexo C del sitio web.</b>	<b>Miembros del Grupo directivo, el Grupo de elaboración de directrices y el Grupo de revisión externa, y gestión de los conflictos de intereses</b>
<b>Anexo D del sitio web.</b>	<b>Autores de la revisión sistemática actualizada (2010-2019)</b>
<b>Anexo E del sitio web.</b>	<b>Lista de verificación de los criterios que deben cumplirse antes de hacer una recomendación de prácticas correctas, elaborada por el Grupo de Trabajo GRADE</b>
<b>Anexo F del sitio web.</b>	<b>Evolución de la recomendación</b>
<b>Anexo G del sitio web.</b>	<b>Resúmenes de la evidencia</b>
<b>Anexo H del sitio web.</b>	<b>Resúmenes de los cuadros de «Evidencia para la decisión»</b>

## Nota de agradecimiento

vi

Estas directrices forman parte del programa de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre recursos humanos para la salud. Fue James Campbell, Director del Departamento de Personal de Salud de la OMS, quien puso en marcha la idea de revisar las directrices. La coordinación general del proceso de elaboración de las directrices estuvo a cargo de Michelle McIsaac, Economista del Departamento de Personal de Salud de la OMS.

### Grupo directivo de la OMS

Un Grupo directivo de la OMS dirigió la elaboración de la propuesta de planificación de las directrices, designó a los miembros del Grupo de elaboración de directrices y del Grupo de revisión externa, facilitó las reuniones del Grupo de elaboración de directrices y contribuyó a la redacción del documento de directrices. El Grupo directivo estaba integrado por los siguientes miembros del personal de la OMS: Adam Ahmat, Asesor Regional, Recursos Humanos para la Salud y Planificación, Oficina Regional de la OMS para África; Onyema Ajuebor, Oficial Técnico, Personal de Salud, sede de la OMS; Shannon Barkley, Oficial Técnico, Servicios y Sistemas Clínicos, sede de la OMS; Gulin Gedik, Asesor Regional, Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; José Francisco García Gutiérrez, Asesor de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud; Indrajit Hazarika, Asesor Regional, Políticas relativas al Personal de Salud, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental; Margrieta Langins, Asesora, Personal de Atención Primaria de Salud, Oficina Regional de la OMS para Europa; Inke Mathauer, Especialista Principal en Financiación de la Salud, Departamento de Financiación de la Salud, sede de la OMS; Michelle McIsaac, Economista, Departamento de Personal de Salud, sede de la OMS (Oficial Técnico responsable); Tomás Zapata, Asesor Regional, Recursos Humanos para la Salud, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; Pascal Zurn, Coordinador, Departamento de Personal de Salud, sede de la OMS.

### Grupo de elaboración de directrices

El Grupo de elaboración de directrices se ocupó de la redefinición del alcance de las directrices, la revisión de los resúmenes de datos empíricos, la elaboración de las recomendaciones y la revisión del presente documento de directrices. Entre los miembros del Grupo figuran los siguientes: Elie Akl, Universidad Americana de Beirut, Líbano (metodólogo y copresidente); Ian Couper, Departamento de Salud Mundial, Universidad de Stellenbosch, Ciudad del Cabo (Sudáfrica); Gilles Dussault, Instituto de Higiene y Medicina Tropical, Lisboa (Portugal); Mayara Floss, Rural Seeds y WWPRP, Porto Alegre (Brasil); Amel Gesmalla, Dirección de Recursos Humanos para la Salud, Ministerio de Salud (Sudán); Michael Glasser, Universidad de Illinois, Illinois (Estados Unidos de América); Mona Gupta, Centro Nacional de Recursos para los Sistemas de Salud, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, Nueva Delhi (India); Margaret Phiri, Seed Global Health, Lilongwe (Malawi); Roger Strasser, Escuela de Medicina del Norte de Ontario, Ontario (Canadá); Julia Tainjoki-Seyer, Asociación Médica Mundial (Francia); Viroj Tangcharoensathien, Programa Internacional de Políticas de Salud, Ministerio de Salud Pública (Tailandia) (copresidente); Paul Worley, Dirección para el Acceso al Personal de Salud en Zonas Rurales, Departamento de Salud (Australia).



## Grupo de revisión externa

Los expertos que figuran a continuación participaron en la revisión externa de las directrices: Edson Araujo, Grupo Banco Mundial (Estados Unidos de América); James Buchan, Universidad de Tecnología de Sidney (Australia); Mushtaque Raza Chowdhury, Universidad BRAC (Bangladesh); Aïssa Diarra, Laboratorio de Estudio y de Investigación sobre la Dinámica Social y el Desarrollo Local (Níger); Marjolein Dieleman, Royal Tropical Institute, Países Bajos; Des Gorman, Universidad de Auckland (Nueva Zelanda); Zhang Guangpeng, Centro Nacional de Investigación para el Desarrollo de la Salud de China (China); Luis Huicho, Universidad Peruana Cayetano Heredia (Perú); Sue Kildea, Universidad Charles Darwin (Australia); Kristīne Klavina, Ministerio de Salud (Letonia); Sabina Knight, Centro para la Salud en Zonas Rurales y Remotas de la Universidad James Cook (Australia); Akiko Maeda, consultora independiente (Canadá); Tim Martineau, Escuela de Medicina Tropical de Liverpool (Reino Unido); Alireza Mirzasadeghi, Ministerio de Salud y Educación Médica, (República Islámica del Irán); Sulakshana Nandi, Red de Recursos de Salud Pública (India); Steve Reid, Universidad de Ciudad del Cabo (Sudáfrica); Moisés A. Santos-Peña, Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía (Cuba); Ruy Guilherme Silveira de Souza, Universidad Federal de Roraima (Brasil); Emma Stokes, Universidad de Qatar, Qatar; Syed Raza Mahmood Zaidi, Ministerio de Servicios Nacionales de Salud, Regulación y Coordinación, Pakistán.

## Personal y consultores de la OMS

Los funcionarios y consultores de la OMS que figuran a continuación contribuyeron a la elaboración de estas directrices: Judie Diah (apoyo administrativo), Chukwuemeka Onyedike (apoyo técnico y redacción), Sonali Reddy (apoyo en el área de la comunicación).

## Equipo encargado del examen de los datos empíricos

El examen de los datos empíricos estuvo dirigido por Sarah Strasser, Universidad de Queensland (Australia) con la colaboración de: Marni Austin, Universidad de Queensland; Hollie Bendotti, Universidad de Queensland; Gary Bourke, Universidad de Monash (Australia); David Campbell, Colegio Australiano de Medicina Rural y Remota (Australia); Narelle Campbell, Universidad de Flinders (Australia); Alan Bruce Chater, Universidad de Queensland; Hwee Sin Chong, Servicio de Medicina Rural de Queensland, Hospital y Servicio de Salud Darling Downs (Australia); Jacqueline Cribb, Universidad de Queensland; Kay Cumming, Universidad de Queensland; Barbara Jean Doty, Universidad de Washington (Estados Unidos de América); Diann Eley, Universidad de Queensland; Jay S. Erikson, Universidad de Washington (Estados Unidos de América); Anastasia Florentis, Escuela de Medicina de Ontario del Norte (Canadá); Mayara Floss, Grupo Hospitalar Conceição (Brasil); Katie Goot, Universidad de Queensland; Jane Greacen, Cunninghame Arm Medical Centre (Australia); Yvonne Jonk, University of Southern Maine (Estados Unidos de América); Kean Khoo, Departamento de Salud de Queensland (Australia); Srinivas Kondalsamy-Chennakesavan, Universidad de Queensland; Margaret Lamb, Universidad de Queensland; Randall Longenecker, Ohio University Heritage College of Osteopathic Medicine (Estados Unidos de América); Matthew McGrail, Universidad de Queensland; Bushra Nasir, Universidad de Queensland; Riitta Partanen, Universidad de Queensland; Davis Patterson, Universidad de Washington (Estados Unidos de América); Dilum Rajapalisha, Universidad de Queensland; David Schmitz, Universidad de Dakota del Norte, (Estados Unidos de América); David Shaker, Universidad de Queensland; Felicity Strasser, Escuela de Medicina de Ontario

del Norte (Canadá); Roger Strasser, Escuela de Medicina de Ontario del Norte (Canadá); Patricia Stuart, Universidad de Queensland; Maree Toombs, Universidad de Queensland; George Tucker, Universidad de Queensland; Anna Tynan, Darling Downs Health (Australia).

Se llevó a cabo una revisión sistemática de los valores, las preferencias, la viabilidad y la aceptabilidad en relación con las políticas de contratación y retención de los trabajadores de la salud en las zonas subatendidas. El estudio estuvo dirigido por Amena El-Harakeh, de la Universidad Americana de Beirut (Líbano), con la colaboración de Firas Abadi, Universidad Americana de Beirut; Onyema Ajuebor, Departamento de Personal de Salud, sede de la OMS; Elie A. Akl, Universidad Americana de Beirut; Zeina Chehade, Universidad Americana de Beirut; Michelle McIsaac, Departamento de Personal de Salud, sede de la OMS; y Mohamed Moustafa Khamis, Universidad Americana de Beirut.

Por último, se realizó una encuesta sobre el aumento del acceso al personal de salud en las zonas rurales y remotas: qué valoran las partes interesadas y qué consideran factible y aceptable. La encuesta estuvo coordinada por Onyema Ajuebor, del Departamento de Personal de Salud, sede de la OMS, con la colaboración de: Elie A. Akl, Universidad Americana de Beirut (Líbano); Mathieu Boniol, Departamento de Personal de Salud; Michelle McIsaac, Departamento de Personal de Salud; y Chukwuemeka Onyedike, Departamento de Personal de Salud.

## Otros agradecimientos

Otras personas hicieron aportaciones sobre aspectos metodológicos o en el examen por homólogos, y aportaciones a secciones concretas del documento de directrices: Rebekah Thomas Bosco, Comité de Examen de Directrices, Secretaría de la OMS; Ibadat Dhillon, Departamento de Personal de Salud de la OMS; Amena El-Harakeh, Universidad Americana de Beirut (Líbano); Siobhan Fitzpatrick, Departamento de Personal de Salud de la OMS; y Susan Norris, Comité de Examen de Directrices, Secretaría de la OMS.

## Financiación

La elaboración de este documento ha sido posible gracias al apoyo financiero de Alemania, Noruega y a la Asociación UHC (Bélgica, Unión Europea, Francia, Irlanda, Japón, Luxemburgo, Reino Unido y la OMS).



## Glosario

---

**Clínicos con formación médica acelerada**

Médicos clínicos con formación médica acelerada que engloban varias profesiones, entre los que figuran los auxiliares clínicos, los auxiliares médicos y los clínicos asociados. Reciben formación sobre modelos médicos compactos, específicos para cada región a fin de prestar servicios específicos, adecuados a cada contexto.<sup>a</sup>

ix

---

**Acceso**

Percepción y experiencia de la población en cuanto a la facilidad con la que puede utilizar los servicios de salud o acudir a los establecimientos de salud en lo que respecta a su ubicación, plazos y accesibilidad.<sup>b</sup>

---

**Atractivo (rural)**

Aspectos que influyen en las preferencias de los estudiantes o los trabajadores de la salud para que opten por desarrollar su labor en zonas rurales o remotas que susciten su interés o aumenten los factores de atracción

---

**Disponibilidad**

Suministro suficiente y dotación adecuada de personal de salud con las aptitudes y la combinación de competencias necesarias para atender las necesidades de salud de la población.

---

**Intervención combinada**

Grupo de intervenciones basadas en datos empíricos integradas en un paquete. Cuando se aplican conjuntamente, producen mejores resultados que cuando se aplican por separado.<sup>c</sup>

---

**Participación de la comunidad**

Proceso encaminado a forjar relaciones que permitan a las partes interesadas trabajar en colaboración para atajar los problemas relacionados con la salud y promover el bienestar a fin de generar efectos y resultados positivos para la salud.<sup>d</sup>

---

**Desarrollo profesional continuo**

Proceso de capacitación que no solo entraña la actualización de los conocimientos clínicos y la realización de actividades formativas, sino que también incluye competencias de amplio alcance como la investigación y la redacción científica; el contexto multidisciplinario en que se presta la atención al paciente; la profesionalidad y el ejercicio ético de la profesión; la comunicación, el liderazgo, la gestión y las habilidades conductuales; la creación de equipos y el uso de la tecnología de la información.<sup>e</sup>

---

x

<b>Trabajo decente</b>	De acuerdo con la OIT, trabajo decente significa la oportunidad de acceder a un empleo productivo que genere un ingreso justo, seguridad en el lugar de trabajo y protección social para las familias, mejores perspectivas de integración personal y social, libertad para que los individuos expresen sus opiniones, se organicen y participen en las decisiones que afectan sus vidas, y la igualdad de oportunidades y trato para todos, mujeres y hombres. <sup>f</sup>
<b>Desarrollo (de la fuerza laboral)</b>	Mejora de la formación, las competencias y el desempeño de los profesionales de la salud.
<b>Ampliación del ámbito del ejercicio profesional</b>	Desarrollo o adquisición de competencias o conocimientos especializados además de los actualmente reconocidos en el ámbito del ejercicio profesional.
<b>Personal de salud</b>	Todas las personas (profesionales/trabajadores) que llevan a cabo actividades con el objetivo fundamental de mejorar la salud. <sup>g</sup>
<b>Formación interprofesional</b>	Toda actividad que permite a dos o más profesionales de la salud aprender sobre otros profesionales, con estos o entre ellos.
<b>Equipo multidisciplinario</b>	Grupo de profesionales de la salud de diferentes disciplinas que trabajan en colaboración para prestar un servicio específico.
<b>Atención centrada en las personas</b>	Enfoque de la prestación de atención de salud que adopta deliberadamente la perspectiva de la persona, los proveedores de atención, las familias y las comunidades en tanto que participantes y beneficiarios de sistemas de salud fiables que responden a sus necesidades y preferencias de forma integral y con humanidad. <sup>h</sup>
<b>Modelo de atención primaria de salud de la prestación de asistencia</b>	A model of care that meets people's health needs through comprehensive promotive, protective, curative, rehabilitative and palliative care throughout life, while addressing the broader determinants of health (behavioural, economic and social), ultimately empowering people to optimize their health through advocacy and active participation. <sup>i</sup>
<b>Factores de atracción</b>	Factores que atraen a una persona a un nuevo destino, como mejores oportunidades de empleo, perspectivas profesionales, incentivos financieros y no financieros, mejores condiciones de vida o de trabajo o un entorno más estimulante. <sup>j</sup>

<b>Factores de expulsión</b>	Factores que contribuyen a ahuyentar a una persona de un lugar, como la pérdida de oportunidades de empleo, los salarios bajos, las malas condiciones de vida o de trabajo o la imposibilidad de escolarizar a sus hijo. <sup>g</sup>
<b>Recomienda</b>	Término utilizado en las «recomendaciones sólidas» que deberían seguir todos o casi todos los usuarios de estas directrices.
<b>Contratación</b>	Contratación y desplazamiento efectivos del personal de salud.
<b>Reglamentación</b>	Puede definirse de forma general como cualquier medida de control gubernamental ejercida por medio de instrumentos legislativos, administrativos, jurídicos o normativos.
<b>Temas de salud rural</b>	Temas que dependen del contexto y son específicos de los entornos rurales, como la ruralidad, la epidemiología, los aspectos sociales y culturales de la salud rural, los aspectos prácticos del acceso a la atención de salud (por ejemplo, los problemas de transporte), las competencias necesarias en entornos rurales y remotos, y el tratamiento de las emergencias.
<b>Retención del personal en el medio rural</b>	Permanencia de los profesionales de la salud en las zonas rurales durante determinados periodos de tiempo.
<b>Itinerarios de formación rural</b>	Programas que proporcionan experiencias formativas en el ámbito rural a los estudiantes que se plantean realizar prácticas rurales.
<b>Andamiaje</b>	Variedad de técnicas de instrucción utilizadas para que los alumnos avancen progresivamente hacia una mayor comprensión y una mayor independencia en el proceso de aprendizaje, como impartir versiones simplificadas de una lección o el uso de múltiples ilustraciones. <sup>k</sup>
<b>Responsabilidad social</b>	Obligación de orientar las actividades educativas, de investigación y la prestación de servicios hacia la resolución de los problemas de salud prioritarios de la comunidad, la región o la nación a la que se tiene el mandato de servir. Los gobiernos, las organizaciones de la esfera de la salud, los profesionales de la salud y la ciudadanía deben definir conjuntamente las preocupaciones sanitarias prioritarias deben definirse conjuntamente. <sup>l</sup>

---

**Sugiere**

Término utilizado en las «recomendaciones de solidez limitada» que deben seguirse, siempre que sea factible y aceptable para todas las partes interesadas.

---

**Telesanidad**

Prestación de servicios de atención de salud en que la distancia es un factor decisivo por todos los profesionales de atención de salud, utilizando las tecnologías de la información y comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación, y la formación permanente de los proveedores de atención de salud, con miras a promover la salud de la población y las comunidades.<sup>m</sup>

---

**Índice de cobertura universal de los servicios de salud**

Cobertura de los servicios de salud esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales sobre la base de intervenciones de seguimiento que abarcan la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos, entre la población general y los grupos de población más desfavorecidos).<sup>n</sup>

---

**Enfoque pangubernamental**

Colaboración entre diferentes dependencias del gobierno y distintos ministerios u organismos públicos para resolver los problemas que se presenten.

---

- 
- a. Pálsdóttir B, Cobb N, Fisher J, Gilbert JHV. Enabling universal coverage and empowering communities through socially accountable health workforce education. En: Buchan J, Dhillon IS, Campbell J, editores. Health employment and economic growth: an evidence base. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017.
  - b. Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2001;55:452-4. doi:10.1136/jech.55.7.452.
  - c. Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
  - d. WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017.
  - e. Cuentas Nacionales del Personal de Salud: un manual. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330361/9789243513119-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consultado el 7 de enero de 2021).
  - f. Trabajo decente. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo (<https://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--es/index.htm>, consultado el 7 de enero de 2021).
  - g. Colaboremos por la salud. Informe sobre la salud en el mundo, 2006. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
  - h. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.6\\_eng.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf;sequence=1), consultado el 7 de enero de 2021).
  - i. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2018.
  - j. 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 Services Research*. 2008;8:19.
  - k. The glossary of education reform: scaffolding (<https://www.edglossary.org/scaffolding/>, consultado el 7 de enero de 2021).
  - l. Boelen C, Heck JE. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1995 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/59441>, consultado el 7 de enero de 2021).
  - m. A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics, 11-16 de diciembre. Ginebra, 1997. Organización Mundial de la Salud; 1998.
  - n. Índice de cobertura universal de los servicios de salud. Índice de cobertura de servicios de CSU Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4834>, consultado el 7 de enero de 2021).

## Resumen orientativo

xiv

**Garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud para las poblaciones que viven en zonas rurales y remotas sigue planteando grandes dificultades a los gobiernos y los responsables de la formulación de políticas de todo el mundo. La clave de este complejo problema es la escasez mundial de personal de salud bien preparado, capacitado y motivado.**

### Finalidad

Garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud para las poblaciones que viven en zonas rurales y remotas sigue planteando grandes dificultades a los gobiernos y los responsables de la formulación de políticas de todo el mundo. La clave de este complejo problema es la escasez mundial de personal de salud bien preparado, capacitado y motivado. En 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que faltaban 18 millones de profesionales de la salud para alcanzar la cobertura sanitaria universal en 2030, principalmente en entornos de ingresos bajos y medianos. La escasez suele ser más acusada en las zonas rurales, remotas y de difícil acceso, donde la densidad del personal de salud suele ser inferior a la media nacional. Incluso en entornos en los que no se observan carencias a nivel nacional, pueden existir problemas de mala distribución que suponen un perjuicio para algunos grupos de población. Las poblaciones rurales, que suelen ser más pobres y gozar de menos salud, entran en esta categoría de manera desproporcionada.

Es fundamental resolver los problemas de densidad y distribución de los trabajadores de la salud para mejorar los resultados sanitarios de las poblaciones rurales. Subsancar las desigualdades en la densidad y la distribución también es indispensable para cumplir los compromisos adquiridos en materia de atención primaria de salud y cobertura sanitaria universal y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Los sistemas de salud también

pueden contribuir a un desarrollo económico sostenible e inclusivo en las zonas rurales y remotas. La inversión en la transformación del personal de salud ofrece la posibilidad de crear las condiciones necesarias para un crecimiento económico inclusivo y la creación de empleo, lo que favorece una mayor estabilidad y seguridad económicas. Esa inversión puede ser un factor de transformación a la hora de ampliar y financiar las oportunidades de trabajo decente para las mujeres y los jóvenes en las zonas rurales y remotas, que a menudo se encuentran entre los grupos más vulnerables de la sociedad.

Las recomendaciones sobre políticas de esas directrices abordan el amplio espectro de factores que afectan a la escasez de personal de salud rural y a las desigualdades en la distribución. También se analizan las dificultades que conlleva la distribución de personal de salud competente en entornos rurales, como la oferta de profesionales de la salud, su instrucción y capacitación, el desarrollo de competencias y la creación de capacidad para absorber, retener y gestionar con eficacia a los trabajadores de la salud allí donde se necesitan. Además, se analiza la economía política y los sistemas de gobierno generales, así como el atractivo del ejercicio profesional y de los empleos en zonas rurales. Por último, se incluyen orientaciones para la planificación, la aplicación, el seguimiento y la evaluación eficaces de las estrategias de desarrollo, captación, contratación y retención del personal de salud rural en tanto que elementos fundamentales del proceso normativo.



## Ámbito de aplicación de las directrices

El presente documento es una versión actualizada de las directrices de la OMS tituladas *Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política*, que fueron aprobadas por el Grupo de elaboración de directrices de la OMS en 2010. Las recomendaciones de este documento actualizado tienen por objeto mejorar el desarrollo, captación, contratación y retención de todo tipo de profesionales de la salud en zonas rurales y remotas, mediante la revisión de la gran cantidad de bibliografía, datos científicos y experiencia acumulados desde que se publicaron las recomendaciones de 2010.

Además de examinar las distintas profesiones que ejerce el personal de salud, las directrices presentan una definición amplia e inclusiva de profesional de la salud, a saber: todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud. Estas recomendaciones se aplican a todas las profesiones del personal de salud, tanto las labores que se realizan en el sector de la salud formal y regulado (público y no público), como las funciones que se desempeñan en el ámbito del sector informal (como el trabajo de los voluntarios); también engloba las tareas realizadas por estudiantes que aspiran a cursar programas de formación en disciplinas relacionadas con la salud o que las cursan en ese momento. Las recomendaciones sobre políticas que se señalan en estas directrices pretenden apoyar a quienes puedan influir en la distribución del personal de salud.

Estas directrices se hacen eco de numerosos llamamientos internacionales a la acción para que se adopten más medidas para hacer frente a la densidad y la distribución no equitativas del personal de salud, como la resolución WHA63.16 de la Asamblea Mundial de la Salud relativa al Código de prácticas mundial de la OMS sobre la contratación internacional de personal de salud, por la que los Estados Miembros convinieron considerar la adopción

de medidas para atajar la mala distribución geográfica del personal de salud y apoyar su retención en las zonas desatendidas.

El Grupo de elaboración de directrices se reunió a principios de 2020 para formular un conjunto de recomendaciones destinadas a robustecer la atención primaria de salud y crear sistemas de salud resilientes, centrándose en el personal de salud. Si bien el Grupo se reunió antes de que se declarara la pandemia de COVID-19, estas recomendaciones han tenido una enorme importancia y pertinencia en el periodo pandémico. La COVID-19 ha puesto de relieve la importancia fundamental de la atención primaria de salud, la disponibilidad de los trabajadores de la salud y la existencia de sistemas de salud resilientes, pues todo ello es esencial para poder contener un brote epidémico. El carácter generalizado de la pandemia de COVID-19 pone de manifiesto la necesidad de fortalecer y mejorar la atención primaria de salud en las zonas rurales y remotas, así como la importancia de no dejar a nadie atrás a nivel mundial, por muy aislado que esté geográficamente.

## Destinatarios

Estas directrices están dirigidas principalmente a las autoridades nacionales y a otros responsables de la formulación de políticas de ámbito nacional y subnacional, en sectores como la salud, las finanzas, la educación, el trabajo, el desarrollo y los servicios públicos responsables de las políticas y la planificación. En segundo lugar, las directrices se dirigen a las asociaciones profesionales que representan a las diferentes profesiones del personal de salud, los organismos reguladores, los administradores del sistema de salud, los gestores de recursos humanos, los directores de instituciones de enseñanza y formación profesional, los empleadores de los profesionales de la salud, la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales, los asociados para el desarrollo, los organismos de financiación, los trabajadores de la salud, los investigadores, los activistas y las comunidades de zonas rurales y remotas.

## Formulación de las recomendaciones

La revisión de las *recomendaciones mundiales de política* de 2010 se inició con la actualización de la revisión sistemática de los datos científicos recopilados en el periodo 2010-2019. Las recomendaciones de 2010 estaban basadas en los datos empíricos recopilados entre 1995 y 2009; por consiguiente, las recomendaciones contenidas en las presentes directrices revisadas se han elaborado a partir de una síntesis del conjunto de los datos empíricos disponibles (que abarcan el periodo 1995-2019) sobre las estrategias destinadas a mejorar la densidad del personal de salud rural y el acceso a este. El equipo de revisión sistemática calificó la certidumbre de la evidencia mediante el sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (clasificación de la evaluación, elaboración y valoración de las recomendaciones)). También se recopilaron datos empíricos mediante una revisión sistemática de los valores, las preferencias, la viabilidad y la aceptabilidad en relación con las políticas aplicadas para contratar y retener a los profesionales de la salud en las zonas desatendidas, así como mediante la realización

de una encuesta a las partes interesadas sobre la percepción de la aceptabilidad y la viabilidad de las recomendaciones de 2010. Ese proceso generó un gran caudal de datos que se tuvieron en cuenta a en la elaboración de estas recomendaciones.

La Secretaría de la OMS creó un Grupo de elaboración de directrices multidisciplinario, con representación regional y equilibrado en cuanto al género, para que revisara los datos resumidos y la certidumbre conexa y asesorara a los responsables de la formulación de políticas sobre cómo diseñar, aplicar y evaluar las estrategias encaminadas a atraer, contratar y retener a los profesionales de la salud en las zonas rurales y remotas. El Grupo revisó los datos publicados en los 25 años anteriores, tras lo que se formularon nuevas recomendaciones. En la elaboración de estas directrices se han seguido las normas para la revisión y el uso sistemático de los datos empíricos en la preparación de las directrices de la OMS, conforme a lo establecido por el Grupo de elaboración de directrices de la Organización. Ello incluye el uso del marco de toma de decisiones basada en la evidencia del sistema GRADE y la presentación de la certidumbre de la evidencia en el formato GRADE.

## Recomendaciones

- + *Declaración de buenas prácticas para el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas.*
- + **Las intervenciones deben estar interconectadas, agrupadas y adaptadas al contexto local.**
- + *A continuación, figuran las recomendaciones sobre políticas relativas al desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas.*

### Formación

#### 1. La OMS recomienda la aplicación de políticas de admisión dirigidas a captar a estudiantes procedentes de zonas rurales para que se matriculen en programas de formación en el ámbito de la salud

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: moderada

#### 2. La OMS sugiere que los centros de formación de profesionales de la salud se sitúen más cerca de las zonas rurales

Grado de solidez: recomendación de solidez limitada

Certidumbre de la evidencia: baja

#### 3. La OMS recomienda que los estudiantes de un amplio espectro de profesiones del campo de la salud tengan contacto con las comunidades rurales y remotas y realicen prácticas clínicas en el ámbito rural

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: baja

#### 4. La OMS recomienda incluir temas de salud rural en la formación del personal de salud

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: baja

#### 5. La OMS recomienda diseñar y facilitar el acceso a programas de formación continua y perfeccionamiento profesional que respondan a las necesidades del personal de salud rural para apoyar su permanencia en las zonas rurales

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: baja

## Reglamentación

### 6. La OMS sugiere que se introduzcan y regulen ámbitos de ejercicio profesional más amplios en las zonas remotas

Grado de solidez: recomendación de solidez limitada

Certidumbre de la evidencia: baja

### 7. La OMS sugiere la incorporación de distintos tipos de profesionales de la salud en el ejercicio profesional de las zonas rurales a fin de atender las necesidades de las comunidades sobre la base de modelos de prestación de servicios centrados en la persona

Grado de solidez: recomendación de solidez limitada

Certidumbre de la evidencia: baja

### 8. La OMS reconoce que muchos Estados Miembros tienen acuerdos de servicio obligatorio. En los casos en que en las zonas rurales y remotas exista servicio obligatorio, la OMS sugiere que se respeten los derechos de los profesionales de la salud y se adopten medidas de gestión y apoyo e incentivos justos, transparentes y equitativos

Grado de solidez: recomendación de solidez limitada

Certidumbre de la evidencia: baja

### 9. La OMS sugiere que se concedan becas, ayudas y otras subvenciones a la formación de profesionales de la salud mediante convenios de restitución del servicio

Grado de solidez: recomendación de solidez limitada

Certidumbre de la evidencia: baja

## Incentivos

### 10. La OMS recomienda ofrecer un conjunto de incentivos financieros y no financieros fiscalmente sostenibles al personal de salud que ejerza en zonas rurales y remotas

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: baja

## Apoyo

**11. La OMS recomienda invertir en infraestructuras y servicios rurales para garantizar unas condiciones de vida dignas al personal de salud y sus familias**

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: baja

**12. La OMS recomienda que se garantice un entorno de trabajo seguro y protegido para los profesionales de la salud en las zonas rurales y remotas**

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: baja

**13. La OMS recomienda ofrecer un trabajo decente que respete los derechos fundamentales del personal de salud**

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: baja

**14. La OMS sugiere que se establezcan y se pongan en marcha redes de apoyo adecuadas para el personal de salud en zonas rurales y remotas**

Grado de solidez: recomendación de solidez limitada

Certidumbre de la evidencia: baja

**15. La OMS recomienda adoptar una política que prevea el establecimiento de programas de desarrollo y promoción profesionales, así como itinerarios profesionales para el personal de salud de las zonas rurales y remotas**

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: baja

**16. La OMS sugiere que se apoye la creación de redes, asociaciones y revistas para los profesionales de la salud de las zonas rurales y remotas**

Grado de solidez: recomendación de solidez limitada

Certidumbre de la evidencia: baja

**17. La OMS recomienda adoptar medidas destinadas a que se otorgue un mayor reconocimiento social a los profesionales de la salud de las zonas rurales y remotas a todos los niveles**

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: muy baja

## Principios generales para la formulación de políticas

La mejora del acceso al personal de salud en las zonas rurales y remotas se basa en un compromiso con la salud para todos. Es importante centrarse en la equidad para garantizar que las necesidades de las comunidades rurales y remotas guíen las respuestas normativas. Existe un estrecho vínculo entre las presentes directrices y los modelos de atención primaria de salud. Las políticas relativas al desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas también están estrechamente ligadas a los avances realizados a nivel mundial en materia de desarrollo sostenible y cobertura sanitaria universal. Para lograr resultados, es necesario adoptar un enfoque pangubernamental que englobe a toda la sociedad, en el que participen diferentes sectores y partes interesadas, además de la comunidad. La integración de las políticas de salud rural en los planes nacionales de salud puede mejorar la rendición de cuentas y facilitar el seguimiento, lo que redundará en una planificación del personal de salud más estratégica y basada en datos empíricos.

Mejorar el acceso al personal de salud en las zonas rurales y remotas es un dilema político complejo y multifacético. La unidad encargada de la política relativa a los recursos humanos para la salud y la gobernanza desempeña un papel importante en la aplicación efectiva y la obtención de resultados más satisfactorios. Las consideraciones clave son, entre otras, la aceptabilidad y la viabilidad de las intervenciones de política, sus repercusiones y sus consecuencias para los responsables de la formulación de políticas, el personal de salud y las comunidades locales. Por ello, lo que puede aplicarse con buenos resultados en una zona

podría no convenir en otra. Por consiguiente, las recomendaciones de estas directrices presentan un conjunto de opciones normativas. Como parte del proceso de aplicación, debe seleccionarse un grupo de intervenciones que sea adecuado, teniendo en cuenta el contexto específico. La mejora del acceso a los profesionales de la salud en las zonas rurales y remotas dependerá de que se seleccionen intervenciones apropiadas, acordes al contexto, viables, aceptables y asequibles a partir del conjunto de recomendaciones basadas en datos empíricos que se presentan en este documento. La selección correcta y la aplicación coordinada de esas intervenciones redundarán en mejoras más duraderas, si se compara con la aplicación de *todas* las recomendaciones o con el intento de abordar la captación, la contratación y la retención de forma fragmentada.

Conocer a los profesionales de la salud, sus preferencias, intereses, objetivos y necesidades, ayudará a realizar una selección pertinente y aceptable de las intervenciones. Ello se verá facilitado por el análisis del mercado laboral del sector de la salud y de los factores que influyen en las decisiones del personal de salud a la hora de trasladarse a zonas rurales y remotas, permanecer en ellas o abandonarlas. Esos análisis y consultas deberían englobar a un amplio espectro de trabajadores de la salud que sean importantes en la prestación de servicios integrales, integrados y centrados en la persona.

Alentar a las instituciones encargadas de formar al personal de salud a que asuman su responsabilidad social y colaboren estrechamente con los servicios de salud es importante como parte de los esfuerzos encaminados a crear el tipo de profesional de la salud idóneo para la prestación de

asistencia de salud en zonas rurales y remotas. Tener en cuenta la raza, el género, el grupo étnico, el idioma, la orientación sexual, la situación de discapacidad y el contexto sociodemográfico de la comunidad y de los profesionales de la salud es un componente importante para la aceptabilidad de la atención. Reconocer las dinámicas de género predominantes y la consiguiente segregación ocupacional por géneros en el sector de la salud y responder en consecuencia para garantizar que las mujeres que integran la fuerza laboral sean adecuadamente valoradas, apoyadas, protegidas y promovidas será muy beneficioso para las comunidades de las zonas rurales y remotas, en lo que respecta a la consecución de los objetivos de salud, así como de los relacionados con la igualdad de género. Reforzar el liderazgo y la gestión del personal de salud a nivel central, local y en los establecimientos es fundamental para evaluar las opciones y promover las intervenciones destinadas a mejorar la permanencia en las zonas rurales.

La incorporación del seguimiento y la evaluación es esencial para valorar el diseño, la aplicación, los efectos directos, los resultados y, en última instancia, la repercusión de las políticas. Ello contribuirá a garantizar que se dispone de una sólida base de datos científicos que respalde las políticas de captación, contratación y retención. Además, la recopilación de las enseñanzas extraídas en diferentes contextos fomentará la comprensión de cuándo, por qué, cómo y en qué circunstancias las intervenciones funcionan o fracasan. Facilitar una práctica reflexiva mediante redes virtuales, no solo entre las instancias normativas, sino también entre el personal de salud, es fundamental para garantizar que se produzca un aprendizaje permanente y que las políticas sean flexibles, dinámicas y ágiles.

## Selección y evaluación del conjunto de intervenciones

xxi

Con el fin de facilitar la selección, la formulación, la aplicación, el seguimiento y la evaluación de estrategias adecuadas para retener al personal de salud en las zonas rurales en función de cada contexto, estas directrices proponen un marco y seis preguntas básicas para orientar la selección de un conjunto adecuado de intervenciones.

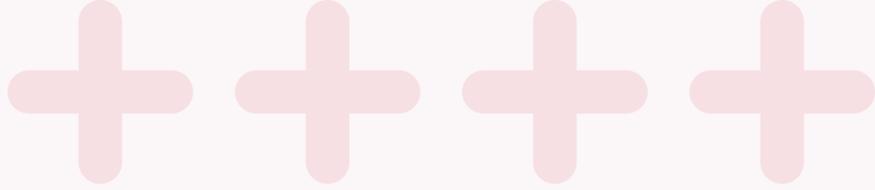
- a) **Pertinencia.** ¿Cuáles son las intervenciones que responden mejor a las prioridades nacionales y locales, y a las expectativas de los trabajadores de la salud y las comunidades rurales?
- b) **Aceptabilidad.** ¿Qué intervenciones son política o socioculturalmente aceptables y cuentan con el mayor apoyo de las partes interesadas?
- c) **Viabilidad.** ¿Qué intervenciones se enfrentan a un menor número de obstáculos al aplicarlas?
- d) **Asequibilidad.** ¿Qué intervenciones son costoeficaces y cuál es su impacto fiscal?
- e) **Eficacia.** ¿Se han tenido en cuenta las sinergias, la complementariedad y las posibles consecuencias no deseadas de las distintas intervenciones?
- f) **Repercusiones.** ¿Qué indicadores se utilizarán para medir las repercusiones a lo largo del tiempo?

En el marco se definen las distintas dimensiones que permiten medir los efectos de las estrategias de retención: desarrollo, captación, contratación y retención.

## Limitaciones

Uno de los principales obstáculos en la elaboración de estas directrices ha sido la aplicación del marco para la toma de decisiones basada en la evidencia de la metodología GRADE. En la mayoría de los estudios incluidos se evaluaron políticas complejas relativas al personal de salud, en las que había numerosos factores que inducían a confusión. Muchos de los estudios analizaron los efectos de las políticas sobre el terreno, un entorno muy diferente al de las intervenciones clínicas que utilizan elementos de control y pueden ajustar los factores y las variables causantes de confusión. En la mayoría de las recomendaciones, el grado de certidumbre de la evidencia es atribuible a esos factores restrictivos más que a la falta de estudios o a la menor efectividad. El Grupo de elaboración de directrices señaló ese hecho a lo largo de todo el proceso, y subrayó que siempre puede existir ese mayor grado de incertidumbre al evaluar los datos empíricos cuando se elaboran directrices para el sistema de salud.

A pesar de las dificultades que plantea la aplicación del marco GRADE para la toma de decisiones basada en la evidencia, el contexto y la base de investigación han evolucionado mucho desde que se publicaron las *Recomendaciones mundiales de política* de 2010. En estas directrices se incluyen más de 100 nuevos estudios, lo que se traduce en una base de datos empíricos más amplia y completa, que ahora está avalada por una mayor variedad de profesiones y entornos donde trabajan los profesionales de la salud. Ese aumento de los datos empíricos es fundamental para formular una política eficaz y acrecentar la confianza en su aplicación efectiva. Los datos que sustentan estas recomendaciones proceden de más de 110 países y abarcan todas las regiones de la OMS y los niveles de ingresos de los países según la clasificación del Banco Mundial.



## 1.0 Antecedentes

---

**Prácticamente la mitad de la población mundial vive en zonas rurales. Se estima que 2000 millones de personas que viven en esas zonas no cuentan con el acceso necesario a servicios esenciales de salud, lo que afecta negativamente a los resultados sanitarios.**

1

Prácticamente la mitad de la población mundial vive en zonas rurales (1). Según algunas proyecciones, aproximadamente una de cada tres personas en el mundo seguirá viviendo en el medio rural en 2050 (1). Aunque existe una clara tendencia hacia la urbanización, esa no es la solución a los problemas a que se enfrenta el mundo rural en materia de salud (2). Las zonas urbanas y las zonas rurales pueden concebirse como un todo orgánico; las primeras son importantes para las segundas y viceversa, y cualquier problema en una de ellas terminará afectando a ambas. Por consiguiente, se aconseja que los gobiernos promuevan una ruralización sostenible que vaya a la par que la urbanización (3). Estas directrices siguen un enfoque similar y asumen compromisos similares a los de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la cobertura sanitaria universal, que solo podrán cumplirse si se atajan eficazmente las deficiencias a las que se enfrenta el personal de salud en las zonas rurales.

La población de las zonas rurales suele ser más pobre y gozar de peor salud. Los sistemas de salud de las zonas rurales suelen ser más precarios y el acceso al personal de salud es menor. Se estima que entre el 51% y el 67% de la población rural tiene acceso reducido a los servicios de salud esenciales (4). A nivel mundial, ello supone que aproximadamente 2000 millones de personas que viven en el

medio rural disponen de un acceso deficiente a servicios de salud esenciales. Entre los múltiples factores responsables de esas deficiencias cabe destacar las carencias socioeconómicas, los obstáculos geográficos, las distancias, la falta de transporte o de sistemas de telecomunicaciones, el bajo grado de aceptación de los servicios y el costo que supone acceder a ellos. Un elemento importante que limita el acceso es la escasez y falta de diversidad de profesionales de la salud con la formación y motivación necesarias para ofrecer una cobertura eficiente de servicios de salud en zonas rurales y remotas. Esas deficiencias obedecen a la heterogeneidad de los modelos de atención primaria de salud adoptados por los distintos países y a las dificultades que plantean el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud de zonas rurales y remotas. El resultado es que el acceso equitativo de las poblaciones afincadas en zonas rurales y remotas a los servicios de salud sigue constituyendo un problema persistente para los gobiernos y los encargados de la formulación de políticas de todo el mundo. Se trata de un problema complejo, por lo que las recomendaciones contenidas en estas directrices pretenden ayudar al usuario a adoptar decisiones informadas encaminadas a aumentar el acceso al personal de salud en zonas rurales y remotas.

