



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez**

ISSN 2744-8029 (En línea)

SÍNTESIS RÁPIDA

**Evaluación del impacto de la densidad de
Recursos Humanos en Salud en el acceso a la
atención, en los resultados sanitarios y
estrategias para una distribución equitativa**

(Respuesta de 10 días)

Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones

05/10/2023

Síntesis Rápida
Evaluación del impacto de la densidad de Recursos Humanos en Salud en el acceso a la atención, en los resultados sanitarios y estrategias para una distribución equitativa

(Respuesta de 10 días)

05/10/2023

Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones-UNED
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

La Unidad de Evidencia y Deliberación para la toma de Decisiones (UNED) de la Facultad de medicina de la Universidad de Antioquia aprovecha la mejor evidencia global y local disponible para producir resúmenes de evidencia. UNED también convoca a ciudadanos, investigadores, tomadores de decisiones y otros actores interesados a participar en diálogos deliberativos con el objetivo de informar la formulación de políticas sociales y en salud y de mejorar de la población colombiana.



Unidad de Evidencia y Deliberación
para la toma de decisiones
UNED



Autores

Balázs Juhász, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada.
León González-Casas, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada.
Daniel F. Patiño-Lugo, Profesor Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.
Gabriel Jaime Otalvaro-Castro, Profesor Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.
Pamela Velásquez-Salazar, Investigadora Unidad de Evidencia y Deliberación para la toma de Decisiones, UNED, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia
Viviana Vélez-Marín, Investigadora Unidad de Evidencia y Deliberación para la toma de Decisiones, UNED, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia
David García-Arias, Investigador Unidad de Evidencia y Deliberación para la toma de Decisiones, UNED, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia
Duber Ignacio Osorio-Bustamante, Profesor Facultad de Odontología Universidad de Antioquia, Coordinador-Investigador Hub de Evidencias de Latinoamérica y del Caribe:Hub LAC
Correa-Delgado Mateo, Universidad de Antioquia. Línea de investigación en políticas de salud y uso de evidencias de la facultad de Odontología.
Leydi Camila Rodríguez-Corredor, Investigadora Unidad de Evidencia y Deliberación para la toma de Decisiones, UNED, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia
Camilo Osorio-Caldera, Estudiante de odontología, Universidad de Antioquia. Línea de investigación en políticas de salud y uso de evidencias de la facultad de Odontología.
Valeria Carpio-Fuentes, Estudiante de odontología, Universidad de Antioquia. Línea de investigación en políticas de salud y uso de evidencias de la facultad de Odontología.
Isabel C. Marín-Orozco, Investigadora Unidad de Evidencia y Deliberación para la toma de Decisiones, UNED, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia
Paola Andrea Ramírez, Documentalista de la Unidad de Evidencia y Deliberación para la toma de Decisiones, UNED, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Línea temporal

Esta síntesis se preparó en un plazo de 10 días hábiles para informar un diálogo posterior entre actores interesados en este tema, contexto en el cual la evidencia científica es una de muchas consideraciones.

Financiación

Esta síntesis rápida recibió financiación del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación - Minciencias, en el marco del proyecto: “Desarrollo, implementación y evaluación de una estrategia de transferencia del conocimiento para apoyar la toma de decisiones políticas informadas por la evidencia a nivel nacional en Colombia”, Contrato: 394-2020; fecha de inicio: 29/05/2020; Convocatoria: 844 del 2019. Los puntos de vista expresados en la síntesis rápida son puntos de vista de los autores y no deben considerarse representativos de los puntos de vista de la Universidad de Antioquia.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen intereses profesionales o comerciales relevantes para la síntesis rápida.

Revisión de mérito

Las síntesis rápidas no van a revisión de mérito debido al corto tiempo para su producción.

Citación

Juhász B, González-Casas L, Patiño-Lugo DF, Otalvaro-Castro GJ, Velásquez-Salazar P, Vélez-Marín VM, García-Arias D, Osorio-Bustamante DI, Correa-Delgado M, Osorio-Caldera C, Carpio-Fuentes V, Rodríguez-Corredor LC, Marín-Orozco IC, Ramírez PA. Síntesis rápida: Evaluación del impacto de la densidad de Recursos Humanos en Salud en el acceso a la atención, en los resultados sanitarios y estrategias para una distribución equitativa. Medellín, Colombia: Facultad de Salud Pública y Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones, Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia (ISSN 2744-8029). 10 de octubre de 2023. 34p.



This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License.
To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Contenido

Contenido	6
MENSAJES CLAVE	7
Preguntas.....	7
¿Por qué el tema es importante?.....	7
Lo que encontramos.....	7
PREGUNTAS	9
Objetivo.....	9
¿Por qué el tema es importante?.....	10
LO QUE ENCONTRAMOS	12
Impacto de la densidad de recursos humanos en salud en los indicadores de acceso, morbilidad y mortalidad.....	12
Efectividad de las estrategias de reclutamiento, retención y redistribución dirigidas al talento humano en salud.....	14
Consideraciones de implementación.....	19
REFERENCIAS	26
ANEXOS	28
Anexo 1. Búsqueda de la literatura y criterios de selección.....	28
Anexo 2. Resumen de los estudios incluidos.....	30

MENSAJES CLAVE

Preguntas

- ¿Cuál es el impacto en la salud de la densidad de recursos humanos en salud (asociación entre la densidad de recursos humanos y los indicadores de acceso a la atención en salud, en la morbilidad y mortalidad)?
- ¿Qué estrategias de reclutamiento, retención y redistribución se han demostrado efectivas para facilitar una distribución equitativa de los recursos humanos en salud?

¿Por qué el tema es importante?

En Colombia, a pesar de la existencia de un marco legal que reconoce la importancia del Talento Humano en Salud (THS) como componente esencial para mejorar la salud pública y la equidad social, persisten desafíos significativos en su implementación efectiva. La eficacia y sostenibilidad de los sistemas de salud se encuentran intrínsecamente ligadas al THS, y las particularidades inherentes a estos sistemas generan problemáticas en términos de cantidad, distribución, capacidades, calidad y organización del personal de salud. El THS forma la base de los sistemas de atención médica, independientemente de sus modelos organizativos, de financiamiento y operativos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estipula que el acceso universal a la salud y la cobertura de salud universal implican que todas las personas y comunidades tengan acceso, sin discriminación ni limitaciones, a servicios de salud integrales, oportunos y de calidad. El propósito principal de nuestra investigación fue informar a los tomadores de decisiones en el proceso de actualización de las políticas nacionales en la República de Colombia para mejorar la distribución del THS.

Lo que encontramos

- Se encontraron 21 revisiones sistemáticas que abordaron las preguntas de interés. La mayoría de ellas calificadas con una calidad críticamente baja a baja.
- La disponibilidad de profesionales de la salud en oncología varía significativamente según la región y el nivel de ingresos del país, siendo más alta en países de ingresos altos (1).
- La alta densidad de trabajadores de la Salud Materna e Infantil (SMI) en China se logra mediante una combinación de trabajadores con perfiles educativos altos y bajos. La densidad promedio de médicos y enfermeras de la SMI fue de 11.8 y 11.4 por cada 100,000 habitantes, respectivamente. La densidad promedio de obstetras fue de 9.0 por cada 1,000 nacimientos y la de enfermeras obstetras fue de 16.0 por cada 1,000 nacimientos (2).
- Los programas de pasantías/residencias o programas de orientación/transición a la práctica que tienen una duración de entre 27 y 52 semanas, y que incluyen un componente de enseñanza, preceptoría y mentoría fueron efectivos para promover la retención de personal de enfermería que inicia su carrera (No se especifica ámbito rural o urbano) (3,4).
- Las instalaciones con programas establecidos de formación para este personal experimentan las tasas más bajas de rotación en el primer año en comparación con aquellas con programas más nuevos o sin programa alguno (4).
- La selección de estudiantes universitarios provenientes de áreas rurales, la capacitación universitaria durante al menos un año en áreas rurales, la implementación de programas educativos multifacéticos, la proporción de oportunidades de formación de posgrado en áreas rurales, el incremento en pagos para retención, garantizar el acceso a suplentes remunerados, los subsidios para escolaridad en hijos y las estrategias de coaching fueron efectivas para la retención de profesionales médicos de la salud en áreas rurales y remotas (5,6).
- Políticas educativas como reservar plazas de posgrados para médicos que han trabajado en áreas remotas, brindar a los médicos en áreas rurales la oportunidad de enseñar ciertos cursos en universidades de ciencias médicas y organizar programas educativos continuos para médicos rurales son efectivas para la determinación de la elección de lugar de trabajo en médicos (7).

- Se encontraron correlaciones positivas significativas entre el estilo de liderazgo ético, el estrés laboral y la rotación anticipada, así como entre el estrés laboral y la rotación anticipada en personal de enfermería (8).
- En farmacéuticos, las recompensas financieras se consideraron factores positivos, incluyendo un ingreso o salario más alto, e incentivos financieros y otros beneficios, incluido el apoyo financiero del gobierno, paquetes de remuneración específicos y otros acuerdos contractuales, y la condonación de deudas de préstamos (perdón de préstamos) asociadas con la finalización de programas de farmacia de pregrado (9).
- Los jefes de enfermería están más satisfechos trabajando en entornos con cargas de trabajo manejables, supervisores comprensivos y programas de desarrollo y aprendizaje profesional (10).
- Los factores asociados con retención para personal de enfermería que inicia su carrera incluyen: Factores individuales como la satisfacción laboral y el compromiso organizacional o la inmersión en el trabajo, factores a nivel de la unidad como liderazgo, relaciones entre compañeros/grupo y entorno laboral general; factores organizacionales como la designación Magnet y las oportunidades de entrenamiento (4).
- En general para el personal de enfermería, se encontraron nueve dominios que influyen en la rotación del personal: liderazgo y gestión de enfermería, educación y avance profesional, ambiente organizacional (laboral), niveles de personal, cuestiones profesionales, apoyo en el trabajo, influencias personales, influencias demográficas y remuneración financiera (11).
- En personal médico, factores como las condiciones de trabajo tienen una influencia significativa en la retención de médicos en áreas rurales o subdesarrolladas, mientras que la alta carga laboral, multiplicidad de responsabilidades, falta de seguridad laboral, de equipo quirúrgico y medicamentos esenciales son factores que afectan la contratación en estas áreas. Así mismo, tienen influencia en la retención de médicos factores relacionados a las condiciones de vida como la falta de comodidades, alojamiento y deficiencias, como la falta de comunicación e Internet, instalaciones recreativas y lugares interesantes (7).
- Un factor de retención para profesionales de la salud en un entorno rural incluye la exposición positiva a áreas rurales durante la formación o en los primeros años de posgrado, y apoyo personal y profesional (5). Los médicos de cabecera y los médicos de familia con procedencia y experiencia rurales durante la educación médica de pregrado y posgrado tienen más probabilidades de ingresar a la práctica rural (12).
- En químicos farmacéuticos, los factores geográficos y relacionados con la familia se identificaron en nueve estudios como los principales contribuyentes al reclutamiento y la retención de la práctica de farmacéuticos en zonas rurales (9).

PREGUNTAS

Se identifican problemáticas relacionadas con la insuficiencia del THS, una distribución geográfica desigual, la subutilización en la atención primaria, carencia de datos fiables, desigualdades regionales, la crítica retención de profesionales en áreas rurales, así como desafíos específicos en la gestión del personal especializado. La desigual distribución del THS en Colombia incide negativamente en el acceso equitativo a servicios de atención médica de alta calidad y agudiza las desigualdades en salud entre áreas urbanas y rurales, planteando desafíos esenciales para la salud pública y la equidad social.

Objetivo

Evaluar la asociación entre la densidad de talento humano en salud y los indicadores de acceso al sistema sanitario, morbilidad y mortalidad, con el fin de proporcionar una síntesis rápida basada en la evidencia sobre el impacto sanitario de la disponibilidad del talento humano en salud, al mismo tiempo, identificar las estrategias que han demostrado ser más efectivas para mejorar la distribución geográfica, disponibilidad y retención del Talento Humano en Salud (THS), con el propósito de promover una distribución más equitativa entre áreas urbanas y rurales.

