

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**ATRACCIÓN Y RETENCIÓN DE RECURSO HUMANO EN
SALUD EN ZONAS RURALES: PERCEPCIÓN DE
PROFESIONALES RURALES DE CHILOE**

DAMARIS MEZA LORCA

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESORA GUIA DE TESIS: ALEJANDRA FUENTES-GARCÍA

Santiago, julio de 2016

INDICE

I.	INTRODUCCION.....	3
II.	MARCO TEORICO.....	5
	1. Conceptos de ruralidad y ruralidades	5
	2. La crisis de los Recursos Humanos en Salud	9
	3. Recomendaciones de OMS para mejorar la retención de recursos humanos de salud en zonas rurales	12
	4. Evidencia internacional sobre motivaciones, políticas y estrategias relacionadas con la retención de recursos humanos en salud en zonas rurales	15
	5. Escenario y políticas de distribución geográfica de recursos humanos en salud en Chile.	21
III.	OBJETIVOS.....	27
IV.	MÉTODOS	29
V.	RESULTADOS.....	38
	1. Eje Motivaciones y Necesidades.....	45
	2. Eje Sostenibilidad de programas de salud en la ruralidad	61
	3. Eje Análisis de Políticas actuales de permanencia recurso humano rural	74
	4. Eje Construcción de Política de permanencia recurso humano rural desde los actores	82
VI.	DISCUSION.....	87
VII.	CONCLUSIONES.....	95
VIII.	BIBLIOGRAFIA.....	98
IX.	ANEXOS	103
	Anexo 1. Guía de entrevista semiestructurada	103
	Anexo 2. Consentimiento informado	106
	Anexo 3. Acta de Aprobación de Proyecto.....	108

I. INTRODUCCION

En la actualidad, los países enfrentan un importante desafío en materia de salud pública: garantizar que las personas que viven en zonas rurales y remotas tengan acceso a atención sanitaria oportuna. Para que los programas de salud en esas áreas sean eficaces y los resultados sanitarios mejoren, es indispensable que exista un número suficiente de profesionales de salud motivados y competentes en el lugar y el momento adecuados (1). En este sentido, la falta de recurso humano de salud (RHS) en zonas rurales es un problema que afecta a los países a nivel mundial, en especial aquellos en desarrollo.

Al respecto, en los últimos años ha habido un mayor interés por parte de los investigadores y de los responsables de las políticas para identificar y poner en práctica soluciones eficaces para hacer frente a la escasez de personal sanitario en las zonas remotas y rurales. En ese contexto la Organización Mundial de la Salud elaboró recomendaciones para los países, colocando el énfasis en mejorar la retención como estrategia que favorezca el acceso a personal sanitario (1)(2).

Por consiguiente, los países han ideado estrategias para mitigar las brechas de RHS -en mayor o menor medida- pero con importantes falencias en su diseño. Así lo aseguró una revisión sistemática de Dolea y cols. (2), que buscaba evaluar el resultado de las intervenciones para atraer y retener a los trabajadores de salud. Los resultados obtenidos dicen que un número reducido de ellas han tenido evaluación y que el diseño de estas estrategias rara vez se implementan como resultado de un análisis de las preferencias de los trabajadores de salud (2). Esto confirma que urge realizar estudios de preferencias y motivaciones de los profesionales, con el fin de diseñar estrategias coherentes a sus necesidades (2)(3).

Chile no está ajeno a esta problemática, los recursos humanos del sector público se han desplazado al privado y concentrado en áreas urbanas, provocando una inequidad en la distribución geográfica de los médicos, quienes se encuentran principalmente en el centro del país (4). El Sistema Nacional de Servicios de Salud

cuenta con amplia cobertura en el nivel primario de atención, esto, a través de consultorios urbanos, rurales, CECOSF y postas rurales, sin embargo la permanencia de los profesionales en zonas rurales es menor que en zonas urbanas (4).

La importancia en salud pública de esta investigación está sobre la premisa que al conocer las preferencias del RHS, las autoridades políticas podrán diseñar estrategias de captación y retención para el personal sanitario, alcanzar una distribución geográfica más equitativa de profesionales de la salud en el nivel primario de atención, mejorar el acceso a la salud de la población rural y, por tanto, mejorar los resultados en salud de la población (5).

En este escenario, esta investigación pretende responder la siguiente pregunta: cuáles son las representaciones de los profesionales que conforman un equipo básico de salud rural sobre motivaciones en el desempeño rural, consecuencias de su permanencia en el territorio y las políticas de retención de profesionales en zonas apartadas.

.

II. MARCO TEORICO

El marco conceptual de la investigación se basa en cinco ejes. Se inicia definiendo el concepto de ruralidad desde lo conceptual y lo operativo. Luego se describe los alcances del déficit de recursos humanos en salud como fenómeno internacional, y en zonas rurales en particular. Posteriormente se hace referencia a las recomendaciones de organismos internacionales para hacer frente a este déficit, como un conjunto de prácticas replicables en los países. En el cuarto eje temático se describe el estado del arte en cuanto a investigaciones internacionales en recurso humano sanitario para terminar con el escenario chileno actual en relación a políticas de distribución geográfica de la fuerza de trabajo en salud.

1. Conceptos de ruralidad y ruralidades

Para iniciar el marco conceptual de la investigación resulta necesario conceptualizar “ruralidad”, entendida de diversas maneras de acuerdo a los distintos países. En este sentido, la ruralidad en ALC se ha transformado de manera significativa durante las últimas dos décadas, con cambios importantes en la estructura productiva, en las dinámicas territoriales, visión de lo ambiental y gobernabilidad. Estos cambios se pueden ejemplificar en fenómenos como la creciente economía rural no agrícola, sin desplazar la agricultura y su importancia estratégica; el acuerdo general para discontinuar la concepción dicotómica urbano- rural; la preocupación creciente por el deterioro de los recursos naturales; y las transformaciones de la institucionalidad rural, especialmente evidenciado en la necesidad de establecer nuevos esquemas de gobernanza que propicien una mayor participación de los actores locales, lo que cuestiona la intervención tradicional del Estado en el ámbito rural (6).

Este cambio de paradigma no ha logrado combatir problemas estructurales que aun generan impacto, entre los cuales se menciona: la persistencia de la pobreza rural y de la desigualdad en la distribución del ingreso; la persistencia de brechas regionales y sectoriales; y la inseguridad alimentaria de la población rural. Por otra

parte se destaca la importancia estratégica que siguen manteniendo la agricultura y los recursos naturales como actividad económica en estos espacios (6).

Definir ruralidad ha sido objeto de interés, sin embargo no existe un criterio uniforme para cuantificar la población rural entre los países. Las definiciones aplicadas se agrupan en criterios (6):

- criterios administrativos: se define como urbano la cabecera de alguna unidad político-administrativa, como el municipio, y lo rural se define por defecto
- criterios demográficos: se define como urbanos los asentamientos humanos con más de un determinado número de habitantes, por ejemplo 1.000, 1.500, 2.000, 2.500 en donde lo rural es el residuo
- una combinación de criterios administrativos y funcionales;
- criterios demográficos y funcionales: lo urbano se define a partir de un tamaño mínimo de población y la disponibilidad de algún tipo de infraestructura básico que provea servicios públicos; lo rural se obtiene por residuo
- criterios demográficos y económicos: un mínimo de población y composición sectorial de la población económicamente activa.

Algunos autores consideran que los niveles de corte de la población son bajos, lo que sumado a la ausencia de criterios de densidad y de aislamiento originan que muchas poblaciones que viven en territorios esencialmente rurales sean clasificadas como urbanos (7). De esta manera, han surgido mediciones alternativas con el fin de resolver la necesidad de contar con criterios adecuados para la definición de políticas públicas. A este respecto Chomitz, (2004) argumenta que la ruralidad es un gradiente, no una dicotomía, y postula a dos dimensiones en ese gradiente: densidad poblacional y la lejanía de las áreas metropolitanas.

La ruralidad en Chile al igual que en el resto de América Latina es diversa en grado y tipo (8). Los estudios de desarrollo rural en Chile, iluminan que la ruralidad no es sino una construcción social que define el modo de relación que la sociedad quiere establecer, en un momento determinado, con los habitantes de esos territorios. Y así como la historia reciente da cuenta de un mundo rural con

exclusión (social, cultural y política) y miseria, los conflictos relativos a la tierra y la participación (en los años sesenta), la pobreza y la indigencia (en los años ochenta y noventa), hoy por hoy, es un tipo de sociedad que no se define por la miseria o la pobreza, ni por la sumisión política, ni por la demanda por tierra y participación. El problema de hoy es la nueva semi-inclusión, con una economía social que deriva en una sociedad rural segmentada, es decir, produce un sujeto rural que no es pobre, pero tampoco plenamente incluido (9).

En lo operativo, el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) define las áreas rurales como el “conjunto de viviendas, concentradas o dispersas, con 1000 habitantes o menos, o entre 1001 y 2000 habitantes, con menos del 50% de su población económicamente activa dedicada a actividades secundarias o terciarias” (8). Este marco conceptual configura que las zonas rurales sean comprendidas como formas de ocupación territorial con baja concentración de población, la que se dedica -en su mayoría- a actividades económicas primarias como la agricultura, la caza, la pesca y la silvicultura. La población rural según INE es de un 13% y urbano 87%, entendiendo que esta clasificación estaría considerando más población urbana de la que pudiera existir, de acuerdo a nuevas metodologías de medición de ruralidad (6).

Ahora bien, resulta importante hacer una descripción de territorios aislados debido a línea de interés de esta investigación. El Comité Interministerial para el Desarrollo de las Zonas Extremas y Especiales (CIDEZE) de Chile define a los territorios especiales como “aquellos que reúnen gran parte de los siguientes elementos: aislamientos crítico, población escasa y altamente dispersa, presencia deficitaria del aparato público y bajo nivel de desarrollo socio-económico” (10). A su vez se entenderá por *territorio aislado* a “aquel con bajo nivel de accesibilidad, con escasa población y alta dispersión de ésta, baja presencia y cobertura de servicios básicos y públicos, y que, a consecuencia de estos factores, se encuentra en una situación de desventaja y desigualdad social respecto del desarrollo del país” (10). Este concepto se operacionaliza en el Estudio de Identificación de territorios aislados (2011) de la Subsecretaría de Desarrollo

Regional y Administrativo (SUBDERE) como aquellas comunas definidas por la relación existente entre los componentes de Aislamiento Estructural y Grado de Integración entendida como la capacidad que tiene el sistema regional para atenuar estas condiciones desventajosas y lograr niveles de integración (11). El Aislamiento Estructural considera elementos físicos, como horas y distancia para llegar a la ciudad principal o capital regional y la dificultad para habitar una vivienda, junto con elementos demográficos, que consideran el porcentaje de población adulta mayor y el crecimiento o decrecimiento poblacional. Por otro lado, el Grado de Integración incluye acceso al sistema de salud público (hospitales de distinta complejidad), accesos a entidades bancarias, acceso a telecomunicaciones y acceso a educación secundaria.

De acuerdo a lo anterior, Chile ha considerado la accesibilidad a los servicios del Estado como determinante principal del aislamiento. El supuesto principal de esta consideración es que la concentración de servicios administrativos, de salud, de educación, empleo y el acceso a oportunidades, ha condicionado un desarrollo desigual de los territorios en Chile (11).

Este diagnóstico del mundo rural, pese a las mejoras en los últimos años, persiste con rezago en la calidad, ha mejorado el acceso a servicios básicos pero se mantienen las brechas, por lo que se requiere de políticas públicas pertinentes a la situación actual. De acuerdo a lo revisado en esta sección, vivir en territorios rurales no está exento de complejidades, especialmente en lo relativo al acceso, más aún si nos referimos a territorios aislados.

Luego de describir la ruralidad y sus implicancias como primer eje central, se profundizará en los Recursos Humanos en Salud insertos en una ruralidad dinámica y en transformación, pero no exenta de inequidades en su desarrollo. Este escenario puede influir en el comportamiento de los RHUS que posteriormente determinará su permanencia o no en este territorio, situación que -en parte- se refleja en la revisión de la literatura y que se pretende profundizar en esta investigación.

2. La crisis de los Recursos Humanos en Salud

En los pasados veinte años la tasa de crecimiento de la población de las áreas urbanas de la región de las Américas ha duplicado la tasa de las áreas rurales. Del mismo modo, el crecimiento en el número de profesionales de la salud se ha concentrado en las áreas urbanas, contribuyendo a que exista un mayor desequilibrio en la distribución urbana-rural de los RHUS. A este respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que en la región la densidad de médicos en zonas urbanas puede cuadruplicar la del país, mientras que la densidad de médicos rurales pueden ser ocho veces menor que la del total país. Esto refleja que las comunidades rurales continúan teniendo un acceso muy limitado a los servicios sanitarios, en comparación con la población que vive en zonas urbanas (5).

Para confirmar esta disparidad geográfica, en el Informe sobre la Salud en el Mundo (2006) se estimaba que aproximadamente la mitad de la población mundial vive en zonas rurales, no obstante es atendida por sólo el 38% del personal de enfermería total y por menos de una cuarta parte del total del personal médico (12).

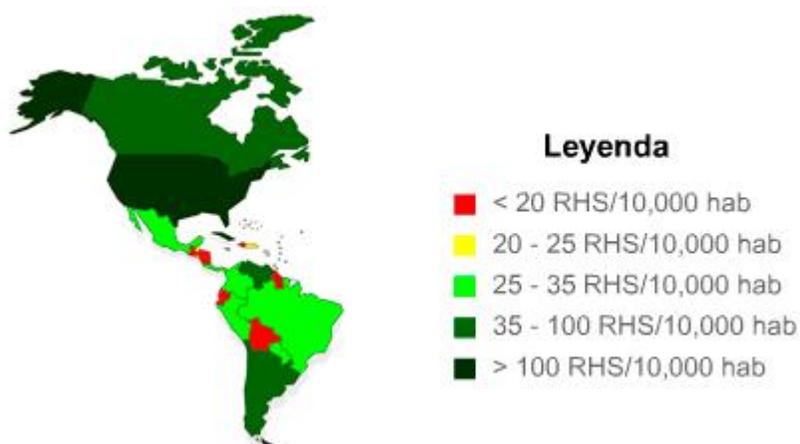


Figura 1. Distribución geográfica recursos humanos en salud, región de Las Américas. Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud, OPS

La garantía del acceso universal a profesionales de la salud, en especial en comunidades rurales y remotas, se constituye una condición necesaria para hacer realidad el derecho humano a la salud, es decir, ninguno de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) podrá cumplirse en tanto existan poblaciones que no tienen acceso al personal sanitario (13). Debido a esto, se puede afirmar con toda propiedad que la densidad de los trabajadores en una población puede hacer una enorme diferencia en la efectividad de las intervenciones de los ODM (14).

Se han identificado dos enfoques principales en la distribución geográfica del personal de salud: uno económico y otro normativo. La aproximación económica supone que la distribución de los profesionales de la salud es una función del mercado de trabajo. Este enfoque expone que los desequilibrios del personal según área surgen cuando hay un desequilibrio entre la oferta y la demanda de mano de obra en una zona geográfica determinada. Es decir, si los salarios reales aumentan, más gente va a estudiar profesiones de salud, lo que conduce a un nuevo equilibrio. Sin embargo, existen otros factores profesionales, personales, educativos y sociales relacionados con el estilo de vida que influyen en las decisiones relacionadas con el trabajo (normativo) (15).

Los factores que influyen en la inequitativa distribución de los recursos humanos para la salud en los países son numerosos y complejos, y pueden atribuirse por un lado a deficiencias de las estrategias del sector de la salud en materia de contratación, distribución y retención del personal, y por otro a las mejores opciones profesionales en otros sectores, junto a factores ajenos al sistema de salud (16). Respecto a las preferencias se ha señalado que existen tres fases de decisión que afectan a la retención de los profesionales de la salud en las zonas rurales: atracción, instalación y mantenimiento. La fase “atracción” se define como una actitud positiva en cuanto al ejercicio en zonas rurales y aisladas, que no necesariamente conducen a la instalación. La “instalación” consiste en la decisión de trabajar en un área determinada. Mientras que el “Mantenimiento” es el resultado de vivir y trabajar en un área determinada. En resumen, se pueden identificar al menos cinco categorías de factores determinantes que afectan a la

distribución geográfica: individual; organizacional; factores relacionados con la salud y el sistema educativo; estructuras institucionales; y entorno sociocultural(15).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su publicación “Vigilancia de la distribución geográfica del personal sanitario en zonas rurales y zonas “subatendidas” enfatiza que para definir, elaborar y vigilar las políticas tendientes a resolver el problema de mala distribución de los RHS, es necesario tener un conocimiento cabal de la situación actual de la fuerza de trabajo en los diferentes niveles, medida que no todo los países han adoptado oportunamente (12).

Desde lo normativo, la OMS dictó resoluciones que solicitan medidas urgentes contra la crisis de RHS; a saber, en mayo de 2006 la resolución WHA59.23 hizo un llamado para expandir de manera rápida la producción de más personal sanitario especialmente en países en crisis. También, el 21 de mayo de 2007, la resolución WHA60.11 aprobó el Plan Estratégico de Mediano Plazo (PEMP) 2008-2013, en donde se propone como objetivo la reducción del 25% del total de países que con escasez crítica de personal sanitario y un aumento en la distribución equitativa de dicho personal (17).

En este contexto, el punto de inflexión para el desarrollo del personal sanitario es el rol de los estados, ya que en su seno se encuentra establecer las políticas, garantizar el financiamiento, apoyar a la educación, y manejar el sector público, regulando el sector privado. Las políticas de atracción y retención de recursos humanos no son sólo un proceso técnico, requiere la construcción de una fuerte coalición con todas las partes interesadas, trabajadores de salud, ministerios, líderes académicos, asociaciones profesionales, sindicatos, instituciones educativas y organizaciones no gubernamentales. Este diálogo debe darse para establecer objetivos nacionales, diseño de estrategias, elaboración de planes junto con la implementación de políticas y programas (14).

Como se ha descrito, la crisis de los recursos humanos en salud ha sido materia de interés de la OMS debido a que el acceso a los servicios sanitarios es una

condición necesaria para alcanzar el derecho humano a la salud. Esta distribución inequitativa puede ser vista desde distintos enfoques, ya sea económico o normativo, no obstante los factores que influyen en este fenómeno tiene que ver directamente con las estrategias que se desarrollen, es decir, con el rol que desempeña el estado en esta materia. Para ello la OMS estableció una serie de recomendaciones para ser consideradas por los países, las que serán descritas a continuación.

3. Recomendaciones de OMS para mejorar la retención de recursos humanos de salud en zonas rurales

En respuesta a las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y la Declaración de Kampala (18), la OMS ha puesto en marcha un programa de trabajo para mejorar la retención de los trabajadores de salud en zonas marginadas. Uno de los aspectos clave de este programa es desarrollar un conjunto de recomendaciones para aumentar el acceso a los trabajadores de salud en las zonas rurales y remotas a través de mejoras en la retención (1). Para este efecto la OMS convocó a un grupo de expertos que examinó los estudios existentes con el fin de entregar a los formuladores de políticas la orientación práctica actualizada para elaborar, aplicar y evaluar estrategias destinadas a retener al personal sanitario en las zonas remotas o rurales.

A continuación se exponen las recomendaciones realizadas por este conjunto de expertos, en las áreas formativas, normativas, económicas y de apoyo personal/profesional, contenidas en el documento: "aumentar el acceso a los trabajadores de salud en las zonas remotas y rurales mediante la mejora de la retención" (1):

- a) Recomendaciones en materia de formación
- Establecer políticas de admisión focalizadas en estudiantes procedentes de zonas rurales en los programas de formación universitarias.

- Emplazar las escuelas de formación profesional, los campus universitarios y las residencias de especialización en medicina familiar fuera de las grandes ciudades.
- Estimular las rotaciones de prácticas clínicas de estudiantes de diferentes disciplinas en las comunidades rurales, para atraerlos hacia esas zonas y aumentar las posibilidades de contratación.
- Modificar los programas de estudio de grado y de posgrado para que incorporen materias de estudio relacionadas con la salud en el entorno rural; mejorar así las aptitudes y, por lo tanto, aumentar el grado de satisfacción laboral y la permanencia.
- Estimular la permanencia estableciendo programas de formación continua y promoción profesional en donde los agentes puedan acceder fácilmente desde el lugar donde residen y trabajan.

b) Recomendaciones normativas

- Establecer y regular entornos más favorables para el ejercicio profesional en las zonas remotas o rurales, para facilitar la contratación y la permanencia.
- Establecer categorías diferentes de personal sanitario con formación apropiada y reglamentar la práctica en zonas rurales
- Garantizar que la exigencia del servicio obligatorio en zonas rurales y remotas vaya unida al apoyo y los incentivos apropiados
- Ofrecer becas, ayudas y otros subsidios para la formación cuya contrapartida sea la obligación de prestar servicio en zonas remotas o rurales

c) Recomendación en materia de incentivos económicos

- Recurrir a una combinación de incentivos económicos sostenibles en términos presupuestarios, como prestaciones por condiciones de vida difíciles, ayudas para la vivienda, traslados gratuitos, vacaciones pagas etc., suficientes para compensar el costo de oportunidad asociado con el trabajo en zona rurales (desde la perspectiva de los agentes de salud).

d) Recomendaciones en materia de apoyo personal y profesional

- Mejorar las condiciones de vida del personal sanitario y de sus familias e invertir en infraestructura y servicios (saneamiento, electricidad, telecomunicaciones, escuelas).
- Garantizar un entorno laboral propicio y seguro, con equipamiento y suministros apropiados, apoyo, supervisión y tutoría
- Identificar y realizar actividades de apoyo periférico apropiadas, para facilitar la cooperación entre equipos de salud de zonas mejor atendidas y zonas subatendidas (como ejemplo: telemedicina).
- Crear y apoyar programas de promoción profesional y ofrecer puestos de categorías superiores en zonas rurales, de manera que el personal sanitario pueda progresar gracias a la experiencia y la capacitación sin tener que abandonar las zonas rurales.
- Apoyar la creación de redes de profesionales, asociaciones de profesionales sanitarios que ejercen en zonas rurales, publicaciones periódicas sobre salud rural, etc. para combatir la percepción de aislamiento profesional.
- Adoptar medidas destinadas a lograr reconocimiento público, como la celebración de días de la salud rural, la concesión de premios o distinciones locales, nacionales e internacionales, para poner de relieve el trabajo realizado en las zonas rurales.

Estas recomendaciones probablemente no tengan impacto sin antes comprender las preferencias y expectativas de los profesionales de salud al elegir un lugar de trabajo, elementos claves para desarrollar estrategias de reclutamiento y retención adecuadas. En una etapa posterior a las recomendaciones de política global descritas, la OMS trabajó con el Banco Mundial y CapacityPlus para desarrollar otro lineamiento, esta vez, que permita comprender mejor las preferencias de los trabajadores de la salud, a través de la aplicación de Estudios de Elección Discreta (DCE) (19).

Un DCE es un método de investigación cuantitativa que puede medir la fuerza de la preferencia de los trabajadores de la salud hacia diferentes características del trabajo, lo que puede influir en la decisión de asumir puestos en zonas rurales (19). Operativamente, a los encuestados se les presenta una serie de opciones de trabajo hipotéticas que varían respecto a los atributos y niveles, como el salario, la vivienda, y las oportunidades de promoción profesional. Las respuestas dadas por los profesionales sirven como importante insumo a la hora de diseñar políticas de retención de recurso humano adecuadas.

Durante el año 2009 se realizó una revisión bibliográfica de los estudios que utilizaron DCE para investigar preferencias de recursos humanos tanto en países desarrollados como en desarrollo. Se encontraron diez estudios que utilizaron DCE para investigar las preferencias laborales de los proveedores de atención de la salud con el objeto de determinar la importancia relativa de los diferentes factores que influyen en las decisiones de los trabajadores de la salud. Los estudios mostraron que los incentivos no pecuniarios son determinantes, a veces más poderoso que los financieros. Además enfatizaron en la importancia de investigar las preferencias de los diferentes subgrupos de trabajadores de la salud (20).

Luego de revisar cuáles son las recomendaciones internacionales en materia de estudio de preferencias y mejoramiento de la retención, a continuación se describe lo que se ha hecho efectivamente en los países para mitigar el problema de los recursos humanos en salud rural.