## 1.1 Fundamento lógico

A principios de la era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), distintos estudios científicos revelaron la existencia de una clara relación entre la densidad y distribución del personal de salud y el grado de consecución de los objetivos mundiales, especialmente en lo que respecta a los resultados sanitarios (5). Se elaboró un mayor número de políticas dirigidas a corregir los desequilibrios en la distribución geográfica del personal de salud y su eficacia fue más patente (6, 7). En 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un informe titulado *Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política* (8) (véase el cuadro 1.2). No obstante, una década después de la publicación de las *Recomendaciones mundiales de política* de la OMS de 2010, los países siguen teniendo dificultades para atender las necesidades de salud de las comunidades rurales, lo que se traduce en que las zonas rurales van a la zaga de las urbanas en relación con numerosos indicadores de salud, sobre todo en lo que respecta a la salud reproductiva, materna e infantil: de hecho, los resultados de las zonas rurales son peores que los de las zonas urbanas en muchas regiones del mundo (4). A nivel mundial, los niños que nacen en zonas rurales tienen 1,7 veces más probabilidades de morir antes de cumplir los cinco años que los niños que nacen en zonas urbanas (9). En cuanto a los resultados maternos, solo el 67% de las mujeres que dan a luz en el medio rural reciben asistencia de personal cualificado de partería, frente a un 90% en las zonas urbanas (10).

La oferta de personal de salud en su conjunto y su distribución determinan la capacidad de los países para atender las necesidades de salud de las comunidades rurales. En 2016, la OMS estimó que había un déficit de 18 millones de trabajadores de la salud para poder alcanzar la cobertura sanitaria universal en 2030, principalmente en países de ingresos bajos y medianos. Los desequilibrios en la distribución hacen que esa escasez afecte más gravemente a las zonas rurales, remotas o de difícil acceso. Los datos indican que, si bien alrededor de la mitad de la población mundial vive en zonas rurales, únicamente el 36% de los profesionales

de enfermería desempeñan sus funciones en el medio rural (11). En el Canadá, la densidad de personal médico en las zonas urbanas es de 2,6 médicos por cada 1000 habitantes, frente a 0,9 médicos por cada 1000 habitantes en las zonas rurales (12). En los Estados Unidos de América, hay 2 médicos por cada 1000 habitantes en las zonas urbanas frente a 0,82 médicos por cada 1000 habitantes en las zonas rurales (13). Si bien el Brasil tiene una media de 1,9 médicos por cada 1000 habitantes, en algunas zonas rurales y remotas del estado de Amazonas hay tan solo 0,28 médicos por cada 1000 habitantes (14). En Bangladesh hay 1,8 médicos por cada 1000 habitantes en las zonas urbanas, frente a 0,1 médicos por cada 1000 habitantes en las zonas rurales (15), mientras que la India cuenta con 11,4 veces más personal médico en las zonas urbanas (16). La mala distribución del personal de salud no solo afecta a los médicos y al personal de enfermería, sino también a otras profesiones del sector de la salud, como los farmacéuticos (17), los ayudantes clínicos (18) y los auxiliares de la esfera de la salud (19). En China, la densidad de personal de salud en las zonas urbanas es de 10,2 profesionales por cada 1000 habitantes, frente a solo 3,9 por cada 1000 habitantes en las zonas rurales (20, 21). Si bien es cierto que los datos del sector público son más fácilmente accesibles que los del sector privado, ello no implica que la mala distribución sea únicamente un problema del sector público (22).

Otro factor clave se refiere al apoyo, mantenimiento, retención y motivación del personal de salud que actualmente trabaja en las zonas rurales. Las tasas anuales de abandono o de rotación de personal entre los médicos de un dispensario rural en Ruanda se estiman nada menos que en un 82% (23), y se sitúan entre el 66% y el 128% entre el personal de enfermería y los proveedores de atención de salud que prestan servicio a la población aborigen del Territorio Septentrional de Australia (24). El entorno en el que trabaja el personal de salud, su nivel de motivación, la forma en que organiza el trabajo, su capacidad de gestión, la división del trabajo, la disponibilidad de recursos (25) y la eficiencia de los demás componentes de los sistemas de salud (26) son determinantes para su productividad y, en última instancia, para los resultados sanitarios.

La relación entre la densidad y la distribución del personal de salud, la cobertura sanitaria y la consecución de resultados sanitarios es evidente. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible confirmó la importancia de la densidad y la distribución del personal de salud para alcanzar los objetivos mundiales relacionados con la salud, y estableció como meta aumentar considerablemente la financiación en materia de salud, así como la contratación, el desarrollo profesional, la formación y la retención del personal de salud en los países en desarrollo, e incluir de forma explícita un indicador relativo a la densidad y la distribución de este personal en el Marco de indicadores mundiales de los ODS. Con todo, las desigualdades en el acceso son omnipresentes y persisten los malos resultados sanitarios, en particular en la población pobre de las zonas rurales. Por consiguiente, los programas mundiales del ámbito de la salud deben revisar las orientaciones mundiales sobre políticas, a fin de aumentar el acceso al personal de salud en zonas rurales y remotas en el contexto de los ODS y la cobertura sanitaria universal, así como reafirmar el compromiso mundial con la atención primaria de salud y robustecer el acervo de datos empíricos actualmente disponible.

Los factores que contribuyen a la distribución inadecuada del personal de salud en las zonas remotas y rurales son múltiples y complejos. Entre ellos cabe citar, la disponibilidad o escasez de este personal, su nivel de desarrollo profesional, el grado de dificultad para captar, contratar y retener al personal en las zonas rurales y remotas, y los recursos humanos para la gobernanza del sector de la salud. La captación, contratación y retención del personal de salud en zonas rurales y remotas, y las decisiones de los profesionales de la salud de trasladarse a esas zonas, permanecer en ellas o abandonarlas, están condicionadas por una serie de factores interconectados (27), a saber: el contexto internacional y la dinámica del mercado de trabajo internacional del sector de la salud; el contexto nacional, especialmente el clima político, la estabilidad social, las relaciones laborales, las políticas y la gestión de la distribución del personal (asignaciones de destino y traslados) (28) y la remuneración; el contexto local, incluidas las condiciones generales de vida y el contexto social; y el entorno

laboral, en particular, la gestión, las relaciones laborales y la infraestructura local. Ese amplio abanico de factores interrelacionados pone de manifiesto la importancia de adoptar un enfoque intersectorial y utilizar conjuntos de intervenciones combinadas.

En 2019, la OMS examinó los documentos de planificación del sector de la salud de 151 países y comprobó que, mientras que en tres cuartas partes de ellos se exponía un enfoque basado en políticas encaminadas a paliar la escasez de personal de salud en zonas rurales y remotas, solo una quinta parte hacía referencia a un enfoque basado en una combinación de políticas que englobaban la educación, la regulación, los incentivos y las ayudas. Es decir, si bien la mayoría de los países han articulado una estrategia para atajar las deficiencias que afronta el personal de salud en las zonas rurales, son muy pocos los que lo hacen de forma holística y tienen en cuenta el desarrollo, la captación, la contratación y la retención de este personal en las zonas rurales y remotas de manera integral.

Las intervenciones encaminadas a mejorar el acceso a un número suficiente de profesionales de la salud que tengan la idoneidad y competencia requeridas para prestar servicios de salud de calidad en zonas rurales y remotas han de contar con el respaldo de las inversiones necesarias para preparar profesionalmente al personal de salud a todos los niveles: nacional, subnacional y local. Ahora bien, los niveles de inversión actuales en el este personal son insuficientes (29). La falta de correspondencia entre la *necesidad*, la *demand*a (número de puestos de trabajo disponibles para trabajadores de la salud) y la *oferta* de personal de salud (número de trabajadores de la salud disponibles) en zonas rurales y remotas está estrechamente relacionada con la financiación (26, 30), en especial, en lo relativo al nivel de descentralización fiscal, a los fondos al alcance de los distritos e infraestructuras de zonas rurales y remotas y a la consiguiente demanda de personal de salud en esas zonas (30). Aumentar la demanda de este personal y mejorar el acceso a la atención de salud en las zonas rurales requiere capacidad económica (31). Es preciso incrementar las inversiones en formación, capacitación y desarrollo de oportunidades de

---

4

trabajo decente para el personal más idóneo en función de las necesidades locales, y dotar a los centros de capacitación y prácticas de los recursos necesarios.

Tras reconocer que la atención primaria de salud es fundamental para la consecución de la cobertura sanitaria universal y el ODS 3, los gobiernos, mediante la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel sobre la Cobertura Sanitaria Universal de las Naciones Unidas (32), reafirmaron su voluntad de redoblar los esfuerzos para promover la contratación y la retención de profesionales de salud competentes, cualificados y motivados, y fomentar los incentivos para que la distribución de personal de salud cualificado sea equitativa en las zonas rurales, de difícil acceso o desatendidas, entre otras cosas, ofreciendo condiciones de trabajo dignas y seguras y una remuneración adecuada. Esos compromisos, que figuran en el cuadro 1.1, deben actualizarse a fin de garantizar una mejora cuantificable en lo que respecta al acceso a personal de salud en zonas rurales y remotas.

La petición de elaborar estas directrices, que son una versión revisada de las recomendaciones de 2010, se hizo por primera vez en las recomendaciones de la OMS tituladas *Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política* (8). La presente revisión se basa en nuevos datos empíricos, estudios de investigación y comunicaciones de los Estados Miembros. Estas directrices se presentan en un momento en el que se requiere un esfuerzo ingente para afrontar una pandemia mundial cuando hay un déficit de 18 millones de trabajadores de la salud a nivel mundial para poder alcanzar la cobertura sanitaria universal (33). La pandemia de COVID-19 ha demostrado como nunca antes que los compromisos y las inversiones en el sector de la salud, el personal de salud y la preparación tienen repercusiones de gran alcance no solo para la salud y el desarrollo inclusivo, sino también para la estabilidad económica.

**Cuadro 1.1 Llamamientos internacionales a la acción en favor del personal de salud**

2004	En las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud sobre migración (2004) y sobre la pronta formación de un mayor número de profesionales de la salud (2006) se pedía a los Estados Miembros que pusieran en marcha mecanismos que permitieran garantizar la permanencia del personal de salud.	Resolución WHA57.19, Migración internacional del personal sanitario: <a href="https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-sp.pdf">https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-sp.pdf</a>  Resolución WHA59.23, Pronta formación de un mayor número de profesionales de la salud: <a href="https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_R23-sp.pdf">https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_R23-sp.pdf</a>
2008	En marzo de 2008, en la Declaración de Kampala y Prioridades para la Acción Internacional del primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud se pidió a los gobiernos que garantizaran incentivos adecuados y un entorno de trabajo propicio y seguro para lograr una retención efectiva y la distribución equitativa del personal de salud.	Declaración de Kampala: <a href="https://www.who.int/workforcealliance/20090521_Kampala_Sp.pdf">https://www.who.int/workforcealliance/20090521_Kampala_Sp.pdf</a>
2008	En el comunicado del G-8 (Grupo de los Ocho) de julio de 2008 se reafirmó la necesidad de garantizar la retención efectiva del personal de salud.	Marco de Acción de Tokio sobre la Salud Mundial: informe del Grupo de expertos en salud del G-8: <a href="http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/pdf/0708_09_en.pdf">http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/pdf/0708_09_en.pdf</a>
2008	En el informe de noviembre de 2008 de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud se instó a los gobiernos y a los asociados internacionales a que atajaran los desequilibrios en la distribución geográfica de los trabajadores de la salud en las zonas rurales, dado que es un determinante estructural de los malos resultados sanitarios.	Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: <a href="file:///C:/Users/isabe/Downloads/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf">file:///C:/Users/isabe/Downloads/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf</a>
2009	En junio de 2009, el Equipo de Tareas de Alto Nivel sobre la financiación internacional innovadora de los sistemas de salud instó a todos los gobiernos a que garantizaran que todas las personas, incluidas las poblaciones que viven en zonas rurales y remotas, tuvieran acceso a servicios de salud esenciales seguros y de alta calidad.	Equipo de Tareas de Alto Nivel sobre la financiación internacional innovadora de los sistemas de salud: <a href="https://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/09-075507/en/">https://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/09-075507/en/</a>
2010	En el artículo 5.7 del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, de mayo de 2010, se pide a los Estados miembros que consideren la posibilidad de adoptar medidas para hacer frente a la mala distribución geográfica del personal de salud y para apoyar su permanencia en las zonas subatendidas.	Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud: <a href="https://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1">https://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1</a>
2015	La meta 3.c de los Objetivos de Desarrollo Sostenible exige un aumento sustancial de la financiación de la salud y de la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal de salud en los países en desarrollo, con arreglo al indicador 3.c.1 sobre la densidad y la distribución de este personal.	ODS 3: <a href="https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/">https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/</a>

<b>Cuadro 1.1 Llamamientos internacionales a la acción en favor del personal de salud</b>		
<b>2016</b>	La Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030, publicada en 2016, plantea como primer objetivo «lograr el máximo desempeño, calidad e impacto del personal de salud mediante políticas de recursos humanos para la salud que tengan base científica, a fin de contribuir al bienestar y a una vida saludable, a la cobertura sanitaria universal efectiva, a la resiliencia y a sistemas de salud reforzados a todos los niveles».	Estrategia mundial de la OMS de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030: <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1</a>
<b>2016</b>	La Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico, 2016, recomendó reformar los modelos de servicios para centrarse en una atención primaria y ambulatoria de calidad, asequible, integrada, basada en la comunidad y centrada en las personas, prestando especial atención a las zonas subatendidas.	Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico: <a href="https://www.who.int/hrh/com-heeg/en/">https://www.who.int/hrh/com-heeg/en/</a>
<b>2018</b>	En la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, Astaná, octubre de 2018, la comunidad mundial hizo una declaración en la que se comprometía a promover la retención y disponibilidad del personal de atención primaria de salud en las zonas rurales, remotas y menos desarrolladas.	Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: desde Alma-Ata a la cobertura sanitaria universal y los ODS: <a href="https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf">https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf</a>
<b>2019</b>	La Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel sobre la Cobertura Sanitaria Universal de septiembre de 2019 exige a los países que intensifiquen los esfuerzos para promover la contratación y la retención de personal de salud competente, capacitado y motivado, especialmente en las zonas rurales, de difícil acceso y subatendidas.	Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal: <a href="https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf">https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf</a> <a href="https://undocs.org/es/A/74/L.4">https://undocs.org/es/A/74/L.4</a>

## 1.2 Recomendaciones precedentes relativas al aumento del acceso a personal de salud en las zonas rurales y remotas

En 2010, la OMS publicó un conjunto de directrices relacionadas con los sistemas de salud tituladas: *Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política* (8). Esas directrices iniciales se elaboraron en respuesta a una avalancha de peticiones de los líderes mundiales, la sociedad civil y los Estados Miembros. Tras examinar los

conocimientos existentes y los datos empíricos disponibles, un grupo de expertos proporcionó una serie de orientaciones prácticas plasmadas en 16 recomendaciones dirigidas a las instancias normativas sobre cómo diseñar, ejecutar y evaluar distintas estrategias para captar y retener a los profesionales de la salud en las zonas rurales y remotas. Esas recomendaciones, que se reseñan en el cuadro 1.2, se basan en datos empíricos y se agruparon en cuatro esferas de influencia relacionadas con la trayectoria profesional del personal de salud de las zonas rurales, a saber: formación, reglamentación, incentivos económicos y asistencia personal y profesional (8).

**Cuadro 1.2 Intervenciones para mejorar la captación, contratación y retención del personal de salud en zonas remotas y rurales, por categoría (directrices de 2010)**

Formación	A1 Admitir a estudiantes procedentes de zonas rurales	
	Grado de solidez: recomendación sólida	Calidad de la evidencia: moderada
	A2 Situar las escuelas de formación en disciplinas del sector de la salud fuera de las grandes ciudades	
	Grado de solidez: recomendación de solidez limitada	Calidad de la evidencia: baja
	A3 Incluir prácticas clínicas rotatorias en zonas rurales durante los estudios	
	Grado de solidez: recomendación de solidez limitada	Calidad de la evidencia: muy baja
	A4 Elaborar planes de estudio que incorporen problemas de salud rural	
	Grado de solidez: recomendación sólida	Calidad de la evidencia: baja
	A5 Impartir formación profesional continua entre el personal de salud de las zonas rurales	
	Grado de solidez: recomendación de solidez limitada	Calidad de la evidencia: baja

**Cuadro 1.2 Intervenciones para mejorar la captación, contratación y retención del personal de salud en zonas remotas y rurales, por categoría (directrices de 2010)**

Reglamentación	B1 Ampliar el ámbito del ejercicio profesional del personal de salud rural	
	Grado de solidez: recomendación de solidez limitada	Calidad de la evidencia: muy baja
	B2 Incorporar distintos tipos de personal de salud	
	Grado de solidez: recomendación de solidez limitada	Calidad de la evidencia: baja
	B3 Garantizar que el servicio obligatorio en zonas rurales y remotas esté respaldado e incentivado	
	Grado de solidez: recomendación de solidez limitada	Calidad de la evidencia: baja
	B4 Subvencionar la formación a cambio de la prestación de servicio	
	Grado de solidez: recomendación de solidez limitada	Calidad de la evidencia: baja
Incentivos	C1 Ofrecer incentivos económicos adecuados	
	Grado de solidez: recomendación de solidez limitada	Calidad de la evidencia: baja
Apoyo profesional y personal	D1 Mejorar las condiciones de vida del personal de salud rural	
	Grado de solidez: recomendación sólida	Calidad de la evidencia: baja
	D2 Proporcionar un entorno de trabajo propicio, seguro y solidario	
	Grado de solidez: recomendación sólida	Calidad de la evidencia: baja
	D3 Ofrecer apoyo periférico al personal de salud desde las zonas urbanas	
	Grado de solidez: recomendación sólida	Calidad de la evidencia: baja
	D4 Elaborar programas de promoción profesional	
	Grado de solidez: recomendación sólida	Calidad de la evidencia: baja
	D5 Apoyar la creación de redes profesionales en las zonas rurales	
	Grado de solidez: recomendación sólida	Calidad de la evidencia: baja
D6 Adoptar medidas encaminadas a lograr el reconocimiento público del personal de salud de las zonas rurales		
	Grado de solidez: recomendación sólida	Calidad de la evidencia: baja

**Fuente:** Recomendaciones mundiales de política. OMS (8).

El presente documento constituye la primera actualización de las recomendaciones de 2010. Mantiene el marco empleado en esas recomendaciones, si bien se apoya en un acervo bibliográfico, de datos empíricos y de experiencia de mucho mayor calado y alcance.

### 1.3 Destinatarios

#### 1.3.1 Usuarios finales de las directrices

Los principales destinatarios de estas directrices son las autoridades nacionales de todos los ámbitos, nacional, subnacional y local, con competencias en sectores como la salud, las finanzas, la educación, el trabajo, el desarrollo y los servicios públicos. El documento presta especial atención a los sectores responsables de la formulación de políticas y planes nacionales y locales que afecten directa o indirectamente al personal de salud.

En segundo lugar las directrices se dirigen a los administradores de los servicios de salud, los responsables de recursos humanos, los directores de instituciones de enseñanza y formación profesional, el personal de salud, los empleadores de profesionales de la salud, los organismos reguladores, los ayuntamientos, las asociaciones profesionales y los sindicatos que representan a los trabajadores de las distintas profesiones del sector de la salud, la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales, los asociados para el desarrollo, los organismos de financiación, los investigadores, los activistas y las comunidades de zonas rurales y remotas.

#### 1.3.2 Partes interesadas

Las directrices ponen de manifiesto la necesidad de que se adquieran compromisos políticos, institucionales y económicos a largo plazo para hacer realidad la implantación de mejoras en la salud rural. La colaboración de múltiples partes

interesadas diferentes es clave para el éxito de la puesta en marcha de las intervenciones. Según el principio de atención primaria de salud, la participación y compromiso de la comunidad son necesarios en todas las fases de los procesos de evaluación, planificación, adopción, adaptación y puesta en marcha de las estrategias de retención. Se recomienda encarecidamente que estén representados los grupos que aparecen en el cuadro 1.3.

### 1.4 Objetivos de las directrices

Estas directrices tienen por objeto apoyar a las autoridades nacionales en sus esfuerzos para mejorar los resultados sanitarios, fortaleciendo la densidad y capacidad del personal de salud de las zonas rurales y remotas. Las directrices desempeñan un papel central en las políticas encaminadas a alcanzar la cobertura sanitaria universal y conseguir un desarrollo sostenible e inclusivo.

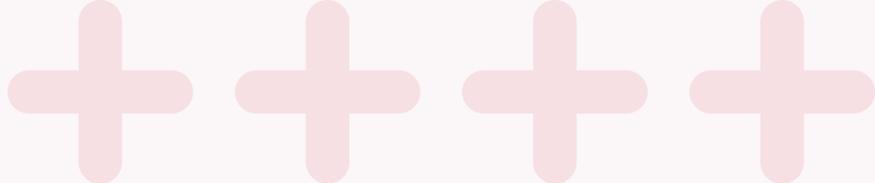
Los objetivos específicos de estas directrices son los siguientes:

- facilitar a las instancias normativas y a las partes interesadas orientación práctica sobre cómo elaborar, aplicar y evaluar una serie de intervenciones combinadas encaminadas a desarrollar, captar, contratar y retener al personal de salud en zonas rurales y remotas;
- definir elementos contextuales pertinentes y consideraciones relativas a la ejecución y la evaluación en lo que respecta a las políticas y los sistemas;
- definir las deficiencias fundamentales en los datos empíricos disponibles para cuya subsanación sea precisa la realización de estudios complementarios.

**Cuadro 1.3 Partes interesadas que influyen en las políticas sobre el personal de salud de las zonas rurales y remotas**

<b>Categoría</b>	<b>Partes interesadas</b>
Sociedad civil	Líderes y miembros de la comunidad Organizaciones comunitarias Organizaciones de defensa de los derechos del paciente
Administración pública	Salud (gobierno nacional, subnacional y local) Poder ejecutivo (presidente, primer ministro, consejo de ministros) Órganos legislativos Economía y finanzas Educación Trabajo Defensa y ejército Organismos y comisiones de la Administración pública Colegios profesionales, órganos reguladores Administraciones locales
Empleadores	Empresas privadas con ánimo de lucro Asociaciones público-privadas Organizaciones voluntarias o sin ánimo de lucro
Representantes del personal de salud	Asociaciones profesionales y laborales Sindicatos profesionales y laborales
Partes interesadas internacionales	Organismos bilaterales y multilaterales Organizaciones filantrópicas Organizaciones profesionales y ocupacionales
Otras partes interesadas	Profesores, formadores y estudiantes de instituciones y centros de formación encargados de la formación del personal de salud Medios de comunicación Personal de salud

**Fuente:** Adaptado de George, Scott y Govender (34).



## 2.0 Métodos

Esta es la primera actualización de las recomendaciones tituladas ***Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política***. Las recomendaciones están basadas en datos empíricos y se refieren a los desplazamientos del personal de salud dentro de las fronteras nacionales.

11

### 2.1 Alcance

Esta es la primera actualización de las recomendaciones tituladas *Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política*. Las recomendaciones están basadas en datos empíricos y se refieren a los desplazamientos del personal de salud dentro de las fronteras nacionales. Estas directrices recogen directamente las recomendaciones de los Estados Miembros que figuran en la resolución WHA63.16 de la Asamblea Mundial de la Salud relativa al Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud (2010). En concreto, el artículo 5.7 del Código de prácticas mundial señala: «Los Estados Miembros deberían plantearse la adopción de medidas para corregir los desequilibrios en la distribución geográfica del personal sanitario y para favorecer su permanencia en las zonas desatendidas mediante, por ejemplo, la aplicación de actividades educativas, incentivos económicos, medidas normativas, y apoyo social y profesional» (35). Las recomendaciones también son pertinentes para las labores de detección y solución de desequilibrios en el mercado laboral del sector de la salud (36) y para el fortalecimiento de las tareas de seguimiento, evaluación y capacitación por medio de la plataforma de Cuentas Nacionales del Personal de Salud (37).

La finalidad de estas directrices es actualizar las recomendaciones de 2010 mediante una evaluación de su validez. Así pues, se ha adoptado el mismo marco (es decir, las mismas categorías y la misma población, intervención, comparación, resultado de interés y contexto (preguntas PICOS, por sus

siglas en inglés)) a la totalidad de los datos empíricos disponibles (correspondientes al periodo comprendido entre 1995 y 2019). Las recomendaciones presentadas en estas directrices se formularon sobre la base de los datos empíricos disponibles. En el proceso no se tomaron en consideración ni la solidez de las recomendaciones de 2010 ni la calidad de los datos empíricos utilizados.

En consonancia con las recomendaciones de 2010, estas recomendaciones se centran en intervenciones que se encuadran en el ámbito de las políticas, la planificación y la gestión del personal de salud. Las cuatro categorías principales de cada intervención son:

- formación;
- reglamentación;
- incentivos;
- apoyo.

La evidencia obtenida en la revisión y los datos aportados por los expertos durante el proceso indican que, en una futura revisión de estas directrices, podría ser necesario ampliar esas categorías (véase la sección 6). Las recomendaciones se centran en estrategias destinadas a aumentar el número de profesionales de la salud motivados y cualificados en zonas rurales y remotas, mediante medidas de perfeccionamiento profesional, captación, contratación y retención del personal de salud más eficaces. Su objetivo es fortalecer la atención primaria de salud, desarrollar y mejorar el acceso a este personal, y crear sistemas de salud resilientes e inclusivos.

El Grupo de elaboración de directrices de la OMS se reunió a principios de 2020, antes de que se declarase la pandemia de COVID-19. No obstante, dada la importancia de garantizar un acceso equitativo a personal de salud suficientemente capacitado para atender emergencias, estas recomendaciones serán cada vez más pertinentes para mejorar el acceso a este personal y crear sistemas de salud resilientes e inclusivos. La COVID-19 ha puesto de manifiesto la enorme importancia de la atención primaria de salud y de las inversiones en las funciones esenciales de la salud pública como la puesta en marcha del Reglamento Sanitario Internacional (2005), el aumento de la disponibilidad de personal de salud y la dotación de sistemas de salud resilientes; ello es esencial para detectar y contener brotes epidémicos. La propagación generalizada de la pandemia de COVID-19 pone de manifiesto la necesidad de fortalecer y mejorar la atención primaria de salud en las zonas rurales y remotas, y la importancia en todo el mundo de no dejar a nadie atrás, sin importar lo geográficamente aislado que pueda estar. Vivimos en un mundo estrechamente interconectado y la presencia de sistemas de salud precarios en las zonas rurales y remotas podría tener consecuencias de gran calado para la seguridad sanitaria mundial. Ha quedado demostrado que muchas de las recomendaciones contenidas en estas directrices, en especial las relativas a la formación continua, la mejora del alcance de la práctica, los incentivos, el trabajo decente, y la seguridad de las condiciones de trabajo son especialmente pertinentes en el contexto de las emergencias de salud, en las que la celeridad en la respuesta y la adaptabilidad son cruciales. La pandemia de COVID-19 está poniendo de manifiesto lo importante que es disponer de dotaciones de refuerzo, garantizar la seguridad del personal de salud, ofrecer asistencia a los profesionales de la salud a nivel individual y optimizar su desempeño en tiempos de crisis. Las orientaciones provisionales de la OMS sobre *Políticas y gestión en materia de personal sanitario en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19* ofrecen un marco holístico para orientar la labor del personal de salud durante la pandemia (38). Las políticas encaminadas a mejorar e incrementar el acceso equitativo a este personal en zonas rurales son un componente fundamental para crear sistemas de salud adaptables que puedan hacer frente a emergencias.

### 2.1.1 Personal de salud de las zonas rurales

La Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 adopta una definición amplia e inclusiva de personal de salud que abarca a todos los profesionales de los servicios de salud, de la salud pública y de los ámbitos conexos, así como a quienes trabajan en tareas de apoyo a estas actividades (39). Las recomendaciones de las directrices se refieren a todas las profesiones del sector de la salud formal y regulado (público y no estatal), así como a estudiantes que desean participar o ya participan en programas de capacitación en disciplinas relacionadas con la salud. En este grupo figuran profesionales de la salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, parteras, clínicos con formación médica acelerada, farmacéuticos y auxiliares de farmacia, fisioterapeutas, dentistas, técnicos de laboratorio, agentes de salud comunitarios y especialistas en medicina tradicional y complementaria), así como directivos y trabajadores de apoyo (responsables de recursos humanos, directivos del sector de la salud, trabajadores del ámbito de la salud pública, epidemiólogos, ingenieros clínicos, profesores y formadores). Todos esos profesionales de la salud son un componente importante de los equipos integrados por el personal de salud de las zonas rurales a los que se refieren estas recomendaciones. No obstante, las repercusiones de estas recomendaciones y las consecuencias previstas y no previstas que puedan tener para cada profesión del sector de la salud y para el género de los profesionales de la salud deberían considerarse parte del proceso de formulación de políticas.

### 2.1.2 Comunidades rurales y remotas: consideraciones geográficas y definiciones

Al igual que las recomendaciones de 2010, las recomendaciones contenidas en estas directrices están dirigidas específicamente a zonas rurales, remotas o de difícil acceso, y no a todas las zonas subatendidas. En términos generales, la definición de «zona rural» y «zona urbana» tiene en cuenta los rasgos que distinguen a cada una de esas zonas en cada país, como el tamaño y densidad de la población, los criterios administrativos y las estructuras y características económicas (40). En estas recomendaciones nos hemos atendido a la definición de «zonas rurales» de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, que utiliza la dicotomía de la clasificación rural/urbano (1).

El concepto de ruralidad va más allá de las realidades geográficas de los entornos rurales y remotos e incluye un conjunto claro de normas de comportamiento, visiones comunitarias de los roles sociales bien definidas y vinculadas a la tradición y a las prácticas religiosas, fuertes lazos de unión y de amistad, la concesión de un alto valor a la autosuficiencia y la independencia, y una lucha por la supervivencia a medida que se acelera el declive rural. (3, 41, 42). Cada comunidad rural se enfrentará a esas realidades de forma diferente, lo que pone de manifiesto la necesidad de comprometerse con las comunidades locales para conocer sus preferencias a fin de garantizar que la planificación y la ejecución de las estrategias de intervención relativas al personal de salud se lleven a cabo de forma activa y eficaz y logren resultados óptimos.

Si bien las directrices abarcan tanto a las poblaciones de las zonas rurales como a las de las zonas remotas, existen diferencias entre ellas que podrían influir en la elección de una intervención en lugar de otra. Las poblaciones de las zonas remotas suelen ser más pequeñas, estar más aisladas y dispersas, tienen menos influencia política y menos poder, y más desventajas socioeconómicas, lo que podría dar lugar a peores resultados sanitarios (43). Las poblaciones indígenas que viven en zonas remotas son un ejemplo concreto de poblaciones aisladas con necesidades de salud específicas. La escasez de personal de salud suele ser más acusada en las zonas remotas, que se caracterizan por una mayor rotación de personal y una tasa de retención más baja (43, 44), debido probablemente al aislamiento geográfico, las incompatibilidades

socioculturales y las preferencias inhabituales de las comunidades. Las instancias normativas, los encargados de planificar la atención de salud, el personal de salud, los formadores y los responsables de la ejecución de las intervenciones deberán tener en cuenta esas características específicas (44).

### 2.1.3 Resultados de interés

Se elaboró un marco para medir los resultados y las repercusiones de las recomendaciones de 2010. Para ello, se utilizó el modelo de evaluación de recursos-efectos directos-resultados-repercusión. En estas directrices se utiliza un enfoque similar. Las recomendaciones que figuran en estas directrices se centran en los mismos efectos directos que las recomendaciones de 2010: captación, contratación y retención, a lo que se suma el desarrollo profesional del personal.

En lo que respecta a los resultados, se hace hincapié en los indicadores de desempeño del personal de salud relacionados con la disponibilidad y la competencia, cuyo seguimiento puede llevarse a cabo mediante los indicadores de las Cuentas Nacionales del Personal de Salud (37), mientras que en el caso del desempeño de los sistemas de salud, la atención se centra en el acceso a los servicios y en la cobertura de estos, que puede seguirse mediante el índice de cobertura sanitaria universal, como se indica en el cuadro 2.1 (véase el capítulo 4 para más información). La repercusión sigue reflejándose en la *mejora de la prestación de servicios de salud que contribuye a mejorar la situación sanitaria en zonas rurales o remotas*.

**Cuadro 2.1 Efectos directos y resultados de interés**

Efectos directos de interés	Resultados de interés
<p><b>Desarrollo profesional del personal:</b> formación y producción eficaces</p> <p><b>Captación:</b> preferencias por el trabajo rural</p> <p><b>Contratación:</b> contratación y dotación de personal eficaz</p> <p><b>Retención:</b> permanencia del personal de salud en las zonas rurales y remotas durante periodos determinados</p>	<p><b>Desempeño del personal:</b> equipos multidisciplinares aptos y competentes para prestar servicios de atención primaria de salud con arreglo a las prioridades nacionales y las necesidades locales de salud</p> <p><b>Desempeño de los sistemas de salud:</b> mejora del índice de cobertura sanitaria universal</p>

## 2.2 Proceso de revisión de las directrices y su metodología

El Departamento de Personal de Salud de la OMS dirigió la revisión de estas directrices de conformidad con el proceso y los requisitos establecidos en el *Manual para la elaboración de directrices de la OMS* (45).

### 2.2.1 Entidades que han contribuido a la elaboración de las directrices

Se estableció un **grupo directivo** de la OMS para gestionar el proceso de actualización. El Grupo directivo estaba integrado por representantes de las seis oficinas regionales de la OMS y del Departamento de Personal de Salud, el Departamento de Servicios de Salud Integrados y el Departamento de Gobernanza y Financiación de los Sistemas de Salud de la Sede. El Grupo directivo de la OMS designó a las entidades encargadas de contribuir a estas directrices, en particular, los equipos a cargo de obtener datos empíricos, los responsables de establecer la metodología utilizada, el Grupo de elaboración de directrices de la OMS y el Grupo de revisión externa. Además, el Grupo directivo de la OMS organizó las reuniones del Grupo de elaboración de directrices y redactó y finalizó el documento de las directrices. El Grupo directivo también contribuirá a gestionar las labores de difusión, ejecución y evaluación del impacto de las directrices. Los miembros del Grupo directivo de la OMS figuran en el cuadro A3.1 (anexo C del sitio web).

El Grupo directivo estableció el **Grupo de elaboración de directrices** procurando garantizar una composición equilibrada en cuanto a género, región de procedencia y conocimientos especializados. El resultado fue un grupo integrado por 12 miembros, entre los que figura una combinación de representantes de instancias normativas, miembros del mundo académico, expertos técnicos y personal de salud de zonas rurales. El Grupo de elaboración de directrices evaluó los datos empíricos utilizados para fundamentar las recomendaciones, brindó su asesoramiento en lo relativo a la interpretación de dichos datos, y examinó las recomendaciones y la declaración de buenas prácticas a fin

de alcanzar un consenso al respecto. Los miembros del Grupo de elaboración de directrices figuran en el cuadro A3.2 (anexo C del sitio web). Los miembros del Grupo de elaboración de directrices presentaron una declaración de conflicto de intereses, que se trató de conformidad con las políticas de la OMS. Los conflictos de intereses se exponen en el cuadro A3.4 (anexo C del sitio web). En ningún caso se consideró que los intereses declarados pudieran comprometer la participación de los miembros en el proceso de elaboración y revisión de las recomendaciones.

El Grupo directivo también creó un **Grupo de revisión externa** procurando garantizar una composición equilibrada en cuanto a género, región de procedencia y conocimientos especializados. Se seleccionó a un total de 20 expertos técnicos con un amplio acervo de conocimientos en materia de salud en zonas rurales y remotas, salud de las poblaciones indígenas, desarrollo económico y desarrollo local, personal de salud, de enfermería y de partería, fisioterapia y rehabilitación, género, equidad y derechos, y formulación de políticas, a fin de llevar a cabo un examen por homólogos de las directrices. El Grupo de revisión externa examinó el documento definitivo para detectar posibles errores materiales u omisiones en la información; formular observaciones sobre la claridad del lenguaje; aportar información sobre el alcance de las recomendaciones sobre políticas; detectar errores u omisiones en la información proporcionada; detectar problemas propios de cada contexto y ofrecer sus impresiones al respecto; y aportar su opinión sobre los problemas relacionados con el contexto y sus consecuencias para la aplicación de las recomendaciones. El Grupo de revisión externa no modificó ninguna de las recomendaciones formuladas por el Grupo de elaboración de directrices. Los miembros del Grupo de revisión externa figuran en el cuadro A3.3 (anexo C del sitio web). Los miembros del Grupo de revisión externa presentaron una declaración de conflicto de intereses, que se trató de conformidad con las políticas de la OMS. En ningún caso se consideró que los intereses declarados pudieran comprometer la participación de los miembros en el proceso de elaboración y revisión de las recomendaciones.

### 2.2.2 Fuentes de datos empíricos utilizadas en la elaboración de las directrices

En la elaboración de estas directrices se utilizaron varias fuentes de datos empíricos, que incluían datos sobre los efectos de las intervenciones en el desarrollo, la captación, la contratación y la retención de personal de salud en zonas rurales y remotas.

Al analizar los datos disponibles sobre los efectos de las intervenciones de interés, se revisaron los resultados de la revisión sistemática inicial de los datos empíricos (correspondientes al periodo comprendido entre 1995 y 2009) y los de la revisión sistemática actualizada (correspondientes al periodo comprendido entre 2010 y 2019). Juntas, ambas revisiones sistemáticas constituyeron la principal fuente de datos empíricos sobre los efectos (perjudiciales y beneficiosos) de cada intervención. La búsqueda electrónica inicial se realizó durante los meses de agosto y septiembre de 2009 en las bases de datos PubMed, Cochrane, Embase y LILACS. La búsqueda actualizada se llevó a cabo en la base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas (Cochrane Database of Systematic Reviews), así como en PubMed, Embase, LILACS, Web of Science y Scopus. Esas búsquedas se realizaron inicialmente el 28 de junio de 2017, y posteriormente, el 21 de febrero de 2018 y el 4 de noviembre de 2019. Además, se realizaron búsquedas en Google y Google Scholar para localizar informes gubernamentales y otras publicaciones no convencionales. La estrategia de búsqueda se completó con consultas en listas de referencias para identificar registros adicionales que pudieran resultar de interés. Los resultados finales de la búsqueda se exportaron a EndNote y un bibliotecario eliminó los registros repetidos.

El equipo encargado de la revisión incluyó artículos que hicieran referencia a los resultados y a los efectos que las intervenciones hubieran tenido en los resultados de interés en zonas rurales y remotas, incluida una descripción pormenorizada del diseño del estudio y de los métodos utilizados. No se excluyó ninguna profesión del sector de la salud, ningún país ni ningún idioma. Para cada pregunta de la metodología PICOS, el

equipo encargado de la revisión sistemática elaboró un cuadro resumen que incluía la evidencia y la certidumbre de la evidencia utilizando la metodología GRADE (Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones) (véase el anexo B del sitio web). El autor principal del equipo encargado de la revisión sistemática participó en las reuniones del Grupo de elaboración de directrices en calidad de observador, presentó un resumen de los datos empíricos y respondió a las preguntas formuladas por los miembros del Grupo de elaboración de directrices en relación con la revisión sistemática. Según el método GRADE, la certidumbre de la evidencia se clasifica en «alta», «moderada», «baja» y «muy baja» (46). El grado de certidumbre de la evidencia se asigna en función de los siguientes criterios: el diseño del estudio; factores que menoscaban la certidumbre de la evidencia (riesgo de sesgo, datos indirectos, incoherencias, imprecisiones, sesgo de publicación); y los factores que aumentan la certidumbre de la evidencia. En esos estudios se examinaron las intervenciones complejas y se encontraron diferentes grados de solapamiento entre los criterios correspondientes a cada categoría de intervención, por ejemplo, el caso de un centro de capacitación de personal de salud situado en una zona rural que se nutre de alumnos del entorno rural y utiliza un plan de estudios orientado al ejercicio de la profesión en zonas rurales. Los principales estudios tomaron esto en consideración, cada uno en distinta medida, con el fin de descartar efectos causados por otros factores.

