



Condiciones y medio ambiente de trabajo en salud: modelo conceptual para áreas remotas y rurales

Laura Antonietti¹, Zulma Ortiz¹, María Eugenia Esandi¹, Isabel Duré² y Malhi Cho³

Forma de citar

Antonietti L, Ortiz Z, Esandi ME, Duré I, Cho M. Condiciones y medio ambiente de trabajo en salud: modelo conceptual para áreas remotas y rurales Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e111. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.111>

RESUMEN

Se propone un modelo conceptual sobre condiciones y medio ambiente de trabajo en salud que integra la evidencia disponible para facilitar el diseño y la evaluación de intervenciones orientadas a mejorar la atracción, captación y retención del personal de salud en el primer nivel de atención de áreas rurales y remotas.

Se consultó la evidencia teórica, empírica y testimonial para fundamentar la propuesta y se sintetizaron 15 modelos difundidos en los últimos 20 años. El artículo da cuenta de la diversidad de perspectivas y la complejidad que conlleva establecer las dimensiones que deben considerarse en una propuesta que sea útil para aplicar a las políticas de recursos humanos en salud.

El modelo propuesto incluye cuatro categorías de componentes: factores del contexto externo, factores organizacionales, condiciones del empleo y del trabajo, y factores individuales. Los límites entre los componentes –así como el peso y la influencia de cada uno– varían en función de la relación entre ellos y de la interacción con el medio, por lo que su interpretación debe adecuarse al ámbito en que se pretenda aplicar. A partir de este modelo conceptual, el diseño y la evaluación de las intervenciones dirigidas a incrementar la disponibilidad de personal de salud –en particular en el primer nivel de atención de áreas rurales y remotas de la Región de las Américas– deberían surgir de una interacción entre las políticas de salud y empleo, y las realidades y expectativas de los trabajadores y las comunidades.

Palabras clave

Condiciones de trabajo; modelos teóricos; salud rural; zonas remotas; fuerza laboral en salud; Américas.

En la Región de las Américas, el logro de acceso y cobertura universal de salud no será posible si no se dispone de recursos humanos en salud (RHS) calificados y en número suficiente para dar respuestas a las demandas de la población (1). Aunque se han reportado experiencias acerca de los esfuerzos de los países de la Región para implementar políticas efectivas de RHS (2), persisten dificultades para contar con el personal de salud necesario (3), en particular en el primer nivel de atención (PNA) (4). Este problema es más grave en el caso de áreas rurales y remotas, en especial en los países de bajos y medianos ingresos (5), donde las brechas de acceso y cobertura de salud entre poblaciones urbanas y rurales (6) se profundizan.

Las variaciones en la disponibilidad de RHS en el PNA de áreas remotas y rurales son el resultado de una dinámica de

fuerzas –influenciadas por factores personales, profesionales, organizativos, económicos, políticos y culturales– que actúan tanto en el sector educativo como en el mercado laboral y contribuyen a inspirar –o desalentar– la elección de determinados ámbitos de salud como espacios de trabajo (7).

Es indispensable considerar esa multiplicidad de factores (entre los cuales tienen relevancia las condiciones y medio ambiente de trabajo [CyMAT]) para concebir las políticas tendientes a fortalecer los RHS.

En 1976 la Organización Internacional del Trabajo puso en marcha el Programa Internacional para el Mejoramiento de las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (8). Desde ese momento hasta la actualidad, surgieron numerosas definiciones que dan cuenta de la diversidad de enfoques y realidades.

¹ Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, Argentina. ✉ Laura Antonietti, laurayantonietti@gmail.com

² Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, Argentina

³ Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América

En el ámbito de la salud no hay una definición consensuada sobre “ambientes” y “condiciones de trabajo”. Aunque se refiere a conceptos diferentes, usualmente ambos términos son empleados como sinónimos y se pueden hallar otros como “ambientes saludables”, “salud en los lugares de trabajo” o “calidad de ambientes de trabajo”, lo que puede sumar confusión al momento de definir conceptual y operativamente las CyMAT.

El objetivo del presente informe fue proponer un modelo conceptual de las CyMAT en salud para áreas rurales y remotas que incorpore los elementos identificados en la evidencia teórico-conceptual de las dos últimas décadas, para facilitar el diseño y la evaluación de intervenciones orientadas a mejorar la atracción, captación y retención de personal de salud en áreas rurales y remotas de la Región.

MÉTODOS

El desarrollo y validación del modelo se realizó en 4 etapas (figura 1).

