

Desafíos en la radicación y retención de médicos en el interior del Uruguay: una revisión narrativa

Eduardo Moreira^{1,2,3*} 

¹Unidad de Cuidados Intensivos, Cooperativa Asistencial Médica de Rivera, Federación de Prestadores Médicos del Interior, Rivera, Uruguay

²Unidad de Cuidados Intensivos, Corporación Médica de Tacuarembó IAMPP, Federación de Prestadores Médicos del Interior, Tacuarembó, Uruguay

³Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Maciel, Administración de los Servicios de Salud del Estado, Montevideo, Uruguay

Recepción: 24-03-2026

Aceptación: 17-04-2026

*Correspondencia: Eduardo Moreira. dreduardo.moreira@gmail.com

Resumen

Introducción: Uruguay presenta una de las mayores densidades médicas de América Latina, pero mantiene una marcada concentración de profesionales en Montevideo y un déficit persistente en el interior del país. Esta desigualdad territorial compromete la accesibilidad, la oportunidad diagnóstica y la continuidad asistencial, especialmente en el subsector público.

Objetivo: Sintetizar críticamente la evidencia internacional y nacional sobre estrategias de atracción, radicación y retención de médicos en territorios no capitalinos, y analizar su aplicabilidad al contexto sanitario uruguayo.

Métodos: Se realizó una revisión narrativa con enfoque estructurado. La búsqueda se efectuó en PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO y LILACS (1990–2026), complementada con literatura gris, documentos técnicos nacionales e internacionales y reporte de prensa locales. Se incluyeron estudios que evaluaran intervenciones destinadas a mejorar la distribución geográfica del cuerpo médico. La evidencia se organizó en cinco categorías: estrategias educativas, regulatorias, financieras, comunitarias/organizacionales y enfoques multidimensionales.

Resultados: Las estrategias educativas, incluida la selección de estudiantes de origen rural y la formación descentralizada, muestran el impacto más consistente y sostenido en la radicación. Las medidas regulatorias mejoran la cobertura a corto plazo, pero presentan una efectividad limitada en la retención cuando no se integran en trayectorias formativas y laborales claras. Los incentivos financieros aumentan la atracción inicial, aunque su efecto disminuye en ausencia de estabilidad contractual y condiciones comunitarias favorables. Los factores familiares y sociales emergen como determinantes críticos de la permanencia. Los enfoques multidimensionales muestran los mejores resultados, especialmente en países de ingresos medios.

Conclusiones: La radicación y retención médica en el interior de Uruguay requiere políticas integrales, intersectoriales y sostenidas. La expansión de la formación descentralizada, el fortalecimiento de la telemedicina, la mejora de las condiciones laborales y la incorporación de los determinantes comunitarios constituyen pilares centrales para avanzar hacia una distribución más equitativa del recurso médico. Las intervenciones aisladas difícilmente lograrán resultados sostenidos sin un marco de política integrado.

Palabras clave: Distribución de médicos. Radicación profesional. Retención de recursos humanos en salud. Desigualdad territorial en salud. Regiones no capitalinas. Políticas de recursos humanos en salud.

Introducción

La distribución territorial del personal sanitario constituye uno de los desafíos estructurales más persistentes en los sistemas de salud, especialmente en países con alta concentración demográfica y económica en sus capitales. Uruguay no es la excepción. Aunque el país mantiene una de las mayores densidades médicas de América Latina, con 43,8 médicos por cada 10.000 habitantes, esta cifra oculta una marcada desigualdad geográfica: mientras Montevideo concentra entre 74 y 78 médicos por cada 10.000 habitantes, en la mayoría de los departamentos del interior la disponibilidad se reduce a 22–24, configurando una relación cercana a 3:1 entre la capital y el resto del territorio^{1–3}.

Estas diferencias impactan directamente en la accesibilidad, la oportunidad diagnóstica y la continuidad asistencial. Varias especialidades —como alergología, oncología, hematología, neumología o determinadas disciplinas quirúrgicas— están parcial o totalmente ausentes en múltiples departamentos, lo que obliga a traslados frecuentes hacia la capital y genera brechas asistenciales evitables^{4–6}. El problema adquiere especial relevancia en el subsector público: más del 70% de los usuarios de ASSE reside en el interior, precisamente donde la disponibilidad de especialistas es menor^{6,7}.

Este fenómeno se inscribe en una tendencia global ampliamente documentada en la literatura sobre distribución del recurso humano en salud, conocida como *urban drift*, caracterizada por la concentración de profesionales en grandes centros urbanos, atraídos por mejores oportunidades laborales, educativas y de desarrollo profesional, así como por un entorno social más favorable para ellos y sus familias^{8–12}. En contraposición, las zonas rurales o periféricas suelen presentar condiciones laborales más exigentes, menor infraestructura y menor estabilidad, lo que profundiza la dificultad de atraer y retener profesionales^{9–13}.

La evidencia internacional ha identificado de manera consistente que la decisión de radicarse y permanecer en territorios no capitalinos responde a un conjunto de determinantes interrelacionados que incluyen factores individuales, profesionales y comunitarios^{11–13}. Entre ellos se destacan el origen geográfico, las condiciones laborales, la estabilidad contractual, las oportunidades de desarrollo profesional, así como aspectos vinculados a la calidad de vida, la integración social y las oportunidades para el núcleo familiar. Estas dimensiones interactúan entre sí y explican por qué las intervenciones aisladas tienden a ser insuficientes para generar cambios sostenidos^{11–20}.

En Uruguay se han implementado diversas estrategias orientadas a abordar este problema, entre ellas incentivos económicos, programas de salud rural,

la expansión de residencias médicas en el interior y el desarrollo reciente de una estrategia nacional de telemedicina. Si bien estas iniciativas representan avances relevantes, su impacto ha sido heterogéneo y, en muchos casos, se ha visto limitado por la falta de articulación entre los niveles formativos, laborales y comunitarios^{17–26}.

En este contexto, resulta necesario integrar la evidencia disponible y analizarla desde una perspectiva aplicada al sistema uruguayo. Si bien existen documentos técnicos y diagnósticos locales previos, actualmente persiste un claro vacío en la literatura respecto a una síntesis académica estructurada que integre la evidencia internacional reciente con el nuevo marco normativo e institucional del país. Las revisiones internacionales ofrecen múltiples estrategias, pero su efectividad depende en gran medida del contexto, lo que hace imprescindible una interpretación situada que considere las particularidades laborales, como el multiempleo, y territoriales del país.

El objetivo de esta revisión es contribuir a cubrir este vacío, sintetizando críticamente la evidencia sobre estrategias de atracción y retención de médicos en territorios no capitalinos, para analizar los mecanismos que explican su efectividad. A partir de este análisis, se busca aportar elementos concretos que contribuyan al debate académico y al diseño de políticas públicas orientadas a una distribución más equitativa del recurso médico.

Métodos

Se realizó una revisión narrativa de la literatura con enfoque estructurado, orientada a identificar, analizar y sintetizar las estrategias destinadas a mejorar la radicación y retención de profesionales médicos en territorios rurales o no capitalinos. Dado el carácter heterogéneo de la evidencia disponible —que incluye estudios cuantitativos, cualitativos, revisiones sistemáticas y documentos de política sanitaria—, se optó por un diseño narrativo, incorporando elementos metodológicos propios de las *scoping reviews* para ampliar la sensibilidad de la búsqueda y mapear el campo de estudio.