**Datos empíricos sobre el uso de recursos, los valores, las preferencias, la viabilidad, la aceptabilidad y la equidad.** Las conclusiones relativas a cuestiones relacionadas con los valores de las partes interesadas (incluidos los miembros de las comunidades rurales y remotas), la equidad, la aceptabilidad y la viabilidad se derivaron de dos fuentes principales. La primera fue una revisión sistemática (encargada por la OMS) de los valores, preferencias, viabilidad y aceptabilidad en relación con las políticas de contratación y retención de personal de salud en zonas desatendidas, que se llevó a cabo

para informar al Grupo de elaboración de directrices sobre cómo valoraban las partes interesadas esas políticas relativas al personal de salud (véase el anexo G.3 del sitio web). Dieciocho estudios cumplieron con los criterios de inclusión. En esos estudios se evaluaron las percepciones de aceptabilidad o viabilidad relativas a ocho de las intervenciones incluidas. En ningún estudio se señaló cuál era la valoración de las partes interesadas de los resultados de interés en materia de contratación y retención del personal de salud. La segunda fue una encuesta a las partes interesadas, elaborada por la OMS y administrada entre el 25 de septiembre de 2019 y el 31 de diciembre de 2019, con el fin de evaluar la percepción de las partes interesadas en cuanto a la importancia relativa de los distintos resultados y sobre la viabilidad y el grado de aceptación de las intervenciones basadas en las recomendaciones de 2010. El grupo al que se destinó la encuesta estaba integrado por personas encargadas de la formulación de políticas o de la administración y gestión del personal de salud del medio rural. Podían ser los propios profesionales de la salud o representantes de las instancias decisorias designados por los gobiernos y las autoridades para administrar los servicios prestados por el personal de salud en zonas rurales y remotas. Prácticamente dos terceras partes de los encuestados vivían en comunidades rurales y remotas, lo que hizo posible incorporar a las evaluaciones el punto de vista de las personas pertenecientes a las comunidades rurales. La encuesta, que se administró de forma virtual, se distribuyó en los seis idiomas de la OMS a través de diferentes canales, entre ellos, la base de datos de expertos en salud rural de la Organización Mundial de Médicos de Familia, la comunidad virtual Información en Salud para Todos, la Red Mundial de Personal de Salud de la OMS, los sitios web de las oficinas regionales y del personal de salud de la OMS y los puntos de distribución de boletines. En el proceso participó un total de 336 encuestados de diferentes países de todas las regiones de la OMS. Puede obtenerse más información sobre la encuesta en el anexo G.4 del sitio web y en el estudio publicado (47).

## 2.3 Resultados

### 2.3.1 Revisión sistemática de los resultados

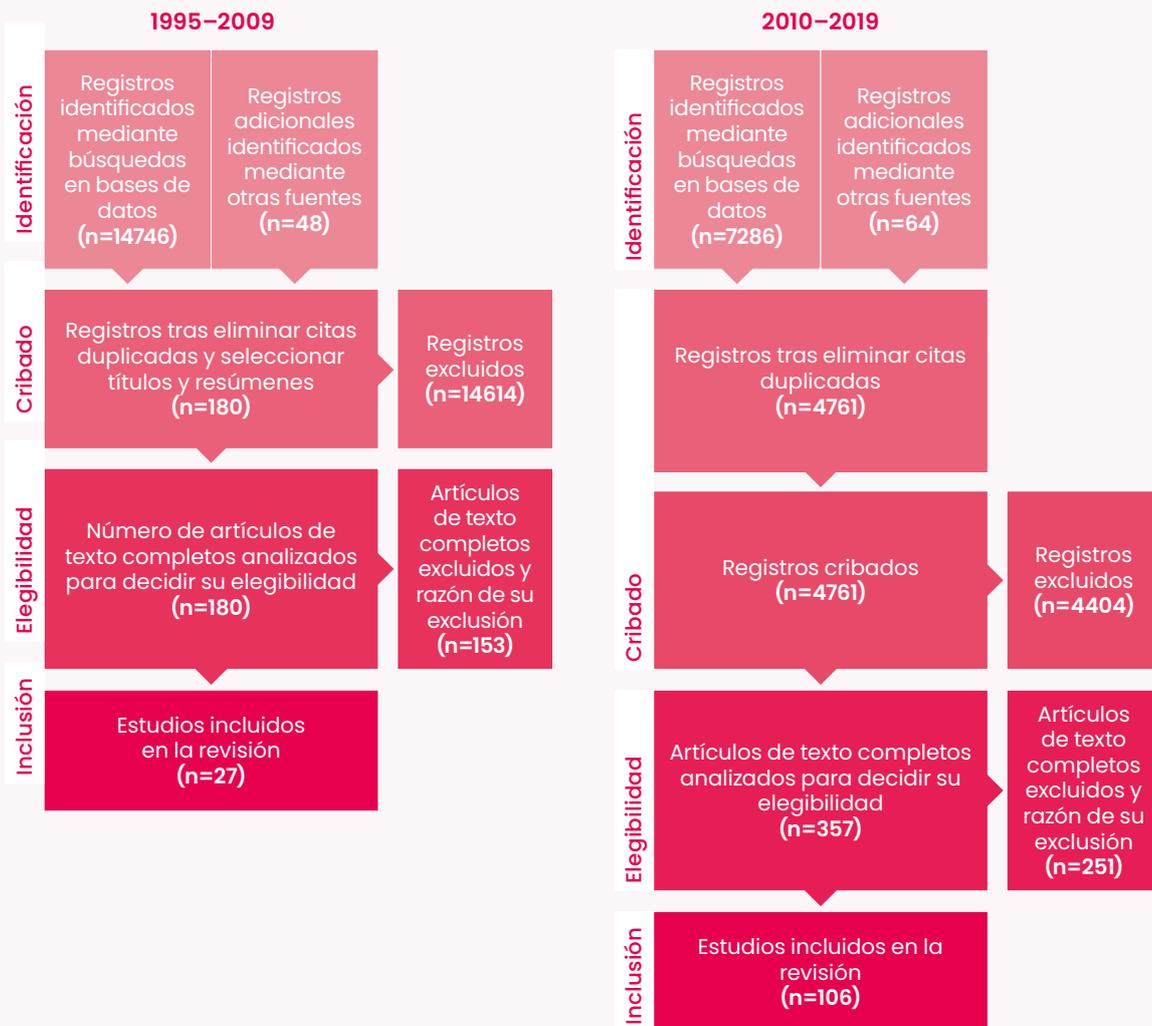
En la revisión sistemática original (correspondiente al periodo comprendido entre 1995 y 2009), se evaluaron 27 estudios. Los resultados de esos estudios se presentaron con arreglo a un marco para el seguimiento y la evaluación de las intervenciones destinadas a promover la retención (48). Ese marco propone cuatro dimensiones sobre las que diversas intervenciones basadas en políticas podrían ejercer un efecto directo: atractivo de las zonas rurales o remotas para estudiantes o profesionales de la salud; contratación y distribución; retención; y desempeño del personal o del sistema de salud (49). En las recomendaciones basadas en políticas de 2010 se subrayó la necesidad de llevar a cabo estudios de investigación adicionales para subsanar las principales deficiencias en materia de investigación, y se presentó un programa de investigación a tal fin.

La revisión actualizada de datos empíricos (que abarcó el periodo comprendido entre 2010 y 2019) hoy incluye 106 estudios (50) (véase la figura 2.1). Los datos empíricos actualizados se refieren a muchas de las deficiencias en materia de investigación señaladas en 2010, como la necesidad de estudiar un mayor número de profesiones del sector de la salud y la necesidad de intensificar las investigaciones en países de bajos ingresos. La revisión sistemática actualizada incluye datos empíricos procedentes de un espectro mucho más amplio de estas profesiones, así como un mayor número y una representación más amplia de países en los que se han realizado estudios de países individuales y estudios de grupos de países. Las evaluaciones se centraron en 39 estudios de países individuales y 11 estudios de grupos de países, que englobaron a un total de más de 110 países. Los estudios de países individuales constituyen alrededor del 90% del total de los datos de investigación.

El cuadro 2.2 presenta un desglose de los países sobre los que se han realizado estudios individuales y del número de estudios realizado de cada país. Alrededor de la mitad de los estudios individuales se llevaron a cabo en las Américas (el Canadá y los Estados Unidos) y en la región del Pacífico Occidental (Australia).

Los datos empíricos extraídos de las revisiones sistemáticas abarcan actualmente más de 30 profesiones del sector de la salud, frente a solo nueve profesiones en 2010. Estas se exponen en el cuadro 2.3.

**Figura 2.1 Diagrama PRISMA: revisión sistemática original (izquierda) y revisión sistemática actualizada (derecha)**



**Fuente:** Diagramas de flujo adaptados de la declaración PRISMA (51).

**Cuadro 2.2 Distribución geográfica de los estudios de países individuales incluidos en las revisiones sistemáticas originales y actualizadas por región de la OMS**

Región de África		Región de las Américas		Región de Asia Sudoriental		Región de Europa		Región del Mediterráneo Oriental		Región del Pacífico Occidental	
18%		35%		9%		6%		2%		30%	
Sudáfrica	5	EE.UU.	25	Tailandia	4	Noruega	3	Pakistán	2	Australia	32
Ghana	4	Canadá	17	India	3	Reino Unido	2	Afganistán	1	China	4
Malí	2	Brasil	5	Bangladesh	3	Francia	1			Filipinas	2
Uganda	2	Ecuador	1	Indonesia	1	Alemania	1			Camboya	1
Tanzanía	2	Chile	1	Nepal	1	España	1			Japón	1
Zambia	2					Israel	1			Islas Marshall	1
Burkina Faso	1									Nueva Zelandia	1
RDC	1										
Kenya	1										
Liberia	1										
Malawi	1										
Mozambique	1										
Níger	1										
Swazilandia	1										

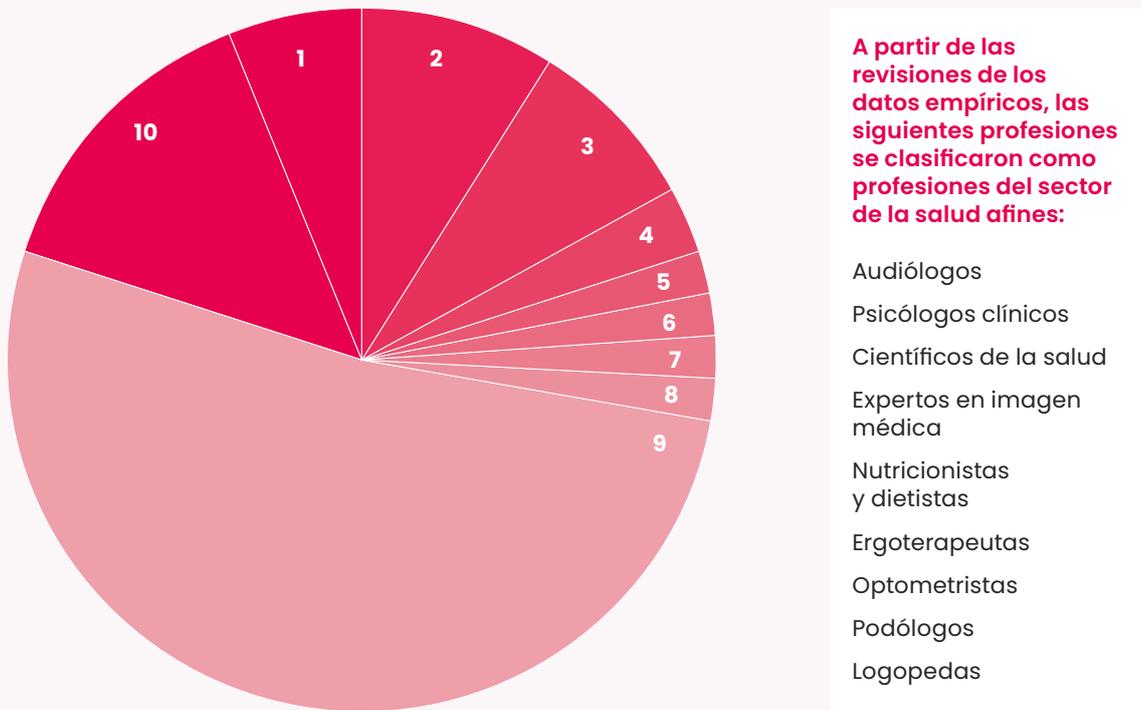
**Cuadro 2.3 Profesiones del sector de la salud representadas en los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas**

Médicos	Profesionales de enfermería	Farmacéuticos	Agentes de salud comunitarios
Cirujanos	Enfermera de atención directa	Audiólogos	Distribuidores de medicamentos
Anestesiastas	Auxiliares de enfermería	Ergoterapeuta	Responsables del control de enfermedades
Hospitalistas	Ayudantes de enfermería	Dietistas	Responsables del control de la tuberculosis
Dentistas	Auxiliares clínicos	Logopedas	Técnicos de laboratorio
Terapeutas dentales	Supervisores clínicos	Podólogos	Tecnólogos de la salud
Psiquiatras clínicos	Fisioterapeutas	Paramédicos, personal de respuesta ante emergencias	Especialistas en medicina tradicional
Auxiliar médico	Optometristas	Profesionales de la atención neonatal	
Personal académico rural	Personal de partería		

En 2010, el 72% de los estudios incluidos en la revisión sistemática se referían a profesionales médicos, mientras que, en esta nueva recopilación de datos, poco más de la mitad de los estudios se centran en los médicos. En la figura 2.2 aparece la distribución de las diferentes profesiones del personal de salud.

Más del 70% de los estudios incluidos procedían de países de ingresos altos; los estudios de las regiones de las Américas y del Pacífico Occidental fueron los más frecuentes. En el cuadro 2.2 figura la distribución geográfica de los estudios de un solo país.

**Figura 2.2 Estudios sobre distintas profesiones del sector de la salud**



1 Parteras

6%

2 Profesionales de la salud afines

9%

3 Agentes de salud comunitarios

8%

4 Dentistas

3%

5 Funcionarios de salud

2%

6 Farmacéuticos

2%

7 Auxiliares médicos

2%

8 Otros

2%

9 Médicos

52%

10 Enfermeras

14%

### 2.3.2 Resultados de la encuesta de percepción de las partes interesadas

En total, 336 participantes de las seis regiones de la OMS cumplieron la encuesta entre septiembre y diciembre de 2019. En general, los encuestados estimaron que las intervenciones eran aceptables. Los niveles de aceptabilidad fueron superiores a las calificaciones de viabilidad en todas las intervenciones. Puede encontrarse más información en el capítulo 3.

## 2.4 Formulación de las recomendaciones

El Grupo de elaboración de directrices evaluó la totalidad de los estudios recopilados para formular las recomendaciones. La evaluación incluyó los resultados combinados de las dos revisiones sistemáticas de los datos empíricos y una revisión sistemática de los valores, la viabilidad y la aceptabilidad, y de la encuesta de las partes interesadas sobre los valores, la aceptabilidad y la viabilidad. El Grupo directivo de la OMS supervisó y completó la elaboración de la síntesis de los cuadros de conclusiones y de los resúmenes de los datos narrativos obtenidos en colaboración con el Grupo de síntesis de la evidencia utilizando el marco para la toma de decisiones basado en la evidencia del método GRADE. Ello se utilizó para orientar las deliberaciones sobre cada recomendación, analizando los datos empíricos disponibles acerca de los efectos beneficiosos y perjudiciales, la certidumbre de la evidencia, los valores y preferencias, la relación entre los efectos beneficiosos y los perjudiciales, el costo, la relación costo-eficacia, el efecto sobre la equidad, la viabilidad y la aceptabilidad. Cuando fue necesario, se consideraron los contextos, las poblaciones y otros grupos. En cada una de las recomendaciones, el Grupo de elaboración de directrices examinó distintas consideraciones relativas a la ejecución, el seguimiento y la evaluación, así como a las deficiencias en la investigación. En resumen, las recomendaciones reflejan los datos empíricos y la opinión de los expertos sobre los efectos.

Se convocaron dos reuniones del Grupo de elaboración de directrices para examinar las recomendaciones. La primera fue una reunión

presencial celebrada del 25 al 27 de febrero de 2020, mientras que la segunda fue una reunión virtual celebrada el 6 de abril de 2020. Si bien las preguntas de la metodología PICOS no experimentaron cambios, las recomendaciones se elaboraron sin tener en cuenta las recomendaciones de 2010 para evitar que estas ejercieran una influencia no deseada en el proceso, en especial en cuanto a su solidez, así como para permitir al Grupo de elaboración de directrices realizar una evaluación independiente del cúmulo de datos empíricos.

En sus deliberaciones, el Grupo de elaboración de directrices adoptó una serie de decisiones sobre la dirección de los efectos y la solidez de las recomendaciones mediante un proceso consensuado en virtud del cual cada decisión debía estar apoyada por un 70% o más de los participantes. Ninguno de los miembros del Grupo se opuso a las recomendaciones. En la mayoría de los casos, las recomendaciones sólidas pueden plasmarse en políticas, mientras que las recomendaciones de solidez limitada plantean la necesidad de considerar los factores que intervienen en la ejecución, con la participación de las partes interesadas pertinentes.

A pesar del método utilizado para formular las recomendaciones, que no hacía referencia explícita a las realizadas en 2010, y la existencia de un caudal de datos empíricos mucho mayor, las recomendaciones fueron, en gran medida, similares a las formuladas en 2010. Una diferencia importante radica en que la recomendación acerca de la necesidad de garantizar un entorno de trabajo adecuado, seguro y propicio se dividió en dos recomendaciones diferentes: una relativa a la seguridad del lugar de trabajo y otra relacionada con el trabajo decente y la necesidad de garantizar unas condiciones de trabajo propicias. Otro elemento importante que se añadió a ese examen fue la introducción de una recomendación de buenas prácticas que pone de manifiesto la importancia de combinar las intervenciones y adoptar un enfoque holístico de cara al desarrollo, captación, contratación y retención de personal de salud en zonas rurales.

## 2.5 Formulación de una declaración de buenas prácticas en materia de directrices

Las declaraciones de buenas prácticas constituyen los principios generales de las recomendaciones de estas directrices. Una declaración de buenas prácticas es una recomendación fundamental de las directrices, si bien no se presta a las calificaciones habituales del proceso de determinación de la certidumbre de la evidencia (52). El Grupo de elaboración de directrices consideró y examinó la lista de comprobación de los criterios formulados por el Grupo de trabajo GRADE (véase el anexo E del sitio web) antes de elaborar la declaración de buenas prácticas (expuesta en la sección 3). Los datos empíricos sobre la formulación de un conjunto de intervenciones interconectadas adecuadas para cada contexto no permitieron aplicar las calificaciones habituales del proceso de determinación de la certidumbre de la evidencia, principalmente debido a la importancia del contexto local y al gran número de conjuntos de intervenciones que podían utilizarse. Se determinó que la declaración de buenas prácticas propuesta era clara, fácilmente aplicable y necesaria; además, tenía consecuencias positivas importantes y había una justificación clara y explícita que conectaba los datos empíricos indirectos.

Por otro lado, existe un consenso cada vez mayor acerca del hecho de que las políticas multifacéticas e intersectoriales son importantes para la formulación de políticas relativas al personal de salud y la planificación conexas. Las *Recomendaciones mundiales de política* de 2010 incentivaron la agrupación de estrategias, y existe un número de datos cada vez mayor que demuestra el efecto sinérgico de las intervenciones combinadas (53, 54). Además, la Estrategia mundial de la OMS sobre servicios de salud integrados y centrados en las personas, la Declaración de Astaná sobre la Atención Primaria de Salud (2018) y los objetivos de la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 (39) ponen de manifiesto la importancia de adoptar un enfoque concertado y multidimensional para mejorar la cobertura de los servicios de

salud. Dos revisiones sistemáticas, una sobre la eficacia de las estrategias encaminadas a mejorar la aplicación de intervenciones complejas en el ámbito de la atención primaria de salud (55) y otra sobre la mejora del ejercicio profesional del personal de salud en países de ingresos bajos y medianos (56) proporcionan información sobre el uso de intervenciones múltiples frente a intervenciones aisladas. Ambas revisiones ponen de manifiesto que las estrategias multifacéticas, en comparación con las individuales, tienen un efecto muy positivo en los resultados.

El principio de políticas multifacéticas, o «combinadas», aparece con frecuencia en la bibliografía. En la revisión sistemática se encontraron 24 estudios que evaluaban conjuntos de intervenciones. Había otros estudios donde se aplicaron parejas de intervenciones. Por ejemplo, un estudio realizado en Francia reveló que las zonas rurales donde había equipos de atención primaria de salud (prácticas grupales multiprofesionales) que recibían incentivos económicos y trabajaban en entornos favorables contaban con 3,5 médicos de familia más por cada 100 000 habitantes que las zonas que carecían de ello (57). En Australia, los estudiantes en quienes concurrían simultáneamente la circunstancia de vivir en el medio rural y asistir a un centro de capacitación clínica rural, y haber firmado un acuerdo de servicio obligatorio tenían una posibilidad 3,5 veces mayor de ejercer la profesión en una zona rural que los estudiantes en quienes concurría solo una de esas circunstancias (58) (en el anexo H del sitio web puede encontrarse información complementaria al respecto).

## 2.6 Principios rectores para la formulación de políticas destinadas a mejorar el acceso al personal de salud en las zonas rurales y remotas

En esta sección se exponen un conjunto de principios interconectados y de temas generales que deberían constituir la base de los esfuerzos encaminados a favorecer el desarrollo profesional del personal de salud de

las zonas rurales, mejorar el atractivo de estas para los profesionales de la salud, aumentar su contratación y permanencia en zonas rurales y remotas, y mejorar el acceso de las poblaciones de las zonas rurales y de difícil acceso a la atención de salud. Los compromisos con las medidas expuestas en esta sección constituyen la base de una aplicación satisfactoria de las recomendaciones.

### **2.6.1 Desarrollo sostenible, cobertura sanitaria universal, atención primaria de salud y trabajo decente**

En la Declaración de Astaná sobre Atención Primaria de Salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, los Estados Miembros se comprometieron con el desarrollo profesional del personal de salud. Ese compromiso es muy beneficioso para las comunidades rurales, remotas y desfavorecidas, ya que la atención primaria de salud se centra en los servicios basados en la comunidad y permite el acceso a esas comunidades mediante un enfoque inclusivo. La materialización de ese compromiso requiere la aplicación de los principios que rigen el trabajo decente, expresados en una serie de resoluciones y acuerdos internacionales, entre estos, el artículo 23 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (1995), la serie de sesiones de alto nivel del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (2006), el Segundo Decenio de las Naciones Unidas para la Erradicación de la Pobreza (2008–2017) y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. No se trata solo de crear puestos de trabajo en el sector de la salud en las zonas rurales, sino de crear puestos de trabajo decentes en el ámbito de la salud. Es fundamental que el personal de salud reciba una remuneración adecuada en los plazos establecidos, en especial en las zonas rurales y remotas. Los gobiernos también deben velar por que se realicen suficientes inversiones a largo plazo en la formación y capacitación, contratación, motivación y retención del personal de atención primaria de salud en las zonas rurales y remotas (59). Los profesionales de la salud que dispongan de un amplio acervo de conocimientos y competencias clínicas y trabajen juntos en equipos multidisciplinarios bien cohesionados deben prestar servicios integrales de atención primaria de salud a nivel local (60).

Para mejorar el acceso a personal de salud en zonas rurales y remotas es preciso aplicar un enfoque coordinado, basado en la colaboración. Ello significa que hacen falta intervenciones multisectoriales y multifacéticas que permitan potenciar al máximo los efectos alcanzados en las comunidades rurales, entre los que cabe destacar los siguientes:

- el compromiso de la comunidad y la participación de las partes interesadas pertinentes a lo largo de todo el proceso, a fin de garantizar la eficacia de los sistemas orientados a la atención primaria de salud;
- el diseño sostenible de los sistemas y los servicios de salud teniendo en cuenta las preferencias y los valores de las partes interesadas, y la aceptabilidad y viabilidad de las recomendaciones;
- la creación, en las zonas rurales, de equipos multidisciplinarios de trabajadores sociales y sanitarios capacitados para desempeñar las funciones que les corresponden y apoyan la colaboración intersectorial;
- la consideración de factores sociodemográficos como el género, la edad, la clase social, el grupo étnico, la situación migratoria, el estado civil, el idioma, la orientación sexual, la existencia o no de discapacidad y la religión, que podrían influir en la aceptabilidad y la viabilidad de los servicios, y condicionar la contratación y retención de personal de salud;
- la adopción de un enfoque pangubernamental que promueva la colaboración multisectorial a todos los niveles en materia de planificación, puesta en marcha y estrategias de seguimiento.

La Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas puso de manifiesto el potencial del sector de la salud para crear oportunidades de empleo y potenciar el desarrollo económico (61, 62). Las inversiones en el desarrollo profesional del personal de salud de las zonas rurales tienen efectos positivos en la consecución de los ODS. Los empleos dignos que se creen (en el sector de la salud y en otros sectores) gracias a la puesta en práctica de las recomendaciones contenidas en estas directrices ayudarán a reducir la pobreza rural

(ODS 1) y permitirán alcanzar el objetivo de crear trabajo decente y crecimiento económico (ODS 8). También contribuirán a asegurar la salud y el bienestar de la población de las zonas rurales, que disfrutarán de mayor acceso al personal de salud, al tiempo que se crean sistemas de salud resilientes y se prepara a las comunidades para un manejo eficaz de posibles brotes epidémicos (ODS 3). Las inversiones en educación en las zonas rurales mejorarán la calidad de la enseñanza y contribuirán al empoderamiento, especialmente de las mujeres y los jóvenes (ODS 4 y ODS 5). Las consecuencias en lo que atañe al género de esos resultados son diversas, y abarcan desde beneficios para la salud y la educación hasta oportunidades de empleo.

### 2.6.2 Género, equidad y derechos

El principio de equidad tiene por objeto eliminar diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos humanos, en particular las diferencias entre las poblaciones urbanas, rurales y remotas. Ello implica velar por la equidad en ámbitos como el género, el origen étnico y otras esferas de marginación relacionadas con el contexto local. Las políticas deben formularse de manera que reflejen la equidad y el respeto por los derechos humanos de los distintos grupos. A fin de asegurar la protección de la salud como derecho humano, con independencia del lugar en el que se viva, las autoridades nacionales de todos los niveles deben adoptar el principio de equidad a la hora de atajar las deficiencias en materia de cobertura sanitaria y acceso a los servicios de salud a las que se enfrentan las poblaciones de las zonas rurales, remotas o de difícil acceso. Ese principio exige priorizar la mejora del acceso a la atención de salud en zonas rurales a fin de garantizar la cobertura sanitaria universal reduciendo las desigualdades en la distribución geográfica del personal de salud. Todos los esfuerzos necesarios desplegados para adoptar estrategias eficaces de retención con los recursos disponibles han de centrarse en la eliminación de toda diferencia evitable o remediable en el acceso a la atención de salud.

Las comunidades rurales y remotas tienen derecho a beneficiarse de las prestaciones necesarias para el desarrollo del capital humano, especialmente en lo que respecta a la salud y la educación. La promoción de la educación del personal de salud ofrece la

posibilidad de integrar a las mujeres y las niñas en los procesos de formación y empleo en ciencias, tecnología, ingeniería y matemáticas, y de corregir, de ese modo, algunas de las desigualdades sociales en materia de oportunidades. Cuando se practica con un afán inclusivo, la capacitación del personal de salud puede ofrecer oportunidades a algunas de las personas que han quedado rezagadas, especialmente cuando dicha capacitación se conjuga con oportunidades de acceso al mercado de trabajo. La Comisión de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico, determinó que las inversiones en el personal de salud y social ejercen un potente efecto multiplicador en el crecimiento económico (62). Alrededor del 70% del personal de salud mundial está integrado por mujeres (63). Así pues, las dinámicas de género desempeñan un papel importante en el sector de la salud, en particular, en ámbitos como los cuidados no remunerados, la remuneración, la parcialidad y el acoso en el lugar de trabajo, las opciones profesionales y la promoción profesional (63). El género también influye en la disponibilidad y aceptabilidad del personal de salud en las comunidades rurales. Se requiere un mayor número de estudios científicos sobre los resultados de las trabajadoras de la salud que ejercen distintas profesiones de la salud en las comunidades rurales (64-66).

Todas las políticas que afectan a este personal, incluidas las destinadas a desarrollar, captar, contratar y retener a los profesionales de la salud en las zonas rurales y remotas, deberían incluir a las mujeres en la adopción de decisiones y aplicar una perspectiva de género. Si bien es preciso incorporar la perspectiva de género, existen ámbitos concretos en los que podría ser importante un análisis en la materia, como por ejemplo en la promoción de entornos de trabajo seguros y sin riesgos que garanticen la protección frente a cualquier tipo de violencia y acoso, en consonancia con la meta 5.2 (eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado) y la meta 8.8 de los ODS (proteger los derechos laborales y promover un entorno de trabajo seguro y sin riesgos para todos los trabajadores) (67). Apoyar medidas como la flexibilidad del horario de trabajo, la creación

de oportunidades de empleo a tiempo parcial, y la promoción de condiciones laborales que permitan conciliar el trabajo con la vida familiar mejora la retención. Todos los trabajadores deben tener derecho a un trabajo decente y seguro, con independencia de su género, edad, clase social, grupo étnico, situación migratoria, estado civil, idioma, orientación sexual, condición de discapacidad y situación sociodemográfica. La formulación de políticas relacionadas con el personal de salud de las zonas rurales y remotas debería incluir a las mujeres, tener en cuenta el género y, en la medida de lo posible, utilizar las profesiones de la salud como catalizador de políticas que transformen las relaciones de género.

### 2.6.3 Armonización con el plan nacional de salud

Las políticas de desarrollo profesional, captación, contratación y retención del personal de salud de las zonas rurales deberían estar integradas en un plan nacional de salud debidamente presupuestado y validado. Un plan nacional de salud proporciona el marco para que todos los asociados se responsabilicen de obtener resultados tangibles y mensurables; es el núcleo del desarrollo del sector de la salud que cada país debe dirigir y asumir, y es en todo coherente con las prioridades y capacidades nacionales. Un plan nacional sobre el personal de salud, que forme parte integrante del plan nacional de salud, permite proyectar el número y el tipo de profesionales de la salud que se necesitarán en el futuro, las políticas y estrategias para aumentar la disponibilidad de este personal, las estrategias para retenerlo y motivarlo, y el costo de ejecución de todas las intervenciones (8). Ese será uno de los indicadores utilizados para hacer el seguimiento de la adopción de las recomendaciones en cada país.

### 2.6.4 Conocer al personal de salud

Tener un buen conocimiento del personal de salud (niveles de distribución, características demográficas, región geográfica, sector, especialidad y alcance de sus funciones) es fundamental para mejorar el acceso a él en las zonas rurales y remotas. Preferiblemente, el primer paso para articular un plan de desarrollo profesional, captación, contratación y retención del personal en las zonas rurales es realizar un análisis exhaustivo de la situación, así como un análisis del mercado de trabajo del sector de

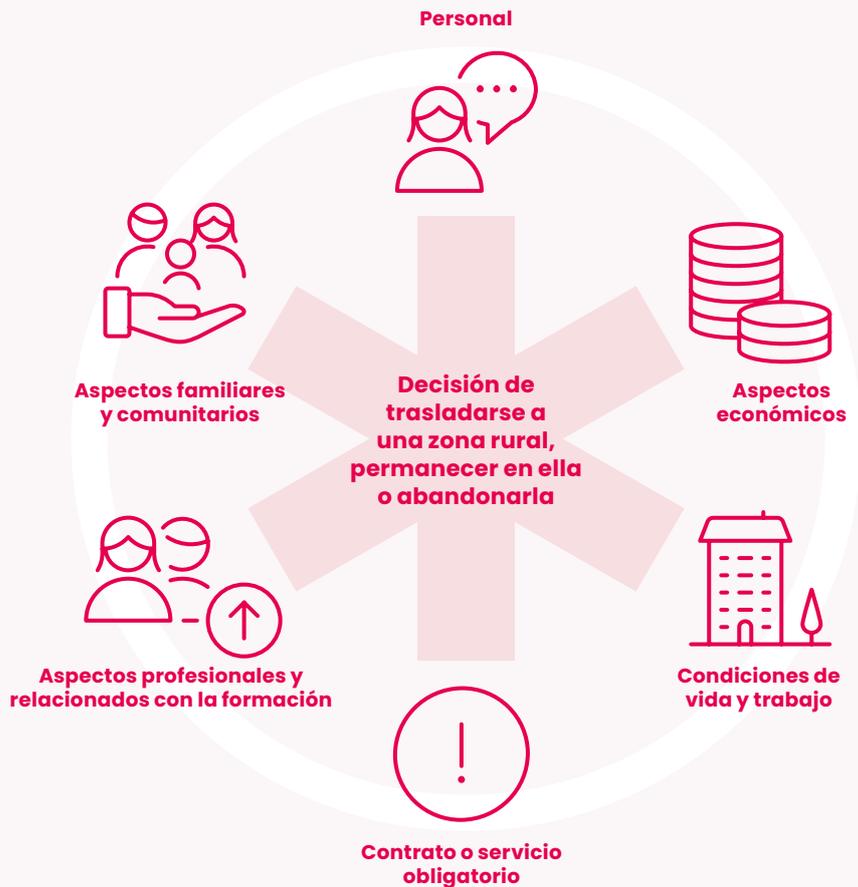
la salud a fin de detectar posibles desajustes entre las necesidades, la demanda y la oferta, y determinar el grado de equidad existente en la distribución de los profesionales de la salud.

Los datos locales, junto con los indicadores relativos al personal de salud recogidos en las Cuentas Nacionales del Personal de Salud (37), serán de utilidad para recopilar datos secundarios que puedan facilitar un análisis y un seguimiento rápidos. A fin de garantizar la eficacia de la combinación de políticas seleccionadas, podría ser necesario llevar a cabo estudios primarios complementarios (como experimentos de elección discreta u otros estudios cualitativos), en particular, un análisis de los factores que hacen que un trabajador de la salud decida trasladarse a una zona remota o rural o marcharse de ella, así como determinar y ponderar los factores que influyen en esas decisiones. Es importante evaluar el peso que tiene el género y su posible influencia en las decisiones adoptadas por el personal de salud.

Los factores conocidos relacionados con la decisión de los profesionales de la salud de trasladarse a una zona remota o rural, permanecer en ella o abandonarla son muy amplios y abarcan las esferas laboral, personal y familiar. La figura 2.3 ilustra los factores más conocidos que influyen en la decisión de un trabajador de la salud de trasladarse a una zona rural, permanecer en ella o abandonarla.

Además de comprender las necesidades del personal de salud, los planes de desarrollo profesional de los trabajadores de la salud de las zonas rurales deben garantizar que el personal de atención primaria de salud trabaje en equipos multidisciplinares eficaces y coordinados que dispongan de las habilidades y competencias necesarias para responder a la mayoría de las necesidades de salud de las poblaciones rurales a las que prestan servicio. Los equipos de atención primaria de salud pueden incluir administradores de atención de salud, agentes de salud comunitaria, dentistas, médicos generales y de familia, fonoatras, personal de partería y enfermería, enfermeras de atención directa, nutricionistas, ergoterapeutas, farmacéuticos, asistentes clínicos, fisioterapeutas, logopedas y personal de apoyo, entre otras profesiones de la salud importantes y pertinentes en ese contexto.

**Figura 2.3 Factores que influyen en la decisión de trasladarse a una zona rural o remotas, permanecer en ella o abandonarla**



#### Aspectos personales

Procedencia de una zona rural, vínculos familiares, valores, altruismo, etapa del ciclo profesional

#### Aspectos económicos

Prestaciones, subsidios, salario, sistemas de pago

#### Condiciones de trabajo y de vida

Infraestructura, entorno laboral, seguridad, acceso a la tecnología o a los medicamentos, condiciones de alojamiento, disponibilidad de supervisión de apoyo, carga de trabajo, estrés

#### Servicio obligatorio

Obligación o no de ejercer sus funciones en esas zonas

#### Aspectos profesionales y relacionados con la formación

Formación y experiencia en el medio rural, acceso a formación continua; supervisión; cursos o talleres de perfeccionamiento; puestos de categoría superior en zonas rurales.

#### Aspectos familiares y comunitarios

Posibilidad de escolarizar a los hijos y de que el cónyuge encuentre un empleo; espíritu comunitario; existencia de instituciones comunitarias; posición en la comunidad, reconocimiento de su labor

**Fuente:**  
Adaptado de las recomendaciones mundiales de política de 2010 (8).

### 2.6.5 Fortalecimiento de los recursos humanos para la gestión del sector de la salud

La capacidad de gestionar con eficiencia el personal de salud es un requisito básico para la correcta ejecución de las estrategias de retención. Existen datos que indican que podría ser necesario establecer una unidad central de recursos humanos para la salud a fin de coordinar satisfactoriamente los esfuerzos necesarios para elaborar una estrategia de retención en las zonas rurales (68). El fortalecimiento de la capacidad de gestión de los recursos humanos para la salud mediante componentes como la planificación del personal, la gestión eficaz de la información sobre el personal de salud, las prácticas de captación y contratación, las condiciones de trabajo y la gestión del desempeño podrían multiplicar los logros de las estrategias de retención. Ello, a su vez, puede mejorar los resultados sanitarios de la población rural.

En la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 se señala que todos los países deben crear una unidad o departamento de recursos humanos para la salud dependiente del ministerio de salud (39). Esa unidad deberá estar dotada de medios y tener competencias en materia de financiación,

encargarse de las políticas, la planificación, la gobernanza, la gestión de datos y la elaboración de informes relacionados con los recursos humanos para la salud, y rendir cuentas al respecto oportunamente. Los países en los que la gestión de los recursos humanos para la salud presenta deficiencias corren el riesgo de ver fracasar la ejecución de sus intervenciones. A nivel central, el fortalecimiento de la capacidad de supervisión y organización es importante para garantizar la continuidad en la ejecución de las estrategias. Ello contribuye a fortalecer los compromisos adquiridos, aun cuando se produzcan cambios en la Administración o en el gobierno. Los responsables de recursos humanos y las instancias normativas deben trabajar con las partes interesadas para conocer sus preocupaciones e intereses y negociar soluciones intermedias fundamentales para la formulación de estrategias para la retención de unos recursos humanos viables y sostenibles. Las inversiones en programas de promoción profesional (formación, acompañamiento experto, mentoría y apoyo profesional) y de desarrollo de las capacidades de liderazgo del personal de salud y de los gestores del ámbito de la salud serán beneficiosas a todos los niveles, especialmente a nivel local. (recuadro 2.1).

### Recuadro 2.1 Elementos que debe tener un sistema eficaz de gestión del personal de salud

Las principales funciones de un sistema de gestión eficaz de los recursos humanos son:

- Personal: desarrollo del personal, planificación (incluidas las normas de dotación del personal), captación, contratación y distribución;
- Condiciones y entorno laboral: relaciones entre los empleados, seguridad en el lugar de trabajo, satisfacción con el empleo y promoción profesional;
- Información sobre los recursos humanos: datos e información para la planificación y la adopción de decisiones;
- Gestión del desempeño: evaluación del desempeño, supervisión y productividad.

Un sistema eficaz de gestión de recursos humanos se caracteriza por contar con gestores de recursos humanos preparados, profesionales y competentes, capaces de desempeñar las funciones de recursos humanos que se exponen a continuación.