4. Evidencia internacional sobre motivaciones, políticas y estrategias relacionadas con la retención de recursos humanos en salud en zonas rurales

4.1 Estudios de preferencias

Australia cuenta con un estudio realizado durante el 2013 que pretendía establecer puntos de corte o parámetros de tiempo de permanencia razonable, triangulando datos de revisión de puntos de corte según la literatura, datos

secundarios encontrados en bases de datos de Atención Primaria de Salud y una encuesta por correo, en 108 servicios de atención primaria rural y remota (21). Los resultados dan cuenta que hay diferencias en los tiempos de estadía de acuerdo a área geográfica y a profesión estudiada, lo cual- según los autores- debe estar en conocimiento de los tomadores de decisión para así minimizar los costos generados por la alta rotación del personal sanitario (21). Hay un creciente cuerpo de evidencia que indica que los estudiantes que son reclutados de las comunidades rurales y educados en universidades rurales son más propensos a practicar en rural una vez titulados. Por otra parte, se sugiere que un factor que los desvincula es el aislamiento profesional y la falta de acceso a educación o formación (22).

Por otro lado Morell y cols., realizaron un estudio cuantitativo de las personas que ingresaban a trabajar en el Programa Rural de Australia, elaborando un perfil de los profesionales en base a datos demográficos de los participantes, estableciendo como resultado que 69% eran mujeres, con un promedio de edad de 32,8 años, 60% de ellos fueron antes entrenados en zonas rurales (estudiantes), 87% provenía de zonas no rurales y las razones que los llevaron a interesarse por el programa fueron en un 50% económicas (23).

En Uganda se realizó durante el año 2012 un DCE dirigido a estudiantes, concluyendo que los incentivos financieros y no financieros pueden ser eficaces en la atracción de trabajadores de la salud a las zonas marginadas. Los resultados informan que el salario no es el único factor que los trabajadores de salud consideran importante al momento de decidir dónde trabajar. Otro aspecto a considerar son las instalaciones de calidad y soporte administrativo que fueron relevadas por todos los estudiantes (24).

India desarrolló un amplio DCE cuyo resultado demostró que la probabilidad de aceptar un empleo disminuyó cuando el área sugerida era de mayor ruralidad (25). Aspectos tales como una buena infraestructura, y la presencia de oportunidades de educación superior, tiene efectos relativamente importantes en optar por empleos rurales. Los autores exponen en las conclusiones del estudio que para

países como la India -que disponen de recursos de salud limitados-, la creación de un sistema de salud que garantice atención en zonas rurales es un desafío especialmente difícil. Sugieren que las estrategias basadas en "paquetes de incentivos" son muy costosas y suponen que resultaría elegible la experiencia de varios países en donde la enfermera es la profesional que proporciona servicios básicos de salud (25).

Un DCE realizado en zonas rurales de Perú devela que las probabilidades de que matronas y enfermeras elijan trabajar en un centro de salud urbano fue 14,7 veces más que elegir trabajar en zona rural. Los factores condicionantes en la elección son: incremento de sueldos, instalaciones sanitarias y becas de especialización. Simulaciones de políticas mostraron que el paquete de atracción más eficaz para la captación de un trabajo rural en Perú incluye un aumento del 75% en el salario, más becas de especialización. Esto aumentaría la proporción de trabajadores de la salud para acceder a un trabajo rural de un 36,4% a 60% (26). Es decir, los incentivos financieros y no financieros combinados podrían casi duplicar la captación de empleo rural.

Políticas recientes han recomendado hacer el esfuerzo de investigar preferencias incluyendo costo-efectividad para hacer frente a la escasez de personal sanitario en las zonas rurales. Un estudio de este tipo fue realizado entre enfermeras de Sudáfrica. Se utilizaron DCE para evaluar los efectos de los incentivos posibles para atraer a las enfermeras a las zonas rurales. Los resultados sugieren que la estrategia de atraer estudiantes de enfermería que residen en zonas rurales son las intervenciones más costo-efectivas y luego, el acceso preferente a la formación especializada de enfermeras (27).

Sin embargo, el estudio de atracción y retención de profesionales también requiere de un enfoque cualitativo que estudie el componente subjetivo en las decisiones de permanencia en zonas rurales. Al respecto, en Perú se realizó un estudio cualitativo de preferencias para identificar incentivos de atracción y retención en zonas rurales y distantes de Ayacucho. Fueron realizadas entrevistas en profundidad con 80 médicos, enfermeras, obstetras y técnicos (20 por grupo) de

las zonas más pobres. Los principales incentivos, en orden de importancia, fueron mejoras salariales, oportunidades de formación y capacitación, estabilidad laboral y contrato indefinido, 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 (28).

Ahora, resulta importante conocer las políticas que se han implementado a nivel internacional para tener un panorama general de lo que se ha avanzado respecto a distribución equitativa de los RHUS.

4.2 Estrategias y/o políticas implementadas

En Australia, para aumentar el número de estudiantes de pregrado se han instalado una serie de planes de incentivos: programas de becas de medicina, el Plan de Pregrado Médico Rural de Australia; el Pregrado, Postgrado Rural y Programa de Becas para Enfermeras Remotas y el Programa de Becas de Pregrado de otros profesionales de la Salud. Además, se ha introducido un programa de becas médico-rural para aumentar el número de estudiantes de medicina graduados que ejercen en zonas rurales de Australia (22).

El estado de Australia ha apoyado la creación de Departamentos Universitarios de Salud Rural que se encarga de apoyar y facilitar la educación multidisciplinaria, la formación y el desarrollo profesional, incluyendo el establecimiento de escuelas clínicas médico-rurales para exponer a los estudiantes de medicina en la práctica rural. Además se han otorgado recursos financieros a un número de organizaciones profesionales para apoyar la práctica rural y remota. Todos estos incentivos se atenúan al alertar que el país no ha mejorado aspectos de contrato que finalmente provocan desinterés en los profesionales. Sin embargo en cuanto a retención, el país apoya proyectos de "tutoría rural" para los estudiantes de enfermería de pregrado y profesionales, con el fin de disminuir la sensación de aislamiento profesional y social. En la misma línea, Australia ha mejorado considerablemente la prestación de servicios en cuanto a infraestructura y tecnología como medida de retención profesional (22).

Por otro lado, Noruega posee una densidad de médicos y otros profesionales de la salud más elevada que el resto de Europa, estos perciben un alto ingreso y buenas condiciones de trabajo. Además el país cuenta con una fuerte política de desarrollo rural, sin embargo, no se ha podido dar cobertura de médicos en el norte de Noruega durante décadas. El estado hizo frente a esta problemática y en el año 1998 hizo una encuesta para explorar los factores que influyen en la decisión de los médicos de atención primaria para que permanezcan o abandonen el territorio. La no retención estaba dada por la “falta de oportunidades de desarrollo profesional” y las razones más importantes para mantenerse eran “los aspectos agradables de las condiciones de vida rural” (29). Estas fueron las lecciones aprendidas y las conductas aplicadas:

- Formación médica de postgrado se puede llevar a cabo con éxito en áreas remotas de una manera que asegure el desarrollo profesional y contrarresta el aislamiento profesional.
- Al permitir la formación médica de postgrado en áreas remotas, el modelo noruego hace posible que los alumnos y sus familias permanezcan en comunidades rurales durante el entrenamiento.
- La práctica rural satisface los principios modernos de la educación de adultos y ofrece excelentes condiciones de aprendizaje para los médicos en formación.

Estas iniciativas generaron resultados positivos, de 267 médicos graduados en Finnmark, Noruega, (1999-2006), casi el doble de lo esperado aceptaron su primer trabajo en la región y 65% se encontraban trabajando en el área rural cinco años más tarde.

Sin duda que las estrategias de retención pueden tener efectos positivos aparentemente, sin embargo la literatura señala que la evaluación de estrategias es un objeto de estudio poco explorado. A continuación se describe lo revisado en esta área.

Evaluación de estrategias de retención

Los RHS deciden trabajar en zonas remotas y rurales, por un lado debido a factores que influyen en las preferencias de los trabajadores y por otro, a causa de la respuesta del sistema de salud a estos factores. En otras palabras, la intervención tiene que responder a los factores que los trabajadores valoran a la hora de decidir (2). Sin embargo existe poca investigación que realice evaluaciones integrales de las estrategias de retención. Autores sugieren que hay estudios que describen o recomiendan las intervenciones posibles, sin analizar los efectos de estas intervenciones (2).

Un estudio de Dolea y cols., evalúa las estrategias implementadas por los países para retener profesionales (2). Sus resultados mostraron que las intervenciones de retención rurales rara vez se implementan como resultado de un análisis de las preferencias o elecciones de los trabajadores de salud en estas áreas, exceptuando un estudio en Australia y en el Níger. Plantea que el análisis de la situación debe ser obligatorio, incluyendo un estudio de los factores que intervienen en las decisiones de ubicación de los trabajadores de salud en las zonas rurales, como base para la selección de la categoría más adecuada de intervención (2). En términos de alcance, la mayoría de las evaluaciones eran para programas de educación, con poca información acerca de los programas de incentivos financieros, que son utilizados con frecuencia por los responsables políticos, y sobre los programas de apoyo profesional y personal, que son los más valorados por los trabajadores de la salud. Dentro de los hallazgos señala que los estudios en general tiene un sesgo, ya que sus intervenciones son dirigidas a médicos, y en su mayoría son aplicados en países desarrollados. La autora sugiere que debería haber más esfuerzo en evaluar los programas dirigidos a otros tipos de trabajadores de la salud y los llevados a cabo en países en desarrollo (2).

Así, Chile también es parte de los países en vías de desarrollo que cuenta con escasa investigación en materia de RHS y salud rural, no obstante, ha creado y

mantenido políticas que tienden a cerrar algunas brechas en esta crisis de los recursos humanos.

5. Escenario y políticas de distribución geográfica de recursos humanos en salud en Chile.

Respecto a la ruralidad en Chile, a pesar de que el Censo de Población de 2002 arroja una proporción de sólo un 13,4% de de población rural en el país, diversas autoridades y especialistas han manifestado una preocupación especial por la ruralidad al nivel de las políticas públicas, tanto por razones de equidad en los servicios prestados y en la calidad de vida de esas poblaciones en comparación con las urbanas, como por la probabilidad de que su participación en la demografía nacional se contraiga aún más, empobreciendo nuestra base cultural (30).

De acuerdo a la OMS una densidad menor a 23 profesionales por cada 10.000 habitantes (incluidos médicos, enfermeras y matronas) no alcanza a cubrir las intervenciones esenciales de la atención primaria, que son prioritarias en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En Chile, tal como se aprecia en el siguiente cuadro, la demanda de profesionales de salud supera a la oferta en el año 2009.

Cuadro 1. Distribución personal sanitario (año 2009)

Médicos		Personal de enfermería y partería		Personal de odontología	
Número	Densidad (por 10.000 hab.)	Número	Densidad (por 10.000 hab.)	Número	Densidad (por 10.000 hab.)
17.250	11	10.000	6	6.750	4

Fuente: Estadísticas sanitarias mundiales 2009, OMS.

Según datos de la OPS, al año 2010 Chile cuenta con 18,2 médicos, 15,3 enfermeras y 7,7 dentistas por 10.000 habitantes. Respecto a la densidad de recursos humanos en general al año 2013, el país reporta 36 RHS/10.000 habitantes. La evaluación de las Metas Regionales de RHS desarrolladas por

OPS/OMS al 2013 aclara que la densidad de recursos humanos en salud es de 35,9 por 10.000 a nivel nacional pero es casi 24 por 10.000 en el sector público (APS y Hospitales).

De acuerdo a lo anterior, Chile ha evolucionado desde 1,4 médicos por 1000 habitantes en el año 2010 a 1,9 por 1000 habitantes, siendo el promedio OCDE de 3,2 por 1000 habitantes. En el caso de las enfermeras, Chile presenta una densidad de 5,6 por 1000 habitantes al año 2013, comparado con un promedio OCDE de 8,8 por 1000 habitantes (31).

El año 2009, el estado de Chile asumió cinco desafíos en materia de recursos humanos en salud en la región, con veinte metas a cumplir, siendo monitoreado actualmente bajo la “Metodología para la medición de Metas Regionales de RHUS” desarrollada por OPS/OMS junto a otros países de las Américas. Precisamente, el segundo desafío persigue “ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado a los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, de manera de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones”. Dentro de este desafío, la meta seis exige lo siguiente: “la brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015” (5).

La evaluación de las Metas Regionales de RHS OPS/OMS al 2013 reporta a Chile sin datos con la siguiente observación apuntada por quienes rinden cuentas: “se puede realizar el cálculo de este indicador sólo para la Atención Primaria: las comunas rurales tienen una densidad de RRHH de 87,2% en relación a la densidad de las zonas urbanas”.

Por otra parte, respecto a la retención de recursos humanos en salud, el Ministerio de Salud manifiesta expresamente en su Política de Recursos Humanos en Salud (2012), un compromiso de desarrollar estrategias que permitan mejorar la disponibilidad y distribución del personal, con el fin de dar cumplimiento a los

objetivos sanitarios. El Ministerio de Salud admite que los problemas de disponibilidad se concentran en algunas profesiones críticas, tanto en zonas rurales o alejadas, como en áreas específicas de los distintos tipos de prestaciones en salud. En este sentido, a objeto de lograr un adecuado balance, se compromete en el diseño e implementación de estrategias tendientes a la revalorización de la atención primaria de salud y de la medicina familiar, así como revisar y modernizar su esquema de incentivos a la localización del personal (32).

Con el propósito de atraer y retener a los profesionales de salud, el Ministerio señala en su Política de RHS de 2012 que impulsará la “generación de espacios de diálogo intersectorial, orientados a favorecer el desarrollo integral de las regiones y localidades de menor disponibilidad relativa de Recursos Humanos de Salud haciendo mención a “Servicio País” como modelo multidisciplinario a implementar (32). Junto con desarrollar estrategias como: participación en eventos, presencia en las redes sociales, asistencia a foros de empleo, así como la utilización óptima del esquema de incentivos disponibles (asignación de zona, asignación de estímulo, condiciones y lugares de trabajo).

Estos lineamientos de políticas dan luces de la preocupación respecto al tema pero no existe un planteamiento claro y específico que permita saber cuáles serán las futuras acciones concretas del país en esta materia.

De acuerdo a la revisión de literatura realizada, una de las políticas de atracción y retención de RHS con aplicación en Chile es el Programa de Médicos Rurales, Médicos en Etapa de Destinación y Formación (EDF) ex Médicos Generales de Zona, un programa multidimensional de incentivos puesto en marcha en 1955, sólo tres años después de la creación del Servicio Nacional de Salud de Chile. Durante ese año, el 65,2% de los médicos vivía en la capital de la provincia de Santiago a pesar de haber sólo un 32,7% de la población del país. Uno de los hitos en la ejecución del programa fue la promulgación de la Ley 15.076 en 1963 (reformado en el año 2000 en la Ley 19.664), en donde se otorga autonomía de apoyo político y asegura la sostenibilidad del programa en el tiempo. Junto con

establecer un mecanismo de financiamiento seguro a través de recursos públicos (3)(33).

El conjunto de incentivos del programa se mencionan a continuación (3):

- a) Compensación monetaria (incentivos financieros directos e indirectos);
- b) Intervenciones de educación y de regulación: pasantías rurales voluntarias de los postulantes al programa de médicos EDF;
- c) Gestión, medio ambiente y apoyo social: se otorga puntaje por estas áreas a la hora de postular a especialidad médica:
 - Incentivos asociados a las características del lugar de trabajo y la duración de la destinación: el programa fomenta el ejercicio profesional en zonas más aisladas y promueve la permanencia durante el período máximo de seis años;
 - Incentivos asociados con el desarrollo del trabajo del médico: el programa motiva a los médicos a participar en el trabajo comunitario, tomando las responsabilidades de gestión y participar en la investigación y la educación médica continua;
 - Otros incentivos son: seis días al año para capacitación, un día libre cada mes para asuntos personales y cinco días adicionales de vacaciones (zonas remotas)
- d) Incentivos externos: no son parte del programa, pero pueden facilitar la contratación y la retención de los participantes. La expansión de los servicios básicos de salud y educación, la mejora en la conectividad rural, mejor equipamiento, el acceso a Internet y telefonía ha mejorado la retención.

Por otro lado, existe una asociación gremial que fortalece la organización.

El programa de Médicos en Etapa de Destinación y Formación representa una estrategia exitosa para atraer y retener a los médicos a las zonas rurales mediante la combinación coherente de incentivos financieros, educativos y de gestión.

Según el estudio descriptivo realizado por Peña y cols., el programa de médicos EDF enfatiza la importancia de los incentivos no financieros para determinar el comportamiento de un médico, en consonancia con los estudios internacionales (3).

Por otra parte, las otras profesiones de la salud no han sido del todo potenciadas en este sentido. El año 1996 Chile inició un Programa de Apoyo a la Enfermería Rural que incentiva a enfermeras(os) a trabajar en comunidades rurales por un período de tres años y luego acceder a beca de postgrado, programa que se requiere fortalecer para cubrir la brecha existente, según declaraciones del colegio profesional (34). Sin embargo las otras profesiones no cuentan con estrategias de incentivos de permanencia en zonas apartadas, por lo que el déficit de profesionales -especialmente matronas- tiene escasas posibilidades de ser resuelto, a no ser que se diseñe una política integral de atracción y retención para el desempeño en el mundo rural.

En resumen, la crisis de los recursos humanos y su impacto en la distribución geográfica es un problema común a distintos países con diferentes grados de desarrollo. Para ello la Organización Mundial de la Salud ha ideado una política global, como recomendación para mejorar el acceso a profesionales en zonas apartadas basado en fortalecer la retención. En este sentido, el interés internacional es creciente: varios países han hecho estudios de preferencias de los profesionales, otros han diseñado políticas, no obstante los estudios de evaluación de estas estrategias declaran que existe escasa coherencia entre las motivaciones de los trabajadores y las políticas implementadas. Por su parte, en Chile existe una política de retención remitida sólo a médicos, sin embargo no se ha avanzado en el abordaje de otros profesionales de la salud que también se encuentran con brechas en territorios apartados. Junto con eso, el país carece de estudio de preferencias como elemento clave para generar políticas públicas pertinentes a las necesidades de los profesionales de la salud. Y es en este singular contexto es en donde surge el tema de la presente investigación, como

aporte al conocimiento en materia de recursos humanos, junto con entregar información para un futuro estudio de preferencias (DCE) en Chile.

III. OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las percepciones de profesionales de salud que se desempeñan en zonas rurales en relación a sus motivaciones para la permanencia en estos territorios y a las políticas de retención de profesionales.

Objetivos específicos

1. Explorar las motivaciones y necesidades de médicos, matronas y enfermeras en el desempeño en territorios rurales.
2. Describir las percepciones de médicos, matronas y enfermeras respecto a la permanencia de recursos humanos para la sostenibilidad de los programas de salud rural.
3. Describir las percepciones de los profesionales médico, matrona y enfermera de establecimientos de salud rural respecto a la actual política de captación y permanencia del recurso humano en zonas rurales y/o aisladas.
4. Identificar las propuestas de médicos, matronas y enfermeras para la construcción de una política pertinente de atracción y retención de profesionales en zonas rurales.

Supuesto

El supuesto del estudio es que las preferencias y/o motivaciones de atracción y retención en zonas rurales de médicos por un lado y matronas y enfermeras por otro, son distintos entre ambos grupos.

Este estudio partió con el supuesto de que las preferencias y/o motivaciones de atracción y retención de médicos, matronas y enfermeras en zonas rurales, eran distintos entre los tres estratos. Lo anterior, argumentado en parte por la formación académica de los profesionales junto con el enfoque diferenciado de la política pública de retención de recurso humano en estos tres estamentos profesionales. Sin embargo, en la realización de las entrevistas no hubo diferencias en los discursos del grupo de matronas y enfermeras, por lo tanto se agruparon -por

decisión de la investigadora y a la luz de los resultados- en un solo estrato. Entonces, los análisis se realizaron en dos grupos: por un lado médicos y por otro matronas y enfermeras

IV. MÉTODOS

Consideraciones metodológicas generales

La metodología elegida para desarrollar la investigación es cualitativa, en donde los escenarios y personas son vistas desde una perspectiva holística de forma sistémica, amplia, integrada, consideradas como un todo (35) (36).

En Chile existen pocos estudios de motivaciones de profesionales de la salud para la retención en zonas rurales, iniciar el estudio con esta metodología enriquece el conocimiento en esta área. Junto con considerar que el estudio de preferencias, expectativas y necesidades supone un estudio de significados y vivencias subjetivas.

Tipo de estudio

La investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo-cualitativo, ya que entiende de forma naturalista el fenómeno que sustenta la pregunta de investigación.

Población

La investigación tiene como población profesionales médicos, matronas y enfermeras que conforman equipos rurales básicos y se llevó a cabo en 5 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y dos Centro de Salud Familiar (CESFAM) en la provincia de Chiloé.

Se excluyó de la población los técnicos paramédicos que- aún cuando sus expectativas de permanecer en zonas apartadas pueden ser relevantes de estudiar- no representan brecha de recurso humano en zonas rurales. Así mismo, se excluyó a otros profesionales que forman parte de los equipos, como psicólogos (as), kinesiólogos (as), nutricionistas, odontólogos, quienes a diferencia del equipo básico de un CECOSF, en general se encuentran con jornadas parciales en algunos centros o no forman parte del equipo básico en otros.

Además actualmente la brecha de recurso humano en estas profesiones de la salud es menor.

Muestreo

Se realizó un muestreo inicial estratificado en tres grupos: enfermeras, matronas y médicos del equipo de salud de los 5 CECOSF de Chiloé, conformando una muestra heterogénea. Se escogieron 5 de los 10 CECOSF existentes en la provincia de Chiloé, los que se encuentran emplazados en zonas rurales, aldeas o caseríos, de la isla grande e islas adyacentes. Se excluyeron aquellos CECOSF asentados en áreas urbanas (Bellavista de Ancud, Kintunien de Castro, Rukalaf y Vista Hermosa de Quellón) y CECOSF Llau Llau, situado en una aldea, esta se encuentra a 6 kilómetros de Castro, la capital provincial de Chiloé.

Además se incluyó en la muestra a profesionales médicos, matronas y enfermeras de otras comunas de Chiloé donde existen CESFAM, no obstante su desempeño es en condiciones de ruralidad, debido a que estas comunas son rurales en un 100 por ciento según clasificación INE.

Las características del grupo objetivo pueden describirse como: profesionales de ambos sexos, médicos mayormente hombres y enfermeras y matronas mujeres en gran proporción. En relación a edad, se encuentran en la etapa de adultez joven y media, mayormente profesionales jóvenes. Proceden de otras regiones del país en general, con excepciones, ya que en la provincia de Chiloé no existen Universidades que impartan estas carreras de salud.

Criterios de exclusión:

- profesionales que rechacen participar en el estudio

Criterios de inclusión

- médicos, matronas y enfermeras de 5 CECOSF y 2 CESFAM

- tiempo de permanencia mínimo de 6 meses de desempeño profesional en zona rural

Cuadro 1. Distribución de la muestra profesionales

Profesional	Ubicación	Médico	Matrona	Enfermera
CECOSF Chacao	Ancud, terrestre	1	1	1
CECOSF Metahue	Quemchi, isla	1	1	1
CECOSF Rilán	Castro, terrestre	1	1	1
CECOSF Apiao	Achao, isla dentro de comuna isla	1	1	1
CECOSF Huillinco	Chonchi, terrestre	1	1	1
CESFAM Curaco de Vélez	Curaco de Vélez, isla	1	1	1
CESFAM Puqueldón	Puqueldón, Isla	1	1	1
Total		7	7	7

*Las efectivamente realizadas en sombreado

El criterio de saturación de información determinó el número de entrevista por estrato, punto en el cual ninguna información de la que se continuó recolectando aportó elementos nuevos a lo que ya se logró establecer en las etapas previas de captura de datos (37). De acuerdo a los dos grupos conformados se tendrán dos puntos de saturación, el cual será determinado al interior de cada estrato, por un lado el grupo de médicos, y por otro el grupo de matronas y enfermeras.

Recolección de los datos

Se aplicaron entrevistas semi-estructuradas a médicos, matronas y enfermeras de 5 CECOSF rurales del Servicio de Salud Chiloé y 2 CESFAM de comunas eminentemente rurales, previa guía establecida de preguntas.

