

Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo

Incentives to attract and retain the health workforce in rural areas of Peru: a qualitative study

Luis Huicho ^{1,2}
Francisco Díez Canseco ³
Claudia Lema ⁴
J. Jaime Miranda ³
Andrés G. Lescano ⁵

Abstract

The study aimed to identify the main incentives for attracting and retaining health workers in rural and remote health facilities in Ayacucho, Peru. In-depth interviews were performed with 80 physicians, obstetricians, nurses, and nurse technicians in the poorest areas (20 per group), plus 11 health managers. Ayacucho lacks systematic policies for attracting and retaining human resources. The main incentives, in order of relevance, were higher wages, opportunities for further training, longer/permanent contracts, better infrastructure and medical equipment, and more staff. Interviewees also mentioned improved housing conditions and food, the opportunity to be closer to family, and recognition by the health system. Health workers and policymakers share perceptions on key incentives to encourage work in rural areas. However, there are also singularities to be considered when designing specific strategies. Public initiatives thus need to be monitored and evaluated closely in order to ensure the intended impact.

Health Manpower; Rural Population; Developing Countries

Introducción

El Perú presenta grandes inequidades en salud ^{1,2,3}, con brechas sub-nacionales de mortalidad y morbilidad, en desmedro de las áreas rurales y remotas ^{2,3}, con un progreso muy lento en el tiempo ^{4,5,6,7,8}. Están también extendidas las inequidades en la distribución de recursos humanos ^{2,3,9}.

Esta desigual distribución, como en el resto del mundo, genera escasez de personal en las zonas más necesitadas ^{10,11}, lo que impide alcanzar coberturas amplias con intervenciones de salud efectivas y limita el logro de los objetivos de desarrollo del milenio en salud ¹².

En este contexto, es fundamental fortalecer los sistemas de salud y mejorar la atracción y retención del personal de salud en zonas desfavorecidas.

Consecuentemente, hay un impulso renovado relativamente reciente para estudiar los incentivos y motivaciones del personal de salud para trabajar en zonas rurales y remotas, particularmente en países en desarrollo, aunque la evidencia disponible es todavía insuficiente, como lo ilustran recomendaciones recientemente publicadas ¹³. Dichos esfuerzos han mostrado en general que las combinaciones de incentivos financieros y no financieros parecen tener mayor impacto en la decisión del personal de salud que incentivos aislados como los financieros ^{13,14,15}. Sin embargo, en la mayoría de estudios

¹ Facultad de Medicina "Alberto Hurtado", Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

² Departamento de Pediatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

³ CRÓNICAS Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

⁴ Salud Sin Límites, Lima, Perú.

⁵ Departamento de Parasitología, US Naval Medical Research Unit No. 6, Lima, Perú.

Correspondencia

L. Huicho
Facultad de Medicina "Alberto Hurtado", Universidad Peruana Cayetano Heredia, Batallón Libres de Trujillo 227, Lima, Lima - L133, Perú.
lhuicho@gmail.com

se ha puesto énfasis en los médicos y hay necesidad de prestar mayor atención a los incentivos de los otros trabajadores de salud, que también juegan un rol clave en la atención de salud, especialmente en las zonas más desfavorecidas. Es sobre este marco teórico que se concibió nuestro estudio.

El objetivo del estudio fue identificar y describir los principales incentivos para atraer y retener a trabajadores de salud en establecimientos de salud de zonas rurales y distantes del departamento de Ayacucho, Perú. Es parte de un proyecto más amplio, que busca identificar las preferencias laborales del personal de salud a través de la metodología cuantitativa de modelo de elección discreta^{16,17}, cuyos resultados serán reportados por separado.

Material y métodos

Participantes

El Perú está dividido políticamente en 24 departamentos, cada departamento en provincias y cada provincia en distritos. El sistema de salud está organizado en direcciones regionales de salud (DIRESA). Cada DIRESA corresponde estrechamente a cada departamento. La DIRESA del departamento de Ayacucho tiene tres regiones geográficamente diferenciadas denominadas "redes de salud" (red Huamanga, red Centro y red Sur). La información fue recopilada en dos niveles: asistencial y gerencial. En el primero, a través de médicos, enfermeras, obstetras y técnicos de enfermería, que trabajaban en establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA) de las tres redes de salud.

En el nivel gerencial, a través de funcionarios de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA en Lima, de directivos de recursos humanos de la DIRESA Ayacucho y de las redes de salud, y de autoridades de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga (UNSCH).

Muestra

Se consideraron los distritos del quintil más bajo según su Índice de Desarrollo Humano (IDH < 0.5074)¹⁸. De los 51 distritos elegidos, la mayoría del centro y norte de Ayacucho, se excluyó a 13 que estaban al sur, muy distantes y poco accesibles. Finalmente, se incluyó a la capital de Ayacucho y de otras cuatro provincias, buscando un contraste con prestadores de salud de zonas más urbanas. El área de trabajo quedó definida por 43 distritos de las provincias de Cangallo,

Huamanga, Huanta, La Mar, Víctor Fajardo y Vilcashuamán. La provincia de Huanca Sancos quedó excluida porque tenía muy escasos establecimientos de salud.