La pregunta orientadora fue: *¿Qué intervenciones han demostrado eficacia o potencial para mejorar la radicación y retención de profesionales de la salud en zonas rurales o periféricas, y cuáles son sus implicancias para el sistema de salud uruguayo?*

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO y LILACS, entre enero y octubre de 2026. Se utilizaron combinaciones de términos en inglés y

español, incluidos: *rural health workforce, physician retention, health workforce recruitment, medical workforce distribution, return-of-service, financial incentives, decentralized medical training, telemedicine, Latin America y Uruguay*.

La búsqueda se limitó al período comprendido entre 1990 y 2026, priorizando revisiones sistemáticas, estudios comparativos, análisis de políticas públicas y experiencias aplicables a países de ingresos medios.

Adicionalmente, se incorporó literatura gris relevante, incluidos documentos técnicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), así como informes del Ministerio de Salud Pública del Uruguay, la Junta Nacional de Salud, la Federación Médica del Interior, CERES y sociedades científicas nacionales, además de reportes de prensa locales.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron estudios y documentos que evaluaran intervenciones destinadas a mejorar la distribución geográfica de profesionales de la salud; que analizaran estrategias educativas, regulatorias, financieras, comunitarias u organizacionales; y que presentaran

resultados en términos de atracción, radicación o retención.

Se excluyeron: estudios clínicos sin relación con la temática de recursos humanos; reportes con limitaciones metodológicas significativas o sin descripción clara de la intervención; así como experiencias provenientes de contextos altamente específicos o no extrapolables a sistemas de salud de ingresos medios.

Síntesis y análisis de la evidencia

La selección de los documentos se realizó en dos etapas. En una primera fase, se efectuó un cribado por título y resumen para identificar estudios potencialmente relevantes. Posteriormente, se realizó la lectura completa de los textos seleccionados para su inclusión final. El proceso de búsqueda arrojó un total de 91 registros iniciales, de los cuales, tras aplicar los criterios de elegibilidad, se incluyeron finalmente 50 documentos, entre artículos originales, revisiones sistemáticas y reportes técnico). El flujo detallado de selección se presenta en la **Figura 1**. La selección de los documentos, el cribado por título y resumen, y la extracción de datos fueron realizados íntegramente por el único autor de este trabajo.

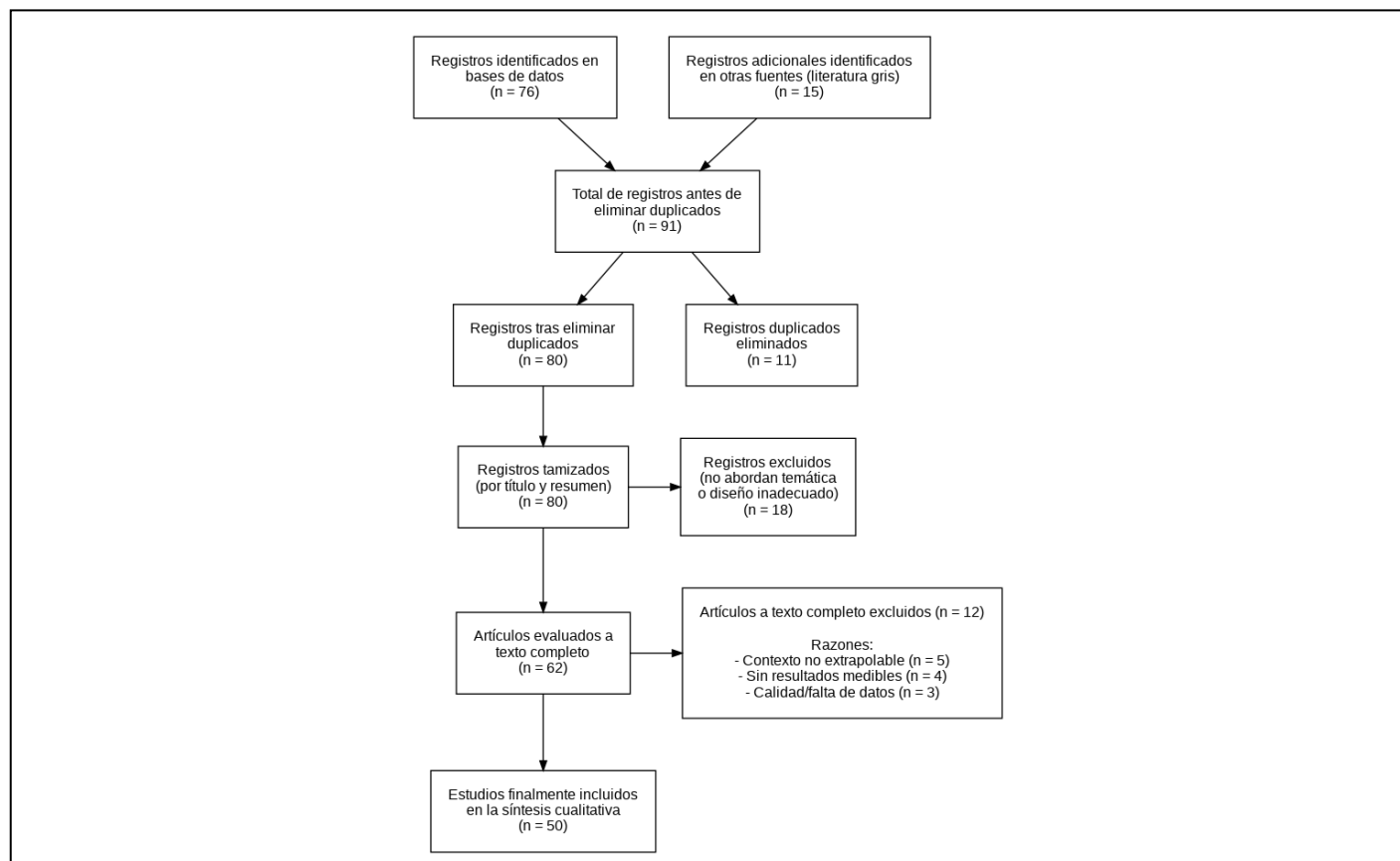


Figura 1. Diagrama de flujo.

Diagrama de flujo del proceso de selección de la literatura, adaptado de los lineamientos PRISMA. El flujograma detalla las fases de identificación, tamizaje, elegibilidad e inclusión, desde los 91 registros iniciales hasta la muestra final de 50 documentos incluidos en la síntesis cualitativa.

Dada la heterogeneidad metodológica de las fuentes incluidas —que abarcan desde estudios observacionales y cualitativos hasta revisiones narrativas y documentos de política sanitaria (literatura gris)—, se optó por no aplicar herramientas estandarizadas de evaluación de calidad (como escalas tipo MINORS, AMSTAR o el sistema GRADE). La aplicación de múltiples instrumentos disímiles resultaba inviable y no se alineaba con el objetivo de este tipo de revisión de alcance (*scoping review*), cuyo propósito principal es mapear la amplitud de la evidencia e identificar patrones conceptuales o mecanismos de acción, más que evaluar el tamaño del efecto o el riesgo de sesgo numérico. En su lugar, se aplicó un análisis crítico cualitativo de cada documento, ponderando la consistencia interna de sus hallazgos, la plausibilidad teórica de las intervenciones descritas y, fundamentalmente, su grado de aplicabilidad al contexto sanitario uruguayo.