El registro de la información se realizó a través de grabación digital de audio en formato Mp3, previo consentimiento de las y los entrevistadas(os). Además se

registró en cuaderno de campo de la investigadora información de lo sucedido en las distintas sesiones de las entrevistas.

Análisis de la información

Luego de preparar los datos para el análisis (transcripciones) se realizó la revisión de estos, con una lectura general con el fin de obtener un panorama global de la información.

Luego, se realizó el proceso de codificación de las unidades de análisis. En este caso el estudio comprendió categorías de análisis preexistentes y emergentes (cuadro 2). Las primeras surgidas en relación a los objetivos y a la revisión de la literatura. La categorización hizo posible clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico en cuanto a significado o significados, los que se refirieron a personas, comportamientos, opiniones, sentimientos, métodos, estrategias, proceso, etc. Para el análisis de los datos se utilizó el software Atlas.ti con el fin de manejar las categorías y codificaciones.

Cuadro 2. Cuadro resumen de categorías y subcategorías del análisis

Eje temático	Categorías 1° orden	Categorías 2° orden		
Motivaciones y Necesidades	Motivaciones y expectativas	Motivaciones	Vínculo familiar Experiencia personal de habitar la ruralidad Condiciones laborales y de vida en zonas rurales Acceso a especialización como retribución (médicos)	
		Expectativas	Desempeño dinámico Desafío de ejercer como profesional único en su establecimiento Percepción de la geografía Expectativa en relación a la temporalidad (transitoria-definitiva) Remuneración	
	Necesidades	Necesidades básicas para el desempeño laboral rural Necesidades de bienestar personal y contractual, Necesidades surgidas del aislamiento		
Eje Sostenibilidad de Programas de Salud Rural	Particularidad servicios rurales	Acceso a los servicios Sentido de tiempo y flexibilidad Cercanía en la relación profesional –con el usuario y con el mundo cultural Rol social del equipo de salud Programas rurales		
	Profesional integrando la comunidad	Conocimiento que van adquiriendo en el ejercicio Trabajo de terreno Formación en salud familiar Inducción de otros profesionales del equipo de salud		
	Organización del profesional	Ronda médica Resolutividad Multiplicidad de funciones		
	Situación del RHUS rural			
	Impacto de la permanencia	Pérdida de la continuidad de atención Ausencia de cobertura de prestaciones críticas de la cartera de servicios Postergación de las actividades preventivas y comunitarias para cubrir		

		actividades de curación y rehabilitación en ausencia de profesional
Eje análisis de políticas actuales de permanencia de recurso humano rural	Inexistencia política pública Incentivos económicos Programa de apoyo a la enfermería rural Programa de médicos en Etapa de Destinación y Formación Estrategias locales de permanencia	
	Factores y escenario actual de políticas de permanencia	Evaluación poco pertinente y limitada de la atención en salud rural (cuantitativa) Centralización de la gestión en salud falta de empoderamiento de la comunidad y profesionales
Eje construcción de política pertinente	Estrategia de formación en pregrado Estrategias de formación a profesionales Estrategias de incentivos económicos Estrategia de mejoras en condiciones contractuales Estrategias de bienestar de profesional Cierre de brecha de infraestructura de los establecimientos rurales y condiciones mínimas para el desempeño rural Soporte profesional y personal Estrategia basada en la pertinencia de la evaluación y de políticas de salud rural	

Finalmente se relativizaron los datos obtenidos, es decir, se interpretaron en el contexto en que fueron recogidos. Cabe destacar que el análisis de estos datos fue un proceso en continuo progreso, ya que la recolección de la información cualitativa y su análisis se realizaron simultáneamente.

La técnica de análisis narrativo de contenido se utilizó como estrategia para interpretar el fondo y el sentido del discurso de los participantes.

Se utilizó la estrategia triangulación por investigador con el fin de obtener mayor riqueza interpretativa y analítica.

Rigor metodológico

Además de lo anterior, los requisitos de calidad presentes en la investigación son (37):

- confirmabilidad, se refiere a la neutralidad y enfatiza la replicabilidad del estudio por parte de otros,
- credibilidad, tiene que ver con la validez interna, se tomaron medidas útiles para acercarse fielmente a la realidad, tales como transcripción fiel de las entrevistas y devolución de esta transcripción a los participantes para su revisión y comprobación de veracidad.
- transferibilidad, es decir la posibilidad de generalizar las conclusiones del estudio en la medida que existan puntos de encuentro con otras realidades
- dependencia o consistencia, tiene que ver con la estabilidad de los datos en donde estos deben ser revisados por distintos investigadores y éstos deben llegar a interpretaciones coherentes. En este caso, los datos serán revisados por la investigadora y la profesora guía de tesis.

Se discutieron las categorías ya creadas con la profesora guía y se realizó triangulación de la información por investigador como medida de consistencia. Respecto a la transferibilidad, se puede señalar que los resultados pueden ser los mismos o similares si el estudio se realizara en otros sectores rurales, con características políticas y geográficas similares a Chiloé. En el caso de la

neutralidad, es posible que si otro investigador trabajara sobre los datos obtenidos, la composición de las categorías y los resultados resultarían similares, ya que la interpretación de la información se realizó a partir los discursos en su naturaleza. Es necesario declarar que la investigadora tenía la experiencia de trabajo en un sector rural, razón que motivó a la realización del estudio, sin embargo la información recolectada fue mucho más allá de los conocimientos previos de la investigadora, y de acuerdo a la metodología utilizada se mantuvo la neutralidad. Por otra parte, para algunos de los entrevistados la conversación que surgió de la entrevista fue la primera oportunidad en que expresaban y reflexionaban sobre este tema, se llevó a los profesionales a un terreno que no habían cuestionado antes, sobre todo en la elaboración de propuestas, por lo que algunas respuestas pueden ser menos reflexionadas.

Aspectos éticos

La investigación se llevó a cabo previa revisión del Comité de Ética de Investigación en seres humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, ya que no se obtuvo respuesta del Comité de Ética del Servicio de Salud Chiloé, el cual no se encontraba conformado.

Se entregó una carta de consentimiento informado a los participantes, en donde quedó establecido el carácter voluntario de su participación, la absoluta reserva de sus identidades y el objetivo del estudio. Además se entregó la transcripción de las entrevistas a cada informante para comprobar la fidelidad de sus discursos.

Una vez finalizada la investigación se realizó la devolución de los resultados a los participantes, sus establecimientos y al Servicio de Salud Chiloé.

Limitaciones

En relación a las limitaciones de la investigación se puede señalar que en la recolección de datos no se lograron realizar todas las entrevistas planificadas, debido a problemas de acceso geográfico, ya que algunos profesionales residían en sectores insulares, con movilización escasa y dependiente del clima. Sin

embargo y pese a ello, se alcanzó saturación con la información recopilada de las entrevistas concretadas.

En relación al análisis, se pudo haber considerado los discursos de médicos EDF y su diferenciación con los médicos municipales, sin embargo producto del tiempo no se realizó, aún cuando es preciso señalar que el diseño original del estudio no contemplaba tal separación.

Por último, se reconoce que dentro del sistema de salud chileno existe un sector privado que puede incidir en la motivación del personal sanitario, pero este factor no fue considerado en la investigación ya que el estudio se concentró especialmente en los servicios sanitarios y profesionales rurales del sistema público.

V. RESULTADOS

Los resultados de la investigación son presentados en cuatro ejes temáticos que derivan de los objetivos del estudio y estructuraron también la pauta de la entrevista aplicada. Los ejes temáticos a considerar son: las motivaciones y necesidades de los profesionales rurales; la sostenibilidad de los programas de salud rural y su relación con la permanencia del RHUS; análisis de políticas actuales de permanencia del RHUS y para finalizar, un eje de propuestas de política pertinente de RHUS rural.

Al finalizar cada eje se realiza un análisis comparativo de los discursos de médicos con los de matronas y enfermeras.

Estos ejes reúnen los discursos de 15 participantes, 5 de ellos médicos, 3 enfermeras y 7 matronas, como descripción general sus edades por grupo etario son: 7 participantes de 25 a 29 años, 4 de 30 a 34 años, 2 de 35 a 44 años y 2 de 50 a 59 años. Respecto a procedencia 6 de ellos son de Chiloé originalmente, 8 de otras partes del país y 1 del extranjero. Respecto al lugar de residencia actual, seis del total de participantes vivían en el mismo lugar donde se asienta el establecimiento de salud, gran parte de ellos debido a la falta de acceso que les obligó a vivir en el territorio (insulares), no así los dos médicos EDF entrevistados que deben residir en su comuna por la etapa de destinación (aun cuando no es obligatorio) y a diferencia de una enfermera que por decisión propia y vínculo familiar decide vivir en la comuna donde trabaja. El resto de los profesionales entrevistados se moviliza desde otra ciudad para ejercer en un sector rural. La dependencia laboral de la mayoría de los entrevistados es municipal, a excepción de los dos médicos EDF que dependen del Servicio de Salud Chiloé.

Para iniciar el análisis se realiza una descripción general del contexto en que se prestan los servicios de atención en salud, de los centros asistenciales y de la misma ruralidad. Los establecimientos de salud a los cuales pertenecían los participantes del estudio eran dos CESFAM insulares (Puqueldón y Curaco de

Vélez) y cinco CECOSF, dos de ellos insulares extremos (Metahue y Apiao) y tres ubicados en la isla grande (Huillinco, Rilán y Chacao).

Los Centros Comunitarios de Salud Familiar donde trabajan los entrevistados tienen a cargo una población de máximo 2000 habitantes. De acuerdo a los propios entrevistados, en sus inicios, las personas que pertenecían a esta población tenían distintas expectativas respecto al funcionamiento del CECOSF, algunas comunidades deseaban un centro de Urgencia, otras pensaron que contarían con equipo médico las 44 horas semanales sólo para el sector donde estuviera asentado el CECOSF, otras comunidades querían menos actividades de salud familiar y más asistenciales, etc. Sin embargo y pese a esta brecha de expectativas, sorteando la frustración inicial de la comunidad, el equipo de salud logra establecer vínculos estratégicos con grupos organizados comunitarios y darle, en mayor o menor medida, un enfoque comunitario a su atención, Respecto al área de atracción y población a cargo, es importante señalar que los CECOSF probablemente no tengan una producción de atenciones como un sector de un CESFAM –considerando las horas profesionales- debido a que el tipo de atención es diferenciada, lo que se abordará más adelante.

Además, como tenemos el problema que no tenemos la cantidad de población, se nos mira igual que a los urbanos y nuestras necesidades no pueden ser igual que los urbanos, no podemos tener un médico por cada 5.000 habitantes, porque tenemos una distracción grande de tiempo en traslado (matrona, Cecosf)

El tipo de infraestructura de estos CECOSF en su mayoría es correspondiente a una Posta de Salud Rural que se adecuó para recibir al equipo básico profesional, por lo tanto, las instalaciones no son adecuadas en cantidad ni calidad para la atención de los profesionales, comparten box a diario y programan sus actividades en base a disponibilidad de espacio físico. Esto se relaciona con las necesidades del quehacer profesional que se describirá en el eje temático siguiente.

El CECOSF de Apiao, pertenece a la comuna de Quinchao, en donde la salud municipal se hace cargo de 10 postas, que corresponden a 10 islas menores. Este centro, según relatan los participantes, no se logra financiar con el aporte que

hace el Ministerio de Salud, los gastos generados por concepto de traslado marítimo son importantes, en el territorio mismo no hay movilización y por ende el equipo se moviliza dos horas a pie para realizar visitas domiciliarias por ejemplo.

El CECOSF de Metahue tiene similar realidad, presentando mayores dificultades de movilización para salir y entrar a la isla. Existen dos recorridos semanales, los que se ven suspendidos por mal tiempo, situación muy usual en el invierno y ocasional en el resto del año. Los profesionales realizan innumerables gestiones con lanchas de escolares, o de particulares para poder salir de la isla en caso que sea necesario por temas personales o laborales. El viaje marítimo es desde la comuna de Dalcahue por un periodo de cuatro horas en lancha a la isla Metahue, y para salir, la embarcación llega a un sector rural de Quemchi, que no cuenta con recorrido por tierra para llegar a la ciudad. Es decir, los trayectos de los profesionales para evacuar la isla de Metahue de acuerdo a sus palabras, constituyen verdaderas hazañas, por lo que se mantienen la mayor parte del tiempo en su territorio. El equipo rural de Quemchi atiende la población del CECOSF Metahue conformado por médico, matrona y enfermera PAER (Programa de Atención Enfermería Rural, dependiente del Servicio de Salud, destinada en Metahue) y tres postas rurales: Tac, Voigue y Mechuque, esta última cuenta con médico EDF.

Por otro lado, es interesante mencionar que ambos equipos rurales, Quinchao y Quemchi, cuentan con el apoyo asistencial del equipo profesional de salud que aborda el Buque Cirujano Videla, Patrullero Médico Dental de la Armada de Chile, conformado por médico, matrona, enfermero, tecnólogo médico y dentista, los que entregan atención en las postas insulares cada 60 días (algunos sectores en forma mensual), y cuentan con los servicios de radiografía, laboratorio clínico y módulo dental a bordo.

Los otros CECOSF terrestres (Chacao, Rilán y Huillinco) comparten organización similar, esto es, un equipo básico: matrona, médico y enfermera, y el equipo transversal compuesto por nutricionista, kinesiólogo, psicólogo, asistente social y dental, que cuenta con algunas horas destinadas al establecimiento, con distintos

niveles de implementación en cada centro. De estos tres establecimientos, hay uno de ellos que a nivel operacional presenta mayores dificultades para el funcionamiento, debido a la crisis económica de la Corporación Municipal a la que pertenece, según el relato de los funcionarios entrevistados.

Un día todos tuvieron que poner dinero para combustible, porque no había combustible para la camioneta, que es la camioneta de rural, que no es para traslado de pacientes, pero si te sirve para hacer todo el trabajo rural, para movilizarte, llevar los exámenes, salir a visitas, o sea no había plata ni para eso, por qué uno de su bolsillo tiene que estar dando, más encima descuentan de tu planilla cosas que después te das cuenta que no han pagado, que no te paguen imposiciones, que no te paguen...es como un atropello a tu dignidad como funcionaria de salud, y eso es también lo que causa mucho enojo (matrona, Cecosf)

Respecto a los CESFAM insulares (Puqueldón y Curaco de Vélez) considerados en el estudio, ambos tienen una población inscrita validada menor a 5000 habitantes, cuentan con equipo básico profesional y otros profesionales con 44 horas o más (odontólogo, nutricionista, kinesiólogo, psicólogo, asistente social). En ambos centros hay un médico EDF y un médico contratado por el Servicio de Salud. En el CESFAM de Puqueldón existía un cargo de enfermera PAER, que en el momento de la realización de la entrevistas estaba desocupado, la profesional había renunciado a su cargo, estando el establecimiento sin atenciones de enfermería por un mes hasta esa fecha. Ambos cuentan con servicio de urgencia rural de llamado, es decir, se llama al médico, quien se encuentra en su residencia para acudir a las consultas de urgencia en caso que se presenten. El CECOSF de Chacao, que está cerca de la entrada a la isla de Chiloé también posee turno de médico, debido a su emplazamiento estratégico.

Cuadro 3. Distribución RHUS rural de los centros rurales

Centro	Característica	Comuna	Equipo profesional
CECOSF Apiao	Insular	Quinchao	Médico, matrona y enfermera, equipo transversal: nutricionista, kinesiólogo
CECOSF Metahue	Insular	Quemchi	Médico, matrona y enfermera. Apoyo equipo Buque Cirujano Videla
CECOSF Chacao	Terrestre	Ancud	Médico, matrona, enfermera y dental equipo transversal (algunas horas semanales): nutricionista, kinesiólogo, psicóloga, trabajadora social
CECOSF Rilán	Terrestre	Castro	Médico, matrona, enfermera, nutricionista, equipo transversal: kinesiólogo, psicóloga, asistente social
CECOSF Huillinco	Terrestre	Chonchi	Médico, matrona, enfermera, equipo transversal (algunas horas semanales): nutricionista, dental, kinesiólogo, psicóloga, trabajadora social
CESFAM Curaco de Vélez	Insular	Curaco de Vélez (isla Quinchao)	Médico, matrona, enfermera, nutricionista, dental, kinesiólogo, psicóloga, trabajadora social
CESFAM Puqueldón	Insular	Puqueldón (isla Lemuy)	Médico (dos), matrona, enfermera, nutricionista, dental, kinesiólogo, psicóloga, trabajadora social

Además de conocer el escenario desde el punto de vista descriptivo en que se desempeñan los profesionales entrevistados, es preciso exponer las percepciones de ruralidad entendidas por los entrevistados, las cuales surgen de los discursos en forma espontánea, lo que configura un marco analítico necesario de entender para luego profundizar en percepciones de la permanencia del RHUS.

Concepto de ruralidades

Como se explicitaba en el marco teórico, el concepto de ruralidad puede ser visto desde distintos enfoques, asimismo la ruralidad tiene distintas manifestaciones para las personas que viven en este contexto. En los dichos de los entrevistados,

esta ruralidad tiene una expresión más extrema cuando se agrega el componente insular. Por esta razón a esta categoría se le denomina “ruralidades”.

Resulta interesante mencionar algunos relatos de la ruralidad percibida por los profesionales en el ejercicio de sus funciones, entendiendo que el contexto geográfico, social e histórico ayuda a comprender mejor las motivaciones y necesidades del equipo profesional. Los entrevistados describen espontáneamente características de los habitantes de Chiloé y de su forma de vida, acceso a los servicios básicos, movilización y la forma de relacionarse con el sistema de salud.

La particularidad del mundo rural tiene sentido para ellos cuando habitan el territorio y comparten el mismo entorno de la comunidad, es decir, viviendo la experiencia en la ruralidad. Señalan que todo lo aprendido en su formación profesional dista mucho de los que se vive en la realidad, debido en parte a que las prácticas profesionales o internados rurales actuales de los estudiantes no se desarrollan en lugares apartados o aislados como plazas de docencia y a que la teoría de la salud rural entregada en pregrado no es suficientemente cercana al escenario real. Respecto a esto, también puede incidir que las universidades se emplazan exclusivamente en centros urbanos.

Cuando tú estudias te hablan de lo rural con una visión muy parecida a lo urbano en realidad, y cuando llegas y tienes que hacer una visita y caminar una hora o está lloviendo, etc., te das cuenta que la gente que vive en los sectores rurales hace eso todos los días, entonces para que lleguen a la posta o a la atención les cuesta mucho y así tú valoras más cuando ellos llegan. Yo encuentro que cuando uno vive esas cosas se da cuenta que la gente hace muchos esfuerzos para llegar a sus controles... para verte... entonces, la atención debería ser mucho más buena que otra cosa (Matrona CESFAM insular)

Referente a la oferta de servicios básicos, los lugares más apartados carecen de agua potable, alcantarillado y electricidad, especialmente en los sectores insulares más extremos.

Acá por ejemplo nosotros trabajamos con gente muy humilde en islas que obviamente no hay alumbrado público, agua potable, no hay carabineros en las islas, hay una junta de vecinos solamente, hay un par de negocios que tienen muy poquitas cosas, muy poco variado y

muy caro. La mayoría de la gente vive de la luga y el pelillo en los veranos y con esa plata sobrevive en el invierno (matrona, Cecosf insular)

Una profesional entrevistada hace una reflexión en torno a la distancia de los sectores rurales a los centros hospitalarios más complejos y a la necesidad de resolver el problema de salud de la persona en el territorio o lo más cercano a él, en un establecimiento que no los desarraigue ni aparte de su comunidad. La profesional señala que este sentido de valoración territorial por parte de la comunidad también influye en los itinerarios terapéuticos.

Yo no sé si la gente de rural debería tener más beneficios o algo así pero debería garantizarse la salud igual que para una persona que vive en urbano y yo creo que esta cuestión de la distancia esta súper infravalorada, súper infravalorada. Yo encuentro ponte tú, un sacrificio enorme de las personas poder ir a cumplir una garantía AUGE a Puerto Montt. Encuentro que eso desarma mucho y desgasta mucho a la persona. Acá yo encuentro que la gente ni siquiera quiere salir de la isla, prefiere quedarse con el diagnóstico, ser desahuciado con su enfermedad ya sea, no sé, un cáncer terminal o algo así que estar en Puerto Montt o en Valdivia solo (matrona, Cecosf)

La movilización y acceso, es un tema recurrente en los diálogos de los entrevistados, lo que se explica con más detalle en el eje referido a necesidades y se ejemplifica a continuación:

Por ejemplo Tac, hay meses en que la gente no puede salir de la isla, porque esa isla está prácticamente a mar abierto. En cambio, Metahue está rodeada de canales, es más fácil entrar; o en Mechuque o Voigue, también forman canales entonces es más fácil entrar. Pero Tac sí que está aislada, creo que sólo uno o dos días va una lancha y que se encarga de todo: de abastecer, de pasajeros, de materiales de construcción; ellos sí que están alejados. Y la gente de Tac es distinta, se nota (matrona, Cecosf insular)

Por otra parte, es necesario relevar la ronda médica que se configura como rito social en el mundo rural. Los habitantes de zonas rurales, históricamente han sido atendidos por un equipo de profesionales que se desplaza a las postas de salud y estaciones médico-rurales, en donde el día de la atención de ronda médica es considerado como un evento social según el relato de los entrevistados, en parte también por la carencia de instancias de encuentro entre sus habitantes.

Yo creo que por ahí va el tema, les cuesta mucho tener lugares donde reencontrarse, creo que la posta es un lugar donde generalmente se encuentran, conversan, van a sus atenciones pero aprovechan de hacer vida social, porque no hay otros lugares donde ellos puedan hacer vida social más que la posta, es como el lugar, de los adultos sobre todo, porque los niños tiene el colegio y eso, pero los adultos en general la posta es un sector súper importante para ellos, para hacer vida social (matrona, Cefam insular)

Las vivencias de los profesionales en torno a estas ruralidades los moviliza a buscar formas de ajustarse a la carencia de servicios básicos en el territorio con el fin de dar acceso a una prestación oportuna.

Y como me sucedió una vez, en el anterior trabajo que yo tenía, era rural, pero no tan rural. Nosotros si no teníamos agua, se suspendía la atención de todo aquello que no fuese un control de anticonceptivo oral y control de embarazo, porque ahí como no usas medios más invasivos puedes manejarte con alcohol gel, las consejerías, ese tipo de cosas; pero todo lo demás nosotros lo suspendíamos. Si yo voy a la Posta de Yutuy, el día que yo llegué y no había agua, ¿cómo le voy a decir a una mujer que caminó tres horas o, en su defecto, pagó \$6.000 para que la llevaran a la posta, “sabe señora, no hay agua, yo no la atiendo”?, no se puede hacer (matrona Cecosf)

Luego de describir las características de los profesionales y los elementos de contexto de los centros asistenciales y realizar un análisis de las distintas concepciones y vivencias de ruralidad de los entrevistados, se profundiza en las motivaciones y necesidades del equipo rural, entendidas a partir de este escenario contextual y analítico.

1. Eje Motivaciones y Necesidades

En este eje temático se hace un análisis de los aspectos que motivaron al profesional a elegir el cargo rural frente a otra alternativa en una destinación no rural, explorando en sus expectativas, profundizando en la descripción de aquellas características que -desde su perspectiva- requiere un profesional que se desempeña en zona rural, para luego describir las necesidades que ellos presentan en su quehacer.

En estas tres categorías, los límites en el discurso de los entrevistados muchas veces no son claros por lo que se ha hecho un esfuerzo analítico de separación para este efecto y de articulación de estas distintas perspectivas.

Motivaciones y expectativas

Al indagar sobre las **motivaciones** presentes en los equipos profesionales rurales emergen cuatro categorías, las que dicen relación con el vínculo familiar tanto directo como lejano con el territorio, es decir, la presencia de familiares en la isla de Chiloé; aquellas relacionadas con tener la experiencia personal de habitar en la ruralidad, una tercera que incluye las condiciones de vida en una zona rural y por último el acceso a especialización como retribución del trabajo rural.

Es preciso destacar que estas motivaciones si bien se pueden diferenciar en los discursos de los entrevistados, se presentan en forma interrelacionada en el trascurso de la entrevista. En este sentido, existe una motivación de fondo, la que surge primeramente en las respuestas de los entrevistados, aquella que despertó el interés inicial de postular a los cargos en Chiloé y, otras motivaciones que se van generando a medida que los entrevistados relatan acerca de su experiencia de trabajar y vivir en la ruralidad.