- **Planificación del personal.** Dirigir y apoyar procesos de planificación eficaz del personal de salud basados en información sólida sobre los recursos humanos; promover la adopción de decisiones fundamentadas en datos; vincular los perfiles y las categorías del personal con los que se necesitan para alcanzar los objetivos estratégicos en la esfera de la salud (por ejemplo, decidir sobre aspectos como la delegación de funciones, la redefinición de perfiles, la redistribución, los incentivos, y las ayudas); armonizar las necesidades del personal de salud con los planes estratégicos de recursos humanos; contribuir a los procesos de planificación estratégica encaminados a mejorar la situación general del personal; promover prácticas adecuadas de cálculo de costos, de modo que las proyecciones relativas al personal se puedan presupuestar correctamente.
- **Prácticas de captación, contratación y distribución de personal de salud.** Los gestores deben utilizar sus conocimientos

sobre prácticas eficaces en ámbitos como la captación y selección, orientación, distribución, desarrollo y retención del personal, para promover cambios positivos en el sistema. Deben hacerlo trabajando mancomunadamente con los planificadores de políticas para detectar los obstáculos que impiden que la captación, contratación, distribución y retención del personal sean eficaces. Deberán velar por que los procedimientos y criterios aplicados a las designaciones, distribución y traslados sean justos y transparentes.

- **Condiciones de trabajo y entorno laboral.** Promover y supervisar prácticas que contribuyan a un entorno laboral que repercuta positivamente en el grado de satisfacción profesional, como la mejora de las relaciones entre los empleados, la seguridad del lugar de trabajo y la promoción profesional.
- **Información sobre el personal de salud.** Integrar la información y las fuentes de datos para garantizar la oportuna disponibilidad de los datos fiables necesarios, con el nivel de detalle requerido, para la planificación, la formación, la evaluación y el respaldo del personal de salud; informar sobre el conjunto básico de datos sobre el personal y ejecutar progresivamente las Cuentas Nacionales del Personal de Salud; y velar por que la información recopilada y analizada esté fundamentada en datos demográficos como los relativos al género y la edad para que constituyan la base de la política de recursos humanos para la salud.
- **Gestión del desempeño, liderazgo y desarrollo del personal.** Asegurarse de que en el sistema de salud funcione un sistema eficaz de evaluación del desempeño; dirigir y promover intervenciones sistémicas para aumentar la productividad; utilizar los conocimientos actualizados sobre enfoques de liderazgo y gestión para promover prácticas adecuadas; evaluar la situación respecto del liderazgo y la gestión en el sistema y organizar o promover programas para mejorarlos si fuera necesario; en general, asegurarse de que el personal de salud cuenta con los medios y las competencias necesarias para realizar el trabajo que se le exige.

### 2.6.6 Responsabilidad social en la capacitación del personal de salud

La responsabilidad social de los centros de formación para el personal de salud se define como «la obligación de orientar sus actividades de formación, investigación y servicios hacia la solución de los problemas prioritarios de salud de la comunidad, la región o la nación a la que tienen el mandato de prestar sus servicios. Los problemas de salud prioritarios deben definirse de forma conjunta por los gobiernos, las organizaciones de la esfera de la salud, los profesionales de la salud y la población» (69). Por consiguiente, las instituciones y centros formativos tienen la obligación de adecuar su actividad a las necesidades de los servicios de salud y al mismo tiempo colaborar con los sistemas de salud para desarrollar unos recursos humanos que sean útiles y apropiados (70).

Para facilitar el logro de la cobertura sanitaria universal mediante el desarrollo de un personal de salud que pueda responder a las necesidades de salud de la población, es importante que todas las instituciones dedicadas a su formación asuman que la responsabilidad social es una parte fundamental de su mandato. Ello también puede conseguirse mediante la participación de las comunidades en la definición de sus necesidades y diseñando soluciones estratégicas específicas para cada contexto destinadas a atender

esas necesidades. Se ha demostrado que las siguientes estrategias de responsabilidad social aumentan la contratación y la retención en las zonas rurales: la armonización de los planes de estudio con las necesidades de las comunidades; la selección de determinado tipo de estudiantes, dando prioridad a las poblaciones subrepresentadas; la formación interprofesional en las zonas donde sea necesario; la ampliación del profesorado en las zonas rurales; y el establecimiento de lazos estrechos con las comunidades (71).

Debido a la gran diversidad de retos que deben afrontar las comunidades rurales y remotas, como la menor calidad de la enseñanza primaria y secundaria en comparación con las zonas urbanas, las desventajas económicas y los problemas derivados de su ubicación y de las distancias que deben recorrerse, poner en práctica las estrategias mencionadas requieren un esfuerzo sostenido y la ejecución de reformas, así como inversiones a todos los niveles y un enfoque pangubernamental. Las ventajas económicas de tales inversiones residen en su rentabilidad, teniendo en cuenta el costo de los desequilibrios en la distribución de personal de salud y de la fuga de cerebros, así como el valor añadido de contratar personas procedentes de zonas rurales y remotas, especialmente mujeres y jóvenes, para empleos en el sector de la salud (62).



## 3.0 Declaración de buenas prácticas y recomendaciones

En la siguiente sección se resume la declaración de buenas prácticas y las recomendaciones de política. En el anexo H del sitio web se presenta una serie de cuadros con los datos empíricos para la adopción de decisiones, en los que se expone el equilibrio entre los efectos deseables y no deseables, la certidumbre general de la evidencia, los valores y las preferencias de las partes interesadas, las necesidades de recursos, la costoeficacia, la aceptabilidad, la viabilidad y la equidad que se tuvieron en cuenta para determinar el grado de solidez y el sentido de la recomendación.

A fin de garantizar la correcta comprensión de la declaración de buenas prácticas y las recomendaciones, en cada recomendación se incluyen una serie de observaciones complementarias que reflejan las cuestiones clave planteadas por el Grupo de elaboración

de directrices. Seguidamente, se presenta una breve argumentación que justifica la recomendación. Por último, para garantizar que las recomendaciones se apliquen adecuadamente en la práctica, también se incluyen consideraciones sobre su aplicación.

### Declaración de buenas prácticas para el desarrollo, la captación, la contratación y la retención de profesionales de la salud en zonas rurales y remotas

+ Las intervenciones deben estar interconectadas, agrupadas y adaptadas al contexto local.

#### Observaciones

- Es necesario adoptar un enfoque pangubernamental (colaboración multisectorial a todos los niveles) en la planificación, la aplicación y el seguimiento de las estrategias. Las intervenciones individuales, adoptadas de forma aislada, no son suficiente para abordar el carácter polifacético del desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas.
- El conjunto adecuado de intervenciones debe determinarse teniendo en cuenta la pertinencia, la aceptabilidad, la viabilidad, la asequibilidad, la eficacia y las repercusiones de las recomendaciones en el contexto local.
- La comunidad y las partes interesadas deben participar en la planificación, la aplicación y la evaluación de las intervenciones.
- A la hora de seleccionar el conjunto de intervenciones, es importante tener en cuenta el género, la equidad y los derechos, junto con las funciones y las responsabilidades de los trabajadores de la salud y las comunidades rurales.
- También hay que tener en cuenta la repercusión de las políticas en las diferentes profesiones de la salud, las etapas de la carrera profesional, las características sociodemográficas (como el género, la edad, la clase social, el origen étnico, la situación migratoria, el estado civil, el idioma, la orientación sexual, el estado de discapacidad y la religión) y las expectativas de los profesionales de la salud.
- Los efectos directos, los resultados y las repercusiones de los esfuerzos destinados a aumentar el número de profesionales de la salud en las zonas rurales y remotas deben someterse a una rigurosa supervisión y evaluación.

### 3.1 Recomendación 1. Captar a estudiantes procedentes de zonas rurales para que se matriculen en programas de formación en el ámbito de la salud

La OMS recomienda la aplicación de políticas de admisión dirigidas a captar estudiantes procedentes de zonas rurales a fin de que se matriculen en programas de formación en el ámbito de la salud.

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: moderada

#### Observaciones

- Garantizar el compromiso de la comunidad y la participación de las partes interesadas locales en la designación sistemática, equitativa y transparente de zonas rurales de captación de estudiantes y asegurar que se matriculen en cursos de formación.
- Garantizar que las políticas respeten la normativa nacional y local en materia de no discriminación.
- Dar cuenta de todo el itinerario educativo (primaria, secundaria y terciaria).
- Dotar a las políticas de admisión dirigidas a captar a estudiantes procedentes de zonas rurales y remotas de un mecanismo de apoyo que les ayude a superar los obstáculos a que se enfrentan.
- Si bien proceder de una zona rural debería ser el principal criterio para la matriculación de estudiantes, asegurar la diversidad y la equidad en cuanto al género, origen étnico, idioma y situación sociocultural es fundamental para conseguir un personal de salud diverso e inclusivo.

#### 3.1.1 Fundamento lógico de la recomendación

Se considera que proceder de una zona rural es el factor más estrechamente relacionado con el ejercicio profesional en las zonas rurales (72). En el informe de 1998 del Consejo para la formación médica de posgrado de los Estados Unidos (United States Council on Graduate Medical Education) (73), se destacaron los efectos positivos de seleccionar estudiantes procedentes de zonas rurales, así como de otras intervenciones de formación y capacitación concebidas para encauzar a los estudiantes hacia la práctica rural, que se presentaron como la vía de formación de médicos rurales en 2000 (74). Esa estrategia se conoce generalmente como la «vía rural» o el «itinerario rural». Los datos empíricos demuestran que proceder de una zona rural (es decir, haber pasado algunos años de la infancia en un entorno rural) y estar expuesto al medio rural durante el programa (es decir, recibir formación en el ámbito rural, con un plan de estudios y un sistema de ayudas orientados hacia lo rural) tienen efectos tanto

individuales como sinérgicos en el desarrollo, la captación, la contratación y la retención de profesionales de la salud en las zonas rurales (58,75). Actualmente, el concepto de itinerario rural está ganando reconocimiento entre los responsables de la formulación de políticas, como lo ejemplifica el llamamiento ministerial intersectorial en favor de una estrategia basada en la vía rural puesta en marcha por los países de la Unión Económica y Monetaria de África Occidental (76).

La mayor disponibilidad de personal de salud en zonas rurales y remotas y la mejora del acceso a la atención de salud se consideran valores fundamentales a la hora de medir su desempeño y el funcionamiento del sistema de salud. Así pues, se estimó que los resultados de esa intervención eran de gran utilidad. Cabe esperar que ello repercuta positivamente en la mejora de la equidad en las poblaciones rurales y remotas. Además, incrementar el acceso al personal de salud mediante políticas

de admisión selectivas puede ayudar a aumentar la diversidad de los trabajadores de la salud y repercutir favorablemente en la aceptabilidad de la atención de salud. Las partes interesadas otorgaron una calificación alta a la aceptabilidad y viabilidad de esta intervención (47).

La certidumbre de la evidencia en esta intervención es moderada. Los datos empíricos obtenidos a partir de 18 de los 20 estudios observacionales examinados, en su mayoría entre estudiantes de medicina y de enfermería de países de ingresos altos, medianos y bajos, indican que existe una estrecha relación positiva entre proceder de una zona rural y la contratación y retención en el ejercicio profesional rural (58, 77–84). Aunque los recursos necesarios para contratar y apoyar a estudiantes de zonas rurales para que participen en programas de salud sean posiblemente moderados, es de esperar que el efecto positivo de matricular a estudiantes procedentes de zonas rurales y remotas supere con creces cualquier efecto negativo que pueda existir. El Grupo de elaboración de directrices decidió por unanimidad que esta era una recomendación sólida.

### 3.1.2 Consideraciones relativas a la aplicación

La definición del término «rural» varía en función de cada Estado Miembro. Por consiguiente, los criterios para poder ser considerado una persona de procedencia rural deberán decidirse a nivel nacional o local. Para evitar que surja cualquier objeción a las políticas de matriculación dirigidas a estudiantes procedentes de zonas rurales, los criterios de admisibilidad deben consensuarse con las partes interesadas. También puede ser importante garantizar que se cumplan la normativa y los reglamentos locales contra la discriminación. Para ayudar a garantizar que la política sea equitativa y redunde en un personal de salud diverso, representativo y aceptable para las poblaciones rurales, también cabe la posibilidad de considerar las admisiones desde un punto de vista interseccional, teniendo en cuenta sus repercusiones sobre el género, la equidad y los derechos. Por lo tanto, al poner en práctica esta política, podría ser pertinente explorar el posible efecto catalizador que puede derivarse de la aplicación de políticas selectivas de admisión en programas de

formación destinados a profesionales de la salud para el desarrollo del capital humano y las competencias humanas en zonas rurales y para el cumplimiento de la agenda de los ODS. Las inversiones en el capital humano de las zonas rurales puede contribuir a un crecimiento económico inclusivo y a aumentar la estabilidad y la seguridad económicas (85).

Es importante tener en cuenta la totalidad del itinerario formativo (educación primaria, secundaria y terciaria). Podría ser útil hacer que los estudiantes de secundaria de las zonas rurales entren en contacto con establecimientos de salud desde una fase temprana y empiecen a conocer las profesiones de la salud (86). Puesto que a veces los sistemas de educación primaria y secundaria de las zonas rurales son diferentes de los de las ciudades, podría ser preciso poner en marcha medidas de apoyo adicionales para garantizar que las escuelas de enseñanza secundaria del medio rural logren producir estudiantes que puedan ser admitidos en programas de formación de profesionales de la salud y puedan conseguir buenos resultados. Ello podría contribuir de forma importante al éxito de esta política. También puede ser necesario superar posibles obstáculos lingüísticos si el idioma habitual de las zonas rurales o remotas es distinto del idioma en que se imparten los programas de formación.

Podría ser importante establecer sistemas de apoyo como el andamiaje didáctico, clases de recuperación o de apoyo en los centros para que los estudiantes de zonas rurales tengan la posibilidad de recibir formación junto a sus homólogos de otras procedencias. Otra consideración importante relativa a la aplicación tiene que ver con los programas de orientación e integración social y académica, disponibles como instrumentos de apoyo para estudiantes procedentes de zonas rurales y remotas. Si los estudiantes de zona rurales se enfrentan a dificultades económicas o académicas y necesitan más tiempo para obtener los créditos que necesitan, podría ser necesario plantearse la creación de programas y horarios flexibles fuera del circuito académico habitual. Otra alternativa sería capacitar y equipar a los administradores y al profesorado de las escuelas para que inviertan en la educación de estudiantes procedentes de zonas rurales y remotas.

Si la situación económica de los estudiantes de zonas rurales y remotas fuera un impedimento, podría ser importante instituir medidas de apoyo financiero para estudiantes procedentes de zonas rurales desfavorecidas. Además, podría tenerse en cuenta el costo de la formación, en particular para garantizar que la capacitación en centros de formación públicos y privados del sector de la salud sea accesible y asequible. Podría recurrirse a la concesión de becas, ayudas y otras subvenciones para la formación, que tengan como contrapartida prestar servicio en zonas rurales o remotas (recomendación 9) para aumentar el número de estudiantes de zonas rurales desfavorecidas que acceden a esa formación.

Es importante crear sinergias entre esta política y otras políticas destinadas a atraer y motivar a los estudiantes procedentes de comunidades rurales para que accedan a profesiones de la salud. Los datos empíricos indican que esta política, cuando se combina con otras

políticas encaminadas a fomentar la formación en las zonas rurales, (recomendación 2), la realización de prácticas clínicas en el ámbito rural (recomendación 3) y un plan de estudios adaptado a las zonas rurales (recomendación 4) podría tener un efecto multiplicador en la permanencia del personal de salud en las zonas rurales. Por consiguiente, la interconexión entre las políticas que integran el conjunto de políticas adaptadas al contexto es una importante consideración para su aplicación (58, 79).

Para que esta recomendación de buenos resultados es necesaria la colaboración multisectorial de todo el gobierno, en particular, los ministerios de salud, educación, administraciones públicas y economía, entre otros ministerios y partes interesadas. Las consecuencias económicas deben ser asumidas por ministerios como el de salud, educación y desarrollo, y por el gobierno local. Asimismo, debe considerarse la sostenibilidad del sistema de salud y el diseño de los servicios.

### 3.2 Recomendación 2. Situar los centros de formación de profesionales de la salud más cerca de las zonas rurales

#### 2. La OMS sugiere que los centros de formación profesionales de la salud se sitúen más cerca de las zonas rurales

Grado de solidez: recomendación de solidez limitada

Certidumbre de la evidencia: baja

#### Observaciones

- Recabar la colaboración de las partes interesadas locales y de la comunidad en la creación de centros y programas de formación del sector de la salud.
- Velar por que los centros y programas de formación de profesionales de la salud sean sostenibles y socialmente responsables.
- Garantizar que la formación responda a las necesidades de las comunidades locales.
- Establecer vínculos con las inversiones en el desarrollo de infraestructuras rurales y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- Acompañar estas medidas con políticas dirigidas a la formación y reciclaje del profesorado en estas zonas.

### 3.2.1 Fundamento lógico de la recomendación

Esta recomendación también es un componente de la vía rural, concebida para que los trabajadores de la salud ejerzan en las zonas rurales (58, 79). Es de esperar que situar los centros de formación de profesionales de la salud más cerca de las zonas rurales y gestionarlos de conformidad con los principios de la responsabilidad social será beneficioso para las comunidades locales en lo que respecta a la diversificación económica, el desarrollo del capital humano y la mejora de los resultados sanitarios. La responsabilización social es un elemento importante de esta recomendación. Puede definirse como la obligación de las escuelas de orientar sus actividades de educación, investigación y prestación de servicios hacia la resolución de los problemas prioritarios de la comunidad, la región o la nación a la que tienen el mandato de servir (87).

Es probable que esta intervención repercuta favorablemente en la equidad en el acceso al personal de salud en comunidades rurales y remotas, y que también pueda tener efectos positivos para la economía local y la diversificación económica de las zonas rurales y remotas. Sin embargo, se determinó que los costos de establecer esas instituciones, dotarlas de personal y mantenerlas son elevados. Si bien pueden ser inversiones costoeficaces que presenten un importante rendimiento de la inversión, se requiere llevar a cabo más estudios para comprender la dinámica de este proceso. Aunque cabe esperar que la intervención sea ampliamente aceptada y viable, los datos empíricos obtenidos indican que podría resultar menos aceptable y viable que algunas de las demás intervenciones (47).

Además, la certidumbre de la evidencia en esta intervención es baja. En la revisión sistemática de los efectos, se encontraron 13 estudios sobre los efectos derivados de ubicar los centros de formación de profesionales de la salud fuera de las grandes ciudades en el número de profesionales de la salud disponibles en zonas rurales y remotas. Los 13 estudios se centraron en estudiantes de medicina o residentes, por lo que no hay datos científicos de la situación de otras profesiones de la salud. Sin embargo, los datos empíricos, procedentes en su mayoría de países de ingresos altos, aunque también de poblaciones de ingresos medianos y bajos, ponen de manifiesto que situar los centros o

programas de formación de los profesionales de la salud en las zonas rurales mejora los niveles de contratación y retención de egresados.

En general, la baja certidumbre de la evidencia en relación con un amplio espectro de profesiones de la salud, sumada a unos costos de aplicación potencialmente elevados, al relativamente bajo grado de aceptación y a la escasa viabilidad de esta intervención, dio como resultado una recomendación con un nivel de solidez limitado. Debe prestarse especial atención a las modalidades de aplicación.

### 3.2.2 Consideraciones relativas a la aplicación

Al aplicar esta política, consistente en situar los centros donde se imparten los programas de formación de los profesionales de la salud más cerca de las zonas rurales y remotas, es importante tener en cuenta el contexto y el entorno. Pueden considerarse varias posibilidades y enfoques, entre estas, las escuelas de formación de ámbito rural; los campus rurales de escuelas en centros urbanos, como la Escuela de Medicina de Ontario del Norte (88); y programas de capacitación en los que la formación se imparte en zonas rurales, como el programa de residencias de enfermería del estado de Wisconsin (89), que pueden financiarse por medio de acuerdos de colaboración entre las comunidades y los centros de formación. Otra estrategia para acelerar la formación de trabajadores de la salud en zonas rurales y remotas es la adoptada por Etiopía, donde 20 hospitales que no realizaban actividades de capacitación se transformaron en centros de formación mediante alianzas con cinco universidades cercanas (90).

La colaboración de la comunidad y el apoyo de las partes interesadas locales se consideran elementos esenciales para el éxito a largo plazo de las intervenciones. La participación de las comunidades locales desde el principio en el establecimiento de centros y programas de formación multidisciplinarios de los profesionales de la salud en las zonas rurales puede contribuir a promover la responsabilidad social. También es importante considerar los beneficios, las repercusiones y los resultados relativos a la equidad para las comunidades rurales al tomar decisiones sobre la ubicación y la creación de las infraestructuras relacionadas con esos establecimientos. Cuando la comunidad se involucra de verdad,

pueden surgir planes que permitan reducir los costos aceptables y viables, como en el caso de la Fundación de la Facultad de Medicina de Zamboanga, en Filipinas, donde los médicos locales imparten formación (78), y el programa de los departamentos universitarios de salud rural de Australia, que brinda oportunidades de formación clínica en el ámbito rural a estudiantes de medicina, enfermería, ergoterapia, optometría, farmacia, fisioterapia y podología, entre otras especialidades (91).

Las inversiones deben contar con una visión a largo plazo y estar centradas en la sostenibilidad. Es muy importante desarrollar y fortalecer al profesorado de las zonas rurales y remotas. Siempre que sea posible, debe tratarse de contratarse a personal docente con vocación rural. Debe procurarse exonerar al profesorado de parte de sus obligaciones clínicas para que puedan ocuparse de sus tareas académicas y garantizar la disponibilidad de facilitadores de modelos de aprendizaje distribuido, como la infraestructura y el equipo adecuados de tecnologías de la información y la comunicación.

Las repercusiones en el desarrollo y económicas de la labor de esas instituciones podría producir una alta rentabilidad sobre los fondos invertidos, que podría emplearse para fomentar la cooperación multisectorial.

Para maximizar la eficacia de los centros de formación de trabajadores de la salud en las zonas rurales, es necesario adecuarse a las políticas de selección dirigida de estudiantes (recomendación 1) y a las políticas de elaboración de un plan de estudios que sea pertinente para el contexto local (recomendación 4). También debe prestarse atención a los lugares donde los estudiantes y el profesorado viven, se forman y estudian a fin de hacerlos más propicios teniendo en cuenta los criterios de aceptabilidad propios del ámbito local (recomendaciones 11, 12 y 13). Al integrar a profesionales de la salud cualificados afincados en zonas rurales en el profesorado de las escuelas y programas de formación, esta recomendación podría complementar las políticas sobre promoción profesional y aumentar el reconocimiento del personal de salud de las zonas rurales (recomendaciones 15 y 17).

### 3.3 Recomendación 3. Poner en contacto a los estudiantes de distintos programas de formación de la salud con las comunidades rurales y remotas

**3. La OMS recomienda que los estudiantes de un amplio espectro de profesiones del campo de la salud tengan contacto con las comunidades rurales y remotas y realicen prácticas clínicas en el ámbito rural**

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: baja

#### Observaciones

- Facilitar la armonización y coordinación entre los centros de formación rurales y urbanos.
- Garantizar que las políticas respeten las normas y reglamentos nacionales y locales en materia de no discriminación.
- Aplicar un proceso justo, selectivo, que goce de consideración y sea equitativo para seleccionar a los estudiantes para realizar prácticas en el ámbito rural.
- Ofrecer a los alumnos una amplia experiencia en zonas rurales y remotas que incluya componentes clínicos y prácticos, colaboración con las comunidades locales e interacción con profesionales de distintas especialidades.

### 3.3.1 Fundamento lógico de la recomendación

Históricamente, la formación y capacitación del personal de salud se ha llevado a cabo en los centros urbanos, donde se concentra un mayor número de establecimientos de formación. En esos contextos, a menudo se pasa por alto la enseñanza de competencias específicas necesarias en situaciones en las que los recursos pueden ser limitados, como las que suelen darse en zonas rurales y remotas. Incluso cuando esas especialidades se imparten, las posibilidades de poner en práctica o de aplicar en la vida real los conocimientos adquiridos pueden ser escasas, lo que da lugar a que el personal de salud desarrolle sus competencias o confianza en ámbitos que son más característicos de las zonas urbanas. Sin embargo, la experiencia práctica en las zonas rurales puede ofrecer a los estudiantes la oportunidad de aprender y adquirir confianza trabajando bajo supervisión en establecimientos de salud rurales, lo que les permitiría prepararse para el ejercicio de su profesión, además de ofrecer una atención de salud de calidad. Acercar a los estudiantes a las comunidades rurales también puede permitirles tomar contacto con modelos de prestación de atención primaria de salud. Una de las formas en las que esta intervención influye en la contratación y retención es a través del desarrollo de la autoeficacia en relación con el ejercicio profesional en zonas rurales, que se define como la confianza del individuo en su capacidad para alcanzar determinados niveles de desempeño en ámbitos rurales (92). La autoeficacia en el ámbito rural posee una estrecha correlación positiva con la intención de seguir ejerciendo en un pequeño núcleo rural o de regresar a él, con independencia del sexo, la procedencia o no del ámbito rural, la situación profesional y el lugar de ejercicio profesional reales, el momento en que se elige la especialidad, o la existencia o no de diferencias entre la experiencia y las expectativas (92).

Se consideró que los efectos deseables de esta intervención, como el desarrollo de la autoeficacia en el ejercicio profesional en el ámbito rural, eran esenciales para el desarrollo profesional, la captación, la contratación y la retención de personal de

salud capacitado para desempeñar sus funciones en zonas rurales y remotas. Se observaron numerosos beneficios en cuanto al desarrollo, la captación, la contratación y la retención de personal motivado y de calidad. Los datos empíricos recabados mediante la encuesta cumplimentada por las partes interesadas indicaron que estas valoraron muy positivamente los resultados, y se consideró que la intervención era aceptable y viable (47).

La certidumbre de la evidencia en esta intervención es baja. Se hallaron seis estudios observacionales (93-98), todos en países de ingresos altos, que evaluaron el efecto del contacto con la comunidad rural en el número de trabajadores de la salud disponibles en zonas rurales y remotas. Esos estudios abarcan un amplio espectro de profesionales de la salud, entre estos, médicos, dentistas y otros trabajadores de profesiones afines. Todos mostraron que la intervención tuvo un efecto muy positivo. Además, dos estudios observacionales indicaron que los trabajadores de la salud que realizaron prácticas en zonas rurales durante su formación tuvieron un buen desempeño académico y adquirieron mayor confianza (93, 94), mientras que otro estudio observacional puso de manifiesto que las prácticas en zonas rurales habían influido favorablemente en la preparación para el ejercicio profesional de carácter interprofesional en zonas rurales (99). Es de esperar que esta intervención también mejore la equidad en el acceso a personal de salud cualificado en las comunidades rurales y remotas.

Se consideró que, si bien los recursos necesarios para aplicar esta intervención y garantizar la idoneidad de las condiciones de vida y de aprendizaje de los alumnos y de sus formadores no son muy cuantiosos, los efectos beneficiosos para las comunidades rurales serían considerables. Las partes interesadas valoraron muy positivamente los resultados; se consideró que el grado de aceptación y viabilidad de la intervención era muy elevado. El Grupo de elaboración de directrices determinó que el balance entre efectos positivos y negativos era claramente favorable a la intervención, y emitió una recomendación sólida.

### 3.3.2 Consideraciones relativas a la aplicación

Es esencial utilizar un enfoque armonizado al promover el contacto entre los estudiantes y las comunidades rurales y remotas y la realización de prácticas clínicas en el ámbito rural. Como tales, los centros de formación de profesionales de la salud, independientemente de dónde estén ubicados, podrían crear, o enriquecer, experiencias clínicas de ámbito rural a través de las cuales los estudiantes se familiaricen con las zonas rurales, su situación sanitaria y el ejercicio profesional en contextos rurales. La inmersión en los contextos donde viven las comunidades permite a los estudiantes observar o participar en actividades asistenciales en clínicas, hospitales, residencias de cuidados a largo plazo, salas de urgencias, el domicilio de los pacientes u otros lugares de la comunidad (60). Si los establecimientos de salud rurales se utilizan para impartir enseñanza, deberá tenerse en cuenta el tiempo asignado a las consultas, las rondas clínicas, las intervenciones y la investigación. Podría exonerarse al personal de salud de las zonas rurales de una parte de sus obligaciones clínicas para facilitar que participen en actividades de perfeccionamiento profesional continuo y que ejerzan la docencia dentro de su horario de trabajo.

También es importante velar por que la política respete los derechos y la dignidad de los miembros de la comunidad y del personal de salud. Por tanto, La colaboración de la comunidad y la adhesión de las partes interesadas son fundamentales para una aplicación fructífera.

Podría priorizarse la selección de estudiantes que se sientan inclinados a ejercer su profesión y a especializarse en el ámbito rural para potenciar al máximo la contratación de personal de salud en las zonas rurales. El programa de formación y el contexto local pueden servir de guía a lo largo de la experiencia rural, pero podría considerarse la posibilidad de realizar rotaciones clínicas múltiples y de mayor duración a fin de ofrecer a los estudiantes la posibilidad de pertenecer a una comunidad rural y adquirir experiencia interprofesional más allá del entorno académico. La posibilidad de «arraigarse» en el entorno rural es un aspecto clave de la experiencia rural, que puede contribuir a crear lazos de confianza en la comunidad. En los contextos donde el idioma puede constituir un obstáculo, será útil ofrecer a los estudiantes la oportunidad de aprender el idioma de la comunidad rural.

La formación, el apoyo y la remuneración que reciben los instructores, los supervisores y los profesores deben permitir que desempeñen sus funciones con eficacia. Esta recomendación tendrá efectos sinérgicos si va acompañada de la elaboración de un plan de estudios adaptado al ámbito rural (recomendación 4) y de la existencia de condiciones de vida y de trabajo agradables para el personal de salud, el profesorado y los estudiantes (recomendaciones 11, 12 y 13) que ofrezcan una experiencia positiva. Una consideración importante tiene que ver con la forma en que esta política facilita la creación de equipos rurales multidisciplinares.

### 3.4 Recomendación 4. Armonizar la formación del personal de salud con las necesidades de atención de salud de las zonas rurales

#### 4. La OMS recomienda incluir temas de salud rural en la formación del personal de salud

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: baja

#### Observaciones

- Reforzar la responsabilidad social permitiendo el desarrollo de las competencias necesarias en las zonas rurales y remotas.
- Incorporar temas relacionados con la salud rural que sean específicos de cada contexto y tengan en cuenta cuestiones como la ruralidad, la epidemiología, los aspectos sociales y culturales relacionados con el ejercicio profesional en entornos rurales y aspectos prácticos como los problemas de transporte.
- Introducir temas de salud rural en los programas de los cursos que se imparten en la actualidad cuando sea posible, e incluir temas relacionados con la salud rural en los planes de estudios de los centros de formación rurales y urbanos.
- Examinar el carácter dinámico de la salud rural y garantizar la pertinencia del análisis mediante la investigación, evaluación y actualización de las cuestiones relacionadas con la salud rural.

#### 3.4.1 Fundamento lógico de la recomendación

La forma en que ejercen su profesión los profesionales de la salud en las zonas rurales puede diferir de la forma en que lo hacen sus homólogos de las zonas urbanas. En ámbitos donde los recursos son limitados podría ser necesario un enfoque diferente en la evaluación y el manejo clínicos. Los planes de estudio y los resultados centrados en el medio rural, definidos en función de las necesidades de salud de las poblaciones rurales e integrados por temas relacionados con la salud rural, pueden dotar a los estudiantes de los conocimientos, las actitudes, las habilidades y las competencias necesarias para ejercer su profesión en el medio rural (100). Esta correspondencia entre planes de estudio y resultados es clave para garantizar que los profesionales estén preparados para ejercer su actividad en el ámbito rural. La formación centrada en la atención primaria de salud o con una perspectiva generalista favorece la formación de profesionales cualificados dispuestos a trabajar en zonas rurales (101).

Se consideró que el aumento de la disponibilidad y la competencia de los trabajadores de la salud en zonas rurales y remotas, y una mayor capacidad de respuesta a las necesidades de la comunidad eran los valores fundamentales a la hora de medir el desempeño del personal de salud y del sistema de salud (47). Responder mejor a las necesidades de salud de la comunidad debería aumentar la aceptabilidad de la atención de salud y mejorar la equidad.

La certidumbre de la evidencia fue baja. Dos estudios observacionales indicaron la existencia de repercusiones positivas en el resultado relativo a la disponibilidad de personal de salud cuando el plan de estudios se ajustaba a las necesidades de salud de las zonas rurales (102, 103). En otros dos estudios observacionales se señaló que había repercusiones positivas en cuanto a las competencias (104, 105).

Se consideró que los efectos en el desarrollo, la captación, la contratación y la retención de la inclusión de temas de salud rural en

los programas de formación del personal de salud eran importantes, mientras se estimó que el costo de los programas y sus efectos no deseados eran triviales. Es de esperar una repercusión positiva en la equidad, especialmente en lo que respecta al aumento del acceso al personal de salud, y su grado de aceptación, en zonas rurales y remotas. Aunque no existen datos directos que lo demuestren, cabe anticipar que los costos serán moderados. Los datos empíricos indican que el grado de aceptación y viabilidad de la intervención es muy elevado (47). Cabe esperar que el balance entre los efectos positivos y los negativos sea muy favorable a la intervención. Se adoptó una recomendación sólida.

### 3.4.2 Consideraciones relativas a la aplicación

El objetivo de la formación basada en el desarrollo de competencias consiste en garantizar que los resultados obtenidos por los estudiantes de los programas de salud puedan prestar servicios de salud capaces de atender las necesidades de la población en las esferas en las que esos profesionales de la salud desempeñan su labor. Para ello se requiere un enfoque que defina esos resultados en el contexto de las necesidades de salud de las poblaciones de zonas rurales y remotas, y de los servicios que deberán prestarse dentro del ámbito de su ejercicio profesional. Los resultados también deben reflejar el entorno de trabajo propio de las comunidades rurales, por ejemplo, la presencia de equipos multidisciplinarios de atención primaria de salud, el uso de la telemedicina, y la cultura, costumbres e idioma de las comunidades. Debe promoverse el desarrollo de habilidades no técnicas, de liderazgo y de comunicación para desarrollar unos recursos humanos dedicados a la atención primaria de salud capaces de trabajar con las comunidades para atender sus necesidades de salud (60).

El examen de los planes de estudio de los centros de formación de la esfera de la salud debería llevarse a cabo a través de una colaboración multisectorial, con la participación de la comunidad y las partes interesadas, en

particular el ministerio de educación, el personal de salud de las zonas rurales, las asociaciones profesionales del sector de la salud y los organismos reguladores. Es probable que sea preciso imponer unos requisitos mínimos para los cursos a nivel nacional o subnacional, teniendo en cuenta los tipos de enfermedades, la organización de los sistemas de salud y las condiciones socioeconómicas, a fin de garantizar la responsabilidad social.

Dado el limitado acceso a otros trabajadores de la salud y especialidades del sector de la salud, el ejercicio profesional en zonas rurales a menudo se asocia con un ámbito más amplio del ejercicio profesional (recomendación 6), lo que cabría considerar al elaborar los contenidos formativos. La necesidad de reevaluar y revisar los planes de estudio de forma periódica debería incorporarse en las políticas que corresponda para garantizar que el plan de estudios siga siendo pertinente.

Otra cuestión que hay que tener en cuenta con relación a la aplicación es si los profesores cuentan con experiencia directa en el ámbito rural. En contextos en los que esto pudiera plantear dificultades, pueden emplearse herramientas de aprendizaje virtual. El aprendizaje podría comprender las competencias necesarias, aparte de los conocimientos puramente de la esfera de la salud, para desempeñarse con éxito en ámbitos rurales o remotos. Un ejemplo podría ser cómo llevar a cabo tareas de evaluación y manejo clínico, sin herramientas y equipos sofisticados, en casos ordinarios o de urgencias, y cómo colaborar con otros profesionales y comunidades de zonas rurales o remotas. Ello también puede requerir una cierta familiarización con las culturas, costumbres, tradiciones, y comportamientos de búsqueda de atención de salud de la comunidad rural.

Esta política complementa otras políticas destinadas a promover el contacto entre los estudiantes y las zonas rurales y remotas (recomendación 3), pues ofrece la posibilidad de aplicar y consolidar los conocimientos adquiridos.

### 3.5 Recomendación 5. Facilitar la formación continua del personal de salud de las zonas rurales y remotas

**5. La OMS recomienda diseñar y facilitar el acceso a programas de formación continua y perfeccionamiento profesional que respondan a las necesidades del personal de salud rural para apoyar su permanencia en las zonas rurales**

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: baja

#### Observaciones

- Colaborar con las partes interesadas, incluidos el personal de salud de las zonas rurales, los administradores de servicios de salud, los órganos y asociaciones que regulan el ejercicio profesional y las instituciones de formación para desarrollar y fortalecer el aprendizaje a lo largo de la vida.
- Adaptar los programas de formación y desarrollo profesional continuos a las necesidades del personal de salud de las zonas rurales colaborando en su diseño con expertos y con personas con experiencia en la práctica rural.
- Armonizar la formación de profesionales de la salud con los conocimientos y las competencias especializadas que se necesitan en la prestación de servicios y en la formulación y promoción de los itinerarios profesionales en las zonas rurales.
- Fortalecer los vínculos entre los niveles nacional, subnacional y local para facilitar que el intercambio de información, la formación y la asistencia al personal de salud de zonas rurales y remotas se realice de forma oportuna, en particular en casos de emergencia de salud.

#### 3.5.1 Fundamento lógico de la recomendación

Los programas de formación y desarrollo profesional continuos se consideran elementos esenciales para el mantenimiento de las competencias y la mejora en el desempeño de todos los profesionales de la salud con vistas a garantizar una alta calidad asistencial. Los trabajadores de la salud de las zonas rurales y remotas a menudo experimentan dificultades para acceder a esos programas porque residen lejos de los centros donde tradicionalmente se imparten (7). Por lo tanto, es preciso centrarse en garantizar que el personal de salud de las zonas rurales y remotas pueda acceder con facilidad a esos programas de formación continua.

La certidumbre de la evidencia en esta intervención es baja. Los estudios observacionales sobre el personal de salud mental, el personal de enfermería y los médicos pusieron de

manifiesto la existencia de una influencia positiva en la disponibilidad de personal de salud. Cuatro estudios observacionales y un estudio pre y post intervención sobre el personal médico y de enfermería indicaron que había una influencia positiva en la contratación y la retención (106-109). Si bien en el estudio sobre el personal de salud mental no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la percepción respecto de la formación continua y el índice previsto de permanencia de los trabajadores de salud mental, sí se observó que se trataba de factores generales de predicción del grado de satisfacción laboral (110). Existen datos empíricos que demuestran con un grado de certidumbre moderado que el acceso a programas de formación continua o de desarrollo profesional contribuye a adquirir competencias, estimular la confianza y mejorar el desempeño (111-114).

Así pues, cabe esperar que esta intervención repercute positivamente en la equidad en el acceso a personal de salud competente. La encuesta realizada a las partes interesadas sobre viabilidad y aceptabilidad reveló que esta intervención cuenta con un alto grado de aceptación y viabilidad. Si bien no se pudo encontrar ninguna prueba directa, se prevé que las consecuencias en cuanto a los recursos necesarios serán moderadas. Teniendo en cuenta el balance positivo en lo que respecta a los efectos, la enorme importancia de garantizar la calidad de la atención de salud y la previsible influencia positiva de la intervención en la disponibilidad de personal de salud, se adoptó una recomendación sólida.

### 3.5.2 Consideraciones relativas a la aplicación

La importancia del desarrollo profesional continuo puede depender de la edad de la persona, de la fase del ciclo de la vida profesional en que se encuentre, de los años de experiencia que haya acumulado en la práctica rural, de otros elementos profesionales como la reglamentación y la gestión de licencias habilitantes (115), de la evolución de las necesidades del servicio, de los nuevos enfoques sobre la atención de salud y de los datos empíricos que vayan apareciendo. Por lo tanto, como parte de la aplicación de la política, la formación continua y el desarrollo profesional deben adaptarse al contexto en el que se prestan y organizan los servicios. Para ello es necesaria la colaboración de las autoridades sanitarias locales, el personal de salud rural, los responsables de los servicios de salud y los órganos que regulan el ejercicio profesional.