La información fue analizada de forma iterativa. Inicialmente se identificaron patrones conceptuales y mecanismos comunes. Posteriormente, se estructuró la evidencia en cinco categorías analíticas: estrategias educativas, regulatorias, financieras, comunitarias/organizacionales y enfoques multidimensionales.

Finalmente, se realizó una interpretación contextualizada de los hallazgos, evaluando su factibilidad, coherencia institucional y potencial impacto en el sistema de salud uruguayo.

Resultados

Panorama global: desigualdad territorial como patrón estructural

La literatura internacional documenta de manera consistente que la distribución desigual del personal de salud entre zonas urbanas consolidadas y territorios rurales o remotos es un fenómeno estructural persistente. En seis de los documentos analizados, la concentración de profesionales en grandes centros urbanos se asocia con una combinación recurrente de factores: mejores salarios relativos, mayor densidad de servicios, oportunidades de formación especializada, presencia de hospitales de alta complejidad y entornos sociales reportados como más atractivos para el desarrollo personal y familiar⁸⁻¹³.

En contraposición, las áreas periféricas evaluadas en la literatura reportan menores incentivos, mayores exigencias asistenciales, dificultades para la formación continua y menor infraestructura, lo que genera ciclos de baja atracción y alta rotación. Las recomendaciones globales de la OMS y reportes afines documentan que las intervenciones aisladas no registran

suficiencia empírica, mientras que los enfoques integrados son los que reportan cambios sostenidos en las tasas de retención¹⁰.

Determinantes de radicación y retención: un marco en tres niveles

La extracción de datos de los 50 documentos revisados permitió identificar un conjunto de factores consistentes que influyen en la decisión de instalación y permanencia, agrupables en tres niveles interrelacionados:

- **Determinantes individuales:** En cinco de los estudios, el origen rural se reporta como el predictor demográfico más robusto de intención y práctica efectiva en zonas periféricas²⁷⁻³¹. Este efecto muestra incrementos en su magnitud cuando los estudiantes realizan formación prolongada en dichos entornos. Otros factores reportados incluyen la etapa vital, las expectativas familiares y el género; la literatura asocia la feminización del sector con demandas específicas de flexibilidad laboral, estabilidad y apoyo a la maternidad/paternidad²⁷⁻³¹.
- **Determinantes profesionales y organizacionales:** Las condiciones laborales —carga asistencial, estabilidad contractual, disponibilidad de colegas, desarrollo profesional, acceso a tutoría y educación continua— se identifican como variables críticas. Un subgrupo de cinco estudios documenta que los incentivos económicos generan atracción a corto plazo, pero registran tasas bajas de retención sostenida en ausencia de entornos organizacionales estables y apoyo institucional³²⁻³⁶. Asimismo, herramientas como la telemedicina y los modelos de soporte clínico a distancia se asocian en la evidencia con una menor percepción de aislamiento profesional y mejoras en la continuidad de los equipos^{20,21,37,38}.
- **Determinantes comunitarios y contextuales:** La evidencia cualitativa extraída de tres artículos señala que variables como la vivienda adecuada, la percepción de seguridad, la disponibilidad de educación para los hijos, el empleo para la pareja y el sentido de pertenencia a la comunidad actúan como determinantes de la permanencia²⁹⁻³¹. Conceptos documentados como *place attachment* y *place integration* describen una asociación directa entre la identidad profesional, la integración comunitaria y la radicación a largo plazo²⁹⁻³¹.

Los resultados globales de los estudios revisados indican que estos tres niveles actúan de forma acumulativa, observándose mayores tasas de retención en aquellas intervenciones que abordan simultáneamente más de un nivel.

Estrategias documentadas: efectividad y mecanismos de acción

El mapeo de la literatura identificó cinco familias de intervenciones, cuya efectividad reportada varía según los mecanismos involucrados (Tabla 1):

- **(a) Estrategias educativas:** Incluyen la selección de estudiantes de origen rural, programas formativos descentralizados, rotaciones prolongadas en territorio y residencias locales. Son las intervenciones que reportan mayor consistencia en términos de radicación y retención a largo plazo. Estudios en Canadá, Australia e Indonesia han medido incrementos significativos —de hasta cuatro veces— en la probabilidad de ejercer en zonas rurales al combinar formación y origen rural^{27,28,31,39}. Los autores de estos trabajos señalan la necesidad de inversión inicial y disponibilidad de tutores locales como principales requisitos de implementación.
- **(b) Estrategias regulatorias:** Comprenden programas de servicio obligatorio (ROS), becas con devolución obligatoria, asignación temporal y sistemas de puntajes. Los reportes indican un impacto inmediato pero transitorio en la cobertura, con caídas abruptas de retención al finalizar el período obligatorio, como se documenta en las evaluaciones de Sudáfrica y Filipinas, incluido el programa *Doctors to the Barrios*^{40,41}. Los estudios comparativos muestran mayor efectividad cuando la obligación se vincula con trayectorias formativas o profesionales claras⁴².
- **(c) Estrategias financieras:** Incorporan salarios diferenciales, bonificaciones, vivienda subsidiada, condonación de deuda o pagos por permanencia. Las evaluaciones en países de ingresos altos y medios registran incrementos en la atracción inicial, pero evidencian el abandono de las plazas una vez finalizados los beneficios económicos, a menos que mejoren las condiciones laborales y comunitarias^{32-36,43}.
- **(d) Estrategias comunitarias y organizacionales:** Abarcan el acompañamiento comunitario, programas de integración social, empleo para la pareja, acceso a educación, viviendas dignas, tutorías y soporte técnico continuo. La literatura cualitativa documenta que el apego al lugar y la integración comunitaria presentan una mayor asociación estadística con la retención prolongada que los incentivos económicos²⁹⁻³¹.
- **(e) Enfoques multidimensionales:** Integran simultáneamente componentes educativos, regulatorios, financieros y comunitarios. Una revisión sistemática reciente de programas en países de ingresos bajos y medios reportó impactos positivos medibles en el 77% de las intervenciones multidimensionales⁴⁴. La literatura identifica la coordinación intersectorial, el financiamiento estable y la gobernanza como sus principales requerimientos.

Tabla 1. Estrategias de radicación y retención de profesionales de la salud en zonas rurales y remotas: síntesis comparativa de enfoques internacionales.