En relación al **vínculo familiar**, se puede señalar que es una de las categorías más potentes en el territorio de Chiloé, ya que se vincula fuertemente con el mayor tiempo de permanencia de los profesionales en la isla. Esto, de acuerdo a lo relatado por los entrevistados que provenían de la isla grande o que estaban ligados a ella por familiares directos, indirectos o amistades que los conectaron al territorio.

Mi motivación principalmente tiene que ver con mi origen chilote, con conocer esta comunidad. O sea, yo siempre he creído que uno que es chilote se contacta de manera muy diferente con las personas a como lo puede hacer... no digo que otra persona no lo pueda hacer, no digo que otra persona que venga de afuera no lo va a hacer bien... pero creo que uno entiende muy bien el lenguaje de la gente de acá, que te puedes conectar muy bien y los puedes ayudar de mucha mejor manera. (EU, Cesfam insular)

A este respecto se refleja un sentido de pertenencia que se deriva de los

discursos, especialmente en aquellos entrevistados que originalmente provienen de Chiloé, estudiaron en otras regiones del país y retornaron a trabajar a su lugar de origen.

La motivación que tengo, aparte de que me gusta lo que hago, de que me gusta el lugar es que también yo soy de acá, mi familia es de acá, entonces la idea es como que me vine a quedar (Matrona, Cecosf)

En relación a lo anterior, la existencia de redes de apoyo familiar o social en el territorio es un factor que incide en el proceso de adaptación a la ruralidad, se menciona como facilitador para la permanencia. Sin embargo, esta motivación se condiciona por las necesidades insatisfechas del bienestar personal y contractual que se discute más adelante en la categoría de necesidades.

Y en el mismo aspecto personal, existe un grupo de entrevistados que señala como motivador e importante la **experiencia personal de habitar la ruralidad**, relatan reflexiones en torno al altruismo de trabajar para y por personas altamente vulnerables, considerar esta experiencia una aventura en este momento de su vida y enriquecedora para el resto de sus vidas.

Mandé un correo y el jefe me llamó a los 10 minutos, me dijo que viniera, vine y me quedé. Fue así, no hubo más cuestionamientos de por medio. Pero la principal motivación más que nada fue la experiencia, o sea vivir la experiencia que te trae...como el enriquecimiento de vivir acá, no solamente trabajar acá, sino vivir acá (...) Prefería andar viajando todos los días a un lugar diferente que estar todos los días en un box, con una agenda clara y trabajando en el computador. Eso no me motiva mucho. (Matrona, Cecosf insular)

Respecto a las **condiciones laborales y de vida en zonas rurales**, para algunos de los entrevistados, la forma de habitar el territorio, la belleza del lugar, la idiosincrasia de las personas, el ritmo de vida y la valoración de la comunidad al trabajo en salud rural se constituye en una motivación relevante. Estas reflexiones están presentes en profesionales que se encuentran en una etapa del ciclo vital más cercana a la adultez media y también en aquellos provenientes de Chiloé.

A mí me encanta el trabajo en rural, yo encuentro que la gente de campo es gente buena, es gente agradecida, gente de buen trato, (...) es muy agradable trabajar con la gente de acá, además que acá tú haces un verdadero servicio, de verdad tú sirves, porque aquí las condiciones de vida, las condiciones de aislamiento, la dispersión

geográfica de nuestra gente hace que tú seas necesaria. ¡Es una maravilla!, Chiloé es bello, Chiloé es grato para vivir, tiene todavía las costumbres provincianas, la gente no anda apurada, hay una calidad de vida 500 veces mejor que en el norte. (Matrona, Cecosf, 57 años)

Yo creo que más por el contacto que se da con la gente, con las personas, es un contacto más íntimo por decirlo así y también para poder ayudar y aportar en el lugar que crecí y que he vivido toda mi vida, porque yo fui, soy de un sector rural y vi esa realidad también y eso fue también lo que quise cuando estudié. Quería trabajar en un sector rural para también ayudar a la comunidad (EU, Cecosf insular)

Además relevan el hecho de que el quehacer rural sintoniza con sus preferencias al realizar labores diversas, en terreno, en constante movimiento, fuera de la rutina intra-box característico de un trabajo urbano. Esto último se vincula con las expectativas del trabajo rural, que se describe posteriormente en el análisis.

Por otro lado, la motivación específica para médicos relacionada con el **acceso a especialización como retribución del trabajo rural** sólo está presente en el discurso de los médicos entrevistados, debido a que la política actualmente presente en Chile solo está dirigida a esos profesionales. La estrategia de permanencia de recurso humano en salud que se impone en la ruralidad y que ha permitido el acceso sanitario en las zonas apartadas, es la denominada Etapa de Destinación y Formación (EDF) de médicos generales, por lo tanto esta motivación resulta relevante para los médicos quienes se encuentra en este ciclo:

Bueno mi principal motivación es el cargo EDF, y lo otro es que el tema de... como del puntaje que tiene mucha relación con la etapa de destinación y formación porque se supone que los lugares rurales tienen cierto puntaje que es mayor y eso te aumenta las perspectivas de tu especialidad después al momento de postular (médico EDF, 30 años, Cesfam insular)

Junto con lo anterior, los médicos contratados por las corporaciones municipales consideran que trabajar en establecimientos rurales les puede significar una experiencia ventajosa al momento de postular a una beca de especialización en el futuro, beca que se ofrece por la vía de concursos asociados a Periodo de Asistencial Obligatorio (PAO) en un Servicio de Salud del Sistema Nacional de Servicios de Salud, previamente determinado (38):

Y partir por algo público. Siempre...yo no sé... siempre yo lo vi como

que la APS es una opción para empezar, pensando en el futuro en poder obtener o que me beneficie el hecho de poder sacar una especialidad (médico municipal, Cecosf insular)

Un elemento transversal para postular a un cargo son los *factores económicos y contractuales*, necesarios pero no suficientes en la atracción. Los informantes exponen que la remuneración les motiva, pero no como único factor, si no ligado a otras motivaciones de índole personal necesarias a la hora de escoger desempeñarse en zonas apartadas.

Bueno, yo salí de la universidad... igual mi expectativa económica era más alta de la que ofrecían en la ciudad, fue el primer factor que me llamó la atención del sector rural. Lo segundo que me llamó la atención es que me ofrecieron cargo, cosa que en la comuna en que estudié y en la ciudad no era así, se hacían reemplazos y cargos a honorarios (...) quería trabajar en un sector rural y ayudar a la gente más vulnerable. Por eso no seguí en la ciudad (Matrona, 26 años, CESFAM insular)

En el análisis de las motivaciones del equipo rural es preciso profundizar en dos aspectos transversales que potencian la motivación de fondo, actuando en un segundo momento, las que se denominarán motivaciones a la permanencia: *trabajo con el equipo e identidad profesional*.

La primera tiene que ver con sentirse parte de un equipo rural valorado por la comunidad y que genera lazos afectivos espontáneos entre sí los que se consolidan través del tiempo. Los discursos respecto al soporte que les genera este equipo de trabajo, se explicitan ante la pregunta específica y también surgen en reiteradas ocasiones en el transcurso de las entrevistas. Este aspecto puede generar bienestar o arraigo de los profesionales, pese a las innumerables necesidades a que se ven enfrentados. Más adelante se profundizará en cuáles son esas necesidades.

El ambiente laboral es muy bueno, aunque igual obviamente ha habido diferencias o complicaciones entre una y otra persona, pero que se nota mucho menos que en los establecimientos más grandes. El ambiente aquí es otra cosa. Pueden faltar muchas cosas, pero la buena voluntad aquí hace mucho en todo sentido, (...) no solamente se comparte la cosa clínica, sino también la vida personal, la vida diaria, que además somos más o menos generaciones parecidas, hay mas nuevos y tenemos más o menos la misma edad (Matrona, Cecosf)

Aquí surgen relatos de valoración hacia el equipo de salud, por parte de la familia y comunidad, la calidez y cercanía de la gente que vive en sector rural y a partir de eso, tolerar las carencias de recursos (en la categoría necesidades se profundizará en esto)

Yo me siento valorado por la gente de la isla de Lemuy. Siento que los pacientes me quieren, no solamente como médico si no como persona y eso lo valoro y me impulsa a quedarme (médico EDF, Cesfam insular)

Como segundo elemento, la pertenencia al territorio construye una *identidad que los moldea profesionalmente* como equipos rurales, generando un compromiso que los valida ante los usuarios hasta el punto de considerarlos un miembro más de la comunidad.

Yo creo que más por el contacto que se da con la gente, con las personas, es un contacto más íntimo por decirlo así y también para poder ayudar y aportar en el lugar que crecí y que he vivido toda mi vida, porque yo fui, soy de un sector rural y vi esa realidad también y eso fue también lo que quise cuando estudié. Quería trabajar en un sector rural para también ayudar a la comunidad (EU, Cecosf insular)

Sin embargo, hubo entrevistados que no provenían de Chiloé, los que carecían de sentido de pertenencia, se sentía sin mayor motivación debido al desempeño extremo y algunos de ellos se encontraban a la espera de una nueva oferta laboral menos extrema.

Más que nada, porque hay que quedarse no más (se ríe). Porque si estuviera más cerca de la Isla Grande, la verdad, yo creo que sí viajaría. Pero por la distancia, hay que quedarse ahí no más, no hay otra alternativa en el fondo (Matrona Cecosf insular, extremo)

Desde la experiencia de los profesionales en zonas rurales y remotas, se indaga sobre *características requeridas para desempeñarse en un sector rural* y que de acuerdo al análisis, actúan como mediadores de las motivaciones a la hora de elegir un trabajo. Como características que permiten la relación con los usuarios señalan: empatía, paciencia, comprensión, flexibilidad y pertinencia cultural en la atención. Por otro lado señalan características generales al trabajo rural: vocación de servicio; sentido de aventura; resiliencia; adaptabilidad definida por algunos entrevistados como capacidad de adaptarse a trabajar con carencia de

condiciones básicas y por último, tolerancia a la adversidad, la que está dada por el aislamiento geográfico, bajas temperaturas y problemas de acceso.

Por otra parte, y respecto al ciclo vital de los entrevistados, se señala que tener hijos pequeños sería una limitante a la hora de desempeñarse en la ruralidad, ya que no se cuenta con servicios básicos ni de educación en la mayoría de los casos. También es interesante el análisis que hacen las personas mayores de 50 años entrevistadas, las que indican que la capacidad física muchas veces imposibilita la realización de actividades en terreno más extremas.

Junto a la exploración de motivaciones, se indagó en las **expectativas** iniciales que tenían los profesionales respecto del trabajo rural y el nivel de cumplimiento de éstas en el tiempo. Entre ellas se menciona un desempeño rural versátil y tranquilo; el desafío de ejercer como profesional único en un lugar apartado; las condiciones particulares de la población y geografía; la expectativa de temporalidad -aquellos que consideran el cargo como transitorio y otros definitivo; y para finalizar, la expectativa de remuneración.

*Mira mis expectativas se han cumplido bastante en el cargo, era más o menos lo que yo esperaba, siempre tenía claro que irse a un sector rural no iba a ser fácil, no iba a estar en un trabajo como de escritorio las 44 horas y tampoco venía con expectativas tan altas así como para decepcionarme, para nada. O sea yo sabía a lo que venía, en el fondo.
(Médico EDF, Cesfam insular)*

En lo referente a la expectativa del *desempeño dinámico* dado por la diversidad de actividades que se esperaban desarrollar: asistenciales, comunitarias y administrativas, hay expectativas no cumplidas de acuerdo a la realidad de lo que actualmente hacen. En general están a cargo de múltiples tareas no clínicas, de gestión y administración que se contraponen a la expectativa de un tipo de trabajo diverso pero tranquilo:

Las expectativas era lograr un equilibrio entre el trabajo y la vida personal. Creo que esas expectativas no se han cumplido para nada, o sea, la carga de trabajo con la cual uno se encuentra en un sector rural es mucho más de la que uno espera y... creo que eso también me ha generado bastante desgaste (médico EDF, Cesfam insular)

La expectativa relacionada a que el *profesional sea único en su establecimiento*,

les significa poner a prueba sus capacidades y conocimientos técnicos, lo que puede considerarse un desafío. Sin embargo para otros entrevistados no tener un par de la misma profesión, cuando ha transcurrido mucho tiempo (más de dos años aproximadamente), se torna un elemento que produce desmotivación.

Mis expectativas eran como... a ver, como la motivación principal era aprender, ver cosas que no había visto, ver cosas que no había aprendido y enfrentarme a situaciones que tal vez en otro lugar no me podía enfrentar, situaciones en que no tenía el apoyo de otro profesional al lado o verme como envuelta en eso, que quizá para una persona sea casi que traumático. (Matrona, CECOSF insular).

Por otro lado, los profesionales tenía una *percepción de la geografía* de Chiloé menos extrema, sin embargo las características reales de dispersión (como ejemplo insularidad, distancias, accesos difíciles) estaban lejos de sus expectativas para aquellos que provenían de otras partes del país y entre ellos en especial los que se desempeñan en sectores muy apartados.

Respecto a la expectativa en relación a la *temporalidad*, se presenta a continuación el relato de una profesional con 10 años de experiencia en establecimiento rural y cuya expectativa inicial era trabajar por un periodo breve para luego estudiar en el extranjero. Y en contraste el relato de una profesional de 57 años que elige Chiloé como lugar para establecerse en los últimos años de actividad laboral.

(...) cuando yo llegué acá en Chiloé quería venir por un tiempo, juntar plata, lo típico, e irme al extranjero, eso es lo que yo quería en cierto momento. Creo que la vida cambia hartito cuando uno encuentra pareja o hace como... bueno, antes de encontrar pareja yo hice mi casa, entonces eso ya creo que fue el paso para quedarme más definitivamente; me gusta mucho el trabajo (Matrona, Cesfam insular)

Mis expectativas, como lo puse en el currículum que mandé, eran venir a colaborar, yo no... va a sonar soberbio eso...pero yo tenía capacitación en todo, porque como mi consultorio quedaba a 45 minutos de Santiago, entonces nosotros teníamos capacitación de todo. Creo que cuando yo llegué acá, creo, no estoy segura, era la única matrona que sabía insertar y extraer implantes, por ejemplo. Entonces tú vienes a colaborar con eso. (...) no tengo intención en contrato indefinido, o sea, mi intención es trabajar 5 años más para mejorar mi pensión, no pretendo más (matrona, Cecosf)

En lo referente a la *remuneración* las expectativas no son consensuadas por todos, hay distintas expectativas dependiendo de tres factores que interactúan entre sí: la profesión, la ley bajo la cual están contratados y la antigüedad. Se pueden distinguir tres grupos: el grupo médico con opiniones distintas, en este caso un médico EDF considera que el sueldo no compensa las condiciones de aislamiento y responsabilidades adquiridas y a su vez los médicos municipales, contratados bajo el Estatuto de Atención Primaria (ley 19.873) están conformes con lo remunerado de acuerdo a sus expectativas. Otro grupo conformado por profesionales matronas y enfermeras jóvenes para quienes la pretensión de sueldo se cumple si comparan con un sector urbano, debido a las asignaciones que mejoran el sueldo: asignación de zona, asignación por desempeño difícil y bono trimestral por zona extrema. Por último, a los profesionales mayores de 50 años no se les reconoce su antigüedad para efecto de mayor sueldo, situación que provoca el no cumplimiento de sus expectativas, pero que no les afecta su permanencia. Esta situación ocurre debido a factores económicos del empleador o porque los profesionales no cumplen con los requisitos de encasillamiento en la carrera funcionaria, por ejemplo cuando su experiencia no ha sido exclusivamente en atención primaria.

Ahora, yo sí pensé que iba a ser una vida más relajada, un trabajo más pausado, más parsimonia, pero no ha sido así. Y lo otro también era que uno se espera, bueno, ahora así ha sido pero yo esperaba que cuando uno llega a un lugar rural, las expectativas de sueldo son más altas, estás más lejos y todo. Y creo que eso tampoco es especialmente atractivo (médico EDF, insular).

Es interesante mencionar la percepción de tres médicos entrevistados que estudiaron medicina en Cuba, quienes relatan expectativas relacionadas con la aplicación del modelo de salud integral, modelo con el cual fueron formados. Y en este aspecto, el cumplimiento de expectativas es mayor, en lo referente a forma de atención, trabajo en terreno, posibilidad de innovación en los sectores con menos población a cargo, aún cuando consideran que la carga administrativa es muy intensa. Por otro lado, ellos perciben que los equipos adolecen de condiciones básicas necesarias para la realización de actividades cotidianas y en ese sentido sí presentan una brecha de expectativas.

Al indagar sobre los *posibles factores que han incidido en el cumplimiento o no de estas expectativas*, surge la gestión de la jefatura como condicionante. Mencionan que la jefatura otorga resolución de sus necesidades en forma parcial o tardía, ejemplo de aquello es la falta de insumos mínimos, falta de plan de seguridad en las lanchas de transporte de personal, falta de calefacción, entre otros.

Mira, como yo te digo, nosotros trabajamos en islas, una de las trabas es las condiciones climáticas, que de repente tú programas actividades y no puedes salir, esa es una de las trabas, son condicionantes externas. De repente recurso, ponte tú, si se quiere hacer actividades, no cuentas con todos los recursos necesarios para hacerlas o tienes que adecuarte o arreglártelas por tus medios para hacerlo (EU, Cecosf insular)

Consideran que hay expectativas no cumplidas que responden a dispersión geográfica o condiciones climáticas, pero la mayor parte de las veces son por problemas de gestión de quien está al mando del establecimiento. Al contrario, cuando existe apoyo del superior jerárquico y actúa como soporte técnico y emocional del equipo, impacta positivamente en el cumplimiento de las expectativas.

Yo creo que la buena recepción del equipo, el llevarme bien con la gente con la que trabajo. También el tema, como te digo, de la estabilidad laboral, eso también es un factor súper importante. Pudiera ser también el tema de las lucas, o sea, de cuánto tú ganas y que te alcance para estar bien, porque si tú en algún momento trabajas y no ganas lo suficiente yo creo que uno busca otras alternativas (matrona, Cesfam insular)

Necesidades

Al analizar los discursos de esta categoría, destaca un factor común en los equipos rurales: las condiciones inadecuadas para su desempeño profesional las que aparecen reiteradamente como necesidad y aspecto de desmotivación. En la categorización, las distintas necesidades referidas por los entrevistados confluyen en tres grupos importantes y comunes: necesidades básicas para el desempeño laboral rural, necesidades de bienestar personal y contractual, necesidades surgidas del aislamiento.

En relación a las *necesidades básicas para el desempeño laboral rural*, ellos y ellas mencionan: ausencia de calefacción, considerando las bajas temperaturas que se dan en el sur de Chile, falta de box para profesionales, falta de equipos e insumos mínimos para trabajar, movilización insuficiente para realizar trabajo en terreno, ausencia de medidas de seguridad en el desplazamiento a los territorios, entre otras limitantes.

Hemos pasado dos meses sin calefacción (...), entonces eso es muy poco atractivo, ir a trabajar a un lugar donde no tienes calor es muy poco atractivo (EU, Cecosf)

Los relatos de los profesionales demuestran la falta de recursos materiales mínimos para trabajar. Esta situación hace que muchas veces ellos mismos subvencionen estas necesidades básicas para seguir prestando los servicios, por ejemplo al comprar combustible para la realización de actividades de terreno o insumos clínicos básicos.

Que implementen por ejemplo el tema del tablero eléctrico porque se corta a cada rato, porque como no hay calefacción estamos todos con calentador eléctrico y se cae a cada rato porque no hay gas o sea, las calderas no funcionan y el tablero no da para todo lo eléctrico que hay. Son cosas mínimas de infraestructura que deberían estar para dar una atención como corresponde al paciente y estar uno bien, son temas domésticos pero es básico. Entonces, si tú no ofreces un lugar físico apropiado a la persona que quiera llegar acá, obviamente se va a aburrir, nadie quiere pasar frío (Matrona, Cecosf)

Los equipos insulares mencionan específicamente la necesidad de seguridad en el medio de transporte, especialmente en entrevistados que provienen de otras regiones de Chile quienes les preocupa las condiciones inseguras de traslado y la ausencia de seguro marítimo en caso de accidente.

La utilización de salvavidas no es algo que esté normado, nosotros no usamos salvavidas, están en la lancha. A veces estamos sobrepasados en la cantidad de personas que está permitida para el tipo de navegación, o sea, corremos peligro. Yo creo que eso es lo más...lo que hace que el trabajo no sea perfecto, eso (matrona Cecosf, insular)

Una segunda categoría reconocible de necesidades son aquellas *que afectan el bienestar personal y contractual de los profesionales*, especialmente aquellos que deben vivir en los mismos territorios debido al mal acceso geográfico, ejemplo de

ello son los equipos profesionales que habitan las islas menores del archipiélago, Apiao y Metahue. Por este mismo motivo, el empleador (dependencia municipal) otorga posibilidad de viviendas aledañas al establecimiento rural donde trabajan, como incentivo para los trabajadores, sin embargo algunos de estos espacios no presentan condiciones mínimas de habitabilidad.

Está la casa-habitación donde supuestamente nos íbamos a quedar; y el año pasado, a los 4 meses de haber empezado a trabajar vino el primer invierno que pasé y la casa se inundó completa. Ya este año llegó el invierno y es lo mismo, es lo mismo. El frío, que no hay leña, que el gas, que el generador no funciona, que no hay agua. [¿En la isla no hay electricidad?] No. Por generador se mantiene el CECOSF. Y así trabajan los otros profesionales que dependen de electricidad como el equipo dental, o la misma calefacción para tenerla encendida a la hora de la ronda para que uno pueda calefaccionarse, o la luz para iluminar algunos box que son oscuros... (Médico, Cecosf insular)

Evidentemente esta situación genera cuestionamientos en los profesionales, quienes muchas veces ponen en duda su permanencia en el territorio, incluso en aquellos que están más motivados y son originalmente de Chiloé. Sin embargo ese cuestionamiento no convoca a querer dejar el trabajo rural del todo.

(...) esas son las condiciones que te hacen pensar realmente: ¿sigo en esto, sigo arriesgando mi integridad física o mental por apoyar a la comunidad o me retiro o busco un trabajo donde tenga mejores condiciones que éste? De repente hay días que está malo y tenemos que salir, nos agarró un temporal e igual tenemos que viajar y las condiciones en el mar no son muy favorables cuando está malo el clima (EU, Cecosf insular)

Junto a esto hay profesionales que refieren dificultades contractuales como inestabilidad de contrato e irregularidad en el pago de imposiciones (seguro social y fondo de pensiones), necesidades que les generan incertidumbre y condicionan su permanencia en el cargo.

Aquellos entrevistados que tenían más resueltas sus necesidades básicas de condiciones de vida, relataban la falta de reconocimiento de la jefatura o de quien los empleaba, es decir, no se les demostraba valoración ni se realizaba suficientes acciones de reconocimiento a su rol.

Yo siento que es como “haga su trabajo, usted vea a que postula y no me interesa cuáles sean sus expectativas a futuro”. Yo siento que eso

es lo que hace falta, o sea, preocuparse un poco más, porque eso también generaría conocer a tus colegas del hospital, conocer la realidad y quizás tener la intención de volver luego a trabajar acá, al lugar donde conoces la realidad, ir a hacer la beca y después volver (médico EDF, Cesfam insular)

Las *necesidades surgidas del aislamiento* se manifiestan en: déficit de transporte, problemas de circulación de la información, carencia de comunicación e interacción en los equipos y la necesidad de instancias de esparcimiento y ocio.

Respecto al acceso, los profesionales insulares reclaman un mejor sistema de locomoción inter-islas, que les permita salir o entrar a la isla adyacente, entendiendo que la compleja geografía del Chiloé es estructural y lo que se requiere es intervenir en la movilización colectiva por parte de las autoridades. Esta propuesta de mejoramiento del acceso es mencionada detalladamente más adelante en el eje temático referido a propuestas de política pública.

Otra necesidad que se origina a partir del aislamiento es el problema de circulación de la información que les genera múltiples conflictos especialmente en los CECOSF que dependen de un CESFAM base, en donde la información relacionada con reuniones de programa, capacitaciones o actualizaciones no llegan oportunamente a los equipos rurales.