Además, los trabajadores de la salud deberían poder acceder a los programas de formación y desarrollo profesional continuos desde el lugar en el que vivan o trabajen. Las herramientas digitales y de aprendizaje a distancia pueden utilizarse cuando sea viable para permitir el acceso a tales programas de modo que el personal de salud pueda conciliar sus actividades de aprendizaje con su vida laboral y familiar. No obstante, la formación presencial sigue siendo importante cuando

se trata de aprender habilidades concretas. También debería estudiarse la posibilidad de exonerarles de parte de sus tareas a fin de que puedan dedicar tiempo a la formación continua de manera remunerada, y de no exigir que recuperen el tiempo empleado en esas actividades para evitar sobrecargas de trabajo, en particular, en el caso del personal que se enfrenta a mayores costos debido al tiempo invertido en los desplazamientos o a dificultades para poder atender las necesidades de salud de la comunidad. Podría ser necesario concienciar a la comunidad para que entienda lo importante que es el desarrollo profesional continuo para los profesionales de la salud, y por qué y cuándo es preciso descargarlos de parte de sus obligaciones clínicas. Además de aportar conocimientos y competencias, la formación y el desarrollo profesionales continuos pueden proporcionar una plataforma mediante la que los profesionales de la salud de las zonas rurales puedan relacionarse y mantener vivas sus redes profesionales y contactos sociales. Esa política podría contribuir a paliar la sensación de aislamiento social o profesional que pueden experimentar estos profesionales (116).

Al aplicar esta política, pueden aplicarse criterios locales y subnacionales a fin de reunir a diferentes profesionales de la salud con el objetivo de reforzar la cohesión de los equipos de atención primaria de salud y diseñar protocolos de atención de salud locales (60) para obtener posibles beneficios derivados de economías de escala.

En la aplicación de esta política debe prestarse atención a la forma en que serán revisados los programas a fin de mantener su pertinencia. Ello puede hacerse, por ejemplo, mediante la investigación, evaluación y actualización de los programas de formación y desarrollo profesional continuos implantados a nivel local.

La armonización de los programas con los ámbitos de ejercicio profesional enriquecidos (recomendación 6) y con los itinerarios profesionales (recomendación 15) podría ayudar a generar sinergias entre las políticas.

### 3.6 Recomendación 6. Permitir que los profesionales de la salud de las zonas rurales amplíen el ámbito de su ejercicio profesional para atender mejor las necesidades de sus comunidades

#### 6. La OMS sugiere que se introduzcan y regulen ámbitos de ejercicio profesional más amplios en las zonas rurales y remotas

Grado de solidez: recomendación de solidez limitada

Certidumbre de la evidencia: baja

#### Observaciones

- Colaborar con las partes interesadas, incluidos los profesionales de la salud, los órganos reguladores del ejercicio profesional, las asociaciones profesionales, los establecimientos de salud, las instituciones de formación de profesionales de la salud y las comunidades locales en la planificación de ámbitos de ejercicio profesional ampliados con arreglo a las necesidades de las poblaciones y los recursos disponibles.
- Garantizar que los ámbitos de ejercicio profesional ampliados y el trabajo realizado al máximo de las ampliaciones realizadas se compense adecuadamente.
- Regular los ámbitos ampliados existentes o las ampliaciones recientemente realizadas en los ámbitos de ejercicio profesional de la salud de las zonas rurales.
- Velar por que el personal de salud de las zonas rurales donde se hayan establecidos ámbitos de ejercicio profesional ampliados o mejorados pueda acceder a mecanismos de apoyo y supervisión y a un sistema de derivaciones adecuados.

#### 3.6.1 Fundamento lógico de la recomendación

En términos generales, los ámbitos de ejercicio profesional se definen como los servicios de salud que un trabajador de la salud está autorizado a realizar por sí solo en virtud de su licencia, inscripción en un registro o certificación (117) o, simplemente, como el límite hasta el cual la ley, una organización o un empleador permiten que un profesional de la salud proporcione atención de salud mediante procedimientos asentados en la competencia y la experiencia (118). Factores como las necesidades de la comunidad o de los consumidores, las necesidades de los recursos humanos, y las motivaciones financieras o económicas, repercuten en el ámbito del ejercicio profesional (117). En las zonas rurales y

remotas el acceso a distintos tipos de personal de salud es limitado. A menudo, ello hace que el personal de salud sienta la presión de tener que prestar servicios que en ocasiones están fuera del ámbito de la formación reglada que ha recibido a fin de atender necesidades de mayor alcance en sus comunidades. Desempeñar esas funciones sin la formación y supervisión adecuadas podría afectar negativamente la calidad de la asistencia.

La certidumbre de la evidencia en esta intervención es baja. En las revisiones realizadas se hallaron cuatro estudios observacionales llevados a cabo en países de ingresos altos sobre personal médico, enfermeras especialistas y asistentes clínicos. Todos ellos

revelaron que la ampliación del ámbito del ejercicio profesional y la capacidad de aplicar buenas prácticas profesionales repercutían favorablemente en el número de profesionales de la salud disponibles en las zonas rurales. Además, hay ciertos indicios que permiten inferir que la ampliación del ámbito del ejercicio profesional puede aumentar la satisfacción laboral (119). Existen también datos empíricos que demuestran de forma categórica que la calidad de la atención de salud no se ve afectada cuando los servicios son prestados por personal de salud con ámbitos de ejercicio profesional ampliados que cuenta con la capacitación adecuada (120, 121). Se excluyeron de la revisión de los datos empíricos los estudios que examinaban la delegación de tareas en casos en los que la finalidad era la sustitución de un grupo de trabajadores de la salud por otro, ya que la delegación de tareas puede repercutir negativamente en la voluntad de crear nuevos equipos multidisciplinarios en el ejercicio profesional rural. Salvo por eso, el balance con relación a los efectos es favorable a la intervención. Los datos obtenidos sugieren que las partes interesadas consideran la intervención viable y aceptable (47). No obstante, pueden producirse efectos negativos como el deterioro de la calidad de la atención de salud y un mayor desgaste profesional si la política no se aplica adecuadamente. Los recursos requeridos dependerán del contexto y del modelo de formación, supervisión y remuneración que se adopte. El Grupo de elaboración de directrices hizo una serie de observaciones importantes en relación con la aplicación de esta intervención. Se emitió una recomendación de solidez limitada.

### 3.6.2 Consideraciones relativas a la aplicación

Los ministerios de salud deben colaborar con órganos reguladores, asociaciones profesionales, centros de formación de profesionales de la salud y otras partes interesadas para establecer con claridad las competencias, delimitaciones y directrices de los ámbitos de ejercicio profesional ampliados, que deberán estar basadas en las necesidades de salud de la población y en modelos asistenciales claramente definidos. Esa definición de funciones y responsabilidades facilitaría el funcionamiento de los equipos multidisciplinarios, que son esenciales para mejorar la atención de salud en las zonas rurales.

Dado que algunos grupos de profesionales de la salud podrían oponer resistencia, es preciso que se expongan y examinen cuidadosamente las opiniones y preocupaciones de todas las partes interesadas como parte de este proceso. Los modelos de prestación de servicios centrados en la persona deben aplicarse y dotarse de recursos de forma eficaz para poner de relieve la utilidad de otros profesionales, y así mitigar cualquier percepción de amenaza para el empleo o de merma de calidad de la atención prestada. En esos casos, los responsables de la aplicación deberán considerar la posibilidad de garantizar una formación adecuada, el aprendizaje en equipos multidisciplinarios y una supervisión de apoyo (122).

Al aplicar esta política, también puede ser importante examinar la posibilidad de apoyar o sustituir en sus obligaciones locales a trabajadores de la salud que realizan actividades de formación para enriquecer su ámbito de ejercicio profesional, ya sea a nivel local o en otros lugares. Asimismo, es importante analizar la forma en que esta política se vincula con las políticas nacionales de salud, las políticas que promueven condiciones de trabajo dignas y la supervisión de apoyo (recomendación 13), a fin de garantizar que la carga de trabajo del personal de salud sea razonable y proporcionada, que el tiempo que dedican a la formación se contabilice como tiempo dedicado a su trabajo, que se disponga de mecanismos de supervisión y de los recursos necesarios y que se optimice el trabajo en equipo.

La forma más eficaz de implantar esta política sería en combinación con políticas relativas a la introducción de distintos tipos de profesionales de la salud (recomendación 7) y políticas relativas al reconocimiento (recomendación 17). Ello puede contribuir a garantizar que a todos los profesionales que trabajan en un ámbito de ejercicio profesional ampliado se les reconozca la contribución que realizan y el servicio que prestan en las zonas rurales y remotas. Por último, es probable que el interés en trasladarse a una zona rural o remota aumente si el empleo incluye el acceso a un programa de formación y capacitación continua que esté vinculado a un itinerario profesional claramente definido (recomendaciones 5 y 15) y a una remuneración suficientemente atractiva (recomendación 10).

### 3.7 Recomendación 7. Ampliar el espectro de profesiones de la salud para atender las necesidades de salud de las zonas rurales

**7. La OMS sugiere la incorporación de distintos tipos de profesionales de la salud en el ejercicio profesional de las zonas rurales a fin de atender las necesidades de las comunidades sobre la base de modelos de prestación de servicios centrados en la persona**

Grado de solidez: recomendación de solidez limitada

Certidumbre de la evidencia: baja

#### Observaciones

- Velar por que los nuevos trabajadores de la salud dispongan de una formación y capacitación adecuadas.
- Considerar la posibilidad de adoptar una reglamentación que garantice la calidad de la atención de salud.
- Priorizar la incorporación de distintos tipos de trabajadores de la salud que posean las competencias adecuadas para atender las necesidades de salud de las poblaciones de las zonas rurales.
- Contribuir al desarrollo de equipos multidisciplinarios complementando y fortaleciendo el sistema de salud local sin sustituir ni desplazar al personal existente.
- Colaborar con las autoridades sanitarias locales, los gobiernos locales, las organizaciones no gubernamentales, las instituciones de formación de profesionales de la salud y las comunidades en la implantación de nuevas profesiones de la salud en las zonas rurales y remotas.
- Apoyar la formación y el ejercicio profesional multidisciplinarios para facilitar la adopción de un enfoque de la asistencia de salud basada en el trabajo en equipo.
- Velar por que las funciones y responsabilidades de los profesionales de la salud estén claramente definidas.
- Facilitar vías de comunicación efectivas entre los distintos tipos de profesionales de la salud con miras a mejorar la calidad de la atención de salud, la seguridad del paciente y la continuidad de la asistencia.
- Fomentar la colaboración entre sectores como el de la salud, la educación, las finanzas, el trabajo y la Administración pública para facilitar la formación y el empleo de los profesionales de las nuevas profesiones de la salud.

#### 3.7.1 Fundamento lógico de la recomendación

Según datos empíricos procedentes de la primera década de este siglo, dada la creciente escasez de personal de salud en las zonas rurales y remotas y el aumento de las necesidades desatendidas, es posible que los profesionales de la salud, en particular los que tardan menos en adquirir formación y son más fáciles de desplazar a las zonas rurales y de que permanezcan en ellas (como los clínicos con formación médica acelerada), puedan llegar a desempeñar funciones importantes en la prestación de servicios en zonas rurales y remotas (123). Hay datos empíricos que demuestran

de forma convincente que diferentes tipos de profesionales de la salud, como los agentes de salud comunitarios, podrían contribuir a mejorar los resultados sanitarios (124).

La certidumbre de la evidencia en esta intervención es baja. Cinco estudios observacionales realizados en países de todos los niveles de ingresos indicaron que la introducción de distintos tipos de profesionales de la salud repercutía positivamente en el número de trabajadores de la salud disponibles en las zonas rurales. Se constató que la introducción de distintos tipos de profesionales de la salud de determinadas características

umentaba el personal disponible y, por tanto, mejoraba la equidad en el acceso al personal de salud en zonas rurales y remotas. Los resultados de la revisión sistemática de los valores, la aceptabilidad y la viabilidad indican que la promoción de nuevas funciones podría dar lugar a situaciones de rivalidad y de estrés, lo que podría tener efectos negativos en la calidad de los servicios si se carece de una infraestructura normativa adecuada (125–127).

Se consideró que el balance entre efectos positivos y negativos era favorable a la intervención. Si bien la adopción de esta política puede tener importantes repercusiones, su aplicación deberá llevarse a cabo con precaución, teniendo en cuenta las consecuencias en cuanto a los recursos necesarios para formar, regular y contratar de forma sostenible distintos tipos de profesionales de la salud en función de las necesidades de las poblaciones rurales. Los datos sobre viabilidad indican que existen varias consideraciones relativas a la aplicación que podrían influir en la viabilidad de esta política, y que, en general, la viabilidad varía según el contexto. Se adoptó una recomendación de solidez limitada.

### 3.7.2 Consideraciones relativas a la aplicación

Al planificar y aplicar esta intervención, debe considerarse con detenimiento el contexto local y la sostenibilidad a largo plazo de las políticas encaminadas a introducir distintas profesiones de salud en las zonas rurales. La aplicación deberá realizarse con la colaboración de todas las partes interesadas pertinentes a nivel local, el personal de salud y los órganos que regulan el ejercicio de las profesiones de salud, los miembros de la comunidad, las instituciones educativas, las entidades de la Administración pública, el ministerio de economía y demás autoridades nacionales. Deberían considerarse los efectos que tendrán los nuevos tipos de profesionales de la salud en todo el sistema. A fin de reforzar el perfil de los recursos humanos dedicados a la gestión en el sector de la atención de salud, así como su responsabilidad social, es preciso incorporar desde el principio en los sistemas de salud locales profesiones de salud de reciente creación que respondan a las necesidades de la población local y estén basadas en una planificación estratégica de los servicios que prevea qué servicios son necesarios y dónde y cuándo deben prestarse.

Las necesidades de las comunidades, los recursos disponibles, la duración y el costo de la formación, junto con el potencial de las comunidades rurales y remotas para captar, contratar, distribuir y retener al personal de salud deberían ser elementos fundamentales en la planificación de las intervenciones (123, 128), a fin de crear equipos multidisciplinarios de atención primaria de salud robustos. Los datos empíricos muestran que las comunidades remotas tienen una mayor dependencia del personal de salud afincado en la comunidad (43, 44), y que el proceso de desarrollo de este personal se beneficia de la introducción y el apoyo de profesionales de la salud que también pueden perfeccionar sus competencias a nivel local, como los agentes de salud comunitarios, los ayudantes comunitarios y los clínicos con formación médica acelerada. Una consideración importante para la aplicación es la necesidad de conocer los valores y preferencias de las comunidades en cuanto al género de los agentes de salud comunitarios, ya que se determinó que era un factor de peso para forjar una relación de confianza entre los miembros de la comunidad y los agentes de salud comunitarios. Concretamente, se descubrió que las mujeres normalmente preferían que les atendieran profesionales de su género (129). Las *Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios* (130) es un importante instrumento que debe consultarse al introducir profesionales de salud comunitaria.

Los principios que rigen el trabajo equitativo y decente, con una remuneración apropiada y derechos de protección social, deberían guiar la introducción de nuevos tipos de trabajadores de la salud. La orientación, el apoyo y la supervisión deberían ser parte de la estrategia (recomendación 13). Debe haber una transmisión clara de los derechos, las funciones y las responsabilidades en los equipos de profesionales de la salud y en la comunidad. Debería considerarse la posibilidad de aplicar esta intervención junto con políticas encaminadas a contratar estudiantes procedentes de zonas rurales (recomendación 1), ubicar los centros de formación de profesionales de la salud más cercanos a zonas rurales (recomendación 2), introducir un plan de estudios adaptado al contexto local (recomendación 4) e impartir formación continua y prestar asistencia (recomendaciones 5, 11, 12 y 13).

### 3.8 Recomendación 8. Velar por que los acuerdos de servicio obligatorio respeten los derechos del personal de salud y vayan acompañados de las ayudas e incentivos pertinentes

**8. La OMS reconoce que muchos Estados Miembros tienen acuerdos de servicio obligatorio. En los casos en que en las zonas rurales y remotas exista servicio obligatorio, la OMS sugiere que se respeten los derechos de los profesionales de la salud y se adopten medidas de gestión y apoyo e incentivos justos, transparentes y equitativos**

Grado de solidez: recomendación de solidez limitada

Certidumbre de la evidencia: baja

#### Observaciones

- Cuando se utilicen acuerdos de servicio obligatorio para atender las necesidades de salud de las zonas rurales y remotas, es preciso garantizar que exista un equilibrio entre la eficacia de esos acuerdos y la promoción conexas del derecho a la salud, y la libertad de circulación del personal de salud. También deben estar en consonancia con sus derechos y responsabilidades generales.
- Colaborar con el personal de salud y las comunidades en la elaboración y la revisión de políticas relativas al servicio obligatorio.
- Garantizar el apoyo y la supervisión del personal de salud durante la prestación del servicio obligatorio.
- Garantizar entornos de trabajo dignos, seguros y propicios; incentivar al personal de salud y tener en cuenta las condiciones de trabajo y el contexto específicos.
- Promover la realización de estudios rigurosos de evaluación de las repercusiones.

#### 3.8.1 Fundamento lógico de la recomendación

En 2010, aproximadamente 70 países utilizaban o habían utilizado programas de servicio obligatorio, durante periodos que iban desde un mínimo de un año hasta un máximo de nueve años, para destinar a trabajadores de la salud a zonas rurales y remotas (131). El servicio obligatorio consiste en el traslado preceptivo de personal de salud a zonas rurales y remotas durante un periodo de tiempo a fin de garantizar la disponibilidad de servicio en esas zonas (aunque esos planes también se utilizan para otro tipo de personal, en particular funcionarios públicos como profesores, personal militar, abogados e ingenieros). El servicio obligatorio puede venir impuesto por el gobierno o estar vinculado a otras políticas, como las relacionadas con la obtención de licencia para ejercer la profesión (8). Si bien

muchos consideran este sistema un acto de servicio social, algunos trabajadores de la salud se oponen a los programas de servicio obligatorio. Las objeciones a prestar el servicio obligatorio en las zonas rurales obedecen a la deficiente calidad de los servicios en esas zonas, la falta de transporte y las malas condiciones de vida y de trabajo. En cambio, las ventajas en materia de remuneración, vivienda, acceso a programas de perfeccionamiento profesional continuo, apoyo o supervisión clínica, contribuyen a tener experiencias favorables (132). Esta recomendación se centra en las bases para que el servicio obligatorio sea más eficaz. Es decir, la recomendación no se centra en si debe existir un servicio obligatorio, sino en cómo puede promover la retención del personal de salud, en caso de que exista y goce de aceptación social.

La certidumbre de la evidencia en esta intervención es baja y los datos científicos disponibles sobre los efectos del servicio obligatorio en la retención del personal de salud son aún escasos. No obstante, los participantes de algunos estudios señalaron que la experiencia era a difícil a la par que gratificante, y que en general tenía efectos positivos en sus competencias (132, 133).

El Grupo de elaboración de directrices consideró por unanimidad que es de gran importancia tener en cuenta los derechos del personal de salud cuando se utilice el servicio obligatorio como estrategia de captación para asegurar el acceso a él en zonas rurales y remotas. También estimó que era necesario asesorar a los numerosos Estados Miembros que recurren al servicio obligatorio a fin de que puedan sacar el máximo partido a este enfoque normativo. Si bien es probable que los acuerdos de servicio obligatorio mejoren la equidad de la atención de salud de las comunidades, su grado de viabilidad y aceptación son relativamente bajos. El Grupo de elaboración de directrices emitió una recomendación de solidez limitada con objeto de instar a los Estados Miembros a que consideren detenidamente la manera en que deben aplicarse esas políticas, junto con medidas de apoyo que respeten los derechos del personal de salud.

### 3.8.2 Consideraciones relativas a la aplicación

Los gobiernos que empleen esta estrategia deben comprometerse a garantizar que el servicio rural sea una experiencia positiva para el personal de salud y que se respeten sus derechos. Ello contribuirá a aumentar los niveles de retención a más largo plazo.

No hay duda de que, cuando se utilizan, los acuerdos de servicio obligatorio deben formar parte de una estrategia más amplia que promueva el servicio rural junto con una serie de medidas de apoyo, en particular, medidas que respalden al personal de salud y lo preparen para el ejercicio profesional en zonas rurales; medidas que animen a los centros de enseñanza a que impartan formación de profesionales de la salud en las zonas rurales (recomendación 2); medidas que permitan adoptar planes de estudios adaptados a las necesidades de las zonas rurales (recomendación 4); medidas que faciliten el acceso a programas de desarrollo profesional continuo (recomendación 5); y medidas que empleen incentivos adecuados, especialmente para los trabajadores destinados a las zonas más remotas (recomendación 10). Las políticas relativas al servicio obligatorio deben complementarse con iniciativas encaminadas a mejorar las condiciones de vida (recomendación 11), la seguridad del entorno de trabajo (recomendación 12), la mejora de las condiciones de trabajo mediante supervisión de apoyo (recomendación 13), y el reconocimiento público (recomendación 17).

Es preciso velar por que esos programas ofrezcan condiciones de trabajo dignas y den prioridad al bienestar psicológico y a la salud y seguridad ocupacionales de los profesionales de la salud que prestan el servicio obligatorio.

El servicio obligatorio puede afectar a determinados individuos o grupos profesionales de forma diferente, por lo que deben tenerse debidamente en cuenta las cuestiones de género, equidad y derechos humanos. Es necesario que el proceso y las directrices para la asignación de destinos sean transparentes y justos.

### 3.9 Recomendación 9. Vincular las ayudas a la formación del personal de salud a acuerdos de restitución del servicio en zonas rurales y remotas

**9. La OMS sugiere que se concedan becas, ayudas y otras subvenciones a la formación de profesionales de la salud mediante acuerdos de restitución del servicio**

Grado de solidez: recomendación de solidez limitada

Certidumbre de la evidencia: baja

**Observaciones**

- Considerar los derechos, las funciones y las responsabilidades del personal de salud, los empleadores, los centros de formación y el gobierno.
- Velar por que los profesionales de la salud reciban un nivel suficiente de apoyo y supervisión en el cumplimiento de sus obligaciones.

**3.9.1 Fundamento lógico de la recomendación**

En muchos países, la educación terciaria que se imparte en centros públicos requiere que los estudiantes se autofinancien con sus propios recursos u otros medios de financiación como préstamos estudiantiles. Como alternativa a los acuerdos de servicio obligatorio, los gobiernos de todo el mundo ofrecen a los estudiantes de las profesiones de la salud becas, ayudas, estipendios u otros tipos de subvenciones para sufragar el costo de su formación y capacitación a cambio de que accedan a trabajar en una zona rural o remota durante un cierto periodo tras la obtención de su titulación habilitante.

La certidumbre de la evidencia en esta intervención es baja. En una revisión sistemática de programas procedentes mayoritariamente de países de ingresos altos, centrados principalmente en estudiantes de medicina, se analizó la eficacia de los incentivos financieros concedidos a cambio de servicios médicos en zonas subatendidas, incluidas las zonas rurales (134). En 18 estudios, los programas se asociaron a tasas de retención, y se observó que entre el 12% y el 90% de los participantes permanecían

en las zonas subatendidas tras completar su servicio obligatorio. Otros tres estudios observacionales también arrojaron efectos positivos en la disponibilidad y permanencia de distintos tipos de profesionales de la salud en las zonas estudiadas (135–137). Sin embargo, la mayor parte de los datos empíricos proceden de países de ingresos altos, donde el elevado costo de la formación terciaria lo sufragan los propios estudiantes.

Se consideró que el balance entre los beneficios y los efectos no deseables derivados de la aplicación de esta intervención variaba en función de la duración del servicio, de la existencia de una opción que permitiera desvincularse del acuerdo, y de las condiciones de vida y de trabajo. La falta de prestación de apoyo y supervisión adecuados a los recién titulados podía tener algunos efectos no deseados, lo que repercutiría negativamente en la calidad de la atención y la equidad. Se estimó que esas políticas eran aceptables y viables. Se consideró la posibilidad de trasladar los resultados a países de ingresos medianos y bajos. En vista de ello, se emitió una recomendación de solidez limitada.

### 3.9.2 Consideraciones relativas a la aplicación

Al poner en marcha una política destinada a ofrecer becas, subvenciones y otras ayudas a la formación ligadas a acuerdos de restitución del servicio, deben examinarse los derechos, las funciones y las obligaciones del personal de salud, los empleadores, los centros de formación y el gobierno. Por lo tanto, el compromiso de la comunidad y la participación de las partes interesadas son importantes.

Los responsables de la aplicación pueden considerar el uso de acuerdos de servicio obligatorio (que vinculan) como mecanismo para cumplir con los compromisos derivados del servicio obligatorio. Por otro lado, en los casos en que exista la posibilidad de desvincularse y que el trabajador de la salud vinculado por un acuerdo de servicio obligatorio pueda pagar una determinada cantidad para liberarse del compromiso, será preciso tener en cuenta el efecto de la inflación (138).

Las políticas que regulan las subvenciones para la formación concedidas a cambio de acuerdos de restitución del servicio deben estar en consonancia con las políticas de captación de estudiantes procedentes de zonas rurales (recomendación 1); facilitar opciones de formación cercanas a las zonas rurales (recomendación 2); formular planes de estudios que ofrezcan una capacitación adaptada al ámbito rural (recomendación 4); y proporcionar acceso a la formación continua (recomendación 5). Además, para preparar adecuadamente a los participantes para el ejercicio profesional en zonas rurales o remotas, considerar la formación para un ámbito de ejercicio profesional ampliado (recomendación 6) podría ser un enfoque útil). A fin de aumentar la probabilidad de retener a los profesionales de la salud una vez extinguidas sus obligaciones, deberían considerarse aspectos como las condiciones de vida (recomendación 11), la existencia de buenas condiciones de trabajo y de supervisión de apoyo (recomendación 13) y el reconocimiento público (recomendación 17).

## 3.10 Recomendación 10. Ofrecer un conjunto de incentivos atractivos que influyan en las decisiones del personal de salud relativas a su traslado a una zona rural o remota o su permanencia en ella

**10. La OMS recomienda ofrecer un conjunto de incentivos financieros y no financieros fiscalmente sostenibles al personal de salud que ejerza en zonas rurales y remotas**

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: baja

### Observaciones

- Colaborar con la comunidad local, las autoridades y los profesionales de la salud al diseñar los incentivos.
- Establecer un marco de políticas claras que designen sin ambigüedades las zonas y regiones y las profesiones con derecho a recibir los incentivos.
- Velar por la transparencia, la gestión eficaz, la regularidad y la puntualidad en la aplicación de los incentivos

### 3.10.1 Fundamento lógico de la recomendación

La remuneración y los incentivos influyen en la elección de empleo. Varios estudios indican que los salarios y las prestaciones son factores que influyen de forma determinante en la decisión del personal de salud de permanecer en un empleo en una zona rural o de abandonarlo (139–143). Los incentivos incluyen todos los beneficios pagados o proporcionados a los trabajadores de la salud para tentarlos a aceptar un empleo en zonas rurales y remotas, sean monetarios o en especie (vivienda o transporte gratuitos).

La certidumbre de la evidencia en esta intervención es baja. No obstante, varios estudios indican que las prestaciones y los salarios influyen positivamente en la decisión de los trabajadores de la salud de trasladarse a una zona rural o permanecer en ella. Esos datos empíricos abarcan un amplio espectro de países (144–147) y de profesionales de la salud, entre ellos, médicos, personal de enfermería y partería, auxiliares médicos rurales, fisioterapeutas, ergoterapeutas, logopedas y fonoaudiólogas, radioterapeutas, dietistas y responsables de equipos multidisciplinarios. Los estudios indican que los incentivos financieros tienen un efecto positivo en la contratación y retención de personal de salud en zonas rurales a corto y medio plazo. La mayor parte de esos efectos son estadísticamente positivos, pero es probable que la magnitud del efecto deseado dependa de las características de los propios incentivos.

Se observó que la magnitud de los efectos deseados en la contratación y retención era de moderado a grande y que variaban según el grupo profesional, la edad y la fase de la carrera profesional en que se encontraran los trabajadores de la salud. Además, se consideró que la magnitud y el alcance del conjunto de incentivos, en particular, los incentivos financieros y no financieros que afectan solo al trabajo o a las condiciones de trabajo y de vida, eran un factor importante de la magnitud

del efecto resultante y, por tanto, debían examinarse cuidadosamente. La revisión sistemática de los valores, la aceptabilidad y la viabilidad indicó que un efecto no deseado de los incentivos era la posibilidad de que se convirtieran en una fuente de tensiones o de conflicto entre distintas zonas si se aplicaban de forma injusta (148). Ello también podía darse entre grupos profesionales. Se consideró que esos efectos no deseados eran mínimos y que estaban ampliamente compensados por las repercusiones positivas de los incentivos en el acceso al personal de salud en zonas rurales y remotas. Por lo tanto, se determinó que el balance general entre los efectos negativos y los positivos era muy favorable a la intervención. Teniendo en cuenta que los datos disponibles ponían de manifiesto el efecto positivo de los incentivos en la captación de personal de salud para trabajar en zonas rurales y remotas, especialmente cuando se dirigían a determinados grupos de profesionales de la salud o cuando se combinaban con otras estrategias de retención, y habida cuenta de que el costo que entraña es moderado, se determinó que el balance entre las ventajas y los inconvenientes era positivo. Se emitió una recomendación sólida.

### 3.10.2 Consideraciones relativas a la aplicación

Al aplicar esta política, es importante ser consciente del costo de oportunidad que supone trabajar en zonas rurales o remotas, es decir, de las ventajas a que renuncia el trabajador de la salud al trasladarse a esas zonas. Estudios como los experimentos de elección discreta y los análisis del mercado de trabajo del sector de la salud pueden contribuir a fundamentar mejor la aplicación. Esos análisis pueden desempeñar un papel importante en el diseño de planes de incentivos y ayudar a comprender las exigencias, las expectativas y las preferencias del personal de salud. Una vez implantados los incentivos, es importante vigilar y evaluar esos programas y modificar los planes de incentivos cuando sea necesario.

Es preciso que los planes de incentivos que se adopten sean sostenibles. Los incentivos deben concebirse de forma equitativa y fiscalmente sostenible para todas las profesiones de la salud. Las partes interesadas pertinentes, en particular la comunidad, deben participar en el diseño.

Es fundamental que haya un compromiso político con la equidad en el acceso de las poblaciones rurales a la atención de salud. Si se cuenta con el respaldo de las altas instancias políticas, los planes de incentivos podrán financiarse con fondos procedentes de diversas fuentes y sectores, como los ministerios que se ocupan del desarrollo, el trabajo, la economía y la educación, para aumentar los recursos previstos en el presupuesto sanitario. Además de los utilizados como complemento de salarios y prestaciones básicas, pueden utilizarse otros incentivos como las ayudas o los préstamos destinados a la vivienda o el transporte (149), la ampliación de excedencias, las ayudas para la realización de estudios de posgrado, la agilización de la promoción, la cobertura de seguros, las desgravaciones fiscales y las subvenciones para la formación del personal de salud y su familia, así como las oportunidades de empleo para sus cónyuges. Los planes de incentivos deben examinarse minuciosamente para evaluar los costos y los beneficios de cada opción.

Con objeto de aumentar al máximo su repercusión, las políticas pueden dirigirse a ciertos grupos de trabajadores de la salud más susceptibles a la influencia positiva de

los incentivos, como el de los recién egresados (150, 151) y los desempleados o subempleados. Puesto que los incentivos repercuten en la contratación, las políticas utilizadas deberán combinarse con otras políticas de retención para garantizar un resultado satisfactorio. Estas podrían incluir políticas dirigidas a estudiantes y trabajadores de la salud procedentes de zonas rurales (recomendación 1); políticas dirigidas a recompensar la ampliación del ámbito del ejercicio profesional (recomendación 6); políticas destinadas a otros grupos de profesionales de la salud (recomendación 7); políticas encaminadas a mejorar las condiciones de vida del personal de salud de las zonas rurales y sus familias (recomendación 11); políticas dirigidas a la promoción de la supervisión de apoyo, que es fundamental para recién graduados y nuevos contratados o para garantizar la disponibilidad de suplentes para cubrir posibles bajas (recomendación 13); y políticas relacionadas con el fomento de actividades de perfeccionamiento profesional continuo (recomendación 14).

Deben examinarse cuidadosamente las posibles consecuencias no previstas de los incentivos, entre las que figuran el aumento de los costos y de la carga administrativa, los problemas de falta de transparencia y de conocimiento de la posibilidad de acogerse a los planes, los retrasos en los pagos y los problemas de equidad, incluida la posible falta de ecuanimidad y la creación de divisiones entre los miembros de los equipos o de la comunidad (140, 152, 153).

## 3.11 Recomendación 11. Mejorar las condiciones de vida en las zonas rurales y remotas

### 11. La OMS recomienda invertir en infraestructuras y servicios rurales para garantizar unas condiciones de vida dignas al personal de salud y sus familias

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: baja

#### Observaciones

- Recabar la colaboración del personal de salud, sus familias y las comunidades rurales para elaborar intervenciones encaminadas a atender sus necesidades.
- Tener en cuenta el saneamiento, la electricidad, la vivienda, las telecomunicaciones, el acceso a Internet, las escuelas, la seguridad y la protección, junto con otros aspectos relativos a las condiciones de vida asociadas a cada contexto.
- Velar por que haya una colaboración intersectorial entre los sectores de la salud, la educación, el transporte, las comunicaciones, la energía, la economía y el desarrollo social y económico.

#### 3.11.1 Fundamento lógico de la recomendación

La vida en las zonas rurales y remotas puede provocar sensación de aislamiento. Cuando se preguntó cuál era el factor más importante a la hora de optar por trabajar en el ámbito rural, los estudiantes, los recién graduados y los trabajadores de la salud señalaron la necesidad de apoyo (8). Las principales esferas en que se requiere apoyo a nivel personal son las infraestructuras (alojamiento, agua corriente, electricidad, carreteras y acceso a Internet), las oportunidades de interacción social, la educación de los hijos y el empleo de los cónyuges.

Los estudios indican que la deficiencia o ausencia de servicios básicos afecta negativamente a la captación, contratación y retención del personal de salud en zonas rurales y remotas (66, 149, 154, 155). Sin embargo, la certidumbre de la evidencia en esta intervención es baja, dada la escasez de programas de retención a gran escala centrados únicamente en el uso de esta estrategia (27). Por consiguiente, es difícil aislar el efecto que por sí sola tiene en la captación, contratación y retención, ya que los estudios que examinan la aplicación de esta intervención suelen formar parte de estudios de planes de retención más amplios (156, 157).

El Grupo de elaboración de directrices señaló que estas estrategias de apoyo giran en torno a las necesidades básicas del personal de salud, como una vivienda adecuada y segura para los trabajadores, estudiantes, becarios y sus familias. Si no se atienden esas necesidades, se podría socavar la eficacia del conjunto de las medidas de contratación y retención adoptadas. Se consideró que el costo de no aplicar esas estrategias podría ser muy alto, dar lugar a deficiencias de personal de salud en las zonas rurales a largo plazo e incrementar las desigualdades. No abordar la cuestión de las condiciones de vida en las zonas rurales y remotas podría minar la eficacia de otras políticas dirigidas a mejorar la contratación y la retención de profesionales de la salud en zonas rurales y remotas. Las mejoras en las infraestructuras rurales no solo repercuten positivamente en el sector de la salud, sino que pueden tener beneficios indirectos para el desarrollo rural en general. La encuesta a las partes interesadas puso de manifiesto un grado de aceptación muy alto, lo que se vio respaldado por datos científicos procedentes de seis estudios en los que se realizó una revisión sistemática de la aceptabilidad (27,148, 158- 161). También se considera una intervención viable.

Se estimó que esta política es fundamental para la captación, contratación y retención del personal de salud en zonas rurales y remotas, y que tiene beneficios que van más allá de la salud. Se emitió una recomendación sólida.

### 3.11.2 Consideraciones relativas a la aplicación

Esta intervención debería tener en cuenta todas las profesiones de la salud. Es de vital importancia colaborar con todas las partes interesadas pertinentes, incluida la comunidad, en la planificación y aplicación de esta intervención para reducir al mínimo la disconformidad entre sus beneficiarios directos y los no beneficiarios. Cuanto más remota sea una zona, más atención debe prestarse a sus condiciones de vida para aumentar el número de trabajadores de la salud que puedan contratarse y permanecer en ella.

El saneamiento, la electricidad, la vivienda, las telecomunicaciones, el acceso a Internet, las escuelas, la seguridad y protección, junto con otros aspectos de las condiciones de vida

importantes para el contexto, deberían tenerse en cuenta al elaborar políticas adaptadas al contexto, que los profesionales de la salud, sus familias y las comunidades rurales consideren aceptables y viables. Es preciso incluir a las familias del personal de salud rural en las medidas de política ofreciéndoles, entre otras cosas, ayuda para encontrar oportunidades de empleo para sus cónyuges y oportunidades educativas y recreativas para sus hijos, ya que se ha demostrado que esas medidas contribuyen considerablemente a la retención (162).

La colaboración intersectorial es otro factor positivo. Los recursos para promoverla deben proceder de múltiples fuentes, incluidos fondos generados a nivel local y financiación externa, de ahí la importancia de un enfoque multisectorial en relación con la planificación y la aplicación de las políticas. Para garantizar la sostenibilidad en la aplicación de esta política, deberán tenerse en cuenta todos los costos, incluidos los costos de capital y de mantenimiento.

## 3.12 Recomendación 12. Garantizar un entorno de trabajo seguro en los establecimientos de salud de las zonas rurales y remotas

### 12. La OMS recomienda que se garantice un entorno de trabajo seguro y protegido para los profesionales de la salud de las zonas rurales y remotas

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: baja

#### Observaciones

- Proteger al personal de salud de la violencia, los riesgos laborales, la intimidación y el acoso sexual.
- Proporcionar apoyo psicosocial y psicológico al personal de salud de las zonas rurales.
- Tener en cuenta cómo interactúan la violencia, el acoso y la intimidación en el lugar de trabajo con los elementos que vertebran la identidad personal, tales como la profesión, el género, la edad, la clase social, el origen étnico, la situación migratoria, el estado civil, el idioma, la orientación sexual, la existencia o no de discapacidad y la religión.
- Facilitar el acceso a mecanismos adecuados de control y formación en materia de salud y seguridad en el trabajo y prevención de infecciones, en particular el acceso al equipo y los suministros necesarios, incluido a equipos de protección personal.
- Vigilar y atajar las deficiencias existentes en el entorno de trabajo, en particular durante situaciones de emergencia como brotes de enfermedades infecciosas o desastres locales.

### 3.12.1 Fundamento lógico de la recomendación

Tener la sensación de trabajar en un lugar seguro y protegido mientras se prestan servicios de salud a la comunidad es un factor que motiva al personal de salud que ejerce su profesión en zonas rurales y remotas. Cuando esta sensación está ausente o atenuada, los trabajadores de la salud podrían decidir abandonar esas zonas (163, 164).

La seguridad y la salud en el trabajo es una actividad multidisciplinar destinada a prevenir los accidentes o las enfermedades profesionales mediante la eliminación de los factores y las situaciones laborales peligrosas para la salud y la seguridad; la promoción de un trabajo y un entorno laboral sanos y seguros; y la mejora del bienestar físico, mental y social de los trabajadores para mantener su capacidad de trabajo (165). Ello supone proteger a los trabajadores de la salud de la violencia en el lugar de trabajo, como el maltrato, las amenazas o las agresiones en situaciones relacionadas con el trabajo que pongan en peligro su seguridad (incluidas las que se producen mientras se desplazan hacia su lugar de trabajo o cuando regresan de él) (166). Esos incidentes podrían incluir violencia física o psicológica en forma de agresiones, maltrato, intimidación, acoso laboral, hostigamiento, acoso sexual, acoso por motivos de raza o amenazas (166).

Los obstáculos para mantener la seguridad en el lugar de trabajo en las zonas rurales incluyen el aislamiento en el trabajo, los largos desplazamientos entre el domicilio del trabajador de la salud, su lugar de trabajo y el domicilio de los pacientes, a veces por carreteras peligrosas, las deficiencias en la cobertura de los servicios de telecomunicaciones, el estrés laboral, las dificultades logísticas en relación con la derivación de los pacientes, el aislamiento social y el hecho de que se considere forastero a

todo aquel que no proceda de la comunidad en que trabaja (167). La violencia y las agresiones pueden ser verticales (entre una persona con autoridad y otra de un rango inferior) u horizontales (entre individuos o grupos y sus iguales). En Australia, el 86% de las enfermeras de zonas remotas sufrieron actos de violencia o agresiones en el periodo de un año, frente al 43% registrado entre las enfermeras de zonas urbanas (163). Esos problemas de seguridad, junto con las mayores exigencias y la mayor carga de trabajo que soporta el personal de salud rural disponible, generan estrés y desgaste profesional (163).

No obstante, la certidumbre de la evidencia en esta intervención es baja. La seguridad y la protección son temas recurrentes que influyen mucho en el número de trabajadores de la salud disponibles en zonas rurales (64,65). Diferentes estudios observacionales sobre un amplio espectro de profesiones de la salud demuestran que la inseguridad, real o percibida, trastoca la prestación de los servicios y eleva las tasas de abandono (65, 154).