Se decidió entrevistar a 80 informantes, 20 de cada grupo de interés (médicos, enfermeras, obstetras, técnicos de enfermería), priorizando a los de zonas rurales y establecimientos pequeños. Se buscó equilibrio entre mujeres y varones y que la cuarta parte fuesen trabajadores nombrados (menos numerosos, con contrato estable y beneficios laborales), para obtener también su perspectiva, además de la de los trabajadores no estables. Utilizando listados oficiales se seleccionó intencionalmente a 80 sujetos usando los siguientes criterios: profesión, sexo, tipo de contrato, ruralidad y tipo de establecimiento de salud. Además, se intentó llegar a la mayor cantidad posible de distritos y establecimientos.

La selección de los funcionarios fue también intencional. Localmente, fueron seleccionados directivos de recursos humanos de la DIRESA Ayacucho y de las tres redes de salud elegidas, así como funcionarios de las facultades de salud de la UNSCH. Los integrantes de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA de Lima fueron elegidos por su conocimiento de la situación de recursos humanos en el Perú.

Técnicas e instrumentos de recolección de información

Se realizaron entrevistas en profundidad. Para cada grupo se diseñaron guías con tres temas, objeto del presente artículo: (1) las condiciones laborales de los trabajadores rurales, (2) los incentivos que ofrece el sistema público para estimularlos y, (3) los incentivos demandados por los prestadores de salud y propuestos por los funcionarios para que los primeros continúen en zonas rurales.

Los instrumentos fueron probados en un estudio piloto conducido por el equipo de campo. El trabajo de campo se realizó de enero a abril del 2010.

Análisis de la información

Las entrevistas grabadas fueron transcritas e introducidas en el programa Atlas.ti 5.0 (Scientific Software Development GmbH, Berlin, Alemania), donde fueron codificadas utilizando un libro de códigos.

De acuerdo al principio de reflexividad, el análisis incorporó la perspectiva de los equipos de entrevistadores y analistas¹⁹. Se realizaron, grabaron y transcribieron reuniones para recoger

las impresiones de cada equipo y usarlas en el análisis. Además de triangular estas perspectivas, se contrastaron distintos materiales – transcripciones, notas de reuniones y de campo – y los puntos de vista de distintos informantes: prestadores de salud de cuatro profesiones diferentes y funcionarios de recursos humanos¹⁹. Se usó el método de Teoría Fundamentada^{20,21} para construir la teoría resultante de los datos, en base a las discusiones interactivas sobre la interpretación de los resultados, hasta alcanzar el punto de saturación a partir del cual no emergían más categorías temáticas.

Ética

El estudio fue aprobado por los Comités de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, de la Organización Mundial de la Salud, del Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la Marina de los EEUU, de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA y de la DIRESA Ayacucho. La participación de los entrevistados fue voluntaria y previa firma de un consentimiento informado.

Resultados

Características de los participantes

Los entrevistados trabajaban en 56 establecimientos de salud, ubicados en 28 distritos de seis provincias: Huamanga (26%), Cangallo (18%), Víctor Fajardo (15%), Vilcashuamán (15%), La Mar (15%) y Huanta (11%).

La Tabla 1 resume las características socio-demográficas y laborales de los entrevistados. Los médicos eran en promedio más jóvenes, más costeños y urbanos de origen, y más frecuentemente varones que mujeres.

Casi todos trabajaban en centros y puestos de salud (94%) y la mayoría estaba en distritos rurales (77,5%), aunque los médicos eran escasos en los establecimientos pequeños y apartados. La permanencia en el establecimiento actual era variable, no obstante, en promedio, los médicos y los técnicos tenían los periodos más cortos y más largos, respectivamente.

De los 11 funcionarios entrevistados, cinco fueron de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA, cuatro de la DIRESA y las redes de salud de Ayacucho, y dos de la UNSCH.

Condiciones laborales de los trabajadores rurales

Para comprender los incentivos identificados es necesario primero describir las condiciones de trabajo y de vida del personal de zonas rurales de Ayacucho. A nivel personal, un aspecto central es la separación de sus familiares, quienes residen generalmente en las ciudades, por problemas para acceder a vivienda y alimentación adecuadas, a buenas escuelas para sus hijos y a oportunidades de empleo para sus parejas.

A nivel laboral, la percepción predominante es que los sueldos son bajos. Existe preocupación por la inestabilidad laboral de los trabajadores temporales y malestar porque el sistema no ofrece oportunidades de formación, muy atractivas para quienes relacionan los puestos rurales con desactualización y aislamiento. A esto se suma una deficiente infraestructura de los establecimientos y escasez de personal. Todo esto alimenta una sensación de descuido y falta de reconocimiento del sector salud. A nivel del entorno existen diversas situaciones que dificultan la vida en zonas rurales: la inseguridad generada por la delincuencia, el narcotráfico y los accidentes de carretera; la carencia de medios de comunicación; la dureza del clima y la geografía; y, en ocasiones, las relaciones tensas con la comunidad.

Incentivos actuales para trabajar en zonas rurales

Prestadores de salud y funcionarios coinciden en que no existe un sistema de incentivos de alcance nacional o regional. Los intentos más claros eran las iniciativas de las redes de salud Norte y Huamanga, que proporcionaban alrededor de S/. 200.00 (US\$ 70.00) extras a quienes trabajaban en comunidades “distantes”. Sin embargo, beneficiaban a un grupo reducido, no estaban articuladas a una estrategia de retención y eran mantenidas por la autoridad regional, por lo que habían sido o serían desactivadas.

