



Atracción y permanencia de médicos en áreas rurales del Departamento del Tolima.
Estudio descriptivo de factores motivacionales

Juan Guillermo Luna González

Universidad de La Sabana
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública

Chía
2023

Atracción y permanencia de médicos en áreas rurales del Departamento del Tolima.
Estudio descriptivo de factores motivacionales

Juan Guillermo Luna González

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Salud Pública

Director:

MSc Francisco Lamus Lemus

Codirector:

MSc Rosa Dargarita Duran

Universidad de La Sabana

Facultad de Medicina

Maestría en Salud Pública

Chía

2023

Tabla de contenido

1.	Pregunta de investigación y su justificación	8
2.	Estado del Arte	9
3.	Marco Teórico	17
3.1	Problemática	17
3.2	Concepto de ruralidades	17
3.3	Contexto departamental y provincial	18
3.4	Crisis de recursos humanos en salud	19
3.5	Políticas y estrategias	20
3.6	Evidencia relacionada con el reclutamiento y retención del personal de salud en Zonas rurales	22
3.7	Definición de Reclutamiento y retención	23
3.8	Importancia de los trabajadores de la salud	23
3.9	Reclutamiento y retención en Colombia	24
4.	Objetivos.....	25
4.1	Objetivo general:	25
4.2	Objetivos específicos:	25
5.	Diseño metodológico	26
6.	Selección de participantes	27
7.	Instrumentos	29
9.	Análisis de datos	31
10.	Procedimiento	32
11.	Consideraciones éticas, disposiciones legales vigentes y propiedad intelectual 34	
12.	Resultados	36
12.1	Atracción: factores promotores y de duda	36
12.2	Permanencia: continuidad y ruptura de la atracción	43
13.	Discusión.....	50
14.	Conclusiones y recomendaciones	55
15.	Limitaciones	57
16.	Referencias bibliográficas	58
Anexos.....		66

Índice de imágenes

Figura 1. Temas relevantes con respecto a la Atracción del ejercicio médico en zonas rurales.	37
Figura 2. Red de temas sobre la Permanencia médica en zonas rurales de Colombia.	43

Índice de Tablas

Tabla 1:Tabla de seudónimos	33
Tabla 2: Categorías, interpretación y relevancia que afectan la atracción según la narrativa de las entrevistas	42
Tabla 3: Categorías, interpretación y relevancia que intervienen en la PERMANENCIA según la narrativa de las entrevistas.....	49

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, Olga Lucia González V, mi padre, Juan Pablo Luna H, hermanos, Nataly, María Alejandra y Juan Pablo y mi novia, Paula Margarita González P por ser el apoyo incondicional que me impulsa a seguir adelante día a día.

Al Doctor Francisco Lamus y Rosa Margarita Duran por haberme motivado, impulsado y acompañado a forjar mi camino a través de la Salud Pública.

A la Universidad de la Sabana en especial la facultad de medicina con la Maestría en Salud Pública y sus docentes por brindarme las herramientas necesarias para poder ejercer con tranquilidad mi profesión en todos los niveles del sistema de salud colombiano.

¡Muchas gracias!

RESUMEN

El propósito de este documento es describir los principales factores que determinan la atracción y permanencia del personal de salud en las áreas rurales y remotas de la provincia oriental del departamento del Tolima, Colombia; mediante el uso de la metodología de investigación cualitativa de tipo descriptivo, se explora a través de la herramienta de entrevistas semiestructurada que permita identificar y describir los factores que afectan el reclutamiento y la retención de médicos que trabajan o han trabajado en la provincia oriental del departamento del Tolima. Con esto se busca aportar información relevante para contribuir a construir un sistema de salud resiliente y receptivo a las prioridades y necesidades de la población que habita en dichas zonas tanto rurales centrales como dispersas y de los trabajadores de la salud.

Se realizaron 9 entrevistas semiestructuradas, de forma sincrónica virtual, previo consentimiento informado y explicación de metodología propuesta, posterior al ejercicio de entrevista, se realizó transcripción textual y posterior codificación de las entrevistas a la luz de categorías evidencias en el marco teórico; posteriormente se realizó análisis temático en búsqueda de los principales factores que afectan la atracción y permanencia de los médicos en estas áreas rurales.

Es así como, esta investigación logra evidenciar que el factor económico es uno de los principales factores que afecta directamente la atracción y permanencia de los médicos en las áreas rurales, debido a que entre mayores son los salarios y las garantías económicas, más atractivo se vuelve este lugar para ejercer su profesión, adicionalmente y no siendo menos importantes se evidencian los incentivos laborales y profesionales como factores preponderantes en la decisión del médico en permanecer en un área rural.

Finalmente, los participantes de este estudio, identifican la red de apoyo laboral, social y/o familiar como un factor determinante de atracción, debido a que si de cualquier manera encuentra apoyo, su estadía en estas regiones transcurrirá como una experiencia satisfactoria que los invita a continuar en este lugar. permitiéndonos a la luz de la narrativa de los participantes dar recomendaciones que puedan ser usadas en el actual sistema de salud de Colombia.

INTRODUCCION

La disponibilidad de trabajadores de salud en área rural y rural disperso y en especial los médicos, es una problemática que afecta tanto en países desarrollados como en los países en desarrollo. (Organización Mundial de la Salud, 2006). En Colombia, este fenómeno no es menos visible y se acentúa dadas las grandes brechas de desigualdad que existen entre las áreas rurales y urbanas. (Rodríguez-Triana & Benavides-Piracón, 2016).

Este fenómeno a sido estudiado ampliamente por países desarrollados, Comunidades, servicios de salud y organizaciones académicas en el norte de Suecia, Noruega, Escocia, Islandia y Canadá (NOSM) con proyectos como “Recruit and Retain” (reclutar y retener) financiado por la Unión Europea que busca aumentar el número de profesionales de salud en las áreas rurales y dispersas. (Strasser, R., 2017;Tesson, G., 2005; For et al., 2018)

“Making it Work”, es otro modelo generado para intervenir y proveer posibles soluciones a esta problemática, identificando tres (3) puntos críticos en el proceso de llevar al personal de salud a áreas rurales y rurales dispersas, los cuales son atracción, instalación y permanencia de los profesionales de salud. (Strasser, R., 2017;For et al., 2018).

Esta investigación busca a través de entrevistas semiestructuradas que se realizaron a los médicos que trabajan y han trabajado en la provincia oriental del Departamento del Tolima mostrar cuales son los factores que afectan la atracción y permanencia de los médicos en esta región; infiriendo que lo mencionados en la literatura internacional como los factores económicos, familiares, sociales y geográficos también resultan relevantes para los médicos colombianos que allí laboran. (Keane,S., 2012;Rodríguez,D., 2016;Wurie,D., 2016; Willis,M., 2008; Agyepong,I., 2004).

1. Pregunta de investigación y su justificación

Esta investigación busca identificar ¿cuáles son los factores que determinan la atracción y permanencia de los médicos para ejercer en los municipios que sirven a población rural de la provincia oriental del departamento del Tolima? A través de una investigación cualitativa por medio de entrevistas semiestructuradas a médicos de esta provincia, con el fin de ampliar el conocimiento en un área específica del conocimiento en la cual actualmente no se cuenta con información en el país. Adicionalmente, brindar información relevante para contribuir a la construcción de un sistema de salud resiliente y receptivo a las prioridades y necesidades de los trabajadores de la salud, en sintonía con las necesidades de las poblaciones que habitan zonas rurales y rurales dispersas.

2. Estado del Arte

El aumento de la cantidad de trabajadores de la salud, capacitados e incentivados para trabajar en áreas rurales, mejoraría el acceso a servicios de salud. Existen grandes desequilibrios en la distribución geográfica de los profesionales de salud, en especial de los médicos. Este fenómeno, es evidente tanto en países desarrollados como en los países en desarrollo. Aproximadamente, el 55% de la población mundial vive en áreas urbanas y el 45% restante vive en áreas rurales, pero estas últimas áreas son atendidas por menos del 25% de la fuerza laboral total de los médicos y solo el 38% de las enfermeras (Organización Mundial de la Salud, 2006).

En este escenario, los países en especial aquellos en vías de desarrollo, enfrentan el desafío de garantizar que las personas que viven en zonas rurales y remotas tengan acceso a la atención en salud de manera oportuna, para esto es indispensable que exista un número suficiente de profesionales de salud competentes en el lugar y el momento adecuado (Dolea,C., 2010; Organización Mundial de la Salud, 2011), para lo cual se debe invertir intencionalmente en la atracción y retención al personal de salud a las áreas rurales (For et al., 2018).

El reclutamiento, entendido como los elementos a nivel local que favorecen a que el personal de salud tenga la información y el apoyo necesarios para tomar la decisión de trasladarse a las áreas rurales y que cuando lleguen, ellos y sus familias estén integrados y sean bienvenidos en la comunidad. De otra parte, la retención descrita como el apoyo necesario para capacitar a profesionales actuales y futuros para ejercer sus carreras en áreas rurales, se constituyen como elementos fundamentales para garantizar que los profesionales de la salud se conviertan en la fuerza laboral sostenible y adecuada para lugares rurales y remotos, (For et al., 2018).

En Colombia, el desequilibrio en la distribución de los trabajadores de la salud entre las áreas urbanas del centro del país y las zonas rurales periféricas, en donde son más importantes estas desigualdades que no solo se reducen al acceso limitado de los servicios de salud si no a la educación, el saneamiento básico y las oportunidades laborales. (Rodríguez-Triana & Benavides-Piracón, 2016).

Un ejemplo de este desequilibrio es la cobertura de aseguramiento, en salud, que en promedio se ubica en 95% a nivel nacional, y en el Tolima en 87.2 a corte de mayo 2020, aunque existe un alto grado de heterogeneidad según los diferentes territorios. En municipios como Cumbitara (Nariño) o Medio San Juan (Chocó), por ejemplo, el 45% y

46% de la población, respectivamente, se encuentra afiliada al SGSSS. Asimismo en municipios como Icononzo (Tolima) o Cunday (Tolima), que son municipios predominantemente rurales, en donde el porcentaje de aseguramiento ronda el 71.39 y 71.51% respectivamente; contrasta con municipios como Ibagué (Tolima) o Lérica (Tolima), en donde el porcentaje de aseguramiento está por encima del 95% y son municipios predominantemente urbanos, (Barreto Quiroga Oscar, 2018; Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; Ministerio de Salud, 2020).

Otro ejemplo del desequilibrio entre las áreas rurales y urbanas se observa en la mortalidad, la cual es mayor en la zona rural que en la urbana; mientras que en las zonas urbanas fallecen al año 45 maternas por cada 100.000 nacidos vivos, en la zona rural fallecen 73 maternas. Estas brechas de desigualdad pueden verse de manera persistente en el tiempo pese a una ligera reducción de la desigualdad en el último año, lo que sugiere la necesidad de desarrollar y reforzar acciones en pro de reducirlas, con particular énfasis en la zona rural, (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

La brecha urbano-rural es evidente en Colombia. La dispersión geográfica y la falta de una oferta de servicios de salud articulada, propias de las zonas rurales, constituyen una de las principales barreras de acceso de la población rural así como la disponibilidad del talento humano inequitativa, las fallas del modelo de competencia en el aseguramiento, la falta de capacidades estatales y en la gestión territorial. Los determinantes sociales de la salud rural, tales como la deficiencia en la calidad educativa, la falta de agua potable o viviendas adecuadas, son también factores cruciales que contribuyen a las inequidades que se observan entre el campo y la ciudad. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, Índice de Salud Rural, 2022).

En este sentido, la implementación de estrategias sectoriales e intersectoriales que respondan a las particularidades de las zonas rurales y apartadas del país, es fundamental para cerrar las brechas señaladas anteriormente. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Y con este fin, es que el Servicio Social Obligatorio (SSO), busca a través del ejercicio de la profesión de los recién egresados de los programas de educación superior del área de la salud, contribuyan a la ampliación de cobertura en salud, para las áreas rurales de difícil acceso y las zonas urbanas marginadas, y en este sentido es por ello, que los rurales es de suma importancia en Colombia. (Moya Peñafiel, 2014).

Actualmente, el interés de los formuladores de políticas públicas e investigadores ha aumentado en los últimos años, para identificar e implementar soluciones que aborden la escasez de trabajadores de la salud en áreas rurales. En respuesta a esta problemática

mundial, se han desarrollado múltiples programas de trabajo para "Aumentar el acceso a los trabajadores de la salud en áreas remotas a través de mejorar el reclutamiento y la retención", como por ejemplo the Northern Ontario School of Medicine (NOSM), ubicada en una región rural del norte de Ontario, Canadá que desarrolló y distribuyó, el aprendizaje comprometido con la comunidad como su modelo distintivo de investigación médica sobre educación en salud, cuyo propósito es dirigir sus actividades de educación, investigación y servicio para abordar las problemáticas de salud de las comunidades en regiones rurales. (World Health Organization, 2008; Organización Mundial de la Salud, 2009; Strasser, 2017).

De otra parte, la the Northern Ontario School of Medicine (NOSM) logró que el 62% de todos sus graduados, eligieran como formación continua la medicina rural; (casi el doble del promedio canadiense). El 94% de los doctores que completaron el programa de medicina en NOSM, ejercen su profesión en áreas rurales, (33% en comunidades rurales remotas). Muchos graduados de NOSM ahora son miembros de la facultad, y un número creciente ha asumido roles de liderazgo académico. El impacto socioeconómico de NOSM en las comunidades del norte de Ontario, incluye nueva actividad económica; comunidades rurales que anteriormente habían tenido problemas para atraer a los médicos, ahora entrenan médicos y han reducido considerablemente su gasto en reclutamiento (Strasser, R., 2017).