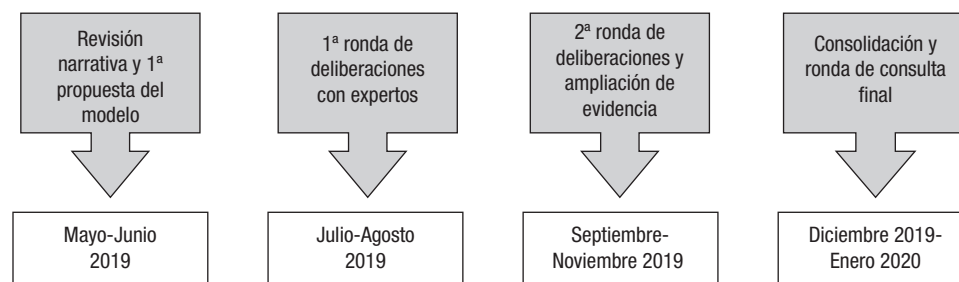
Primera etapa: Revisión narrativa y propuesta del modelo. Se realizó una revisión narrativa de modelos conceptuales sobre CyMAT a partir de la búsqueda en bases de datos electrónicas y Google Académico. Se empleó una estrategia de búsqueda que incluyó diversos grupos temáticos (recuadro 1), se identificaron

los elementos constitutivos principales de seis marcos conceptuales y/o enfoques teóricos, y se realizó una primera versión del modelo conceptual.

Segunda etapa: Primera ronda de deliberaciones. La Unidad de Recursos Humanos para la Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó una convocatoria a expertos, quienes fueron seleccionados sobre la base de su trayectoria o formación académica en RHS (se consideró que tuvieran, como mínimo, 10 años de experiencia en el área de gestión de RHS). La convocatoria incluyó a funcionarios y consultores de la OPS. Se realizó una primera sesión donde se presentó la propuesta; cada consultor recibió un documento con la descripción detallada del modelo conceptual. Posteriormente se les envió un formulario estructurado que contempló tres ejes de análisis: 1) pertinencia de los antecedentes señalados; 2) inclusión de otros antecedentes y 3) sugerencias de modificaciones al modelo propuesto. Las respuestas de cada revisor se consolidaron y se diseñó una nueva versión.

Tercera etapa: Segunda ronda de deliberaciones y ampliación de la evidencia. La nueva versión del modelo fue presentada en un segundo taller, en que se deliberó sobre las modificaciones realizadas y se recibieron nuevas sugerencias. Luego se amplió la búsqueda en Google Académico y sitios web de organizaciones globales y se incorporó literatura gris, sumando cinco modelos conceptuales al análisis inicial.

FIGURA 1. Cronología de las etapas y actividades desarrolladas para el diseño del modelo conceptual



RECUADRO 1. Estrategia de búsqueda

- **Atención Primaria de la Salud o Primer Nivel de Atención**
((((family) AND ((medicine OR practice OR physician* OR doctor* OR health)))) OR ((exp General Practice/Maj OR Primary Health Care/Maj OR Physicians, Family/Maj OR Physicians, Primary Care/Maj OR General Practitioners/Maj OR Community medicine/ OR Community Health Services/)) OR ((general) AND (medicine OR practice OR practitioner* OR physician* OR doctor*)) OR ((“primary care” OR “primary health care”)) OR generalist
- **Recursos humanos**
((“Human Resource*” OR “workforce”)) OR ((“Workforce”[Mesh]) OR “Staff Development”[Mesh])
- **Satisfacción con el trabajo – Condiciones de Trabajo**
“Workplace”[Mesh] OR “workplace environment”[Title/Abstract] OR “working environment”[Title/Abstract] ((“job satisfaction”[Title/Abstract]) OR “working conditions”[Title/Abstract])
((((“employment condition*”[Title/Abstract])
((“working condition*”[Title/Abstract]) OR “work quality”[Title/Abstract]))
- **Atracción, captación y/o retención**
((“attraction”[Title/Abstract] OR “recruitment”[Title/Abstract] OR “catchment”[Title/Abstract] OR “retention”[Title/Abstract] OR recruit*[Title/Abstract] OR retention[Title/Abstract] OR turnover[Title/Abstract] OR turn over*[Title/Abstract] OR catchment[Title/Abstract] OR “recruitment strateg*”[Title/Abstract] OR “retention strateg*”[Title/Abstract] OR “catchment strateg*”[Title/Abstract] OR “personnel recruitment”[Title/Abstract] OR “personnel retention”[Title/Abstract] OR “personnel catchment”[Title/Abstract] OR “personnel attraction”[Title/Abstract] OR “attraction strateg*”[Title/Abstract] OR “personnel turnover”[Title/Abstract] OR “retirement”[Title/Abstract] OR “early retirement”[Title/Abstract] OR “retain”[Title/Abstract])) OR “Personnel Selection”[Mesh]
- **Modelos conceptuales**
“Theory”[Title/Abstract] OR “models, theoretical”[MeSH Terms] OR “Conceptual Framework”[Title/Abstract] OR “Theoretical model”[Title/Abstract] OR “Conceptual model”[Title/Abstract]