Familia de estrategias	Mecanismo principal	Fortalezas	Limitaciones
Educativas	Selección de estudiantes de origen rural; formación prolongada y descentralizada; residencias en el territorio	Generan arraigo y sostenibilidad a largo plazo y fortalecen competencias adaptadas al contexto	Requieren inversión en infraestructura y docentes; su impacto es lento
Regulatorias	Programas de servicio obligatorio (ROS, becas con devolución, destinación temporal)	Garantizan cobertura inmediata en áreas críticas	Alta rotación tras la obligación; riesgo de desmotivación sin trayectorias claras
Financieras	Incentivos económicos: salarios diferenciales, condonación de deuda, vivienda subsidiada	Útiles para atraer profesionales a corto plazo; cubren brechas urgentes	Retención limitada sin mejoras en las condiciones laborales y comunitarias
Comunitarias y organizacionales	Integración en la comunidad, apoyo a la familia, mentoría, telemedicina	Favorecen la permanencia; generan apego e identidad profesional y social	Difíciles de estandarizar; dependen del contexto local
Multidimensionales	Paquetes integrados que combinan medidas educativas, regulatorias, financieras y comunitarias	Mayor efectividad y sostenibilidad; adaptables al contexto	Requieren coordinación intersectorial y financiamiento sostenido

Tabla 2. Experiencias internacionales de radicación y retención de profesionales de la salud en zonas rurales y remotas.

País/Programa	Estrategia principal	Resultados/logros	Limitaciones observadas
Australia/Canadá	Formación descentralizada y selección de estudiantes rurales	Aumento sostenido de médicos radicados en comunidades locales; vínculos comunitarios sólidos	Alto costo inicial; requiere infraestructura educativa y sanitaria
Chile – EDF	Servicio obligatorio con becas y reinserción laboral	Cobertura de zonas rurales y acceso a especialización para médicos jóvenes	Heterogeneidad en la calidad de los puestos; problemas de cumplimiento
Brasil – Mais Médicos	Paquete integral que incluye incentivos, formación, infraestructura y médicos extranjeros	Ampliación rápida de la cobertura en municipios alejados; mejoras en infraestructura	Controversias políticas; sostenibilidad financiera limitada
Tailandia/Indonesia	Becas con compromiso rural + subsidios e infraestructura	Retención sostenida cuando se incluye desarrollo profesional y estabilidad contractual	Alta rotación en zonas con débil infraestructura o supervisión
Filipinas – Doctors to the Barrios	Servicio obligatorio puro	Cobertura de vacantes críticas a corto plazo	Menos del 20% permaneció tras cumplir el contrato; escaso arraigo comunitario
Revisión sistemática	Paquetes multidimensionales que integran educación, regulación, incentivos y comunidad	El 77% de programas mostró impacto positivo; fueron más efectivos cuando integraron múltiples palancas	Poca evidencia longitudinal; necesidad de adaptación local

Experiencias internacionales relevantes

El análisis comparado identificó cinco modelos emblemáticos en distintos países y regiones con evaluaciones de resultados publicadas, cuyas características se sintetizan en la **Tabla 2**:

- **Australia y Canadá:** Sus modelos de formación en territorio, mediante escuelas clínicas rurales y residencias descentralizadas, reportan la evidencia longitudinal más robusta y replicable en términos de retención sostenida^{27,28}.
- **Chile (Etapas de Destinación y Formación - EDF):** Evaluaciones de este programa documentan resultados favorables al conectar la obligación temporal inicial con el acceso garantizado a la especialización y reinserción posterior en el mismo territorio⁴².
- **Brasil (Mais Médicos):** Los estudios de impacto muestran una rápida ampliación de la cobertura territorial a corto plazo mediante un enfoque integral (incentivos, infraestructura, formación y contratación internacional), aunque reportan dificultades posteriores en los indicadores de sostenibilidad⁴⁵.
- **Tailandia e Indonesia:** Sus modelos, que integran becas con compromiso rural, subsidios y carreras profesionales regladas, muestran mejoras en la retención condicionadas directamente a la

presencia de estabilidad organizacional y supervisión adecuada^{31,39}.

- **Filipinas (Doctors to the Barrios):** Reporta las limitaciones del servicio obligatorio aislado, registrando altas tasas de cobertura inicial pero con índices de retención poscontrato inferiores al 20%⁴¹.

En conjunto, los resultados documentados en estas experiencias convergen en señalar que la radicación sostenida depende de intervenciones integradas, articuladas con condiciones laborales y comunitarias que faciliten la permanencia en el territorio.

Discusión

Los resultados de esta revisión confirman que la distribución desigual de los recursos humanos en salud constituye un patrón estructural persistentemente documentado en el ámbito global, particularmente en sistemas con alta concentración urbana de servicios, formación y oportunidades profesionales⁸⁻¹³. Uruguay reproduce este fenómeno con una intensidad significativa, evidenciada por una relación cercana a 3:1 en la densidad médica entre Montevideo y el interior, con impacto directo sobre la equidad territorial, el acceso oportuno a la atención y la continuidad asistencial, especialmente en el subsector público¹⁻⁷.

Más allá de su carácter global, la evidencia analizada permite reconocer que los determinantes de la radicación y retención no operan de forma aislada, sino como un sistema interdependiente de factores individuales, organizacionales y comunitarios^{11–13,29–31,46}. Este punto resulta central, porque ayuda a explicar por qué muchas políticas bien intencionadas fracasan: las intervenciones que actúan sobre un único nivel suelen mostrar efectos parciales, transitorios o insuficientes. En cambio, la permanencia sostenida tiende a observarse cuando las estrategias logran intervenir simultáneamente sobre más de una de estas dimensiones. Esta lógica comparativa puede apreciarse en la síntesis presentada en la **Tabla 1**, donde se observa que las distintas familias de intervenciones presentan fortalezas y limitaciones diferenciales según el mecanismo sobre el que actúan.

En este contexto, las estrategias educativas emergen como el componente con mayor solidez empírica y consistencia temporal. La selección de estudiantes con origen rural o del interior, junto con la exposición formativa prolongada en territorio, no solo aumenta la probabilidad de radicación, sino que modifica las trayectorias profesionales desde etapas tempranas, favoreciendo la construcción de una identidad profesional vinculada al territorio^{27,28,31,46,47}. La evidencia internacional es consistente en este sentido, y las experiencias desarrolladas en Uruguay, particularmente en residencias descentralizadas de ginecología y pediatría, refuerzan la plausibilidad y pertinencia local de este mecanismo^{18,19,48}. En sistemas pequeños como el uruguayo, este hallazgo adquiere especial valor estratégico, porque la descentralización formativa podría generar no solo mayor cobertura territorial, sino también mayor integración entre formación, inserción laboral y continuidad asistencial. Las experiencias internacionales más emblemáticas de este enfoque, así como sus resultados y limitaciones, se sintetizan en la **Tabla 2**.

Por el contrario, las estrategias regulatorias, especialmente aquellas basadas en la obligatoriedad, presentan una limitación estructural ampliamente documentada. Si bien logran resolver déficits de cobertura a corto plazo, no necesariamente generan arraigo ni permanencia. La evidencia proveniente de programas de retorno de servicio y asignación obligatoria muestra que, en ausencia de trayectorias formativas claras, estabilidad laboral y posibilidades reales de desarrollo profesional, la retención posterior al cumplimiento de la obligación suele ser baja^{32,40,41}. Este patrón se repite en diversos contextos y sugiere que las políticas basadas exclusivamente en la coerción administrativa tienden a desplazar el problema en el tiempo más que a resolverlo. La principal excepción es el modelo chileno de Etapa de Destinación y Formación, en el que la

obligación inicial se articula con el acceso a la especialización y posibilidades de reinserción posterior, lo que mejora así la permanencia⁴². En el caso uruguayo, la ausencia de un dispositivo análogo limita la capacidad de las herramientas regulatorias para traducirse en retención sostenida.