Algunos prestadores comentaron sobre la implementación de pagos escalonados en base a la distancia, nivel de pobreza o de inseguridad de su zona de trabajo, pero se referían a promesas incumplidas o a rumores sobre lo que podría implementarse.

Trabajadores contratados por los Comités Locales de Administración de Salud (establecimientos de salud en los que la gerencia y la administración están a cargo de miembros de la comunidad, quienes deciden también la contratación de prestadores de salud a plazo fijo), señalaron que aunque el reglamento definía incentivos para las zonas pobres, no se cumplía. Tampoco se había

Tabla 1

Perfil sociodemográfico de los trabajadores de salud entrevistados.

	Médicos (N = 20)		Enfermeras (N = 20)		Obstetras (N = 20)		Técnicos (N= 20 *)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad (en años)										
Media (DS)	36.7	(6.4)	38.0	(7.7)	40.9	(6.6)	42.4	(10.4)	39.5	(8.1)
Mediana	37		36		39.5		42.5		38	
Sexo										
Mujer	6	30	12	60	12	60	11	55	41	51,2
Varón	14	70	8	40	8	40	9	45	39	48,8
Lugar de nacimiento										
Ayacucho	3	15	14	70	18	90	14	70	49	61,3
Localidad urbana	18	90	14	70	14	70	10	50	56	70,0
Localidad rural	2	10	6	30	6	30	10	50	24	30,0
Grado educativo										
Técnico	0	0	0	0	0	0	17	85	17	21,3
Bachillerato/Licenciatura	16	80	20	100	16	80	2	10	54	67,5
Maestría	4	20	0	0	4	20	0	0	8	10,0
Ninguno	0	0	0	0	0	0	1	5	1	1,2
Finalización de formación (años)										
Media (DS)	7.5	(4.3)	11.9	(7.5)	14.2	(6.6)	17.5	(7.5)	12.7	(7.4)
Tipo de establecimiento de salud										
Hospital	0	0	2	10	1	5	2	10	5	6,2
Centro de salud	13	65	6	30	9	45	0	0	28	35,0
Puesto de salud	7	35	12	60	10	50	18	90	47	58,8
Tiempo de trabajo en el establecimiento de salud (años)										
Media (DS)	2.8	(3.6)	3.2	(3.7)	3.4	(2.7)	10.6	(8.8)	5	(6.1)
Condición laboral										
Nombrado	5	25	7	35	8	40	6	30	26	32,5
Contratado	12	60	11	55	11	55	14	70	48	60,0
SERUMS	3	15	2	10	1	5	0	0	6	7,5
Ubicación del establecimiento de salud										
Capital de Provincia	6	30	6	30	3	15	3	15	18	22,5
Otro distrito	14	70	14	70	17	85	17	85	62	77,5

DS: desviación estándar; SERUMS: Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud.

* El N en la categoría "Finalización de formación" es 19.

cumplido la promesa del MINSA de nombrar a los trabajadores de salud del valle de los ríos Apurímac y Ene, ubicados en la selva de Ayacucho, para retenerlos en dicho valle, que es una zona remota y afectada por el narcotráfico.

Por otro lado, el Estado implementa desde hace décadas el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), dirigido a profesionales de salud recién egresados, que son enviados a trabajar a zonas rurales o urbano-marginales durante un año. El SERUMS es requisito para trabajar en el sector público, recibir becas del Estado, y para ingresar a programas de segunda espe-

cialización. Desde hace unos años el SERUMS ofrece gastos de instalación y una remuneración mensual, por 12 meses y a cambio de 36 horas semanales de trabajo. Estos incentivos son superiores a los usualmente ofrecidos a profesionales contratados más experimentados.

Incentivos demandados y propuestos para permanecer en zonas rurales

Una idea extendida entre los trabajadores de salud es que su vida laboral tiene etapas. Al inicio, jóvenes y con menos responsabilidad familiar,

asumen a la zona rural como escenario de sus primeros trabajos. Sigue un largo recorrido que tiene como destino final ideal una ciudad importante, usualmente la capital de Ayacucho, pero también otras ciudades del país, dependiendo de dónde esté su familia y cuáles sean sus aspiraciones. De ahí que la mayoría de trabajadores rurales vean su futuro en la ciudad y estén deseosos de cerrar su etapa rural, convencidos de haber entregado sus mejores años y sacrificado a su familia al mantenerse lejos de su hogar.

“Particularmente ya no quisiera [quedarme]. Porque ya he trabajado. Ya he dado mi tiempo para la zona rural. De repente si yo recién empezara y tuviera todas esas oportunidades [incentivos] estaría feliz de la vida. Pero si ya tú permaneces en tu trabajo y ya estás bastante tiempo, ya no estás en eso. Ya he dado mi tiempo, he dado mis años para eso” (Técnica, 43, Cangallo).

Esta expectativa de volver pronto a la ciudad explica por qué algunos no permanecerían en la zona rural casi bajo ninguna condición y sin importar los incentivos. En este grupo, que con frecuencia tiene plazos cortos y metas claras de retorno a la ciudad, la familia y la necesidad de formarse son temas prioritarios.