Cuarta etapa: Consolidación y ronda de consultas. Se presentó la síntesis de la revisión y la propuesta del modelo conceptual modificado a un grupo ampliado de expertos/as que incluyó referentes académicos de dos instituciones europeas, de una institución estadounidense y de una latinoamericana, y cuatro funcionarios jerárquicos de unidades de RHS de ministerios de salud de Latinoamérica, quienes validaron la propuesta en un tercer encuentro virtual. Finalmente, las autoras actualizaron la bibliografía e incorporaron 4 modelos más.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Síntesis de los modelos conceptuales revisados

Se identificaron 15 modelos o enfoques sobre CyMAT propuestos en los últimos 20 años (cuadro 1), cuya síntesis se presenta a continuación.

Trabajo decente: en 1999, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) propuso un concepto integral y holístico con especial énfasis en la noción de “trabajo decente”, que consideraba cuatro elementos para un nuevo enfoque: el empleo, la protección social, los derechos de los trabajadores y el diálogo social. Aunque ese enfoque incluyó las condiciones laborales, éstas se

limitan a considerar al trabajo nocturno, las horas de trabajo, el reposo semanal y las vacaciones, que impactan en la seguridad y la salud de los trabajadores (9, 10).

Trabajo y salud: en Estados Unidos, en 2001 Eisenberg (11) propuso un modelo conceptual que identifica al ambiente, la cultura y la organización del trabajo como factores críticos de los entornos laborales, los cuales impactan en la salud de los trabajadores y en la calidad de atención. Un año después, el modelo propuesto por Franco LM y cols. intentó explicar los determinantes de la motivación de los trabajadores del sector público, poniendo énfasis en los aspectos subjetivos del trabajador y destacando la relevancia de la interacción de los factores personales con los factores organizacionales (12).

En América Latina, en 2002 Neffa (13) enfatizó los factores socio-técnicos y organizacionales del proceso de producción (o condiciones de trabajo) y los factores de riesgo del medio ambiente de trabajo. Señaló las dimensiones subjetivas de las CyMAT, la heterogeneidad de percepciones y las diferencias en la capacidad de adaptación y resistencia de los trabajadores. El autor propuso una noción superadora de la visión del trabajador como individuo, postulando que el trabajo es una realidad social y compleja, por lo que su abordaje requiere una visión global, integrada y multidisciplinaria.

En 2003, la Agencia de Calidad e Investigación en Salud de Estados Unidos (QuIC) analizó las condiciones de trabajo de personal de salud y su relación con la seguridad del paciente, concluyendo que tanto los antecedentes y las características personales de los trabajadores como las características del sistema –incluyendo regulación, legislación y localización geográfica– impactan en la seguridad del paciente y por ende en la calidad de los resultados de salud (14).

Trabajo y valores: en 2005, Gilson y cols. introdujeron el concepto de “confianza” como esencial para permitir relaciones que generen resultados positivos en las organizaciones de salud, cuya influencia sobre el desempeño del trabajador ha sido central en los debates sobre los sistemas de salud en países de altos ingresos (15).

Condiciones vs ambientes: en la última década se destacó la propuesta de Wiscow y cols, quienes relacionaron el concepto de ambiente de trabajo atractivo con la atracción, la retención y el desempeño efectivo (16). Establecieron una diferenciación entre los términos “ambiente” y “condiciones” de trabajo, limitando estas últimas a los aspectos directamente relacionados con el empleo y el trabajo de las personas. En cambio, el “ambiente” de trabajo está vinculado a la funcionalidad de la organización, la satisfacción individual, el balance trabajo-vida personal, el desarrollo continuo y la cultura organizacional, factores que afectan positiva o negativamente el desarrollo de los trabajadores.

Intervenciones en áreas rurales y remotas: la Organización Mundial de la Salud identificó y tipificó cuatro tipos de intervenciones que inciden en las CyMAT y buscan fortalecer la captación y retención de los trabajadores en áreas rurales y remotas, enfatizando en la importancia de los aspectos personales, del sistema de salud, y del entorno político, social y económico para generar las mejores CyMAT (17).