Al igual que Canadá y Australia, las regiones del norte de Europa experimentan dificultades para reclutar y retener al personal de salud en áreas rurales. Comunidades, servicios de salud y organizaciones académicas en el norte de Suecia, Noruega, Escocia, Islandia y Canadá (NOSM) están implementando el Proyecto "Recruit and Retain" (reclutar y retener) financiado por la Unión Europea. La primera fase de reclutamiento y retención creó una red de comunidades vinculadas por un propósito común, el reclutamiento y retención exitoso de personal de salud en zonas rurales remotas. La fase actual, "Making it Work" (Hacer que funcione), es un marco que describe los elementos necesarios para procurar una fuerza de trabajo sostenible y adecuada para lugares rurales y remotos. (Strasser, R., 2017; Tesson, G., 2005; For et al., 2018).

"Making it Work", consta de nueve elementos estratégicos claves, 1. Evaluar las necesidades de servicio de la población, 2. Evaluar las necesidades de servicio de la población, 3. Alinear el modelo de servicio con las necesidades de población, 4. Desarrollar perfil adecuado del profesional de la salud 5. Enfatizar el intercambio de información, 6. Comprometer la comunidad, 7. Brindar apoyo a las familias (Esposos,

hijos) del profesional 8. Brindar apoyo al equipo de bienvenida y 9. Desarrollo profesional relevante y formación de futuros profesionales. Estas 9 estrategias se dividen en tres secciones: planeación, reclutamiento y retención del personal de salud. Para que todo funcione se requieren 5 condiciones a saber: reconocer los problemas, involucrar a los residentes, inversión adecuada, ciclo anual de actividades y monitoreo y evaluación continua. (Strasser, R., 2017;For et al., 2018).

El déficit de personal de salud en las áreas rurales, está influenciado por múltiples factores que inciden en las preferencias u opciones de los trabajadores de la salud con respecto a la práctica médica en estas regiones. Según la OMS, estos factores relacionados con las decisiones de reubicarse, permanecer o abandonar áreas rurales y remotas, se dividen en 6 categorías: 1. Factores personal, 2. Factores familiar y comunitario, 3. Factores financieros, 4. Factores relacionados con la carrera, 5. Factores relacionados con las condiciones laborales y de vida y 6. Factores relacionados con finanzas o la obligatoriedad de la decisión de trabajar en estas áreas. Esta clasificación de los factores, clarifica la motivación de los trabajadores de la salud para trabajar en las áreas rurales, facilitando la creación de intervenciones enfocadas en estos factores. (Dieleman,M.,2003;Dolea.C,2010;Rodríguez,T.,2016;Huicho.,2012; Inequalities et al., 2009).

Un informe de la OMS, resumió y clasificó las intervenciones para atraer y retener a trabajadores de la salud en áreas rurales en cuatro grandes categorías: educación, regulaciones, incentivos financieros y apoyo personal y profesional, (Inequalities et al., 2009). Dichas categorías, son igualmente evidenciadas en estudios suramericanos como el realizado en zonas rurales y distantes de Ayacucho Perú, en donde se identifica, en orden de importancia, las mejoras salariales, las oportunidades de formación y capacitación, la estabilidad laboral, las mejoras en infraestructura y equipos, el incremento del personal, las mejoras en vivienda y alimentación, mayor cercanía con la familia y reconocimiento por el sistema de salud, como principales factores que influyen la atracción y retención del personal de salud en las áreas rurales (Huicho et al., 2012).

De manera sistemática, la literatura informa que las intervenciones en atracción y retención de los trabajadores de la salud, para las áreas rurales deben ser específicas del contexto profesional (Dieleman et al., 2009; Inequalities et al., 2009). Y es dentro de este contexto que se encuentran todos los factores que intervienen en el reclutamiento y la retención del personal de salud. Los factores de contexto se dividen en 3 grandes niveles,

el nivel macro que incluyen factores políticos, como el post conflicto, económicos, como el costo creciente de educación médica y sociales, como el servicio social obligatorio (SSO).

Los factores a nivel meso, incluyen factores del sistema de salud, como la distribución de los trabajadores de la salud, el crecimiento del sector privado, la descentralización y la financiación de la salud.

Los factores de nivel micro, hacen referencia al proceso de implementación de políticas, incluidas las fuentes de financiamiento, la agencia administrativa, el proceso de legislación, el monitoreo y la evaluación de las políticas que en muchas ocasiones estos programas incluso tendieron a no evaluar formalmente ellos mismos o documentar sus éxitos, a menudo carecía de los fondos, la experiencia y el mandato para hacerlo (Liu et al., 2015).

Un análisis estratégico de intervenciones para reducir la escasez de médicos en las regiones rurales en el año 2019, identificó y categorizó, utilizando el método de Mays et al (2005), como literatura cualitativa para priorizar los determinantes, en función de la importancia, la gravedad y la capacidad de solución de esta problemática; adicionalmente, a través de la categorización multinivel de Lehmann et al (2008). De los factores que afectan la atracción y la retención, se analizaron las intervenciones en función de su capacidad para apuntar a los determinantes mediante un análisis documental como comentario descriptivo desde una perspectiva de análisis de políticas, (Danish et al., 2018).

Se identificó que la escasez de médicos se debe a tres determinantes individuales y diez determinantes contextuales correspondientes al contexto laboral, contexto rural y contexto internacional. Asimismo, se categorizaron como nivel 1 los antecedentes no rurales, la capacitación inadecuada y la estructura de incentivos inadecuada. La falta de apoyo profesional, la deficiente infraestructura laboral y los intereses personales se priorizaron como nivel 2. La infraestructura rural pobre, la planificación inadecuada del suministro y la diferencia cultural, se priorizaron como nivel 3. Por último, se priorizaron como nivel 4 los antecedentes no minoritarios (la geografía y el clima) la migración global y el envejecimiento de la población. (Danish,A., 2018;Marchand,C., 2017).

De esta forma, se establece un vínculo entre los determinantes de la escasez de médicos y las intervenciones al adaptar los marcos multinivel que prevalecen en la literatura y priorizar los determinantes, logrando así un ejercicio estratégico de análisis basado en las perspectivas establecidas teóricamente, del fenómeno de recursos humanos

en salud, abordando de este modo una preocupación importante expresada en la literatura (Araújo,E., 2013;Lehmann,U.,2008; Sempowski,I.,2004; Verma,P.,2016), revelando así, que al alejarse los determinantes del nivel individual a niveles más "distales" del marco, se acercan a las "causas fundamentales" de los fenómenos organizativos o de salud, (Danish et al., 2018).

Otra revisión sistemática de la literatura, examinó la evidencia sobre los determinantes que afectan el reclutamiento y la retención de los médicos generales en ingles llamados General Practitioners (GP), sintetizó la evidencia de las revisiones sobre reclutamiento y retención de médicos de atención primaria de países con sistemas de salud similares al Reino Unido (por ejemplo, Canadá y Australia), y estudios del Reino Unido que examinan específicamente el reclutamiento de GP y retención; Adicionalmente, integró estudios acerca del entrenamiento de GP, e incluyeron artículos publicados en inglés desde el año 1990 en adelante (Bennett et al., 2002).

La búsqueda bibliográfica, incluyó todos los artículos de revistas, revisiones sistemáticas, metaanálisis, artículos de revisión, informes y literatura gris; también, realizar una búsqueda más profunda de esta literatura y realizaron búsquedas manuales en revistas clave para proporcionar un análisis más completo y una base de evidencia para el desarrollo de políticas. Concluyendo así que hay tres elementos relevantes para el reclutamiento de GP: factores individuales, institucionales y profesionales. Adicionalmente es necesario brindar a los estudiantes oportunidades de contacto con prácticas generales y ampliar las oportunidades y opciones para esta especialización. (Bennett et al., 2002).

Este estudio, reveló que los principales determinantes de la retención son la satisfacción laboral (versus la insatisfacción), el estrés laboral, las características del trabajo y condiciones como la ubicación geográfica de la práctica, la remuneración, los esquemas de retención de ingresos y salarios. De otro modo, señala también que las estrategias deben incluir oportunidades para que los médicos generales desarrollen intereses y habilidades más amplios, y deben tener en cuenta estrategias simultáneas para el reclutamiento y la retención. (Bennett,S., 2002;Gibson,J.,2015;NHS England and Health Education England, 2015).

Se encontró otro estudio sobre la retención de trabajadores de la salud en Sierra Leona a través de hallazgos de historias de vida, (entrevistas en profundidad),como metodología cualitativa reveló los factores motivadores y desmotivadores para el personal, especialmente aquellos en áreas rurales, basados en análisis temáticos de las

transcripciones (Wurie et al., 2016). Estos hallazgos son consistentes con los hallazgos de otros estudios en países en desarrollo en los cuales se menciona que, los factores motivacionales son específicos de cada país, los incentivos financieros, el desarrollo profesional y las cuestiones de gestión son también factores preponderantes; lo cual se encuentra bien documentado en la literatura (Keane,S., 2012;Rodríguez,D., 2016;Wurie,D., 2016; Willis,M., 2008; Agyepong,I., 2004).

Un estudio de cohorte que reviso la retención rural de médicos graduados del “proyecto de educación médica rural para aumentar los médicos rurales” (CPIRD) en Tailandia, evidenció que entre el período que comprende el mes de junio del año 2000 y el mismo mes del año 2011, los médicos que pertenecen a este programa duran más tiempo en las áreas rurales que los médicos que no pertenecen a este programa, y que dichos médicos también tienen un riesgo significativamente mayor de abandonar el servicio público en comparación con los médicos del CPIRD (Pagaiya et al., 2015).

Lo anterior deja en evidencia que, si bien los programas de reclutamiento y retención tienen capacidad para mejorar la distribución de los médicos, es necesaria mayor investigación y evaluación para confirmar el impacto del programa en la retención como se menciona en un estudio de: “Atracción, reclutamiento y distribución de profesionales de la salud en zonas rurales y remotas de Australia” (Keane,S., 2012; Morell,A., 2014).

En el año 2017, se publicó un estudio que exploró la atracción y retención del recurso humano en salud en zonas rurales de Chile a través de las percepciones y motivaciones de los profesionales de la salud; Y para esto, realizó entrevistas semi-estructuradas a médicos, matronas y enfermeras de 5 Centros Comunitarios de Salud Familiar y 2 Centros de Salud Familiar de Chiloé, que fueron analizados a través de análisis de contenido narrativo llegando a la concluir, que la permanencia del Recurso Humano en Salud (RHUS) rural es frágil. Los factores que inciden en la permanencia son mediados por motivaciones, expectativas y necesidades. Por lo anterior, se recomendó implementar una política de incentivos financieros y no financieros dirigida a médicos y otros profesionales (Meza, 2016). Lo que no difiere de la literatura mundial ya descrita previamente.

En Suramérica y en especial en Colombia, no se encontraron estudios acerca de estrategias de reclutamiento y retención de profesionales de la salud, en especial de médicos para las zonas rurales, ya que en Colombia y en general en América Latina, se implementa el modelo de Servicio Social Obligatorio (SSO), mediante el cual los recién

graduados de programas de educación superior del área de la salud, contribuyen a la solución de los problemas de salud desde el campo de su competencia profesional, como uno de los requisitos para poder ejercer su profesión u obtener la tarjeta profesional, que es lo que aprueba al profesional en su ejercicio laboral.(Moya Peñafiel, 2014).

En Colombia, llevar a cabo el SSO, por los recién graduados en medicina, se ha convertido en un verdadero caos e incertidumbre. El Ministerio de Protección Social (MPS), identificó diversas categorías de dificultades concernientes al SSO entre las que se encuentra: la descontextualización de las normas que orientaban el programa de SSO, el número insuficiente de plazas para responder a las necesidades del país y a la oferta de egresados de las distintas disciplinas y profesiones. Adicionalmente, este programa cuenta con un sistema de información insuficiente para el adecuado seguimiento, vigilancia y control del personal de la salud. (Moya Peñafiel, 2014).

Así como el Ministerio de Protección Social (MPS) expone desde su posición las diferentes problemáticas del SSO, los profesionales rurales exponen otras dificultades adicionales como lo son: las zonas rojas o de conflicto armado, las zonas de difícil acceso, los contratos sin las debidas prestaciones laborales requeridas, las zonas con necesidades básicas insatisfechas (NBI) y viviendas precarias, la baja remuneración salarial y las remisiones de pacientes a largas distancias. Por lo anterior, el objetivo es fomentar espacios en donde busquen alternativas de solución, frente a las necesidades o problemas más apremiantes de la sociedad en lo que respecta al sector salud. (Moya Peñafiel, 2014).

Por las razones expuestas anteriormente, este estudio proporciona información que contribuye a la comprensión de los factores que contribuyen y los que son barrera para la atracción y permanencia del personal médico en zonas rurales, centrada en las motivaciones de los trabajadores de la salud en especial médicos de las áreas rurales de la provincia oriental del departamento del Tolima, y puede contribuir a construir un sistema de salud resistente y receptivo a las prioridades y necesidades de los trabajadores de la salud. (World Health Organization. (2010), Braun, V., & Clarke, V. (2006).)