“No [me quedaría], siempre estoy anhelando mi casa, en Huamanga está mi casa, mi familia, siempre voy a anhelar estar en Huamanga” (Enfermera, 36, Víctor Fajardo).

“De repente podría preguntarle eso a un médico joven, tal vez. Pero a mi persona, a mi edad... Urge la especialización, tengo necesidad de superarme...” (Doctor, 46, La Mar).

Un segundo grupo se mantendría en una zona rural sólo por un periodo corto, de dos o tres años, a cambio de incentivos. Sin embargo, algunos ya habrían decidido quedarse ese periodo, esperando su nombramiento o cumplir los cinco años como nombrados para ser destacados a una ciudad.

Un tercer grupo demandó incentivos para prolongar su permanencia, usualmente por unos cinco años y excepcionalmente de manera indefinida. Los incentivos descritos a continuación son demandas de los trabajadores y propuestas de los funcionarios para retener al personal en una zona rural de Ayacucho. Se describen primero aquellos incentivos que por su frecuencia en el discurso o por la importancia que se les asigna, serían más efectivos.

Aumento de sueldo

Tener un mejor salario es un incentivo mencionado comúnmente y considerado clave para mantenerse en una zona rural, tanto por los distintos grupos profesionales como por los funcio-

narios. Su importancia se incrementa porque los actuales sueldos se consideran injustos e insuficientes.

“De repente la diferencia también de sueldos [...] acá de repente pagan un poco más porque es una zona más alejada, porque los que están trabajando en Huamanga están ganando menos mucho menos. Claro que [a ellos] les da opciones de trabajar en otros lugares” (Doctor, 34, Cangallo).

El incentivo demandado varía en función de las expectativas del trabajador y su sueldo actual, el cual a su vez depende de su profesión y régimen laboral. Con frecuencia, se proponen aumentos del 30% al 100%, aunque algunos usan como referencia los salarios de sus pares de ESSALUD (Seguro Social) de Lima y, si son contratados, de sus colegas nombrados.

Hay quienes proponen salarios escalonados en base a la distancia entre una ciudad importante, usualmente Huamanga, y el establecimiento de salud. Así, a más distancia mayor salario. Sin embargo, algunos funcionarios señalan que el sistema impide aumentar los salarios de un grupo específico de trabajadores, lo que haría difícil su aplicación.

Formación y capacitación

Otro incentivo habitual e importante en el discurso de trabajadores rurales y funcionarios es acceder a una mejor y más frecuente formación y capacitación. Esta demanda responde a la idea de que permanecer en el campo los desactualiza y estanca profesionalmente.

“Mejor sería que nos den un curso o nos manden, que nos capaciten cada cierto tiempo, que haya un curso de emergencias obstétricas o planificación familiar porque ahorita nosotros solamente estamos con lo que hemos estudiado en la universidad” (Obstetriz, 35, Cangallo).

“No es lo mismo hacer el SERUMS en la ciudad que hacerlo en esta zona, son realidades totalmente distintas y otra [razón], hablando sinceramente, es la puntuación que te dan para el residentado. Esto por ser quintil uno tiene más puntuación para el examen de residentado que hacerlo en la ciudad que tiene de repente menos peso y menos puntaje por ser quintil cinco” (Doctor, 27, La Mar).

Los trabajadores de salud suelen imaginarse en el futuro con estudios de postgrado o especialización o retomando estudios postergados por su estancia en el campo.

La formación demandada es diversa: capacitaciones continuas, pasantías, diplomados y maestrías, a veces no presenciales. Las maneras de convertirla en un incentivo también son variadas: invitaciones, becas, horarios más flexibles y

cursos descentralizados, más cerca de sus zonas de trabajo.

Estabilidad laboral y nombramiento

Un incentivo clave para el personal contratado es el nombramiento, que supone mejor salario, estabilidad y derechos laborales.

“¿Hasta cuándo estaremos contratados? ¿Qué tal [si] cualquier momento nos cortan? Si me nombraran con más ganas trabajaría, con más entusiasmo ¿no? Ya con sueldo fijo puedes estar más tranquilo. Eso es lo que falta motivar al Estado [...] Cuando estás nombrado, estás asegurado, entonces con más ganas trabajaría, tranquilo, eso es lo que yo soñaría” (Técnico, 48, Vilcashuamán).

El nombramiento es una demanda común entre profesionales y técnicos. Los médicos son los únicos que señalan generalmente que el nombramiento podría no ser un incentivo, pues quedarse al menos cinco años en la misma plaza es contrario a sus planes de especialización.

En opinión de los funcionarios el nombramiento es un incentivo inusual y un trabajador nombrado podría rendir menos por su estabilidad. Una alternativa es la demanda de algunos beneficios del nombramiento: estabilidad, vacaciones y guardias pagadas.

Infraestructura y equipos

En todos los grupos se percibe como un incentivo importante la mejora de la infraestructura del establecimiento, sea construyendo ambientes para nuevos servicios o reparando las actuales instalaciones, porque están derruidas o son muy frías.