CyMAT en atención primaria de salud: en 2012, Kapinos KA y cols. desarrollaron un modelo sobre las CyMAT con foco en la atención primaria de la salud (APS), que organizó las condiciones de trabajo según estén vinculadas a la estructura, los procesos y los resultados (18).

CUADRO 1. Evidencia teórica incluida para la propuesta del Modelo Conceptual sobre Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT) en salud en áreas rurales y remotas

Organización/Autor	Elementos o aportes destacados
OIT (9)	Trabajo decente
Eisenberg J (11)	Ambiente Cultura Organizacional Organización del trabajo y dotación de personal
Franco LM y col. (12)	Motivación; factores organizacionales; contexto
Neffa JC (13)	Condiciones de trabajo: dimensiones objetivas y subjetivas.
AHRQ (14)	Dotación del personal; diseño de flujos de trabajo; factores sociales e individuales; factores organizacionales y ambiente físico.
Gilson L (15)	Ambiente de trabajo; confianza como valor
Wiscow C (16)	“Ambiente” versus “condiciones” de trabajo.
Dolea C (17)	Intervenciones para retención en áreas remotas: Educación; Regulación; Incentivos financieros; Apoyo.
Kapinos KA (18)	Políticas, Planes, Programas y Prácticas de Recursos Humanos; Cultura Organizacional; Ambiente físico
OPS (19)	Modalidades de contratación; Jornada diaria y semanal; Salarios y remuneraciones; Capacitación Riesgos; Conocimiento y percepción
Acevedo G (20)	Oportunidades; Remuneración; Jornada laboral decente; Estabilidad y seguridad; Trato justo; Seguridad; Diálogo social y Relaciones laborales.
CANESCE (21)	Enfoque de derechos; Diálogo social
Cometto G y col (23)	Campos de acción: Liderazgo; Finanzas; Políticas; Educación; Asociaciones; Sistemas de gestión
Wakerman J y col (24)	Educación y entrenamiento adecuados; Entornos seguros y con soporte social; Apoyo individual y familiar continuo.
Cosgrave C (25)	Lugar de trabajo/organización; Rol/carrera y Comunidad/lugar.

Fuente: elaboración propia

OIT: Organización Internacional del Trabajo; AHRQ: Agencia para la Investigación y Calidad en Salud / Agency for Healthcare Research and Quality; OPS: Organización Panamericana de la Salud; CANESCE: Comisión de Alto Nivel sobre Empleo en el Ámbito de la Salud y Crecimiento Económico / High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth

Condiciones de trabajo y salud laboral: en el mismo año, la OPS definió las condiciones de trabajo y salud, enfatizando el concepto de “trabajo decente” (19). El estudio comparó las condiciones de trabajo y salud en trabajadores de 4 países de la Región, y destacó la percepción de los trabajadores en relación a los riesgos laborales y en particular, al *burnout*. En el mismo año, Acevedo y cols. en Argentina retomaron el concepto de trabajo decente y realizaron una propuesta de indicadores objetivos para medir sus componentes principales (20).

Empleo decente con enfoque de derechos: en 2017, entre los documentos elaborados para proporcionar evidencia a la Comisión de Alto Nivel sobre Empleo en Salud y Crecimiento Económico de Naciones Unidas (21), el capítulo destinado a Empleo Decente enfatizó la necesidad de invertir en empleo seguro, con un enfoque basado en los derechos –con particular atención a las inequidades de género– y con la negociación colectiva, la organización y los derechos de libertad sindical como elementos fundamentales. Se destaca el diálogo social como parte integral de trabajo decente (22).

Gestión de RHS: en 2019, Cometto y cols. propusieron un marco conceptual orientado a la gestión de RHS que describe las principales áreas de acción de la gestión de la fuerza laboral sanitaria, retoma el concepto de “trabajo decente” y lo vincula con la capacidad de captar y retener la fuerza laboral que requiere el sistema, considerando las particularidades del entorno (23).

Retención en áreas remotas: en el mismo año, Wakerman y cols. focalizaron los factores que inciden en la retención de personal de salud en áreas remotas, destacando la importancia de garantizar financiación e infraestructura adecuadas, facilitar contratos flexibles, asegurar un buen “ajuste” entre los individuos y la comunidad, promover la capacitación del personal y brindar entornos de práctica positivos, con participación comunitaria (24).