3. Marco Teórico

3.1 Problemática

“Casi todos los países, tanto ricos como pobres, hacen frente a una escasez crítica de personal sanitario competente en las zonas rurales, donde la necesidad de atención básica suele ser mayor.”, (Chan, M.,2015), El fenómeno que menciona la doctora Chan (Inequalities et al., 2009) fue denominado “La ley de la atención inversa” y fue descrito por primera vez por Tudor Hart, para describir la situación por la cual “la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a las necesidades de la población”. (Spicker, Paul; Alvarez Leguizamón, Sonia & Gordon, 2009)

Dicha dificultad en la atención médica en las áreas rurales, persiste aun en la actualidad. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su revisión del año 2018 de las perspectivas de urbanización mundial, el 55% de la población mundial vive en áreas urbanas y el 45% restante, en áreas rurales y solo el 38% de las enfermeras y el 24% de los médicos trabajan en estas áreas rurales y remotas, (Nations, 2018; Organización Mundial de la Salud, 2011).

3.2 Concepto de ruralidades

En Colombia, se definen los términos urbano y rural a partir de los planteamientos de dos entes gubernamentales, los cuales son el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), y el Departamento Nacional de Planeación (DNP); el DANE, define área urbana como aquella zona que se caracteriza por estar conformada por conjuntos de edificaciones y estructuras contiguas agrupadas en manzanas, las cuales están delimitadas por: calles, carreras o avenidas principalmente, que cuentan por lo general con una dotación de servicios esenciales tales como acueducto, alcantarillado, energía eléctrica, hospitales y colegios, entre otros (DANE, 1994).

En esta categoría (urbano), están incluidas las ciudades capitales y las cabeceras municipales, las áreas rurales o resto municipal, se definen como aquellas áreas que se caracterizan por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias existentes entre ellas. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras y avenidas tampoco dispone por lo general, de servicios públicos y otro tipo de facilidades propias de las áreas urbanas (DANE, 1994).

Adicionalmente, el DNP define y clasifica la ruralidad según: i) la ruralidad dentro del sistema de ciudades, ii) densidad poblacional, y iii) relación de población urbano-rural definiendo de esta forma, rural a los municipios que tienen cabeceras de menor tamaño (menos de 25 mil habitantes) y presentan densidades poblacionales intermedias (entre 10 hab/km² y 100 hab/km²). En total, en Colombia son 373 municipios para el año 2014 con población rural de 5.402.735 y el área municipal es 19,8% y rural disperso como aquellos municipios y Áreas No Municipalizadas (ANM), que tienen cabeceras pequeñas y densidad poblacional baja (menos de 50 hab/km²). 318 territorios son considerados en la categoría de rural disperso para el año 2014, están asociados a una población rural de 3.658.702 y el área es del 64,9% del total nacional, (Dirección de Desarrollo Rural Sostenible; Equipo de la Misión para la Transformación del Campo, 2014).

3.3 Contexto departamental y provincial

Teniendo en cuenta lo anterior, ya que este estudio encuentra su universo poblacional en el departamento del Tolima, es importante mencionar que el 69,06% de la población del Tolima, se encuentra en las cabeceras municipales y el 30,94% en la ruralidad. Para el año 2018 en el departamento del Tolima habitaban 60,26 personas por Km², con una densidad poblacional por Km² en el área rural, de 20,71 personas por Km² y con relación a la densidad poblacional por Km² en el área urbana (cabecera), habitan 416,99 por Km² (Barreto, O, et al., 2018).

Colombia, está dividida administrativamente en 32 departamentos, estos a su vez en 1.122 municipios, 20 corregimientos departamentales, 5 distritos especiales y el distrito capital, Bogotá. En esta organización territorial, existe una división territorial intermedia entre departamento y municipio que recibe el nombre de provincias o subregiones, cuyo origen se remonta a las constituciones de los años 1811, 1832 y 1843, así como a las constituciones de la Gran Colombia. Aunque, en ciertos departamentos se mantuvo la vigencia de las provincias para la zonificación y administración de algunos servicios públicos. La Constitución Política de 1991, no menciona las provincias como división territorial oficial.

Este estudio sigue la delimitación de provincias según la división territorial que el DANE presenta para propósitos de recolección de información. El departamento del Tolima se divide en 5 provincias compuestas de la siguiente manera: Provincia Nevados compuesta por los municipios de Casabianca, Herveo, Líbano, Murillo, Santa Isabel y Villahermosa. Provincia Suroriente compuesta por los municipios de Alpujarra, Dolores,

Guamo, Prado, Purificación, Saldaña y Suárez. Provincia Ibagué compuesta por Alvarado, Anzoátegui, Cajamarca, Coello, Espinal, Flandes, Ibagué, Piedras, Rovira, San Luis y Valle de San Juan. Provincia Sur compuesta por los municipios de Ataco, Chaparral, Coyaima, Natagaima, Ortega, Planadas, Rióblanco, Roncesvalles y San Antonio. Y por último, la provincia Oriente compuesta por los municipios de Carmen de Apicalá, Cunday, Icononzo, Melgar, y Villarrica, (Ramírez Jaramillo, J. C., & De Aguas, J. 2017), la cual es la región en donde se va a desarrollar esta investigación.

Colombia, cuenta con 1.122 municipios que se clasifican según el artículo 7 de la ley 1551 de 2012, la cual describe la categorización de los municipios y distritos, teniendo en cuenta la población, los ingresos corrientes y de libre destinación (ICLD), la importancia económica y la situación geográfica. Los municipios y distritos se dividen en 7 categorías así: especial, primera, segunda, tercera, cuarta, quinta y sexta, en donde pertenecen al primer grupo las categorías especial y primera, al segundo grupo pertenecen la categoría segunda, tercera y cuarta; mientras que el tercer grupo pertenece a las categorías quinta y sexta a la cual pertenecen los municipios de este estudio; (Gutiérrez Gómez, H. D,2017; Urrego Bernal, J. 2016). Los municipios de Carmen de Apicalá, Icononzo, Cunday y Villa Rica son de sexta categoría y melgar se encuentra en quinta categoría. (Contaduría General de la nación - Ministerior de Hacienda y crédito Público. 2022)

3.4 Crisis de recursos humanos en salud

La categorización de los municipios, permite dirigir de manera eficiente, coherente y equitativa los recursos de la nación ya que el Departamento Nacional de Planeación Nacional (DNP), todos los años mediante dos fuentes de distribución de recursos, ayuda a los municipios, el Sistema General de Participaciones y el Sistema Nacional de Regalías, que componen el grueso del apoyo estatal a la población, que con base en estos valores que son aprobados anualmente, miden la gestión de los planes de desarrollo de los gobiernos municipales (Gutiérrez Gómez, H. D,2017).

El plan nacional de desarrollo, “Prosperidad para todos 2010- 2014”, reconoció de manera explícita que entre las regiones colombianas no hay convergencia, entendiendo la convergencia, en este contexto, como la disminución de las diferencias o reducción de brechas entre las capacidades y oportunidades de grupos humanos o sociales con una característica particular. Uno de los problemas de la ruralidad colombiana, ha sido la ausencia de políticas gubernamentales que busquen de manera explícita el fortalecimiento

de polos de desarrollo regional, por lo que no hay tendencia hacia la igualdad. Por lo anterior, ajustar dicho fenómeno, implica la distribución equitativa de servicios y equipamientos (Machado Cartagena, 2011).

Un ejemplo de lo mencionado anteriormente, se encuentra en el documento de análisis de la situación en salud del departamento del Tolima año 2018 (ASIS), el cual se usa como instrumento estratégico y fundamental para la construcción de políticas en salud, en donde se concluye que de acuerdo a su extensión territorial, algunos municipios se encuentran alejados de la capital del departamento, lo que genera dificultades para el proceso de referencia a instituciones de salud de mayor complejidad y servicios (Barreto, O, et al., 2018).

3.5 Políticas y estrategias

Las estrategias y líneas de acción que propone el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), fueron formuladas en conformidad con las brechas urbano-rural. Las estrategias se desarrollaron en el marco de la normativa que rige actualmente al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual se viene ajustando a la luz de la Ley Estatutaria en Salud (LES) y la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (PND), de manera puntual, con la implementación de un Modelo de Atención Integral en Salud (PAIS) para las zonas rurales del país. Las propuestas de salud pública del presente Plan al ser implementadas por cada uno de los territorios buscan ser completas e integrales, por lo cual, se articulan con los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021 (PDSP) para intervenir de manera exitosa en los determinantes sociales de la salud de las personas, familias y comunidades que habitan en el campo colombiano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Estas herramientas de política PND, PAIS, PDSP, LES y PNSR reconocen la necesidad de adoptar un enfoque de derechos, territorial, poblacional y de género en todas las estrategias o intervenciones que se diseñen, para mejorar y mantener el estado de salud de los colombianos, y de esta forma reducir las brechas poblacionales y territoriales del país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Es posible hablar de desigualdad de oportunidades, desigualdad de acceso a posibilidades de “ser” o “hacer”, desigualdad de ingresos, educación, servicios de salud u otros indicadores de logro social evidentes en la población rural, pero el acceso a bienes y servicios puede implicar múltiples posibilidades de vida de un individuo. Para ello, el

individuo es quien debe estar en capacidad de transformar la posibilidad en el acceso a ese bien concreto; el acceso a servicios de salud, por ejemplo, aunque no existe una relación directa, puede transformarse en la capacidad de estar saludable y tener logros en salud (López-Calva & Soloaga, 2010).

En términos generales, las brechas que existen entre lo urbano y lo rural en materia de indicadores en salud, se han venido reduciendo. Aunque, contar con una adecuada cobertura de saneamiento básico y el acceso al sistema de salud entre otras capacidades básicas, se encuentran limitadas dentro del contexto rural colombiano, lo que a su vez afecta otros aspectos que se verán reflejados en otras esferas del ser humano, como lo son el contexto laboral, familiar, social y económico (Del carmen, 2012).

El sistema de salud colombiano, está compuesto por dos prestadores de servicios de salud: uno público y uno privado. El eje central del mismo es el SGSSS, con dos regímenes, el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS). El RC afilia a los trabajadores, pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El RS, afilia a todas las personas sin capacidad de pago. Y un régimen especial (RE) que afilia a maestros, trabajadores de Ecopetrol y las fuerzas armadas militares. (Guerrero et al., 2011).

De acuerdo con los autores Bonet y Guzmán (2015), las investigaciones sobre el estado de salud y las inequidades existentes, al comparar las diferentes regiones colombianas en términos de equidad, revelan una profunda brecha entre los grupos al interior del país y otras regiones de este, las regiones que muestran un pobre estado de salud comparativo y una menor esperanza de vida usualmente son aquellas que más se alejan del centro del país. Teniendo en cuenta que, Colombia es un país con gran diversidad en las condiciones de vida de sus habitantes, entender con claridad las diferencias en entre las poblaciones rurales y urbanas que componen el país, es fundamental.

La OMS, revela que la falta de acceso de las comunidades rurales y rurales dispersas, las configura como comunidades en condiciones vulnerables y es un obstáculo fundamental para avanzar hacia los objetivos de salud y desarrollo a escala mundial y asegurar que para las personas que viven en estas zonas, tener acceso al personal de salud es un reto enorme, problema que es evidente para la mayoría de los países, tanto ricos como pobres. Por lo tanto, la OMS, a través de su Departamento de Recursos Humanos para la Salud (RHS), ejecuta acciones dirigidas al apoyo de los países para que hagan

frente a las problemáticas relacionadas con la retención y la distribución equitativa del personal de salud, (Organización Mundial de la Salud, 2011).

3.6 Evidencia relacionada con el reclutamiento y retención del personal de salud en Zonas rurales

La distribución inequitativa en RHS en los países son numerosos y complejos, y pueden atribuirse a factores inherentes al sector de la salud como el modelo de contratación o remuneración económica y otros factores ajenos a al sistema de salud. (W. H. Organization, 2009) algunos, han identificado dos enfoques principales en la distribución geográfica del personal de salud: uno económico y otro conductual. Desde la perspectiva económica, se atribuye que la distribución geográfica del personal de los RHS, se debe en función del mercado laboral, es decir un enfoque de oferta y demanda en un área determinada. Es decir, si los salarios aumentan, más profesionales de la salud van a querer trabajar en estas áreas; Sin embargo, existen otras condiciones conductuales explicadas por factores profesionales, personales, educativos y sociales relacionados con el estilo de vida que influyen en las decisiones relacionadas con el trabajo, (Chen, 2010).

Los factores que afectan la retención del personal de salud en áreas rurales a lo largo del tiempo, se han definido en tres categorías que afectan la motivación del RHS para trabajar en estas áreas: personal (edad, género, educación, etc.), profesional (especialización, horas de trabajo, incentivos, etc.). Y contextuales/ambientales (servicios comunitarios, calidad de vida, nivel educativo de la población) (Dussault & Franceschini, 2006).

En Colombia, se han identificado algunos limitantes para llevar a cabo el SSO por los recién graduados en medicina, que pueden ser agrupados en estas categorías que afectan la motivación del RHS para trabajar en las áreas rurales que son: “i.) Las discrepancias sobre la misión y los objetivos entre las instituciones formadoras, el gobierno de turno y las entidades prestadoras de servicios; ii.) Falta de definición de una política de recursos humanos de la salud; iii.) Obsolescencia, ausencia o descoordinación de normas; iv.) Cumplimiento coercitivo del servicio; v.) Inadecuadas condiciones laborales en zonas rurales y marginales; vi.) Dificultades para su desarrollo en la organización social existente por la falta de presupuesto; y vii.) Carencia de consensos y coordinación entre las Universidades, el Gobierno Central y los Centros Hospitalarios”. (Moya Peñafiel, 2014).