La verdad es bastante... ¡aislado! Todo, la información nos llega a última hora o muchas veces no nos llega la información, simplemente nos enteramos después cuando ya fueron las cosas (Matrona, Cecosf insular extremo)

Eso también implica que tú te aíslas y si de repente hay nueva directiva, nueva normativa del programa y tú no vas a una reunión o a una videoconferencia, ¿cómo vas a saber? Si más encima no tienes internet, menos (matrona, Cecosf)

Y relacionado con la necesidad de comunicación e interacción, los equipos rurales de los distintos establecimientos no se conocen entre sí, refieren que no existe una instancia de participación de equipos rurales de la provincia de Chiloé que les permita compartir experiencias y hacer redes. Aun cuando no hay relación entre los distintos equipos, suponen que las necesidades en los equipos rurales de Chiloé pueden ser similares, pero no tienen certeza de aquello.

Nosotros, equipo rural, no tenemos la instancia como para juntarnos. Tenemos una reunión mensual de estamento, donde las matronas de Ancud que pertenecemos al CESFAM, nos juntamos y conversamos como de actualidad (...) pero así como CECOSF rural propiamente tal, no. (Matrona Cecosf)

En otra área relativa a la condición de aislamiento, los profesionales entrevistados mencionan que vivir en un sector rural limita el acceso a instancias de esparcimiento y ocio, las que sí se pueden encontrar con mayor facilidad en sectores urbanos, por esa razón algunos han optado por vivir en la ciudad más cercana y desplazarse al sector rural.

(...) pero nunca he pensado en la posibilidad de vivir en Curaco, porque realmente es muy rural, es muy pequeño, no hay posibilidades de que uno pueda salir una noche u otras cosas: supermercados grandes, bencinera... entonces el acceso es muy difícil (matrona, Cefam insular)

A continuación se muestra parte de un relato de una profesional, que al analizar sus necesidades y el aislamiento como parte de ellas, reflexiona en la postergación que sufren las personas que trabajan y viven en un sector rural. Esta sensación de aislamiento y postergación es percibida por los profesionales y la comunidad misma debido a que co-habitan el territorio.

Nosotros en rural estamos al último. O sea, primero se satisface la necesidad de la población que es demandante y que hace presión; y como nuestra población es más pasiva, y hace poca presión, y no te llena de reclamos, entonces esta población puede esperar. No es que no se preocupen, pero puede esperar (matrona, Cecosf)

Y son una serie de cosas así, ponte tú, no tener estas cosas, porque cuando tú llegas a otra parte y ves que sí tienen los insumos que todo el mundo tiene, no tener aparato de latidos cardiacos fetales, que tiene el cable malo y debes hacer maravillas para que el cable se conecte... Claro, y me van a decir "pero tú controlas 1 o 2 veces al mes" tal vez, pero esa mamá tiene tanto derecho a escuchar los latidos como lo tiene una de Castro (matrona, Cecosf)

En este mismo sentido, algunos profesionales hacen una comparación del distinto nivel de implementación de un centro que atiende en un sector urbano versus uno rural de la misma comuna, desde el cual se interpreta un sentido aislamiento y además postergación.

Comparando, en el CECOSF de Pudeto tienen todo implementado,

tiene calefacción, toalla para secarse las manos...hay de todo y aquí falta todo, es como el otro extremo. Yo tuve que comprarme una toalla de mano para secarme las manos, porque toalla no hay, no llegaba, no hay sabanilla (profesional Cecosf)

Luego de reflexionar sobre las necesidades presentes se les preguntó si éstas condicionan o no su permanencia en el cargo, y las respuestas tendían a considerar las necesidades como dificultades para ejercer sus funciones, pero no un impedimento para la permanencia. Y vinculando esto a las motivaciones iniciales podemos concluir que estas motivaciones se ven disminuidas por las condiciones adversas que se manifiestan como necesidades insatisfechas para el adecuado desempeño profesional. Sin embargo y pese a la adversidad algunos profesionales presentan tolerancia y adaptación hacia esas condiciones precarias.

Falte lo que falte yo voy a seguir acá, de todas maneras. A mí me gusta caleta esta pega y me gusta el equipo de trabajo que se está formando, entonces para mí es súper cómodo venir a trabajar acá. Me siento súper acogida por la comunidad, como yo trabajo en particular con las mujeres también (matrona Cecosf, 8 años de servicio)

Es preciso señalar que la vinculación de motivaciones y necesidades actúa distinto dependiendo del grupo que se analice. En el trascurso de las entrevistas y del análisis de los datos, se logra establecer que las motivaciones para los médicos se centran en la especialización médica, tanto por los que están en Etapa de Destinación y Formación, como para aquellos que ven del sector rural, una oportunidad para revalidar su título médico a través del Examen Único de Conocimientos Médicos (EUNACOM) y luego de eso puede optar a una especialidad médica.

A diferencia del grupo de matronas y enfermeras quienes no cuentan con política pública de retención (EDF) y relatan como motivación contar con un vínculo familiar en el territorio y disfrutar de las condiciones de la vida rural, entorno e idiosincrasia. Dentro de este grupo, a las profesionales más jóvenes les motivaba sentirse en un constante desafío al trabajar en sectores rurales.

En cuanto a las expectativas, para el grupo de los médicos, el trabajo en un sector rural se visualizaba como un trabajo versátil, pero tranquilo, situación que no

ocurre la mayor parte de las veces debido a la multiplicidad de funciones que tienen que asumir. A diferencia de enfermeras y matronas, quienes esperan tener la práctica rural como experiencia diferente y extrema, junto con poner a prueba sus conocimientos en el caso de profesionales jóvenes. Las profesionales en etapa de adultez media, se establecieron en los territorios con expectativas de permanecer y aportar con su experiencia.

En cuanto a las necesidades, destaca entre los médicos la falta de equipamiento, infraestructura inadecuada y baja valoración de la jefatura a su desempeño. Para aquellos profesionales (insulares) que cuentan con vivienda otorgada por el empleador manifiestan necesidades importantes de habitabilidad (electricidad, calefacción, filtraciones). Si bien las necesidades son comunes en ambos grupos, las enfermeras y matronas dan cuenta de la dificultad de transporte y son más enfáticas en mencionar la falta de insumos clínicos e insumos generales para la realización de su trabajo. En este sentido, las necesidades de médicos EDF, independiente de lo múltiples que sean, no condicionan su permanencia, ya que su ciclo de destinación los obliga a permanecer unos años, es decir, la vinculación entre necesidades y motivación se da en forma diferente que el resto de profesionales.

Mira es como complejo, porque en nuestro caso los médicos EDF sabemos que estamos por un tiempo limitado po, o sea, nos guste o no nos guste, nos fascine quedarnos, sabemos que si nos quedamos no vamos a obtener la especialidad, porque se acaba por un tema de leyes. Entonces, por lo menos para mí, desde el primer momento que llegue acá, yo sabía que me iba a quedar casi todo el tiempo ¿ya? Entre 5 o 6 años (médico EDF, Cesfam insular)

2. Eje Sostenibilidad de programas de salud en la ruralidad

Este eje temático se inicia con una descripción de las particularidades de los servicios rurales, profundiza en la inserción de este profesional en la comunidad, describe la organización de un profesional para llevar a cabo los programas en la ruralidad y termina con un análisis de permanencia de RHUS relacionado con el impacto en la salud de la población, de acuerdo a sus perspectivas como actores principales.

Particularidades de los servicios rurales

Las particularidades de los servicios rurales se definen a partir de su diferenciación con los centros urbanos, entre las que se mencionan: acceso a los servicios; tiempo y flexibilidad; cercanía en la relación profesional –con el usuario y con el mundo cultural-; rol social del equipo de salud; y programas rurales.

Para los profesionales entrevistados, la prestación de servicios rurales en comparación al sector urbano se diferencia básicamente en el *acceso a los servicios*. Cabe señalar que el tema de acceso y aislamiento ya fue abordado anteriormente en el eje temático de las necesidades de los profesionales, pero en este eje son analizadas desde el punto de vista de la prestación de los servicios, en donde el acceso impacta directamente en el quehacer cotidiano de los profesionales. Aquí se puede reconocer las distancias que tiene que recorrer un paciente para llegar al centro de salud, la misma distancia que tiene que sortear el equipo profesional para llegar al domicilio de esa persona, las diferentes vías de acceso a ese domicilio y las condiciones climáticas o mareas que limitan muchas veces el acceso. Esto se acentúa aún más al considerar que el trabajo en terreno del equipo es una parte fundamental dentro del total de acciones en salud y así lo relatan a continuación dos médicos que han tenido que lidiar con el acceso geográfico:

Yo creo (como particularidad) esto del tema de las visitas, de lo rural, del acceso en el fondo a las casas, del paciente que vive arriba o en la playa o en el cerro (médico EDF, Cefam)

El acceso a profesionales de salud en épocas específicas, por ejemplo,

en invierno. Es una particularidad que condiciona la atención de estos usuarios que ya están en desventaja, porque si no hay condiciones climáticas disponibles, que si no hay un puerto abierto para trasladar en una lancha a los profesionales, ya es una ronda menos que se hace, es un control que no se hace, paciente que se pierde y que ya se vuelve inasistente, y que hace que el paciente pierda la confiabilidad en los profesionales (médico municipal, Cecosf insular)

Esta misma característica del hacer salud en ruralidad ha generado que el funcionamiento de los establecimientos tenga una dinámica particular, con un sentido del *tiempo* y *flexibilidad* distinto a la atención de salud de un establecimiento urbano. Esto se refleja en el manejo de agendas para la citación de los pacientes, ya que un establecimiento urbano cuenta con agenda estructurada por cada profesional, con tiempos establecidos para cada consulta, mientras que en un sector rural la agenda médica y profesional es más flexible, debido a los distintos factores de dispersión o clima, por lo que la atención en ronda médica o en CECOSF es más probable que se atrase. Asimismo, los profesionales son también menos estrictos con los atrasos o ausencias de los usuarios, basado en el conocimiento de la realidad local y la vivencia rural compartida, lo que genera empatía y entendimiento mutuo.

Es que aquí la cosa no es como tan cuadrada, tan estructurada, por ejemplo se puede atender gente extra, si alguien no alcanza atención y necesita, por ejemplo, anticonceptivos y no puede venir al otro control, a la otra ronda, se le anota la fecha de la próxima entrega, para que solucione el problema de momento o necesita que le consigan una hora en otro servicio, se le pasan hasta dejar los medicamentos a la casa si de repente el vehículo va a pasar por ahí cerca, es mucho más resolutivo y se le dan facilidades que en otros lados no, si la persona llegó media hora atrasada igual se le puede ver, cosa que en otros lados no, es mas cuadrado (matrona, Cecosf)

La flexibilidad también se manifiesta en que los usuarios y usuarias respetan el tiempo de espera para su atención, asimismo el equipo de salud se tiene que adaptar a la posibilidad de acceso de los usuarios de manera de resolver los problemas de salud de las personas.

No estamos tan encerrados a los tiempos, que eso también es importante. Tenemos implantado el RAYEN, pero a medias, o sea se cita con RAYEN, pero no estamos tan cerrados... como decir “tanto tiempo dura tal atención” o “los 30 minutos”... eso también, es medio

flexible... el horario; entonces muchas veces, quizás, uno puede demorarse un poquito más con una persona o quizás entregarle mucha más información para poder prestar un mejor servicio (médico municipal, Cecosf)

Tu en algún lugar puedes citar a las personas una vez a la semana en sectores urbanos, tú en el sector rural tienes que adaptarte a las posibilidades que tienen ellos de llegar, a si hay movilización o no hay movilización, creo que eso es súper importante, porque cuando uno viene del sector urbano cree que los buses pasan todos los días y a cada rato, y en los sectores rurales no... pasa una vez a la semana... Entonces tienes que adaptar tu forma o tu atención a lo que ellos tienen como para acceder al servicio sanitario (matrona, Cesfam insular)

Este diálogo entre profesional y usuario genera entendimiento mutuo y da lugar a esta categoría que diferencia a los servicios rurales, *cercanía de la relación profesional-paciente*. Esta proximidad se da por el conocimiento de la realidad que viven las personas de la comunidad y un equipo próximo que empatiza con el usuario y su familia.

Sabemos donde vive, sabemos lo que les cuesta llegar, sabemos el drama que tenemos en la casa y que por eso no llegó, no porque se haya quedado mirando novelas, es otra mirada, porque se conoce a la gente que viene, entonces se le dan muchas facilidades, se hace mucho más humana la atención, encuentro yo, que en otros lados (matrona, Cecosf)

Asimismo algunos relatos exhiben que este conocimiento de la realidad local enriquece la atención y la hace de mayor calidad, que es el argumento que justifica la existencia de los equipos de cabecera con una población a cargo y continuidad de los cuidados, ambos fundamentos del modelo de salud familiar con enfoque integral.

El nivel de confidencialidad que puede haber, al ser una población más reducida, te permite tener un mejor manejo de la población y conocer a tu población, tanto los factores nocivos como los que favorecen la salud. Obviamente yo no podría hacer el mismo trabajo, ni con la misma calidad, ni con la fuerza, posiblemente si yo atendiera a una población de no sé... de diez mil habitantes, que ahora que estoy en menos de la mitad (médico municipal, Cecosf)

La cercanía en la atención también se establece debido al conocimiento y valoración de los profesionales hacia los elementos culturales presentes en el territorio. La realidad geográfica e histórica detrás de un paciente establece sus

comportamientos en salud, y cuyo entendimiento determina la atención pertinente y cercana del equipo de salud.

Creo que además hay programas como el cardiovascular que en nuestro sector rural o en Chiloé en general hay un tema cultural con la alimentación que es súper difícil de trabajar. La alimentación de las personas en el sector rural es alta en calorías, en grasa, etc. Entonces llegar a decirles que no tienen que comer esas cosas es complicado porque la gente no te hace caso, entonces es un trabajo permanente de estar repitiendo cuales son las indicaciones, considero que a la nutricionista ahí le tocó una tarea bien complicada (matrona, Cefam insular)

Es interesante cómo el profesional hace alusión a características de la idiosincrasia chilota para ejemplificar el tipo de dinámica de funcionamiento y de diálogo entre profesional y paciente, así como los aprendizajes que ellos obtienen con la riqueza cultural de Chiloé.

Yo creo que la paciencia es fundamental dentro de los equipos, porque nuestra población tiene paciencia si han vivido toda su vida acá en el sector rural donde saben que si el bus no pasó, no se va a acabar el mundo y muchas veces el equipo reaccionamos, si no está el examen el mundo se acaba (médico EDF, Cefam insular)

Igual acá hay problemas, ponte tu en la entrega de medicamento, se acaban, que no llegan, que se demoraron la gente no reacciona con tanta agresividad cuando hay problemas así. Están más dispuestas al diálogo, como es un lugar que no tiene las revoluciones tan alta por el flujo tan... variado de gente y tan rápido, las personas como que entienden, te escuchan, tu puedes darles una explicación y la acogen bien. Entonces yo creo que eso hace que el ritmo de trabajo acá, sea más suave, si bien es intenso, es más suave (matrona, Cecosf)

Por último el elemento diferenciador de una atención rural de una urbana es el *rol social* que muchas veces les toca asumir a los equipos rurales en sus comunidades, ya que son considerados actores relevantes para la comunidad:

La gente, por ejemplo, sí es afectiva. Yo siento que la gente estima a la enfermera, estimaban a la colega que se fue, a mí también me quieren bastante. Entonces yo creo que soy valorada, en general el personal de rural es valorado, porque somos entre comillas la autoridad; y como la población es vieja, con mayor razón, que el criterio de una población antigua, hablo de 65-70 años, era “¿quiénes eran las autoridades en los pueblos?”: el profesor, el cura, el médico y la enfermera...(EU, Cecosf)

También relatan que son consultados de temas no directamente relacionados con prestaciones a salud, pero que sin duda afectan el bienestar individual y colectivo de sus habitantes, en donde podemos aludir al enfoque de determinantes sociales en salud como perspectiva .presente en la concepción integral de la comunidad.

Hay cosas no resueltas que se le demandan a salud que uno no tiene nada que ver, no tienes como gestionar. Por ejemplo, acá un alcantarillado que nunca se realizó, la gente le frustró mucho, para ellos el alcantarillado es un tema de salud pero no es una resolutivez que vaya por salud en cuanto a plata, es una cuestión de “obras” entonces ahí a nosotros nos ha tocado respirar, aprender, entrar a mover redes con alcaldes, concejales, todo y no... sin querer queriendo hemos podido ir ayudando a solucionar el problema, pero nos ha costado mucho (matrona, Cecosf)

Por otro lado, como elemento de contexto, es necesario señalar que los programas de salud que se llevan a cabo en los centros de salud rural son los programas ministeriales que se aplican en cualquier centro de salud urbano, con algunas particularidades que se describirán más adelante en el análisis. En otras palabras, un establecimiento de salud rural posee un número importante de prestaciones asociadas a los programas de salud, sin embargo realiza sólo aquellas que no requieren mayor tecnología ni equipamiento ya que las más complejas son resueltas en el centro asistencial cabecera de la comuna (CESFAM).

Profesional integrando la comunidad

Esta categoría se vincula íntimamente a la cercanía en la relación profesional-paciente y hacia el mundo cultural, entendido como un proceso respecto a la forma de trabajo en sector rural. Se profundizó en cómo el profesional se conecta con la comunidad, cómo se inserta en ella luego de ingresar al trabajo rural. Es importante aclarar que las distintas estrategias mencionadas por los profesionales se combinan y son complementarias muchas de ellas. Según sus relatos, uno de los elementos claves es el *conocimiento que van adquiriendo en el ejercicio*, ya que este saber sintoniza a los profesionales con el mundo rural. Es importante mencionar que este conocimiento también permite la construcción de confianza entre profesional y usuario.

No es tan fácil, porque tú tienes que ir conociendo a la gente. La gente rural tiene una tendencia a conocer primero a la persona y una vez que... primero, te ponen distancia, se te desaparecen de los controles; después tú logras recuperar la adherencia a los controles, se empiezan a acostumbrar a ti; y recién ahí tú puedes empezar a hacer un trabajo más comunitario, recién ahí... y una vez que ya se han contado todos cómo es la situación y han compartido la experiencia de cómo se llevan contigo, ahí empiezan a aceptarte e incluirte (matrona, Cecosf rural)

También surge de los discursos que los equipos utilizan el *trabajo de terreno* como una forma de insertarse en la comunidad, ya sea a través de la visita domiciliaria, la atención en domicilio, el rescate de pacientes, talleres comunitarios, entre otros.

Saliendo a terreno creo yo. Estar más en contacto con la familia, conocer el entorno, las costumbres que son distintas; ir adaptando la atención a eso y también enseñando, desarrollando actividades de promoción, ir cambiando algunas conductas en las personas, fomentado buenos hábitos, educando no más (matrona, Cecosf insular extremo)

Para un entrevistado, en este caso médico, un tema más técnico como la *formación en salud familiar* es la herramienta que les ha ayudado a insertarse con la comunidad, esta capacitación logró cambiar el enfoque inicial con el que llegó a trabajar en su comuna-isla.

El principal (medio) es teniendo una capacitación en salud familiar. Yo tuve un ramo de salud familiar en la universidad, no tiene nada que ver con administrar salud familiar a tu población, eso es totalmente diferente. Yo creo que a mí me cambió el enfoque cuando fui beneficiado con el diplomado de medicina familiar por parte del servicio. Eso hizo de que yo me diera cuenta de lo poco eficiente que era el trabajo desde el punto de vista biomédico en un sector rural (médico EDF, Cesfam insular)

Y relacionado a lo anterior, que también es parte del modelo, es el enfoque integral en la atención intra-box, lo que permite tener una mirada más sistémica de la persona la que es parte de una familia y un entorno.

Siempre fue trabajar con la familia ahí, siempre fue contar con... eh... con él, esta historia de la persona que se sentaba adelante y considerar todo y ver si podías... ver si el marido tenía problema ayudarla y empezar como sin querer queriendo metiéndote hacia la salud familiar. Yo creo que por una cosa de tiempo, la manera de ser también, como que no a todos les gusta o les agrada, pero fue súper espontáneo, no hubo nada muy premeditado (Matrona, Cecosf)

Para otros es el *aporte que hace los profesionales del equipo de salud, quienes desde su experiencia, inducen al profesional entrante en su llegada al territorio y de esta forma logran la inserción en la comunidad.*

Fíjate que cuando yo llegué, yo lo logré básicamente a través del resto del equipo, fundamentalmente me fui incorporando al equipo y un poco a su trabajo. Lo que pasa es que este equipo tiene mucho conocimiento de trabajo rural y tiene la particularidad de que, yo diría un cincuenta por ciento del equipo es originario de Curaco de Vélez. Aparte yo ya venía con un conocimiento, no te olvides que yo nací y me crié acá; por lo tanto la población la conocía en su mayoría, no un cien por ciento, pero tenía un conocimiento ya de mi infancia (EU, Cesfam insular)

Organización del profesional en la ruralidad

Esta categoría aborda la organización operativa de los profesionales para dar atención diaria a los usuarios, incluye temas como: la ronda médica, resolutivez como principio y multiplicidad de funciones:

La base del trabajo rural es la realización de *rondas médicas* a Postas Rurales y Estaciones de Salud Rural, las que pueden ser sedes vecinales o construcciones comunitarias destinadas a recibir la atención que entrega la ronda médica. La frecuencia puede variar desde una ronda médica semanal hasta una mensual en los centros de donde provienen los entrevistados. En esta oportunidad se realiza atención profesional, en general para todos los usuarios que asisten a la ronda médica, sin rechazo en la atención por demanda espontánea. Otros centros estructuran más la atención, con agenda programada. Finalizada la atención en box, se realizan las visitas domiciliarias programadas por el técnico paramédico que está a cargo de la Posta de Salud.

Los equipos entrevistados relatan que la política organizacional que ellos han adoptado es resolver todas las solicitudes del usuario que estén al alcance del establecimiento, en lo referente a derivación, formas de movilización, entre otros. Es lo que hemos denominado *resolutivez* como subcategoría de la organización de los profesionales.

Aquí a pesar de no ser un centro de urgencia, solamente centro de salud rural, como que aquí siempre se resuelve todo, y si hay un tema

de especialidades que no se puede hacer acá, se les consiguen las horas, se les coordinan con los pasajes, entonces la gente se va como con todo casi listo y eso también a la gente le gusta mucho, no se le tramita, siempre se le trata de dar una solución, y si no se le puede resolver aquí, se le consigue hora en otro centro (matrona, Cecosf)

Lo anterior, debido a que los profesionales están conscientes de la carencia de servicios básicos y conectividad de esas zonas, más aún en sectores insulares, entonces los centros realizan acciones que resuelven la mayor parte de los problemas asociados a salud de las personas.

En este aspecto, no hay una farmacia, no hay un colega particular que le pueda resolver el problema, no hay un hospital donde consultar. Todo cae en el centro de salud, ya sea la posta, el CECOSF, el CESFAM, todo cae ahí, toda la necesidad de salud va a caer ahí. Por lo tanto uno tiene problemas, desde una neumonía, hasta alguien que necesita un certificado para buzo, alguien que se olvidó de tomarse los exámenes y necesita otra hora o un montón de cosas (Médico EDF, Cefam insular)

Respecto a la *multiplicidad de funciones* los entrevistados señalan que al ser únicos en sus establecimientos, deben organizar los insumos y procesos necesarios para la atención ya que no se cuenta con unidades de apoyo como en centros urbanos, por ejemplo, solicitud de insumos clínicos, de escritorio, esterilización, realización de estadística de atenciones, coordinación de horas a especialidad médica (mencionado anteriormente). También se deben encargar de gestionar con mucha anticipación los permisos legales, ya que los médicos, al ser únicos, requieren reemplazo en sus funciones. Otros profesionales ante la ausencia, como el caso de las matronas, difieren las citas y coordinan la entrega de métodos anticonceptivos por el técnico paramédico, como solución parcial a la ausencia.

Impacta la ausencia, por eso generalmente uno programa bien sus permisos, súper bien sus vacaciones, coordinando todas las atenciones, si yo no estoy yo ya sé que tengo que mandar una caja con anticonceptivos a la posta o dejar algo listo acá, uno les dice a las personas: si usted necesita algo, hable con los paramédicos (matrona, Cecosf)

Otra relato que se repite en los entrevistados respecto a la organización es el trabajo constante para mantener la estructura de los programas, aplicar los

lineamientos ministeriales, crear o mantener tarjeteros de población bajo control, realizar protocolos en áreas críticas de los establecimientos como el caso de farmacia, entre otros. Se encargan de los aspectos técnico-administrativos de los programas de salud con el fin de mantener la organización desde lo técnico y no sólo lo clínico en su ejercicio profesional. A este respecto, no existe ningún entrevistado que sólo sea profesional dedicado a atención clínica en forma exclusiva.