Las estrategias financieras presentan una lógica similar. Los incentivos económicos pueden ser eficaces para atraer médicos a zonas con vacantes críticas, pero su efecto sobre la permanencia es claramente menor cuando no se integran con mejoras en las condiciones laborales y en el entorno comunitario^{32–36}. En varios estudios, los profesionales valoran más la estabilidad contractual, la posibilidad de trabajar con equipos consolidados, la disponibilidad de soporte clínico y las condiciones de vida familiar que un incremento económico aislado. Esta tensión entre atracción inicial y retención efectiva se resume en la **Tabla 3**, donde se observa que incluso mecanismos relativamente potentes —como bonificaciones, pagos de retención, condonación de deuda o compensaciones por aislamiento— presentan limitaciones importantes cuando se implementan sin una estrategia más amplia.

En Uruguay, este punto resulta particularmente relevante dado el peso del multiempleo médico y la fragmentación del mercado laboral, fenómenos que pueden diluir el impacto de los incentivos monetarios aislados al incorporarlos como un ingreso complementario, sin modificar sustancialmente la decisión de radicación a largo plazo^{25,26,48,49}.

En este marco, la telemedicina emerge como una herramienta estratégica de especial interés para Uruguay. Las revisiones disponibles muestran que la teleconsultoría, el soporte remoto entre pares, la educación continua virtual y las redes de segunda opinión reducen el aislamiento profesional, fortalecen la confianza clínica y mejoran la percepción de respaldo institucional^{20,21,37,38}. Además de sus efectos sobre la calidad asistencial, estos dispositivos pueden incidir favorablemente en la satisfacción profesional y, por lo tanto, en la permanencia. Sin embargo, su impacto no debe sobredimensionarse: la telemedicina no sustituye unas condiciones laborales adecuadas ni corrige por sí sola la inequidad territorial. Su efecto depende de su integración en modelos organizacionales estables, de la existencia de redes funcionales con centros de referencia y de una infraestructura tecnológica confiable. Estas distintas modalidades y sus implicancias para la retención se resumen en la **Tabla 4**.

Sin embargo, incluso estas herramientas tecnológicas encuentran un límite claro cuando no se acompañan de condiciones de vida adecuadas.

Tabla 3. Incentivos financieros y regulatorios: mecanismos, evidencias y limitaciones.

Tipo de incentivo	Mecanismo principal	Evidencia de impacto	Limitaciones
Bonificaciones y pagos diferenciales	Pagos adicionales por ruralidad o aislamiento	Reducción de renunciaciones; mayor atracción inicial	Impacto acotado sin mejoras estructurales
Pagos de retención	Sumas periódicas condicionadas a la permanencia	Apoyo a la continuidad a corto y medio plazo	Rotación frecuente al finalizar el pago
Incentivos por competencias rurales	Remuneración adicional por polivalencia o atención de urgencias	Mejora en la satisfacción y la disposición a radicarse	Requiere definir y evaluar competencias
"Locum relief"	Reemplazos financiados para descanso/CPD	Disminuye el desgaste y favorece la retención	Altos costos y logística compleja
Condonación o reembolso de deuda	Reducción de préstamos educativos	Aumenta la atracción hacia plazas rurales	Retención limitada tras cumplir el compromiso
Asignaciones por condiciones adversas	Compensación por aislamiento o precariedad	Menor tasa de renunciaciones en zonas críticas	Dificultad para garantizar la sostenibilidad fiscal
Servicio obligatorio (ROS)	Ubicación obligatoria durante un período definido	Cobertura inmediata en áreas críticas	Alta rotación posterior a la obligación
ROS integrado a carrera	ROS vinculado a formación y reinserción laboral	Mejor retención con continuidad formativa	Requiere planificación y cupos docentes

Tabla 4. Telemedicina y vínculos con centros de referencia como estrategias de retención.

Estrategia	Mecanismo principal	Fortalezas	Limitaciones
Telemedicina estructurada	Redes de segunda opinión, mentoría a distancia y educación continua virtual	Reduce el aislamiento profesional, asegura una calidad homogénea y es accesible a menor costo	Requiere infraestructura tecnológica estable y financiamiento sostenido
Modelo híbrido (interior + referencia capitalina)	Combinación de práctica local con guardias o formación en centros de referencia	Refuerza la actualización clínica, las redes profesionales y la motivación	Exige coordinación interinstitucional y financiamiento para traslados
Redes distribuidas de práctica	Integración de equipos clínicos en red, con soporte virtual y movilidad regulada	Favorece la cohesión de los equipos y el desarrollo profesional continuo	Es complejo de organizar en sistemas fragmentados
Modelo uruguayo (en desarrollo)	Estrategia Nacional de Telemedicina 2022–2025 (MSP); integración con residencias descentralizadas; vínculos con hospitales de referencia en Montevideo	Disminuye el aislamiento clínico, permite la tutoría a distancia, facilita la continuidad formativa y el contacto regular con centros de referencia	Aún es incipiente, falta consolidar la interoperabilidad tecnológica y el financiamiento estable

Uno de los hallazgos más consistentes de la literatura, y al mismo tiempo uno de los menos incorporados de manera sistemática en las políticas sanitarias, es el peso de los factores comunitarios. La vivienda, la calidad de vida, la seguridad, la educación de los hijos, las oportunidades laborales para la pareja y la integración social no constituyen elementos accesorios, sino determinantes centrales de la permanencia^{29,30,50}. La evidencia cualitativa muestra que el arraigo territorial se construye tanto en el plano profesional como en el personal, y que la falta de

condiciones adecuadas en este nivel puede neutralizar el efecto de intervenciones sanitarias técnicamente bien diseñadas. La **Tabla 5** permite visualizar este punto con claridad, al mostrar cómo las estrategias vinculadas al entorno familiar y comunitario pueden funcionar como facilitadores críticos de la retención, aunque dependan de articulaciones intersectoriales más complejas que las intervenciones estrictamente sanitarias.

Tomados en conjunto, estos hallazgos refuerzan una conclusión principal: las estrategias unidimensionales

Tabla 5. Factores comunitarios y de calidad de vida en la radicación y retención de profesionales de la salud.

Estrategia	Mecanismo principal	Fortalezas	Limitaciones
Vivienda digna y accesible	Subsidios, convenios locales y programas de vivienda para profesionales	Resuelve una de las principales barreras para la radicación	Requiere coordinación con políticas de vivienda y financiamiento estable
Educación y empleo para la familia	Escuelas de calidad, becas para hijos y oportunidades laborales para parejas	Favorece el arraigo familiar y la estabilidad a largo plazo	Depende de la articulación con ministerios y gobiernos locales
Programas de acogida comunitaria	Tutorías sociales, actividades culturales y redes locales de apoyo	Fortalecen la integración social, reducen el aislamiento y aumentan el sentido de pertenencia	Difíciles de estandarizar, dependen del compromiso comunitario
Seguridad y cohesión social	Acciones coordinadas entre salud, intendencias y comunidad	Incrementan la percepción de seguridad y el apego al lugar	Requiere gobernanza local sólida y sostenida

son insuficientes. La literatura internacional muestra de manera consistente que los enfoques multidimensionales —aquellos que combinan simultáneamente componentes educativos, regulatorios, financieros, organizacionales y comunitarios— son los que logran mejores resultados en términos de sostenibilidad e impacto^{10,15,44}. En particular, la revisión sistemática más reciente en países de ingresos bajos y medios mostró resultados positivos en el 77% de los programas que integraban múltiples palancas de intervención⁴⁴. Esta superioridad no depende solo de “sumar medidas”, sino de reconocer que la decisión de radicarse y permanecer responde a una lógica compleja, acumulativa y situada.