3.7 Definición de Reclutamiento y retención

Se definen tres fases que afectan la retención de los RHS, en las áreas rurales que son: atracción, instalación y mantenimiento. La atracción, se define como "una actitud positiva con respecto al ejercicio de la medicina en áreas rurales y remotas, que no necesariamente conduce a la instalación". La instalación, consiste en la realización de la atracción y la decisión de la persona de trabajar en un área determinada y el mantenimiento es la práctica que se lleva a cabo como resultado de experimentar, vivir y trabajar en estas áreas determinadas. En cada fase de decisión, varios factores personales, profesionales y contextuales/ambientales que configuran la experiencia del individuo, y en consecuencia, la decisión de reubicarse (Dussault & Franceschini, 2006).

Según R. Strasser (2018) en su estudio Making it Work Framework for Remote Rural Workforce Stability, acuñan las tres fases mencionadas previamente de manera diferente: atracción como planeación, instalación como reclutamiento y mantenimiento como retención; explica la planeación como las actividades que se pueden realizar a nivel local, regional o nacional para asegurar que el modelo de servicio está cubriendo satisfactoriamente las necesidades de la población, y de este modo poder seleccionar el personal de salud correcto para estas poblaciones. El reclutamiento, como los elementos brindados a nivel local para asegurar que el personal de salud que llega a las áreas rurales y rurales dispersas tengan la información y el apoyo necesarios para tomar la decisión de trasladarse a la comunidad y que cuando lo hagan, ellos y sus familias se integren y sean bienvenidos en la comunidad.

Por último, retener: lo describe como el apoyo que se debe brindar al personal de salud que llega a las áreas y decide quedarse para capacitarse y capacitar futuros profesionales de la salud que se desempeñen en áreas rurales. En nuestro contexto acuñaremos estos términos como atracción, aprestamiento y permanencia del personal de salud respectivamente (Onnis, LAL. 2014).

3.8 Importancia de los trabajadores de la salud

El mundo ha desarrollado un interés en el fenómeno llamado "fit-for-purpose", el cual explica la importancia de los trabajadores de la salud, quienes deben ser los adecuados para la atención rural, con las habilidades adecuadas para brindar una atención adecuada en estos lugares y el momento correcto. Lo cual requiere un profesional con las habilidades integrales que incluyen habilidades como el liderazgo, comunicación y la

capacidad de trabajar en equipo. Por lo tanto, junto a esta perspectiva, se deben abordar las necesidades de los pacientes en estas poblaciones (Strasser, R. P. 2018).

En respuesta a esta problemática, en la Asamblea Mundial de la Salud y la Declaración de Kampala y la OMS, han puesto en marcha un programa de trabajo para mejorar la permanencia de los trabajadores de salud en zonas rurales y rurales dispersas. En el cual se desarrolla 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 fase de permanencia. ((MOH., Uganda, 2006; Organización Mundial de la Salud, 2011).

3.9 Reclutamiento y retención en Colombia

El tema de la permanencia del personal de salud, en estas áreas se ha convertido en uno de los aspectos más problemáticos que debe enfrentar el área de recursos humanos (RH) de las organizaciones del sector público y privado no pertenecientes al área. Convirtiendo la tarea de atraer y generar permanencia del personal de salud en nuevo enfoque estratégico que deberá asumirse y desarrollarse de manera prioritaria. En una investigación cualitativa realizada entre los años 2008 y 2009, en la que se indagó por la efectividad y los alcances de las estrategias de retención del personal en 89 organizaciones productivas diferentes al área de la salud, del Valle de Aburrá, Antioquia, Colombia, llegó a la conclusión que no existen estrategias formales para la permanencia del personal.

La sociedad colombiana, no ha entendido que los males del campo también terminan siendo males de la ciudad y que la inequidad regional tiene un impacto negativo en los pobladores rurales, pero también en los habitantes de las ciudades (Gutiérrez Gómez, H. D,2017; Urrego Bernal, J. 2016).

4. Objetivos

4.1 Objetivo general:

Describir los factores que, desde la perspectiva de los médicos determinan la atracción y permanencia en las áreas rurales de la provincia oriental del departamento del Tolima.

4.2 Objetivos específicos:

- Describir los principales factores identificados por los médicos para su atracción o no en las áreas rurales de la provincia oriental del departamento del Tolima.
- Describir los principales factores identificados por los médicos para su permanencia o no en las áreas rurales de la provincia oriental del departamento del Tolima.

5. Diseño metodológico

Se propuso una metodología de investigación cualitativa, de tipo descriptivo, que es especialmente sensible para investigaciones en entornos de salud, porque proporciona respuestas concretas a preguntas sobre ¿cómo se siente la gente sobre un espacio en particular?, ¿qué razones tienen para usar las características del espacio?, ¿quién está utilizando servicios o funciones particulares de un espacio?, y los factores que facilitan u obstaculizan el mismo (Sandelowski, 2010).

Este estudio tiene como objetivo identificar los factores que determinan la atracción y permanencia de los médicos en las áreas rurales de la provincia oriental del departamento del Tolima y proponer una línea de desarrollo para la atracción y permanencia del personal de salud en estas áreas.

Los estudios descriptivos cualitativos, se centran en la descripción de inferencia, que aumenta la probabilidad de acuerdo entre múltiples investigadores. La inferencia alta y baja hace referencia a la cantidad de razonamiento lógico requerido para pasar de una premisa basada en datos a una conclusión. El investigador puede elegir usar la teoría interpretativa asociada o marco conceptual, para guiar el estudio, pero debe estar preparado para alterar ese marco a la luz del curso de la investigación. Este marco teórico, sirve como apoyo conceptual para el procedimiento, análisis y presentación de los resultados; los cuales describen los fenómenos de interés en un lenguaje sencillo (Martínez-Salgado, 2012; Sandelowski, 2010).

Adicionalmente, los datos representativos obtenidos conducen a la creación de recomendaciones, escritas en la voz de los participantes, y presentado de acuerdo con el marco teórico expuesto anteriormente. Ya que el estudio descriptivo cualitativo, intenta descubrir "quién, qué y dónde, de eventos o experiencias". Esto incluye, pero no se limita a la recolección de datos a través de grupos focales, entrevistas individuales, observación y el examen de documentos o artefactos, que para este estudio se reduce a entrevistas semi estructuradas individuales (Sandelowski, 2010).

Se realizaron entrevistas semiestructuradas virtuales a los participantes del estudio, las cuales se podrán realizar de forma virtual. Este método de investigación en línea proporciona un gran potencial metodológico y versatilidad para investigación. Mitigando la distancia de espacio, permitiendo que la investigación se realice fácilmente, sin la habitual asociación a costos de viaje, permitiendo contactar individuos que puede

ser difícil de alcanzar de otra forma. (O'Connor, H., Madge, C., Shaw, R., & Wellens, J. 2008).

6. Selección de participantes

Para la selección de los participantes de este estudio, se realizó por criterio, (que busca incluir o excluir a todos aquellos que cumplan o no con determinado criterio) (Martínez-Salgado, 2012). Los participantes debían cumplir con los siguientes 2 criterios: 1. Ser o haber sido médico de alguno de los municipios de la provincia oriental del departamento del Tolima. 2. Ser o haber sido médico rural de alguno de los municipios de la provincia oriental del departamento del Tolima (Martínez-Salgado, 2012).

Adicionalmente, se adicionaron participantes al estudio utilizando el método de bola de nieve, en la cual un participante refiere a otro posible candidato a participar en el estudio. (Belén, A., Castro, S., Martín, C., & Blanco, C. (2007).)

De acuerdo con el diseño planteado, lo decisivo no es el tamaño de la muestra, sino la riqueza de los datos provistos por los participantes, y las habilidades de observación y análisis de la información (Marshall, 2001). Entonces, la recolección de información se realizó hasta encontrar el punto de saturación de los datos (Running et al., 1995). En el ámbito de la investigación cualitativa se entiende por saturación, el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos. Mientras sigan apareciendo nuevos datos o nuevas ideas, la búsqueda no debe detenerse (Martínez-Salgado, 2012).

En el presente estudio, se contó con la participación de médicos quienes trabajan o trabajaron en la provincia oriental del departamento del Tolima, 4 mujeres y 5 hombres, entre los 22 y 45 años de edad, quienes realizaron su año rural en esta área geográfica y uno continúa trabajando en este lugar.

Los participantes del estudio fueron de los siguientes lugares: 4 trabajaron en Icononzo, 1 en Carmen de Apicalá y Melgar, 3 en Villa Rica y 1 ha trabajado en todos los municipios de la provincia oriental del departamento del Tolima y es quien actualmente permanece y vive en esta área.

7. Instrumentos

Como instrumento se contó con entrevistas semiestructuradas las cuales cuentan con preguntas guiadas por 8 categorías estructuradas basadas en la literatura usando una guía de entrevista (ver anexo 1) que son: 1. Factores personales, 2. Factores relacionados con la familia, 3. Factores sociopolíticos del contexto comunidad, 4. Factores financieros, 5. Factores relacionado con la carrera, 6. Factores relacionadas con las condiciones de trabajo y de vida de un médico general en un área rural, 7. Condiciones laborales del servicio social obligatorio y 8. Factores del contexto Geografía.

En todas las entrevistas, se procuró la libertad y comodidad del entrevistado en sus respuestas. Así mismo en relación con la respuesta del participante el entrevistador realizó preguntas adicionales que profundicen la temática expuesta; estas preguntas pueden surgir de manera espontánea o estar previamente seleccionadas (Blasco et al., 2008).

Las entrevistas permitirán revelar los principales factores que influyen en la decisión de un médico, para quedarse, o no, en las áreas rurales de la provincia oriental del departamento del Tolima, a ejercer su profesión; de igual forma mostrara cuales son los principales factores que influencia el reclutamiento y la retención del personal de salud de esta área.

Se realizaron 9 entrevista semiestructuradas, las cuales se llevaron a cabo de manera virtual, previa concertación de tiempo entre el entrevistado y el entrevistador, realizando antes una breve presentación del entrevistador y presentación del proyecto de investigación vía telefónica, debido a que la incorporación de nuevos participantes llevo a cabo por el método de bola de nieve en el cual los mismo participantes reseñan otros posibles participantes, así mismo, dichas entrevistas se realizaron previa firma de

consentimiento informado, y aclaración de dudas sobre la metodología y consideraciones éticas de la investigación.

Las entrevistas tienen una duración que oscila entre los 35 y 85 minutos, en los cuales se busca destacar cuales son los factores que afectan la atracción y permanencia de los médicos en la provincia oriental del departamento del Tolima, dando prioridad a la narrativa del entrevistado haciendo preguntas abiertas que guían al entrevistado a expresar desde su experiencia esos elementos que enriquecen esta investigación.

Posterior a la realización de las entrevistas, se realizó una transcripción manual de las mismas, con la finalidad de adentrarse en la experiencia de los entrevistados y de esa manera realizar la codificación de las mismas a la luz del marco teórico y las categorías emergentes que en el relato pudieran aparecer.

La codificación de las entrevistas se realizó usando un programa especializado para el análisis de datos cualitativos, Atlas.ti, desde el cual, basado en el relato de los entrevistados se identifican las citas correspondientes al análisis temático de la investigación.

9. Análisis de datos

Para el análisis de los datos recolectados, se realizó una transcripción textual de las entrevistas realizadas. Se realizó un análisis cualitativo; siguiendo un análisis temático de los datos, para identificar, analizar y reportar temas dentro de las entrevistas realizadas. Se procedió a realizar y describir de manera detallada los datos; y la interpretación de los mismos a la luz de la investigación; Posteriormente, se realizó una codificación de los datos en todas las entrevistas, para después cotejar los códigos identificados en temas potenciales y generar un mapa temático. Y finalmente, se realizaron recomendaciones para la captación y conservación del personal de salud en las áreas rurales y dispersas según los datos recolectados en las entrevistas y la revisión de literatura (Braun & Clarke, 2006).

La fiabilidad o confiabilidad que se fomentó por la consistencia en los procedimientos a lo largo de la investigación, a través de varios métodos (Colorafi & Evans, 2016). Garantizar con la revisión con pares resguarda la calidad y apoya la credibilidad de las publicaciones científicas a través de la mirada crítica de los revisores que durante el análisis de la información revisaran el proceso. (Schonhaut Berman, L., Millán Klusse, T., & Podestá López, L.,2017). Adicionalmente a través de la revisión del diario de entrevistas evidenciar qué las preguntas fueron contestadas fructíferamente (Quintana Peña, A. (2006).

10. Procedimiento

Atendiendo a las consideraciones anteriormente expuestas, el procedimiento realizado para llevar a cabo el presente estudio estuvo orientado a partir de una revisión teórica y de literatura que delimitó el problema y permitió la construcción del instrumento. Dicho instrumento fue validado y revisado por diversos pares expertos en procesos de investigación y fue sometido a una prueba piloto.

A partir de las revisiones se definieron cuáles eran las mejores preguntas para evocar la mayor cantidad de información de la manera natural, en términos de lenguaje para hacer las preguntas más pertinentes al contexto y usos idiomáticos de los participantes; Así mismo, las observaciones del piloto, sirvieron para ajustar algunas preguntas en aras de prevenir sesgos, fomentar la libertad de respuestas de cada participante, ajustar el tiempo y la fluidez con la cual se debía llevar a cabo la entrevista, adicionalmente ajustar las transiciones temáticas a través de conectores y llevar notas durante las entrevistas.

Cada una de las entrevistas siguió una estructura de tres momentos. No obstante, previo al desarrollo de la entrevista, cada participante recibía por medio digital el consentimiento informado y una breve descripción del proyecto investigativo. Posteriormente, en el primer momento de la entrevista, se realizó un primer encuadre. En este momento, se agradecía por la participación del médico, se le preguntaban por dudas con respecto al proceso, y se solicitaba permiso para la grabación de la entrevista.