Retención en áreas rurales: recientemente, Cossgrave propuso un marco específico para la retención de personal de salud en áreas rurales, holístico y centrado en las personas. La autora identificó condiciones necesarias para mejorar la retención en cada una de las dimensiones: trabajar de manera amigable y un lugar de trabajo solidario e inclusivo; tener oportunidades para desarrollar habilidades y acceder a una carrera profesional; y sentirse socialmente conectado y con sentido de pertenencia (25).

Los elementos incluidos en cada análisis varían en función del interés de los investigadores y la mayoría de los modelos aquí incluidos respondían a inquietudes e intereses de países de altos ingresos. Aunque existen diferencias en las dimensiones y elementos de los modelos analizados, todos visualizan a las CyMAT como un fenómeno dinámico y coinciden en señalar que impactan en la salud, la motivación, la satisfacción y el desempeño laboral, el cual afecta la calidad y seguridad de la atención de salud.

Una minoría de los modelos revisados (17, 24 y 25) tuvieron como foco de análisis las CyMAT en áreas remotas y rurales. Entre estos, los modelos más recientes aportan una perspectiva más integral, destacando la interrelación entre el entorno y las preferencias individuales.

Propuesta del modelo conceptual

Sobre la base del análisis de los modelos incluidos y el intercambio con expertos, se elaboró un modelo conceptual que pretende ser integral en tanto reconoce todos los antecedentes y los organiza de manera que da cuenta de las fuerzas que operan

en cada uno y cómo se vinculan entre sí (figura 2). Los elementos incluidos en el modelo conceptual son:

Factores del contexto externo. aunque se expresan como “contexto externo” y se categorizan en dos grandes grupos con un fin ordenador, ambos grupos se imbrican y condicionan estrechamente entre sí y con los demás elementos del modelo.

- *Políticas, reformas y organización del sistema de salud:* tanto las políticas y reformas del sector salud como el nivel de consenso social con el que han sido alcanzadas y su orientación a la APS inciden en las CyMAT e impactan en la estructura, los procesos, la cultura de las organizaciones de salud y también en los individuos.
- *Cultura y organización de la comunidad:* la cultura puede ser definida como los patrones de pensamiento, creencias y comportamientos compartidos por miembros de una comunidad o por un grupo social determinado. Se define a partir de los valores y supuestos compartidos por el grupo y modela, en alguna medida, las nociones individuales de “lo posible o esperado y sus consecuencias”. Las culturas de los grupos sociales a su vez influyen en la cultura organizacional de la red y centros de servicios de salud, así como en la motivación interna y satisfacción de los trabajadores de salud. Las organizaciones de salud con culturas y estructuras no alineadas con la cultura social del lugar pueden presentar serias dificultades en su funcionamiento. A su vez, la cultura y las características de la comunidad pueden incidir en la motivación de los propios trabajadores en la medida que sus valores y expectativas se alinean a las normas sociales prevaletes, así como los vínculos que desarrollan con sus integrantes.

Factores organizacionales. se proponen cuatro elementos a nivel organizacional que en conjunto determinan las *condiciones del empleo y del trabajo* (estas distinciones son sólo con fines teóricos, ya que en la práctica los elementos de las distintas categorías suelen superponerse).

- *Diseño organizacional:* la estructura, los procesos y los recursos que dispone una organización definen el contexto en el que los trabajadores realizan sus actividades cada día. Esta dimensión incluye elementos como la estructura jerárquica, la misión y la visión organizacional claras y alineadas con los objetivos personales de los trabajadores y las instancias de participación y diálogo habilitadas en la organización.
- *Gestión del recurso humano en salud:* se refiere a las actividades que movilizan y motivan a las personas y les permiten alcanzar su mayor potencial en el trabajo, contribuyendo así al logro de los objetivos de la organización. Son las funciones específicas que determinan el desarrollo del individuo en la organización, mediante la comunicación efectiva (comunicación de objetivos y devolución en relación al desempeño) sobre su propio rol, con énfasis en la estructuración y autonomía en el trabajo; su entrenamiento y desarrollo, las etapas de su carrera, el monitoreo de su actividad laboral y su retiro de la organización. Incluye también los procesos de negociación colectiva con las asociaciones sindicales y el apoyo de la organización a los trabajadores para que realicen su tarea de manera satisfactoria, mediante la disponibilidad de una adecuada dotación, la provisión de recursos físicos y económicos, condiciones de salud y seguridad, y la satisfacción de sus demandas/exigencias psicológicas y cognitivas.