Trato de ser lo más estructurada posible en el sentido de como igual el CECOSF te da como apertura, también, a la dispersión un poco, digamos. Entonces en eso igual tienes que tratar de canalizar bien los tiempos y poder realizar la mayor cantidad de actividades posible, que eso incluye lo que te decía, todos los tipos de controles que se realizan más las morbilidades, las prioridades, etc., y además el trabajo en el área psicosocial (médico municipal, Cecosf)

También como parte de la multiplicidad de funciones, el hecho de ser únicos en su profesión les demanda adquirir distintas jefaturas o responsabilidades. Dentro de los entrevistados, hay coordinadores del CECOSF, subdirectores de CESFAM y/o jefes de un programa, incluso algunos están a cargo de seis programas sanitarios en total. En este sentido, algunos de ellos ven las jefaturas como una oportunidad, otros reciben la responsabilidad porque no hay más quien lo realice y otros evidencian que estas responsabilidades conllevan un importante trabajo administrativo que los desgasta, tal como se mencionó en el eje temático de necesidades anteriormente.

Situación de RHUS rural

Ante la solicitud de describir la situación del recurso humano rural, los entrevistados mencionan la inestabilidad laboral que viven los equipos rurales, poseen contrato a plazo fijo y no tienen certeza sobre la renovación de ese contrato, que para algunos de ellos responde a temas políticos más que técnicos.

El siguiente relato constata la percepción sobre la institución que contrata al profesional y su relación con el posible impacto de la permanencia de éste.

Yo creo que el nivel de la salud de la población mejoraría mucho si aquí se empezara a cuidar al recurso humano. Aquí no se cuida al

recurso humano. Nuestra Corporación no tiene un mayor interés en conservar el recurso; si bien nos proveen de capacitación, las condiciones laborales no son buenas y no son buenas porque no somos respetados, somos tratados como objetos (matrona, 52 años, Cecosf)

Estos discursos tienen más bien relación con médicos municipales y profesionales matronas y enfermeras, ya que la modalidad de médicos EDFs asegura permanencia mínima de 3 y máxima de 6 años. Además, el año 2015 se amplió los cargos de médicos en etapa de destinación a comunas urbanas y rurales de la isla de Chiloé, lo que aumentó considerablemente el número de médicos en los lugares en donde existía brecha médica.

Al indagar sobre las percepciones de la situación del recurso humano rural en cuanto a permanencia, se pone el énfasis en la alta rotación de profesionales a diferencia de lo que ocurre con el estamento de técnicos y administrativos que se mantienen más estables debido a que la mayor parte de ellos estudiaron en la provincia de Chiloé o en provincias cercanas y además pertenecen al territorio donde está asentado el centro asistencial.

Hasta donde yo sé es alta rotación que hay de profesionales, por lo menos lo que es colegas, en estos 5 o 6 años ha habido 3 o 4, conmigo 5, cinco matrones que han ido y venido, la última fue mi colega que está ahora con licencia después de su posnatal que al parecer no va a venir, ella es de Antofagasta, bastante lejos y creo que ya no se devuelve. Entonces sí, la rotación es bastante alta (matrona, Cecosf insular)

En este mismo sentido, algunos señalan que han vivido la experiencia de ausencia profesional prolongada, en donde la ocupación de ese cargo ha sido tardía e inconstante, sobre todo en los sectores más apartados. El impacto de esta ausencia se analiza en la siguiente categoría de análisis.

(...) las matronas, lo sé por el caso de la matrona que estuvo con su pre y pos natal el cargo a matrona estuvo abierto para reemplazo...no tuvimos ninguna matrona, reemplazaron algunas, no sé si supiste, de Castro, pero eran reemplazo por días y en extensión horaria. Después, no sé poh llegó una niña que era de Santiago, estuvo un mes, se aburrió, se fue (médico EDF, Cesfam)

Impacto de la permanencia

Luego de analizada la situación actual del recurso humano, los entrevistados se refirieron al eventual impacto de la permanencia del recurso humano en el nivel de salud de la población. Las respuestas en general fueron en torno a la pérdida de la continuidad de atención que genera desconfianza entre los usuarios y el equipo profesional/sistema de salud, la ausencia de cobertura de prestaciones críticas de la cartera de servicios con y peores resultados sanitarios (en caso de ausencia profesional sin reposición del cargo en forma inmediata); y la postergación de las actividades preventivas y comunitarias para cubrir actividades de curación y rehabilitación en ausencia de profesional. Todo esto influye directamente en la calidad de atención a la población y así mismo lo relatan los entrevistados.

La *continuidad de atención* es mencionada como aspecto fundamental que se deteriora por la alta rotación y ausencia de profesionales. Lo que a su vez se relaciona con la afectación de la confianza en la relación médico-paciente, ante la incerteza de la permanencia del profesional de cabecera. Este vínculo que se genera en la relación médico-paciente es mas allá del rol profesional, si no con la persona tras ese profesional.

La permanencia igual genera confianza a la gente, muchas veces cuando hay rotación de médicos, en mi caso médico, se nota como cierta frustración en la gente y desconfianza también con el profesional nuevo, porque... no porque sea nuevo sino porque se ha ido perdiendo la continuidad de la atención y la continuidad médica en el fondo (...) entonces volver a encontrar la confianza en una persona nueva, es más trabajo. Si, no tanto por lo que se puede entregar como producto final, llámese medicamentos, sino que por la atención misma y por el hecho de volver a que se dé ese trato de confianza (matrona, Cecosf)

En este mismo aspecto, los entrevistados perciben que la no permanencia del RHUS hace que la población desconfíe del sistema de salud, un sistema que no asegura la presencia de sus funcionarios en el territorio y por ende el acceso a la salud.

Yo creo que impacta en un montón de niveles...desde la percepción que el usuario tiene del sistema de salud en general, hasta cómo él se siente viniendo o no al CECOSF cuando le cambian a su enfermera. O sea en un nivel súper personal, hay gente... por ejemplo... nosotros

hemos tenido rotación alta de enfermera y de psicólogo. Hay gente que estaba en terapia psicológica y que después no ha querido volver. Y no tiene nada en contra, viene a la matrona, viene a la doctora pero al psicólogo no se acerca nunca más. Y otras personas que dicen que francamente para ellos es una desilusión del sistema de salud, del sistema en Chile porque se sienten así como tan botados... (matrona Cecosf)

En relación a lo anterior, algunos entrevistados reflexionan que el RHUS rural es el soporte del modelo de salud familiar, por lo tanto los problemas de permanencia deterioran la instalación y continuidad del modelo.

El sistema no está preparado para ejercer salud familiar o sea el recurso humano en realidad es muy lábil en los sectores rurales, no hay ningún tipo de continuidad en esto, porque en general son casi todos profesionales únicos, por lo tanto uno falta y queda la escoba, o sea tratar de encontrar a otro profesional que quiera venir requiere de tiempo y se pierde toda la continuidad y en general es bastante traumático como te decía, tanto como para los equipos como para la población. Y las ausencias a veces pueden ser bastante prolongadas (médico EDF, Cesfam insular)

Impacta fundamentalmente en la población, en la confianza, en el Modelo de Salud Familiar que busca que conozcas a tu población, que tú seas su médico de cabecera en el caso de los médicos, médico de la familia... no lo logras con una alta rotación de médicos (EU, Cesfam insular)

Otro probable impacto sanitario de la permanencia mencionado por los entrevistados es la *ausencia de cobertura de prestaciones críticas de la cartera de servicios*. Esto, en el caso de la ausencia de un profesional en forma prolongada sin una solución oportuna de reemplazo, o cuando no se repone a tiempo el cargo luego de una renuncia, que en general se produce por falta de profesionales interesados. Algunos entrevistados consideran que las prestaciones de salud asociadas al programa de salud mental probablemente sean las más afectadas por la rotación de profesionales.

(Afecta) La calidad de salud de las personas indudablemente; porque si yo no tengo matrona voy a tener más embarazos, voy a tener más ingresos tardíos. Entonces de todas maneras que va a impactar en la salud de las personas (EU, Cesfam insular)

Lo mismo pasa con los médicos, los médicos acá en Chiloé es terrible, la gente no les cuenta...o se aburre que cada vez sean distintos los

médicos que están en la atención. Yo creo que los programas que más se afectan es el programa de salud mental, ese es el programa que más se afecta con la rotación de médicos sobre todo o de profesionales que sean del área (matrona, Cefam insular)

La priorización de las actividades asistenciales y *la postergación de las actividades preventivas y comunitarias para cubrir actividades de curación y rehabilitación* en ausencia de profesional, es quizá una estrategia común para establecimientos de salud tanto urbanos como rurales. Sin embargo, cuando existe brecha profesional en un sector rural se evidencia más la postergación de estas actividades ya que el modelo de atención en la ruralidad se sustenta en acciones preventivas, comunitarias y en terreno, como base de la prestación de servicios.

Cuando yo llegué era la única enfermera porque llegué por reemplazo y yo como enfermera tenía que salir a todas las islas, era una vez al mes que iba a cada isla, por lo tanto no era un impacto que tenía ahí, por ejemplo, una vez que iba yo no podía hacer trabajo con comunidad, porque el único día que iba tenía que ver la cantidad de pacientes que se había acumulado, por lo tanto no alcanzas a hacer todas las actividades que tenias planificadas o que querías hacer, y dejas para el último lo que es el trabajo con comunidad, lo que es educaciones no cierto, el trabajo en visitas domiciliarias, conocer el entorno de las familias, porque no te queda otra opción (EU, Cecosf insular)

Dentro de los discursos sobre esta categoría, hay uno que es divergente y pertenece a un médico municipal que tuvo su formación médica en Cuba, el que asume que todo profesional que reemplace o suceda a otro en un cargo debe poseer los mismos conocimientos técnicos, por lo tanto no considera que la rotación profesional sea el problema.

Como cierre del eje temático sostenibilidad de programas en la ruralidad, los entrevistados señalan que todas la particularidades de los servicios rurales descritas anteriormente son las que se afectan con la alta rotación y la no permanencia de profesionales, que finalmente es lo que hace atractivo trabajar en la ruralidad y también se relaciona con las expectativas explicitadas por ellos en el primer eje temático. Estos aspectos generan una especificidad del trabajo rural y que justamente es el que se ve mermado por la situación actual de permanencia del recurso humano rural.

Respecto de este eje, no hay diferencias marcadas entre los grupos, excepto en las condiciones contractuales y la permanencia de médicos EDF, quienes al ser beneficiarios de una política de atracción y retención, presentan mejores condiciones y permanencia en el territorio.

3. Eje Análisis de Políticas actuales de permanencia recurso humano rural

Este eje temático incluye la información con la que cuentan los profesionales entrevistados sobre las políticas actuales de permanencia de recurso humano rural, reflexionan sobre las estrategias locales de atracción y retención de RHUS, y luego analizan las razones que dan lugar al escenario actual de políticas.

Para iniciar el análisis de las políticas actuales, es preciso señalar que en general existe un discurso con pocas certezas sobre la existencia de ellas, algunos profesionales no manejan información al respecto y otros consideran que no existen tales políticas. Algunos elementos que surgen son relacionados a incentivos económicos, el programa de apoyo de enfermería rural (PAER) y programa de destinación y formación de médicos (EDF).

Un grupo importante de entrevistados, todos ellos profesionales no médicos, respondieron que *no existe una política* ni una estrategia de permanencia de RHUS que beneficie a profesionales rurales. Es importante señalar que en este punto, los profesionales no se sienten interpelados con las políticas de permanencia ya existentes, porque precisamente no son beneficiados por ellas.

Yo creo que no existe una política, porque si existiera yo creo que la hubiese visto reflejada en algún área en mí, porque llevo años trabajando en Chiloé en sectores rurales. Según yo creo que no existe, o si existe yo no la conozco o no la aplicaron en mí (matrona Cesfam insular)

No, yo veo que no, que no hay ningún plan y encuentro que es súper triste que no haya un plan. Porque el sueldo no es mucho en comparación con otros lados, el tipo de contrato que te ofrecen es súper inestable como para querer mover toda tu vida de un lugar a otro y empezar a hacer algo que tú no sabes que pueda resultar porque también está sujeto a percepciones súper personales como lo son: caerle bien a tus colegas, al director de turno, al alcalde y sin importar, en el fondo, como tú te desempeñas en tu trabajo (matrona Cecosf)

Los profesionales entrevistados no perciben ninguna estrategia de atracción, sólo mencionan la capacitación ofrecida por el Servicio de Salud para los establecimientos de atención primaria, pero luego precisan que esta es para todos los profesionales y no dirigidas exclusivamente a quienes se desempeñan en zonas rurales.

(No hay política de atracción) Tampoco, porque por ejemplo yo este trabajo lo encontré por Facebook. Eso no es una política de atracción a nivel nacional, ministerial. Eso no es así. (Matrona, Cecosf insular extremo)

Respecto a políticas de retención específicamente, los discursos de los profesionales son más críticos aún, muchas respuestas de los entrevistados es considerar una ausencia total de ellas.

No. De hecho, lo que he visto es todo lo contrario. No te otorgan facilidades ni para el desplazamiento, ni facilidades... acá usamos el (box) multipropósito para almorzar, aquí hay lugares donde tú ni siquiera puedes comprar un agua mineral, donde no compras un pan... Entonces no te dan ninguna facilidad, como decir “ya, vamos a tener un lugar acogedor o adecuado para almorzar”, por lo menos... no, no hay facilidades... “para el verano le vamos a traer un refrigerador para que traiga...”, no, no hay... no se aprecia el mayor esfuerzo- como decía la pauta de calificación de mi otro lugar de trabajo- “no se aprecia el mayor esfuerzo” de la Corporación por mantener al recurso humano satisfecho. (Matrona Cecosf)

No, no hay. Acá al menos, no. Yo sé que en algunos lugares han optado por mejorar las remuneraciones, pero es iniciativa de cada uno, no es que sea una obligación mejorarle el sueldo al profesional más escaso; unos lo hacen, pero eso es súper individual. Pero no existe algo general que diga “voy a cuidar este recurso para que se quede”... no sé. (EU, Cesfam insular)

Por otro lado, los *incentivos económicos* se mencionan como estrategia de atracción, a saber: bono zonas extremas trimestral, asignación de desempeño difícil y viáticos por desplazarse a rondas médicas.

Pero por supuesto que el incentivo económico... yo sé que está diferenciado económicamente el pago para la ruralidad; o sea, no recibimos lo mismo en sueldo que recibe una persona de un sector urbano. Que hay algunos incentivos, sin lugar a duda, y que se han ido mejorando a través del tiempo; pero no sé si eso sea suficiente porque no siempre lo que les interesa a las personas es el dinero (EU, Cecosf)

Sin embargo, para los profesionales el incentivo de la asignación por desempeño difícil no es suficiente para asegurar que los profesionales permanezcan en un sector apartado, es decir, no se logra la retención. Ya que la retención de acuerdo a la opinión de ellos depende de otros factores que pueden ser externos al establecimiento como la geografía o la insularidad con todas las implicancias de acceso que eso conlleva (salud y educación por ejemplo)

La única forma de atracción que tienen es el hecho de que en algunas partes, no en todas, te pagan desempeño difícil, pero eso no hace una diferencia ostensible con el sueldo que tú podrías recibir en Santiago (Matrona, Cecosf)

Yo encuentro que el trabajo no es bien remunerado para lo extremo que es. De lo que significa estar ahí, vivir ahí y ser... o sea uno pasa a ser parte de la comunidad (matrona, Cecosf insular extremo)

La estrategia del programa *de apoyo a la enfermería rural*, es mencionada como una forma de atraer y mantener a enfermeras, sin embargo debido a lo escasamente señalada por los entrevistados se infiere que esta medida no ha sido lo suficientemente posicionada.

Con las enfermeras creo que hubo un tiempo la posibilidad de que hicieran eso (PAER), ya, pero no sé si se mantiene, yo no tengo la claridad de eso, pero creo que todo el resto de los profesionales tipo B o profesionales no médicos también deberíamos tener la posibilidad de tener esa opción, pero esa sería una buena política (matrona, Cesfam insular)

A diferencia del anterior, el *programa de médicos en Etapa de Destinación y Formación* (artículo 8, ley 20.664) aparece en los relatos de los entrevistados como una política de mayor consolidación entre los médicos y es de conocimiento de todos los profesionales entrevistados, la que es considerada como política de atracción y retención a la vez. Para precisar, esta política ministerial al día de hoy cumple con mantener un profesional médico en los lugares de destinación, sin embargo, un entrevistado que se encuentra en este ciclo realiza algunas consideraciones que pueden impactar el sentido de este programa, amenazando la continuidad de éste como se ha implementado hasta el momento.

Este año hubo ese conflicto en el que el ministerio quiere homologar hacer turnos SAPU, a ejercer en un sector rural, a hacer rondas... O sea, con eso el desincentivo va a ser total, para que me voy a quedar

haciendo rondas si puedo estar en un consultorio en Temuco viviendo cómodamente (...). Yo siento que el EDF en los sectores rurales está destinado a morir si es que se sigue así, y era una buena forma de entregar continuidad, de entregar un profesional que viniera por harto tiempo, pensando en un objetivo más lejano que no era quedarse en APS, pero si tu lo ves que los EDF siempre fueron valorados por sus comunidades, porque eran médicos que más allá que su objetivo final fuese especializarse, su objetivo primario era quedarse acá y entregar la mejor salud posible (médico EDF, Cefam insular)

Un médico municipal menciona como estrategia el mayor acceso a beca de especialización cuando han trabajado en APS, pero esta situación no es conocida por todos, ni relativa al desempeño rural específicamente. También se menciona como estrategia el acceso a una beca de especialización para médicos contratados por la ley 20.664 en su artículo 9, la cual se caracteriza por ser de menor estructura y mayor incertidumbre, en opinión de un entrevistado (EDF).

Los colegas que son artículos 9 o aquellos contratados por APS... es un desastre, o sea, yo tengo la seguridad de que a alguna beca voy a poder entrar, pero ellos ni siquiera tienen esa seguridad, o sea los artículos 9 se cambian de plaza y parten de cero, yo me cambio de plaza y pierdo un poco de puntaje pero nada más y los colegas de APS tiene que entrar a un sistema de beca que es horrible, porque además de eso a mí me reconocen estos seis años que estoy trabajando, después de hacer mi beca yo no tengo que devolver, pero ellos sí, entran a un sistema donde además quedan amarrados a un lugar que probablemente no conocen y eso genera dos categorías y yo siento que eso no es bueno. Nosotros somos muy privilegiados y hay colegas que están muy mal (médico EDF, Cefam insular)

Respecto a políticas o estrategias locales de permanencia los entrevistados mencionan una asignación municipal que una comuna paga a sus funcionarios (de donde provenían entrevistados), sin embargo ésta es indiferenciada, beneficia a profesionales tanto del sector urbano como rural. En dos CECOSF insulares que cuentan con equipo profesional, se les paga un bono de pensión o se les otorga vivienda para residir en el mismo territorio, este beneficio no está dirigido a todos los profesionales, sino a los que conforman el equipo básico. Otra medida local, mencionada por un profesional es la existencia de dos días de permiso mensuales llamado "días de pago", el cual es discrecional del empleador y no está normado según lo señalado en el siguiente relato:

El otro beneficio que nosotros tenemos es que tenemos dos días de pago. Todos los meses tenemos dos días libres, (...) Pero no sé si existe algo formal de ese beneficio, por ejemplo, yo no sé si uno sale y si en esos días de pago uno tiene un accidente corre como accidente laboral, porque no hay ningún documento que uno haya firmado o algún cometido o alguna hoja de permiso, no hay nada formal en ese aspecto (matrona, Cecosf insular extremo)

Localmente se han hecho algunos esfuerzos de estrategias de atracción debido al poco interés de cubrir un cargo rural y apartado, lo anterior en el caso de ausencia prolongada de profesional. Una matrona cuenta la experiencia de su centro al respecto:

Mira como yo te contaba, cuando estuve con licencia, el método que se utilizó, una estrategia no una política, fue mejorar el sueldo y ofrecer más plata para que llegue una matrona y se ofreció un millón de pesos líquido para alguien recién egresado que, según nuestra ley es harto más de lo que corresponde al sueldo que debería tener una matrona empezando, y claro, logró la atracción de un profesional, pero como yo te contaba, este profesional era de Santiago, que venía con otras expectativas yo creo, no conocía las zonas rurales de verdad, entonces llegó acá, duró un mes y la retención no se logró, por más que la plata estaba, hubieron otras cosas que a ella le faltaron (...) cuando uno va a las postas hace frío, por más que estén los calentadores, tú tienes frío, las pacientes pasan frío, en las postas son otras condiciones de atención, no son las más optimas, no hay la suficiente luminosidad muchas veces, no tiene la suficiente calefacción, etc. (matrona, Cesfam insular)

En el análisis local de estrategias, surge un elemento interesante de mencionar, no considerado como política pero que está presente en un establecimiento y que sin duda incide en la retención de profesionales. Tiene relación con el clima laboral que la jefatura ha fomentado, según la entrevistada, promoviendo en forma tácita el buen trato y calidez entre los compañeros de trabajo, elemento que se vincula también con las motivaciones de los profesionales analizados en su correspondiente eje. En otras palabras, al estar presente el buen trato en el equipo rural, se logra una mayor retención.

Por otra parte, existe la percepción entre los entrevistados que hay factores personales en la atracción de profesionales lo que se menciona también en el eje temático de motivaciones y tiene que ver con el vínculo familiar, lo que se

superpone a cualquier estrategia de atracción de profesionales.

Por ejemplo, la enfermera que es de acá, en el fondo yo pienso en ella, tiene su familia acá, su esposo, sus hijos y sus papás, ella es de acá, entonces probablemente para ella eso es independiente de las condiciones que te ofrezca el lugar de trabajo. El lado familiar le pesa más por ejemplo y el hecho de que la conozcan las personas. Hay como un atractivo más que laboral, personal puede ser (médico EDF, Cesfam insular)

Factores y escenario actual de políticas de permanencia

Luego de realizar el diagnóstico de las políticas actuales de permanencia de RHUS rural se identifican las razones que dan lugar al déficit de éstas o a la forma en que han sido abordadas, a saber: evaluación poco pertinente y limitada de la atención en salud rural (cuantitativa), centralización de la gestión en salud, comunidad no organizada y equipo profesional poco demandante que no releva su quehacer.

Los profesionales coinciden en que la forma de medir la atención en salud rural, tanto en niveles regionales como centrales no es pertinente a las acciones diferenciadas que se dan en este contexto. Refieren que la evaluación es cuantitativa, se compara con la urbana en términos absolutos y no considera elementos cualitativos ni las particularidades de la atención rural, lo que hace que las necesidades de los equipos no sean abordadas en su contexto real.

Y porque lamentablemente, yo creo que igual en el sistema de salud público, mientras se vea estadísticamente o por números, en realidad, que tú cumplas con ciertas o, digamos, cuales metas, etc., no van a mejorar las cosas (médico municipal, Cecosf)

Creo que la información baja súper rápido del servicio a las postas y sube súper lento de rural al servicio de salud o al ministerio. Que es una pelea que yo he tenido con las personas del servicio constantemente, siento que vienen acá y entregan unas pautas de evaluación que son muy centralistas y no hay diálogo abierto. Entonces te preguntan si estás atendiendo a tal porcentaje de la población, cuánto porcentaje de la población compensaste, pero hay un tema cualitativo que se deja de lado y que yo no sé si el ministerio sabe, ¿sabe que existen esos problemas? (matrona, Cecosf)

Relacionado con lo anterior, mencionan el desconocimiento de las autoridades sobre la ejecución del trabajo en un sector rural, lo que se traduce también en una

evaluación poco pertinente de los establecimientos rurales.