En un segundo momento, se procedió con preguntas amplias que permitieran evocar narraciones de las experiencias de los participantes en el contexto del ejercicio de su profesión en contextos rurales. Estas preguntas fueron acompañadas de preguntas de profundización y de aclaración que permitieran, por un lado, precisar la información recibida y, por otro, ahondar en las experiencias y apreciaciones de los participantes.

Finalmente, las entrevistas cerraron con preguntas direccionadas a recomendaciones y perspectivas sobre las posibles mejoras del ejercicio de la medicina en la ruralidad. Estas preguntas, aunque basadas en la experiencia individual, no estaban atadas a un relato propio de cada participante. Por el contrario, apuntaban a encontrar aspectos a mejorar en términos de atracción y permanencia. Así mismo, se les agradecía por el tiempo de entrevista, indicándoles los pasos a seguir en la investigación.

Al finalizar, cada entrevistado recibió un seudónimo para de esta manera proteger la identidad de los participantes y en la siguiente tabla ilustra sus respectivos seudónimos y aspectos relevantes de cada uno de ellos. (Tabla 1)

Tabla 1:Tabla de seudónimos

	PSEUDÓNIMO	EDAD EN AÑOS	SEXO
1	LORENA	23	FEMENINO
2	RAFAEL	25	MASCULINO
3	CESAR	24	MASCULINO
4	CAMILA	22	FEMENINO
5	ALEJANDRO	23	MASCULINO
6	FELIPE	23	MASCULINO
7	JAIME	45	MASCULINO
8	ANNIE	23	FEMENINO
9	FERNANDA	22	FEMENINO

11. Consideraciones éticas, disposiciones legales vigentes y propiedad intelectual

Teniendo en cuenta que esta investigación entra dentro de la categoría de “investigación sin riesgo en humanos”, debió a que no se realiza ningún tipo de procedimiento o intervención que ponga en riesgo la dignidad humana de los participar, y de igual forma se hará uso del consentimiento informado y se dará el manejo de los datos personales de los participantes según las disposiciones descritas en el siguiente apartado.

Esta investigación se regirá por las consideraciones éticas según lo dispuesto en la Resolución No 008430 de 1993 del Ministerio de Salud (1993) en el artículo 11 al referirse a un tipo de investigación con riesgo mínimo, se socializó el procedimiento, las características de la investigación y la finalidad de la misma para garantizar el respeto a la dignidad de las personas, su libertad y autodeterminación, previniendo daños y tensiones y salvaguardar la vida privada. Adicionalmente garantizar la confidencialidad de la identidad de los sujetos participantes y el compromiso de divulgar los resultados a las personas, empresas o entidades que participaron como sujetos de investigación en el proyecto y de la publicar los resultados en los medios más idóneos para su comunidad científica en particular.

Se anexa como “anexo 2” al documento, el consentimiento informado que se utilizó para esta investigación, el cual se les entregará a los participantes para ser diligenciado y firmado. En el consentimiento informado, se explican los objetivos de la investigación y se les garantiza la privacidad en el manejo de la información, asimismo se brinda la posibilidad de no participar en el estudio.

Finalmente, se llevó a cabo un proceso de triangulación de investigadores. Este proceso consiste en el contraste, diálogo y discusión abierta con uno o varios investigadores con respecto a los resultados y conclusiones obtenidos de los datos

recolectados, con el fin de apuntar a la mejor profundidad y variedad en las perspectivas y puntos de vista (Okuda y Gómez-Restrepo, 2005).

12. Resultados

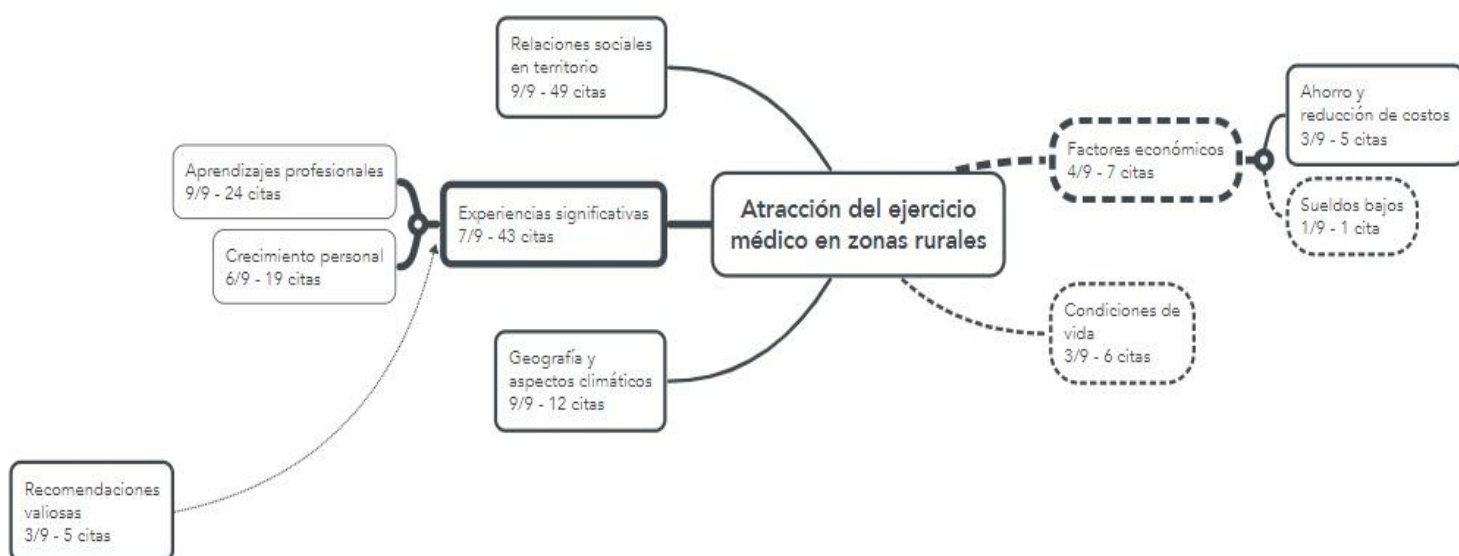
El análisis de los datos contenidos en las transcripciones de las entrevistas realizadas permite identificar, tal y como se planteó metodológicamente, dos grandes categorías de análisis: la atracción del personal médico a las zonas y contextos rurales de la provincia oriental del departamento del Tolima, y la permanencia en dichos espacios territoriales. Ahora bien, de manera general, la categoría de atracción se presentó en consonancia con la categoría de permanencia. Es decir, los participantes señalaron la continuidad o ruptura que se genera entre aquello que atrae de ejercer en una zona rural y aquello que favorece o dificulta la permanencia del personal médico en esta zona. Por lo tanto, aunque se presentarán de manera separada en aras de claridad, se debe entender que los participantes describen ambas categorías desde la conexión y la continuidad.

12.1 Atracción: factores promotores y de duda

Entonces, para la descripción de resultados, se empezará por hacer referencia a la categoría de atracción, la cual presentó temas cruciales que son descritos a continuación y que se pueden observar en la Figura 1.

En principio, los participantes en general destacan varios factores que generan atracción a embarcarse en la experiencia del ejercicio médico en la ruralidad. El tema con una relación más fuerte—determinada en número de apariciones e importancia en el discurso de los participantes—es la posibilidad de adquirir experiencias vitales. Estas experiencias pueden ser descritas desde dos aristas: la experiencia fortalece las habilidades y conocimientos profesionales de los participantes como médicos, y la experiencia que fortalece las habilidades y destrezas de cada participante a nivel personal.

Figura 1. Temas relevantes con respecto a la Atracción del ejercicio médico en zonas rurales.



Nota: los cuadros de línea continua y con forma rectangular indican aquellos factores de relación positiva. Los cuadros de línea punteada con forma redondeada indican factores negativos o mixtos. La intensidad del color indica la intensidad de la relación

Al respecto de la primera, uno de los médicos que estuvo trabajando en la provincia oriental del departamento del Tolima refiere que la experiencia de acudir a la zona rural le permitiría enfrentarse a *“otro tipo de conocimientos, (...) me iba a enfrentar a cosas que no estuviera preparada, bueno no, que no estuviera preparada, si no que me saliera de mi zona de confort”* (Lorena). Así mismo, la misma persona indicó que, aunque tenía los conocimientos necesarios para asumir, le motivó saber que nunca había estado sola, ahí está sola y eres tú contra el paciente y contra el mundo, entonces lo que tu determines es lo que va hacer que el paciente mejore, empeore o salga de remisión o se quede ahí (Lorena).

Incluso, otro participante se refiere a la atracción por la experiencia profesional en el entorno rural como una oportunidad de ejercer de manera inmediata. En el contexto de trabajar en un área rural, esta persona afirmó que

“decidí que lo que realmente quería hacer era hacer el rural. Tener un año de experiencia en el rural y, posteriormente, ya buscar una especialización, un trabajo o algo más. Ya tenía esa idea de hacer el rural desde antes, pero no se había como... digamos que no la había tenido tan claro hasta que llegó el contexto de la pandemia y toda esa situación. Y dije “nooo, no quiero que me salga la tarjeta profesional por allá en septiembre, octubre, sino que quiero de una vez postularme al rural electivo y poder ir directamente allá y empezar a trabajar allá” (Annie)

En suma, la experiencia rural atrajo a varios de los participantes por sus posibilidades tanto de aprendizaje como de ejercicio de su profesión en un contexto ajeno a su ambiente habitual. Aun así, el factor de la atracción personal también estuvo más que presente. A la hora de referirse a las motivaciones personales, la independencia y la autonomía son dos de los descriptores que recogen los temas mencionados por los participantes. “*Yo buscaba tranquilidad y eso fue lo que encontré, no hay robos, no hay vandalismo, la gente es muy tranquila*” (Lorena), “*siempre buscamos la independencia*” (Lorena) o “*algo diferente, en el que te enfrentas al mundo real*” (Rafael), son algunas de las maneras en las que los participantes se refieren a una experiencia que les abría la posibilidad de vivir, como personas, algo distinto, algo más acorde a su forma de ser o, por el contrario, retador con respecto a sus costumbres.

Ahora bien, reparando en el factor de la atracción, ambos temas descritos previamente están ligados a un tercer tema recurrente: la recomendación profesional. Múltiples participantes reportaron que recibieron la recomendación de otros médicos con mayor experiencia de ir y realizar algún tipo de ejercicio en zona rural.

“La experiencia de maestros, aclaro, no de docentes, sino de maestros con los que estude durante mi pregrado, pues es una experiencia que no se olvida [la experiencia rural narrada por los docentes], que uno aprende varias cosas a nivel personal”
(Alejandro)

Recibir consejo y haber escuchado lo que los profesores o maestros compartieron con los participantes en su tiempo formativo promovió el interés de los mismos en acercarse a la experiencia de, en este caso, el año rural.

Al revisar los temas restantes que se relacionan con las posibilidades de atracción de los participantes, hay que reparar en tres factores que se encuentran en el mismo nivel de intensidad: la economía, la geografía y las condiciones climáticas, y las relaciones sociales. En primer lugar, los participantes señalan que la posibilidad de plantear un escenario económico favorable fue atrayente para ellos.

“El precio de las cosas se bajó muchísimo, en lo que uno viene acostumbrado a la ciudad: encontramos un hotel en donde nos daban buena alimentación, el televisor, el baño propio y también había ventilador” (Lorena)

“Porque pues los costos allá no son para nada pues elevados, uno podía comprar mercado muchísimo más barato que en la ciudad pequeña o en la ciudad grande”
(Camila).

El escenario económico era atrayente por los precios reducidos de algunas zonas rurales con respecto a grandes ciudades del país. Pero, también por la posibilidad de ahorrar ese dinero que no se gastaba para futuros gastos o futuras experiencias académicas. Así lo describe una de las participantes: *“La idea mía también era poder ahorrar para poder pagar cosas más adelante, pues eso también funcionó”* (Camila).

En una segunda instancia, las condiciones geográficas y climatológicas de las zonas rurales en las que los participantes estuvieron trabajando eran atrayentes. La posibilidad

de estar alejado de las ciudades, aunque a una distancia prudente, y el hecho de tener *“clima [s] que realmente favorece mucho, ni es frio ni es caliente”* (Lorena) fueron razones por las que la decisión de probar estas experiencias fue tomada por los participantes. Finalmente, como un tercer punto de atracción, los participantes reconocieron que tener relaciones sociales ya establecidas en el territorio o tener la posibilidad de entablarlas rápidamente fue esencial para su decisión. *“Me atrae la gente, la amabilidad de las personas”* (Lorena) o

“Yo decidí irme porque estaba X y estaba Y, que es otro compañero. ¿Sí? Porque si hubiera sido una plaza que estuviera sola, sin nadie que yo conociera, pues no me hubiera ido” (Lorena)

Ambos fragmentos indican el peso que se le otorga a estos factores a la hora de tomar las decisiones. El conocer a alguien o tener un apoyo posible en el territorio favorece la decisión de acudir al mismo.

Con todos estos factores considerados, la atracción por un espacio rural de trabajo en el ámbito médico también fue cuestionado por los profesionales participantes. Principalmente, los temas que se organizan bajo los factores negativos de la atracción están relacionados con el factor de las rutas de acceso y condiciones de vida, y el factor del dinero.