Se definieron las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el impacto en la salud de la densidad de recursos humanos en salud (asociación entre la densidad de recursos humanos y los indicadores de acceso a la atención médica, morbilidad y mortalidad)?
- ¿Qué estrategias de reclutamiento, retención y redistribución se han demostrado efectivas para facilitar una distribución equitativa de los recursos humanos en salud?
- Preguntas secundarias: (I) ¿Qué indicadores se miden habitualmente en este tipo de estudios? (II) ¿Cuáles son las principales diferencias entre las estrategias para mejorar los recursos humanos en salud en áreas rurales y urbanas?

Se identifican problemáticas relacionadas con la insuficiencia del THS, una distribución geográfica desigual, la subutilización en la atención primaria, carencia de datos fiables, desigualdades regionales, la crítica retención de profesionales en áreas rurales, así como desafíos específicos en la gestión del personal especializado. La desigual distribución del THS en Colombia incide negativamente en el acceso equitativo a servicios de atención médica de alta calidad y agudiza las desigualdades en salud entre áreas urbanas y rurales, planteando desafíos esenciales para la salud pública y la equidad social.

Objetivo

Cuadro 1. Antecedentes de la síntesis rápida

Esta síntesis rápida moviliza evidencia de investigación tanto global como local sobre una pregunta presentada al programa de Respuesta Rápida de la Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones-UNED de la Facultad de Medicina (Universidad de Antioquia). Siempre que sea posible, la síntesis rápida resume la evidencia científica extraída de revisiones sistemáticas de la literatura y ocasionalmente de estudios de investigación individuales.

Una revisión sistemática es un resumen de los estudios que abordan una pregunta claramente formulada que utiliza métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y evaluar los estudios de investigación, y para sintetizar los datos de los estudios incluidos. La síntesis rápida no contiene recomendaciones, lo que habría requerido que los autores hicieran juicios basados en sus valores y preferencias personales.

Las síntesis rápidas pueden solicitarse en un plazo de tres (3), diez (10), treinta (30), sesenta (60) o noventa (90) días hábiles.

Esta síntesis rápida se preparó en un plazo de 10 días laborables e incluyó tres (3) pasos:

1. La presentación de una pregunta por parte de un formulador de políticas o de un actor interesado (en este caso, la Dirección de Talento Humano, del Viceministerio de salud pública del Ministerio de Salud y Protección Social);
2. Identificar, seleccionar, evaluar y sintetizar las investigaciones pertinentes sobre el tema;
3. Redactar la síntesis rápida de manera que se presente de forma concisa y en un lenguaje accesible.

Evaluar la asociación entre la densidad de talento humano en salud y los indicadores de acceso al sistema sanitario, morbilidad y mortalidad, con el fin de proporcionar una síntesis rápida basada en la evidencia sobre el impacto sanitario de la disponibilidad del talento humano en salud, al mismo tiempo, identificar las estrategias que han demostrado ser más efectivas para mejorar la distribución geográfica, disponibilidad y retención del Talento Humano en Salud (THS), con el propósito de promover una distribución más equitativa entre áreas urbanas y rurales.

Se definieron las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el impacto en la salud de la densidad de recursos humanos en salud (asociación entre la densidad de recursos humanos y los indicadores de acceso a la atención médica, morbilidad y mortalidad)?
- ¿Qué estrategias de reclutamiento, retención y redistribución se han demostrado efectivas para facilitar una distribución equitativa de los recursos humanos en salud?
- Preguntas secundarias: (I) ¿Qué indicadores se miden habitualmente en este tipo de estudios? (II) ¿Cuáles son las principales diferencias entre las estrategias para mejorar los recursos humanos en salud en áreas rurales y urbanas?

¿Por qué el tema es importante?

El THS es un elemento fundamental para la materialización del derecho fundamental a la salud, mediante el logro de una cobertura y acceso universal, con equidad y calidad en la atención en salud (13). Uno de los obstáculos para mejorar la eficacia, efectividad y el acceso a la salud ha sido la crisis mundial de la fuerza de trabajo, caracterizada por un déficit y una distribución desigual de los profesionales de salud, especialmente en los países empobrecidos (14). El primer Foro Mundial sobre Recurso Humano en salud (RHS) reconoció la necesidad de enfrentar la crisis y propuso a agentes políticos y de gobierno que se garantice la retención y distribución equitativa de este recurso. La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) estableció la Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, así como el Plan de Acción correspondiente para el período 2018-2023 (15). En estos documentos, se proponen líneas estratégicas de acción destinadas a fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría de los recursos humanos para la salud, desarrollar las condiciones y capacidades de los recursos humanos en salud para disminuir las brechas de desigualdad.

Los países de la región de las Américas reafirmaron recientemente su compromiso con el acceso universal a la salud, reconociendo que, a pesar de los avances en el desarrollo económico y social y en el fortalecimiento de los sistemas de salud, persisten las inequidades y la exclusión en el acceso a servicios integrales, adecuados, oportunos y de calidad (16). Esta inequidad se refleja en la persistencia de brechas significativas en los resultados en salud y acceso a los servicios de salud, que muestran condiciones menos favorables para las poblaciones que habitan en zonas rurales y dispersas (17). Existe una mayor disponibilidad de recurso humano en los grandes centros urbanos, mientras que las zonas rurales y alejadas enfrentan serias dificultades para vincular y retener el personal sanitario. Entre más calificado es el personal es más crítica la situación.

En Colombia, con la puesta en marcha de la reforma de la seguridad social de 1993 a la vez de las reformas laborales de 1990 y 2002, la problemática laboral de los trabajadores de la salud se agudizó, afectando la continuidad, calidad, acceso, eficiencia y efectividad de los programas de salud (17).

La Política Nacional del Talento Humano en Salud del 2018, planteada en el marco de la Ley Estatutaria, del Plan Decenal de Salud Pública 2011 – 2021, de la Política de Atención Integral en Salud establecida en la Ley 1753 de 2015, de la ley de Talento Humano en Salud y de la Ley 1438 de 2011, presenta una notable discrepancia entre su contenido normativo y su aplicación en la realidad. Esta disonancia se agrava por el hecho de que se implementa en el contexto de un sistema de salud fragmentado y con un notorio problema de legitimidad social.

Esta desconexión entre lo que está plasmado en la política y su efectiva implementación se traduce en dinámicas desarticuladas en diferentes ámbitos de la relación entre los sectores de salud y educación. La escasa implementación de

esta política no ha logrado una coordinación intersectorial efectiva en torno a objetivos comunes, lo que ha dado lugar a efectos no deseados, como, por ejemplo, se han deteriorado las condiciones laborales para los profesionales de la salud, la formación no siempre ha sido pertinente, y la coherencia y eficacia de los incentivos y la regulación han sido cuestionadas.

Existe un importante déficit de recurso humano en salud, no solo por las posibles diferencias entre lo rural y lo urbano, sino por diferencias en los niveles de desarrollo y capacidad de atracción y fijación de profesionales en zonas complejas y de difícil acceso. Según el Observatorio Nacional de Calidad en Salud del MSPS, la diferencia del número combinado de médicos y enfermeras según departamento es de 6,2 por mil habitantes en Bogotá mientras en Choco es de 1,2 revelando grandes diferencias, que se traducen en barreras para el acceso de los ciudadanos a los servicios y cuidados de salud (18).

La falta de acceso a prestadores de atención es una de las principales causas de la inequidad sanitaria (19). La inequidad en salud es un concepto normativo, que puede medirse indirectamente mediante la identificación de las desigualdades en salud, es decir, diferencias observables entre grupos sociales que se juzgan como injustas (20). Estas desigualdades son producto de mecanismos estructurales que dan forma a jerarquías sociales de grupos poblacionales y en ningún caso deben considerarse un fenómeno natural (21). Entre las desigualdades comentadas, la distribución de recurso humano a nivel geográfico o en los distintos niveles de atención es otra evidencia de inequidad (22) que afecta la materialización del derecho a la salud. Sin duda los temas de acceso están directamente relacionados a la disponibilidad de talento humano calificado, estable y que tenga acceso a tecnología e infraestructura adecuada para garantizar una resolución de calidad en salud para la población, especialmente pensando en la diversidad geográfica y de niveles de desarrollo del territorio colombiano.

LO QUE ENCONTRAMOS

Cuadro 2. Identificación, selección y síntesis de la evidencia científica

Resultados de la búsqueda

Luego de eliminar los duplicados se encontraron 505 citaciones, de los cuales se eliminaron 340 mediante el tamizaje de títulos y resumen, las 165 referencias restantes fueron revisadas en texto. Se excluyeron 127 por no ser revisión sistemática, 13 por no responder a las preguntas de investigación y 2 porque no eran accesible para nuestro grupo de trabajo (en total 142 excluidos después de lectura completa).

La evidencia que se presenta proviene de 23 revisiones sistemáticas (1–12,24–34).

La descripción detallada de las características de los estudios incluidos se presenta en el **anexo 2**.

Impacto de la densidad de recursos humanos en salud en los indicadores de acceso, morbilidad y mortalidad

La evidencia sobre el impacto sanitario de la densidad de THS fue limitada. Se encontraron tres revisiones sistemáticas, una midiendo la asociación entre THS y el acceso al sistema sanitario, y dos entre THS y morbilidad. Estas dos revisiones tratan estimar el impacto de dos profesiones especializadas, lo cual hace difícil la generalización a profesionales básicos como médicos generales, enfermeros, odontólogos u otros trabajadores de salud.

Un resumen de los hallazgos principales de las revisiones sistemáticas puede ser consultado en la **tabla 1**. Según estas revisiones existe una asociación entre

Identificamos la evidencia en Medline-PubMed, Embase, Cochrane Library, Epistemonikos, Biblioteca Virtual en Salud (Bireme-Lilacs). Adicionalmente se realizaron búsquedas complementarias en WHO Iris, McMaster Health Forum Health Systems Evidence y McMaster Health Forum Social Systems Evidence

Las estrategias de búsqueda completas y los criterios de selección detallados pueden ser consultados en el **Anexo 1**.

Los resultados de las búsquedas fueron evaluados por dos revisores de forma independiente para su inclusión usando el software Rayyan (23). Se incluyeron las investigaciones que se encuadraban en el ámbito de las preguntas planteadas para la síntesis rápida.

Para cada revisión sistemática que se incluyó en la síntesis, se documentó el título, PMID/URL/DOI, año de publicación, primer autor, enfoque de la revisión, número de estudios incluidos, proporción de estudios en Colombia y/o América Latina, proporción de estudios en países de ingresos bajos/medianos, regiones de la OMS de los estudios incluidos, año de la última búsqueda de la literatura (como un indicador de cuán reciente es), los hallazgos clave, asociación informada entre la densidad de los RHS y el acceso a la atención médica, asociación informada entre la densidad de los RHS y la morbilidad, asociación informada entre la densidad de los RHS y la mortalidad, indicadores utilizados en la medida, configuración rural/urbana, profesión de interés (RHS), descripción de las estrategias informadas, estrategias informadas (reclutamiento/retención/redistribución), clasificación de la estrategia según la taxonomía del McMaster Health Forum. Se registraron además los beneficios, riesgos, la información sobre costos presentada y las barreras y facilitadores identificados. Luego se utilizó esta información extraída para desarrollar una síntesis de los hallazgos clave.

La calidad de la evidencia se evaluó con el instrumento AMSTAR 2 para las revisiones sistemáticas.