En el caso uruguayo, esta necesidad de integralidad se ve amplificada por características estructurales del sistema de salud: concentración histórica de la formación en Montevideo, heterogeneidad entre subsectores, multiempleo extendido, fragmentación institucional y persistencia de vacantes en determinadas especialidades en el interior^{1-7,22-26,48,49}. Estas condiciones no solo limitan la efectividad de las intervenciones aisladas, sino que exigen una política nacional explícita, sostenida y coordinada. Desde esta perspectiva, la radicación y retención de médicos en el interior no debería entenderse exclusivamente como un problema de recursos humanos en salud, sino como un desafío de política pública integral que involucra educación, trabajo, desarrollo territorial, vivienda, conectividad y gobernanza sanitaria.

A partir de los hallazgos de esta revisión, pueden derivarse algunas implicancias estratégicas para Uruguay. En primer lugar, la expansión de la formación descentralizada debería ocupar un lugar central en cualquier política de radicación, priorizando no solo la apertura de cupos, sino también la calidad de los escenarios formativos, la disponibilidad de tutores y

la existencia de trayectorias profesionales posteriores en el territorio^{18,19,27,28,46,47}. En segundo lugar, las herramientas regulatorias deberían rediseñarse para integrarse con mecanismos de desarrollo profesional, evitando esquemas de obligatoriedad desvinculados de una carrera sanitaria previsible^{39-42,44}. En tercer lugar, los incentivos financieros deberían orientarse a esquemas de retención progresiva articulados con estabilidad laboral y apoyo organizacional, más que a la captación inicial aislada³²⁻³⁶. Finalmente, cualquier estrategia nacional debería incorporar explícitamente los determinantes comunitarios y familiares, lo que obliga a una articulación intersectorial sostenida que excede el ámbito del sector salud propiamente dicho^{29,30,50}.

En suma, esta revisión sugiere que Uruguay dispone ya de algunos elementos promisorios —como la expansión de experiencias formativas descentralizadas y el desarrollo de la telemedicina—, pero todavía carece de una arquitectura de política suficientemente integrada para transformar esos avances en un cambio estructural. La evidencia disponible no solo describe el problema: también ofrece una hoja de ruta clara. Sin integración entre formación, condiciones laborales, soporte profesional y entorno social, las brechas territoriales tenderán a persistir.

Esta revisión presenta limitaciones inherentes a su diseño narrativo. Al no tratarse de una revisión sistemática estricta, existe un riesgo potencial de sesgo de selección y de publicación, particularmente en lo que respecta a la literatura gris y los reportes locales. Asimismo, la decisión metodológica de no aplicar herramientas estandarizadas para la evaluación formal de la calidad de los estudios primarios (debido a la gran heterogeneidad de los diseños incluidos) implica que los hallazgos deben interpretarse como una síntesis panorámica del estado del arte.

No obstante, la notable consistencia de los mecanismos identificados en diferentes contextos geográficos y sistemas de salud otorga robustez a las conclusiones presentadas.

Conclusiones

La evidencia disponible muestra que la distribución desigual de los recursos humanos en salud entre Montevideo y el interior es un problema estructural, persistente y con impacto directo sobre la equidad territorial y el acceso efectivo a servicios de calidad en Uruguay. Esta brecha no responde a un solo factor ni puede abordarse mediante intervenciones aisladas.

Las estrategias educativas, en particular la selección de estudiantes de origen rural o del interior y la formación prolongada en territorio a través de programas descentralizados y residencias locales, son las que cuentan con evidencia más sólida de impacto sostenido en la radicación y la retención. En Uruguay, las experiencias iniciales de residencias en el interior confirman este potencial y constituyen una base concreta sobre la cual profundizar.

Las intervenciones regulatorias y financieras, aunque útiles para mejorar la cobertura a corto plazo, muestran un efecto limitado sobre la permanencia cuando se aplican de forma aislada. Su efectividad aumenta cuando se integran en trayectorias formativas claras, marcos contractuales estables y condiciones de trabajo razonables.

El contexto comunitario y las condiciones de vida — vivienda, redes sociales, servicios educativos y oportunidades para la familia— emergen como determinantes críticos de la decisión de permanecer en el territorio. La radicación profesional no puede entenderse ni resolverse exclusivamente desde la política sanitaria, sino que requiere una articulación intersectorial sostenida.

Los programas multidimensionales, que combinan componentes educativos, regulatorios, financieros y comunitarios bajo una gobernanza sólida, son los que muestran mejores resultados internacionales y ofrecen la hoja de ruta más consistente para Uruguay.

Avanzar hacia una política nacional de radicación y retención en el interior, con metas explícitas, financiamiento estable y mecanismos de evaluación continua, es una condición prácticamente necesaria para reducir las brechas territoriales y fortalecer la cohesión del sistema de salud. La oportunidad no radica en generar más evidencia, sino en utilizar de forma estratégica la que ya existe.

El mensaje para los tomadores de decisión es claro: perpetuar intervenciones aisladas frente a un problema estructural es garantizar la inequidad. Avanzar hacia una distribución justa del recurso médico exige

trascender los parches sectoriales para consolidar una verdadera política de Estado integral, intersectorial y con financiamiento sostenido; de lo contrario, la brecha sanitaria en el interior del país seguirá perpetuándose.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Contribución de autoría

Eduardo Moreira: Conceptualización, Metodología, Investigación, Curación de datos, Análisis formal, Redacción del borrador original, Redacción, revisión y edición, Supervisión, Administración del proyecto.

Conflictos de interés

El autor declara que no hay ningún conflicto de interés comercial o financiero para esta investigación.

Uso de inteligencia artificial

El autor declara que no se ha utilizado ninguna herramienta de inteligencia artificial (como ChatGPT, Copilot, Gemini, u otras) en la redacción, análisis o revisión de este artículo.

Aprobado por el Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay.