En primer lugar, los participantes refieren que en muchas ocasiones las condiciones de vida mínimas que se pudieran cumplir en territorio eran cuestionables. Por ejemplo, un participante indicó *“el que no haya agua potable... eso si me parece preocupante”*. La ausencia de este tipo de condiciones ponía en duda la decisión de asumir el rol en la ruralidad. Además, en la misma línea, las condiciones de acceso a muchas zonas fueron relatadas como factores en detrimento de la atracción. Por ejemplo, Rafael describe su llegada a la zona rural de la siguiente manera:

“la vía sí estaba, digamos, deplorable. Como había estado lloviendo y eso todo es trocha y estaba terriblemente liso, casi me caigo como tres o cuatro veces de la moto. Pero bueno, al final pude llegar”

En líneas similares, Felipe indica que las posibilidades [de acceso], pues son bajas. Empezando, evidentemente por la vía, la posibilidad de que haya un cambio en el estado de la vía, diría yo que es nulo. La posibilidad de que hagan un puente en condiciones, yo diría también que es casi nula. ¿Qué otras cosas se podrían cambiar en este lugar? El hecho de que haya agua potable [haría] no solo para la persona que llega que sea más atractivo, si no en general para todo el municipio. No tiene mucho sentido que estemos en el siglo XXI y que haya un municipio sin agua potable en Colombia. Eso pues a mí me parece, de verdad, una falta de respeto. “Pero, pues bueno, son las condiciones que hay allá.”

Como señalan los participantes, las condiciones propias de una ruralidad lejana en el país, a la que se ha desatendido, son factores que hace menos atractivos los destinos para profesionales médicos. Ya sin mencionar lo negativos que son para los propios habitantes de los sectores.

En segundo lugar, el factor dinero también se relaciona con elementos en detrimento de la atracción. Si bien los costos y la posibilidad de ahorro favorecen la atracción, como ya se mencionó, los sueldos no son un atrayente. El monto pactado por los profesionales a la hora de firmar contrato es descrito como *“digamos que el sueldo no era lo más alto comparado con otros rurales, de hecho era como uno de los sueldos más bajitos”* (Camila) y como *“ese sueldo en ese momento era bajo, porque teníamos que tener [cubierta] la estadía, alimentación, todo lo que nos tocaba tener en el momento, un apartamento, amoblarlo, transporte a la ciudad. Pues, era un sueldo bastante bajo”* (Rafael).

En la siguiente tabla se expone las categorías encontradas durante las entrevistas que intervienen en la atracción, su correspondiente interpretación por los participantes del estudio, el número de participantes que reportan esta categoría y el número de citas que hacen referencia a la misma.

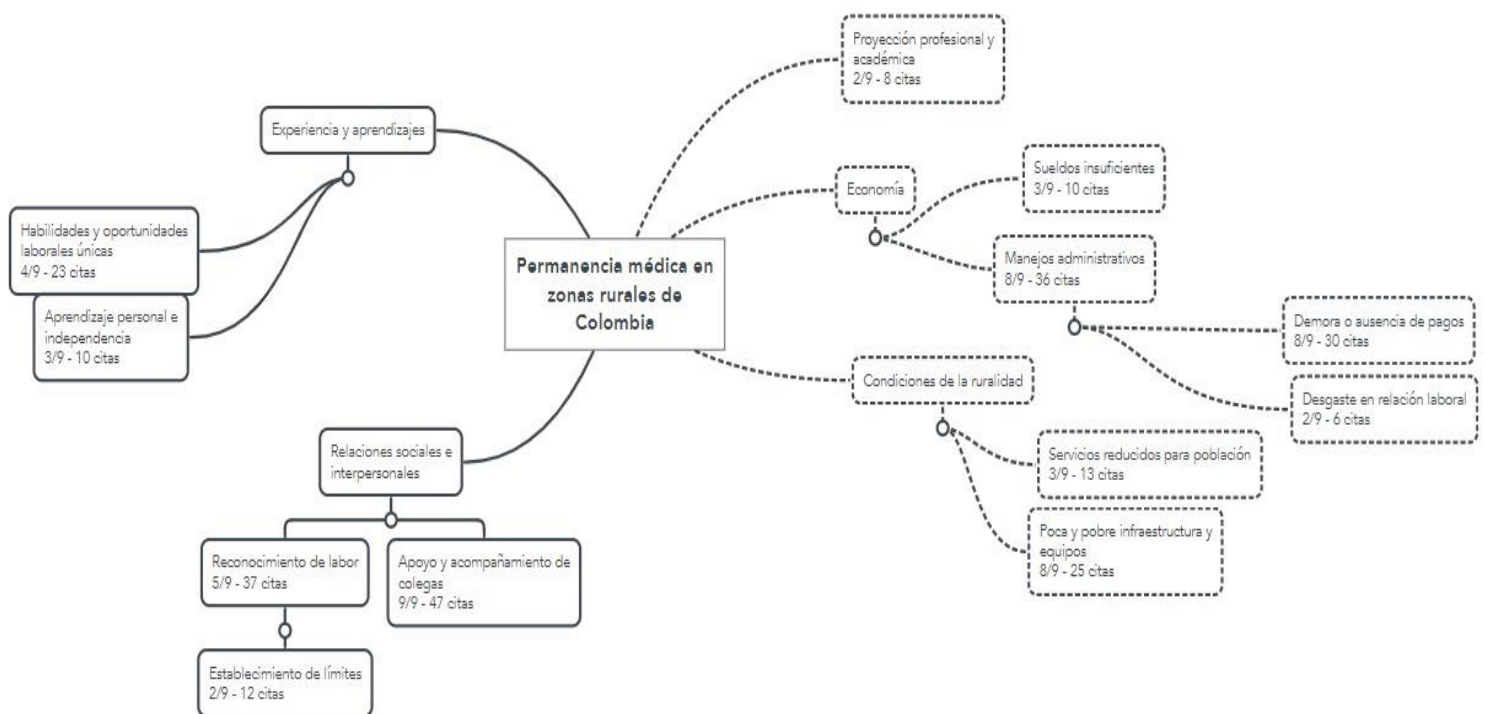
Categoría	Interpretación	Número de participantes que reportan	Número de citas
ATRACCIÓN			
Experiencias significativas de aprendizajes profesionales.	La posibilidad de aprender habilidades y contenidos profesionales en la experiencia rural es un factor de atracción para los médicos.	9 participantes	24 citas
Experiencias significativas a nivel de crecimiento personal.	Enfrentarse a escenarios de crecimiento personal e independencia es un factor que favorece la atracción.	6 participantes	19 citas
Recomendaciones valiosas de figuras con mayor experiencia en el campo.	Recibir la recomendación de algún maestro (a) favorece la atracción por la experiencia rural.	3 participantes	5 citas
Relaciones sociales en el territorio.	Las relaciones sociales ya existente en el territorio favorecen la atracción de los médicos a la zona rural.	9 participantes	49 citas
Geografía y aspectos climáticos	El clima, ubicación y elementos propios de la geografía de la zona rural son factores atrayentes para los médicos.	9 participantes	12 citas
Costos de vida en zona rural	La posibilidad de enfrentarse a un escenario económico favorable para el ahorro y la reducción de costos de vida fue un factor de atracción para los médicos.	3 participantes	5 citas
Remuneración económica	Los sueldos disponibles para el personal médico no eran atrayentes para los médicos al ser considerados bajos.	6 participante	16 cita
Condiciones de vida en la zona rural	Las condiciones de vida propias de una zona rural precarizada disminuían la atracción a la experiencia en el territorio.	3 participantes	6 citas

Tabla 2: Categorías, interpretación y relevancia que afectan la atracción según la narrativa de las entrevistas

12.2 Permanencia: continuidad y ruptura de la atracción

Ahora, una vez atendida la categoría de la atracción, los participantes identificaron cierta continuidad en los factores influyentes en promover o no la permanencia en la zona rural. Adicionalmente, algunos otros elementos que no fueron relevantes en el proceso de atracción salieron a la luz en términos de permanencia. Para ello, se presentará la continuidad y ruptura generada con los factores ya mencionados en la atracción, para finalmente describir los elementos adicionales (Figura 2).

Figura 2. Red de temas sobre la Permanencia médica en zonas rurales de Colombia.



Nota: las líneas continuas indican los temas favorables en términos de permanencia; las líneas discontinuas se refieren a los factores en contra, negativos o en detrimento.

En primer lugar, los participantes identifican que el factor de experiencia no solo fue atrayente para dirimir su decisión de ir o no a realizar el trabajo en zona rural. También lo fue a la hora de decidir continuar ejerciendo su profesión en dichas zonas. La riqueza de la experiencia, lo retador de asumir responsabilidades y necesidades a las que no

estaban habituados, y la oportunidad de recibir reconocimiento por sus labores fueron algunos de los elementos mejor valorados por los participantes. En términos de riqueza de la experiencia, Lorena se refiere de la siguiente manera al trabajo en la zona rural

“Tiene muchas cosas que hacer, pues, yo sé que es raro, pero también es chévere. Urgencias, suturabas, atendías partos, medicina legal, hay un montón al que le guste, consulta externa, brigadas, ETCR, tele consulta, consulta domiciliaria, o sea tienes todo, hospitalización, haces todo. Tienes todos los servicios a tu mano. O sea, brigadas, yo nunca hubiera hecho si no hubiera sido por allá y la experiencia que ganas es muchísima, todo es muy variado”.

En las mismas líneas, Annie recordó que *“es muy interesante para que uno aprende quizá mucho, uno aprende de los pacientes, uno aprende como llegar a la comunidad, uno aprende como llegarle a la gente, como saber cómo actuar frente a diferentes situaciones”*, destacando el valor de aprendizaje promovido por la experiencia. Finalmente, en estos mismos términos, hay un reconocimiento a las posibilidades de asumir responsabilidades que no serían posibles en otros espacios. Al respecto, Annie cuenta

“Yo siento que fui parte mucho de ese proceso y yo abrí consulta externa, con mi compañera, abrí lo de mayor observación y abrí otros servicios a la comunidad como brigadas de salud, como atención al usuario para atención PIP (promoción y prevención). Todas esas cosas se hicieron y fue muy interesante. Se abrió laboratorio clínico para que fuera más fácil para hacer los paraclínicos porque no tenía ni paraclínicos ni imágenes ni nada”.

Adicional a ello, el reconocimiento de la experiencia a nivel personal también es destacado desde la continuidad. Ante la expectativa de conseguir mayor independencia y autonomía, los participantes afirman que eso fue lo que afrontaron estando trabajando en

zona rural: *“es vivir solo, porque casi todos estábamos viviendo con los papás, con el hermano, con la familia y pues allá, ya es enfrentarse al mundo solo”* (Lorena).

En un segundo momento, además de los elementos de experiencia adquirida, los participantes hicieron hincapié en factores propios de la zona particular a la que arribaron como un aspecto en pro de la permanencia. La calidad y amabilidad de la gente con la que se encontraron, junto con el reconocimiento de sus labores, fue uno de ellos. Rafael se refiere a este componente de su experiencia desde los recuerdos de sus visitas a algunas veredas de los municipios

“Vivíamos en el sitio de una profesora que nos acogió a todos los rurales, y convivíamos en una sola casa. Y cuando teníamos que desplazarnos a una zona veredal, íbamos en equipo. La comunidad nos trató muy bien, siempre fuimos muy cercanos a ellos, incluso, como médicos, siempre éramos su primera respuesta.”

De manera similar, Annie afirmó que

“el reconocimiento, siempre te conocen. Tú eres médico y que eres parte de esa comunidad. (...) Son muy joviales [los miembros de la comunidad], también es una comunidad chévere, y con el medico también. Cuando ellos saben que es médico de salud, te saludan, te llevan regalos, te llevan detalles. Ya saben quién eres tú y eso me pareció muy lindo.”

No obstante, se identificó que esta relación con la comunidad también está presente de forma ambivalente. Si bien es destacado y agradecido el reconocimiento por las labores como médicos, los participantes recordaron cierta dificultad para establecer límites. Es decir, lograr generar la distancia necesaria y la separación entre el tiempo de trabajo y los tiempos libres con respecto al servicio reclamado por la gente fue un reto importante. Las llamadas fuera de horario, las visitas imprevistas a la casa o los mensajes a teléfonos personales dificultaban la relación con la comunidad.

Otro de los temas más recurrentes a nivel de permanencia, aunque descrito como un detrimento fue el factor económico. Este factor también se presentó a modo de continuidad con respecto a lo identificado en atracción. Incluso, es un factor que adquiere mayor importancia y, de alguna manera, puede describirse como una dificultad crucial en la búsqueda de la permanencia del personal médico. Por un lado, la percepción del sueldo bajo se mantuvo en los 9 participantes, identificando que, aunque los gastos se reducen, de igual manera hay muchas necesidades por cubrir con un monto insuficiente o ajustado. Por otro lado, de manera novedosa en la categoría, los participantes identificaron múltiples dificultades en el factor económico a nivel de la ejecución administrativa de sus contratadores. En su mayoría, los participantes reportaron que las administraciones de los hospitales en dónde estuvieron trabajando en la zona rural presentaron problemas para pagarles por sus servicios o para cumplir con los tiempos estipulados.

Por ejemplo, Lorena recuerda una anécdota que describe la situación económica a la que se enfrentaban los participantes:

“Duré 3 meses sin que me pagaran y, el último mes antes que nos pagaran, nos dijo, me acuerdo muy bien que la gerente nos dijo, “no les van a pagar, porque me tienen que pagar a mí la liquidación”. O sea, ya llevábamos 3 meses, realmente no había llegado sueldo.”

Situación similar reportó Alejandro sobre los pagos:

“El problema es que nunca [se regularizó el pago del sueldo], o sea se pagaba cada dos meses, un mes, por decir algo. Por decirlo de alguna manera. (...) No era puntual ni en tiempo, ni en cantidad. Un mes te podía llegar medio sueldo, medio sueldo te podía llegar cada dos meses.”