Otro incentivo frecuente es la mejora del equipamiento. Equipos e instrumental para intervenciones y partos son demandas de médicos y obstetras, mientras todos solicitan vehículos, computadoras y equipos de comunicación. Buscan garantizar las condiciones necesarias para que el personal cumpla con sus tareas, se sienta motivado y tenga un ambiente de trabajo con un mínimo de comodidad.

“Si quieres trabajar bien, estar bien en tus coberturas, entonces que te lo implementen bien, eso es lo que quiero, que implementen bien al establecimiento [...] ¿Sino cómo vas a trabajar? Te piden que tú trabajes, que tú hagas bien, entonces, si no tienes material, si no tienes esa herramienta ¿cómo lo vas a hacer?” (Enfermera, 34, La Mar).

Incremento y mejora del personal de salud

El incremento del personal es propuesto por quienes trabajan en puestos de salud pequeños y con pocos trabajadores. Un equipo mejor y más grande permite aprender de los colegas; favorece una mejor atención, una mejor distribución del trabajo y reduce la carga laboral; y permite que un prestador salga en sus días libres porque hay reemplazos.

“Ampliar los recursos humanos, porque dos personas no podemos brindar esa calidad de la que tanto hablan para casi mil personas ¿Cómo dos personas van a cambiar su vida de la gente? Si en educación un profesor que trabaja con 17 niños todo el año ni siquiera puede cambiar su formación de ese niño. Y nosotros, dos personas ante mil habitantes, ¿Cambiaríamos? Jamás” (Enfermero, 46, Víctor Fajardo).

En ocasiones se demanda también personal de limpieza, de vigilancia o chóferes de ambulancia, porque su ausencia obliga a profesionales y técnicos a asumir tareas que no les corresponden, como conducir por caminos peligrosos.

Mejora de condiciones de vivienda y alimentación

Una demanda común, frecuente entre enfermeras y obstetras, es tener una residencia, para abandonar sus precarias habitaciones, a veces pagando un alquiler oneroso para sus reducidos salarios. No se trata sólo de un dormitorio gratuito sino, para algunos, de una vivienda con servicios básicos y condiciones mínimas que hagan su estancia más parecida a la que tendrían en la ciudad, en su hogar.

“Otra condición sería que nos pongan un departamento con toda la comodidad. Ahí, sí pues, ya te sientes en casa [E: ¿Con ese adicional sí te quedarías?] Sí, porque tendrías tus comodidades de estar acá con tu departamento, con toda la comodidad [...] Pero vivir en un cuarto como éste, que es comedor, cocina, dormitorio, con tu bebé, eso es hacinamiento y el costo que te ocasiona también [es importante]” (Enfermera, 36, Víctor Fajardo).

Otra demanda común es mejorar la alimentación del personal, que no accede a alimentos nativos de la zona o cuyo comercio es limitado por problemas de transporte. Los incentivos propuestos van desde la entrega de canastas de víveres o vales para canjearlos hasta la entrega de una cocina para preparar sus alimentos. Para algunos funcionarios, la población podría facilitar una buena vivienda, participando en su construcción, y colaborar con la alimentación de los trabajadores.

Cercanía con la familia

Muy importantes aunque menos mencionados por funcionarios y personal de salud, son los incentivos para acercarse a la familia, una demanda de quienes tienen pareja y/o hijos y viven lejos del hogar. Quienes ven sus salidas a la ciudad como cortas e insuficientes demandan más días libres. Otros, buscando que el trabajo rural sea compatible con la vida familiar, proponen que su pareja, sobre todo si es del sector salud, trabaje en la misma zona, y que existan mejores escuelas rurales para sus hijos.

Reconocimiento y cuidado

Los incentivos que favorecerían la permanencia de los trabajadores no se relacionan únicamente con mejorar su ingreso y las condiciones materiales. Existe también una demanda con una dimensión más simbólica y afectiva, de necesidad de reconocimiento y cuidado por parte del sistema de salud. Por ejemplo, resoluciones de felicitación o actividades que favorezcan su bienestar emocional y mejoren las relaciones interpersonales.

“Debe haber un presupuesto de salud mental para los trabajadores. Ahora totalmente estresados estamos. A veces hay trabajo de parto que se complica, a veces hay problemas así, entonces estresados estamos. Son varios años que no salimos siquiera a paseo” (Obstetra varón, 51, Huamanga).

Considerando los riesgos que enfrentan en la zona rural y sus reducidos ingresos, algunos trabajadores sugieren como incentivos seguros de vida y de salud.

Los funcionarios suelen secundar estas ideas, y algunos añaden que se debería visitar más al personal de zonas alejadas, reconocer su labor y motivarlos, así como interceder en los conflictos con la población.

Sobre la permanencia en zona rural

Algunas recomendaciones, sin ser incentivos concretos, son sugerencias para diseñar una política que mejore el trabajo rural. La idea central es que deben existir criterios claros sobre la permanencia en zonas rurales. Se sugiere, por ejemplo, una estancia temporal y definida de antemano, y que se priorice el retorno del personal con más experiencia y edad a la ciudad. El argumento del personal es que han entregado parte importante de su vida y sacrificado a su familia para trabajar en el campo. Para algunos funcionarios, debe premiarse además el desempeño, reubicando en

la ciudad a los trabajadores rurales más hábiles y destacados.