FIGURA 2. Modelo Conceptual sobre condiciones y medio ambientes de trabajo en salud en áreas remotas y rurales^a



Fuente: Elaboración propia

^aLas flechas representan las fuerzas de atracción señalan las tensiones y dinámicas de fuerzas que actúan promoviendo o desalentando la atracción, captación y retención de personal de salud en áreas remotas y rurales

- **Cultura organizacional:** el liderazgo, la forma de trabajo (que prioriza el desempeño individual o el trabajo en equipo) y la forma de comunicarse son aspectos que hacen a la cultura de la organización. Algunos de los elementos que mayor influencia ejercen en la motivación y satisfacción de los trabajadores son los estilos de liderazgo, la presencia de subculturas y la confianza existente entre miembros de la organización. A su vez, la manera en que se manifiestan los estilos de liderazgo también se ve condicionada por la cultura de la organización.
- **Ambiente físico:** se refiere a las características físicas del lugar de trabajo e incluye aspectos relacionados con la seguridad ambiental (calidad del aire, exposición a tóxicos, ruido, contaminación interior), el confort de los trabajadores (iluminación, temperatura, humedad) y la disposición física de los lugares de atención, que tienen en cuenta, por ejemplo, los obstáculos o largas distancias para llegar al trabajo o si se cuenta con recursos para facilitar el acceso, tanto por parte de los trabajadores como de la población en general. Incluye, además, la disponibilidad de recursos que faciliten las tareas

y mejoren la calidad o seguridad de la atención (p. ej., equipamiento, disponibilidad de insumos o de tecnologías de información y comunicación).

Condiciones del empleo y del trabajo. las condiciones del empleo y del trabajo son determinadas por las políticas vigentes en materia de empleo y el diseño y cultura organizacional, la gestión del RHS y el ambiente físico ya expuestos. Las condiciones de empleo contemplan la remuneración, los tipos de contrato, la duración de la jornada laboral (incluyendo programas de trabajo y balance trabajo-vida personal), beneficios sociales, participación de los trabajadores y el desarrollo profesional, con particular atención a la equidad de género y protección de las mujeres, en un contexto laboral altamente feminizado (21, 22).

Los beneficios sociales, la cultura organizacional y la confianza en las condiciones de trabajo determinan el grado de soporte/apoyo social que brinda la organización (26). Al interactuar con las características propias de los trabajadores, inciden

en su preferencia (atracción), contratación efectiva (captación) y permanencia (retención) en la organización. El componente de condiciones de empleo y trabajo en atención primaria de la salud debe analizarse en relación con las condiciones de vida del medio, ya que aunque compartan la categoría de “área remota o rural” no implica que sean homogéneas (27, 28).

Factores individuales. la motivación y satisfacción con el trabajo pueden estar vinculadas a factores organizacionales, pero siempre dependerán de características del individuo y su entorno cercano (que incluye la familia y los vínculos socioafectivos más estrechos). Las condiciones de empleo y de trabajo cobrarán sentido en función de las preferencias, valores, altruismo, expectativas y demandas de cada persona. A la vez, esto es causa y consecuencia del bienestar, la motivación y la satisfacción con el trabajo y por lo tanto, del desempeño laboral. Todos estos factores determinan, en última instancia, la calidad, seguridad de la atención y la satisfacción del usuario de los servicios de salud.

La revisión de modelos conceptuales y enfoques sobre CyMAT a lo largo de los últimos 20 años da cuenta de la diversidad de perspectivas existentes y de la complejidad que conlleva establecer qué dimensiones deben ser consideradas en un modelo que pretende ser integral. El modelo propuesto establece cuatro niveles o categorías de componentes: 1) factores del contexto externo; 2) factores organizacionales; 3) condiciones de empleo y trabajo y 4) factores individuales, cuyos límites –así como el peso e influencia de cada uno– varían en función de la interrelación y de la interacción con el medio. La interpretación del modelo deberá contemplar las particularidades del ámbito donde se aplica.

Una limitación de la propuesta radica en que surge de una revisión narrativa, lo que supone sesgos y probables omisiones. Sin embargo, constituye un aporte de potencial aplicación práctica al integrar elementos a partir de una metodología basada en evidencia teórica (búsqueda bibliográfica), empírica (experiencias publicadas) y testimonial (aportes de expertos). Sus resultados, asimismo, fueron validados por reconocidos expertos en RHS de la Región.