Referencias

1. Batthyány Dighiero K, González F, Barbero M, Barrero G. La profesión médica en el Uruguay. Caracterización del perfil profesional y la inserción laboral de los médicos en el Uruguay. Montevideo: Colegio Médico del Uruguay; 2018.
2. Ministerio de Salud Pública (MSP). Distribución de los Recursos Humanos en Salud en el Uruguay – 2012. Montevideo: MSP; 2012.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Metas regionales de recursos humanos en salud 2007–2015. Washington, DC: OPS; 2008.
4. Cabrera S. Falta de médicos en el interior: ¿cuáles especialistas están disponibles (y cuáles no) en cada departamento? El País. 2024 ene 28. Disponible en: <https://www.elpais.com.uy/que-pasa/falta-de-medicos-en-el-interior-cuales-especialistas-están-disponibles-y-cuales-no-en-cada-departamento>
5. Barrios L. Desigualdades en el acceso a la salud entre Montevideo y el resto del país. La diaria. 2023 dic 2. Disponible en: <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2023/12/desigualdades-en-el-acceso-a-la-salud-entre-montevideo-y-el-resto-del-pais/>
6. La formación centralizada en Montevideo dificulta la radicación de especialistas en el interior de Uruguay. Disponible en: <https://residenciasmedicas.com.uy/la-formacion-centralizada-en-montevideo-dificulta-la-radicacion-de-especialistas-en-el-interior-de-uruguay/>
7. Caras y Caretas. FEMI expuso en el Parlamento las desigualdades entre capital e interior. Montevideo: Caras y Caretas; 2022. Disponible en: <https://www.carasycaretas.com.uy/sindicales/femi-expuso-el-parlamento-las-desigualdades-capital-e-interior-n55469>

8. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health*. 2006;4:12. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-12>
9. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:19. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-19>
10. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/increasing-access-to-health-workers-in-remote-and-rural-areas-through-improved-retention>
11. Jaskiewicz W, Phathamavong O, Vangkonevilay P, Paphassarang C, Phachanh IT, Wurts L. Toward development of a rural retention strategy in Lao People's Democratic Republic: understanding health worker preferences. Washington, DC: CapacityPlus; 2012. Disponible en: <https://intrahealth.org/sites/default/files/attachment-files/Toward-Development-of-a-Rural-Retention-Strategy-in-Lao-PDR.pdf>
12. Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health*. 2009;9(2):1060. Disponible en: <https://doi.org/10.22605/RRH1060>
13. World Health Organization. Retention of the health workforce in rural and remote areas: a systematic review. Human Resources for Health Observer Series No. 25. Geneva: World Health Organization; 2020.
14. World Health Organization (WHO). Transforming and scaling up health professionals' education and training. Geneva: WHO; 2013.
15. Grobler L, Marais BJ, Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(6):CD005314. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005314.pub3>
16. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923–58. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
17. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Programación Estratégica en Salud; Organización Panamericana de la Salud. Plan Nacional de Salud Rural: un medio rural habitable para un país de primera. Montevideo: MSP; OPS; 2011.
18. Briozzo L, Nozar M, Fiol V, Tarigo J, Piastrri M, Borde M, et al. Estrategia para la radicación de especialistas en ginecología en el interior del Uruguay. *Rev Méd Urug*. 2025;41(1):e501. Disponible en: <https://doi.org/10.29193/rmu.41.1.8>
19. Machado MK, Rodríguez MJ, Venturino S, Canziani C, Olmedo Y, Guadalupe A, et al. Descentralización en la formación de especialistas en Pediatría en la Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay. *Rev Med Urug*. 2024;40(1):e207. Disponible en: <http://doi.org/10.29193/rmu.40.1.7>
20. Alemán A, Barbero Portela M, Benia W, González Mora F, coordinadores. Aportes hacia un Plan Nacional de Telemedicina en Uruguay [Internet]. Montevideo: Universidad de la República, Organización Panamericana de la Salud; 2022.
21. Centro de Estudios de la Realidad Económica y Social. Situación actual y propuestas para mejorar el sistema de salud de Uruguay. Montevideo: CERES; 2024. Disponible en: https://ceres.uy/index.php/estudios/ficha_estudio/158
22. Bashshur RL, Shannon GW, Smith BR, Alverson DC, Antoniotti N, Barsan WG, et al. The empirical foundations of telemedicine interventions for chronic disease management. *Telemed J E Health*. 2014;20(9):769-800. Disponible en <https://doi.org/10.1089/tmj.2014.9981>
23. Junta Nacional de Salud. Rendición de Cuentas JUNASA 2022. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2022. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/rendiciones-cuentas-junasa-2008-2024>
24. OECD, World Bank. Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023. Paris: OECD Publishing; 2023. Disponible en <https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en>
25. Sindicato Médico del Uruguay. 1° de Mayo: la realidad del multiempleo, la precarización y una salida colectiva (siempre) [Internet]. Montevideo: SMU; 2026 [citado 2026 jun 3]. Disponible en: <https://www.smu.org.uy/1-mayo-realidad-multiempleo-precariacion-salida-colectiva-siempre/>
26. Tisnés J, Pisani A, Stoloas N, Tomasina F. Condiciones laborales y salud en residentes y posgrados médicos, Uruguay 2024. *An Fac Med (Univ Repúb Urug)*. 2025;12(2):e206. Disponible en: <https://doi.org/10.25184/anfamed2025v12n2a12>
27. Curran V, Rourke J. The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. *Med Teach*. 2004;26(3):265-272. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/0142159042000192055>
28. Kondalsamy-Chennakesavan S, Eley DS, Ranmuthugala G, Chater AB, Toombs MR, Darshan D, et al. Determinants of rural practice: positive interaction between rural background and rural undergraduate training. *Med J Aust*. 2015;202(1):41-45. Disponible en: <https://doi.org/10.5694/mja14.00236>
29. Beccaria L, McIlveen P, Fein EC, Kelly T, McGregor R, Rezwanul R. Importance of attachment to place in growing a sustainable Australian rural health workforce: a rapid review. *Aust J Rural Health*. 2021;29(5):620-642. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ajr.12799>
30. Cutchin MP. Physician retention in rural communities: the perspective of experiential place integration. *Health Place*. 1997;3(1):25–41. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1353-8292\(96\)00033-0](https://doi.org/10.1016/S1353-8292(96)00033-0)
31. Putri LP, Russell DJ, O'Sullivan BG, Kippen R. Factors associated with working in remote Indonesia: a national cross-sectional study of early-career doctors. *Front Med*. 2021;8:594695. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.594695>
32. Bärnighausen T, Bloom DE. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:86. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-86>
33. Bocoum FY, Koné E, Kouanda S, Yaméogo WME, Bado AR. Which incentive package will retain regionalized health personnel in Burkina Faso? A discrete choice experiment. *Hum Resour Health*. 2014;12(Suppl 1):S7. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-S1-S7>
34. Swami M, Scott A. Impact of rural workforce incentives on access to GP services in underserved areas: evidence from a natural experiment. *Soc Sci Med*. 2021;281:114045. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114045>
35. Li J, Scott A, McGrail M, Humphreys J, Witt J. Retaining rural doctors: doctors' preferences for rural medical workforce incentives. *Soc Sci Med*. 2014;121:56-64. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.053>
36. Scott A, Witt J, Humphreys JS, Joyce CM, Kalb G, Jeon SH, et al. Getting doctors into the bush: general practitioners' preferences for rural location. *Soc Sci Med*. 2013;96:33-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.002>
37. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(9):CD002098. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002098.pub2>
38. Bashshur RL, Shannon GW, Krupinski EA, Grigsby J. Sustaining and realizing the promise of telemedicine. *Telemed J E Health*.