Tabla 1. Resumen de los hallazgos principales de las revisiones sistemáticas

Impacto sanitario	Resumen de los hallazgos clave
Asociación entre densidad de THS y acceso al sistema sanitario	<ul style="list-style-type: none"> ● Mayor densidad de médicos en áreas rurales y desfavorecidas facilitara el acceso al servicio de las personas de esa área (7).
Asociación entre densidad de THS e indicadores de morbilidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Se demostró que las regiones que tienen prevalencia más alta de retinopatía diabética tenían las densidades de oftalmólogos más bajas (25). ● La región que tiene la mayor cantidad de enfermedades neuroquirúrgicas en el mundo presenta al mismo tiempo una menor cantidad de neurocirujanos. Neurocirujanos (28).
Asociación reportada entre densidad de THS y mortalidad	No reportada

Se identificaron cinco revisiones sistemáticas con información sobre los indicadores que suelen utilizar para medir fenómenos relacionados con el talento humano en salud (THS):

Densidad de THS:

- proporciones de proveedores por cada 100,000 habitantes
- proporciones de proveedores por cada 100 pacientes de una determinada enfermedad (o el límite superior e inferior estimado de la población con una determinada enfermedad)

Reclutamiento/retención/redistribución de THS:

- tasa de crecimiento exponencial anual
- intento de migración
- migración de retorno
- experiencias laborales y condiciones del servicio y políticas de implementación.
- duración media o mediana de las probabilidades de supervivencia en el empleo
- Hazard ratio, odds ratio o riesgo relativo de permanecer o abandonar una zona rural
- tasa de estabilidad, de establecimiento, de vacancia
- puestos vacantes
- números o tasa de rotación
- tasas de desgaste o desperdicio
- tasa de dejar el trabajo antes del fin de contrato
- intención de quedarse/dejar el trabajo, intención de volver

La mayoría de la evidencia viene de revisiones sistemáticas evaluadas como de baja calidad con el instrumento AMSTAR-2 y con calidad moderada, que aportaron información de indicadores pero no del impacto. La evidencia limitada que existe sugiere que la densidad de THS es un factor influyente de acceso al sistema sanitario y de morbilidad.

Efectividad de las estrategias de reclutamiento, retención y redistribución dirigidas al talento humano en salud.

Se encontraron 15 revisiones sistemáticas que describieron 43 estrategias asociadas al reclutamiento, retención y redistribución del THS (3,5–7,10,12,24,26–32,34). La mayoría de las intervenciones encontradas en la evidencia se enfocaron en la retención de THS (3,5–7,10,12,24,26,27,29–32,34), se encontró menos información para el reclutamiento o la redistribución del THS (3,5,6,12,26–28,30). La mayoría de las revisiones sistemáticas incluidas fueron evaluadas con una calidad baja (3,7,29–31,34) o críticamente baja (5,10,12,26–28); a excepción de dos revisiones calificadas como de moderada calidad (6,32) y una de alta calidad (24) utilizando la herramienta AMSTAR-2 (35).

Los diferentes contextos en los cuales se implementaron estas estrategias pueden limitar la su generalización al contexto colombiano. Un resumen de las estrategias identificadas se encuentra en la **Tabla 2**.

Cambios relacionados a la prestación de servicios de salud.

Estos cambios se relacionan con el cómo, cuándo, dónde y quién proporciona la atención en salud. Dentro de los efectos positivos encontrados, cinco revisiones (5–7,10,12) reportaron evidencia de estrategias que mejora la retención/reclutamiento del THS como son: mejorar el entorno laboral y las condiciones de trabajo (principalmente para el personal femenino) (5), asegurar una carga laboral adecuada (10), favorecer la selección de estudiantes/profesionales de procedencia y formación académica en área rural para la atención en salud en las zonas rurales (5,6,12), y asegurar el aumento en la oferta y retención laboral del personal no médico para la retención del personal médico (6).

En concordancia, se encontraron efectos negativos sobre la retención/reclutamiento del THS asociados al estrés por grandes cargas de trabajo que se asocia con desenlaces negativos en salud como depresión, ansiedad, alteraciones del patrón de sueño hipertensión y cambios de peso (10); la disponibilidad de profesionales de nivel medio en áreas rurales como asistentes médicos y enfermeros practicantes avanzados, principalmente para la retención de médicos (6), y el aumento del cubrimiento y acceso a atención sanitaria financiada con recursos públicos en zonas rurales para profesionales de salud de edad avanzada o con discapacidades que mostró un aumento de la inactividad laboral (estudio realizado en EE. UU., donde no existe un seguro sanitario universal) (6).

Cambios relacionados con la financiación.

Estos son cambios se refieren a la forma en cómo se recaudan los fondos, los esquemas de seguros, en cómo se compran los servicios y el uso de incentivos o desincentivos financieros dirigidos.

Ocho revisiones (3,5–7,27,29,31,32) reportaron efectos positivos relacionados a las estrategias de financiación para la retención/reclutamiento del THS como los Incentivos monetarios (acceso garantizado a suplentes remunerados, cubrimiento en los gastos de escolarización de los niños, incentivos para la permanencia en el puesto de trabajo, la carga de habilidades rurales, aumento del salario del THS rural, reducción de los costos del seguro de mala praxis y pagos específicos como médico visitador). En los países de medianos y bajos ingresos, los incentivos monetarios demostraron ser una estrategia muy efectiva (5). Otras son las intervenciones que condicionan el servicio en zonas rurales del THS a cambio de un beneficio (durante un periodo de tiempo variable) (6).

Como efectos negativos, una revisión encontró una baja retención rural a largo plazo, especialmente una vez finalizado el periodo de beneficios condicionados a la retención y los incentivos financieros generales de retención para los médicos rurales en Australia; lo cual sugiere que estas estrategias son dependientes del entorno de implementación (27).

Cambios relacionados a la gobernanza.

Se refiere a cambios en las reglas o procesos que afectan la forma en que se ejercen el poder, particularmente respecto a la autoridad, rendición de cuentas, apertura, participación y coherencia.

Entre la evidencia que mostró efectos positivos, dos estudios (5,27), encontraron estrategias relacionadas a apoyar y empoderar profesionales de la salud indígenas como el reconocimiento del rol, bases de datos nacionales sobre THS indígena, aumentar recursos humanos, creación de itinerarios profesionales (27), además otras intervenciones como los programas coercitivos (5).

Como efectos negativos, en países de altos ingresos la retención de médicos es igual al tiempo que dura la coerción (5).

Tabla 2. Resumen de los hallazgos principales de las revisiones sistemáticas enmarcados en la taxonomía del Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) para intervenciones en los sistemas de salud.

Cambios relacionados con la prestación de servicios de salud <i>Cómo, cuándo, dónde y quién presta la atención en salud</i>					
Dónde se presta la atención en salud y cambios en el entorno del cuidado en salud					
<i>Estrategia</i>	<i>Tipo de estrategia</i>	<i>Profesión</i>	<i>Entorno</i>	<i>Efectos positivos</i>	<i>Efectos negativos</i>
Mejorar el entorno laboral y las condiciones de trabajo (5,7,24).	Retención	Médicos Trabajadores de salud	Rural Urbano	Mejorar las condiciones laborales aumenta la retención, especialmente del personal femenino.	NA
Cambios relacionados con quién provee y cómo se gestiona la fuerza laboral en la atención en salud: cambios relacionados con quienes proveen la atención en salud, incluyendo su formación, y el reclutamiento, distribución y retención de los trabajadores de la salud.					
<i>Estrategia</i>	<i>Tipo de estrategia</i>	<i>Profesión</i>	<i>Entorno</i>	<i>Efectos positivos</i>	<i>Efectos negativos</i>
Asegurar cargas de trabajo manejables. Incluye la supervisión de empleados (igual o menor a 100 personas) (10).	Retención	Enfermeros (jefes)	No especificado	Los jefes de enfermería con menos personal a cargo mostraban una mayor intención de permanecer en sus puestos y eran más probable que recomendaran las labores administrativas como carrera. La satisfacción del trabajo de los jefes de enfermería tuvo una correlación negativa (inversa) con el estrés y la intención de dejar de fumar.	El estrés por grandes cargas de trabajo se asocia con desenlaces negativos en salud para el personal de atención de salud como depresión, ansiedad, alteraciones del patrón de sueño hipertensión y cambios de peso.
Seleccionar estudiantes/ de procedencia y formación académica rural para la atención en salud en las zonas rurales (5,6,12).	Retención Reclutamiento	Médicos Enfermeros Odontólogos Otros profesionales de la salud	Rural	La selección de estudiantes formados en áreas de la salud que provienen de zonas rurales para la atención en estas zonas conlleva a una mayor retención de los profesionales. Para los médicos, la procedencia y formación rurales comparadas con: 1) procedencia y formación académica metropolitana 2) procedencia metropolitana y formación académica rural	NA

				y 3) procedencia rural y formación académica metropolitana mostraron una retención en el ejercicio de la profesión en áreas rurales hasta después de 5 años.	
Formación universitaria fuera de las áreas metropolitanas (6,12).	Retención Reclutamiento	Enfermeros Médicos Odontólogos Otros profesionales de la salud	Rural	La formación universitaria en pregrado para el personal de la salud en regiones diferentes a las metropolitanas aumenta la probabilidad de ejercer la profesión en una zona rural y se asocia a una mayor retención. La mayor duración de la formación rural se asocia a mayores probabilidades de retención. Hay información contradictoria sobre la formación universitaria en el área rural y los currículos diseñados específicamente para áreas rurales.	NA
Retención de personal en salud no médico (6).	Retención	Médicos	Rural	El aumento de la oferta y retención rural de enfermeras se asoció a una disminución significativa de la rotación de médicos.	El acceso a profesionales de nivel medio en las zonas rurales, como asistentes médicos y enfermeros practicantes avanzados, aumentó la probabilidad de abandono de los puestos por parte de los médicos.
Aumentar el cubrimiento y acceso de la atención sanitaria financiada con recursos públicos en zonas rurales para profesionales de salud de edad avanzada o con discapacidades (6).	Retención	Médicos	Rural	NA	Aumentó la probabilidad de que los médicos optará por la inactividad laboral. (datos de EE. UU. donde no existe un seguro sanitario universal).
Tecnologías de la información y la comunicación (TIC)					
<i>Estrategia</i>	<i>Tipo de estrategia</i>	<i>Profesión</i>	<i>Entorno</i>	<i>Efectos positivos</i>	<i>Efectos negativos</i>
Inversión en recursos y tecnologías (28)	Redistribución	Médicos especialistas: neurocirujanos	Ambos	NA	NA

Cambios relacionados con la financiación.					
<i>Cambios en la forma en cómo se recaudan los fondos, los esquemas de seguros, en cómo se compran los servicios y el uso de incentivos o desincentivos financieros dirigidos.</i>					
Incentivos financieros dirigidos a profesionales de la salud y organizaciones sanitarias.					
<i>Estrategia</i>	<i>Tipo de estrategia</i>	<i>Profesión</i>	<i>Entorno</i>	<i>Efectos positivos</i>	<i>Efectos negativos</i>
Intervenciones que condicionan el servicio en zonas rurales del THS a cambio de un beneficio (durante un periodo de tiempo variable) (6).	Retención	Médicos Enfermeros Otros profesionales de la salud	Rural	Algunos estudios señalan que los beneficiarios de desembolsos de préstamos permanecieron en las zonas rurales durante más tiempo.	Baja retención rural a largo plazo, especialmente al finalizar el periodo necesario para obtener beneficios.
Incentivos monetarios. Por ejemplo: acceso garantizado a suplentes remunerados, cubrimiento en los gastos de escolarización de los niños, incentivos para la permanencia en el puesto de trabajo, carga de habilidades rurales, aumento del salario del THS rural, reducción de los costos del seguro de mala praxis y pagos específicos como médico visitador, ascensos laborales (3,5–7,27,29,31,32).	Retención	Enfermeros Médicos THS indígena Profesionales de la salud en general	Ambos	Tanto para el ámbito rural como urbano, los incentivos financieros disminuyeron la deserción e incrementaron del THS. Los incentivos financieros, los aumentos salariales y la estandarización de los salarios entre las especialidades se asocian a un aumento de la retención, especialmente entre el THS con un nivel superior de formación. El aumento en los incentivos como garantía de sustitución remunerada, pagos por retención del THS y la carga de competencias en zonas rurales se asoció con una mayor retención. La retención de un médico por cualquier esquema de incentivos al menos un año adicional puede ahorrar costos mucho mayores y mostro en ser efectiva tanto en países de altos como en países de medianos y bajos ingresos. Mejoran la retención el aumento de los proyectos elegibles para investigación, la mayor capacitación en educación de los interventores de la salud y mayor soporte y sostenibilidad para la	Los incentivos financieros generales para la retención de los médicos rurales en Australia fueron ineficaces.

				retención y su financiamiento. Los ascensos laborales lograron mayor retención en Uganda	
Cambios relacionados a la gobernanza.					
<i>Reglas o procesos que afectan la forma en que se ejercen el poder, particularmente respecto a la autoridad, rendición de cuentas, apertura, participación y coherencia.</i>					
Autoridad y responsabilidad de los profesionales de la salud					
<i>Estrategia</i>	<i>Tipo de estrategia</i>	<i>Profesión</i>	<i>Entorno</i>	<i>Efectos positivos</i>	<i>Efectos negativos</i>
Apoyar y empoderar profesionales de la salud indígenas (27).	Retención	THS indígena	No específica	Estrategias como el reconocimiento del rol, la creación de base de datos nacionales sobre THS indígena, el aumento de recurso humano indígena y la creación de itinerarios profesionales ayudan a disminuir la confusión sobre el rol del THS indígena, gestionando las expectativas sobre el alcance de la atención en salud y la reduce carga de trabajo debida a descripciones de puestos ambiguas.	NA
Programas coercitivos (5).	Retención	Médicos	Rural	La combinación de esta estrategia con incentivos monetarios aumentó la retención de médicos en países de bajos ingresos.	En países de altos ingresos, la retención de médicos es igual al tiempo que dura la coerción.