Por una simple y sencilla razón, porque la gente que está en los puestos de mando y porque nuestros propios colegas que trabajan en el resto de la comuna, no tienen la más remota idea de lo que es trabajar en rural. Porque ellos piensan todos que tú llegas a una oficina; que tú no tienes mayores dificultades de traslado, "si tienen un bus", ¿y si el bus queda en pana?, ¿cómo llegas tú? (matrona, Cecosf)

¿que ven ellos? que una persona que se viene al sector rural es porque quiere trabajar menos y son solamente los colegas del sector urbano los que tienen la verdadera pega, los que están, digamos, entregando día a día... y tú te das cuenta que no es así, o sea yo creo que es la visión que tienen ellos, errada, de lo que es la salud en los sectores rurales y que en realidad es un trabajo relajado, bueno en realidad no logran entender la complejidad que es trabajar acá y yo creo que eso influye mucho en ese tipo de políticas, la falta de entendimiento de parte de ellos (médico EDF, Cesfam insular)

Emerge también de los relatos el concepto de centralización en salud, que se materializa en el hecho de que las autoridades en salud centren su atención y recursos a los problemas de los sectores de mayor densidad poblacional. Esta mirada de postergación también fue analizada en el eje temático de necesidades, desde el enfoque de aislamiento, sufrido por el equipo y la comunidad misma.

Bueno la centralización es súper importante, todo está centralizado en Santiago, entonces ellos se preocupan de lo que sucede allá, pero no de lo que está pasando en los sectores mas rurales (Matrona Cesfam insular)

Reconocen también como factor condicionante el bajo empoderamiento de la comunidad y profesionales, en donde la participación de la comunidad, en la exigencia de derechos es aún inicial, según las percepciones de los entrevistados y eso hace que las autoridades no logren percibir sus necesidades en salud. Esto también se relaciona con la sensación de postergación analizada en el eje temático de motivaciones y necesidades.

Creo que otro factor importante es que usuarios todavía, si bien están aprendiendo a alzar la voz y decir lo que necesitan, creo que la participación comunitaria todavía es débil, que si la gente exigiera cosas, lograría muchas más cosas que si nosotros hablamos, la gente tiene mucho poder, lo que pasó en Quellón es reflejo de aquello, entonces creo que si la gente exigiera que llegaran profesionales capacitados, que se hiciera una pasantía a los profesionales que

llegaran a una zona rural de qué es trabajar en una zona rural, cómo se tiene que atender a la gente, cómo uno tiene que entender su visión de la vida... (Matrona, Cesfam insular)

Y por otro lado reconocen la pasividad que presentan como equipo en la exigencia de condiciones básicas para trabajar junto con el poco énfasis que realizan de su labor en las zonas apartadas. Estas razones, según los entrevistados, condicionan la ausencia de políticas de permanencia pertinentes a sus necesidades.

Yo creo que muchas veces es porque el profesional lo permite, en todo caso. Muchas veces es nuestra propia culpa de no exigir, quizás, no sé si serán derechos, pero exigir un poquito más de condiciones muchas veces (médico municipal, Cecosf)

En síntesis, para finalizar el eje temático, los factores que los entrevistados han considerado como condicionantes del diagnóstico actual de políticas como la centralización, la evaluación poco pertinente de los servicios rurales, la baja participación de comunidad y del equipo en visibilizar sus demandas, han hecho que los tomadores de decisiones en salud no prioricen las políticas de permanencia del RHUS rural. Por un lado privilegiando a los sectores más urbanos, donde se concentra la mayor cantidad de usuarios, y donde se cuenta con disponibilidad de profesionales que cubran cargos más fácilmente. Se cree que los tomadores de decisiones minimizan el impacto que genera la ausencia de profesionales en las zonas apartadas, en donde la población al ser más pequeña, son menores las atenciones producidas, pero el nivel de acceso de esa población es compleja, lo que provoca una marcada inequidad en salud si no se provee de los profesionales necesarios en el territorio.

El diagnóstico de políticas actuales de permanencia de recurso humano rural, diferenciado en los grupos se analiza de la siguiente forma: el discurso de los médicos es en torno al programa de destinación y formación como exclusivo para ellos y a la falta de incentivos para la retención. En el caso de matronas y enfermeras, los relatos son sobre ausencia de políticas de retención igualmente, excepto el Programa de Apoyo a la enfermería rural, visto como única estrategia por algunas entrevistadas, en franca disminución por otras y desconocida por las

entrevistadas más jóvenes. Para las matronas no existe política de permanencia específica, lo cual es visibilizado por este grupo de profesionales.

Ambos grupos coinciden en que el factor económico puede ser un aspecto de atracción a un sector rural, pero eso no significa que impacte en la retención de estos profesionales.

Yo creo porque los que vinimos a Chiloé, nos enamoramos de Chiloé, (...) Pero si vemos el tema laboral, no hay nada que sea atractivo a parte del sueldo y del trabajo, pero no hay una política como de retención, de recurso humano o bienestar o algo así como más propio de tu profesión, no existe pero pasa porque creo que confían en que la gente que se quedó en Chiloé, se quiere quedar... y está bien, no se interesan en que esté mejor... y por eso pasa que hay mucha rotación y va a seguir pasando mientras no implementen algo para que la gente se quiera quedar (matrona Cesfam insular)

4. Eje Construcción de Política de permanencia recurso humano rural desde los actores

Este eje contempla las propuestas que realizan los profesionales entrevistados, surgidas durante el desarrollo y al finalizar cada entrevista. Estas propuestas son en distintos ámbitos, desde la formación profesional, la formación continua, el mejoramiento de las condiciones de vida y laborales tanto en términos contractuales como condiciones físicas. Cabe señalar que las propuestas realizadas por los profesionales van más allá del beneficio individual, sino que abarca además las condiciones mínimas para desempeñar su labor.

- Estrategia de formación en pregrado: formación a estudiantes en salud rural y pasantías obligatorias a estudiantes de profesiones sanitarias en establecimientos rurales y apartados como parte del currículo. También se menciona la captación de estudiantes que cuenten con perfil para trabajar en zonas rurales, como por ejemplo aquellos que provienen de estos territorios.
- Estrategias de formación a profesionales: capacitación para profesionales rurales, diferenciada y continua, las matronas entrevistadas proponen un Programa de destinación y formación para matronas, similar a la modalidad enfermeras PAER y médicos EDF. Los médicos municipales sugieren una

estrategia más expedita para acceder a especialidad médica, que sea específica para quienes se desempeñan en sector rural. Los médicos EDF proponen reinstalar el beneficio de la capacitación “mes por año” que en algún momento existía para los médicos, en donde ellos en forma individual gestionaban pasantías con especialistas de hospitales, de su interés y que les generara aprendizajes para su futura formación como becarios.

Algunos consideran que la falta de Universidad en la zona limita el acceso a capacitación y proponen alianzas con casas de estudios para la realización de planes anuales de formación a profesionales de salud en el mismo territorio

- Estrategias de incentivos económicos: los profesionales no médicos sugieren mejoras en remuneración, bono de pensión, bono de movilización, cobertura de gastos de instalación y mudanza como medidas posibles de aplicar. Por otro lado, se señala la implementación de un bono de permanencia, es decir, que al cumplir una cantidad de tiempo específico se acceda a este bono especial de retención.
- Estrategia de mejoras en condiciones contractuales: la mayoría de los entrevistados cuenta con contrato a plazo fijo, por lo que proponen estabilidad laboral para mejorar la permanencia de los profesionales y eliminar el contrato de honorarios para los funcionarios que se desempeñen en zona rural. Además, aquellos que se desempeñan en sectores insulares proponen plan de seguridad y capacitación en salvataje, debido a los riesgos a los que se exponen en el desplazamiento a esos sectores.
- Estrategias de bienestar de profesional: En caso de que el empleador disponga de viviendas para el equipo rural, que estas sean adecuadas y acorde al número de los profesionales destinado en ese sector rural. También algunos profesionales mencionan como estrategia la implementación de planes de autocuidado para el personal, especialmente por el requerimiento físico asociado al trabajo en terreno, largas caminatas, carga constante de maletas y cajas para la realización de rondas rurales, entre otras actividades que demandan esfuerzo físico. Por otro lado, una profesional entrevistada señala la disposición de permisos legales diferenciados para estar con la familia, para

profesionales que residan en zonas apartadas. Además, los entrevistados consideran necesarias estrategias de reconocimiento desde las jefaturas a los profesionales cuando el desempeño de éstos es destacado, a través de mayores responsabilidades dentro del equipo.

En sentido estructural, también se menciona la idea de que las autoridades mejoren el acceso al sector rural: caminos, rampas y sistema de transporte público, esto con el fin de atraer a profesionales por la vía de disminuir brechas de aislamiento geográfico.

- Cierre de brecha de infraestructura de los establecimientos rurales y condiciones mínimas para el desempeño rural: calefacción, acceso a internet, teléfono, insumos generales y clínicos adecuados, espacio físico para la alimentación de los funcionarios.
- Soporte profesional y personal: Mejorar resolutiveidad a nivel local, otorgar más complejidad a la atención, por ejemplo: telemedicina, consultorías especialistas en terreno y rehabilitación con base comunitaria, para así generar redes de profesionales y evitar el aislamiento profesional, junto con mejorar la calidad de atención. Por otro lado, los entrevistados mencionan la necesidad de realizar jornadas de encuentro entre otros equipos rurales para mejorar el trabajo en red y relevar las experiencias exitosas de sus pares.
- Estrategia basada en la pertinencia de la evaluación y de políticas de salud rural: los profesionales coinciden en que las mediciones de productividad, o metas programática son uniformes tanto para los establecimientos urbanos como rurales, lo que según sus relatos está alejado de la realidad local, por lo tanto proponen una evaluación pertinente y diferenciada para la atención rural. A este mismo respecto señalan que es necesario que las autoridades o jefaturas sintonicen con las necesidades del personal a través de un flujo de información expedito desde equipos rurales a tomadores de decisiones, para así lograr políticas que tengan coherencia con las necesidades reales de los profesionales. En este sentido, argumentan que la centralización en salud provoca estas brechas de comunicación y conocimiento de la realidad territorial.

En el mismo eje de las propuestas, se incluyó en la estructura de la entrevista la reflexión sobre una descripción de un cargo rural atractivo.

- Claridad de condiciones del cargo, mayor transparencia antes de contratar a los profesionales.

Que te expliquen todo de un principio, que inicies con una orientación del trabajo que vas a tener, donde también puedas apoyarte en otros profesionales, me refiero como yo cuando entré, que estaba sola po, no había otro profesional de enfermería (EU, Cecosf insular)

- Cargo con estabilidad laboral y una carrera funcionaria acorde
- Especialización asociada a la permanencia
- Remuneración acorde a las expectativas, con asignación o bonificación por ruralidad
- Capacitación continua
- Que ofrezca casa habitación para los profesionales con condiciones básicas de habitabilidad
- Que el establecimiento cuente con movilización adecuada para las actividades de terreno
- Que cuente con conectividad: internet y cobertura de telefonía
- Que se desarrolle en instalaciones adecuadas: número de box, calefacción, agua potable, electricidad.
- Que cuente con insumos mínimos para trabajar

Que tengas como las herramientas para hacer tu trabajo, por ejemplo yo hago cirugía menor, contar con el material, no sé, esterilizado, limpio y los materiales en si po, o sea que cuentes con la sutura, si quieres hacer una ecografía tienes el ecógrafo a mano, más que nada como las herramientas, que tengas los medicamentos disponibles para tal paciente (Médico EDF, Cesfam insular)

- Trabajo en equipo y comunitario, que facilite las actividades de promoción de la salud
- Que cuente con plan de autocuidado establecido y espacios protegidos de bienestar del personal: casino

Y contar con apoyo, apoyo en base a que tú tengas, lugares adecuados donde comer, que sean dignos y respetuosos; que tú no tengas que almorzar en una posta en la sala de espera (matrona, Cecosf)

Las propuestas de políticas de permanencia para el grupo de médicos son relacionados principalmente con la especialización, por un lado el grupo de médicos municipales propone estrategias que faciliten el acceso a programas de residencia, por otro los médicos EDF indican mejoras en los beneficios de capacitación “mes por año” que está en retirada en los servicios de salud. Otra propuesta de este grupo es que la evaluación y medición que se realiza a los equipos rurales sea diferenciado y pertinente, ya que en general la comparación es con la población y productividad de los equipos urbanos. También señalan la necesidad de contar con estrategias de resolutiveidad incluidas en la propuesta de soporte profesional y personal, con el fin de hacer redes con especialistas del nivel secundario de atención y generar mayor complejidad a su labor en atención primaria.

El grupo de matronas y enfermeras proponen principalmente mejoras en las condiciones económicas, implementación de un sistema de especialización asociada a permanencia como el caso de los médicos EDF y que exista una política que exija el cumplimiento de las condiciones mínimas de instalaciones, insumos clínicos, servicios generales, entre otras. Esa última propuesta es compartida por ambos grupos, junto con la capacitación continua y mejoras estructurales en el acceso a los territorios (conectividad, rampas, movilización).

VI. DISCUSION

Se reconoce que pese a los esfuerzos de algunos países, aún persiste el problema de la distribución inequitativa del RHUS, con alta concentración en las zonas urbanas lo que produce problemas de retención en zonas rurales. Estos recursos humanos son el factor más importante para proveer los servicios sanitarios cuyo nivel de alcance depende de la calidad, competencias y motivación de los profesionales (39).

Esta premisa dio origen a la realización de esta investigación cuyos principales resultados se vinculan con las motivaciones de los profesionales para trabajar en un sector rural, las necesidades sentidas por los profesionales las cuales difieren de acuerdo al grupo (profesión y momento laboral) y las propuestas para fortalecer la retención de éstos. El discurso de los entrevistados estuvo enmarcado en la carencia de políticas de estado que promuevan la permanencia de profesionales en zonas apartadas.

En este sentido, y a la luz de los resultados obtenidos, los profesionales entrevistados presentan diversas motivaciones que incluyen: arraigo con el territorio, la motivación de vivir la experiencia rural extrema, la motivación asociada a las condiciones de vida y del trabajo; y por último la motivación asociada a la especialización como retribución. Estas motivaciones se interrelacionan entre sí, varían según el grupo estudiado (médicos y matronas/enfermeras) y cambia o se acentúa de acuerdo al momento laboral en que se encuentre el profesional. Así, la motivación de la especialización se presenta en el discurso del grupo de médicos, y con mayor intensidad en aquellos que se encuentran en etapa de destinación (EDF). La OMS señala que los factores que influyen en la decisión de desplazarse, permanecer o partir de zonas rurales son sumamente complejos, porque en general se relacionan con las características personales, la estructura del sistema de salud y el entorno social, económico y político. Los resultados de esta investigación, entonces, van en la línea de lo planteado por la OMS ya que es un entramado de motivaciones: origen (procedencia rural) y valores personales, aspectos familiares y comunitarios, aspectos económicos, aspectos profesionales

(acceso a la formación continua; supervisión, puestos de categorías superiores en zonas rurales), condiciones de vida y trabajo (infraestructura, entorno laboral, acceso a la tecnología/los medicamentos, características del alojamiento) y contrato o servicio obligatorio (1). Como resultado de esta investigación en que se analizaron motivaciones y necesidades por separado, algunos de estos factores mencionados por OMS aparecen más como una necesidad que una motivación. Los profesionales señalaron las siguientes necesidades asociadas a trabajar en la ruralidad: necesidades del entorno laboral (falta de insumos, infraestructura insuficiente y deficitaria, transporte inadecuado, medidas de seguridad ausentes), necesidades de bienestar personal y contractual (vivienda inadecuada, inestabilidad laboral); y las necesidades derivadas del aislamiento (transporte, comunicación, ocio).

De acuerdo a los hallazgos del estudio, para el grupo de profesionales matronas y enfermeras, su motivación principal es el vínculo familiar en el territorio y disfrutar de las condiciones de la vida rural, entorno e idiosincrasia. El factor económico es transversal a todas estas motivaciones, pero no suficiente por sí solo. En las profesionales más jóvenes se agrega la motivación asociada al constante desafío que les significa trabajar en sectores rurales, ya que profesionales recién egresados ponen a prueba sus conocimientos y habilidades recién adquiridas en el pregrado. Los resultados de esta tesis aportan información acerca de las motivaciones para este grupo de profesionales de los cuales no existía evidencia hasta ahora en nuestro país.

Sin duda el trabajo en las zonas rurales presenta particularidades que los entrevistados mencionan como relevantes para entender el contexto en que se prestan los servicios, se vinculan con las motivaciones de los mismos y generan también necesidades, a saber: problemas de acceso tanto del usuario al centro como del profesional hacia el usuario, dinámica de la atención más flexible en cuanto a la agenda de atención, cercanía en la relación profesional-usuario marcado por la empatía y respeto a la cultura; y el rol social del profesional rural en su comunidad. En este último punto, el rol social ejercido por el profesional

como integrante de la comunidad, lo convierte en un actor relevante que asume liderazgo y gestiones en otras áreas de la salud esenciales en un sector rural, por ejemplo, servicios sanitarios básicos como alcantarillado, agua potable, disposición de basura, problemas de impacto ambiental, etc. Esto, debido a que en el sector rural no existen otros profesionales dedicados a estos temas, y si existen, no tienen contacto directo con la comunidad como sí lo tiene el equipo de salud que se asienta en el territorio. Una reflexión interesante que surge a partir de estos resultados es la concepción de salud de la comunidad rural la que es vista de una forma más integral y menos reducida a lo meramente asistencial, como podría ocurrir en un sector urbano. Aquí cobra relevancia el enfoque de determinantes sociales en salud (40), que implícitamente se configura en la comunidad y también en el equipo, en el contexto de una zona rural con características y particularidades que propician la implementación integral del Modelo de Atención con enfoque familiar y dentro de este un rol comunitario más preponderante.

Estos elementos diferenciadores requieren de un soporte profesional, es decir equipos presentes en los territorios, que se integren a la comunidad y que permanezcan en ella. Precisamente estas particularidades que caracterizan y nutren la salud rural son las que se ven afectadas por los problemas de permanencia del RHUS, junto a un modelo de atención integral y familiar que pierde continuidad y credibilidad.

Este contexto de la atención lleva a una forma de organización del profesional caracterizado por trabajo en terreno (ronda médica, visitas domiciliarias) y multiplicidad de tareas a desarrollar, clínicas, administrativas y de gestión. Esta mayor responsabilidad que les toca asumir, se da en condiciones de aislamiento profesional, en un contexto de grandes distancias, problemas de acceso, dificultades para desplazarse, con sistemas de comunicación deficitarios, entre otras circunstancias que dificultan el quehacer sanitario y los diferencia ampliamente de los colegas que ejercen la misma labor en un sector urbano. Estos resultados, surgidos de las vivencias de los profesionales van en la misma

línea de los resultados de otros estudios que han comparado los servicios sanitarios de sectores rurales y urbanos. De igual modo, ya ha sido descrito en la evaluación que hace la OMS del escenario de los RHUS rural, el que se caracteriza por falta de recursos y en donde “muchas veces la administración de estos centros recae en los mismo profesionales aumentando los niveles de responsabilidad y eventualmente de frustración” (39) (41).

En relación a lo anterior, la situación del recurso humano rural en salud, según los entrevistados, es caracterizada por inestabilidad laboral, alta rotación (excepto los técnicos en salud) y cargos no cubiertos que genera barreras de acceso a la atención profesional. Este diagnóstico no es distinto en otras regiones de las Américas, y que es lo que ha dado sustento a la creación de recomendaciones de fidelización de RHUS por la OMS y la implementación de algunas estrategias en los países que han adscrito a estos acuerdos (16).

De acuerdo a los entrevistados, uno de los impactos de la no permanencia está dado por la ausencia de prestaciones críticas que se traducen en peores resultados para la salud de la población. Los profesionales suponen y ejemplifican que las ausencias de profesionales sin reposición inmediata, afecta la supervisión del embarazo como atención prioritaria, en el caso de Programa de la Mujer. En este punto, es interesante mencionar que indicadores como la mortalidad materno-infantil mejoran en la medida que los países presentan mayor densidad de RHUS calificado (médicos, enfermeras y matronas). En este sentido la recomendación es alcanzar los 2.28 trabajadores sanitarios por 1.000 habitantes para obtener coberturas mayores al 80% en atención profesional del parto, siendo que el 40% de la población vive en países con menor densidad de profesionales a la sugerida (39).

Dentro de las políticas o estrategias actuales, sin duda la Etapa de Destinación y Formación para médicos es la que ha tenido impacto en la permanencia de médicos en las zonas más apartadas y en el aseguramiento del acceso a la salud de los habitantes de esos territorios. Esta política ha cumplido su objetivo que se refleja en un 100% de plazas ocupadas a lo largo del país, por lo mismo Chile

declara para el periodo 2014-2018 la inyección de 210 nuevas plazas para médicos en zonas rurales o aisladas, con el fin de mejorar coberturas en las comunas más desatendidas y con índices de desarrollo humano más bajos (39). En el año 2015 se incorporaron esas plazas pero ampliado hacia comunas urbanas, vulnerables, ya no específicamente a comunas aisladas y rurales. Para la Agrupación Nacional de Médicos Generales de Zona esta expansión es significativa ya que fomenta esta vía de acceso a especialidad médica y fortalece el nivel primario de atención. Esta política se constituye en una motivación mencionada por los profesionales médicos para ocupar las plazas de las zonas rurales, que ha permanecido y se ha consolidado a través del tiempo.

En la evaluación de los países de la región andina realizada el año 2015 en relación a esquemas de incentivos para la retención, la crítica a Chile es que en el ámbito de las profesiones no médicas no existe un set de incentivos o una intervención específica para desempeñarse en zonas rurales, excepto ciertas compensaciones económicas en comparación a puestos de trabajo en zonas urbanas (39). La mayor parte de los entrevistados perciben que no existe política de permanencia que los beneficie y consideran que los incentivos económicos (bono zonas extremas trimestral y asignación por desempeño difícil) no compensan el esfuerzo, las condiciones precarias y riesgos a los que se exponen en el ejercicio de su labor. En efecto concluyen que estas estrategias no promueven su retención en el territorio, la que más bien se produce debido al compromiso de los profesionales y a la existencia de un vínculo familiar o social que los hace permanecer más tiempo. Al realizar esta reflexión ellos expresan su necesidad de una política de atracción y retención de RHUS teniendo como referente el programa de médicos EDF ya que el programa de Enfermería Rural, como experiencia piloto, no ha tenido continuidad en el tiempo ni posicionamiento y sólo se menciona por algunos entrevistados como una estrategia no consolidada (34).

Entre los factores que intervienen en el escenario actual de políticas de retención, los profesionales identifican tres importantes: la evaluación poco pertinente que

hacen las autoridades centrales del quehacer rural; la centralización de la gestión en salud; una comunidad poco organizada y un equipo profesional poco demandante. Un aspecto discutido de forma enfática por gran parte de los profesionales es la evaluación limitada de las autoridades, la centralización como parte de este abordaje poco pertinente y la constante comparación de población, productividad y procesos con los establecimientos urbanos, situación que no les favorece como equipos rurales. Los entrevistados proponen que las evaluaciones consideren la necesidad y diferenciación de los servicios rurales, ya que un enfoque exclusivamente cuantitativo, no da cuenta de los requerimientos reales de la población. Por ejemplo a la hora de determinar la cantidad de profesionales por territorio, la OMS señala que las necesidades de salud de las poblaciones rurales son mayores por lo que será necesario un número proporcionalmente más alto de agentes de salud en esas zonas. Lo anterior, sin desconocer que el número de población es menor en una zona rural, sin embargo los requerimientos de esa población son mayores, y en ese sentido las comunidades pequeñas de zonas remotas pueden requerir un número más elevado de médicos generales en relación a densidad poblacional que el que se justificaría en un contexto urbano. Este aspecto se vincula además con la implementación del modelo de salud con un eje comunitario importante, lo que requerirá de profesionales a cargo de menor población, en un escenario rural más disperso y con dificultades de acceso. (1).

Dentro de los resultados de la investigación las propuestas de los profesionales entrevistados para la atracción y retención en zonas rurales coinciden en parte con las recomendaciones de la OMS:

- formación de pregrado que incluya pasantías obligatorias en sectores rurales y apartados. En este punto cabe señalar que Chile posee distintas ruralidades, unas más extremas que otras, realidad que en el actual sistema de prácticas rurales no se logra vislumbrar, por lo que la propuesta de los entrevistados, a diferencia de lo planteado por la OMS, apunta a que los estudiantes de las distintas áreas de la salud se acerquen a este contexto real a través de prácticas rurales remotas. También señalan la captación de estudiantes

provenientes de estos territorios, junto con la necesidad de instalación de universidades en el territorio o cercano a él, de modo de favorecer que estudiantes provenientes de estas zonas, decidan ejercer en ellas.