- 2013;19(5):339-345. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/tmj.2012.0282>
39. Noya FC, Bension JB, Huwae LBS, Silalahi PY, Tentua V, Manuputty AG, et al. Beyond the urban lure: factors associated with medical students' intentions to practice in LMICs disadvantaged areas. *BMC Med Educ.* 2025;25:899. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07462-7>
40. Mabunda SA, Durbach A, Chitha WW, Angell B, Joshi R. Are return-of-service bursaries an effective investment to build health workforce capacity? A qualitative study of key South African policymakers. *PLOS Glob Public Health.* 2022;2(5):e0000309. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000309>
41. Leonardia JA, Prytherch H, Ronquillo K, Nodora RG, Ruppel A. Assessment of factors influencing retention in the Philippine National Rural Physician Deployment Program. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:411. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-411>
42. Peña S, Ramírez J, Becerra C, Carabantes J, Arteaga O. The Chilean Rural Practitioner Programme: a multidimensional strategy to attract and retain doctors in rural areas. *Bull World Health Organ.* 2010;88(5):371-8. Disponible en: <http://doi.org/10.2471/BLT.09.072769>
43. Pathman DE, Konrad TR, Hooker RS. Physician payment and retention in rural areas: evidence from U.S. loan repayment programs. *Health Serv Res.* 2016;51(6):2367-87.
44. Jinah N, Adnan IK, Bakit P, Sharin IA, Lee KY. Retention strategies for medical doctors in low- and middle-income countries (LMICs): are they effective? A scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2024;24:1662. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12154-x>
45. Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, et al. Emergency supply of doctors by the Mais Médicos (More Doctors) Program and the quality of the structure of primary health care facilities. *Cien Saude Colet.* 2016;21(9):2697-2708. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16052016>
46. Noya F, Carr S, Freeman K, Thompson S, Clifford R, Playford D. Strategies to facilitate improved recruitment, development, and retention of the rural and remote medical workforce: a scoping review. *Int J Health Policy Manag.* 2022;11(10):2022-2037. Disponible en: <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.160>
47. MacQueen IT, Maggard-Gibbons M, Capra G, Raaen L, Ulloa JG, Shekelle PG, et al. Recruiting rural healthcare providers today: a systematic review of training program success and determinants of geographic choices. *J Gen Intern Med.* 2018;33(2):191-199. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4210-z>
48. Ministerio de Salud Pública (MSP); Junta Nacional de Salud (JUNASA). Informe de residencias médicas 2021-2025. Montevideo: MSP/JUNASA; 2025.
49. Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva (SUMI). Informe Usina de percepción ciudadana. Médicos intensivistas en Uruguay. Montevideo; 2024.
50. Maclaren A, Locock L, Skea Z, Angell L, Cleland J, Dawson T, et al. 'Come and work here!' a qualitative exploration of local community-led initiatives to recruit and retain health care staff in remote and rural areas of the UK. *J Health Serv Res Policy.* 2025;30(3):180-188. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/13558196251318607>

Challenges in the recruitment and retention of physicians in Uruguay's interior: a narrative review

Abstract

Background: Uruguay has one of the highest physician densities in Latin America; however, medical professionals remain disproportionately concentrated in Montevideo, with persistent shortages in non-capital regions. This territorial imbalance compromises access, diagnostic timeliness and continuity of care, particularly within the public sector.

Objective: To critically synthesize international and national evidence on strategies for attracting, settling and retaining physicians in non-capital settings, and to assess their applicability to the Uruguayan health system.

Method: A narrative review with a structured approach was conducted. The search was performed in PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO and LILACS (1990-2026), complemented by grey literature, national and international technical documents, and local press reports. Studies evaluating interventions aimed at improving the geographical distribution of the medical workforce were included. The evidence was organised into five categories: educational, regulatory, financial, community/organisational strategies, and multidimensional approaches.

Results: Educational strategies, including recruiting students from rural backgrounds and decentralizing medical training, demonstrated the most consistent and sustained impact on physicians' settlement in non-capital regions. Regulatory measures improved short-term coverage but had limited effectiveness in retention unless linked to clear training and career pathways. Financial incentives increased initial attraction but showed reduced effectiveness without contractual stability and supportive community environments. Family and social factors emerged as key determinants of retention. Multidimensional approaches showed the greatest overall effectiveness, particularly in middle-income settings.

Conclusions: Strengthening physician settlement and retention in Uruguay's non-capital regions requires integrated, intersectoral and sustained policy approaches. Expanding decentralized training, strengthening telemedicine, improving working conditions and addressing community-level determinants are central to achieving a more equitable distribution of the medical workforce. Isolated interventions are unlikely to succeed without an integrated policy framework.

Keywords: Physician distribution. Professional settlement. Health workforce recruitment. Geographical health inequities. Non-capital regions. Health workforce policy.

Desafios na fixação e retenção de médicos no interior do Uruguai: uma revisão narrativa

Resumo

Introdução: O Uruguai apresenta uma das maiores densidades médicas da América Latina; contudo, os profissionais médicos permanecem desproporcionalmente concentrados em Montevideu, com déficits persistentes nas regiões não capitais. Esse desequilíbrio territorial compromete o acesso, a oportunidade diagnóstica e a continuidade do cuidado, particularmente no setor público.

Objetivo: Sintetizar criticamente a evidência internacional e nacional sobre estratégias de atração, fixação e retenção de médicos em contextos não capitais, e avaliar sua aplicabilidade ao sistema de saúde uruguaio.

Métodos: Foi realizada uma revisão narrativa com abordagem estruturada. A busca foi efetuada nas bases PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO e LILACS (1990–2026), complementada por literatura cinzenta, documentos técnicos nacionais e internacionais e reportagens da imprensa local. Foram incluídos estudos que avaliaram intervenções destinadas a melhorar a distribuição geográfica do corpo médico. A evidência foi organizada em cinco categorias: estratégias educativas, regulatórias, financeiras, comunitárias/organizacionais e abordagens multidimensionais.

Resultados: As estratégias educacionais, incluindo a seleção de estudantes de origem rural e a formação médica descentralizada, demonstraram o impacto mais consistente e sustentado na fixação de médicos em regiões não capitais. As medidas regulatórias melhoraram a cobertura no curto prazo, mas apresentaram efetividade limitada na retenção quando não vinculadas a trajetórias formativas e profissionais claras. Os incentivos financeiros aumentaram a atração inicial, embora sua efetividade tenha diminuído na ausência de estabilidade contratual e de ambientes comunitários favoráveis. Os fatores familiares e sociais emergiram como determinantes-chave da permanência. As abordagens multidimensionais apresentaram a maior efetividade global, especialmente em países de renda média.

Conclusões: O fortalecimento da fixação e retenção de médicos nas regiões não capitais do Uruguai requer abordagens políticas integradas, intersetoriais e sustentadas. A expansão da formação descentralizada, o fortalecimento da telemedicina, a melhoria das condições de trabalho e a incorporação dos determinantes comunitários são pilares centrais para alcançar uma distribuição mais equitativa da força de trabalho médica. Intervenções isoladas dificilmente terão êxito sem um marco político integrado.

Palavras-chave: Distribuição de médicos. Fixação profissional. Retenção da força de trabalho em saúde. Desigualdades geográficas em saúde. Regiões não capitais. Política de recursos humanos em saúde.