Trabajar en condiciones seguras es un derecho humano reconocido a nivel mundial, y, por tanto, se considera esencial para el desarrollo profesional, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales. Se determinó que esta recomendación gozaba de un alto grado de aceptación y viabilidad. Según la encuesta realizada a las partes interesadas, esta intervención era estadísticamente mucho más aceptable para las mujeres que para los hombres (47). Por consiguiente, atender a las consideraciones de género al llevar a cabo esta intervención podría repercutir positivamente en la equidad. El balance entre los efectos positivos y los negativos es claramente favorable a la intervención. Se emitió una recomendación sólida.

### 3.12.2 Consideraciones relativas a la aplicación

Al aplicar políticas encaminadas a garantizar la salud ocupacional, la seguridad y protección del personal de salud que trabaja en zonas rurales y remotas, ya sea en un establecimiento de salud o en la comunidad, es preciso examinar el contexto específico. Esas políticas deben elaborarse y aplicarse tras consultar con las partes interesadas pertinentes (el gobierno local, los organismos encargados de hacer cumplir la ley y velar por la seguridad, los equipos de gestión de atención de salud, los trabajadores de la salud y la comunidad). Garantizar que los profesionales de la salud de las zonas rurales y remotas trabajen en un entorno seguro requiere la colaboración con la comunidad y un enfoque multisectorial en la planificación, presupuestación y financiación de las diferentes estrategias. Los datos científicos indican que, desde el punto de vista estadístico, esta intervención resulta significativamente más aceptable para las mujeres que para los hombres (47). Por ello, la perspectiva de género debe constituir una parte integral de esas políticas, por ejemplo, mediante la inclusión de medidas de prevención y control de las infecciones que sean específicas para cada género.

Dado que la violencia contra el personal de salud se produce tanto en los establecimientos de salud como en la comunidad (166), es preciso considerar estrategias para prevenirla en cada uno de esos ámbitos. Por ejemplo, en la esfera de los servicios de salud comunitarios los gestores podrían asegurarse de que las tareas se realicen en grupo o en parejas de trabajadores de la salud para evitar que trabajen solos, y se proporcionen medios de

transporte seguros para el personal de salud que esté de guardia en horario nocturno o realice visitas a domicilio. En lo que respecta a los establecimientos de salud, disponer de un teléfono y un interfono que funcionen pueden contribuir considerablemente a la seguridad y la protección. También puede considerarse la posibilidad de formar al personal de salud, a los nuevos contratados y al personal suplente en técnicas de seguridad y protección, gestión de riesgos, y actuación ante agresiones adaptadas a su lugar de trabajo (168, 169).

Deben adoptarse medidas para prevenir y denunciar cualquier caso de acoso sexual y actuar al respecto. A menudo existe un elemento relacionado con el género en la violencia contra las profesionales de la salud, por lo que es importante establecer políticas de género para combatirla (170). Otro componente necesario en esta recomendación es garantizar el bienestar psicológico del personal de salud que ejerce su trabajo en zonas rurales poniendo a su disposición servicios de salud mental, incentivando su integración en la comunidad y en su lugar de trabajo y promoviendo un ambiente de trabajo respetuoso desprovisto de coacciones (171).

Las políticas relacionadas con esta recomendación deberían aplicarse conjuntamente con políticas que promuevan la mejora de las condiciones de vida del personal de salud (recomendación 11), el establecimiento de condiciones de trabajo dignas y la supervisión de apoyo (recomendación 13) y la creación de una red activa de servicios de salud (recomendación 14).

### 3.13 Recomendación 13. Garantizar un trabajo decente a los profesionales de la salud de las zonas rurales y remotas

#### 13. La OMS recomienda ofrecer un trabajo decente que respete los derechos fundamentales del personal de salud

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: baja

#### Observaciones

- Tener en cuenta todos los aspectos del trabajo decente: ofrecer empleo pleno y productivo, ingresos justos y adecuados, condiciones de trabajo óptimas, protección contra la discriminación, protección social y promoción del diálogo social.
- Garantizar que los profesionales de la salud de las zonas rurales reciban una remuneración justa, y se les pague adecuada y puntualmente.
- Promover medidas que permitan a las mujeres y a los hombres conciliar la vida laboral con sus responsabilidades familiares (por ejemplo, mediante la prestación de servicios de guardería o un horario de trabajo flexible).
- Reconocer la responsabilidad de los supervisores y los administradores a efectos de garantizar que el personal de salud de las zonas rurales se desenvuelva en un entorno propicio y pueda gestionar su carga de trabajo en función de aspectos como el territorio que debe recorrer, la cantidad de casos de los que es responsable y el tamaño de la población.
- Garantizar que los supervisores y los administradores exoneren al personal de salud de parte de sus responsabilidades clínicas para realizar tareas administrativas (como la elaboración de informes), así como cursos de formación y perfeccionamiento profesional continuos.
- Garantizar que los medicamentos, los suministros clínicos (incluidos los suministros para la higiene menstrual), las herramientas, las tecnologías de la comunicación, los medios de diagnóstico y el material clínico estén siempre disponibles.

#### 3.13.1 Fundamento lógico de la recomendación

El trabajo decente se define como todo trabajo productivo realizado por mujeres y hombres en condiciones de libertad, igualdad, seguridad y dignidad humana (172). Alcanzar este objetivo supone crear un entorno de trabajo que descansa en cuatro pilares estratégicos:

- empleo pleno y productivo: oportunidades de empleo de calidad, remuneración justa y adecuada, igualdad salarial;
- derechos en el trabajo: libertad de asociación, eliminación del trabajo forzoso, condiciones óptimas de trabajo, horarios de trabajo dignos, conciliación de la vida laboral, familiar y personal, protección frente a la discriminación por razones de sexo, edad, raza, origen étnico y social o ideas políticas;

- protección social: cobertura de la seguridad social;
- promoción del diálogo social: entre empleadores y trabajadores de la salud (173).

Las encuestas de satisfacción revelan que el personal de salud es reacio a solicitar o aceptar puestos de trabajo en destinos que supongan ejercer su profesión en establecimientos de salud en mal estado o que carezcan de suministros básicos como agua corriente, guantes, medicamentos esenciales y el equipo más rudimentario (143, 174). Se trata de condiciones subóptimas que no alcanzan el nivel mínimo de lo que se consideran condiciones de trabajo dignas. La supervisión de apoyo ha sido señalada como un elemento primordial para mejorar la satisfacción y el desempeño en el

puesto de trabajo y la posterior permanencia y ejercicio profesional en las zonas rurales (7, 175). La supervisión de apoyo es un proceso respetuoso y no autoritario que ayuda al personal a mejorar su desempeño laboral de forma continua mediante el perfeccionamiento de sus conocimientos y competencias (176).

La certidumbre de la evidencia en esta intervención es baja. Sin embargo, los datos empíricos indican que las condiciones de trabajo subóptimas, una remuneración económica injusta o irregular, la falta de suministros y equipos, el desconocimiento de las prestaciones a las que se tiene derecho, las políticas y los procedimientos, los sistemas de ayuda ineficaces y una supervisión de apoyo deficiente, se asocian con un mayor deseo por el personal de salud de abandonar las zonas rurales y dejar sus puestos de trabajo en un amplio espectro de países (154, 155, 177), mientras que los entornos de trabajo propicio se asocian a tasas de retención más altas (178).

El derecho a un trabajo decente está reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que contiene disposiciones que abordan no solo el derecho al trabajo, sino también los distintos aspectos del trabajo decente. Así pues, el Grupo de elaboración de directrices consideró que era fundamental para las políticas relacionadas con el personal de salud. Esta recomendación se consideró perfectamente aceptable tanto en la encuesta a las partes interesadas como en la revisión sistemática de los valores, la viabilidad y la aceptabilidad. También se estimó que era fiable. Se emitió una recomendación sólida.

### 3.13.2 Consideraciones relativas a la aplicación

La mejora de las condiciones de trabajo no solo afecta al número de trabajadores de la salud disponibles, sino que probablemente también contribuya a mejorar su desempeño y productividad (8). A fin de garantizar que se asignan recursos suficientes a esta intervención, debe adoptarse un enfoque multisectorial en relación con su planificación, presupuestación y financiación. Deben respetarse los principios relativos al trabajo decente, la salubridad del lugar de trabajo, y el «empleo justo» (171). También debe tenerse en cuenta el estado de los establecimientos de salud, incluida la infraestructura, el equipamiento y el mobiliario para garantizar que favorecen el bienestar de

los trabajadores de la salud y de los pacientes. Debe prestarse atención al mantenimiento de una cadena de suministro dinámica y eficiente, en especial en zonas remotas y de difícil acceso, para evitar el desabastecimiento de suministros.

Es posible que esas políticas deban adaptarse a cada contexto específico y elaborarse e implantarse teniendo en cuenta las aportaciones de las partes interesadas pertinentes (el gobierno local, los equipos de gestión del sector de la salud y el personal de salud). Los equipos y las unidades de gestión de los recursos humanos deben velar por que la formación impartida al personal de salud les ayude a conocer sus derechos. Los gerentes también deben asegurarse de que sea posible derivar a los pacientes que lo necesiten a establecimientos de atención de salud de nivel secundario o terciario.

La aplicación de esta política requiere el desarrollo y el fortalecimiento de los recursos humanos encargados de los sistemas de gestión del sector de la salud a todos los niveles, especialmente en las zonas rurales y remotas. Las unidades encargadas de los destinos, los traslados y la distribución del personal de salud deben actuar de forma equitativa y transparente y deben garantizar que las condiciones de trabajo en los establecimientos sean aceptables.

La supervisión es uno de los requisitos indispensables para mejorar el desempeño y las condiciones laborales del personal de salud, y merece un presupuesto y una asignación de tiempo específicos. La supervisión de los trabajadores y los centros de salud deberá ser formativa y no punitiva. También hay que considerar el modo de mejorar las competencias técnicas y pedagógicas de los supervisores, y llevar a cabo un control y evaluación periódicos de su labor.

El personal directivo de las zonas rurales también suele desempeñar tareas clínicas y vivir cerca de sus empleados, que al mismo tiempo son sus compañeros de trabajo; esa labor requiere competencias específicas, por lo que la prestación de orientación y acompañamiento experto contribuiría a mejorar su capacidad de gestión y liderazgo.

Es preciso prestar atención a las necesidades de las distintas profesiones y subgrupos de trabajadores de la salud rurales, como las trabajadoras de la salud o los recién graduados. Por ejemplo, es posible que sea necesario que las estrategias de retención se dirijan de forma diferente a los profesionales de la salud jóvenes y a los profesionales de más edad. Los trabajadores de la salud jóvenes y los recién contratados pueden necesitar orientación y una supervisión de apoyo mayor. Debe prestarse especial atención a las necesidades particulares de los recién graduados y de los trabajadores migrantes (locales o internacionales) para ayudarles a establecerse en el medio rural.

También es importante tener en cuenta los papeles y las normas propias de cada género y apoyar los entornos de trabajo que favorecen a la familia, por ejemplo estableciendo horarios de trabajo más flexibles que se ajusten a las necesidades del personal (162). Las políticas deben tener en cuenta la carga de trabajo del personal y su horario de trabajo, ya que algunos profesionales de la salud rurales pueden verse sometidos a jornadas de trabajo prolongadas, con o sin guardias nocturnas. También merecen atención los planes de apoyo, como los planes de personal de reemplazo que permiten a los trabajadores descansar, gestionar su cansancio y disfrutar de pausas de recreo.

### 3.14 Recomendación 14. Fomentar la creación de redes de apoyo para el personal de salud

#### 14. La OMS sugiere que se establezcan y se pongan en marcha redes de apoyo adecuadas para el personal de salud en zonas rurales y remotas

Grado de solidez: recomendación de solidez limitada

Certidumbre de la evidencia: baja

#### Observaciones

- Colaborar en la creación de redes eficaces de profesionales de la salud, procurando que estén integradas por personal de atención primaria, secundaria y terciaria.
- Facilitar un flujo eficaz y continuo de comunicación en esas redes.
- Colaborar con el personal de salud de las zonas rurales, las comunidades rurales y los centros de formación de profesionales de la salud en la creación y el mantenimiento de redes de apoyo a los profesionales de la salud.
- Vigilar la eficacia de la red de servicios de salud.

#### 3.14.1 Fundamento lógico de la recomendación

En esta intervención, el Grupo de elaboración de directrices estimó que el término «red de trabajadores de la salud» era más apropiado que el término «periférico».

En lugares caracterizados por una grave escasez de personal de salud, una infraestructura limitada o una población dispersa, el uso de servicios de apoyo periférico,

prestados por especialistas individuales o por grupos de especialistas, ha sido una forma de proporcionar acceso a esos servicios de salud (8). Las tecnologías aplicadas a distancia, como la telemedicina, se han implantado con el fin de que este personal de las zonas rurales pueda diagnosticar y tratar a sus pacientes, así como para mejorar sus conocimientos y habilidades (8).

La certidumbre de la evidencia en esta intervención es baja. Sin embargo, distintos estudios observacionales ponen de manifiesto que las actividades de apoyo periférico llevadas a cabo por especialistas individuales o equipos de especialistas en beneficio de sus compañeros de las zonas rurales, mediante visitas o el uso de la telesanidad, a fin de ayudarles en su desarrollo profesional y en la atención prestada a sus pacientes, mejoran las competencias y la satisfacción laboral del personal de salud de las zonas rurales (179–182). El uso de la telesanidad, la salud móvil y la salud electrónica también repercutieron directamente en la contratación y permanencia del personal de salud en zonas rurales y remotas, con la ventaja añadida de que ofrecen a las poblaciones rurales un acceso al personal y a los servicios de salud mayor y más personalizado (179, 181–186).

Si bien cabía esperar que el balance entre los efectos positivos y los negativos fuera favorable a la intervención, se observó que la viabilidad variaba en función del contexto y los recursos disponibles, como por ejemplo, la posibilidad de acceder a una conexión estable de Internet. La revisión sistemática de los valores, la viabilidad y la aceptabilidad arrojó resultados dispares. Un estudio reveló que las redes de profesionales de la salud ayudan a romper el aislamiento y a reducir el estrés (187). Otro estudio indicó que hay dudas sobre el uso de la telesanidad, debido a sus posibles consecuencias en la carga de trabajo y las oportunidades de formación externa (183). Por lo tanto, se consideró que la aceptabilidad era variable. Se formuló una recomendación de solidez limitada.

### 3.14.2 Consideraciones relativas a la aplicación

Esta recomendación promueve la unión de los profesionales de la salud de las zonas rurales para que se apoyen dentro de sus comunidades y amplíen posteriormente su círculo para establecer redes comunitarias interrurales con comunidades rurales vecinas, a fin de aumentar el acceso de las comunidades rurales y los pacientes a los servicios de salud. Una de las ventajas es que estimula el intercambio de soluciones innovadoras ante los numerosos problemas a que se enfrenta el personal de salud, en particular, la limitada disponibilidad de recursos. Como «expertos en el contexto», los profesionales de la salud de las zonas rurales pueden aportar soluciones innovadoras de bajo costo adaptadas al contexto local. Estas redes

interrurales pueden recibir el apoyo de centros de salud periurbanos y urbanos, profesionales de la salud y centros de formación en el ámbito de la salud, ya sea presencialmente o de forma virtual. Las redes pueden expandirse a nivel nacional, regional e internacional gracias a las tecnologías de la comunicación. También será importante considerar la viabilidad y sostenibilidad de las redes.

La estrategia debe elaborarse en colaboración con todas las partes interesadas pertinentes, entre estas, los profesionales de la salud (rurales y urbanos), los administradores de los servicios de salud (rurales y urbanos), las autoridades sanitarias y las comunidades rurales. Los responsables de aplicar esta intervención deben ser conscientes de la importancia de respaldar el modelo de atención primaria de salud en el ámbito rural.

Otras opciones, como el uso de la salud móvil (mSalud) o la ciber salud, pueden potenciar la capacidad de los trabajadores de base comunitaria y ampliar el radio de acción de los profesionales cualificados gracias a la formación de equipos conectados por estas nuevas tecnologías. Ello tendrá repercusiones en la formación y la capacitación de los profesionales de la salud, especialmente en lo relativo a ampliar los planes de estudio más allá de los contenidos tradicionales para incluir competencias como la telesanidad, la comunicación y el trabajo en equipo. Las tecnologías digitales y móviles también mejoran el acceso de los pacientes y las comunidades al personal de salud de las zonas rurales y remotas, y al de las zonas urbanas. De esa forma se mejora la calidad de la atención en el lugar donde se presta la asistencia y se reducen las derivaciones innecesarias (188).

Al utilizar tecnologías digitales como la telesanidad, la ciber salud, la salud móvil, el registro médico electrónico y los instrumentos de apoyo a la toma de decisiones, los responsables de la aplicación deben tener en cuenta su viabilidad y aceptabilidad. En algunos entornos los problemas relacionados con la disponibilidad y fiabilidad de las estructuras de las tecnologías de la información y la comunicación, el acceso a Internet, la electricidad, la competencia digital y la resistencia al cambio podrían plantear problemas (29). Es preciso colaborar con las partes interesadas pertinentes para determinar

los factores facilitadores, superar obstáculos, y promover y favorecer la comunicación eficaz dentro de la red para priorizar el apoyo.

Esta política debería vincularse con otras como el desarrollo profesional continuo (recomendación 5) y la creación de redes profesionales (recomendación 16).

### 3.15 Recomendación 15. Crear itinerarios profesionales para el personal de salud de las zonas rurales y fortalecer los existentes

**15. La OMS recomienda adoptar una política que prevea el establecimiento de programas de desarrollo y promoción profesionales, así como itinerarios profesionales para el personal de salud de las zonas rurales y remotas**

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: baja

#### Observaciones

- Colaborar con el personal de salud de las zonas rurales, las autoridades sanitarias locales, los organismos que regulan el ejercicio profesional y los departamentos de trabajo y administración pública en la elaboración de itinerarios profesionales.
- Crear cargos directivos, puestos docentes de ámbito rural y vías de promoción en las zonas rurales y remotas.
- Reconocer y remunerar adecuadamente los cargos directivos de las zonas rurales y remotas.

#### 3.15.1 Fundamento lógico de la recomendación

La existencia de itinerarios profesionales claramente definidos y de oportunidades de promoción profesional figuran entre los factores que más influyen en las preferencias laborales del personal de salud y en su posible decisión de abandonar las zonas rurales y remotas (141, 142). Cuando no existen itinerarios profesionales en las zonas rurales, los profesionales de la salud que deseen avanzar en su profesión podrían verse obligados a irse a vivir a una ciudad. En cambio, la presencia de itinerarios profesionales en las zonas rurales y remotas suele mejorar la moral y la consideración profesional del personal de salud, lo que a su vez puede mejorar su motivación, desempeño y satisfacción laboral.

Los datos procedentes de estudios observacionales indican que tener unas perspectivas claras de futuro profesional son un factor que influye considerablemente en la decisión de los profesionales de la salud de ejercer su profesión en el ámbito rural (189,

190). Ello puede tener un efecto positivo en la retención, la motivación y la satisfacción laboral (162, 191, 192). No obstante, la certidumbre de la evidencia es baja.

Los resultados de la encuesta a las partes interesadas indican que se trata de una intervención perfectamente factible y aceptable (47), si bien no hay constancia directa de que el acceso a personal de salud con más experiencia en las zonas rurales y remotas aumente la equidad. Además, la intervención podría repercutir positivamente en el personal de salud de las zonas rurales al reducir las diferencias entre el desarrollo profesional propio de las ciudades y el observado en las zonas rurales, lo que redundaría en un mayor acceso a la promoción y al crecimiento profesional. Se estima que los beneficios de esta intervención, en cuanto a sus efectos y a la mayor ecuanimidad y equidad que aporta al personal de salud de las zonas rurales, superan con creces sus costos, que serán probablemente moderados, en especial en lo relativo al salario. Se formuló una recomendación sólida.

### 3.15.2 Consideraciones relativas a la aplicación

Al diseñar itinerarios profesionales, es importante comprobar su viabilidad con el ministerio encargado de la función pública y, a continuación, recabar la colaboración de otras partes interesadas, como las autoridades locales, las instituciones educativas y el personal de salud de las zonas rurales, para elaborar los grados de promoción. Los órganos profesionales deberían participar en caso de que los itinerarios profesionales estén vinculados a ámbitos de ejercicio profesional ampliados (recomendación 6) o a funciones y responsabilidades de supervisión técnica. Podría ofrecerse a los cargos directivos de las zonas rurales cargos académicos o de dirección en instituciones del ámbito de la salud y programas de formación del sector de la salud.

Deben tenerse muy en cuenta cuestiones como el género, la edad, la clase social, el origen étnico, la situación migratoria, el

estado civil, el idioma, la orientación sexual, la existencia o no de discapacidad y la situación sociodemográfica de los recursos humanos al elaborar una política justa y equitativa en materia de itinerarios profesionales. La aplicación de esta intervención debería ser intersectorial e incluir aspectos relacionados con la salud, la educación, las finanzas y otros sectores pertinentes. Debe tenerse en cuenta la viabilidad de la formación, al tiempo que se aprovechan al máximo los avances tecnológicos y se exonera a los profesionales de la salud de parte de sus obligaciones clínicas para que participen en actividades de formación y desarrollo profesional. Esta recomendación debería estar vinculada a políticas de formación continua (recomendación 5), condiciones de trabajo dignas (recomendación 13), reconocimiento público (recomendación 17) y otras políticas relacionadas con el contexto a fin de apoyar la contratación y la permanencia del personal de salud en las zonas rurales.

## 3.16 Recomendación 16. Facilitar el intercambio de conocimientos entre los profesionales de la salud

**16. La OMS sugiere que se apoye la creación de redes, asociaciones y revistas para los profesionales de la salud de las zonas rurales y remotas**

Grado de solidez: recomendación de solidez limitada

Certidumbre de la evidencia: baja

### Observaciones

- Promover la elaboración de iniciativas y asociaciones locales interprofesionales e incentivar la formación de una coalición subnacional de asociaciones rurales.
- Explorar múltiples fuentes de financiación y generación de ingresos para las distintas actividades de los grupos, con el objetivo de garantizar la sostenibilidad a largo plazo.
- Utilizar las redes en épocas y situaciones inciertas, por ejemplo, durante emergencias de salud, como instrumento de apoyo entre pares.

### 3.16.1 Fundamento lógico de la recomendación

Respaldar las redes profesionales y las actividades académicas, incluidas las revistas especializadas, en particular las dedicadas a temas relacionados con la salud en el medio rural, se considera beneficioso para los profesionales de la salud de las zonas rurales (193) y para la comunidad a la que sirven. No obstante, las actividades de las asociaciones profesionales suelen llevarse concentrarse en torno a las grandes ciudades y núcleos urbanos y, dado lo reducidas que son las comunidades rurales, el número de posibles asistentes no suele justificar la organización de actividades a nivel local, a menos que estas congreguen participantes de diferentes profesiones. Por consiguiente, los profesionales rurales que deseen participar en esas actividades deberán desplazarse, con las dificultades en materia de tiempo y dinero que ello conlleva.

Si bien la certidumbre de la evidencia en esta intervención es baja, algunos datos extraídos de estudios observacionales realizados en Malí, Tailandia y Australia indican que la creación de asociaciones profesionales para apoyar a los médicos rurales mejora la retención (156, 194, 195).

Si bien la política se considera totalmente aceptable y viable, el Grupo de elaboración de directrices convino en que se ha interrumpido la obtención de datos empíricos sobre su eficacia y se ha dado por sentado que tales políticas tendrán un efecto positivo. Dada la escasez de

datos empíricos y la posible variabilidad de los contextos, las consecuencias en cuanto a los recursos y los valores de las partes interesadas, se determinó que los efectos deseables podían variar. Así pues, se formuló una recomendación de solidez limitada.

### 3.16.2 Consideraciones relativas a la aplicación

Mantener la viabilidad de las asociaciones, los grupos o las revistas exige que los organismos que regulan el ejercicio profesional, las entidades gubernamentales y las instituciones académicas participen en su establecimiento y les brinden el apoyo que necesiten. Cuanto más remota sea una zona, mayores esfuerzos deberán realizarse para mantener al personal de salud conectado con esas asociaciones para evitar su aislamiento profesional.

Es importante que las comunidades sigan disponiendo de cobertura mientras los profesionales de la salud asisten a actividades académicas o de establecimiento de redes. Es probable que este enfoque sea más eficaz si se combina con otras intervenciones, como políticas destinadas a apoyar la formación continua (recomendación 5), políticas para mejorar las condiciones de vida (recomendación 11), políticas dirigidas a garantizar un entorno de trabajo seguro y condiciones de trabajo dignas (recomendaciones 13 y 14) y políticas sobre el diseño de itinerarios profesionales para las zonas rurales (recomendación 15), entre otras intervenciones acordes con cada contexto.

### 3.17 Recomendación 17. Aumentar el reconocimiento social del personal de salud de las zonas rurales

**17. La OMS recomienda adoptar medidas destinadas a que se otorgue un mayor reconocimiento social a los profesionales de la salud de las zonas rurales y remotas a todos los niveles**

Grado de solidez: recomendación sólida

Certidumbre de la evidencia: muy baja

#### Observaciones

- Dar a conocer la labor y la aportación del personal de salud de las zonas rurales (aumentar la atención que se le presta).
- Reconocer a las personas y a los equipos del ámbito de la salud rural en distintos planos, por medio de medidas como premios, títulos y días oficiales de la salud rural a todos los niveles.
- Aplicar esta política en colaboración con el personal de salud, los medios de comunicación, la comunidad y todos los niveles de gobierno.

#### 3.17.1 Fundamento lógico de la recomendación

El reconocimiento del personal directivo, los compañeros y la población es un importante factor generador de motivación para muchos profesionales de la salud (196). El reconocimiento público de la labor que llevan a cabo los profesionales de la salud en las zonas rurales y la puesta en valor de los recursos humanos que trabajan en el medio rural tiene por objeto elevar la moral y el nivel profesional del personal de salud de las zonas rurales y destacar sus logros. Esas políticas pueden demostrar el apoyo político y de la comunidad al personal de salud de las zonas rurales (8); también pueden reforzarse en los casos en que existan modelos de atención de salud claramente establecidos y centrados en la persona, concebidos y organizados por las autoridades sanitarias nacionales y locales.

Un total de 17 estudios observacionales indican que el reconocimiento del empleador y de la comunidad son factores de motivación fundamentales que favorecen la permanencia del personal de salud en las zonas rurales. Sin embargo, se consideró que la certidumbre de la evidencia era muy baja.

El Grupo de elaboración de directrices señaló que la escasez de estudios en este ámbito tiene el efecto de hacer que la tasa de retención de los trabajadores de la salud de las zonas rurales parezca más alta de lo que es en realidad, pues se sitúa en un nivel entre moderado y alto;

finalmente, se convino que era «moderada». No obstante, se consideró que a través de esta intervención podría motivarse a los jóvenes y a los estudiantes a considerar que el costo de ejercer su profesión en el ámbito rural sería insignificante. Ello, junto con la encuesta a las partes interesadas, que indicaba un alto grado de aceptación y de viabilidad, hizo que el balance entre los efectos positivos y los negativos fuese claramente favorable a la intervención. Se consideró que, en su conjunto, esas medidas podrían tener beneficios importantes a un costo y un riesgo muy bajos. Por tanto, se formuló una recomendación sólida.

#### 3.17.2 Consideraciones relativas a la aplicación

Al aplicar esta política, es importante tener en cuenta la participación de múltiples partes interesadas, especialmente el gobierno. Puede ser útil considerar la posibilidad de reconocer la labor de los profesionales y equipos de salud rurales a todos los niveles, mediante la concesión de premios y la publicación y divulgación de sus experiencias, a fin de centrar la atención en el ejercicio profesional en zonas rurales como una actividad prestigiosa, lo que animaría a más estudiantes y recién graduados a elegir el medio rural para desarrollar su carrera profesional. Las comunidades locales pueden contribuir a idear formas de conseguir que los miembros de la comunidad valoren a sus profesionales de la salud.



## 4.0 Selección y evaluación del conjunto de intervenciones

**En esta sección se presenta el marco de aplicación y evaluación para medir los resultados, y se plantean cinco preguntas para alentar y guiar a los responsables de la formulación de políticas en el proceso de elaboración, selección, aplicación, supervisión y evaluación de las intervenciones destinadas a retener al personal de salud en las zonas rurales.**

63

Las unidades o los departamentos del ministerio de salud responsables de la planificación y la gobernanza de las políticas relativas a los recursos humanos para la salud deberán participar, en sus distintos niveles, en la planificación, la elaboración de presupuestos, la aplicación y el seguimiento y la evaluación del conjunto adoptado de intervenciones combinadas. Se tendrá en cuenta el desarrollo de la capacidad del personal que participe. Deberá incentivarse la colaboración y el establecimiento de alianzas con instituciones y personas.

El marco que figura en el cuadro 4.1 es una adaptación del marco elaborado en las *Recomendaciones mundiales de política* de 2010 (8, 48). Inspirado en el modelo tradicional de evaluación de recursos–efectos directos–resultados–repercusión, el marco se centra en los principales resultados y, en la medida de lo posible, utiliza indicadores extraídos de las Cuentas Nacionales del Personal de Salud (37). En el plano de los *efectos directos* será preciso llevar a cabo un examen exhaustivo, que servirá de base para la elección posterior del conjunto de intervenciones. Dicho examen deberá incluir un análisis de situación o un análisis más exhaustivo del mercado de trabajo del sector de la salud (incluida una evaluación de la situación política y económica, que puede ser un elemento importante para la salud rural). También es importante realizar una evaluación de la capacidad organizativa y de gestión.

La selección del conjunto de intervenciones más apropiadas exige un conocimiento profundo de su pertinencia, aceptabilidad, viabilidad, asequibilidad y eficacia, primero en cuanto a los servicios prestados y luego en cuanto a las intervenciones en relación con el personal de salud, así como los elementos del contexto que deban tenerse en cuenta.

Una vez aplicadas, las intervenciones seleccionadas tendrán un efecto directo en una o en más de las cuatro dimensiones siguientes: desarrollo profesional del personal de salud, atractivo de las zonas rurales, contratación de este personal en esas zonas, y retención de ese personal durante un período determinado (*efectos directos*). Las intervenciones seleccionadas también tendrán un efecto mensurable en los *resultados*, por ejemplo, la mejora del acceso al personal y a los servicios de salud.

Se prevé que la *repercusión* final de las intervenciones sea la mejora de la situación sanitaria de las poblaciones rurales, aunque en relación con ésta y con el desempeño del personal de salud y el funcionamiento del sistema de salud, intervienen además otros factores. De todos modos, se debe destacar que todas las estrategias de retención propuestas son complejas y que ninguno de los efectos observados puede atribuirse exclusivamente a una intervención en particular, sino a una combinación o conjunto de intervenciones.

**Cuadro 4.1 Medición de los resultados de las intervenciones dirigidas a retener al personal de salud en las zonas rurales**

Contexto. Determinantes sociales, situación política, poder e intereses de las partes interesadas, aspectos económicos (marco fiscal, descentralización fiscal), factores individuales (estado civil, sexo, edad)

Nivel	Recursos (diseño y aplicación)	Efectos directos (con posibles indicadores)	Resultados (con posibles indicadores)	Repercusión
Dimensiones	<p>Análisis de situación que incluya factores que influyen en la decisión de trabajar en una zona rural</p> <p>Análisis del mercado laboral del sector de la salud (36)</p> <p>Capacidad de organización y gestión</p> <p>Compromiso de las partes interesadas y de la comunidad</p> <p>Elección del conjunto de intervenciones pertinentes</p> <p>Recursos necesarios</p>	<p><b>Desarrollo</b></p> <p><i>Formación y producción eficaces</i></p> <p>Admisiones: relación entre las admisiones y las plazas disponibles</p> <p>Formación: desarrollo profesional continuo</p> <p><b>Atractivo</b></p> <p><i>Preferencia por el trabajo en una zona rural</i></p> <p>Preferencia: preferencia declarada por las zonas rurales y remotas</p> <p><b>Contratación</b></p> <p><i>Contratación y dotación de personal efectivas</i></p> <p>Entrada: nuevos graduados que comienzan a ejercer en el medio rural en el plazo de un año</p> <p>Migración: trabajadores de la salud extranjeros que se inician en el ejercicio profesional rural</p> <p><b>Retención</b></p> <p><i>Permanencia del personal de salud en las zonas rurales durante determinados periodos de tiempo</i></p> <p>Características del empleo: regulación de los horarios y condiciones de trabajo</p>	<p><b>Equipos multidisciplinares adecuados y competentes para prestar atención primaria de salud basada en las prioridades nacionales y las necesidades de salud locales</b></p> <p>Dotación: densidad de profesionales de la salud activos por cada 10 000 habitantes a nivel subnacional (por edad, sexo, profesión, nacidos en el extranjero, formados en el extranjero, tipo de establecimiento y propiedad)</p> <p>Competencias: combinación de profesiones, equipos, etc.</p> <p>Desequilibrio: tasa de vacantes en las zonas rurales</p> <p>Salida: salida voluntaria e involuntaria del ejercicio profesional rural</p> <p><b>Mejorar el índice de cobertura de los servicios de la cobertura sanitaria universal</b></p> <p>Acceso: cobertura de servicios esenciales, acceso a servicios de salud en zonas rurales y remotas</p>	<p>Mejora de la prestación de servicios de salud</p> <p><b>Que contribuye a:</b></p> <p>Mejora de la situación sanitaria de las zonas rurales</p> <p>Crecimiento económico sostenible e inclusivo</p>

Fuente: Adaptado de Huicho *et al.* (48).

#### **4.1 Pertinencia: ¿cuáles son las intervenciones que responden mejor a las prioridades nacionales y a las expectativas de los profesionales de la salud y las comunidades rurales?**

Se pueden utilizar métodos específicos para conocer las preferencias del personal de salud por el trabajo en zonas rurales y tratar de calibrar la contribución relativa de cada posible atributo de su trabajo en una zona rural. Esos métodos, conocidos como metodologías de preferencias declaradas, de los que el experimento de elección discreta es un ejemplo, se usan para cuantificar las concesiones que están dispuestos a hacer los profesionales de la salud cuando se les plantean situaciones hipotéticas con relación a futuros empleos en una zona rural (197–199). La ventaja de un experimento de elección discreta reside en que permite incluir un amplio espectro de atributos, lo que significa que se puede obtener información sobre las preferencias del personal de salud más allá de la situación existente; también facilita el análisis estadístico de los efectos de cada uno de los atributos (200). Ahora bien, el experimento de elección discreta está metodológicamente limitado, ya que la elección se realiza entre alternativas hipotéticas que tienen un conjunto determinado de características. Llevar a cabo un experimento de elección discreta requiere conocimientos especializados que podrían no estar disponibles en todos los contextos (200). Por otro lado, realizar un estudio cualitativo, no estructurado y exhaustivo para comprender las preferencias laborales de los trabajadores de la salud podría ser sumamente instructivo. Ese tipo de instrumentos podrían ser muy valiosos para los responsables de la formulación de políticas, dado que permitirían determinar la combinación más adecuada de incentivos para atraer a los profesionales de la salud a las zonas rurales.

#### **4.2 Aceptabilidad: ¿qué intervenciones son política y socioculturalmente aceptables y cuentan con mayor apoyo entre las partes interesadas?**

El éxito del conjunto de intervenciones elegido exige una visión a largo plazo, voluntad política y un compromiso político efectivo y sostenido. El respaldo político de alto nivel es esencial para avanzar en la planificación y el cálculo presupuestario. Los dirigentes gubernamentales también deben actuar como promotores, convocar a un grupo diverso de interesados y encontrar las soluciones más equitativas y sostenibles para mejorar la retención del personal de salud en las zonas rurales. También es fundamental tener en cuenta las distintas normas sociales y sensibilidades culturales a fin de determinar la aceptación de las intervenciones por las partes interesadas.

Muchas de las intervenciones son de carácter transversal, ya que un ministerio de salud o una organización de atención de salud no puede resolver el problema de la retención por sí solo. El compromiso de las partes interesadas de diferentes sectores es esencial para el éxito de las políticas de retención del personal de salud en las zonas rurales, como lo es para cualquier clase de política relacionada con el sistema de salud o el personal de salud. Los ministerios de administraciones públicas, economía y educación, los sindicatos y las asociaciones profesionales, la sociedad civil, las instituciones educativas, el sector privado y, cuando proceda, las entidades internacionales de desarrollo pueden desempeñar una función importante. En el cuadro 4.2 se presenta un resumen de los actores que deben participar en el diseño y la aplicación de las intervenciones de política recomendadas en el capítulo 3, junto con sus funciones y obligaciones.

**Cuadro 4.2 Funciones y obligaciones de las partes interesadas en el diseño y la aplicación de estrategias destinadas a aumentar el acceso al personal de salud en las zonas rurales y remotas (ejemplos)**

Estrategias	Actores	Funciones y obligaciones
Estudiantes que provienen de zonas rurales	Ministerio de Educación Ministerio de Salud Ministerio de Economía Instituciones de formación de personal de salud Autoridades locales Comunidad Sociedad civil	Definir qué estudiantes Fortalecer la enseñanza primaria y secundaria Exponer a los estudiantes rurales de secundaria a las profesiones de la salud Regular las admisiones preferentes Aportar de ayudas económicas Diseñar mecanismos de apoyo para ayudar a los estudiantes
Situación de las instituciones de formación de personal de salud más cerca de las zonas rurales	Ministerio de Educación Ministerio de Economía Instituciones terciarias Autoridades sanitarias locales	Establecer normas de acreditación Autorizar nuevas escuelas Promover la responsabilidad social de las instituciones de formación de profesionales de la salud
Llevar a los estudiantes de las instituciones de formación de profesionales de la salud a las zonas rurales y remotas durante su capacitación	Ministerio de Salud Instituciones de formación de personal de salud Autoridades sanitarias locales Establecimientos de salud rurales y remotos	Cambiar el enfoque pedagógico (compromiso con la comunidad local, interprofesional, basado en problemas, etc.)
Planes de estudio que reflejan los problemas de la sanidad rural	Ministerio de Salud Instituciones de formación de personal de salud Organismos de acreditación Autoridades sanitarias locales Expertos en salud rural	Actualizar los planes de estudio Evaluar periódicamente los planes de estudio
Desarrollo profesional continuo	Ministerio de Salud Asociaciones profesionales Ministerio de Educación Autoridades sanitarias locales Actores no estatales (sector privado y organizaciones no gubernamentales) Empleadores Expertos en salud rural	Elaborar y poner en práctica programas de desarrollo profesional continuo Facilitar el acceso al desarrollo profesional continuo de los trabajadores de la salud de zonas rurales y remotas
Ampliación del ámbito de ejercicio profesional	Ministerio de Salud Ministerio de Economía Ministerio de Educación Organismos reguladores Asociaciones profesionales Autoridades sanitarias locales Instituciones de formación de personal de salud Empleadores	Definir con claridad los límites del ejercicio profesional Establecer una normativa que reconozca la ampliación del ámbito del ejercicio profesional

**Cuadro 4.2 Funciones y obligaciones de las partes interesadas en el diseño y la aplicación de estrategias destinadas a aumentar el acceso al personal de salud en las zonas rurales y remotas (ejemplos)**

Estrategias	Actores	Funciones y obligaciones
Introducción de nuevos tipos de profesionales de la salud	Ministerio de Salud Ministerio de Economía Ministerio de Educación Ministerio de la Función Pública Asociaciones profesionales Autoridades reguladoras de los profesionales de la salud Autoridades sanitarias locales Asociaciones de pacientes	Definir con claridad las funciones de los profesionales de la salud introducidos Establecer marcos y mecanismos reguladores adecuados
Prestación de apoyo y promoción de los acuerdos de servicio obligatorio cuando existen	Ministerio de Salud Ministerio de Educación Ministerio de Economía Asociaciones profesionales Empleadores	Regular la aplicación del servicio obligatorio Preparar a los estudiantes para el servicio obligatorio Apoyar a los miembros del servicio obligatorio
Educación subvencionada a cambio del servicio	Ministerio de Educación Ministerio de Salud Ministerio de Economía	Financiar la educación a cambio de la prestación de servicio en zonas rurales
Incentivos financieros adecuados	Ministerio de Economía Ministerio de Salud Sindicatos, asociaciones profesionales Autoridades sanitarias locales Gobiernos locales	Designar zonas que pueden recibir incentivos Diseñar cuidadosamente un conjunto de incentivos Establecer las necesidades y las fuentes presupuestarias Establecer criterios de asignación
Mejorar las condiciones de vida	Ministerio de Economía Ministerio de Salud Autoridades locales, gestores Ministerio de Transportes Sector financiero Sector de la educación Asuntos internos, desarrollo Sociedad civil	Proporcionar vivienda, escolarización de los hijos, oportunidades de trabajo para los cónyuges
Entorno de trabajo seguro y protegido	Ministerio de Salud Recursos humanos para las unidades de atención de la salud Autoridades sanitarias y gestores locales Asociaciones profesionales Organismos de aplicación de la ley Sindicatos Personal de salud	Garantizar el suministro de equipos, medicamentos, etc. Garantizar la seguridad del personal de salud
Entorno de trabajo propicio	Ministerio de Salud Recursos humanos para las unidades de atención de la salud Autoridades sanitarias y gestores locales	Garantizar un apoyo eficaz a los recursos humanos Garantizar una supervisión eficaz

**Cuadro 4.2 Funciones y obligaciones de las partes interesadas en el diseño y la aplicación de estrategias destinadas a aumentar el acceso al personal de salud en las zonas rurales y remotas (ejemplos)**

Estrategias	Actores	Funciones y obligaciones
Red de servicios de salud	Ministerio de Salud Recursos humanos para las unidades de atención de la salud Autoridades sanitarias y gestores locales Asociaciones profesionales Personal de salud	Apoyar la divulgación Apoyar las redes de salud locales y subnacionales
Programas de desarrollo profesional	Ministerio de Salud Ministerio de la Función Pública Autoridades sanitarias y gestores locales Recursos humanos para las unidades de atención de la salud Asociaciones profesionales	Crear escalas profesionales
Redes profesionales	Ministerio de Salud Asociaciones profesionales	Apoyar la creación de redes profesionales
Medidas de reconocimiento público	Ministerio de Salud Sociedad civil Asociaciones profesionales Medios de comunicación	Crear y entregar premios, títulos, etc.