Consideraciones de implementación

Las estrategias de implementación son intervenciones diseñadas para generar cambios en las organizaciones sanitarias, el comportamiento de los profesionales o el uso de los servicios en salud por parte de los beneficiarios de la atención. Once revisiones sistemáticas reportaron estrategias de implementación relacionadas con la retención/reclutamiento del THS (3,5–7,10,12,24,26,27,30,34).

Las principales estrategias identificadas se encuentran resumidas en la **tabla 3**.

Tabla 3. Resumen estrategias de implementación enmarcados en la taxonomía del Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) para intervenciones en los sistemas de salud.

Estrategias de implementación. <i>Intervenciones diseñadas para generar cambios en las organizaciones sanitarias, el comportamiento de los profesionales o el uso de los servicios en salud por parte de los beneficiarios de la atención.</i>					
Intervenciones dirigidas a organizaciones sanitarias					
<i>Estrategia</i>	<i>Tipo de estrategia</i>	<i>Profesión</i>	<i>Entorno</i>	<i>Efectos positivos</i>	<i>Efectos negativos</i>
Reconocer y aprovechar las aptitudes de los trabajadores de la salud de mayor edad (34).	Retención	Enfermeros especialistas (salud mental)	No especificado	Impartir conocimientos a través de oportunidades de tutoría para otros profesionales de la salud.	NA
Implementar el respeto cultural en el lugar de trabajo: capacitación continua en seguridad cultural para el personal THS, mejorar la competencia cultural de los líderes y supervisores, finalizar de la capacitación integrada con los requisitos de gestión del desempeño (27).	Retención	THS indígena	No especificado	Mejora la comprensión del rol de THS indígena, la colaboración y el respeto entre profesionales de la salud. Empodera a los profesionales indígenas y reduce el agotamiento, creando entornos laborales culturalmente sensibles. Fomenta la consulta con el personal indígena sobre políticas relevantes y promueve las “formas de trabajo indígenas de trabajar”	NA
Favorecer el apoyo organizacional (10).	Retención	Enfermeros (jefes)	No especificado	Influye de manera positiva en la satisfacción y bienestar de los jefes de enfermería y lleva a un ambiente de trabajo saludable. El apoyo hospitalario y los recursos adecuados predicen la satisfacción de los jefes de enfermería y la intención de quedarse laborando en el mismo lugar.	NA
Arreglos de trabajo flexibles (por ejemplo:	Retención	THS indígena	No especificado	Permite a los trabajadores cumplir con sus obligaciones	NA

disposiciones sobre compromisos culturales) (27).				profesionales y comunitarias, mejora el equilibrio entre vida personal y laboral y aumenta la retención	
Intervenciones dirigidas a los trabajadores de la salud					
Estrategia	Tipo de estrategia	Profesión	Entorno	Efectos positivos	Efectos negativos
Sistemas educativos de salud indígenas: ampliar los servicios de salud indígenas con flexibilidad y disponibilidad de formación y financiación, reestructurar los planes de estudios para incorporar principios culturales del aprendizaje indígena, involucrar a los ancianos indígenas; cambiar los programas indígenas a una calificación profesional reconocida (27).	Retención	THS indígena	No especificado	Aumenta la preparación de los estudiantes que ingresan a la fuerza laboral de salud; apoya las oportunidades profesionales después del estudio; aumenta la remuneración y las oportunidades profesionales para los trabajadores indígenas,	NA
Educación y entrenamiento (no específica) (3,7,24).	Retención	Enfermeros (incluyendo jefes y auxiliares) Médicos Trabajadores de salud en emergencias y desastres	Rural Urbano	Disminución en la deserción y un aumento en la retención. La competencia y el entrenamiento se equipará con el desempeño y la satisfacción en el trabajo para los jefes de enfermería. Existe una correlación positiva entre la intención de quedarse y un entrenamiento adecuado.	Existen intervenciones con un componente de educación que evidenciaron con efectos negativos en la deserción y retención.
Programas de formación de posgrado en áreas rurales y remotas o experiencia clínica rural durante la formación de posgrado (6,12,26).	Retención Reclutamiento	Enfermeros Médicos (generales y especialistas) Otros profesionales de la salud	Rural	La formación académica rural para un posgrado médico aumentó la probabilidad de ejercer en una comunidad rural. Los graduados tienden a servir en comunidades más pequeñas y permanecer en ubicaciones rurales. Algunos estudios lo asocian a una mayor retención.	NA
Apoyo personal o profesional (6).	Retención	Enfermeros Médicos Otros profesionales de la salud	Rural	Un programa de entrenamiento cognitivo-conductual mejoró la retención de los médicos de familia que asistieron voluntariamente	NA
Ofrecer a los estudiantes de medicina la inscripción anticipada para sus prácticas en una región rural específica (6).	Retención	Enfermeros Médicos Otros profesionales de la salud	Rural	Se asocia con mayor retención.	NA

Evaluación del impacto de la densidad de Recursos Humanos en Salud en el acceso a la atención, en los resultados sanitarios y estrategias para una distribución equitativa

Intervenciones que ofrezcan apoyo para acceder a la educación hasta un nivel de titulación: matrícula pagada con obligación de devolución del servicio, flexibilidad de horarios, accesibilidad local, apoyo académico local; oportunidades de educación descentralizada fuera del campus) (6).	Retención	Enfermeros	Rural	Se asocia a altos índices de retención o bajos índices de rotación y vacantes	NA
Estrategia combinada de entrenamiento de pregrado y posgrado en áreas rurales (12).	Reclutamiento	Médicos especialistas	Rural	Los efectos combinados de la formación rural de pregrado y posgrado aumentaron las probabilidades de que los médicos de cabecera ejerzan en áreas rurales australianas en comparación con aquellos que completaron solo la formación de pregrado o posgrado en zonas rurales.	NA
Oportunidades de desarrollo profesional según sus funciones (27).	Retención	THS indígena	No especificado	Fortalece las habilidades y capacidades de los THS indígenas, mejora la retención, facilita el progreso en las trayectorias profesionales dentro de la organización.	NA
Apoyo psicológico para personal de salud (24).	Retención	Trabajadores de salud en emergencias y desastres	Rural Urbano	Aumenta la retención	NA
<i>“Preceptorship”</i> (3).	Retención	Enfermeros	Rural Urbano	Aumenta la retención	NA
Programas de mentoría, supervisión clínica (3,27,30).	Retención, redistribución	Enfermeros Médicos THS indígena Trabajadores sociales Psicólogos/ consejeros Otros profesionales sanitarios	Rural Urbano	Aumenta la retención; satisfacción laboral, las habilidades clínicas y culturales, desarrolla la seguridad cultura y brinda oportunidades para informar. Mejora los desenlaces de pacientes. Aumenta y apoya el bienestar emocional, reduce estrés y agotamiento, facilita la construcción de redes de apoyo. La supervisión clínica tiene un efecto positivo en los resultados organizacionales que es mayor en el entorno rural.	Una supervisión eficaz puede asociarse negativamente con la despersonalización

Evaluación del impacto de la densidad de Recursos Humanos en Salud en el acceso a la atención, en los resultados sanitarios y estrategias para una distribución equitativa

Programas de residencia y pasantías (3).	Retención	Enfermeros	Rural Urbano	Aumentan la retención	NA
Prácticas externas (3).	Retención	Enfermeros	Rural Urbano	En combinación con otras estrategias de retención (ej. residencia) generan efectos positivos.	Un estudio evaluó esta estrategia de forma aislada y se encontró un resultado negativo con respecto al grupo control.
Programas de Orientación y transición a la práctica clínica (3).	Retención	Enfermeros	Rural Urbano	Se evidenció una disminución en la deserción y un aumento de la retención	NA
Escala clínica o programas de avance (3).	Retención	Enfermeros	Rural Urbano	Se encontró una disminución de la deserción.	NA
Rutas especializadas de atención (3).	Retención	Enfermeros	Rural Urbano	Disminuye deserción e incrementa retención	Un estudio ha encontrado un efecto negativo en deserción
Evaluación formal (3).	Retención	Enfermeros	Rural Urbano	Intervenciones con un componente evaluativo incrementan retención	NA
Desarrollar un marco y un código para la comunicación entre los médicos y sus pacientes (7).	Retención	Médicos	Rural	Aumenta la retención	NA
Intervenciones multicomponente de apoyo a la capacitación de profesionales sanitarios rurales plenamente cualificados: reposición de personal, pago a supervisores (6).	Retención	Médicos	Rural	Mayor retención	NA
Programas rurales de aprendizaje para trabajadores de la salud (5)	Retención	Médicos	Rural	Mayor retención	NA

En cuanto a las barreras y facilitadores para las intervenciones propuestas y las estrategias de implementación, estas son abordadas en 9 estudios (6,9–12,26–29). Estas se describen en la **tabla 4**.

Tabla 4. Barreras y facilitadores desde la perspectiva individual, organizacional y de sistema

		<table border="1"> <tr> <td colspan="2"> <i>Legenda tabla</i> </td> </tr> <tr> <td>Facilitadores</td> <td style="background-color: #90EE90;"></td> </tr> <tr> <td>Barreras</td> <td style="background-color: #FFC0CB;"></td> </tr> </table>		<i>Legenda tabla</i>		Facilitadores		Barreras	
<i>Legenda tabla</i>									
Facilitadores									
Barreras									
Facilitadores	<i>I</i> <i>n</i> <i>d</i> <i>i</i> <i>v</i> <i>i</i> <i>d</i> <i>u</i> <i>a</i> <i>l</i>	Trabajadores de la salud	<i>I</i> <i>n</i> <i>d</i> <i>i</i> <i>v</i> <i>i</i> <i>d</i> <i>u</i> <i>a</i> <i>l</i>						
	<p>Apoyo social (5).</p> <p>Al mejorar la calidad de vida e infraestructura en las zonas rurales el profesional de la salud puede establecerse con su familia en el área rural con mayor seguridad y comodidad</p> <p>Contratar un instructor cultural externo en caso de falta de capacidad para ofrecer supervisión cultural para THS indígena (27).</p> <p>Tener un origen rural o vivir actualmente en áreas rurales, estar casado, tener cónyuge o pareja, y tener hijos o una familia. Estilo de vida rural, la calidad de vida o la satisfacción con la vida asociada a vivir en áreas rurales, o el entorno favorable para la familia que ofrecía la vida rural.</p> <p>Disponibilidad de transporte público, los medios de comunicación públicos y el acceso a Internet fueron factores clave</p> <p>El bajo costo de vida en áreas rurales y la asequibilidad o disponibilidad de viviendas.</p> <p>Percepciones buenas (adecuada para el individuo, mejor ritmo de trabajo), confianza en la prestación de servicios</p> <p>capacidad de trabajar como parte de un equipo multidisciplinario, mayor seguridad laboral contribuir y atender las necesidades de salud en la comunidad, sentirse parte de la comunidad</p> <p>Exposición a una carrera rural, acceso adecuado a la educación profesional continua o al desarrollo profesional (9).</p> <p>Satisfacción laboral, compromiso organizativo, bienestar general (4).</p> <p>Estancias rurales más prolongadas, último año de formación podrá ser particularmente importante; origen rural (12).</p> <p>Incorporación de estudiantes maduros a programas de formación. Satisfacción laboral y características individuales (34).</p>	<p>El efecto de la formación de profesionales de salud en pregrado en las zonas rurales muestra ausencia de efecto en algunas zonas lo que indica que la implementación de esta estrategia depende del lugar de implementación (6,12,26).</p> <p>Interrupción de vida personal por reubicación en el área rural. Aumento del estrés al tener un mayor nivel de responsabilidad clínica (10).</p> <p>Menos acceso a actividades culturales y sociales aislamiento personal, social, y profesional temor a la falta de familiaridad con las regiones rurales y remotas Riesgo financiero. Insatisfacción con la práctica actual Falta de privacidad en pequeñas comunidades rurales. Una imagen negativa de la atención médica rural (9).</p> <p>Agotamiento emocional. Estrés. Problemas de salud y asuntos familiares Estado demográfico (edad, jubilación, diferencias generacionales entre el personal, género y experiencia laboral) Salarios insatisfactorios (11).</p> <p>Malas relaciones con su supervisor, entorno de práctica como punitivo a veces, sin independencia complejidad del rol agravada por una falta total de capacitación (10).</p> <p>Nivel de educación (enf. graduados de univ. más probable de irse), raza (en un estudio negros tenían tasa de intención de irse más alta, mientras otros estudios no reportaban asociación), agotamiento (4).</p> <p>Oportunidades de recreación: La falta de instalaciones de recreación en el área 11/10/2023 21:48:00.</p>	Barreras						