Este factor fue reconocido como preocupante por los participantes, pensando en su permanencia en estas áreas rurales, pero pensando también en las posibilidades de

atracción y renovación del personal médico. Así mismo, fue identificado como un factor de riesgo a nivel de las relaciones laborales y rendimiento en las que estaban envueltos. Por un lado, se identificó que *“la parte laboral era horrible, no nos dejaban hacer horas extras, no nos dejaban hacer nocturnos, domingos ni festivos, ni ningún tipo de recargo para evitar que nos pagaran”* (Alejandro). Llegando a reflexiones compartidas por varios en donde esto afectaba la tranquilidad con la que las personas podía llevar su vida.

“No llegaba el dinero para el pago. A veces nos debían meses y meses y pues uno también tiene que sostenerse. Entonces, esa parte me pareció una de las más complicadas durante el año rural porque uno nunca está seguro si le van a pagar o no y vas a tener con qué pagar el arriendo o con qué vas a pagar las cosas del otro mes porque a veces no hay dinero para el otro mes porque simplemente no giran y uno no puede decir nada” (Annie)

Por otro lado, los participantes identificaron que este factor económico y su incumplimiento generaba dificultades en las relaciones laborales en los hospitales. *“El problema yo creo que fue con la parte administrativa, porque realmente hubo ahí como unos roces, es más por el tema económico”* (Lorena). El propio descontento por lo económico generaba roces, rupturas y era un foco de conflicto que dificultaba la permanencia en el sitio de trabajo.

Para finalizar, los factores emergentes que presentaron los participantes con respecto a su permanencia en la zona rural están relacionados con (1) su posibilidad de crecimiento profesional y académico, y (2) condiciones propias de una ruralidad desatendida en Colombia.

En cuanto a las posibilidades de crecimiento profesional y académico, varios de los profesionales indicaron que su trabajo en contexto rural estaba mediado por la posibilidad de continuar sus estudios en un futuro. Es decir, el paso por este trabajo era transitorio en

la medida en que las especializaciones y maestrías que buscaban para su futuro estaba en ciudades grandes del país o en oportunidades en el exterior. De hecho, al preguntar por la permanencia en general del personal médico en la zona, una de las participantes reflexiona sobre la rotación de los médicos en estas zonas

“Pienso que un año está bien [de trabajo en zona rural]. En un año se puede aprender mucho y ya después viene el otro [médico] y la otra perspectiva. Tanto de un lado como del otro ganan, tanto los médicos como la misma población. (...) Yo siempre he pensado, si uno se queda en el mismo lugar, nunca va avanzar y nunca va a tener nuevos conocimientos. Es algo generacional, pero si puede ser como un paso o una experiencia más para otros médicos” (Lorena).

Por ende, las posibilidades de permanencia no dependen tanto del contexto rural en sí mismo, sino de las posibilidades de formación y estudio que están disponibles en la zona.

Ahora, en cuanto al punto 2, referente a las condiciones propias de la ruralidad, los participantes indican que estas condiciones son contraproducentes y entorpecedoras. Esto, en dos sentidos. Por un lado, son desmotivantes de cara a la permanencia del personal, pues no se cuentan con mayores herramientas para ejercer la profesión. Los hospitales contaban con equipo médico reducido, pocas dependencias y áreas de remisión y pocas especialidades. Por otro lado, son contraproducentes y riesgosas para el propio ejercicio de los servicios de salud, que se ven precarizado e insuficientes en muchas zonas y poblaciones. No todos los servicios pueden ser prestados y los pacientes deben acudir a otras zonas y municipios para recibir atención que, muchas veces, es urgente.

En la siguiente tabla se expone las categorías encontradas durante las entrevistas que intervienen en la permanencia, su correspondiente interpretación por los participantes del estudio, el número de participantes que reportan esta categoría y el número de citas que hacen referencia a la misma.

Categoría	Interpretación	Número de participantes que reportan	Número de citas
PERMANENCIA			
Habilidades y oportunidades laborales únicas.	La experiencia rural y las oportunidades vividas son únicas e invaluables, favoreciendo la permanencia de los médicos en el área.	4 participantes	23 citas
Aprendizajes personales e independencia.	La independencia y conocimiento propio adquirido favorece la permanencia en la ruralidad.	3 participantes	10 citas
Reconocimiento de la labor médica.	La permanencia se ve favorecida gracias al reconocimiento que reciben los médicos por su labor por parte de la comunidad.	5 participantes	37 citas
Establecimiento de límites con la comunidad.	La dificultad de establecer límites entre los tiempos laborales y de descanso con las personas de la comunidad dificulta la permanencia.	2 participantes	12 citas
Apoyo y acompañamiento de colegas.	El acompañamiento moral, profesional y afectivo de los colegas en el hospital favorece la permanencia en las labores.	9 participantes	47 citas
Proyección profesional y académica.	Las pocas oportunidades de crecimientos laboral y académico en el área disminuyen las posibilidades de permanencia.	2 participantes	8 citas
Remuneración económica.	Los salarios ofrecidos son insuficientes y bajos de cara a garantizar la permanencia en la zona.	3 participantes	10 citas
Manejos administrativos en pagos.	Las demoras e inconsistencias en el pago de sueldos dificultan la permanencia de los médicos.	8 participantes	30 citas
Desgaste en relaciones laborales producto de manejos administrativos.	Las dificultades en los manejos administrativos desgastaban las relaciones laborales entre los miembros del hospital, con lo que la permanencia se veía afectada negativamente.	2 participantes	6 citas
Servicios médicos reducidos para la población.	Las condiciones de la ruralidad (distancias, movilidad, cantidad de personal) reducían las posibilidades de brindar servicios médicos a la población.	3 participantes	13 citas
Insuficiente infraestructura y equipos médicos.	La infraestructura, materiales y equipos a disposición no eran suficientes para el servicio, tanto por cantidad como por calidad y pertinencia, con lo que la permanencia se dificultaba.	8 participantes	25 citas

Tabla 3: Categorías, interpretación y relevancia que intervienen en la PERMANENCIA según la narrativa de las entrevistas.

13. Discusión

“La ley de la atención inversa” es un concepto descrito por Tudor Hart, para describir el fenómeno presentado en las áreas rurales del mundo en donde “la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a las necesidades de la población”. (Spicker, Paul; Alvarez Leguizamón, Sonia & Gordon, 2009) y se puede ver reflejado en la mayoría de las entrevistas, debido a que los participantes del estudio encuentran la experiencia de trabajar en un área rural como transitoria entre el inicio de la carrera de medicina y la realización de una especialización en una ciudad intermedia o capital.

Los determinantes sociales de la salud de las personas, familias y comunidades que habitan en las áreas rurales en donde se realizó esta investigación son un factor que detectan los médicos como primordial para mejorar la calidad de vida en la población y de ellos mismos al vivir y convivir en estas áreas, hallazgo que encuentra relación con la intención que tiene el Plan Nacional de Desarrollo (PND), con la implementación de un Modelo de Atención Integral en Salud para las zonas rurales del país que busca intervenir los determinantes sociales de la salud en las áreas rurales de Colombia. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

“El hecho de que haya agua potable [haría] no solo para la persona que llega que sea más atractivo, si no en general para todo el municipio. No tiene mucho sentido que estemos en el siglo XXI y que haya un municipio sin agua potable en Colombia. Eso pues a mí me parece, de verdad, una falta de respeto. Pero, pues bueno, son las condiciones que hay allá.” (Felipe)

Esta investigación ha encontrado que la distribución geográfica de los médicos en las áreas rurales de la provincia oriental del departamento del Tolima, dependen de múltiples factores que generan atracción y permanencia de manera negativa y positiva; La literatura ha identificado dos grandes grupos de factores que afectan la distribución

del personal de salud en las áreas rurales, uno económico y otro conductual como lo son los factores profesionales, personales, educativos y sociales relacionados con el estilo de vida que influyen en las decisiones relacionadas con el trabajo, (Chen, 2010).

En cuanto a la atracción y permanencia del personal de salud en las áreas rurales R. Strasser define tres fases que son: atracción como planeación, instalación como reclutamiento y mantenimiento como retención, R. Strasser (2018); La atracción, se define como "una actitud positiva con respecto al ejercicio de la medicina en áreas rurales y remotas, que no necesariamente conduce a la instalación" Dussault & Franceschini, (2006) lo cual se ve implícito en los resultados encontrados en esta investigación, en la cual los participantes identifican el aprendizaje profesional y el crecimiento personal como una experiencia significativa que lo atrae a realizar su ejercicio profesional en estas áreas.

Adicionalmente Dussault & Franceschini refiere que los factores personales, profesionales y contextuales/ambientales son los que configuran la experiencia del individuo, y en consecuencia, la decisión de permanecer o no en estas áreas rurales, (Dussault & Franceschini, 2006).Lo que guarda total coherencia a los resultados de esta investigación, evidenciando así, que la decisión de permanecer en un lugar no solo guarda relación con el ámbito laboral sino personal, social y económico de cada médico.

Existen factores negativos que intervienen en la atracción y permanencia del personal médico en las áreas rurales, como se hace evidente en esta investigación, en donde los participantes refieren múltiples factores como el económico en el cual podemos evidenciar ejemplos como los bajos salarios, el pago inoportuno y el costo de vida, que afectan de manera negativa en la atracción y permanencia de los médicos. Otros factores que influyen de manera negativa en la decisión del médico en llegar o permanecer en estas áreas es el contacto previo con la comunidad, o tener un apoyo familiar o social en

la región que brinde sustento emocional en el momento de vivir y convivir en la ruralidad. Como así mismo lo manifiesta R. Strasser (2018) en su estudio *Making it Work Framework for Remote Rural Workforce Stability*.

Durante repetidas ocasiones los participantes evidencian la importancia de la experiencia de ejercer su profesión como médicos en las áreas rurales, ya que esta exposición los llevo a generar nuevos conocimientos y les brindo herramientas que posteriormente fueron utilizadas en futuros empleos y para avanzar en su proceso académico de formación. Adicionalmente, refieren que los hizo crecer no solo a nivel profesional si no personal brindado la seguridad necesaria para lograr la independencia personal; Este fenómeno describe lo enriquecedor de esta experiencia y sustenta el fenómeno descrito como “fit-for-purpose”, el cual explica la importancia de los trabajadores de la salud, quienes deben ser los adecuados para la atención rural, con las habilidades adecuadas para brindar una atención adecuada en estos lugares y el momento correcto. (Strasser, R. P. 2018).

Es importante mencionar que los médicos participantes de esta investigación encuentran como factor determinante de atracción y permanencia la red de apoyo familiar, personal o profesional que lo acompaña en el momento de ejercer su profesión en las áreas rurales, como lo menciona R. Strasser (2018) en su marco para la estabilidad de la fuerza laboral rural remota (*Making it Work Framework for Remote Rural Workforce Stability*).

Adicionalmente los médicos que participaron en esta investigación señalan que al mejorar el factor económico y plantear un panorama económicamente favorable, puede mejorar la forma en la que el medico concibe trabajar en las áreas rurales, debido a que el factor económico brinda sostén a otros factores relacionados con la vida del médico como lo es el pagar una especialización o pagar un crédito estudiantil. Lo que brinda

información sustancial para proponer nuevas formas de contratación laboral en estas áreas rurales. lo que evidencia que efectivamente las estrategias deben incluir oportunidades para que los médicos generales desarrollen intereses y habilidades más amplios, y deben tener en cuenta estrategias simultáneas para el reclutamiento y la retención. (Bennett,S., 2002;Gibson,J.,2015;NHS England and Health Education England, 2015).

De igual manera en las regiones rurales ubicadas en el norte de Ontario y Canadá plantean un modelo de educación en salud, cuyo propósito es dirigir sus actividades de educación, investigación y servicio para abordar las problemáticas de salud de las comunidades en regiones rurales. (World Health Organization, 2008;Organización Mundial de la Salud, 2009;Strasser, 2017). Lo que apoya las propuestas realizadas por los médicos durante las entrevistas realizadas en esta investigación.

Los participantes de este estudio identifican la necesidad de NO permanecer en las áreas rurales debido a la necesidad de continuar con su proceso educativo haciendo referencia con futuras especializaciones, maestrías y doctorado, lo cual se lleva a cabo de manera tradicional en las ciudades; *“La idea mía también era poder ahorrar para poder pagar cosas más adelante, pues eso también funcionó”* (Camila). Bennett refiere necesario brindar a los estudiantes y profesionales de la salud oportunidades de contacto con prácticas generales y ampliar las oportunidades y opciones para especialización como herramienta fundamental para fomentar la permanencia del personal de salud en las áreas rurales. (Bennett et al., 2002).

Adicionalmente los factores motivacionales son factores que se mencionan durante las entrevistas como posible herramienta para fomentar la atracción y permanencia en las áreas rurales. lo que concuerda con la literatura en donde se presentan distintos tipos de incentivos económicos, laborales y profesionales como instrumento que fomenta la

atracción y permanencia de los profesionales de la salud en estas áreas. (Keane,S., 2012;Rodríguez,D., 2016;Wurie,D., 2016; Willis,M., 2008; Agyepong,I., 2004).

14. Conclusiones y recomendaciones

Un factor indiscutible para garantizar la atracción y permanencia en las áreas rurales de la provincia oriental del departamento del Tolima, es hacer que la experiencia del médico sea significativa, de manera laboral y personal, al trabajar, vivir y convivir en estas áreas, brindando la suficiente red de apoyo laboral, social para que el médico considere permanecer o aumentar el tiempo que permanece en estas áreas.