**Fuente:** Adaptado de las *Recomendaciones políticas globales* de 2010 (8).

### 4.3 Viabilidad: ¿qué intervenciones tienen menos obstáculos para su aplicación?

Es importante considerar la viabilidad de las intervenciones pertinentes y aceptables y la medida en la que pueden llevarse a cabo en un determinado ámbito o contexto. Una de las formas de hacerlo sería por medio de las siguientes preguntas: ¿puede funcionar la intervención en este contexto?; ¿funciona la intervención en este contexto?; ¿seguirá funcionando la intervención en este contexto? (20).

Es fundamental llevar a cabo amplias consultas con las partes interesadas pertinentes. También es necesario realizar consultas y análisis multisectoriales sobre la utilidad de las intervenciones en contextos locales. La información proporcionada por distintos estudios de investigación sobre intervenciones que funcionan en contextos similares contribuirá a establecer si una determinada intervención

puede funcionar en un contexto en particular.

Pueden llevarse a cabo estudios modelo de viabilidad utilizando encuestas, entrevistas y grupos de debate con las partes interesadas pertinentes, entre otros tipos de estudios. Pueden realizarse, supervisarse y evaluarse proyectos piloto a pequeña escala (20).

### 4.4 Asequibilidad: ¿qué intervenciones son costoeficaces y cuál es su impacto fiscal?

Al seleccionar el conjunto de intervenciones más apropiado, es preciso recabar información sobre sus costos (y conocer el grado de exactitud de esa información), las fuentes de financiación para sufragar esos costos y su sostenibilidad a lo largo del tiempo para hacer el mejor uso posible de los limitados recursos financieros disponibles y realizar evaluaciones acertadas de las intervenciones de política.

Comprender los costos asociados a una intervención normativa requiere una evaluación monetaria de todos los recursos empleados para su aplicación. Ello puede suponer, por ejemplo, una transferencia de fondos para subvencionar la educación (recomendación 9), para pagar subsidios y otros incentivos económicos (recomendación 10) o para construir una escuela nueva o rehabilitar una existente (recomendación 2). También debe considerarse el costo asociado al traslado de profesores para trabajar en las escuelas construidas (y su posterior permanencia), el costo derivado de elaboración de los programas de educación a distancia o de los planes de estudio (intervenciones relacionadas con la enseñanza), o los gastos administrativos asociados a la gestión de un servicio obligatorio en las zonas rurales.

También son importantes la fuente y el modo de financiación. En los países que reciben cantidades considerables en concepto de ayuda oficial para el desarrollo es particularmente importante armonizar las fuentes de financiación para las estrategias de retención con los presupuestos nacionales de salud a fin de garantizar su sostenibilidad. Las estrategias de retención deben armonizarse con los planes nacionales de desarrollo de la salud y los recursos humanos desde la fase de planificación. La sostenibilidad financiera está estrechamente relacionada con la procedencia de los fondos y su canalización, lo que implica un análisis del marco fiscal, así como de los plazos y la previsibilidad de la financiación externa. La mayoría de los países de ingresos bajos necesitan una financiación externa sostenida y predecible para llevar a cabo las intervenciones, algo que a veces es difícil de garantizar dado que los ciclos de financiación de los donantes suelen abarcar de uno a tres años, lo que constituye un período de tiempo insuficiente para evaluar y medir sus efectos. En la medida de lo posible estos deberían armonizarse y vincularse con los presupuestos de planificación de los servicios.

Un problema conexas es la financiación fragmentada de numerosas iniciativas de pequeña escala o específicas impulsadas por los donantes, que, si no se integran bien en el plan de salud general nacional pueden alterar gravemente el funcionamiento del sistema de salud. Por ejemplo, en muchos países los profesionales de la salud de las zonas rurales o del sector público se ven atraídos por proveedores no estatales, a menudo impulsados por iniciativas mundiales de la esfera de la salud, que ofrecen condiciones de trabajo mucho más atractivas (en

particular, los salarios y las condiciones laborales).

#### **4.5 Eficacia: ¿se han tenido en cuenta la complementariedad y las posibles consecuencias no deseadas entre las distintas intervenciones?**

La formulación de políticas podría traducirse en una enumeración de las intervenciones que requieran un mayor grado de prioridad, en especial en países de ingresos bajos, debido a las limitaciones de recursos y capacidad. Esas prioridades deben definirse mediante consultas frecuentes con las comunidades, los planes de servicios de salud locales y el personal de salud, y deben basarse en las necesidades de la comunidad local. Como ocurre con la mayor parte de las estrategias y políticas de salud pública, no existe una solución que valga para todos los casos y la combinación más adecuada variará considerablemente de un contexto a otro.

Las recomendaciones serán ineficaces si se adoptan de forma aislada, ya que en la decisión del personal de salud de trasladarse a una zona remota o rural, permanecer en ella o abandonarla no interviene un único factor. Por ejemplo, si bien un profesional de la salud puede valorar muy positivamente la remuneración ofrecida en un destino rural, también querrá tener acceso a formación continua y que se reconozca la ampliación del ámbito de su ejercicio profesional. Por otro lado, si se opta por una política de admisión preferente de estudiantes procedentes de zonas rurales, una estrategia complementaria sería aumentar el número de escuelas de formación en las zonas rurales, dependiendo de los obstáculos al acceso.

La secuencia en que se ejecutan las intervenciones es también un aspecto importante de la complementariedad. Algunas de las intervenciones recomendadas en el capítulo 3 tardarán varios años en implantarse, mientras que otras pueden aplicarse con relativa rapidez. Por ejemplo, ofrecer incentivos financieros a los trabajadores de la salud rurales es una política que los países adoptan con frecuencia, dado que puede aplicarse con relativa rapidez; en cambio, una política destinada a introducir diferentes tipos de profesionales de la salud o a construir instituciones o campus de formación de profesionales de la salud en las zonas rurales, puede tardar mucho más en aplicarse

y producir resultados. En el caso de los centros de capacitación para personal de salud rural, el proceso podría llevar incluso más tiempo por la necesidad de captar y retener una reserva de posibles profesionales de la salud en las zonas rurales. Es importante considerar intervenciones de rápida ejecución que tengan una repercusión relativamente inmediata, ya que a corto plazo pueden servir para captar y retener al personal de salud rural. Al mismo tiempo, pueden ponerse en práctica intervenciones a largo plazo para avanzar hacia soluciones sostenibles. Las variaciones relativas al tiempo que transcurre hasta que las estrategias de retención surten efecto son una consideración importante a la hora de decidir cuál es la mejor manera de combinar las intervenciones.

Antes de optar por una política para aumentar la permanencia en las zonas rurales, deben tenerse en cuenta las consecuencias no deseadas que pudieran derivarse de ella. Por ejemplo, hacer demasiado hincapié en agilizar la promoción como incentivo para que el personal de salud acceda a trabajar en zonas rurales podría tener un efecto negativo en el desarrollo organizativo, que se basa en la promoción en función del mérito y el potencial. Asimismo, la distribución indiscriminada de becas para la formación de posgrado podría anular el efecto de una estrategia de retención, y los incentivos para el personal de salud rural podrían suscitar reacciones negativas entre otros empleados públicos u otros profesionales de la salud que no reúnan los requisitos para optar a esos incentivos.

#### **4.6 Repercusión: ¿qué indicadores se utilizarán para medir la repercusión a lo largo del tiempo?**

Si todas las partes interesadas pertinentes tienen claro qué efectos se buscan con las intervenciones, cuáles son los resultados previstos y cuánto tiempo llevará aplicarlas y medir su impacto, es mucho más probable que las intervenciones puedan ponerse en práctica de forma satisfactoria. También es preciso acordar indicadores para medir el éxito, o al menos el grado de avance conseguido, al comienzo de la fase de planificación. En el cuadro 4.3 figuran las preguntas que deben formularse al evaluar las intervenciones dirigidas a retener al personal de salud, los indicadores propuestos para medir los

progresos respecto de las dimensiones de desarrollo, captación, contratación y retención, y los métodos que se pueden utilizar para llevar a cabo las evaluaciones.

Se han elaborado y presentado en otros sitios orientaciones detalladas sobre métodos y principios generales para el seguimiento y la evaluación de las intervenciones relacionadas con los recursos humanos (202). A los efectos de este documento, conviene analizar algunas definiciones y explicaciones. Se define «retención» como un aumento del número de trabajadores de la salud que permanece en las zonas rurales como resultado de una intervención de política específica. Otra manera de medir la retención es examinar durante cuánto tiempo (en años) han permanecido los trabajadores de la salud en un puesto rural. No obstante, no hay un punto de referencia establecido: los escasos estudios que han evaluado este indicador mencionan una permanencia promedio de solo cuatro años en el puesto (109, 135).

Además de los métodos tradicionales de encuestas y examen de los registros de los centros de salud, pueden emplearse otros métodos tales como las curvas de supervivencia o los índices de estabilidad. Estas curvas pueden usarse para representar el tiempo transcurrido hasta la aparición de cualquier evento no recurrente. El evento no tiene por qué ser necesariamente la muerte, por lo que el término «supervivencia» puede ser engañoso. En el caso de las estrategias de retención, el evento no recurrente representado puede ser el abandono por el trabajador o los trabajadores de la salud de la zona rural (82). Por otro lado, el índice de estabilidad evalúa la proporción del personal que ocupaba un puesto a principios del año y permanecía en él al final de este (203).

Como se ha dicho antes, cada intervención tiene más de un resultado y no es posible lograr un resultado mediante una sola intervención. Esto hace más compleja la tarea de medir resultados y atribuir los efectos percibidos a intervenciones específicas.

En el capítulo 5 se proporcionan más detalles sobre los retos de la investigación en este campo. Además, la evaluación es costosa, por lo que no solo se debe planificar al comienzo de la puesta en marcha de las estrategias, sino que es preciso presupuestarla cuando se calculan los costos de las intervenciones.

**Cuadro 4.3 Preguntas e indicadores para la evaluación y el seguimiento de las intervenciones destinadas a aumentar el acceso a los trabajadores de la salud en zonas remotas y rurales mediante la mejora de la retención**

Etapa	Preguntas	Indicadores o parámetros de progreso	Métodos
Diseño	<p>¿Las intervenciones fueron la respuesta a necesidades documentadas?</p> <p>¿La elección de las intervenciones se hizo sobre la base de datos probatorios o argumentos sólidos?</p>	<p>Análisis de la situación de los recursos humanos para la salud</p> <p>Plan de recursos humanos para la salud con determinación de costos</p> <p>Reserva y circulación del personal de salud</p> <p>Densidad de personal de salud en zonas urbanas y zonas rurales</p>	<p>Análisis del mercado de trabajo</p> <p>Análisis demográfico (reserva y circulación del personal de salud)</p> <p>Encuestas sobre intenciones</p> <p>Análisis de las partes interesadas</p> <p>Examen de documentos de política</p>
Aplicación	<p>Pertinencia: ¿se identificaron preferencias por destinos rurales entre los agentes de salud?</p>	<p>Factores que motivan al personal sanitario a trasladarse a una zona rural, permanecer en ella o abandonarla</p> <p>Preferencias expresadas respecto de las características del trabajo en zonas rurales</p>	<p>Encuestas sobre intenciones</p> <p>Discusiones grupales dirigidas</p> <p>Experimentos de elección discreta</p>
	<p>Aceptabilidad: ¿se ha logrado implicar a todas las partes interesadas?</p>	<p>Consultas e implicación de las partes interesadas</p>	<p>Análisis de las partes interesadas</p>
	<p>Asequibilidad: ¿se han identificado y asegurado todas las fuentes de recursos?</p>	<p>Presupuestos asignados para las intervenciones propuestas</p>	<p>Examen de documentos de política</p>
Resultados	<p>¿Se logró que la profesión en las zonas rurales o remotas resulte más atractiva?</p>	<p>Número total de graduados de las escuelas de medicina y otras disciplinas de la atención de salud</p> <p>Preferencia por las zonas Remotas y rurales</p>	<p>Análisis de los datos de los registros</p> <p>Encuestas, discusiones grupales dirigidas</p>
	<p>¿Mejó la contratación de personal de salud en las zonas subatendidas?</p>	<p>Número total de agentes de salud contratados en zonas rurales</p> <p>Proporción de nuevos graduados que inician su práctica en zonas rurales</p>	<p>Análisis de los registros o datos del centro de salud</p>
	<p>¿Aumentó la permanencia?</p>	<p>Tasas de rotación</p> <p>Tasa de vacantes</p> <p>Permanencia/media de duración del servicio/tasas de «supervivencia»</p> <p>Proporción de agentes de salud que permanecen en zonas rurales (índice de estabilidad)</p> <p>Densidad de personal de salud en las zonas rurales en comparación con las zonas urbanas</p>	<p>Encuestas en el centro de salud</p> <p>Análisis de los datos del registro</p> <p>Curvas de «supervivencia»</p>
	<p>¿Mejó el desempeño del sistema de salud?</p>	<p>Satisfacción en el empleo de los agentes de salud</p> <p>Satisfacción de los pacientes (poblaciones de zonas remotas o rurales)</p> <p>Cobertura de los servicios de salud</p> <p>Tiempo que demanda el envío de pacientes</p> <p>Resultados sanitarios (tasa de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil etc.)</p>	<p>Encuesta sobre el grado de satisfacción en el empleo del personal de salud</p> <p>Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes/la comunidad</p> <p>Encuestas en los centros de salud</p> <p>Análisis de datos secundarios y estadísticas</p> <p>Encuestas domiciliarias</p>

Fuente: Adaptado de Huicho *et al.* (48).

## 4.7 Planes para la difusión y aplicación de estas directrices

Estas directrices son de aplicación universal, independientemente de la región o el nivel de ingresos. No obstante, el Grupo de elaboración de directrices reconoce que será importante adaptar y contextualizar las directrices y la selección de políticas según el contexto local. Mejorar el acceso a personal de salud en zonas rurales y remotas es un dilema sobre políticas complejo y multifacético. La aceptabilidad y viabilidad de las intervenciones de política, sus repercusiones y sus consecuencias para los responsables de la formulación de políticas, los trabajadores de la salud y las comunidades locales son factores importantes. Ello supone que lo que se puede aplicar con éxito en una zona podría no ser adecuado en otra. Por lo tanto, es fundamental tener en cuenta la declaración de buenas prácticas que figura en estas directrices. *Se recomienda aplicar un conjunto de intervenciones interconectadas y pertinentes para cada contexto a fin de conseguir la máxima repercusión posible en lo relativo a la captación, contratación y retención del personal de salud en zonas rurales y remotas.*

Además de adaptarse para atender las necesidades de los usuarios finales, es preciso elaborar mensajes clave sencillos y de fácil comprensión para difundirlos entre un público más amplio de partes interesadas pertinentes y utilizarlos como instrumentos de concienciación. Ello permitirá una comprensión cabal de la importancia de subsanar las deficiencias en materia de acceso a profesionales de la salud en las zonas rurales. Como se pone de manifiesto en este documento, es necesario garantizar que las poblaciones rurales puedan prosperar tanto como las poblaciones urbanas, no solo debido a los principios de equidad sino también por la relación simbiótica que existen entre ambas.

### 4.7.1 Difusión

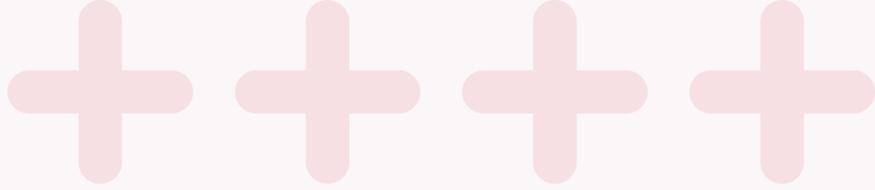
Las recomendaciones y la declaración de buenas prácticas presentadas en estas directrices se difundirán por medio de las oficinas regionales y en los países de la OMS,

los ministerios de salud, educación, economía, administraciones públicas y trabajo, además de los organismos reguladores profesionales, las organizaciones y entidades profesionales, los centros colaboradores de la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas y entidades asociadas. Estas directrices se publicarán en el sitio web de la OMS junto con una serie de contenidos multimedia para facilitar su comprensión. Además, se publicará un resumen de las directrices en una revista revisada por homólogos y contenido multimedia. Se prevé la elaboración de productos derivados de estas directrices, como conjuntos de instrumentos para facilitar la puesta en práctica de las recomendaciones, estudios sobre otros temas como los itinerarios rurales, informes sobre políticas y mensajes clave.

### 4.7.2 Seguimiento y evaluación

Es esencial comprometerse a supervisar y evaluar las estrategias desde su puesta en marcha con el fin de aprovechar las enseñanzas extraídas y contribuir a crear una base de datos empíricos a partir principalmente de las intervenciones combinadas adoptadas, los resultados y las repercusiones. Las labores de seguimiento y evaluación contribuirán a definir los obstáculos y las limitaciones que puedan surgir durante la aplicación, a evaluar el grado de consecución de las metas y los objetivos, y a determinar la necesidad de una nueva intervención o la necesidad de rediseñar o modificar las intervenciones existentes. El seguimiento y la evaluación deben integrarse en el diseño del plan de aplicación.

El Departamento de Personal de Salud de la OMS apoyará la creación de una red de recogida de datos empíricos más robusta, vinculada a las Cuentas Nacionales del Personal de Salud para permitir un seguimiento más eficaz de la adopción de estas recomendaciones. Es importante hacer un seguimiento de los progresos realizados por los Estados Miembros mediante un desglose de las Cuentas Nacionales del Personal de Salud y una evaluación de la adopción de las recomendaciones sobre políticas contenidas en las directrices relativas a las políticas nacionales sobre recursos humanos para la salud.



## 5.0 Programa de investigaciones

**Los estudios de investigación sobre el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas han aumentado sustancialmente en cantidad y alcance desde la publicación de las *Recomendaciones mundiales de política* de 2010.**

73

El número de estudios incluidos ha aumentado casi en cinco veces (de 27 a 133) y el número de profesiones del sector de la salud incorporadas en la base de investigación ha aumentado en más de tres veces. En 2010 únicamente se incluyeron nueve profesiones, y el 72% de los estudios correspondía a médicos. La base de investigación de esta actualización, si bien todavía se inclina hacia la investigación referida a los médicos, incluye más de 30 profesiones de la salud. Además, los datos empíricos que han servido de base para la elaboración de las directrices de 2020 abarcan a más de 110 países, con un notable aumento del porcentaje de estudios realizados en países de ingresos bajos y medianos. En 2010, solo el 29% de los estudios sobre países individuales se referían a países de ingresos bajos y medianos, mientras que el 43% de los estudios sobre países individuales incluidos en esta actualización se centra en entornos de países de ingresos bajos y medianos. Se trata de logros importantes que contribuyen en gran medida a subsanar las deficiencias existentes en materia de investigación y el programa de investigaciones esbozado en las *Recomendaciones mundiales de política* de 2010.

### 5.1 Ampliación de la base de datos empíricos

Es preciso incentivar la realización de un mayor número de estudios científicos en esta esfera a fin de ampliar la base de datos empíricos para que incluya un espectro más amplio de profesiones, equipos y atributos de los profesionales de la salud. Sigue siendo esencial que los datos empíricos abarquen todas las profesiones del sector de la salud ejercidas en las zonas rurales ya que puede haber diferencias en cuanto a las características sociodemográficas (como el género) y otros atributos de los profesionales que podrían influir en sus decisiones y preferencias. Además de establecer categorías profesionales, también es importante que en los estudios se desglosen los resultados por rasgos de identidad personal,

como el género, la edad, la clase social, el grupo étnico, la situación migratoria, el estado civil, el idioma, la orientación sexual, la existencia o no de discapacidad, la religión y la situación sociodemográfica, a fin de comprender mejor la eficacia de las políticas dirigidas a diferentes grupos de trabajadores de la salud y poner en marcha estrategias más eficaces que aborden las cuestiones de género, equidad y derechos humanos de forma más tangible y basada en datos empíricos. También es importante realizar estudios de investigación sobre los equipos rurales. Para garantizar que las políticas sean equitativas e inclusivas es fundamental conocer las necesidades y las expectativas de los distintos grupos, profesiones y equipos, mediante la ampliación de la actividad investigadora en los países de ingresos bajos y medianos y en países no angloparlantes. Comprender lo que funciona mejor en distintas regiones y distintos grupos de ingresos puede ayudar a elaborar políticas más eficaces y optimizar la pertinencia de las intervenciones.

### 5.2 Integrar el acceso en las zonas rurales en la investigación sobre los sistemas de salud y los resultados sanitarios

En el futuro, el principal desafío para la consolidación de las mejoras logradas en relación con el volumen y el alcance de la base de investigaciones científicas registrada desde la publicación de las *Recomendaciones mundiales de política* de 2010 será fortalecer las alianzas establecidas para garantizar que las investigaciones sobre el medio rural y el análisis subnacional se integren en las investigaciones sobre los sistemas de salud y los resultados sanitarios. El siguiente paso importante para generar investigaciones y datos empíricos será la medición de las repercusiones de un acceso equitativo a la atención de salud en estos resultados, en particular mediante la evaluación de la repercusión de las intervenciones del

personal de salud rural en la equidad de la atención de salud. Medir los resultados y las repercusiones de forma rigurosa para garantizar la calidad de la investigación en ese ámbito será el principal escollo en el futuro. A fin de reducir las desigualdades en la distribución del personal de salud, es importante medir y vigilar su relación con los resultados sanitarios. Esto es esencial para convocar en torno a esta cuestión a quienes estén interesados en subsanar las deficiencias persistentes que afronta el personal de salud rural en todo el mundo.

### 5.3 Garantizar que las evaluaciones sean rigurosas y estén bien diseñadas

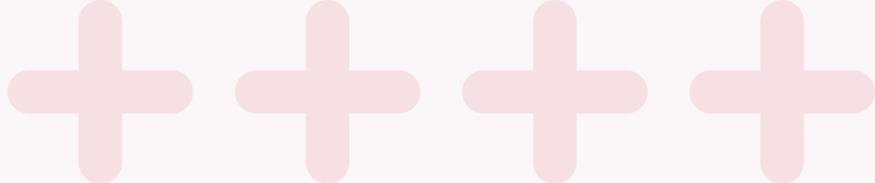
Si bien las evaluaciones son fundamentales para ayudar a los responsables de la formulación de políticas a elegir las intervenciones que deben aplicarse, son pocas las evaluaciones bien diseñadas en esa esfera, pese a que hay un volumen considerable de datos descriptivos que ponen de manifiesto los problemas y las dificultades inherentes al trabajo en zonas rurales. El hecho de que no haya una evaluación continua de las políticas, de las aportaciones, los resultados o las repercusiones conexas, tiene importantes consecuencias a la hora de implantar una política basada en datos empíricos. El problema se debe principalmente a dificultades metodológicas y a posibles obstáculos de tipo financiero que impidan sufragar dichas evaluaciones. Vincular la investigación a las actividades de recopilación de datos longitudinales existentes, como las Cuentas Nacionales del Personal de Salud o el mecanismo de presentación de informes del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, podría ayudar a reducir la duplicación de esfuerzos. A la hora de llevar a cabo las evaluaciones, es indispensable tener una línea base para medir los progresos realizados. También es importante contar con un grupo de control y comparar los resultados antes y después de cada intervención. Además, es esencial acordar una serie de indicadores específicos y pertinentes al principio del proceso (véase el cuadro 4.3 para obtener algunas orientaciones), así como el uso de métodos y fuentes de datos adecuados para medir esos indicadores (48, 49).

Como se demuestra claramente en los perfiles de datos empíricos y en los cuadros de datos descriptivos, existen muy pocos datos empíricos

en esta esfera que pueda considerarse que tienen un alto nivel de certidumbre. Por ejemplo, en la revisión sistemática de la base de datos Cochrane no se encontraron ensayos controlados aleatorizados, por lo que los estudios que se incluyeron eran ensayos cuasialeatorizados, estudios en los que se compara la situación previa y posterior y estudios observacionales (72). A diferencia de lo que sucede en la práctica clínica, es muy difícil llevar a cabo estudios controlados aleatorizados para conocer los efectos de muchas de las intervenciones propuestas en este documento. Se trata de intervenciones complejas con múltiples resultados, en las que intervienen muchos factores de confusión que pueden influir en el resultado de una intervención determinada. Además de estudios cuantitativos, las futuras investigaciones deberán incluir estudios cualitativos llevados a cabo de forma rigurosa (204).

Por tanto, la información conceptual (que aborda el por qué y el cómo) ha desempeñado un papel muy importante en la formulación de estas recomendaciones. El Grupo directivo de estas directrices realizó un esfuerzo explícito para que la revisión sistemática de los efectos no fuese la única fuente de datos empíricos, y recopiló datos de una revisión sistemática de la información contextual y de una encuesta a las partes interesadas para garantizar que esos elementos quedasen plasmados e incluidos en las recomendaciones de forma sistemática.

Si bien estas directrices se centran en el acceso y en cuestiones relacionadas con la oferta, es importante examinar la cuestión desde distintos ángulos. Por ejemplo, la información sobre las preferencias de la comunidad y la aceptabilidad de la atención de salud, que influyen en la demanda de atención, fue limitada. Es importante subsanar esa carencia para poder comprender mejor los factores que impulsan la demanda de atención de salud en las zonas rurales y remotas, incluido su grado de aceptación y los obstáculos que impiden el acceso a esta (como el costo), y el modo en que esos factores varían en función de las comunidades y de sus integrantes, sin dejar de tener en cuenta cuestiones relacionadas con la raza, el género, el grupo étnico, el idioma, la orientación sexual, la existencia o no de discapacidad y la situación sociodemográfica de la comunidad, que son componentes importantes de la demanda de atención de salud.



## 6.0 Actualización de las directrices

---

**El caudal de datos empíricos relativos al desarrollo profesional, la captación, la contratación y la retención de personal de salud en las zonas rurales y remotas sigue creciendo, pero los datos siguen presentando deficiencias.**

**75**

El Grupo de elaboración de directrices recomendó revisar y actualizar las directrices con mayor frecuencia, lo que podría suponer ampliar su alcance. Por consiguiente, estas directrices se actualizarán y revisarán cinco años después de su publicación. A medida que se vaya acercando el final del período propuesto de cinco años, la Secretaría y el Grupo directivo de la OMS evaluarán la validez de las recomendaciones y la necesidad de orientaciones nuevas o de orientaciones más amplias sobre el tema.

Las futuras revisiones deberán incluir un marco que permita hacer un seguimiento de los recursos, los efectos directos, los resultados y la repercusión. Debe examinarse la pertinencia de las categorías existentes. Si se definen nuevas preguntas, deberá actualizarse la revisión y ampliarse el análisis y la búsqueda de datos empíricos para incluirlas, y aplicar al mismo tiempo el proceso de elaboración de directrices de la OMS. La OMS recibirá con agrado cualquier sugerencia relativa a preguntas adicionales que pudieran considerarse en la actualización de estas directrices.

## Referencias

1. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. World urbanization prospects: the 2018 revision. Nueva York: Naciones Unidas; 2019.
2. Kuddus MA, Tynan E, McBryde E. La urbanización: ¿un problema para los ricos y los pobres? *Public Health Reviews*. 2020;41(1):1. doi:10.1186/s40985-019-0116-0.
3. Liu Y, Li Y. Revitalizar el campo mundial. *Nature*. 2017;548(7667):275-7 (<http://www.nature.com/articles/548275a>, consultado el 10 de enero de 2021).
4. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report – executive summary. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328913>, consultado el 10 de enero de 2021).
5. Anand S, Bärnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *Lancet*. 2004;364(9445):1603-9. doi:10.1016/S0140-6736(04)17313-3. PMID: 15519630.
6. Joint Learning Initiative, editor. Human resources for health: overcoming the crisis. Cambridge, Mass Harvard University Press; 2004. ([https://www.who.int/hrh/documents/JLi\\_hrh\\_report.pdf](https://www.who.int/hrh/documents/JLi_hrh_report.pdf), consultado el 10 de enero de 2021).
7. Informe sobre la salud en el mundo 2006. Colaboremos por la salud salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
8. Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
9. Estado mundial de la infancia 2016. Una oportunidad para cada niño. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2016mundial-de-la-infancia-2016 ([https://www.unicef.org/media/50091/file/UNICEF\\_SOWC\\_2016\\_SP.pdf](https://www.unicef.org/media/50091/file/UNICEF_SOWC_2016_SP.pdf), consultado el 10 de enero de 2021).
10. Delivery care: global delivery care coverage and trends – percentage of births assisted by a skilled birth attendant, by country. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>, consultado el 10 de enero de 2021).
11. Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332164>, consultado el 10 de enero de 2021).
12. Viscomi M, Larkins S, Sen Gupta T. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Canadian Journal of Rural Medicine*. 2013;18:13-23.
13. Partnership for a New American Economy. Life support: the shortage of physicians in America's rural counties and how foreign-born doctors can help. New American Economy Research Fund; 2015 (<http://research.newamericaneconomy.org/wp-content/uploads/2015/09/lifesupport929-1.pdf>, consultado el 10 de enero de 2021).
14. Silveira RP, Pinheiro R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia: Brasil [Entendiendo la necesidad de médicos en el interior de la Amazonia: Brasil]. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Revista Brasileña de Educación Médica]. 2014;38(4):451-9 ([http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022014000400006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000400006&lng=pt&tlng=pt), consultado el 10 de enero de 2021).
15. Ahmed SM, Evans TG, Standing H, Mahmud S. Harnessing pluralism for better health in Bangladesh. *Lancet*. 2013;382(9906):1746-55 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613621479>, consultado el 10 de enero de 2021).



16. Rao KD, Shahrawat R, Bhatnagar A. Composition and distribution of the health workforce in India: estimates based on data from the National Sample Survey. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*. 2016;5(2): 133–140 (<http://www.who-seajph.org/text.asp?2016/5/2/133/206250>, consultado el 10 de enero de 2021).
17. Rural pharmacy and prescription drugs. Rural Health Information Hub (<https://www.ruralhealthinfo.org/topics/pharmacy-and-prescription-drugs>, consultado el 10 de enero de 2021).
18. The distribution of the U.S. primary care workforce. Primary Care Workforce Facts and Stats No. 3. Agency for Healthcare Research and Quality; 2018 (<https://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/primary/pcwork3/index.html>, consultado el 10 de enero de 2021).
19. Rural health statistics 2014–15. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Statistics Division; 2015 ([https://wcd.nic.in/sites/default/files/RHS\\_1.pdf](https://wcd.nic.in/sites/default/files/RHS_1.pdf), consultado el 10 de enero de 2021).
20. Anuario estadístico de China 2015. Beijing: Oficina Nacional de Estadística de China; 2015 (<http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2015/indexeh.htm>, consultado el 10 de enero de 2021).
21. Zhu A, Tang S, Thu NTH, Supheap L, Liu X. Analysis of strategies to attract and retain rural health workers in Cambodia, China, and Vietnam and context influencing their outcomes. *Recursos humanos para la salud*. 2019;17(1):2. doi:10.1186/s12960-018-0340-6.
22. Global Health Workforce Alliance. Health workforce innovation: accelerating private sector responses to the human resources for health crisis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 ([https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/privatesectorhrh\\_report/en/](https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/privatesectorhrh_report/en/), consultado el 10 de enero de 2021).
23. Odhiambo J, Rwabukwisi FC, Rusangwa C, Rusanganwa V, Hirschhorn LR, Nahimana E et al. Health worker attrition at a rural district hospital in Rwanda: a need for improved placement and retention strategies. *Pan African Medical Journal*. 2017;27:168.
24. Russell DJ, Zhao Y, Guthridge S, Ramjan M, Jones MP, Humphreys JS et al. Patterns of resident health workforce turnover and retention in remote communities of the Northern Territory of Australia, 2013–2015. *Human Resources for Health*. 2017;15(1):52 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-017-0229-9>, consultado el 11 de enero de 2021).
25. The labour market for human resources for health in low- and middle-income countries. *Human Resources for Health Observer*, Issue No. 11. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 ([https://www.who.int/hrh/resources/Observer11\\_WEB.pdf?ua=1](https://www.who.int/hrh/resources/Observer11_WEB.pdf?ua=1), consultado el 11 de enero de 2021).
26. Dieleman M, Harnmeijer J. Improving health worker performance: in search of promising practices. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Personal de Salud; 2006 ([https://www.who.int/hrh/resources/improving\\_hw\\_performance.pdf](https://www.who.int/hrh/resources/improving_hw_performance.pdf), consultado el 11 de enero de 2021).
27. 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 Services Research*. 2008;8(1):19 (<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-19>, consultado el 11 de enero de 2021).
28. Sheikh K, Freedman L, Ghaffar A, Marchal B, el-Jardali F, McCaffery J et al. Posting and transfer: key to fostering trust in government health services. *Human Resources for Health*. 2015;13(1):82 (<http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0080-9>, consultado el 11 de enero de 2021).
29. Buchan J, Dhillon IS, Campbell J editores. Health employment and economic growth: an evidence base. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 ([https://www.who.int/hrh/resources/WHO-HLC-Report\\_web.pdf](https://www.who.int/hrh/resources/WHO-HLC-Report_web.pdf), consultado el 11 de enero de 2021).

30. Lemiere C, Herbst C, Jahanshahi N, Smith E, Souca A, editores. Reducing geographical imbalances of the distribution of health workers in sub-Saharan Africa: a labor market angle on what works, what does not, and why. Washington (DC): Banco Mundial; 2011.
31. Araújo E, Maeda A. How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries: a guidance note. Washington (DC): Banco Mundial; 2013 (<http://documents1.worldbank.org/curated/en/273821468154769065/pdf/785060WP0HRHDC00Box377346B00PUBLIC0.pdf>, consultado el 11 de enero de 2021).
32. Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. Cobertura sanitaria universal: avanzando juntos para construir un mundo más saludable. Nueva York: Naciones Unidas; 2019 (<https://undocs.org/es/A/RES/74/2>, consultado el 11 de enero de 2021).
33. Abordar el déficit de 18 millones de trabajadores sanitarios – 35 acciones concretas y 6 mensajes clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. (<http://www.who.int/hrh/news/2019/addressing-18million-hw-shortfall-6-key-messages/en/>, consultado el 11 de enero de 2021).
34. George A, Scott K, Govender V. A health policy and systems research reader on human resources for health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/9789241513357/en/>, consultado el 11 de enero de 2021).
35. Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud. 63.ª Asamblea Mundial de la Salud: WHA63.16. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63-RECI/A63\\_REC1-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-RECI/A63_REC1-sp.pdf), consultado el 11 de enero de 2021).
36. Health workforce: health labour market. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/hrh/labour-market/en/>, consultado el 11 de enero de 2021).
37. Cuentas Nacionales del Personal de Salud: un manual. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330361>), consultado el 11 de enero de 2021).
38. Políticas y gestión en materia de personal sanitario en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19: orientaciones provisionales, 3 de diciembre de 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341554>), consultado el 11 de enero de 2021).
39. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368>, consultado el 11 de enero de 2021).
40. Rural poverty and health systems in the WHO European Region. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2010 ([https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/130726/e94659.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/130726/e94659.pdf?ua=1), consultado el 11 de enero de 2021).
41. Couper ID. Place in the sun: reflections on relationships, rules and rurality. Stellenbosch University; 2018 (<http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.31228.80002/1>, consultado el 11 de enero de 2021).
42. Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. Family Practice. 2003;20(4):457-63 (<https://academic.oup.com/fampra/article-lookup/doi/10.1093/fampra/cm9422>, consultado el 11 de enero de 2021).
43. Wakerman J, Bourke L, Humphreys J, Taylor J. Is remote health different to rural health? Rural Remote Health. 2017;17(2) (<http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=3832>, consultado el 11 de enero de 2021).
44. Wakerman J, Humphreys J, Russell D, Guthridge S, Bourke L, Dunbar T et al. Remote health workforce turnover and retention: what are the policy and practice priorities? Human Resources for Health. 2019;17(1):99 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-019-0432-y>, consultado el 11 de enero de 2021).

45. Manual para la elaboración de directrices, segunda edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254669/9789243548968-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consultado el 11 de enero de 2021).
46. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J et al. GRADE guidelines: 1. Introduction – GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011;64(4):383–94 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435610003306>, consultado el 11 de enero de 2021).
47. Ajuebor O, Boniol M, Mclsaac M, Onyedike C, Akl EA. Increasing access to health workers in rural and remote areas: what do stakeholders' value and find feasible and acceptable? *Human Resources for Health*. 2020;18:77.
48. Huicho L, Dieleman M, Campbell J, Codjia L, Balabanova D, Dussault G et al. Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2010;88(5):357–63 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/09-070920.pdf>, consultado el 14 de enero de 2021).
49. Dolea C, Stormont L, Braichet J-M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2010;88(5):379–85 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/09-070607.pdf>, consultado el 14 de enero de 2021).
50. Retention of the health workforce in rural and remote areas: a systematic review. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (Human Resources for Health Observer Series No. 25). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
51. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, the PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLOS Medicine*. 2009;(6):e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097.
52. Guyatt GH, Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Djulbegovic B, Nothacker M, Lange S et al. Guideline panels should seldom make good practice statements: guidance from the GRADE Working Group. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2016;80:3–7 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435616302311>, consultado el 14 de enero de 2021).
53. Buchan J. What difference does (“good”) HRM make? *Human Resources for Health*. 2004;2(1):6 (<http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-2-6>, consultado el 14 de enero de 2021).
54. Macduffie JP. Human resource bundles and manufacturing performance: organizational logic and flexible production systems in the world auto industry. *Industrial and Labor Relations Review*. 1995;48(2):197–221 (<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/001979399504800201>, consultado el 14 de enero de 2021).
55. Lau R, Stevenson F, Ong BN, Dziedzic K, Treweek S, Eldridge S et al. Achieving change in primary care – effectiveness of strategies for improving implementation of complex interventions: systematic review of reviews. *BMJ Open*. 2015;5(12):e009993 (<https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2015-009993>, consultado el 14 de enero de 2021).
56. Rowe AK, Rowe SY, Peters DH, Holloway KA, Chalker J, Ross-Degnan D. Effectiveness of strategies to improve health-care provider practices in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Global Health*. 2018;6(11):e1163–75 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X1830398X>, consultado el 14 de enero de 2021).
57. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Rican S. Has the diffusion of primary care teams in France improved attraction and retention of general practitioners in rural areas? *Health Policy*. 2019;123(5):508–15 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016885101930048X>, consultado el 14 de enero de 2021).