<p><i>Or ga niz aci on al</i></p>	<p>Educación descentralizada Colaboración docente-asistencial Educación remota Enseñanza basada en casos clínicos, talleres, proyectos Integración vertical de pregrado y posgrado (10).</p> <p>Incentivos, ayudas Componente de retorno del servicio Satisfacción y bienestar Red profesional y trayectorias Desarrollar sentido de pertenencia y conciencia local, marcos de apoyo, y en cuenta las minorías subrepresentadas (26).</p> <p>Importancia del liderazgo de enfermeras, en lugar de la gestión, como el factor preeminente para involucrar a las enfermeras y otro personal en la creación de una cultura de apoyo para la mejora de la calidad y para mejorar la retención del personal (11).</p> <p>Entorno de trabajo positivo buenas relaciones y comunicación entre profesionales (10).</p> <p>Liderazgo solidario y competente, relaciones con el grupo, trabajo en equipo, personal y carga de trabajo adecuado, autonomía, programa de “Magnet designation”, afiliación con universidades, mayor número de camas en el instituto, localización urbana, oportunidades de desarrollo, orientación profesional trabajo desafiante e interesante, recompensación (4).</p> <p>Los servicios de empleo, condiciones de trabajo, relaciones laborales y la cultura organizativa, satisfacción laboral, el desarrollo profesional y el equilibrio entre la vida laboral y personal (33).</p> <p>Estilos de liderazgo adecuados y ético (8).</p> <p>Atmosfera positiva y seguridad personal (24).</p> <p>Fomación de enfermeras que incluye la preparación de cursos, tutorías adecuadas, suficiente formación en el servicio y oportunidades de desarrollo profesional continuo (34).</p>	<p>Carecer de orientación básica e inseguridad sobre la preparación académica. La complejidad del rol se ve magnificada por la falta de capacitación académica y financiera (10).</p> <p>Limitaciones en la inversión en recursos y tecnología (28).</p> <p>Falta de recursos disponibles, como el control de existencias, el acceso a servicios, retrasos logísticos altas cargas de trabajo clínicas y administrativas, posibles conflictos en el lugar de trabajo, o experimentar un desequilibrio entre el trabajo y la vida personal. Turnos inflexibles, falta de tiempo para tomar descansos, alta presión laboral, acceso limitado a profesionales de reemplazo, escasez de personal y acceso limitado a profesionales seniors para supervisar, falta de apoyo entre pares. La escasez de servicios médicos primarios y el empleo como farmacéutico de hospital era barrera de trabajar rural para farmacéuticos (9,11).</p> <p>Falta de apoyo por parte de los gerentes y la sensación de que el personal no era valorado. Entorno laboral (11).</p> <p>Falta de apoyo institucional y los recursos necesarios para implementar iniciativas organizacionales complejas (10).</p> <p>Malas experiencias de abuso y hostilidad (4).</p> <p>Estilo de liderazgo laissez-faire y transformacional (8).</p> <p>Culturas organizacionales deficientes, roles limitados, liderazgo deficiente, mala relación con gerentes, salarios bajos en relación con la responsabilidad, horarios de trabajo exigentes, personal inadecuada, grandes cargas de trabajo, falta de supervisión, incapacidad para resolver problemas cotidianos, relaciones laborales transitorias y percepción de atención mala (34).</p>	<p><i>O r g a n iz a ci o n al</i></p>
---	---	---	--

<p><i>sistema</i></p>	<p>Modelos de negocio innovadores o negociar con organismos de financiación (27).</p> <p>Fuerza laboral de salud indígena trabajando en conjunto para abordar las estructuras salariales y otorgar estructuras para superar el bajo número y la distribución del personal (27).</p> <p>HWA Health Service Toolkit (en Australia): 6 estrategias de promover acciones simples y de bajo costo por parte de los servicios de salud a nivel local que incluyen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar un entorno de trabajo culturalmente seguro para los trabajadores sanitarios aborígenes e isleños del Estrecho de Torres. 2. cultivar buenas relaciones interprofesionales y dinámicas de equipo productivas 3. comprometerse con el desarrollo profesional continuo de los trabajadores sanitarios aborígenes e isleños del Estrecho de Torres y ayudarlos a acceder a oportunidades de desarrollo profesional 4. considerar estrategias locales para abordar los desafíos de contratación y retención de trabajadores de la salud aborígenes e isleños del Estrecho de Torres y promover la planificación intersectorial de la fuerza laboral 5. Identificar estrategias para demostrar que el servicio de salud reconoce, respeta y confía en los trabajadores de salud aborígenes e isleños del Estrecho de Torres en su equipo. 6. coordinar la implementación local y compartir el progreso (27). 	<p>Políticas inflexibles y muy estrictas generan deserción en el personal de salud (29).</p> <p>Frecuentes cambios de políticas y burocracia administrativa (10).</p>	<p><i>Sistema</i></p>	
-----------------------	---	---	-----------------------	--

REFERENCIAS

1. Trapani D, Murthy SS, Boniol M, Booth C, Simensen VC, Kasumba MK, et al. Distribution of the workforce involved in cancer care: a systematic review of the literature. *ESMO Open*. diciembre de 2021;6(6):100292.
2. Zhang H, Liu X, Penn-Kekana L, Ronsmans C. A systematic review of the profile and density of the maternal and child health workforce in China. *Hum Resour Health*. 9 de octubre de 2021;19(1):125.
3. Brook J, Aitken L, Webb R, MacLaren J, Salmon D. Characteristics of successful interventions to reduce turnover and increase retention of early career nurses: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. marzo de 2019;91:47-59.
4. Woodward KF, Willgerodt M. A systematic review of registered nurse turnover and retention in the United States. *Nurs Outlook*. 2022;70(4):664-78.
5. Kumar S, Clancy B. Retention of physicians and surgeons in rural areas-what works? *J Public Health Oxf Engl*. 10 de diciembre de 2021;43(4):e689-700.
6. Russell D, Mathew S, Fitts M, Liddle Z, Murakami-Gold L, Campbell N, et al. Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: a systematic review. *Hum Resour Health*. 26 de agosto de 2021;19(1):103.
7. Mohammadiaghdam N, Doshmangir L, Babaie J, Khabiri R, Ponnet K. Determining factors in the retention of physicians in rural and underdeveloped areas: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 23 de octubre de 2020;21(1):216.
8. Niinihuhta M, Häggman-Laitila A. A systematic review of the relationships between nurse leaders' leadership styles and nurses' work-related well-being. *Int J Nurs Pract*. octubre de 2022;28(5):e13040.
9. Terry D, Phan H, Peck B, Hills D, Kirschbaum M, Bishop J, et al. Factors contributing to the recruitment and retention of rural pharmacist workforce: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 5 de octubre de 2021;21(1):1052.
10. Keith AC, Warshawsky N, Neff D, Loerzel V, Parchment J. Factors that influence nurse manager job satisfaction: An integrated literature review. *J Nurs Manag*. abril de 2021;29(3):373-84.
11. Marufu TC, Collins A, Vargas L, Gillespie L, Almghairbi D. Factors influencing retention among hospital nurses: systematic review. *Br J Nurs Mark Allen Publ*. 11 de marzo de 2021;30(5):302-8.
12. Ogden J, Preston S, Partanen RL, Ostini R, Coxeter P. Recruiting and retaining general practitioners in rural practice: systematic review and meta-analysis of rural pipeline effects. *Med J Aust*. septiembre de 2020;213(5):228-36.
13. World Health Organization. Health workforce [Internet]. [citado 6 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/health-workforce>
14. World Health Organization. Human Resources for Health Observer [Internet]. [citado 6 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/health-workforce/human-resources-for-health-observer>
15. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud - OPS/OMS [Internet]. [citado 6 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-recursos-humanos-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>
16. Organización Panamericana de la Salud. CD53/5, Rev. 2 - Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud - OPS/OMS [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd535-rev-2-estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>
17. Ramírez A, Arbeláez A, Muñoz I, Gutiérrez AMR. Tensiones en las decisiones en salud pública: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares (2014) [Internet]. Disponible en: https://www.academia.edu/23564836/Tensiones_en_las_decisiones_en_salud_p%C3%BAblica_el_bien_com%C3%BAn_en_confrontaci%C3%B3n_con_los_intereses_y_pr%C3%A1cticas_particulares_2014_
18. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2021 [Internet]. [citado 6 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf>
19. Organization WH. Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2011 [citado 6 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/44538>
20. PAHO/WHO. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2016 [citado 6 de octubre de 2023]. Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12571:manual-monitoreo-desigualdadessalud-paises-ingresos-medianos-bajos&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0
21. Silva-Peñaherrera M. Revisión sobre las causas de las desigualdades en salud, incluyendo las condiciones de empleo. *Arch Prev Riesgos Labor*. 1 de julio de 2018;21:162-3.
22. Lucio-García CA, Recaman AL, Arredondo A. Evidencias sobre la inequidad en la distribución de recursos humanos en salud. *Horiz Sanit*. 2018;17(1):77-82.
23. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. 2016.
24. Nafar H, Tahmazi Aghdam E, Derakhshani N, Saní'ee N, Sharifian S, Goharinezhad S. A systematic mapping review of factors associated with willingness to work under emergency

- condition. *Hum Resour Health*. 24 de junio de 2021;19(1):76.
25. Teo ZL, Tham YC, Yu M, Cheng CY, Wong TY, Sabanayagam C. Do we have enough ophthalmologists to manage vision-threatening diabetic retinopathy? A global perspective. *Eye Lond Engl*. julio de 2020;34(7):1255-61.
26. Saito M, Tsuzaki T, Takeda Y. Evaluation of postgraduate rural medical training programs and implications for rural workforce development: a systematic review. *Rural Remote Health*. 22(2):7118.
27. Lai G, Taylor E, Haigh M, Thompson S. Factors Affecting the Retention of Indigenous Australians in the Health Workforce: A Systematic Review. *Int J Env Res Public Health* [Internet]. mayo de 2018 [citado 6 de octubre de 2023];15(5). Disponible en: <https://www.epistemonikos.org/en/documents/6277bcad205304fcf41aa11364fea3fe2d3935f8>
28. Ukachukwu AEK, Still MEH, Seas A, von Isenburg M, Fieggen G, Malomo AO, et al. Fulfilling the specialist neurosurgical workforce needs in Africa: a systematic review and projection toward 2030. *J Neurosurg*. 1 de abril de 2023;138(4):1102-13.
29. Lin TK, Werner K, Kak M, Herbst CH. Health-care worker retention in post-conflict settings: a systematic literature review. *Health Policy Plan*. 6 de enero de 2023;38(1):109-21.
30. Martin P, Lizarondo L, Kumar S, Snowdon D. Impact of clinical supervision on healthcare organisational outcomes: A mixed methods systematic review. *PloS One*. 2021;16(11):e0260156.
31. Bes JM, Flinterman LE, González AI, Batenburg RS. Recruitment and retention of general practitioners in European medical deserts: a systematic review. *Rural Remote Health*. febrero de 2023;23(1):7477.
32. World Health Organization. Retention of the health workforce in rural and remote areas: a systematic review [Internet]. World Health Organization; 2020. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/337300>
33. de Vries N, Boone A, Godderis L, Bouman J, Szemik S, Matranga D, et al. The Race to Retain Healthcare Workers: A Systematic Review on Factors that Impact Retention of Nurses and Physicians in Hospitals. *Inq J Med Care Organ Provis Financ*. 2023;60:469580231159318.
34. Adams R, Ryan T, Wood E. Understanding the factors that affect retention within the mental health nursing workforce: a systematic review and thematic synthesis. *Int J Ment Health Nurs*. diciembre de 2021;30(6):1476-97.
35. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ Online*. 2017;358:1-9.