De acuerdo al modelo conceptual que se presenta, sería recomendable que el diseño de estrategias e intervenciones para mejorar la captación y retención de RHS en áreas remotas y rurales considere las políticas nacionales respecto del modelo de salud y su orientación hacia la APS (contexto externo), la estructura de los servicios (organización) y las regulaciones sobre las condiciones de empleo y trabajo para el sector. A su vez, factores como la cultura organizacional del sector salud y de las comunidades (organización) son sistemas simbólicos que precisan de estrategias particulares, en tanto las personas

conforman un universo de experiencias, valores y motivaciones que se reconfiguran en forma individual, para cada contexto y momento histórico, a la hora de demandar empleo.

A partir de estas consideraciones, las políticas de RHS deberían basarse en una jerarquización del modelo de APS a nivel del gobierno y en las áreas remotas y rurales, a través de la correspondiente asignación de recursos y de la conformación de redes que minimicen el aislamiento de los equipos de salud. Desde las políticas de empleo, las condiciones de trabajo decente con perspectiva de género y un ambiente saludable, confiable y seguro son factores a privilegiar para una mejor inserción laboral. Desde el punto de vista individual, cobran importancia tanto las oportunidades de desarrollo profesional y de equilibrio entre el trabajo y la vida personal y familiar, como las estrategias de apoyo social y comunitario. Asimismo, debe contemplarse la participación de la comunidad y los trabajadores en el diseño de estrategias locales de captación y retención de RHS, así como priorizarse la incorporación de profesionales provenientes de las propias comunidades.

En conclusión, se propone un modelo conceptual integral sobre CyMAT que incorpora diversas perspectivas sociohistóricas sobre RHS. Este modelo muestra que el diseño y la evaluación de intervenciones orientadas a incrementar la atracción, captación y retención del personal de salud en áreas rurales y remotas de la Región deben ser producto de una interacción entre las macropolíticas de salud y empleo, y las realidades y expectativas de los trabajadores y las comunidades.

Contribución de los autores. LA, ZO, MEE participaron en el diseño del estudio original, la recopilación, análisis e interpretación de datos, así como en la redacción, revisión y corrección del manuscrito final para su aprobación. MID, CM participaron en la revisión y corrección del manuscrito final. Todos los autores aprobaron la versión final.

Agradecimientos. A quienes participaron en la revisión del marco conceptual y contribuyeron con recomendaciones de naturaleza empírica, teórica y experiencial: Pedro Brito, María del Carmen Cadile, Irma Carrasco Meza, Rodolfo Levin, Mónica Padilla, Gabriela Pradere, Fernando Tomasina y José Valderas.

Conflictos de interés. Ninguno declarado.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son únicamente responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los de la Revista Panamericana de Salud Pública o la Organización Panamericana de la Salud.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. 53° Consejo Directivo de la OPS, 66ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Documento CD53/5, Rev. 2 de octubre del 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>
2. Dal Poz MR, Sepulveda HR, Costa Couto MH, Godue C, Padilla M, Cameron R et al. Assessment of human resources for health programme implementation in 15 Latin American and Caribbean countries. *Hum Resour Health*. 2015;13:24. doi 10.1186/s12960-015-0016-4
3. Buchan J, Dhillon IS, Campbell J, editors. *Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base*. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: https://www.who.int/hrh/resources/WHO-HLC-Report_web.pdf?ua=1
4. Organización Panamericana de la Salud. *Salud Universal en el Siglo XXI: 40 Años de Alma-Ata*. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, DC. OPS: 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50960>
5. Dolea C. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations.