Los entrevistados manifiestan que si la duración de la estancia rural fuese conocida de antemano, la disposición para ir al campo sería mayor, sobre todo si hay mejores salarios. Además, si un buen desempeño se premia con el regreso a la ciudad, podría ser una motivación para trabajar más y mejor.

Opciones intermedias proponían acercarse al personal progresivamente a la ciudad o rotarlos frecuentemente, buscando renovar su entusiasmo y evitar el cansancio de una estancia prolongada.

Otras sugerencias apuntan a priorizar determinados perfiles para garantizar una estancia más larga en el campo. Algunos señalan que el campo debería ser un territorio para los jóvenes, con menos carga familiar y más energía. Otros proponen priorizar la selección de personas nacidas o criadas en localidades rurales o cercanas a la comunidad donde se convoca el puesto de trabajo, adaptadas a la vida rural y con conocimiento del idioma local. Además, un funcionario propuso que a los prestadores de salud de procedencia rural se les ofrezcan terrenos o viviendas para volver a vivir y trabajar en sus zonas de origen.

Propuestas de largo alcance apuntan a desarrollar en los estudiantes un interés y compromiso por el trabajo rural, lo cual supone, entre otras cosas, modificar el paradigma de que “el buen trabajo” es el trabajo en la ciudad.

Finalmente, se proponen modificaciones en la legislación que prohíbe nombrar personal o aumentar salarios, incrementando así la capacidad del sistema de salud para generar incentivos.

Discusión

Hallazgos principales

Nuestros hallazgos indican que no existen políticas de incentivos en el departamento de Ayacucho para reclutar o retener a los trabajadores de salud en zonas rurales.

Los principales incentivos identificados fueron: mejoras salariales, oportunidades de formación, estabilidad laboral y nombramiento, mejoras en infraestructura y equipos, e incremento del personal de salud. A estas se sumaron la mejora de la vivienda y la alimentación, mayor cercanía con la familia, y mayor reconocimiento y cuidado por parte del sistema de salud.

Lo encontrado coincide con lo reportado por la literatura internacional: los incentivos económicos, específicamente incremento de salarios,

son mencionados como fundamentales para la atracción y retención de trabajadores de salud^{22,23}, aunque no son los únicos^{24,25}. Sin embargo, la información sobre el real impacto de los incentivos financieros en la retención del personal en países en desarrollo es todavía escasa²⁵. Los estudios señalan también la importancia de las mejoras del ambiente de trabajo (infraestructura, equipos, implementos, recursos humanos y medidas de seguridad que protejan a los trabajadores y sus familias)^{24,26}. Finalmente, las oportunidades y el apoyo para obtener especialización o mayor calificación profesional son mencionados también en la literatura internacional^{24,26}.

Nuestros resultados son consistentes con las recientes recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre estrategias de atracción y retención del personal de salud. Estas enfatizan la necesidad de considerar conjuntos de incentivos más que incentivos individuales y aislados¹³. Además, estos paquetes deben ser específicos para cada contexto y requieren ser planificados y evaluados en cada país o área particular¹³.

Percepción acerca de los incentivos

Para los participantes, desempeñar su profesión en una zona rural y distante no es la primera opción laboral ni resulta particularmente atractiva, pero se ven obligados a tomarla ante la ausencia de oportunidades en zonas urbanas y la necesidad de tener un ingreso. La ciudad es percibida como el lugar donde se encuentra la familia y donde es posible conseguir una mejor formación y mayor progreso. Para los trabajadores de salud, los incentivos tienen dos dimensiones. De un lado, son vistos como una *compensación por todo aquello que se sacrifica* al estar lejos de la ciudad. De otro lado, son un mecanismo *para hacer más parecidas las condiciones de vida y de trabajo en la ciudad y en el campo*.

Según los funcionarios, los incentivos son importantes para la retención del personal rural, pero apuntan además a motivarlos en su trabajo, realizado en condiciones difíciles, y así mejorar su desempeño.

Los trabajadores rurales perciben que el sistema de salud no se preocupa por su bienestar. Esta sensación se vincula a la precariedad de sus empleos y sus bajos sueldos, a la falta de reconocimiento de su esfuerzo y sus difíciles condiciones de trabajo y a la ausencia de cuidado de su salud física y mental. En este escenario, los trabajadores encuentran difícil imaginar que el sistema de salud ofrezca incentivos de atracción y retención, cuando actualmente no los brinda y cuando no existe una línea de carrera basada en criterios definidos.

Relevancia para la salud pública

En el Perú, por su distribución inequitativa de recursos humanos en salud, resulta fundamental explorar mecanismos para mejorar la atracción y retención del personal en zonas desfavorecidas.

Sin embargo, debe analizarse si es necesario implementar similares políticas de retención para todos los grupos de trabajadores. Entre los participantes la permanencia en el establecimiento actual era de más de cinco años en 69.6% de los técnicos y 50% de las obstetras, así como en 31.6% de las enfermeras y 26.6% de los médicos. Estos hallazgos sugieren que algunos grupos de trabajadores permanecen por tiempos prolongados en las condiciones actuales que ofrece el sistema.