ANEXOS

Anexo 1. Búsqueda de la literatura y criterios de selección

Criterios de selección

- I. **Revisiones sistemáticas de estudios primarios**, que utilizan una estrategia rigurosa y reproducible para evitar sesgo
- II. **Responden cualquiera de nuestras preguntas de investigación:**
 - a. Reporta la asociación entre la densidad de talento humano en salud y el acceso sanitario
 - b. Reporta la asociación entre la densidad de talento humano en salud y la morbilidad (ej. prevalencia, incidencia, tasas de discapacidad, tasas de hospitalización, etc.)
 - c. Reporta la asociación entre la densidad de talento humano en salud y la mortalidad
 - d. Reportan estrategias de reclutamiento de talento humano en salud
 - e. Reportan estrategias de retención de talento humano en salud
 - f. Reportan estrategias de redistribución de talento humano en salud

Estrategias de búsqueda

Pubmed	Hits	Fecha
<p>Pregunta 1 Line 1: "community health workers"[MeSH Terms] OR "staff development"[MeSH Terms] OR "Health Workforce"[MeSH Terms] OR "Workforce"[MeSH Terms] OR "Health Personnel"[MeSH Terms] OR "health work*"[Title/Abstract] OR "hospital work*"[Title/Abstract] OR "medical work*"[Title/Abstract] OR "health professionals"[Title/Abstract] OR "medical professionals"[Title/Abstract] OR "Health Personnel"[Title/Abstract] OR "hospital personnel"[Title/Abstract] OR "medical personnel"[Title/Abstract] OR "health manpower"[Title/Abstract] OR "medical manpower"[Title/Abstract] OR "health staff"[Title/Abstract] OR "hospital staff"[Title/Abstract] OR "medical staff"[Title/Abstract] OR "HRH"[Title/Abstract] OR "human resources"[Title/Abstract] Line2: "densit*"[Title/Abstract] OR "workforce distribut*"[Title/Abstract] OR "staff distribut*"[Title/Abstract] OR "professional distribut*"[Title/Abstract] OR "personnel distribut*"[Title/Abstract] OR "geographical imbalances"[Title/Abstract] OR "staff development"[Title/Abstract] Filter: ("systematic review"[Filter] OR "review"[Publication Type] OR "review"[Title])</p>		
<p>Pregunta 2 Line1: "Health Workforce"[MeSH Terms] OR "Workforce"[MeSH Terms] OR "Health Personnel"[MeSH Terms] OR "health work*"[Title/Abstract] OR "hospital work*"[Title/Abstract] OR "medical work*"[Title/Abstract] OR "health professionals"[Title/Abstract] OR "medical professionals"[Title/Abstract] OR "Health Personnel"[Title/Abstract] OR "hospital personnel"[Title/Abstract] OR "medical personnel"[Title/Abstract] OR "health manpower"[Title/Abstract] OR "medical manpower"[Title/Abstract] OR "health staff"[Title/Abstract] OR "hospital staff"[Title/Abstract] OR "medical staff"[Title/Abstract] Line2: "personnel selection"[MeSH Terms] OR "recruit*"[Title] OR "retent*"[Title] OR "resource allocat*"[Title/Abstract] OR "workforce recruitment"[Title/Abstract] OR "workforce retention"[Title/Abstract] OR "staff retention"[Title/Abstract] OR "staff recruitment"[Title/Abstract] OR "professional retention"[Title/Abstract] OR "professional recruitment"[Title/Abstract] OR "workers retention"[Title/Abstract] OR "retention of workers"[Title/Abstract] OR "personnel retention"[Title/Abstract] OR "personnel recruitment"[Title/Abstract] Filter: ("systematic review"[Filter] OR "review"[Publication Type] OR "review"[Title])</p>	306	12/09/2023

Evaluación del impacto de la densidad de Recursos Humanos en Salud en el acceso a la atención, en los resultados sanitarios y estrategias para una distribución equitativa

Question I+II: (QI OR QII) AND (y_5[Filter])		
EMBASE	Hits	Fecha
('health workforce':ti,ab,kw OR 'health personnel':ti,ab,kw) AND ('density':ti,ab,kw OR 'distribution':ti,ab,kw OR 'recruitment':ti,ab,kw OR 'retention':ti,ab,kw) AND [review]/lim AND [2018-2023]/py	72	12/09/2023
BVSsalud (Bireme-Lilacs)	Hits	Fecha
("Health Workforce" OR "Health Personnel") AND (density OR recruitment OR retention) AND (db:(("WHOLIS" OR "LILACS" OR "RHS" OR "WPRIM" OR "PAHO" OR "BDENF" OR "IBECS" OR "PAHOIRIS" OR "AIM" OR "coleccionaSUS" OR "BBO" OR "INDEXPSI" OR "MULTIMEDIA" OR "PIE" OR "MedCarib" OR "BIGG" OR "DESASTRES" OR "PREPRINT-MEDRXIV" OR "SMS-SP" OR "BDNPAR" OR "BINACIS" OR "CUMED" OR "LIPECS" OR "CidSaude" OR "DECS" OR "MINSAPERU" OR "MTYCI" OR "SES-SP")) AND (year_cluster:[2018 TO 2023])	155	12/09/2023
EPISTEMONIKOS	Hits	Fecha
(title:(("Health Workforce" OR "Health Personnel") OR abstract:(("Health Workforce" OR "Health Personnel"))) AND (title:(density OR distribution OR recruitment OR retention) OR abstract:(density OR distribution OR recruitment OR retention))) OR abstract:(("Health Workforce" OR "Health Personnel") OR abstract:(("Health Workforce" OR "Health Personnel"))) AND (title:(density OR distribution OR recruitment OR retention) OR abstract:(density OR distribution OR recruitment OR retention)))) Filter: last 5 years	36	12/09/2023
The Cochrane Library	Hits	Fecha
("Health Workforce" OR "Health Personnel"):ti,ab,kw AND (density OR distribution OR recruitment OR retention)	Sin resultados pertinentes	12/09/2023

Anexo 2. Resumen de los estudios incluidos

Autor, Año de publicación	Enfoque	Último año de la búsqueda	Número de estudios incluidos	Región de la OMS	Hallazgos claves (Resultados más relevantes)	Evaluación de calidad
			Estudios en Colombia/Latinoamérica	Estudios en países de bajo y mediano ingresos		
Nafar H et al., (24)	Proporcionar una visión integral de los estudios relevantes sobre la disposición a trabajar en situaciones de emergencia y desastre por parte los trabajadores de la salud, describir y clasificar los desafíos y soluciones más importantes, identificando lagunas de conocimiento en la literatura que podrían informar investigaciones futuras.	2020	26 0/0	África 2	De acuerdo a esta investigación, los responsables políticos deberían mejorar la gestión de desastres y el personal. Además, el apoyo psicológico y mental, Educación sobre desastres y maniobras son medidas importantes para aumentar la preparación de trabajadores de la salud y disminuir el ausentismo.	Alta
Woodward et al., 2022 (4)	Comprender los factores asociados con los desenlaces laborales de las enfermeras tituladas en los Estados Unidos	2021	34 0/0	Américas 0	Los desenlaces laborales de las enfermeras tituladas dependen de factores individuales, de nivel de unidad y de organización. (en EEUU)	Críticamente baja
Zhang et al., 2021 (2)	Este estudio tiene como objetivo revisar sistemáticamente la evidencia sobre el perfil y la densidad de los trabajadores de la salud materna e infantil (SMI) en China.	2020	50 0/0	Pacífico occidental 0	<p>La alta densidad de trabajadores de la SMI en China se logra mediante una combinación de trabajadores con perfiles educativos altos y bajos.</p> <p>Estudios que informan el perfil de los trabajadores de la SMI (n= 35) La fuerza laboral de la SMI en China abarca una variedad de categorías, incluyendo obstetras, ginecólogos, pediatras, enfermeras, parteras, médicos generales, trabajadores especializados de salud pública, vacunadores, médicos comunitarios, médicos rurales y parteras tradicionales.</p> <p>Nivel educativo: En el metaanálisis, las proporciones promedio ponderadas de médicos con título de licenciatura o superior, educación de colegio técnico y escuela técnica secundaria o inferior fueron del 67.0% (IC del 95%: 59.6–74.3%), 23.0% (10.0–40.0%), y 14.0% (5.0–28.0%), respectivamente. Para las enfermeras, las proporciones estimadas fueron del 20.0% (12.0–30.0%),</p>	Críticamente baja

Autor, Año de publicación	Enfoque	Último año de la búsqueda	Numero de estudios incluidos Estudios en Colombia/Latinoamérica	Región de la OMS Estudios en países de bajo y mediano ingresos	Hallazgos claves (Resultados más relevantes)	Evaluación de calidad
					<p>46.4% (41.2–51.5%) y 33.1% (24.2–41.9%), respectivamente. Para otras categorías, las proporciones estimadas fueron del 18.0% (5.0–36.0%), 18.0% (6.0–34.0%) y 71.0% (46.0–91.0%), respectivamente.</p> <p>Estudios que informan la densidad de trabajadores de la SMI (n = 18) Densidad por categoría: La densidad promedio de médicos y enfermeras de la SMI fue de 11.8 (IC del 95%: 7.5–16.2)(n = 5) y 11.4 (7.6–15.2) (n = 6) por cada 100,000 habitantes, respectivamente. La densidad promedio de obstetras fue de 9.0 (7.9–10.2) (n = 3) por cada 1,000 nacimientos y la de enfermeras obstetras fue de 16.0 (14.8–17.2) por cada 1,000 nacimientos. La densidad de trabajadores de la SMI es mucho más alta de lo recomendado internacionalmente (tres médicos y 20 parteras por 3600 nacimientos) (n = 2).</p> <p>Relaciones de trabajadores de la SMI: La densidad de los trabajadores de salud materna fue entre 1.6 y 6.5 veces mayor que la densidad de los trabajadores de salud infantil. La relación de enfermeras obstetras a obstetras varió de 1.4:1 a 1.7:1. La relación de enfermeras pediátricas a pediatras varió de 1.1:1 a 1.7:1.</p>	
Niinihuhta et al., 2022 (8).	Revisión sistemática que aborda tres preguntas de investigación: "¿Qué estilos de liderazgo adoptados por los líderes de enfermería se han estudiado en relación con el bienestar laboral de las enfermeras?", "¿Cómo se midió el bienestar laboral en esos estudios?" y "¿Cómo afectaron supuestamente los estilos de liderazgo estudiados al bienestar laboral de las enfermeras?"	2020	17 0/0	Américas, Europa, Mediterráneo Oriental 5	<p>2 estudios abordan la alta rotación del personal: Los estilos de liderazgo adecuados son esenciales para crear entornos de trabajo saludables, promover el bienestar de las enfermeras y evitar una alta rotación. McKenna y Jeske (2021), Irlanda. 89 enfermeras irlandesas de tres hospitales irlandeses. Tasa de respuesta: 54.7%. El liderazgo ético tiene un efecto directo significativo en el agotamiento emocional ($\beta = -0.13$, $t = -2.27$, $P < 0.05$) y un efecto indirecto a través de la autoridad de decisión ($\beta = 0.41$, $t = 3.71$, $P < 0.05$) en el agotamiento emocional ($\beta = -0.10$, $t = 0.70$, $P =$ no significativo)."</p> <p>Pishgooie et al. (2018), Irán. En total, se completaron y devolvieron 1617 cuestionarios (72.2% mujeres). Escala de Rotación Anticipada (ATS): 12 ítems. Se encontraron correlaciones positivas significativas entre el estilo de liderazgo laissez-faire, el estrés laboral y la rotación anticipada, así como entre el estrés laboral y la rotación anticipada (todos $P < 0.001$). También se encontró una correlación positiva entre el estilo de liderazgo transformacional y la rotación</p>	Críticamente baja