- Geneva: World Health Organization; 2010. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138618/>
6. Scheil-Adlung X. Global evidence on inequities in rural health protection: New data on rural deficits in health coverage for 174 countries. International Labour Office, Social Protection Department. ESS Doc. 47. Geneva: ILO, 2015. Disponible en: https://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS_383890/lang-en/index.htm
 7. Sousa A, Scheffler RM, Nyonic J, Boermeester T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. Bull World Health Organ. 2013;91:892–894.
 8. Oficina Internacional del Trabajo. Programa Internacional para mejorar las condiciones de trabajo y de medio ambiente del trabajo. 200° reunión del Consejo de Administración de la OIT, Ginebra, 1976. Disponible en: https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/GB/200/GB.200_PFA_10_8_span.pdf
 9. Rantanen J, Muchiri F, Lehtinen S. Decent Work, ILO's Response to the Globalization of Working Life: Basic Concepts and Global Implementation with Special Reference to Occupational Health. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(10):3351. doi: 10.3390/ijerph17103351
 10. Fields GS. Decent work and development policies [Electronic version]. Int Labour Review. 2003;142:239-262.
 11. Eisenberg JM, Bowman CC, Foster NE. Does a healthy health care workplace produce higher-quality care? J Comm J Qual Improv. 2001; 27(9):444-57.
 12. Franco L, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. Soc Sci Medicine. 2002;54(8):1255–1266.
 13. Neffa J. ¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una perspectiva. 1ª ed Buenos Aires: Hvmánitas – Ceil; 2002.
 14. Hickam DH, Severance S, Feldstein A, Ray L, Gorman P, Schuldheis S et al. The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety: Summary 2003. En: AHRQ Evidence Report Summaries. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 1998-2005. 74. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11929/>
 15. Gilson L, Palmer N, Schneider H. Trust and health worker performance: Exploring a conceptual framework using South African evidence. Soc Sci Med. 2005;61 (7):1418-29.
 16. Wiskow C, Albrecht T, de Pietro C. How to create an attractive and supportive working environment for health professionals. WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies (ed). Policy Brief 15:1-48. Geneva: World Health Organization; 2010..
 17. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. Bull World Health Organ. 2010; 88:379–385.
 18. Kapinos KA, Fitzgerald P, Greer N, Rutks J, Wilt TJ. The Effect of Working Conditions on Patient Care: A Systematic Review. Washington (DC): Department of Veterans Affairs US; 2010..
 19. Organización Panamericana de la Salud. Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. 2012. Washington, DC: OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/HSS-Cond-Trab-RHS2012.pdf>
 20. Acevedo G, Farias M, Sánchez J, Astegiano C, Fernández R. Condiciones de trabajo del equipo de salud en centros de atención primaria desde la perspectiva del trabajo decente. Rev Argent Salud Pública. 2012;3(12):15-22.
 21. High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/hrh/com-heeg/reports/en/>
 22. Wiskow C. The role of decent work in the health sector. En: Buchan J, Dhillon IS, Campbell J (ed). Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base. Geneva: World Health Organization; 2017. pp. 363-386.
 23. Cometto G, Buchan J, Dussault G. Developing the health workforce for universal health coverage. Bull World Health Organ. 2020;98:109–116. doi:10.2471/BLT.19.234138
 24. Wakerman J, Humphreys J, Russell D, Guthridge S, Bourke L, Dunbar T et al. Remote health workforce turnover and retention: what are the policy and practice priorities? Hum Resour Health. 2019;17:99. doi: 10.1186/s12960-019-0432-y.
 25. Cosgrave C. The Whole-of-Person Retention Improvement Framework: A Guide for Addressing Health Workforce Challenges in the Rural Context. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(8):2698.
 26. Cosgrave C, Malatzky C, Gillespie J. Social Determinants of Rural Health Workforce Retention: A Scoping Review. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(3):314. doi:10.3390/ijerph16030314
 27. Schoo A, Lawn S, Carson D. Towards equity and sustainability of rural and remote health access: supporting social capital and integrated organisational and professional development. BMC Health Services Research. 2016;16:111 doi:10.1186/s12913-016-1359-9
 28. Dieleman M, Kane S, Zwanikken P, Gerretsen B. Realist review and synthesis of retention studies for health workers in rural and remote areas. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponible en: http://www.who.int/hrh/resources/realist_review

Manuscrito recibido el 13 de enero de 2020. Aceptado para su publicación, tras revisión, el 2 de julio de 2020.

Health working conditions and environment: conceptual model for remote and rural areas

ABSTRACT

This report proposes a conceptual model on workplace environment and working conditions that integrates the available evidence to facilitate the design and evaluation of interventions aimed at improving the attraction, recruitment and retention of health personnel at the first level of care in rural and remote areas. Theoretical, empirical and testimonial evidence was consulted to support the model, and 15 frameworks disseminated in the last 20 years were synthesized. The article shows the diversity of perspectives and the complexity involved in establishing the dimensions to be considered in a proposal that is useful to apply to human resources for health policies.

The proposed model includes four categories of components: factors of the external context, organizational factors, employment and work conditions, and individual factors. The boundaries between the components – as well as the weight and influence of each one – vary according to the interrelationship among them and the interaction with the environment, and thus its interpretation must be adapted to the context in which it is intended to be applied.

Based on this conceptual model, the design and evaluation of interventions aimed at increasing the availability of health personnel –particularly at the primary care level in rural and remote areas of the Region of the Americas– should emerge from an interaction between health and employment policies, and the realities and expectations of workers and the communities.

Keywords

Working conditions; models, theoretical; rural health; remote areas; health manpower; Americas.