Otro factor indispensable para garantizar la atracción y permanencia en las áreas rurales es el factor económico, debido a que afecta inversamente la atracción y permanencia del personal médico en las áreas rurales; entre más se demoran los pagos y entre más bajos son los salarios de los médicos es menor la atracción y permanencia de los médicos en estas regiones rurales.

El servicio social obligatorio en la provincia oriental del departamento del Tolima, es uno de los principales factores de atracción por el cual los médicos llegan a esta área rural y durante las entrevistas se identificó que sería un factor positivo de atracción; si se sortean las plazas no de manera individual si no grupal, para que el médico que llega a un área rural y rural dispersa encuentre en sus compañeros de servicio social obligatorio el sustento emocional, laboral, personal necesario para permanecer en estas áreas. Una cita que sustenta esta apreciación es: “así se fueron unos al Meta, Macarena creo, se fueron en grupo. Es que uno en grupo se va, bueno vamos y la guerreamos” (LORENA)

Por último, un factor que emerge de esta investigación es, el modelo de salud en el que se desempeñan laboralmente los participantes, y adoptar un modelo de educación médica en el cual los profesionales sean formados o expuestos a las áreas rurales como lo plantean modelos como the Northern Ontario School of Medicine (NOSM), localizada en una región rural del norte de Ontario, Canadá que logro aumentar la atracción y permanencia del personal de salud en sus áreas rurales es una posibilidad para enfrentar

esta problemática. (World Health Organization, 2008; Organización Mundial de la Salud, 2009; Strasser, 2017).

15. Limitaciones

Durante este estudio se presentaron 3 grandes limitaciones, la primera fue la distancia que separa los municipios de la provincia oriental del departamento del Tolima que dificultó la identificación de los participantes y posterior realización de las entrevistas, aunque la realización de las entrevistas de manera virtual facilitó en gran medida esta dificultad.

La segunda gran limitación del estudio fue la pandemia provocada por el virus COVID-19, porque durante el segundo semestre del año 2019 y el primer semestre del año 2020 dio inicio la pandemia y a su vez se dio inicio al proceso de recolección de información, al ser los médicos la población a la que este estudio estaba dirigido y ser ellos la primera línea de atención; dificultó mucho el poder realizar las entrevistas por la gran carga laboral y el poco tiempo disponible de los participantes para este fin.

Por último, la tercera limitación que presentó esta investigación fue el volumen de datos obtenidos, debido a que hizo que el análisis y la interpretación consumieran el mucho tiempo.

16. Referencias bibliográficas

- Agyepong, I. A., Anafi, P., Asiamah, E., Ansah, E. K., Ashon, D. A., & Narh-Dometey, C. (2004). Health worker (internal customer) satisfaction and motivation in the public sector in Ghana. *International Journal of Health Planning and Management*, 19(4), 319–336. <https://doi.org/10.1002/hpm.770>
- Araújo, E., & Maeda, A. (2013). How to Recruit and Retain Health Workers in rural and Remote Areas in Developing Countries: a guidance note. In *The World Bank* (Issue June 2013).
- Barreto Quiroga Oscar, Torres Diaz Sandra, Rojas Castillo Alejandro, Alarcon Robayo Jose, V. V. M. (2018). *Análisis de situación de salud departamental del Tolima año 2018*. 8, 1–141. www.tolima.gov.co
- Bennett, S., Franco, L. M., & Kafner, R. (2002). Health Sector Reform and Public Sector Health Worker motivation: a conceptual framework. *Sciencedirect*, 54, 1255–1266. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953601000946>
- Blasco, T., Laura, H., García, O., Nacional, C., Tropical, D. M., Salud, I. De, & Iii, C. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista. *NURE Investigación*, 1, 1–5.
- Buchan, J., Couper, I. D., Tangcharoensathien, V., Thepannya, K., Jaskiewicz, W., Perfilieva, G., & Dolea, C. (2013). Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(11), 834–840. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.119008>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Qualitative Research in Psychology Using thematic*

- analysis in psychology Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
<http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=uqrp20%5Cn>
<http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=uqrp20>
- Chen, L. C. (2010). *Striking the right balance: Health workforce retention in remote and rural areas*. *Bulletin of the World Health Organization*.
<https://doi.org/10.2471/BLT.10.078477>
- Colorafi, K. J., & Evans, B. (2016). Qualitative Descriptive Methods in Health Science Research. *Health Environments Research and Design Journal*, 9(4), 16–25.
<https://doi.org/10.1177/1937586715614171>
- Contaduría General de la nación - Ministerior de Hacienda y crédito Público. (2022). *Resolución N 314 CT01*. Categorización de Municipios 2023 Gov.co.
<https://www.contaduria.gov.co/documents/20127/3881461/RESOLUCION+No.+314+DE+2022+CATEGORIZACION.pdf/4533e5a4-0374-17c9-c36c-f5a11bea19bf>
- DANE. (1994). *Conceptos básicos* (pp. 1–4). DANE.
https://www.dane.gov.co/files/inf_geo/4Ge_ConceptosBasicos.pdf
- Danish, A., Blais, R., & Champagne, F. (2018). Strategic analysis of interventions to reduce physician shortages in rural regions. *Rural and Remote Health*, 19(May), 1–13. <https://europepmc.org/article/med/31752495>
- Del carmen, B. (2012). Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. *Universitas Odontológica*, 31(66), 97–102.
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/2717>
- Dieleman, M., Cuong, P. V., Anh, L. V., & Martineau, T. (2003). Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. *Human Resources for*

Health, 1, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-1-10>

Dirección de Desarrollo Rural Sostenible; Equipo de la Misión para la Transformación del Campo. (2014). TRANSFORMACIÓN DEL CAMPO Definición de Categorías de Ruralidad. *Departamento Nacional de Planeación*, 1–27. [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios Econmicos/2015ago6 Documento de Ruralidad - DDRS-MTC.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Economicos/2015ago6%20Documento%20de%20Ruralidad%20-DDRS-MTC.pdf)

Dolea, C., Stormont, L., & Braichet, J. M. (2010). Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(5), 379–385. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.070607>

Dussault, G., & Franceschini, M. C. (2006). Not enough there, too many here: Understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 4, 1–16. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-12>

For, A. F., Rural, R., & Stability, W. (2018). *A FRAMEWORK FOR REMOTE RURAL WORKFORCE STABILITY*. 1–36.

Gibson, J., Checkland, K., Coleman, A., Hann, M., McCall, R., Spooner, S., & Sutton, M. (2015). Eighth national GP worklife survey. *Policy Research Unit in Commisioning and the Healthcare System*, 1–30. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01308.x>

Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica de Mexico*, 53(SUPPL. 2), 144–155. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342011000500003>

Okuda, M., Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(1), 118-124.

Huicho, L., Canseco, F. D., Lema, C., Jaime Miranda, J., & Lescano, A. G. (2012).

Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: Un estudio cualitativo. *Cadernos de Saude Publica*, 28(4), 729–739. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400012>

Índice de Salud Rural 2022. (s/f). Asivamosensalud.org. Recuperado el 30 de enero de 2023, de https://asivamosensalud.org/sites/default/files/19.10.2022._indice_de_salud_rural_con_ajustes_1.pdf

Inequalities, H., Machado Cartagena, A., MOH Uganda, OMS, BM, Dfid, Save the Children Reino Unido, UNICEF Sudán del Sur, E. de B. y C. T. B. (BTC) y S., Spicker, Paul; Alvarez Leguizamón, Sonia & Gordon, D., Departamento de Planeación Nacional, Nations, U., Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., Vásquez, J., For, A. F., Rural, R., Stability, W., Bonet-Morón, J., Guzmán-Finol, K., López-Calva, L. F., Soloaga, I., DANE, René, D., ... Organización Mundial de la Salud. (2009). Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención. *Pobreza: Un Glosario Internacional*, 4(5), 179–186. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-12>

Lehmann, U., Dieleman, M., & Martineau, T. (2008). Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research*, 8, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-19>

Liu, X., Dou, L., Zhang, H., Sun, Y., & Yuan, B. (2015). Analysis of context factors in compulsory and incentive strategies for improving attraction and retention of health workers in rural and remote areas: A systematic review. *Human Resources for Health*, 13(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0059-6>

- López-Calva, L. F., & Soloaga, I. (2010). *Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010* (Galera (ed.); Primera). Grupo Santillana. <http://hdr.undp.org/sites/default/files/rhdr-2010-rblac.pdf>
- Machado Cartagena, A. (2011). Colombia rural: Razones para la esperanza. In Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Ed.), *Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011*. <https://doi.org/10.1098/rsta.2007.2070>
- Marchand, C., & Peckham, S. (2017). Addressing the crisis of GP recruitment and retention: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 67(657), 227–237. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X689929>
- Marshall, M. (2001). Sampling for qualitative research. *AORN Journal*, 13(6), 522–525. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)61990-X](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)61990-X)
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia e Saude Coletiva*, 17(3), 613–619. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- Meza, D. (2016). Atracción y retención de recurso humano en salud en zonas rurales: percepción de profesionales. *Revista Estudios de Políticas Públicas*, 5(0), 1–109. <https://doi.org/10.5354/0719-6296.2017.46357>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Plan Nacional de Salud Rural Ministerio de Salud y Protección Social. *Ministerio de Salud*, 1–37.
- MOH Uganda, OMS, BM, Dfid, Save the Children Reino Unido, UNICEF Sudán del Sur, E. de B. y C. T. B. (BTC) y S. (2006). Kampala Declaration on fair and sustainable health financing. *WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR AFRICA*, 1(November 2005), 1–75. https://www.who.int/health_financing/documents/kampala.pdf?ua=1
- Morell, A. L., Kiem, S., Millstead, M. A., & Pollice, A. (2014). Attraction, recruitment

and distribution of health professionals in rural and remote Australia: early results of the Rural Health Professionals Program. *Human Resources for Health*, 12, 15.
<https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-15>

Moya Peñafiel, M. (2014). Servicio Social Obligatorio en Colombia: Incertidumbre de los recién graduados en medicina. *Revista Médica de Risaralda*, 20(2), 4.
<https://doi.org/10.22517/25395203.8785>

Nations, U. (2018). World Urbanization Prospects. In D. of E. and S. Affairs (Ed.), *Demographic Research* (3rd ed., Vol. 12). Nations, United.
<https://doi.org/10.4054/demres.2005.12.9>

NHS England and Health Education England. (2015). Building the Workforce – the New Deal for General Practice. *Royal College of General Practitioners*, 1, 1–6.
<https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2015/01/building-the-workforce-new-deal-gp.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2006). Colaboremos por la salud Informe sobre la salud del mundo. *World Health Report*, 28–30.
https://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2011). Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención. *Organización Mundial de La Salud*, 1,1–80.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44538/9789243564012_spa.pdf;jsessionid=2F4386EE700760D1D42A3E6A3841E6A0?sequence=1

World Health Organization. (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations*. World Health Organization.

- Organization, W. H. (2009). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. *World Health Organization, February, 2–4*.
<https://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/>
- Organization, W. health global health workforce alliance. (2008). *The Kampala declaration and agenda for global action*.
https://www.who.int/workforcealliance/20090521_Kampala_Sp.pdf?ua=1
- O'Connor, H., Madge, C., Shaw, R., & Wellens, J. (2008). Internet-based interviewing. *The Sage handbook of online research methods, 271-289*.
- Pagaiya, N., Kongkam, L., & Sriratana, S. (2015). Rural retention of doctors graduating from the rural medical education project to increase rural doctors in Thailand: A cohort study. *Human Resources for Health, 13(1), 1–8*.
<https://doi.org/10.1186/s12960-015-0001-y>
- Quintana Peña, A. (2006). Metodología de investigación científica cualitativa.
- Schonhaut Berman, L., Millán Klusse, T., & Podestá López, L. (2017). Revisión por pares: evidencias y desafíos. *Revista chilena de pediatría, 88(5), 577-581*.
- Rodríguez-Triana, D. R., & Benavides-Piracón, J. A. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 32(3), 359–371*.
<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a10.Resumen>
- Running, D. M., Ligon, J. B., & Miskioglu, I. (1995). The significance of saturation. *Journal of Composite Materials, 5(02), 147–149*. <https://doi.org/0803973233>
- Salud, O. M. de la. (2011). Determinantes sociales de la salud: resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Río de Janeiro , Brasil , octubre de 2011). *World Health Organization, 1, 1–14*.
<http://www.who.int/iris/handle/10665/26450>

- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing and Health*, 33(1), 77–84. <https://doi.org/10.1002/nur.20362>
- Sempowski, I. P. (2004). Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserved area return-of-service commitments: systematic review of the literature. *Canadian Journal of Rural Medicine : The Official Journal of the Society of Rural Physicians of Canada = Journal Canadien de La Médecine Rurale : Le Journal Officiel de La Société de Médecine Rurale Du Canada*, 9(2), 82–88.
- Spicker, Paul; Alvarez Leguizamón, Sonia & Gordon, D. (2009). Pobreza: Un Glosario Internacional. *Pobreza: Un Glosario Internacional*, 179–186. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/clacso/crop/glosario/1.pdf>
- Strasser, R. P. (2017). Recruiting and retaining a rural medical workforce: the value of active community participation. *Medical Journal of Australia*, 207(4), 152–153. <https://doi.org/10.5694/mja17.00502>
- Verma, P., Ford, J. A., Stuart, A., Howe, A., Everington, S., & Steel, N. (2016). A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. *BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1370-1>
- Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Wyness, L., Blaauw, D., & Ditlopo, P. (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 8, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-247>
- Wurie, H. R., Samai, M., & Witter, S. (2016). Retention of health workers in rural Sierra Leone: Findings from life histories. *Human Resources for Health*, 14(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0099-6>

Anexos