Evaluación del impacto de la densidad de Recursos Humanos en Salud en el acceso a la atención, en los resultados sanitarios y estrategias para una distribución equitativa

Autor, Año de publicación	Enfoque	Último año de la búsqueda	Número de estudios incluidos Estudios en Colombia/Latinoamérica	Región de la OMS Estudios en países de bajo y mediano ingresos	Hallazgos claves (Resultados más relevantes)	Evaluación de calidad
					anticipada, pero una correlación negativa entre el estilo de liderazgo transaccional y la rotación anticipada ($r = -0.28, P \leq 0.001$).	
Brook et al., 2019 (3)	Evaluar las características de intervenciones exitosas para promover la retención y reducir la deserción de enfermeras que inician su carrera.	2018	53 0/0	No reporta 1	Se han identificado las características de las intervenciones que influyen con éxito en la retención de enfermeras en la práctica. Las intervenciones prometedoras parecen ser programas de pasantías/residencia o programas de orientación/transición a la práctica, que duran entre 27 y 52 semanas, con un componente de enseñanza, preceptor y mentor.	Baja
Mohammadiaghdam et al., 2020 (7).	Este estudio tuvo como objetivo identificar los factores que rigen la retención de médicos en áreas rurales y subdesarrolladas.	2019	35 0/1	No reporta 18	Los factores de las condiciones de trabajo y los factores financieros merecen una política sanitaria de especial atención, pues se han asociado con la retención y la voluntad de los médicos para prestar servicios en zonas desfavorecidas.	Baja
Trapani et al., 2021 (1)	Revisión sistemática de la literatura para determinar las proporciones de trabajadores de la salud en cada ocupación involucrada en la atención del cáncer por cada 100,000 habitantes y por cada 100 pacientes de cáncer	2021	33 0/0	Américas, Asia Sudoriental, Europa, Mediterráneo Oriental, Pacífico Occidental 3	La disponibilidad de profesionales de la salud en oncología varía significativamente según la región y el nivel de ingresos del país, siendo más alta en países de ingresos altos. Se proporcionaron estimaciones de referencia de disponibilidad óptima de fuerza laboral en un análisis de investigación secundaria: principalmente, los países de altos ingresos informaron capacidades de fuerza laboral más cercanas a las estimaciones de referencia. Se definió una escasez de literatura para proveedores de salud críticos, incluidos los de oncología pediátrica, cirugía oncológica y enfermeras de cáncer.	Críticamente baja
Teo et al., 2020 (25)	Proporcionar estimaciones sobre el número de oftalmólogos disponibles por cada 1000 personas en la población con enfermedades oculares relacionadas con la diabetes (densidad de oftalmólogos) a nivel global y regional.	2019	50	África, Américas, Asia Sudoriental, Europa, Mediterráneo Oriental No reporta	Se incluyeron 41,712 pacientes con diabetes mellitus (DM) de 50 estudios realizados en 26 países de 7 regiones del mundo de la International diabetes federation (IDF). Las tres regiones con mayor prevalencia de VTDR fueron África, seguida de MENA y NAC. Correspondientemente, estas tres regiones también tenían las densidades de oftalmólogos más bajas: África (0.91), MENA (4.81) y NAC (4.90).	Críticamente baja
Saito et al., 2021 (26)	Formación posgradual mejora retención rural	2020	26	Américas, Asia Sudoriental, Europa, Pacífico Occidental 1	Programas de formación de posgrado en áreas rurales y remotas mejora retención	Críticamente baja

Evaluación del impacto de la densidad de Recursos Humanos en Salud en el acceso a la atención, en los resultados sanitarios y estrategias para una distribución equitativa

Autor, Año de publicación	Enfoque	Último año de la búsqueda	Numero de estudios incluidos Estudios en Colombia/Latinoamérica	Región de la OMS Estudios en países de bajo y mediano ingresos	Hallazgos claves (Resultados más relevantes)	Evaluación de calidad
Lai et al., 2018 (27)	Identificar facilitadores, barreras y estrategias para la retención de trabajadores de salud indígenas en Australia	2017	15	Pacífico Occidental 0	La evidencia sugiere que la retención de los profesionales de la salud indígenas mejorará con la creación de lugares de trabajo solidarios y culturalmente seguros; con la documentando y comunicación clara de las funciones, alcance de profesión y responsabilidades; y garantizando que los empleados reciban el apoyo y la remuneración adecuados.	Críticamente baja
Terry et al., 2021 (9)	Revisión sistemática de la literatura de investigación primaria que examina los factores de reclutamiento y retención de la fuerza laboral farmacéutica en entornos rurales y remotos.	2021	13	Américas, Europa, Pacífico Occidental 1	Los cinco principales temas o grupos de factores de reclutamiento y retención, incluyeron factores geográficos y familiares, factores económicos y de recursos, factores de alcance de práctica o desarrollo de habilidades, factores del entorno de práctica y factores de apoyo comunitario y de práctica.	Críticamente baja
Marufu et al., 2021 (11)	Identificar facilitadores, barreras y estrategias para la retención de trabajadores de salud indígenas en Australia	2020	46 0/0	África, Américas, Europa, Mediterráneo Oriental, Pacífico Occidental 3	Se encontraron nueve dominios que influyen en la rotación del personal: liderazgo y gestión de enfermería, educación y avance profesional, ambiente organizacional (laboral), niveles de personal, cuestiones profesionales, apoyo en el trabajo, influencias personales, influencias demográficas y remuneración financiera. La mayoría de los estudios se centraron únicamente en factores de retención y cuatro investigaron tanto factores de reclutamiento como de retención (Brewer et al, 2006; Bakker et al, 2010; Hart and Warren, 2015; McLemore et al, 2015).	Críticamente baja
Keith et al., 2020 (10)	Comprender los factores que influyen en la satisfacción laboral de los jefes de enfermería	2020	14 0/0	Américas 0	Los jefes de enfermería están más satisfechos trabajando en entornos con cargas de trabajo manejables, supervisores comprensivos y programas de desarrollo y aprendizaje profesional. Por lo tanto, las organizaciones deben evaluar y ajustar sistemáticamente las cargas de trabajo de los jefes de enfermería, promover relaciones interpersonales positivas y fomentar el crecimiento y el éxito profesional. No hacerlo puede dar lugar a rotaciones no deseadas, agotando aún más un déficit de oferta ya creciente.	Críticamente baja
Ukachukwu et al., 2023 (28)	Evaluar la fuerza laboral neuroquirúrgica y la capacidad de capacitación en África y proyecta la capacidad de la fuerza laboral para 2030	2021	159 0/0	África 159	1974 neurocirujanos atienden a 1.300 millones de personas en África con distribución desigual entre las regiones, El norte de África tiene 64,39% de la fuerza laboral neuroquirúrgica. A una tasa de crecimiento exponencial del 7,03% por año, África tendrá 3418 neurocirujanos para 2030, con un déficit de 5191 neurocirujanos, según los objetivos de población activa. En términos de	Críticamente baja

Evaluación del impacto de la densidad de Recursos Humanos en Salud en el acceso a la atención, en los resultados sanitarios y estrategias para una distribución equitativa

Autor, Año de publicación	Enfoque	Último año de la búsqueda	Número de estudios incluidos Estudios en Colombia/Latinoamérica	Región de la OMS Estudios en países de bajo y mediano ingresos	Hallazgos claves (Resultados más relevantes)	Evaluación de calidad
					formación, existen 106 instituciones de formación en neurocirugía en 26 países africanos.	
Lin et al., 2022 (29)	Revisar la evidencia sobre la retención de trabajadores sanitarios en entornos frágiles, afectados por conflictos y posteriores a conflictos y evaluar estrategias y su probable éxito para mejorar la retención y reducir la deserción.	2021	25 0/0	África, Europa 14	Los resultados muestran una indicación temprana de que las políticas deberían centrarse en mejorar los incentivos financieros, proporcionar oportunidades de desarrollo profesional, establecer flexibilidad en el trabajo e identificación de personal con fuertes vínculos comunitarios.	Baja
Martin et al., 2021 (30)	Revisar el impacto de la supervisión clínica de los profesionales sanitarios de postgrado/calificación en los resultados de la organización sanitaria.	2020	32 0/0	África, Américas, Europa, Pacífico Occidental 1	<p>Los estudios se realizaron en hospitales (n = 15), en centros sanitarios comunitarios (n = 6) y en una combinación de centros hospitalarios y comunitarios (n = 11). La mayoría de los estudios se realizaron en el ámbito de la salud mental (n = 15). Los profesionales sanitarios que recibieron supervisión clínica fueron enfermeros (n = 23), trabajadores sociales/psicólogos/consejeros (n = 10), otros profesionales sanitarios (n = 4) y médicos (n = 3). Ocho estudios investigaron únicamente la supervisión en grupo, cuatro estudios investigaron únicamente la supervisión individual (uno a uno), 12 estudios investigaron tanto la supervisión en grupo como la individual y ocho estudios no indicaron si la supervisión que investigaron era en grupo o individual. La frecuencia y la duración de las sesiones de supervisión fueron variables entre los estudios, oscilando entre semanal y trimestral, y entre 30 y 480 minutos. No se informó de la frecuencia y duración de la supervisión en 16 y 18 estudios, respectivamente.</p> <p>Cinco estudios (dos cualitativos y tres de métodos mixtos) exploraron las experiencias de supervisión clínica de los profesionales sanitarios, incluido su impacto en la práctica clínica. Quince estudios investigaron el efecto de la supervisión sobre el agotamiento, 9 estudios sobre otras medidas de bienestar, 13 estudios sobre la satisfacción laboral, 9 estudios sobre el entorno laboral y 3 estudios sobre el mantenimiento del empleo.</p> <p>Impacto de la supervisión clínica en los resultados de la organización (resultados cuantitativos)</p> <p>1. Supervisión clínica comparada con control. Once estudios, con 2.965 participantes, evaluaron el efecto de la supervisión clínica en los resultados organizativos en comparación con un grupo de control que no recibió</p>	Baja