- formación profesional: capacitación continua, señalado por todos los entrevistados como una forma de mejorar la calidad de atención y también como elemento de mejora en la carrera funcionaria. Además la ampliación del programa de destinación y formación de médicos a otros profesionales, al menos a enfermeras y matronas. De esta manera el programa de formación incluiría al equipo básico de salud en una zona rural;
- incentivos económicos a todos los profesionales que no están en el ciclo de destinación (como base los incentivos de médicos EDF) y agregando bono de permanencia como propuesta. Aquí el incentivo monetario es percibido como necesario pero no suficiente para generar atracción y permanencia;
- mejores condiciones contractuales: en este sentido los entrevistados proponen eliminar el contrato a honorarios y a diferencia de las recomendaciones de OMS, en Chile el servicio obligatorio en sector rural es inexistente, aunque esta estrategia ha sido adoptada por otros países de la región;
- condiciones de bienestar personal (vivienda adecuada, plan autocuidado, permisos diferenciados, mejorar caminos y rampas);
- mejores condiciones de trabajo, infraestructura adecuada e insumos necesarios para una adecuado ejercicio profesional;
- soporte profesional a través del desarrollo de telemedicina y redes de profesionales; y
- evaluación de servicios rurales diferenciada y pertinente por parte del Ministerio de Salud, lo que sin duda constituye un elemento de soporte para una construcción de política pública acorde con los requerimientos tanto de la población rural como de los profesionales y equipo de salud que se encuentra inserto en esa comunidad. Este aspecto también fue abordado como factor

condicionante de la carencia de política actual de recurso humano rural en cuanto a permanencia.

Esta propuesta generada a partir de los discursos de los entrevistados incluye la mayoría de factores considerados en las recomendaciones de la OMS, algunos con diferencias de contenido, sin embargo el último punto asociado a la evaluación de servicios rurales surge como elemento diferenciador.

Luego de identificar las propuestas emanadas de las propias necesidades y vivencias de los entrevistados, es preciso señalar que las condiciones inadecuadas para el desempeño profesional en un contexto geográfico difícil son comunes en todos los entrevistados, pero la tolerancia y adaptación a ellas, sumado al compromiso con el trabajo rural hacen que los profesionales decidan permanecer en el territorio -en mayor o menor medida- pese a la precariedad de las condiciones de laborales. La retención se torna frágil -y no garantiza un acceso sanitario para la población rural que requiere de los servicios en un contexto de vulnerabilidad y postergación- cuando está más supeditada a motivaciones personales e individuales que al éxito o fracaso de una política pública. En este sentido y tal como ha mostrado los resultados de esta tesis, el establecimiento de una política de atracción y retención para el equipo profesional básico que considere las necesidades y motivaciones de estos, es fundamental para asegurar cobertura y continuidad de atención de salud para la población rural.

Por otro lado, y en el marco de futuras investigaciones, es necesario abordar en las percepciones de los usuarios y usuarias que reciben y utilizan los servicios de atención rural. Lo anterior, como línea de investigación que ayude a entender en forma integral la salud en el mundo rural considerando las necesidades de la población que habita este territorio, en un escenario particular que - probablemente- define el concepto salud y enfermedad del individuo.

VII. CONCLUSIONES

Esta investigación responde a la interrogante de cuáles son las motivaciones a la permanencia de los distintos profesionales que se desempeña en zonas rurales y cuáles son sus percepciones acerca de las políticas de retención. Los factores que inciden en la atracción y retención del RHUS rural son aquellos vinculados con las motivaciones, expectativas y necesidades de los profesionales en un contexto de particularidades del sector rural que moldean su ejercicio profesional. Aquí las condiciones de vida incluido el aislamiento, las condicionantes para el desempeño laboral, la escasa valoración actual de los equipos rurales y una evaluación poco pertinente de los servicios rurales son vistas como necesidades y a la vez explicaciones de los profesionales hacia la política deficitaria de permanencia de RHUS en Chile. Los hallazgos sobre motivaciones coinciden en gran parte con lo planteado por la OMS y la mayor diferencia en los dos grupos estudiados es la relacionada con el incentivo a la especialización en el grupo de médicos.

Además de lo anteriormente dicho, este estudio exploratorio, genera información relevante sobre motivaciones, necesidades y propuestas de profesionales no médicos, ausente hasta ahora en Chile, ya que los estudios existentes han surgido del programa de médicos EDF como único paquete de incentivos que beneficia al recurso humano rural (3). Los resultados de esta tesis muestran la importancia de estimar la acción conjunta del equipo básico de salud a través de generar un programa de incentivos similar para los profesionales médicos y otros profesionales demostrando una valoración similar del equipo en su conjunto.

Junto con lo anterior y entendiendo que para la aplicación del modelo de salud familiar se necesita de un equipo de salud compuesto no sólo por médicos, es preciso señalar que en zonas rurales el modelo tendría un mejor desempeño y mayor posibilidad de implementación debido a su contexto, el que se caracteriza por sus particularidades: atención integral y cercana, la vinculación y el rol social del profesional con la comunidad. Y justamente son estas especificidades de la salud rural las que se ven afectadas con la no permanencia o la alta rotación del recurso humano junto con otros aspectos mencionados por los profesionales y que

son claves para los servicios sanitarios rurales: continuidad de la atención, integración del profesional en el territorio, cumplimiento del modelo de salud familiar y confianza en la relación profesional-paciente.

La respuesta a estas necesidades supone entender las distintas ruralidades existentes en Chile, que la institucionalidad aborde la salud rural como una unidad diferenciada dentro de la atención primaria y que los criterios de evaluación de ambos sean distintos en su forma, para así evitar que los equipos rurales se sientan postergados o en competencia con establecimientos urbanos a la hora de resolver sus demandas.

Por otro lado, el diseño e implementación de la política requiere de una inversión a largo plazo y de un enfoque más allá del sector salud, una política intersectorial en donde distintos ministerios estén convocados a participar y los esquemas de incentivos sean relevados como políticas de Estado. Las propuestas realizadas por los profesionales son: pasantías obligatorias en pregrado, universidades cercanas a territorios, programas de destinación-formación para médico, matronas y enfermeras, incentivos económicos, mejores condiciones de contrato, viviendas adecuadas, mejorar accesos (rampas, caminos, transporte), mejores condiciones de infraestructura laboral, aplicación de tecnologías de soporte profesional y evaluación pertinente a los establecimientos rurales. En estas estrategias sugeridas se necesita la articulación de varios sectores del estado, tanto en aspectos financieros, de gestión y de inversión estructural, es decir, requiere ser abordado bajo el enfoque de salud en todas las políticas (OMS, 2014)(42).

Las estrategias estructurales que proponen los profesionales como equipamiento comunitario, transporte, acceso adecuado e instituciones educacionales en el territorio, si bien fortalecen la permanencia del recurso humano, al mejorar las condiciones de vida, también favorecería a la comunidad rural en su conjunto. En este sentido, el enfoque de determinantes sociales en salud nos da una forma de abordaje a la problemática rural, en donde el profesional de salud rural es parte de una misma comunidad junto a los habitantes y son ambos potenciales beneficiarios de una misma política de estado.

En síntesis, este estudio ha mostrado que los profesionales entrevistados que trabajan en el sector rural, pese a las condiciones precarias de trabajo (de todos) y de vida (de algunos), se mantienen en sus lugares de trabajo, con necesidad de incentivos adecuados, pero con alto compromiso por la población que tienen a cargo, especialmente en el grupo de matronas y enfermeras. Sin embargo la permanencia se torna frágil, ya que son los factores individuales como el vínculo familiar, la etapa del ciclo vital y el compromiso, los que finalmente generan la permanencia. Debido a esto, es justo y necesario diseñar e implementar un set de incentivos financieros y no financieros, abordar las condiciones de trabajo y soporte de tecnologías como parte de una política de atracción y retención, no sólo dirigida a médicos, sino a otros profesionales no médicos que conforman el equipo básico de salud.

Chile se caracteriza por poseer sectores aislados como parte de la geografía, y los habitantes de esas zonas siempre necesitarán acceso a la salud en forma oportuna, independiente de los vaivenes del mercado laboral del personal sanitario. Este escenario requiere de una respuesta del Estado, a través de una política de permanencia de recurso humano rural pertinente, con inversión a largo plazo y participación intersectorial, en el marco del principio de equidad sanitaria. Para ello es preciso posicionar a la salud rural como eje importante dentro del sistema de salud, reconocer por parte de las autoridades la particularidad del mundo rural y relevar la labor que cumple el profesional rural en estos territorios.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención. 2011 p. 1–69.
2. Dolea C, Stormont L, Braichet J-M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. Bull World Health Organ [Internet]. 2010 May [cited 2014 Jul 23];88(5):379–85. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2865654&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
3. Peña S, Ramirez J, Becerra C, Carabantes J, Arteaga O. The Chilean Rural Practitioner Programme: a multidimensional strategy to attract and retain doctors in rural areas. Bull World Health Organ [Internet]. 2010 May [cited 2014 Sep 1];88(5):371–8. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2865660&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
4. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas [Internet]. 2012. Available from: <http://www.paho.org/saludenlasamericas/>
5. OPS/OMS. Medición y Monitoreo de Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud [Internet]. 2013. Available from:
<http://dev.observatoriorh.org/?q=node/368>
6. Rodríguez A, Meneses J. Transformaciones rurales en América Latina y sus relaciones con la población rural. Santiago; 2011 p. 1–43.
7. Chomitz KM, Buys P, Thomas TS. Quantifying the rural-urban gradient in latin america and the caribbean. 2005;1–36. Available from: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/06/14/000016406_20050614122820/Rendered/PDF/wps3634.pdf
8. Rueda A, Vera X. Empleo, ingresos y tiempo de trabajo en la actividad silvoagropecuaria [Internet]. Santiago; 2009 p. 1–26. Available from:
http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/estudios_y_documentos/estudios/empleo_ingresos_y_tiempo_de_trabajo_en_la_actividad_silvoagropecuaria.pdf
9. PNUD. Desarrollo Humano en Chile Rural. Santiago de Chile; 2008 p. 1–249.
10. Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. Ministerio del Interior. ACTUALIZACIÓN ESTUDIO DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA PARA TERRITORIOS AISLADOS [Internet]. Chile; 2008. Available from:

http://www.subdere.gov.cl/sites/default/noticiasold/articles-73813_recurso_1.pdf

11. SUBDERE. Estudio Identificación de Territorios Aislados 2011 [Internet]. Chile; 2011 p. 1–94. Available from: <http://www.subdere.gov.cl/documentacion/estudio-identificaci%C3%B3n-de-territorios-aislados-2011>
12. Organización Mundial de la Salud. Vigilancia de la distribución geográfica del personal sanitario en zonas rurales y zonas subatendidas [Internet]. 2009. Available from: http://www.who.int/hrh/statistics/spotlight_8_es.pdf?ua=1
13. Chen LC. Striking the right balance: health workforce retention in remote and rural areas. Bull World Health Organ [Internet]. 2010 May [cited 2014 Sep 26];88(5):323, A. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2865673&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
14. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. Lancet [Internet]. 2004 Jan [cited 2014 Aug 26];364(9449):1984–90. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673604174825>
15. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. Hum Resour Health [Internet]. 2006 Jan [cited 2014 Sep 23];4:12. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1481612&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
16. Dolea C. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention [Internet]. Ginebra; 2009 p. 2–4. Available from: (http://www.who.int/hrh/migration/background_paper.pdf)
17. Dayrit MM, Dolea C, Dreesch N. Abordando la crisis de los Recursos Humanos para la Salud : ¿ Hasta dónde hemos llegado ? ¿ Qué podemos esperar lograr al 2015 ? Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;28(2):4–5.
18. World Health Organization. KAMPALA DECLARATION ON FAIR AND SUSTAINABLE HEALTH FINANCING Report from the Regional and Evidence based Workshop in Kampala. Kampala; 2005.
19. WHO. How to Conduct a Discrete Choice Experiment for Health Workforce Recruitment and Retention in Remote and Rural Areas: A USER GUIDE WITH CASE STUDIES. Geneva; 2012 p. 1–94.

20. Lagarde M, Blaauw D. A review of the application and contribution of discrete choice experiments to inform human resources policy interventions. *Hum Resour Health* [Internet]. 2009 Jan [cited 2014 Sep 25];7:62. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2724490&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
21. Russell DJ, Wakerman J, Humphreys JS. What is a reasonable length of employment for health workers in Australian rural and remote primary healthcare services? *Aust Health Rev* [Internet]. 2013 May;37(2):256–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23497824>
22. Francis K. Health and health practice in rural Australia: Where are we, where to from here? *Online J Rural Nurs Heal Care*. 2005;5(1):28–36.
23. Morell AL, Kiem S, Millsteed MA, Pollice A. Attraction , recruitment and distribution of health professionals in rural and remote Australia : early results of the Rural Health Professionals Program. *Hum Resour Health* [Internet]. *Human Resources for Health*; 2014;12(1):1–6. Available from: *Human Resources for Health*
24. Rockers PC, Jaskiewicz W, Wurts L, Kruk ME, Mgomella GS, Ntalazi F, et al. Preferences for working in rural clinics among trainee health professionals in Uganda: a discrete choice experiment. *BMC Health Serv Res* [Internet]. *BMC Health Services Research*; 2012 Jan [cited 2014 Sep 29];12(1):212. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3444383&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
25. Rao KD, Ryan M, Shroff Z, Vujicic M, Ramani S, Berman P. Rural clinician scarcity and job preferences of doctors and nurses in India: a discrete choice experiment. *PLoS One* [Internet]. 2013 Jan [cited 2014 Sep 28];8(12):e82984. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3869745&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
26. Miranda JJ, Diez-Canseco F, Lema C, Lescano AG, Lagarde M, Blaauw D, et al. Stated preferences of doctors for choosing a job in rural areas of Peru: a discrete choice experiment. *PLoS One* [Internet]. 2012 Jan [cited 2014 Sep 28];7(12):e50567. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3525596&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
27. Lagarde M, Blaauw D, Cairns J. Cost-effectiveness analysis of human resources policy interventions to address the shortage of nurses in rural South Africa. *Soc Sci Med* [Internet]. Elsevier Ltd; 2012 Sep [cited 2014 Sep 12];75(5):801–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22687725>

28. Huicho L., Díez F., Lema C., Miranda J. and LA. Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014;28(4):729–39. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4074081/>
29. Straume K, Shaw DMP. Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2010 May [cited 2014 Sep 17];88(5):390–4. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2865658&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
30. Montoya-Aguilar C. Aspectos de Salud y su relación con Ruralidad Rural Health in Chile. 2007;47(2):58–67.
31. OECD. OECD Health Statistics 2014 [Internet]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>
32. Ministerio de Salud. “Políticas de recursos humanos de salud” 2012 [Internet]. Santiago; 2012 p. 1–36. Available from: http://dev.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/politica_rhs_chi2012.pdf
33. Juricic B, Cantuarias R. La salud rural en Chile: programa para atraer médicos a las zonas rurales [Rural health in Chile: a program to attract physicians to rural areas]. *Bol Of Sanit Panam*. 1975;78:203–11.
34. Programa de atención enfermería rural Resultados de la búsqueda Colegio de Enfermeras de Chile [Internet]. Available from: <http://colegiodeenfermeras.cl/?s=programa+de+atencion+enfermeria+rural>
35. Mella O. Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa. 1998;1–74.
36. S. J. Taylor, R. Bogdan. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 1987.
37. Sandoval C. Investigación cualitativa. Bogotá, Colombia; 1996.
38. República de Chile, Ministerio de Salud DAJ. Reglamento de Becarios de la Ley N° 15.076, en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. 1991 p. 1–15.
39. OPS/OMS. Desarrollo de Esquemas de Incentivos para la Retención - Fidelización de Personal de Salud en Áreas Rurales y de Difícil Acceso [Internet]. 2015 p. 1–61. Available from: [http://www.orasconhu.org/sites/default/files/5 Esquemas de Incentivos RHUS.pdf](http://www.orasconhu.org/sites/default/files/5%20Esquemas%20de%20Incentivos%20RHUS.pdf)

40. OMS. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud [Internet]. Rio de Janeiro; 2011. Available from: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
41. Smith KB, Humphreys JS, Wilson MG a. Addressing the health disadvantage of rural populations: how does epidemiological evidence inform rural health policies and research? *Aust J Rural Health* [Internet]. 2008 Apr [cited 2016 Mar 11];16(2):56–66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18318846>
42. OPS/OMS. Plan de Acción sobre la Salud en todas las políticas. 2014 p. 1–23.

IX. ANEXOS

Anexo 1. Guía de entrevista semiestructurada

Guía de preguntas:

Datos del profesional:

¿Qué profesión tiene? ¿Cuál es su cargo en el establecimiento? ¿Quién es su empleador? ¿Cuánto tiempo lleva en el cargo?

Eje temático motivaciones y necesidades

¿Cuál o cuáles fueron sus motivaciones a la hora de elegir desempeñarse profesionalmente en sector rural? ¿Qué la/lo llevó a escoger este puesto de trabajo y no otro?

¿Considera que hay condiciones o características individuales relevantes para desempeñarse en un sector rural? ¿Cuáles o cuáles?, ¿Cuál de esas condiciones usted posee?

¿Cuáles eran sus expectativas en el momento en que decidió aceptar el cargo en un establecimiento rural de Chiloé?

¿Esas expectativas se han ido cumpliendo a través del tiempo? ¿Por qué sí?
¿Por qué no?

¿De qué ha dependido el cumplimiento/ no cumplimiento de estas expectativas?

Considerando el tiempo y las circunstancias en que usted ha trabajado en este establecimiento, ¿Cuáles son las necesidades que requiere resolver para permanecer desempeñándose en este territorio? ¿Cuáles son las necesidades que en general están presentes en el desempeño de su profesión en sectores rurales?

¿Qué es lo que finalmente le atrajo del trabajo en la ruralidad?

Cuénteme ¿qué es lo que incentiva su permanencia en este territorio?

Eje temático sostenibilidad de programas de salud rural

En cuanto a la entrega de servicios a población rural, ¿Cuáles son las particularidades del quehacer sanitario en la ruralidad versus sectores más urbanizados?

¿Cuáles son los programas de salud que se llevan a cabo en su establecimiento?
¿Cómo se organiza un profesional de su área para llevar a cabo esos programas en la ruralidad? ¿Qué otras responsabilidades le toca asumir en el equipo?

¿Cómo se inserta el profesional de su área en el trabajo con el individuo, familia y comunidad?

¿Cuál es la situación del recurso humano en sectores rurales de Chiloé?

¿Cuál es su percepción sobre la permanencia del profesional en el territorio y su relación con el nivel de salud de la población? o ¿Cuál es su opinión acerca del impacto de la rotación profesional y/o ausencia de profesional en sector rural?

Eje temático políticas actuales de atracción y retención de recurso humano en zonas rurales

¿Conoce Ud. las políticas ministeriales, de servicio de salud, o locales en relación con la permanencia del recurso humano en zonas apartadas? ¿Me podría contar acerca de ellas?

¿Cuáles son las políticas actuales de atracción de recurso humano en zonas rurales de Chiloé. ¿Cuáles de esas políticas son dirigidas a su profesión en particular? Si existen ¿qué estrategias emanan del Servicio de Salud Chiloé y cuáles son comunales?

Respecto a la retención o permanencia del profesional, ¿Conoce Ud. la existencia de políticas o estrategias que fomenten la retención? ¿Desde dónde provienen estas políticas, ley de recurso humano, comuna o servicio de salud?

¿Por qué cree usted que se da el tratamiento actual al profesional que se desempeña en zona rural de Chiloé?

Eje temático construcción de una política pertinente

En términos generales ¿Cómo considera usted que debería ser una política de atracción y retención de profesionales en zonas rurales? ¿Cuál o cuáles deberían ser los lineamientos?

¿Qué le propondría usted a las autoridades como estrategia para mejorar la atracción de profesionales hacia estos territorios? ¿Cómo se vincula esta estrategia a sus motivaciones iniciales?

¿Qué acciones considera necesarias para mejorar la retención de profesionales de su área? ¿En qué nivel debería implementarse esta política? (Ministerio de Salud, Servicio de Salud, Atención Primaria Municipal)

¿Cuál sería un perfil de puesto de trabajo rural atractivo para usted?

Anexo 2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Atracción y retención de recurso humano en salud en zonas rurales: percepción de profesionales rurales de Chiloé

PATROCINANTE: Alejandra Fuentes-García
Nombre del Investigador principal: Damaris Meza Lorca
R.U.T.: 15871657-7
Institución: Universidad de Chile
Teléfonos: 94280536

Invitación a participar: Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación "Atracción y retención de recurso humano en salud en zonas rurales: percepción de profesionales rurales de Chiloé". La investigación consiste en indagar sobre las preferencias de los profesionales que trabajan en salud rural, con el fin de generar conocimiento para el diseño de políticas públicas pertinentes a las necesidades de los profesionales y de esta forma mejorar la permanencia de los recursos humanos en zonas rurales y su consiguiente impacto en el acceso a la salud de la población.

Objetivos: Esta investigación tiene por objetivos describir las representaciones de profesionales salud rural sobre sus motivaciones, consecuencias de su permanencia en el territorio y las políticas de retención de profesionales en zonas rurales. El estudio incluirá a un número total de 21 participantes (médicos, matronas y enfermeras) de 2 CESFAM y 5 CECOSF de la provincia de Chiloé.

Procedimientos: Si Ud. acepta participar será sometido, por un período de 2 horas como máximo a los siguientes procedimientos: entrevistas y grabación de audio.

Riesgos: la aplicación de la entrevista puede acompañarse de los siguientes efectos indeseados: los riesgos son menores y se asocian a la posibilidad de que alguna pregunta incomode a algún participante. Cualquier efecto que Ud. considera que puede derivarse de la aplicación de la entrevista deberá comunicarlo a Damaris Meza Lorca en el teléfono 94280536

Costos: Las entrevistas del estudio serán costeados por la investigadora sin costo alguno para Ud. durante el desarrollo de este proyecto.

Beneficios: El beneficio de este estudio significará el progreso del conocimiento en materia de recursos humanos en salud rural.

Compensación: Ud. no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de la investigadora y patrocinante. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo a la investigadora. De igual manera la investigadora podrá determinar su retiro del estudio si consideran que esa decisión va en su beneficio.

Derechos del participante: Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigador: Damaris Meza Lorca.

Otros Derechos del participante

En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del "Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos", Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2-978.9536, Email: comiteceish@med.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto "Atracción y retención de recurso humano en salud en zonas rurales: percepción de profesionales rurales de Chiloé".

Nombre del sujeto
Rut.

Firma

Fecha

Damaris Meza Lorca
Investigadora
Rut.

Firma

Fecha

Si se trata de un paciente con discapacidad psíquica o intelectual, registrar nombre del paciente y de su apoderado, en cumplimiento artículo 28 ley 20.584.

Anexo 3. Acta de Aprobación de Proyecto



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

1/2

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO



FECHA: 18 de Junio del 2015.

PROYECTO: "ATRACCIÓN Y RETENCIÓN DE RECURSO HUMANO EN SALUD EN ZONAS RURALES: PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES RURALES DE CHILOÉ". 18 JUN. 2015

INVESTIGADOR RESPONSABLE: SRTA. DAMARIS MEZA LORCA.

INSTITUCIÓN: PROYECTO TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA, TUTOR PROF. ALEJANDRA FUENTES, ESCUELA DE SALUD PÚBLICA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE.

Con fecha 18 de Junio de 2015, el proyecto ha sido analizado a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de la Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos CIOMS 1992, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

Sobre la base de la información proporcionada en el texto del proyecto el Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

Este comité también analizó y aprobó el correspondiente documento de Consentimiento Informado en su versión modificada con fecha 18 de Junio de 2015.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

Teléfono: 9789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl



**INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN
EN SERES HUMANOS**

18 JUN. 2015

NOMBRE	CARGO	RELACIÓN CON LA INSTITUCIÓN
Dr. Manuel Oyarzún	Presidente	Sí
Prof. Gina Raineri	Secretaria Ejecutiva	Sí
Dr. Hugo Amigo	Miembro	Sí
Dra. Lucia Cifuentes	Miembro	Sí
Prof. Nina Horwitz	Miembro	Sí
Dra. María Eugenia Pinto	Miembro	Sí
Sra. Claudia Marshall	Miembro	No
Dra. Grisel Orellana	Miembro	Sí
Prof. M. Julieta González	Miembro	Sí

Santiago, 18 de Junio de 2015.


Prof. Gina Raineri B.
Secretaria Ejecutiva CEISH



GRB/mfp.
Proy. Nº 070-2015

Teléfono: 9789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl