

La retención de médicos de familia en zonas rurales en el Ecuador

Guevara Alicia[1], Rafael Romero[2]

1. Equipo de docencia Saludesa
2. Sociologo

PRÁCTICA FAMILIAR RURAL | Vol.1 | No.2 | Julio 2016 | Recibido: 22/01/2016 | Aprobado: 03/03/2016

Como citar este artículo

Herrera D. Editorial. PFR [Internet]. 25 de julio de 2016 [citado 31 de octubre de 2021];1(2). Disponible en: <https://www.practicafamilia rural.org/index.php/pfr/article/view/69>.

Resumen

Introducción: A nivel mundial existe carencia en la distribución de profesionales sanitarios con formación de cuarto nivel entre las zonas urbanas y rurales. Reclutar y retener médicos de familia que trabajen en zonas rurales, es cada vez más difícil, y en cambio se incrementa la demanda de servicios de salud.

Objetivo: El presente estudio analiza algunos factores que influyen en la intención de trabajar en zonas rurales, desde la perspectiva de un grupo de médicos de familia en el Ecuador.

Metodología: Se realizaron 41 encuestas estructuradas a médicos de familia a nivel nacional, se analizaron variables de tipo sociodemográfico y económico, así como la intención de trabajar en zonas rurales y la residencia actual en zonas rurales. Los datos se procesaron mediante el programa estadístico SPSS y se empleó el estadístico de chi cuadrado.

Resultados: La variable sexo mostró diferencia estadísticamente significativa sobre los varones para la intención de trabajar en zonas rurales. Sin embargo, no ocurrió lo mismo para el hecho de residir en zonas rurales. Las otras variables en estudio no presentaron diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: La variable sexo influye en la intención de elegir el trabajo en una zona rural. Se requieren nuevos estudios para identificar las causas relacionadas con esta opción de género.

Palabras clave

Retención, médicos de familia, área rural

Retention of Family Doctors in Rural Areas of Ecuador

Abstract

Introduction: Worldwide there is a lack of distribution of health professionals with advanced training between urban and rural areas. Recruiting and retaining family doctors who work in rural areas is increasingly difficult, and the demand for health services is increasing.

Objective: This study analyzes some factors that influence the decision to work in rural areas from the point of view of a group of family doctors in Ecuador.

Methodology: 41 structured surveys were carried out on family doctors at the national level. The researchers asked about socio-demographics and economics, the doctors' intention to work in rural areas, and their current residence in rural areas. The data were processed through the statistical program SPSS and the chi-square statistic.

Results: The variable for gender showed a statistically significant difference for males versus females in their decision to work in rural areas. However, this was not the case if they were already residing in rural areas. The other variables under study did not present statistically significant differences.

Conclusions: The variable for gender influences the decision to work in a rural area. New studies are required to identify the causes related to this gender option.

Keywords

Retention, family doctors, rural area, gender

Introducción

La concentración de médicos en zonas urbanas es indiscutible, se infiere así la falta de médicos en las zonas rurales, 24% de todos los médicos a nivel nacional son médicos generales, los médicos de familia representan el 0.6% de los médicos a nivel nacional; ciudades como Quito o Guayaquil contaban con cifras de más de 5000 médicos cada una hasta el 2010. (1) No hay estudios nacionales acerca de la retención de los profesionales de la salud en sectores rurales, y los pocos estudios de otros países muestra que es un problema complejo, es decir influido factores como la distribución desigual de oportunidades económicas entre zonas urbanas y rurales, las creencias, expectativas y preferencias de los profesionales de la salud. (2) (3) (4) (5)

El conocimiento de lo poco atrayente que resultan los sectores rurales como espacios para la realización profesional de los médicos especialistas no es nuevo. Con el descubrimiento del petróleo, en la década de los 70, el estado ecuatoriano planteó la necesidad de llegar a las poblaciones rurales, para lo cual propuso varias estrategias en el sector salud, una de estas fue el Plan Nacional de Medicina Rural. Este al comienzo contó con ayuda económica de la cooperación internacional y con el apoyo político del gobierno. (6)

La universidad ecuatoriana coincidió con el Plan Nacional de Medicina Rural, porque tenía un fuerte contenido de justicia social y de redistribución de los bienes públicos hacia un sector rural de la población que se había mantenido marginada. (7)

En 1971 la Asociación Nacional de Médicos Rurales (ANAMER), firmó acuerdos con el Estado, para garantizar condiciones que permitan a los profesionales médicos un adecuado desarrollo profesional, mediante un programa de formación continua que nunca se concretó. (8) Desde esa época existió una marcada insatisfacción laboral por parte de los médicos rurales que tienen que enfrentarse a casos complicados, con poca preparación, sin ningún apoyo y con escasos recursos. (3)

En el artículo de Carrillo et. al., que analiza la Educación Médica en el Ecuador se concluye que el proceso de mejoramiento de la calidad de la formación médica continua (FMC) avanza rápidamente. Sin embargo, y a pesar del apoyo político y la inversión económica realizada por el gobierno de Alianza País, se observan varios vacíos, escasez de profesores capacitados para apoyar la educación médica y la investigación. Hace falta un Programa de Educación Médica Continua y de investigación que cuente con el presupuesto necesario. (9)

En este contexto surgen preguntas acerca de la influencia de la formación universitaria sobre la decisión de los profesionales de salud, en particular de los médicos de familia, para permanecer en los espacios rurales, tanto la universidad como los recién egresados están conscientes de lo poco preparados que están para el ejercicio de la práctica rural.

La mayoría de las universidades mantienen rotaciones en zonas rurales como parte de su formación de pregrado, en el entendido que los estudiantes ven más pacientes que en áreas urbanas, observan las limitaciones de los sistemas de salud, comprenden el papel que cumple la comunidad, además de la experiencia formativa de entender otros contextos de trabajo para el médico de primer nivel. (10) Pero aparte del beneficio para el profesional, las rotaciones a nivel rural deberían, fomentar en los profesionales de la salud la posibilidad de trabajar en entornos rurales. (11) Hasta el momento solo existe el año de medicatura rural obligatoria. Los programas de reclutamiento o incentivos para que los médicos opten por trabajar o vivir en zonas rurales ya sea como médicos generales o como especialistas son inexistentes.

Reid en su artículo Pedagogía para la Salud Rural, enfatiza que la experiencia educativa rural debe fomentar una nueva actitud, que a su vez se convierte en una poderosa fuente de motivación que forman a un profesional transformacional, ideal para trabajar en un entorno rural. (12) En Canadá, programas como el de Alberta, desarrollan varias estrategias para retener médicos de familia en zonas rurales que incluyen incentivos científicos y económicos. (13)

Para Henry JA, Edwards BJ, y Crotty B., la metáfora de la "canalización rural" en la práctica médica es una opción que se ha puesto en práctica de una manera relativamente exitosa. Es un proceso que incluye: (1) el contacto entre la educación media rural y la profesión médica; (2) la selección de los estudiantes rurales en los programas médicos; (3) la exposición rural durante la formación médica; y (4) medidas para retener la fuerza de trabajo médico rural. (14)

Este estudio demostró que para la retención de profesionales en zonas rurales los factores que influyen de manera más significativa son: apoyo profesional a nivel nacional, estatal y local; oportunidades de desarrollo de carrera; satisfacción del cónyuge del practicante; la preparación para la adopción de un estilo de vida rural; oportunidades educativas para los niños; y la proximidad a la familia extendida y el círculo social. (14)

No se han realizado investigaciones sobre la retención de médicos rurales en el Ecuador. Tampoco contamos con datos sobre el desempeño de los médicos rurales, o una evaluación metódica del Programa Nacional de Medicina Rural y de su impacto en las comunidades. (15)

Existen trabajos internacionales que han estudiado los factores que influyen en la opción para trabajar en zonas rurales. Uno de los más relevantes es la influencia familiar. También se han identificado factores socio- demográficos, económico, educativo, tecnológico y de recreación. Dada la ausencia de estudios de este tipo a nivel nacional, los autores del presente trabajo analizaron algunos factores, sociodemográficos y económicos, y su relación con la intención de trabajar en zonas rurales.

Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo. En principio, se invitó a 200 médicos de familia, a participar en una encuesta, a través de una invitación por correo electrónico. Cuarenta y un médicos de familia, respondieron la entrevista y el consentimiento informado.

Se administró una encuesta estructurada en la que estaban incluidos: datos sociodemográficos (edad, tipología escolar y de colegiatura, sitio de la universidad de pregrado y postgrado, procedencia, estado civil, aspiración salarial, opción por zonas rurales, sexo etc.), así como una lista de posibles limitantes para optar por un trabajo en zonas rurales. Las respuestas de las encuestas fueron cerradas, pues se basaron en factores ya descritos en estudios realizados en otros países.

De los 200 médicos de familia contactados por correo electrónico, entre los meses de abril y mayo del 2016, 41 médicos de familia, respondieron la entrevista y el consentimiento informado. Los datos fueron tabulados en SPSS y se sometió a la prueba de chi cuadrado considerando los factores que condicionaron la opción por trabajar en zonas rurales y el hecho de vivir en zonas rurales.

La variable edad fue agrupada en función de los rangos de edad identificados en tres grupos (25-30 años, 31-35 años y más de 36 años), la variable sexo, considero hombres y mujeres, la variable estado civil contempló 4 estados civiles (casado, soltero, unión libre, divorciado) en función de las respuestas, el lugar de nacimiento y lugar de residencia consideraron solo dos alternativas (urbano, rural), las respuestas del tipo de escuela arrojaron 4 grupos (fiscal, fisco-misional, municipal, particular), en cambio el tipo de colegio solo 2 (fiscal, particular), se indagó además sobre la presencia de cargas familiares, nivel de instrucción de la pareja.

Otras variables de interés fueron el sitio de formación de pregrado (Quito, Cuenca, Loja, Exterior), el de postgrado (Quito, Cuenca, Otros), así mismo se consultó sobre el promedio de gasto económico de la familia (1000-1500 dólares americanos [usd], 1600-2500 usd y más de 2500 usd), la intención de trabajar en zonas rurales, así como de la expectativa de remuneración para trabajar en zonas rurales (2000-2500 usd, 2500-3000 usd, 3000-3500 usd y más de 3500 usd).

Todos los distintos programas de postgrado de medicina de familia que hay en el Ecuador tienen una duración de 3 años, con rotaciones en distintos servicios, e incluyen pasantías rurales con diferente tiempo de duración, para este caso se agrupó entre aquellos programas que cuentan con pasantías de 2-4 meses y aquellos programas con pasantías de hasta 18 meses.

Tabla 1. Descripción de la población estudiada – Edad, sexo, formación de pregrado, residencia actual

--	--	--	--	--

Edad	Sexo	Formación del postgrado	Residencia actual
25-30 años (9,8%) (n=4)	Mujeres (58,5%) (n=24)	Urbano (73%) (n=30)	Urbano (83%) (n= 34)
31-35 años (39%) (n=16)			
Mayor de 36 años (51%) (n=21)	Hombres (41,5%) (n=17)	Rural (27 %) (n=11)	Rural (17%) (n=7)

Fuente: Estudio / Autores: Guevara Alicia, Romero Rafael

Tabla 2. Descripción de la población estudiada – Formación de postgrado, intención de trabajo en zona rural

Universidad	Porcentaje total (n=41)	Intención de trabajo zona rural (n=28)
PUCE Quito	81 % (33)	76% (25)
Universidad del Azuay	2 % (1)	0% (0)
Universidad Central	12% (5)	20% (1)
Exterior	5% (2)	100% (2)

Fuente: Estudio / Autores: Guevara Alicia, Romero Rafael

Tabla 3. Resultados de tabla de contingencia para las variables Intención de trabajo en zonas rurales y Residencia actual en zonas rurales

Variable	Intención de trabajo en zona rural			Residencia actual en zona rural		
	X ²	Significan-cia	Valor de p	X ²	Significan-cia	Valor de p
Sexo	13.48	.000*	<0.05	.007	.626*	>0.05
Edad	3.89	.143	>0.05	1.73	.420**	>0.05
Estado civil	3.28	.350**	>0.05	7.80	.050**	>0.05
Tipo de escuela	2.29	.514**	>0.05	1.87	.599**	>0.05
Tipo de colegio	2.44	.113*	>0.05	1.80	.183*	>0.05
Lugar de instrucción de pregrado	.774	.679**	p>0.05	.66	.717**	>0.05
Lugar de instrucción de postgrado	3.55	.169**	p>0.05	5.74	.056**	>0.05
Programa de formación de postgrado	8.48	.075**	p>0.05	3.91	.418**	>0.05

Cargas familiares	.014	.601*	p>0.05	.21	.488*	>0.05
Nivel de instrucción de la pareja	.335	.846*	p>0.05	.97	.614**	>0.05
Gasto mensual	4.08	.130**	p>0.05	1.12	.571*	>0.05
Expectativa de sueldo en zona rural	1.96	.580**	p>0.05	4.79	.187**	>0.05
Duración de pasantía rural	.008	.613*	p>0.05	.038	.611*	p>0.05

*Significancia exacta (unilateral) para estadístico exacto de Fisher

**Significancia asintótica (bilateral) para Chi cuadrado de Pearson

Fuente: Estudio / Autores: Guevara Alicia, Romero Rafael

Resultados

La descripción general de las variables se observa en las **Tablas 1 y 2**. Los resultados de chi cuadrado se pueden observar en la **Tabla 3**. Existe una asociación estadísticamente significativa entre la variable sexo hombre y la intención de trabajar en zonas rurales, $\chi^2(1) = 0.000$, $p < 0.05$; esta relación es moderada (V de Cramer = .573). El análisis del resto de variables no mostró diferencias estadísticamente significativas, ni para la intención de trabajar en zonas rurales, ni para el hecho de residir en zonas rurales. Del total de médicos familiares encuestados, la mayoría fueron mujeres.

La duración de la pasantía rural tampoco parece influenciar en la intención de trabajar en zonas rurales, ni en el hecho de residir en zonas rurales. El interés de estudiar los diferentes programas de postgrado en función de sus hospitales fue debido a que ciertos hospitales tienen duraciones de hasta 18 meses en zonas rurales. Sin embargo, no se ha podido identificar diferencia estadísticamente significativa, entre la participación en alguno de los distintos programas y la intención de trabajar en zonas rurales o en la residencia en zonas rurales.

Otro aspecto de interés es que los factores económicos, como la aspiración salarial que generalmente son condicionantes de la toma de decisiones, no parecen influir ni en la intención de trabajo de zonas rurales, ni en la opción para vivir en una zona rural.

Discusión

A pesar de las limitaciones de valor de muestra, el estudio realizado permitió identificar que existe una tendencia de opción de “genero” para el trabajo en las zonas rurales, en la cual los hombres son más preferentes de estas zonas de trabajo. Esta relación no se observó al comparar otra variable como la duración de las pasantías en zonas rurales durante la formación del médico, que se ha visto relacionada en otro estudio. (14)

Considerando los hallazgos del estudio de Henry JA, Edwards BJ, Crotty B. (14), los tomadores de decisiones enfrentan un duro desafío si es que se consideran las políticas de incentivos, pues muchos de los aspectos de la experiencia citada dependen de condiciones que superan el ámbito de influencia de los agentes del Ministerio de Salud Pública. En términos generales, la falta de retención de los médicos en zonas rurales es un reflejo de la falta de atención general que experimentan estas zonas.

Conclusiones

En la muestra estudiada, los médicos varones parecen tener mayor intención de trabajar en zonas rurales. Sin embargo el valor de la muestra es limitado para extrapolar estos datos a la población general. Se requieren nuevos trabajos de investigación que atiendan a los distintos factores que motivan a los profesionales médicos a trabajar en zonas rurales, en especial a esta diferencia de género.

Es importante para la retención en zonas rurales o aisladas, que los países adopten la salud rural como política de Estado, para lo cual deben intervenir diversos actores como: las Universidades, comunidad y Estado con la creación de programas e incentivos en los ambientes sociales, educativos, culturales, investigación, etc. Donde los profesionales desarrollen competencias acordes al sitio de trabajo.

Se requiere investigar más acerca de la influencia de los incentivos para identificar los más efectivos en retener talento humano formado; así como también relacionar estas políticas con el impacto en el desempeño de los sistemas sanitarios en zonas urbanas y rurales, dado que existe muy poca evidencia respecto de si la retención logra finalmente mejorar la salud de la población.

Bibliografía

1. INEC. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>. [Online].; 2010 [cited 2016 07 20]. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/InfoMedico.pdf>.
2. Goodell AJ, Kahn JG, Ndeki SS, Kaale E, Kaaya EE, Macfarlane SB. Modeling solutions to Tanzania's physician workforce challenge. *Global Health Action*. 2016 junio; 27(9).
3. Goodfellow A, Ulloa JG, Dowling PT, Talamantes E, Chheda S, Bone C, et al. Predictors of Primary Care Physician Practice Location in Underserved Urban or Rural Areas in the United States: A Systematic Literature Review. *Acad Med*. 2016 Abril; 26.
4. Myroniuk L, Adamiak P, Bajaj S, Myhre DL. Recruitment and retention of physicians in rural Alberta: the spousal perspective. *Rural Remote Health*. 2016 Enero-Marzo; 16(1).

5. Humphreys JS, McGrail MR, Joyce CM, Scott A, Kalb G. Who should receive recruitment and retention incentives? Improved targeting of rural doctors using medical workforce data. *Aust J Rural Health*. 2012 Febrero; 20(1).
6. López R, Fierro R, Egas O. *El Cóndor, la serpiente y el Colibrí* Quito: OPS; 2002.
7. Fierro R, Á, J. Curso de Adiestramiento para Médicos del Plan Nacional de Medicina Rural. Facultad de Medicina de la Universidad Central-MSP. 1971 Julio .
8. Barreto D. *La Medicina Rural y la Posición Estudiantil*. Memorias del Seminario Nacional sobre la Medicina Rural en el Ecuador. AFEME. 1971.
9. Carrillo P, Tung P, Delgado B, Shuu W. Medical Education in Ecuador. *Medical Teacher Early on line*. 2013; 1,6.
10. Couper I, Wo rley P, R S2. Rural integrado longitudinal clerkships. *Rural Salud Remoto*. 2011.
11. Barret F, Lipsky M, Lutfiyya M. El impacto de la capacitación rural experiencias de los estudiantes de Medicina. *Acad Med*. 2010.
12. Reid S. Pedagogía para la Salud Rural. *Edu Salud*. 2011; 24 (1)(1-10).
13. L M, P A, S B, DL M. Recruitment and retention of physicians in rural Alberta : The spousal perspective. *Rural and Remote Health*. 2016 Febrero; 16(320).
14. Henry JA, Edwards BJ, Crotty B. Why do medical graduates choose rural careers?. *Rural and Remote Health (Internet)*. 2009 Febrero; 9(1083).
15. Merino C. *El Talento Humano en los umbrales del nuevo milenio*. 1st ed. Quito: OPS; 2002-2003.
16. Jane F, Amanda K, Carol M, Richard DH. A scoping review of the association between rural. *BioMed Central*. 2015; 13((27)).
17. Taati KE, Ravaghi H SM, Nasiripour A AZ, A. M. Relationship between personal characteristics of specialist physicians and choice of practice location iran. *Rural and Remote health*. 2016 Mayo.