Autor, Año de publicación	Enfoque	Último año de la búsqueda	Numero de estudios incluidos Estudios en Colombia/Latinoamérica	Región de la OMS Estudios en países de bajo y mediano ingresos	Hallazgos claves (Resultados más relevantes)	Evaluación de calidad
					<p>supervisión clínica. Ocho estudios incluyeron a profesionales de enfermería, un estudio incluyó a profesionales de trabajo social/psicología/asesoramiento [27], dos estudios incluyeron a otros profesionales sanitarios y dos estudios incluyeron a profesionales médicos. Mientras que los estudios individuales hallaron que la supervisión clínica tenía un efecto positivo sobre los resultados organizativos, hubo resultados variables entre los estudios para el agotamiento (seis estudios, n = 776 participantes) (Fig. 2A-2D), la satisfacción laboral (cuatro estudios, n = 2.020 participantes), el bienestar (cuatro estudios, n = 444 participantes) y el entorno laboral (cinco estudios, n = 783 participantes). En particular, un único ensayo controlado aleatorizado (n = 30 participantes) halló que la supervisión clínica tenía un gran efecto sobre el agotamiento (Fig. 2D) y el bienestar.</p> <p>2. Supervisión clínica comparada con control histórico dentro del grupo (pre/post implementación). Seis estudios, con 178 participantes, evaluaron el efecto de la supervisión clínica en los resultados organizativos comparando la fase posterior a la implantación con la previa. Seis estudios incluyeron profesionales de enfermería, un estudio incluyó profesionales de trabajo social/psicología/asesoramiento y un estudio incluyó profesionales médicos. Si bien los estudios individuales hallaron que la supervisión clínica tenía un efecto positivo en los resultados organizativos, los resultados de los estudios fueron variables en cuanto al agotamiento (cuatro estudios, n = 122 participantes) (Fig. 3A-3D), la satisfacción laboral (cuatro estudios, n = 114 participantes), el bienestar (cinco estudios, n = 144 participantes) y el entorno laboral (tres estudios, n = 95 participantes). estudios, n = 95 participantes).</p> <p>3. Asociación entre la supervisión clínica eficaz y los resultados organizativos. Ocho estudios, con 1.376 participantes, investigaron la asociación entre la supervisión clínica eficaz y los resultados organizativos. Cinco estudios incluyeron profesionales de enfermería, tres estudios incluyeron profesionales de trabajo social/psicología/consejería y un estudio incluyó otras profesiones sanitarias. Hubo pruebas preliminares que sugieren que la eficacia de la supervisión clínica puede estar asociada negativamente con el agotamiento y positivamente con la conservación del empleo (Tabla 2). La asociación entre la supervisión clínica eficaz y la satisfacción laboral no estaba clara. La síntesis de cinco estudios, que incluyeron 1.046 participantes, indicó que la eficacia de la supervisión clínica puede estar asociada negativamente con el</p>	

Evaluación del impacto de la densidad de Recursos Humanos en Salud en el acceso a la atención, en los resultados sanitarios y estrategias para una distribución equitativa

Autor, Año de publicación	Enfoque	Último año de la búsqueda	Numero de estudios incluidos Estudios en Colombia/Latinoamérica	Región de la OMS Estudios en países de bajo y mediano ingresos	Hallazgos claves (Resultados más relevantes)	Evaluación de calidad
					<p>agotamiento emocional y la despersonalización, pero no asociada con la realización personal. Tres estudios hallaron una asociación de pequeña a moderada con el agotamiento emocional y cuatro estudios hallaron una asociación pequeña con la despersonalización.</p> <p>4. Asociación entre supervisor eficaz y resultados organizativos. Ocho estudios, con 1.600 participantes, investigaron la asociación entre la eficacia del supervisor y los resultados organizativos. Cinco estudios incluyeron profesionales de enfermería, siete estudios incluyeron profesionales de trabajo social/psicología/asesoramiento y un estudio incluyó profesionales médicos. Existen pruebas preliminares que sugieren que un supervisor eficaz puede estar asociado negativamente con el agotamiento y positivamente con la satisfacción laboral (Tabla 3).</p> <p>La síntesis de tres estudios, que incluían a 901 participantes, indicó que un supervisor eficaz puede estar asociado negativamente con la despersonalización, pero no con la realización personal. Dos estudios hallaron una pequeña asociación con la despersonalización. La relación entre un supervisor eficaz y el agotamiento emocional no estaba clara: dos estudios hallaron una pequeña relación negativa y un estudio, una pequeña relación positiva.</p> <p>Integración de pruebas cuantitativas y cualitativas</p> <p>Los resultados cuantitativos y cualitativos de esta revisión han sido en gran medida complementarios y se han apoyado mutuamente, especialmente en lo que respecta al impacto de la supervisión clínica sobre el agotamiento, el bienestar del personal, la satisfacción laboral, la conservación del empleo y el entorno laboral.</p> <p>Burnout. Los resultados cuantitativos han proporcionado pruebas preliminares de que una supervisión clínica eficaz y un supervisor eficaz pueden estar asociados negativamente con el burnout. Los resultados cualitativos también respaldan esta afirmación, ya que muestran que una supervisión clínica adecuada mitiga el riesgo de burnout y que una supervisión inadecuada reduce el riesgo de burnout.</p> <p>mitiga el riesgo de burnout, y que una supervisión clínica inadecuada conduce al estrés y al burnout.</p>	

Autor, Año de publicación	Enfoque	Último año de la búsqueda	Numero de estudios incluidos Estudios en Colombia/Latinoamérica	Región de la OMS Estudios en países de bajo y mediano ingresos	Hallazgos claves (Resultados más relevantes)	Evaluación de calidad
					<p>Bienestar del personal. Los resultados cuantitativos de un único ensayo controlado aleatorio mostraron un gran efecto en la reducción del agotamiento y la mejora del bienestar. Los estudios cualitativos apoyaron esta afirmación, mostrando que una supervisión clínica eficaz mejoraba el bienestar del personal.</p> <p>Satisfacción laboral. Aunque las pruebas cuantitativas de tres estudios mostraron que la asociación entre la supervisión clínica eficaz y la satisfacción laboral no estaba clara, las pruebas de cuatro estudios mostraron una asociación positiva de un supervisor eficaz con la satisfacción laboral. Los resultados cualitativos corroboraron esta afirmación, mostrando que una supervisión clínica eficaz reforzaba las relaciones de equipo y el sentimiento de pertenencia a la organización, aumentando así la satisfacción laboral. Esto era especialmente cierto cuando el supervisor era eficaz, proporcionaba información valiosa y animaba al personal a desarrollar su carrera profesional.</p> <p>Conservación del empleo. Las pruebas de dos estudios cuantitativos mostraron una asociación positiva moderada de la eficacia de la supervisión clínica con la conservación del empleo. Del mismo modo, el estudio cualitativo mostró que una supervisión clínica adecuada facilitaba la retención del personal.</p> <p>Entorno laboral. La síntesis de las pruebas cuantitativas de 11 estudios que investigaron el efecto de la supervisión clínica, y de seis estudios que investigaron la implementación posterior de la supervisión clínica con la implementación anterior, mostró resultados variables con respecto a su efecto sobre el entorno laboral. Sin embargo, las pruebas cualitativas destacaron que la retroalimentación efectiva de los supervisores se consideraba valiosa y mejoraba las percepciones de los supervisados sobre el entorno laboral y su sentido de pertenencia a la organización.</p> <p>En resumen, tanto los datos cuantitativos como los cualitativos ponen de manifiesto que una supervisión clínica eficaz y unos supervisores clínicos eficaces pueden estar asociados a resultados organizativos positivos, mientras que una supervisión clínica ineficaz o inadecuada y unos supervisores ineficaces pueden tener un impacto negativo en el bienestar del supervisado.</p>	

Evaluación del impacto de la densidad de Recursos Humanos en Salud en el acceso a la atención, en los resultados sanitarios y estrategias para una distribución equitativa

Autor, Año de publicación	Enfoque	Último año de la búsqueda	Número de estudios incluidos Estudios en Colombia/Latinoamérica	Región de la OMS Estudios en países de bajo y mediano ingresos	Hallazgos claves (Resultados más relevantes)	Evaluación de calidad
Russell et al., 2021 (6)	Examinar las asociaciones cuantificables entre las intervenciones de retención de talento humano en salud (THS) y la retención de THS en áreas rurales y remotas de los países de ingresos altos.	2020	34 0/0	Américas, Europa, Pacífico Occidental 0	Las intervenciones educativas como la selección preferente de estudiantes rurales y la formación distribuida en zonas rurales se asocian a una mayor retención rural de los profesionales sanitarios. Las intervenciones fuertemente coercitivas se asocian a una retención rural comparativamente menor que las intervenciones que implican menos coerción. Tomadores de decisiones buscando retención de THS a medio y largo plazo, serían prudentes fortalecer los itinerarios de formación rural y limitar el uso de intervenciones fuertemente coercitivas.	Moderada
Ogden et al., 2020 (12)	Sintetizar datos cuantitativos sobre los efectos del origen rural y la experiencia en áreas rurales durante la formación médica sobre la probabilidad de que los médicos generales ejerzan y permanezcan en zonas rurales.	2018	27 0/0	Américas, Pacífico Occidental 0	Los médicos de cabecera y los médicos de familia con origen rural y experiencia rural durante la educación médica de pregrado y posgrado tienen más probabilidades de ingresar a la práctica rural. A nivel individual, es más probable que los médicos de cabecera que trabajan en zonas rurales tengan orígenes rurales que los que trabajan en consultorios metropolitanos. Los médicos generales que han realizado cualquier trabajo rural o programa de capacitación tienen más probabilidades de trabajar en prácticas rurales, incluidos médicos de cabecera sin orígenes rurales, lo que demuestra el valor de la educación clínica rural en la contratación de médicos generales para todos los estudiantes de medicina y médicos de cabecera en prácticas de posgrado.	Críticamente baja
Bes et al., 2023 (31)	Una visión general de la investigación sobre las intervenciones de reclutamiento y retención de médicos de cabecera en áreas médicamente desatendidas dentro de los países europeos.	2022	25 0/25	Europa 9	En las medidas únicamente financieras, encontró que un bono para trabajar en una determinada área rural en realidad afectó a los agentes de salud a quedarse	Baja
Kumar et al., 2021 (5)	Este estudio resume la literatura reciente identificando factores que influyen en la retención de médicos rurales y analiza estrategias implementado para aumentar la retención.	2019	47 0/0	África 6	Los factores de retención universal para los profesionales de la salud en un entorno rural incluyen el origen rural, la exposición rural positiva durante la formación o en los primeros años de posgrado y el apoyo personal y profesional. Los incentivos financieros influyeron menos en la retención, pero los resultados fueron inconsistentes entre los estudios y diferían entre países de ingresos altos, medios y bajos. Las estrategias exitosas incluyeron la selección de estudiantes de entornos rurales para ingresar a escuelas de medicina y programas de educación universitaria y capacitación temprana de posgrado en una zona rural. Las intervenciones combinadas o multifacéticas pueden ser más efectivas que las intervenciones de un solo factor.	Críticamente baja

Autor, Año de publicación	Enfoque	Último año de la búsqueda	Numero de estudios incluidos Estudios en Colombia/Latinoamérica	Región de la OMS Estudios en países de bajo y mediano ingresos	Hallazgos claves (Resultados más relevantes)	Evaluación de calidad
World Health Organization, 2020 (32)		2020	106 No reporta	África, Américas, Asia Sudoriental, Europa, Mediterráneo Oriental, Pacífico Occidental No reporta	La identificación de desarrollo de un sistema de salud sostenible ,una elaboración de comunidad rural afianzada ayuda a la retención y reclutamiento de los actores e salud	Moderada
de Vries et al., 2023 (33)	El primer objetivo de esta revisión sistemática es explorar la prevalencia de enfermeras y médicos que tienen intención de abandonar su puesto en un hospital en los países de la Unión Europea. En segundo lugar, esta revisión sistemática pretendía explorar los principales determinantes que influyen en la conservación del empleo entre enfermeros y médicos en sus respectivos puestos en un entorno hospitalario.	2021	37 0/0	Europa, Américas. 0	Los factores determinantes identificados en esta revisión sistemática, a saber, las características personales, las exigencias del trabajo, los servicios de empleo, las condiciones de trabajo, las relaciones laborales y la cultura organizativa, influyen en la retención laboral de enfermeras y médicos. A la vista de los resultados de esta revisión sistemática, la Administración debería tener muy en cuenta la satisfacción laboral, el desarrollo profesional y el equilibrio entre la vida laboral y personal de su personal como tres factores cruciales en términos de retención laboral.	Críticamente baja
Adams et al., 2021 (34)	El objetivo de esta revisión es identificar qué factores afectan a la retención de enfermeros de salud mental, con el fin de informar sobre estrategias de retención e identificar áreas para futuras investigaciones.	2019	23 0/0	África, Américas, Europa, Mediterráneo Oriental, Pacífico Occidental 2	De acuerdo a esta investigación, los responsables políticos deberían mejorar la gestión de desastres y el personal. Además, el apoyo psicológico y mental, Educación sobre desastres y maniobras son medidas importantes para aumentar la preparación de trabajadores de la salud y disminuir el ausentismo.	Baja



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones

Síntesis Rápida ISSN 2744-8029

05/10/2023