Este estudio ha revelado varios incentivos que deberían incluirse en un plan de mejora de las condiciones de trabajo del personal rural, más allá del efecto que puedan tener en su atracción y retención: mejores salarios, mayor estabilidad y beneficios laborales, mejoras en infraestructura, equipamiento y provisión de profesionales de salud, oportunidades de capacitación, mejor vivienda y alimentación, y mayor cuidado y reconocimiento.

Las políticas a ser diseñadas deben considerar las particularidades de los distintos profesionales. Por ejemplo, los médicos, con más oportunidades de empleo y mayores aspiraciones de ingreso y formación, ven el trabajo en zona rural como una actividad para temporadas cortas. Además, tienen gran expectativa por una especialización, algo que debería considerarse al diseñar incentivos para ellos.

Las experiencias de distintos países indican que las medidas de compensación, como incrementos salariales y bonos, deben ser asumidas en lo posible. Sin embargo, debido a las limitaciones económicas, a veces podría ser más efectivo invertir en acciones complementarias como brindar un adecuado alojamiento, que revelen interés del sistema en su personal y en mejorar sus condiciones de trabajo^{13,24,25,26}. Además, la literatura sugiere que los incrementos salariales aislados no serían suficientes para retener a los trabajadores^{14,26}.

La reciente creación del Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud (PROSALUD)²⁷, es importante. Busca garantizar la disponibilidad de trabajadores de salud en las zonas más pobres e inaccesibles, mejorar sus condiciones de trabajo y fortalecer sus capacidades. Los incentivos del programa incluyen: (1) pagos diferenciados por quintil

de pobreza y accesibilidad geográfica, (2) puntaje adicional en los concursos públicos para plazas y becas, (3) una estrategia de formación permanente y un programa de formación en salud familiar y comunitaria. En los tres casos, se trata de incentivos compatibles con los identificados por este estudio. Para contribuir a que esta estrategia sea implementada eficientemente y aumentar sus posibilidades de éxito, debe considerarse sistemáticamente los aspectos contextuales y definir claramente procedimientos de monitoreo y evaluación ²⁸.

Limitaciones

Debemos reconocer ciertas limitaciones en este estudio. Primero, un potencial sesgo en la selección de los participantes. Al tratarse de aquellos que han permanecido en zonas desfavorecidas, no tendremos la perspectiva de aquellos que han dejado de trabajar por las dificultades asociadas a la labor asistencial en zonas pobres y distantes. Sin embargo, haber recopilado datos sobre los trabajos que dejaron o rechazaron en el pasado, permitió atenuar esta limitación.

Segundo, aunque más que una limitación es una consecuencia de las condiciones existentes, la dificultad de algunos participantes para imaginar incentivos en un sistema que actualmente no los ofrece, en el que no hay una clara línea de carrera y al que perciben como desinteresado por su bienestar.

Finalmente, no conocemos la diferencia entre responder ante una situación hipotética en una entrevista y hacerlo en una situación real. Elegir un incentivo en la entrevista no garantiza que este incentivo funcione realmente. Sin embargo, como fue mencionado, este estudio cualitativo es parte de un proyecto más amplio que pretende identificar las preferencias de empleo de los diferentes grupos de trabajadores de salud en Ayacucho, a través del uso del modelo de elección discreta, un método cuantitativo que ofrece

paquetes de incentivos a los participantes para conocer sus preferencias. Estos incentivos son elegidos en base a los resultados de este estudio cualitativo, de aquellos identificados en la literatura y de los que están siendo considerados por los funcionarios encargados de diseñar estrategias de atracción y retención ^{13,14,16,17}, como es el caso de PROSALUD. Los resultados de dichos estudios de modelo de elección discreta serán reportados separadamente.

Conclusiones e implicancias

Este estudio muestra las difíciles condiciones de trabajo de los trabajadores de salud de las zonas rurales, así como su aspiración de trabajar en las ciudades. También constata que no existe una estrategia sistemática de incentivos de atracción y retención para trabajadores en zonas rurales y distantes, ni para mejorar sus condiciones laborales.

Se identificaron las principales demandas de los trabajadores a distintos niveles, que pueden ser traducidas en incentivos de atracción y retención. Si bien existen coincidencias entre los distintos grupos, también existen diferencias, como es el caso de los médicos y sus aspiraciones de especializarse.

Los incentivos económicos como la mejora en los salarios fueron priorizados por los participantes. No obstante, debe señalarse que una estrategia de atracción y retención no puede basarse únicamente en incentivos financieros, pues las demandas también incluyen temas como necesidades de capacitación, estabilidad laboral y medidas vinculadas al cuidado del personal.

Finalmente, en el contexto peruano, resulta muy relevante la implementación de la estrategia PROSALUD, y recomendamos que tanto su diseño, su implementación, como la medición de sus resultados sean cuidadosamente monitoreados para medir sus alcances.

Resumen

El objetivo fue identificar incentivos de atracción y retención en zonas rurales y distantes de Ayacucho, Perú. Fueron realizadas entrevistas en profundidad con 80 médicos, enfermeras, obstetras y técnicos (20 por grupo) de las zonas más pobres y con 11 funcionarios. No existen políticas sistemáticas de atracción y retención de personal de salud en Ayacucho. Los principales incentivos, en orden de importancia, fueron mejoras salariales, oportunidades de formación y capacitación, estabilidad laboral y nombramiento, mejoras en infraestructura y equipos, e incremento del personal. Se mencionaron también mejoras en la vivienda y alimentación, mayor cercanía con la familia y reconocimiento por el sistema de salud. Existen coincidencias y singularidades entre los distintos grupos sobre los incentivos clave para estimular el trabajo rural, que deben considerarse al diseñar políticas públicas. Las iniciativas del Estado deben comprender procesos rigurosos de monitoreo y evaluación, para asegurar que las mismas tengan el impacto deseado.