58. Kwan MMS, Kondalsamy-Chennakesavan S, Ranmuthugala G, Toombs MR, Nicholson GC. The rural pipeline to longer-term rural practice: general practitioners and specialists. *PLoS One*. 2017;12(7):e0180394 (<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0180394>, consultado el 14 de enero de 2021).
59. Declaración de Astaná: Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: Astaná (Kazajistán), 25 y 26 de octubre de 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328123>, consultado el 14 de enero de 2021).
60. Strasser R, Strasser S. Reimagining primary health care workforce in rural and underserved areas. Washington (DC): Banco Mundial; 2020 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/34906/Reimagining-Primary-Health-Care-Workforce-in-Rural-and-Underserved-Settings.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consultado el 14 de enero de 2021).
61. Working for health and growth: investing in the health workforce. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250047>, consultado el 14 de enero de 2021).
62. High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth: report of the expert group. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250040>, consultado el 14 de enero de 2021).
63. Boniol M, Mclsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311314>, consultado el 14 de enero de 2021).
64. Hatcher AM, Onah M, Kornik S, Peacocke J, Reid S. Placement, support, and retention of health professionals: national, cross-sectional findings from medical and dental community service officers in South Africa. *Human Resources for Health*. 2014;12(1):14 (<http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-12-14>, consultado el 14 de enero de 2021).
65. Mansoor GF, Hashemy P, Gohar F, Wood ME, Ayoubi SF, Todd CS. Midwifery retention and coverage and impact on service utilisation in Afghanistan. *Midwifery*. 2013;29(10):1088-94 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613813002398>, consultado el 14 de enero de 2021).
66. Joarder T, Rawal LB, Ahmed SM, Uddin A, Evans TG. Retaining doctors in rural Bangladesh: a policy analysis. *International Journal of Health Policy and Management*. 2018 ([http://ijhpm.com/article\\_3495.html](http://ijhpm.com/article_3495.html), consultado el 21 de enero de 2021).
67. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Make the SDGs a Reality. Nueva York: Naciones Unidas (<https://sdgs.un.org/>, consultado el 14 de enero de 2021).
68. Improving retention of health workers in rural and remote areas: case studies from WHO South-East Asia Region. Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334227>, consultado el 14 de enero de 2021).
69. Boelen C, Heck JE. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization; 1995 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/59441>, consultado el 14 de enero de 2021).
70. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58.
71. Fisher J, Cobb N, Pálsdóttir B, Gilbert JHV. Enabling universal coverage and empowering communities through socially accountable health workforce education. In: Health employment and economic growth: an evidence base. Geneva: World Health Organization; 2017:307-40.

- 
72. Grobler LA, Marais PN, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009;(1):CD005314.
  73. Physician distribution and health care challenges in rural and inner-city areas: Council on Graduate Medical Education tenth report. United States Department of Health and Human Services; 1998 ([https://pdfs.semanticscholar.org/3ea6/e4929741b25f9a4248795b79b2535cc5e277.pdf?\\_ga=2.105400577.364003231.1588062340-333002452.1585246733](https://pdfs.semanticscholar.org/3ea6/e4929741b25f9a4248795b79b2535cc5e277.pdf?_ga=2.105400577.364003231.1588062340-333002452.1585246733), consultado el 14 de enero de 2021).
  74. Geyman JP, Hart LG, Norris TE, Coombs JB, Lishner DM. Educating generalist physicians for rural practice: how are we doing? *Journal of Rural Health*. 2000;16(1):56–80.
  75. Tesson G, Curran V, Pong R, Strasser R. Advances in rural medical education in three countries: Canada, the United States and Australia. *Education for Health: Change in Learning and Practice*. 2005;18(3):405–15.
  76. Framing the health workforce agenda for the Sustainable Development Goals: biennium report 2016–2017: WHO health workforce. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272600>, consultado el 14 de enero de 2021).
  77. Norbye B, Skaalvik MW. Decentralized nursing education in northern Norway: towards a sustainable recruitment and retention model in rural Arctic healthcare services. *International Journal of Circumpolar Health*. 2013;72(1):22793 (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ijch.v72i0.22793>, consultado el 14 de enero de 2021).
  78. Cristobal F, Worley P. Can medical education in poor rural areas be cost-effective and sustainable: the case of the Ateneo de Zamboanga University School of Medicine. *Rural and Remote Health*. 2012;12:1835.
  79. MacDowell M, Glasser M, Hunsaker M. A decade of rural physician workforce outcomes for the Rockford Rural Medical Education (RMED) Program, University of Illinois. *Academic Medicine*. 2013;88(12):1941–7 (<http://journals.lww.com/00001888-201312000-00039>, consultado el 14 de enero de 2021).
  80. Boonlaksiri P, Tumviriyakul H, Arora R, Techakehakij W, Chamnan P, Umthong N. El aprendizaje basado en la comunidad mejora la retención de los médicos. *Educación para la salud*. 2018;31(2):114 (<http://www.educationforhealth.net/text.asp?2018/31/2/114/246748>, consultado el 14 de enero de 2021).
  81. Laven G, Wilkinson D. Rural doctors and rural backgrounds: how strong is the evidence? A systematic review. *Australian Journal of Rural Health*. 2003;11(6):277–84 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-1584.2003.00534.x>, consultado el 14 de enero de 2021).
  82. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Rabinowitz C. Long-term retention of graduates from a program to increase the supply of rural family physicians. *Academic Medicine*. 2005;80(8):728–32 (<http://journals.lww.com/00001888-200508000-00004>, consultado el 14 de enero de 2021).
  83. de Vries E, Reid S. Do South African medical students of rural origin return to rural practice? *South African Medical Journal*. 2003;93(10):789–93.
  84. Woloschuk W, Tarrant M. Do students from rural backgrounds engage in rural family practice more than their urban-raised peers? *Medical Education*. 2004;38(3):259–61.
  85. McGregor RG, Ross AJ, Zihindula G. The socioeconomic impact of rural-origin graduates working as healthcare professionals in South Africa. *South African Family Practice*. 2019;61(5):184–9 (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20786190.2019.1647006>, consultado el 14 de enero de 2021).
-

86. Campbell LM, Ross AJ, MacGregor RG. The Umthombo Youth Development Foundation, South Africa: lessons towards community involvement in health professional education. *African Journal of Health Professions Education*. 2016;8(1):50 (<http://www.ajhpe.org.za/index.php/ajhpe/article/view/559>, consultado el 14 de enero de 2021).
87. Boelen C, Dharamsi S, Gibbs T. The social accountability of medical schools and its indicators. *Education for Health*. 2012;25(3):180 (<http://www.educationforhealth.net/text.asp?2012/25/3/180/109785>, consultado el 18 de enero de 2021).
88. Strasser R, Neusy A-J. Context counts: training health workers in and for rural and remote areas.. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2010;88(10):777-82 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/10/09-072462.pdf>, consultado el 18 de enero de 2021).
89. Bratt MM, Baernholdt M, Pruszyński J. ¿Son diferentes las enfermeras rurales y urbanas recién licenciadas? A longitudinal study of a nurse residency programme. *Journal of Nursing Management*. 2014;22(6):779-91. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01483.x.
90. Alebachew A, Waddington C. Improving health system efficiency: Ethiopia: human resources for health reforms. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/187240>, consultado el 18 de enero de 2021).
91. Review of Australian Government health workforce programs: 4.1 Health education strategies for rural distribution. Government of Australia, Department of Health (<https://www1.health.gov.au/Internet/publications/publishing.nsf/Content/work-review-australian-government-health-workforce-programs-toc-chapter-4-addressing-health-workforce-shortages-regional-rural-remote-australia-chapter-4-health-education-strategies-rural-distribution>, consultado el 18 de enero de 2021).
92. Bentley M, Dummond N, Isaac V, Hodge H, Walters L. Doctors' rural practice self-efficacy is associated with current and intended small rural locations of practice. *Australian Journal of Rural Health*. 2019;27(2):146-52 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ajr.12486>, consultado el 18 de enero de 2021).
93. Johnson G, Byun R, Foster K, Wright F, Blinkhorn A. A longitudinal workforce analysis of a Rural Clinical Placement Program for final year dental students. *Revista dental australiana*. 2019 Jun ; 64(2):181-92. (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/adj.12691>).
94. Thackrah RD, Hall M, Fitzgerald K, Thompson SC. Up close and real: living and learning in a remote community builds students' cultural capabilities and understanding of health disparities. *International Journal for Equity in Health*. 2017;16(1):119 (<http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-017-0615-x>, consultado el 18 de enero de 2021).
95. Smucny J, Beatty P, Grant W, Dennison T, Wolff LT. An evaluation of the Rural Medical Education Program of the State University of New York Upstate Medical University, 1990-2003. *Academic Medicine*. 2005;80(8):733-8 (<http://journals.lww.com/00001888-200508000-00006>, consultado el 18 de enero de 2021).
96. Winn CS, Chisholm BA, Hummelbrunner JA, Tryssenaar J, Kandler LS. Impact of the Northern Studies Stream and Rehabilitation Studies programs on recruitment and retention to rural and remote practice: 2002-2010. *Rural and Remote Health*. 2015;15(2):3126.
97. Strasser R, Hogenbirk JC, Lewenberg M, Story M, Kevat A. Starting rural, staying rural: how can we strengthen the pathway from rural upbringing to rural practice? *Australian Journal of Rural Health*. 2010 ;18(6):242-8. (<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-1584.2010.01167.x>, consultado el 18 de enero de 2021).
98. Gaski M, Abelsen B. Designing medical internships to improve recruitment and retention of doctors in rural areas. *International Journal of Circumpolar Health*. 2017;76(1):1314415 (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/22423982.2017.1314415>, consultado el 18 de enero de 2021).

- 
99. Craig PL, Barnard A, Glasgow N, May E. Evaluating the health “hubs and spokes” interprofessional placements in rural New South Wales, Australia. *Journal of Allied Health*. 2014;43(3):176–83.
  100. Curran V, Rourke J. The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. *Medical Teacher*. 2004;26(3):265–72 (<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0142159042000192055>, consultado el 18 de enero de 2021).
  101. Kaye DK, Mwanika A, Sewankambo N. Influence of the training experience of Makerere University medical and nursing graduates on willingness and competence to work in rural health facilities. *Rural and Remote Health*. 2010;10(1):1372.
  102. Mathews M, Rourke JTB, Park A. The contribution of Memorial University’s medical school to rural physician supply. *Canadian Journal of Rural Medicine*. 2008;13(1):15–21.
  103. Rourke J, Asghari S, Hurley O, Ravalía M, Jong M, Graham W et al. Does rural generalist focused medical school and family medicine training make a difference? Memorial University of Newfoundland outcomes. *Rural Remote Health*. 2018;18(1):4426 (<https://www.rrh.org.au/journal/article/4426>, consultado el 18 de enero de 2021).
  104. Worley P, Silagy C, Prideaux D, Newble D, Jones A. The Parallel Rural Community Curriculum: an integrated clinical curriculum based in rural general practice. *Medical Education*. 2000;34(7):558–65. (<http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2923.2000.00668.x>, consultado el 18 de enero de 2021).
  105. Eidson-Ton WS, Rainwater J, Hilty D, Henderson S, Hancock C, Nation CL et al. Training medical students for rural, underserved areas: a rural medical education program in California. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2016;27(4):1674–88 (<https://muse.jhu.edu/article/634621>, consultado el 18 de enero de 2021).
  106. Wilson AA. Impact of management development on nurse retention. *Nursing Administration Quarterly*. 2005;29(2):137–45 (<http://journals.lww.com/00006216-200504000-00008>, consultado el 18 de enero de 2021).
  107. Squires A. New graduate orientation in the rural community hospital. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2002;33(5):203–9 (<https://www.healio.com/nursing/journals/jcen/2002-9-33-5/%7Bbe3ef642-1972-4811-94dc-8126582b602a%7D/new-graduate-orientation-in-the-rural-community-hospital>, consultado el 18 de enero de 2021).
  108. MacVicar R, Clarke G, Hogg DR. Scotland’s GP Rural Fellowship: an initiative that has impacted on rural recruitment and retention. *Rural and Remote Health*. 2016;16(1):355.
  109. Straume K, Shaw DM. Effective physician retention strategies in Norway’s northernmost county. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2010;88(5):390–4 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/09-072686.pdf>, consultado el 18 de enero de 2021).
  110. Cross W, Wyman PA. Training and motivational factors as predictors of job satisfaction and anticipated job retention among implementers of a school-based prevention program. *Journal of Primary Prevention*. 2006;27(2):195–215 (<http://link.springer.com/10.1007/s10935-005-0018-4>, consultado el 18 de enero de 2021).
  111. O’Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolfe F, Davis D, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001;CD003030. doi:10.1002/14651858.CD003030.
  112. White CD, Willett K, Mitchell C, Constantine S. Making a difference: education and training retains and supports rural and remote doctors in Queensland. *Rural and Remote Health*. 2007;7(2):700.
  113. Healey-Ogden M, Wejr P, Farrow C. British Columbia: improving retention and recruitment in smaller communities. *Canadian Journal of Nursing Leadership*. 2012;25:37–44 (<http://www.longwoods.com/content/22812>, consultado el 18 de enero de 2021).
-

114. Michel-Schuldt M, Dayon MB, Toft Klar R, Subah M, King-Lincoln E, Kpangbala-Flomo C et al. Continuous professional development of Liberia's midwifery workforce: a coordinated multi-stakeholder approach. *Midwifery*. 2018;62:77-80 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613818300664>, consultado el 18 de enero de 2021).
115. Humphreys J, Wakerman J, Wells R, Kuipers P, Jones J, Entwistle P et al. Improving primary healthcare workforce retention in small rural and remote health communities: how important is ongoing education and training? Australian National University; 2017 (<https://openresearch-repository.anu.edu.au/handle/1885/119207>, consultado el 18 de enero de 2021).
116. Van Dormael M, Dugas S, Kone Y, Coulibaly S, Sy M, Marchal B et al. Appropriate training and retention of community doctors in rural areas: a case study from Mali. *Human Resources for Health*. 2008;6(1):25 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-6-25>, consultado el 18 de enero de 2021).
117. Assessing scope of practice in health care delivery: critical questions in assuring public access and safety. Federation of State Medical Boards; 2005 (<https://www.fsmb.org/siteassets/advocacy/policies/assessing-scope-of-practice-in-health-care-delivery.pdf>, consultado el 19 de enero de 2021).
118. Henry LR, Hooker RS, Yates KL. The role of physician assistants in rural health care: a systematic review of the literature. *Journal of Rural Health*. 2011;27(2):220-9. doi:10.1111/j.1748-0361.2010.00325.x.
119. Hoodless M, Bourke L. Expanding the scope of practice for enrolled nurses working in an Australian rural health service: implications for job satisfaction. *Nurse Education Today*. 2009;29(4):432-8 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260691708001305>, consultado el 19 de enero de 2021).
120. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002;324(7341):819-23 (<https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.324.7341.819>, consultado el 19 de enero de 2021).
121. Lassi ZS, Cometto G, Huicho L, Bhutta ZA. Quality of care provided by mid-level health workers: systematic review and meta-analysis. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2013;91(11):824-33 (<http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/91/11/13-118786.pdf>, consultado el 19 de enero de 2021).
122. Taegtmeier M, Martineau T, Namwebya JH, Ikahu A, Ngare CW, Sakwa J et al. A qualitative exploration of the human resource policy implications of voluntary counselling and testing scale-up in Kenya: applying a model for policy analysis. *BMC Public Health*. 2011;11(1):812 (<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-812>, consultado el 19 de enero de 2021).
123. Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet*. 2007;370(9605):2158-63 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673607607855>, consultado el 19 de enero de 2021).
124. Lewin S, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja GN, van Wyk BE et al. Trabajadores sanitarios no profesionales en la atención primaria y comunitaria. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005;CD004015.pub2.doi:10.1002/14651858.CD004015.pub2.
125. Kurti L, Rudland S, Wilkinson R, DeWitt D, Zhang C. Physician's assistants: a workforce solution for Australia? *Australian Journal of Primary Health*. 2011;17(1):23 (<http://www.publish.csiro.au/?paper=PY10055>, consultado el 19 de enero de 2021).
126. Munga MA, Kilima SP, Mutalemwa PP, Kisoka WJ, Malecela MN. Experiences, opportunities and challenges of implementing task shifting in underserved remote settings: the case of Kongwa district, central Tanzania. *BMC International Health and Human Rights*. 2012;12(1):27 (<https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-698X-12-27>, consultado el 19 de enero de 2021).

127. Okyere E, Mwanri L, Ward P. ¿Es el cambio de tareas una solución a la escasez de personal sanitario en el norte de Ghana? *PLoS One*. 2017;12(3):e0174631 (<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0174631>, consultado el 19 de enero de 2021).
128. Pereira C, Cumbi A, Malalane R, Vaz F, McCord C, Bacci A et al. Meeting the need for emergency obstetric care in Mozambique: work performance and histories of medical doctors and assistant medical officers trained for surgery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2007;114(12):1530–3. doi:10.1111/j.1471-0528.2007.01489.x.
129. Grant M, Wilford A, Haskins L, Phakathi S, Mntambo N, Horwood CM. Trust of community health workers influences the acceptance of community-based maternal and child health services. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*. 2017;9:1 (<https://phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/1281>, consultado el 19 de enero de 2021).
130. Directrices de la OMS sobre la política sanitaria y el apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 ([https://www.who.int/hrh/resources/18169\\_WHOGuidelines-sp.pdf?ua=1](https://www.who.int/hrh/resources/18169_WHOGuidelines-sp.pdf?ua=1), consultado el 19 de enero de 2021).
131. Frehywot S, Mullan F, Payne PW, Ross H. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2010;88(5):364–70.
132. Reid SJ. Servicio comunitario obligatorio para médicos en Sudáfrica: una evaluación del primer año. *South African Medical Journal*. 2001;91(4):329–35 (<https://www.ajol.info/index.php/samj/article/view/157573>, consultado el 22 de enero de 2021).
133. Cavender A, Albán M. El servicio médico obligatorio en Ecuador: la perspectiva del médico. *Social Science and Medicine*. 1998;47(12):1937–46 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953698003359>, consultado el 22 de enero de 2021).
134. Bärnighausen T, Bloom DE. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2009;9(1):86 (<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-86>, consultado el 22 de enero de 2021).
135. Mathews M, Heath SL, Neufeld SM, Samarasena A. Evaluation of physician return-for-service agreements in Newfoundland and Labrador. *Healthcare Policy = Politiques De Sante*. 2013;8(3):42–56.
136. Devine SG, Williams G, Nielsen I. Rural allied health scholarships: do they make a difference? *Rural and Remote Health*. 2013;13(4):2459.
137. Renner DM, Westfall JM, Wilroy LA, Ginde AA. The influence of loan repayment on rural healthcare provider recruitment and retention in Colorado. *Rural and Remote Health*. 2010;10(4):1605.
138. Martineau T, Decker K, Bundred P. «Fuga de cerebros» de los profesionales de la salud: de la retórica a la acción responsable. *Health Policy*. 2004;70(1):1–10 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851004000077>, consultado el 23 de enero de 2021).
139. Dieleman M, Cuong PV, Anh LV, Martineau T. Identifying factors for job motivation of rural health workers in north Viet Nam. *Human Resources for Health*. 2003;1(1):10 (<http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-1-10>, consultado el 23 de enero de 2021).
140. Ipinge SN, Hofnie K, van der Westhuizen L, Pendukeni M. Perceptions of health workers about conditions of service: a Namibian case study. *Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET)*; 2006 (<http://www.albacharia.ma/xmlui/bitstream/handle/123456789/31905/DIS35HRIipinge.pdf>, consultado el 23 de enero de 2021).
141. Mangham LJ, Hanson K. Employment preferences of public sector nurses in Malawi: results from a discrete choice experiment. *Tropical Medicine and International Health*. 2008;13(12):1433–41 (<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-3156.2008.02167.x>, consultado el 23 de enero de 2021).

142. Martineau T, Lehmann U, Matwa P, Kathyola J, Storey K. Factors affecting retention of different groups of rural health workers in Malawi and Eastern Cape Province, South Africa. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Alliance for Health Policy and Systems Research; Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud; 2006.
143. Kotzee TJ, Couper ID. What interventions do South African qualified doctors think will retain them in rural hospitals of the Limpopo province of South Africa? *Rural and Remote Health*. 2006;6(3):581.
144. Humphreys J, Wakerman J, Pashen D, Buykx P. Retention strategies and incentives for health workers in rural and remote areas: what works? Canberra: Australian Primary Health Care Research Institute; 2009 ([https://rsph.anu.edu.au/files/international\\_retention\\_strategies\\_research\\_pdf\\_10642.pdf](https://rsph.anu.edu.au/files/international_retention_strategies_research_pdf_10642.pdf), consultado el 23 de enero de 2021).
145. Ashkenazi Y, Gordon M, Rosen B. Using financial incentives to attract medical residents to the periphery: the Israeli experience. *Health Policy*. 2019;123(1):80–6 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851018305827>, consultado el 23 de enero de 2021).
146. Lisam S, Nandi S, Kanungo K, Verma P, Mishra J, Mairembam D. Strategies for attraction and retention of health workers in remote and difficult-to-access areas of Chhattisgarh, India: do they work? *Indian Journal of Public Health*. 2015;59(3):189 (<http://www.ijph.in/text.asp?2015/59/3/189/164656>, consultado el 23 de enero de 2021).
147. Solowiej K, Upton P, Upton D. A scheme to support the recruitment and retention of allied health professionals to hard to fill posts in rural areas. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2010;17(10):545–55 (<http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/ijtr.2010.17.10.78813>, consultado el 23 de enero de 2021).
148. Sirili N, Frumence G, Kiwara A, Mwangu M, Anaeli A, Nyamhanga T et al. Retention of medical doctors at the district level: a qualitative study of experiences from Tanzania. *BMC Health Services Research*. 2018;18(1):260 (<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3059-0>, consultado el 23 de enero de 2021).
149. Goma FM, Tomblin Murphy G, MacKenzie A, Libetwa M, Nzala SH, Mbwili-Muleya C et al. Evaluation of recruitment and retention strategies for health workers in rural Zambia. *Human Resources for Health*. 2014;12:S1 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-12-S1-S1>, consultado el 23 de enero de 2021).
150. Reid S. Monitoring the effect of the new rural allowance for health professionals. Durban: Health Systems Trust; 2004 ([https://www.researchgate.net/publication/322273005\\_Monitoring\\_the\\_effect\\_of\\_the\\_new\\_rural\\_allowance\\_for\\_health\\_professionals](https://www.researchgate.net/publication/322273005_Monitoring_the_effect_of_the_new_rural_allowance_for_health_professionals), consultado el 23 de enero de 2021).
151. Yong J, Scott A, Gravelle H, Sivey P, McGrail M. Do rural incentives payments affect entries and exits of general practitioners? *Social Science and Medicine*. 2018;214:197–205 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953618304386>, consultado el 23 de enero de 2021).
152. Singh D, Negin J, Otim M, Orach CG, Cumming R. The effect of payment and incentives on motivation and focus of community health workers: five case studies from low- and middle-income countries. *Human Resources for Health*. 2015;13(1):58 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0051-1>, consultado el 23 de enero de 2021).
153. Janes R, Dowell A. New Zealand Rural General Practitioners 1999 Survey, Part 3: rural general practitioners speak out. *New Zealand Medical Journal*. 2004;117(1191):U815.
154. Mkoka DA, Mahiti GR, Kiwara A, Mwangu M, Goicolea I, Hurtig A-K. “Once the government employs you, it forgets you”: health workers’ and managers’ perspectives on factors influencing working conditions for provision of maternal health care services in a rural district of Tanzania. *Human Resources for Health*. 2015;13(1):77 (<http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0076-5>, consultado el 23 de enero de 2021).

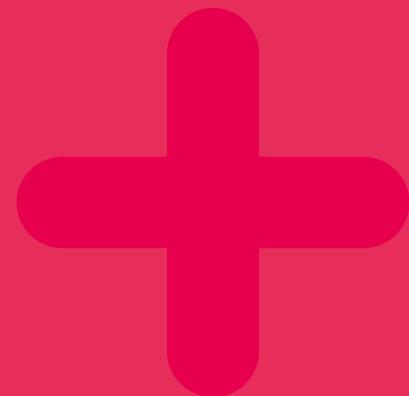
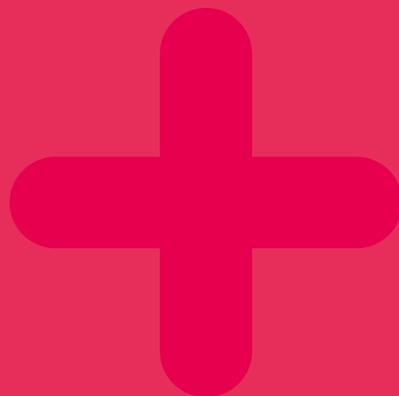
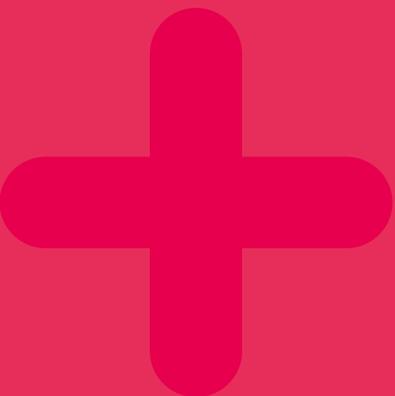
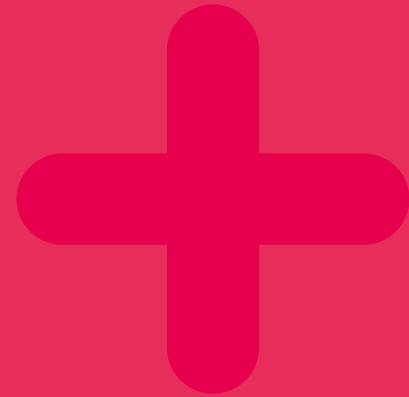
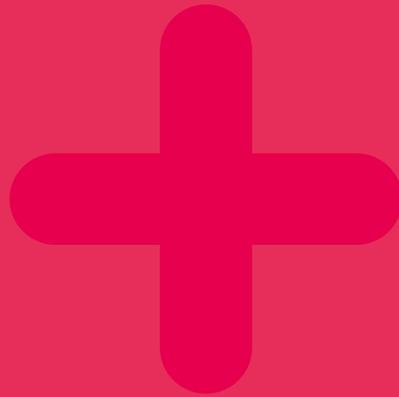
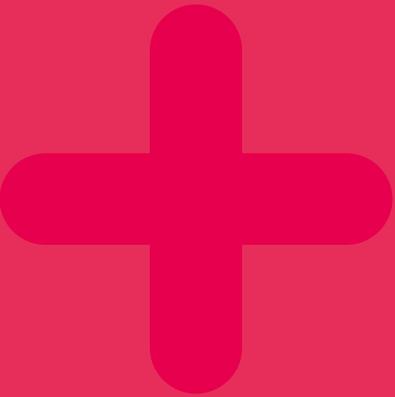
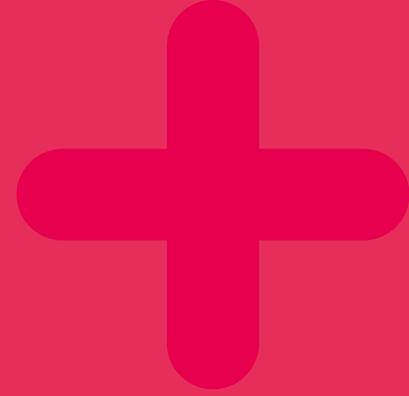
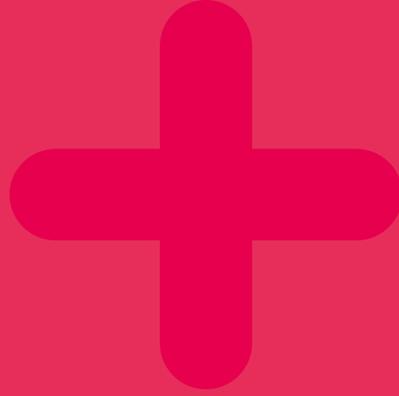
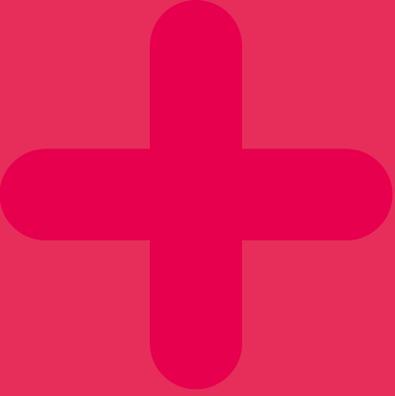
- 
155. Narayan V, John-Stewart G, Gage G, O'Malley G. "If I had known, I would have applied": poor communication, job dissatisfaction, and attrition of rural health workers in Sierra Leone. *Human Resources for Health*. 2018;16(1):50 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-018-0311-y>, consultado el 23 de enero de 2021).
156. Codjia L, Jabot F, Dubois H, World Health Organization. Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali [Evaluation of the support programme for the medicalization of rural health areas in Mali]. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44277>, consultado el 23 de enero de 2021).
157. Zimmerman M, Shah S, Shakya R, Sundar Chansi B, Shah K, Munday D et al. A staff support programme for rural hospitals in Nepal. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2016;94(1):65-70.
158. Belaid L, Dagenais C, Moha M, Ridde V. Understanding the factors affecting the attraction and retention of health professionals in rural and remote areas: a mixed-method study in Niger. *Human Resources for Health*. 2017;15(1):60. (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-017-0227-y>, consultado el 23 de enero de 2021).
159. Darkwa EK, Newman MS, Kawkab M, Chowdhury ME. A qualitative study of factors influencing retention of doctors and nurses at rural healthcare facilities in Bangladesh. *BMC Health Services Research*. 2015;15(1):344. (<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1012-z>, consultado el 23 de enero de 2021).
160. Bilodeau H, Leduc N. [Inventory of the main factors determining the attraction, installation and retention of physicians in remote areas]. *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*. 2003 Sep;43(3):485-504.
161. Glazebrook RM, Harrison SL. Obstacles and solutions to maintenance of advanced procedural skills for rural and remote medical practitioners in Australia. *Rural Remote Health*. 2006;6(4):502.
162. Manahan C, Lavoie JG. Who stays in rural practice? An international review of the literature on factors influencing rural nurse retention. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*. 2008;8(2):45-53.
163. Terry D, Lê Q, Nguyen U, Hoang H. Workplace health and safety issues among community nurses: a study regarding the impact on providing care to rural consumers. *BMJ Open*. 2015;5(8):e008306 (<https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2015-008306>, consultado el 24 de enero de 2021).
164. Wurie HR, Samai M, Witter S. Retention of health workers in rural Sierra Leone: findings from life histories. *Human Resources for Health*. 2016;14(1):3 (<http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-016-0099-6>, consultado el 24 de enero de 2021).
165. Occupational health: a manual for primary health care workers. El Cairo: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para el Mediterráneo Oriental; 2002 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/116326>, consultado el 24 de enero de 2021).
166. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud, Internacional de Servicios Públicos; 2002, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44072>, consultado el 24 de enero de 2021).
167. Franche RL, Murray EJ, Ostry A, Ratner PA, Wagner SL, Harder HG. Work disability prevention in rural healthcare workers. *Rural and Remote Health*. 2010;10(4):1502.
-

168. Lenthall S, Wakerman J, Opie T, Dollard M, Dunn S, Knight S et al. What stresses remote area nurses? Current knowledge and future action. *Australian Journal of Rural Health*. 2009;17(4):208–13. doi:10.1111/j.1440-1584.2009.01073.x.
169. Lenthall S, Wakerman J, Dollard MF, Dunn S, Knight S, Opie T et al. Reducing occupational stress among registered nurses in very remote Australia: a participatory action research approach. *Collegian*. 2018;25(2):181–91 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1322769617300926>, consultado el 24 de enero de 2021).
170. George AS, McConville F, de Vries S, Nigenda G, Sarfraz S, Mclsaac M. Violence against female health workers is tip of iceberg of gender power imbalances. *BMJ*. 2020;371:m3546.
171. Organización Mundial de la Salud, Burton J. WHO healthy workplace framework and model: background and supporting literature and practices. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/113144>, consultado el 24 de enero de 2021).
172. Oficina Internacional del Trabajo, Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación. Guía práctica para la incorporación del empleo y el trabajo decente. Aplicación a nivel de país. Ginebra: OIT; 2008 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---exrel/documents/publication/wcms\\_172615.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---exrel/documents/publication/wcms_172615.pdf), consultado el 24 de enero de 2021).
173. Indicadores de trabajo decente. ¿Qué hace que el trabajo sea decente? ¿Y cómo medirlo? Ginebra: Organización Internacional del Trabajo ([http://www.ilo.org/integration/themes/mdw/WCMS\\_189392/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/integration/themes/mdw/WCMS_189392/lang--en/index.htm), consultado el 24 de enero de 2021).
174. Henderson LN, Tulloch J. Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries. *Human Resources for Health*. 2008;6(1):18 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-6-18>, consultado el 24 de enero de 2021).
175. Couper ID, Hugo JFM, Conradie H, Mfenyana K, Members of the Collaboration for Health Equity through Education and Research (CHEER). Influences on the choice of health professionals to practice in rural areas. *South African Medical Journal = Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Geneeskunde*. 2007;97(11):1082–6.
176. Programa ampliado de inmunización. Formación para gestores de nivel medio (MLM). Módulo 4: Supervisión de apoyo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/immunization/documents/mlm/en/>, consultado el 24 de enero de 2021).
177. Rahman SM, Ali NA, Jennings L, Seraji MHR, Mannan I, Shah R et al. Factors affecting recruitment and retention of community health workers in a newborn care intervention in Bangladesh. *Human Resources for Health*. 2010;8(1):12 (<http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-8-12>, consultado el 24 de enero de 2021).
178. Abbey M, Bartholomew LK, Nonvignon J, Chinbuah MA, Pappoe M, Gyapong M et al. Factors related to retention of community health workers in a trial on community-based management of fever in children under 5 years in the Dangme West district of Ghana. *International Health*. 2014;6(2):99–105 (<https://academic.oup.com/inthealth/article-lookup/doi/10.1093/inthealth/ihu007>, consultado el 24 de enero de 2021).
179. Watanabe M, Jennett P, Watson M. The effect of information technology on the physician workforce and health care in isolated communities: the Canadian picture. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 1999;5(2\_suppl):11-19 (<http://journals.sagepub.com/doi/10.1258/1357633991933477>, consultado el 25 de enero de 2021).
180. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SSE, Bailie RS. Clínicas de extensión de especialistas en atención primaria y entornos hospitalarios rurales. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003;CD003798 (<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003798.pub2>, consultado el 25 de enero de 2021).

- 
181. Gagnon M-P, Duplantie J, Fortin J-P, Landry R. Exploring the effects of telehealth on medical human resources supply: a qualitative case study in remote regions. *BMC Health Services Research*. 2007;7:6.
  182. Gagnon M-P, Duplantie J, Fortin J-P, Landry R. Implementing telehealth to support medical practice in rural/remote regions: what are the conditions for success? *Implementation Science*. 2006;1(1):18 (<http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-1-18>, consultado el 25 de enero de 2021).
  183. Mbemba GIC, Bagayoko CO, Gagnon M-P, Hamelin-Brabant L, Simonyan DA. The influence of a telehealth project on healthcare professional recruitment and retention in remote areas in Mali: a longitudinal study. *SAGE Open Medicine*. 2016;4:2050312116648047.
  184. Komaromy M, Duhigg D, Metcalf A, Carlson C, Kalishman S, Hayes L et al. Project ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes): a new model for educating primary care providers about treatment of substance use disorders. *Substance Abuse*. 2016;37(1):20–4 (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08897077.2015.1129388>, consultado el 25 de enero de 2021).
  185. Bagayoko C-O, Gagnon M-P, Traoré D, Anne A, Traoré AK, Geissbuhler A. E health, another mechanism to recruit and retain healthcare professionals in remote areas: lessons learned from EQUI-ResHuS project in Mali. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2014;14(1):120 (<https://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12911-014-0120-8>, consultado el 25 de enero de 2021).
  186. Bervell B, Al-Samarraie H. A comparative review of mobile health and electronic health utilization in sub-Saharan African countries. *Social Science and Medicine*. 2019;232:1–16 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953619302242>, consultado el 25 de enero de 2021).
  187. Ly BA, Labonté R, Bourgeault IL, Niang MN. The individual and contextual determinants of the use of telemedicine: a descriptive study of the perceptions of Senegal's physicians and telemedicine projects managers. *PLoS One*. 2017;12(7):e0181070.
  188. mHealth: New horizons for health through mobile technologies. Observatorio Mundial de Cibersalud, volumen 3. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 ([http://www.who.int/goe/publications/goe\\_mhealth\\_web.pdf](http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf), consultado el 25 de enero de 2021).
  189. Masango S, Gathu K, Sibandze S. Retention strategies for Swaziland's health sector workforce: assessing the role of non-financial incentives. EQUINET Discussion Paper 68. Harare: Regional Network for Equity in Health in Southern Africa.
  190. Butterworth K, Hayes B, Neupane B. Retention of general practitioners in rural Nepal: a qualitative study. *Australian Journal of Rural Health*. 2008;16(4):201–6. doi:10.1111/j.1440-1584.2008.00976.x.
  191. Connolly M, Sweet L, Campbell D. What is the impact of longitudinal rural medical student clerkships on clinical supervisors and hospitals? *Rural longitudinal integrated clerkships*. *Australian Journal of Rural Health*. 2014;22(4):179–88. doi:10.1111/ajr.12097.
  192. Levesque M, Hatcher S, Savard D, Kamyap RV, Jean P, Larouche C. Physician perceptions of recruitment and retention factors in an area with a regional medical campus. *Canadian Medical Education Journal*. 2018;9(1):e74–83.
  193. Couper ID, Worley PS. Salud e información en África: el papel de la revista *Rural and Remote Health*. *Rural and Remote Health*. 2006;6(3):644.
  194. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Human Resources for Health*. 2003;1(1):12 (<http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-1-12>, consultado el 25 de enero de 2021).
-

195. Gardiner M, Sexton R, Kearns H, Marshall K. Impact of support initiatives on retaining rural general practitioners. *Australian Journal of Rural Health*. 2006;14(5):196-201. doi:10.1111/j.1440-1584.2006.00808.x.
196. Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S, Wyness L, Blaauw D, Ditlopo P. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2008;8(1):247 (<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-247>, consultado el 25 de enero de 2021).
197. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. How to conduct a discrete choice experiment for health workforce recruitment and retention in remote and rural areas: a user guide with case studies. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 ([https://www.who.int/hrh/resources/DCE\\_UserGuide\\_WEB.pdf?ua=1](https://www.who.int/hrh/resources/DCE_UserGuide_WEB.pdf?ua=1), consultado el 25 de enero de 2021).
198. Robyn PJ, Shroff Z, Zang OR, Kingue S, Djienuouassi S, Kouontchou C et al. Addressing health workforce distribution concerns: a discrete choice experiment to develop rural retention strategies in Cameroon. *Revista internacional de política y gestión sanitaria*. 2015;4(3):169-80 ([http://ijhpm.com/article\\_2956\\_616.html](http://ijhpm.com/article_2956_616.html), consultado el 25 de enero de 2021).
199. Abdel-All M, Angell B, Jan S, Howell M, Howard K, Abimbola S et al. What do community health workers want? Findings of a discrete choice experiment among accredited social health activists (ASHAs) in India. *BMJ Global Health*. 2019;4(3):e001509 (<https://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2019-001509>, consultado el 25 de enero de 2021).
200. Mandeville KL, Lagarde M, Hanson K. The use of discrete choice experiments to inform health workforce policy: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2014;14(1):367 (<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-367>, consultado el 25 de enero de 2021).
201. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D et al. Cómo diseñamos los estudios de viabilidad. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009;36(5):452-7 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379709000968>, consultado el 25 de enero de 2021).
202. Dal Poz M, Gupta N, Quain E, Soucat A, editores. Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health: with special applications for low- and middle-income countries. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547703_eng.pdf), consultado el 25 de enero de 2021).
203. Buchan J. Reviewing the benefits of health workforce stability. *Recursos Humanos para la Salud*. 2010;8:29. doi:10.1186/1478-4491-8-29.
204. Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas H, Rashidian A, Wainwright M et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Ciencia de la implementación*. 2018;13(S1):2 (<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-017-0688-3>, consultado el 26 de enero de 2021).





ISBN 978-92-4-003648-2