Recursos Humanos en Salud; Población Rural; Países en Desarrollo

Colaboradores

L. Huicho contribuyó con la concepción del estudio, participación en el análisis de los datos. Contribución sustancial en la elaboración y revisión del primer borrador y de la última versión del artículo. Aprobación de la versión final. F. D. Canseco y C. Lema contribuyeron con la concepción del estudio, recolección y análisis de los datos, redacción del primer borrador, revisión y aprobación de la versión final del artículo. J. J. Miranda y A. G. Lescano contribuyeron con la concepción del estudio, revisión y modificación de la versión inicial y de la versión final del artículo y aprobación de la versión final del artículo.

Agradecimientos

A las autoridades del Ministerio de Salud en Lima y en Ayacucho, por el apoyo brindado para la realización del estudio. A Raida Gutiérrez, Gloria Morote, Yovanna Mendieta y Villeón Tineo, por su destacado trabajo como entrevistadores. Nuestro reconocimiento especial a los médicos, enfermeras, obstetras y técnicos de enfermería de los establecimientos de salud de Ayacucho, sin cuya participación no hubiese sido posible la ejecución del estudio. La pesquisa fue financiada por Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSR; Ginebra, Suiza).

Referencias

1. Pan American Health Organization. Salud en las Américas: Perú. Washington DC: Pan American Health Organization; 2007.
2. Arroyo J. Los sistemas descentrados de recursos humanos en salud: el caso del Perú, 1990-2005. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:1063-72.
3. Webb R, Valencia S. Human resources in public health and education in Peru. In: Cotlear D, editor. A new social contract for Peru: an agenda for improving education, health care, and the social safety net. Washington DC: World Bank; 2005. p. 191-244.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar: ENDES III. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 1996.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar: ENDES IV. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2000.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar: ENDES continua, 2009. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2009.
7. Huicho L, Trelles M, Gonzales F. National and sub-national under-five mortality profiles in Peru: a basis for informed policy decisions. *BMC Public Health* 2006; 6:173.
8. Huicho L, Trelles M, Gonzales F, Mendoza W, Miranda J. Mortality profiles in a country facing epidemiological transition: an analysis of registered data. *BMC Public Health* 2009; 9:47.

9. Madueño Dávila M, Sanabria Montañés CA. Estudio de oferta de los servicios de salud en el Perú y el análisis de brechas 2003-2020. Bethesda: Proyecto Socios para la Reformaplus del Sector Salud/ Abt Associates Inc.; 2003.
10. Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. *Hum Resour Health* 2004; 2:13.
11. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health* 2006; 4:12.
12. Jimba M, Cometto G, Yamamoto T, Shiao L, Huicho L, Sheikh M. Health workforce: the critical pathway to universal health coverage. Background paper. http://www.hsr-symposium.org/images/stories/10health_workforce.pdf (accedido el 18/Abr/2011).
13. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010.
14. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ* 2010; 88:379-85.
15. Mullei K, Mudhune S, Wafula J, Masamo E, English M, Goodman C, et al. Attracting and retaining health workers in rural areas: investigating nurses' views on rural posts and policy interventions. *BMC Health Serv Res* 2010; 10 Suppl 1:S1.
16. Louviere JJ, Lancsar E. Choice experiments in health: the good, the bad, the ugly and toward a brighter future. *Health Econ Policy Law* 2009; 4:527-46.
17. Lagarde M, Blaauw D. A review of the application and contribution of discrete choice experiments to inform human resources policy interventions. *Hum Resour Health* 2009; 7:62.
18. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Mapa Índice de Desarrollo Humano a nivel distrital por departamento, Perú 2005. <http://www.pnud.org.pe/frmDatosIDH.aspx> (accedido el 18/Abr/2011).
19. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001; 358:483-8.
20. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. Newbury Park: Sage Publications; 1990.
21. Glaser BG. Basics of grounded theory analysis. Mill Valley: Sociology Press; 1992.
22. Mangham L. Addressing the human resource crisis in Malawi's health sector: employment preferences of public sector registered nurses. London: Overseas Development Institute; 2007. (ESAU Working Paper, 18).
23. 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 Remote Health* 2006; 6:581.
24. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle – and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:19.
25. Bärnighausen T, Bloom DE. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2009; 9:1.
26. McCaffery JA, Joyce S, Massie B. Health worker retention and performance initiatives: making better strategic choices. Chapel Hill: Capacity Project; 2009.
27. Decreto Supremo 003-2011-SA. Creación del Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud PROSALUD. *Diario Oficial El Peruano* 2011; 29 mar.
28. 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. *Bull World Health Organ* 2010; 88:357-63.

Recibido el 21/Jun/2011
 Versión final presentada el 09/Dic/2011
 Aprobado el 05/Ene/2012