



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INCENTIVOS “TAREA DE TODOS” EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

AUTOR:

Dirección De Desarrollo De Talento Humano En Salud

**(Grupo de Ejercicio y Desempeño del
Talento Humano en Salud)**

Bogotá D.C, Octubre 2016



Elaborado Por:
Paola Marcela Urrego Ángel

Contenido

1.	REVISIÓN DE EXPERIENCIAS INTERNACIONALES	4
	RESULTADOS	4
1.1	AMÉRICA LATINA.....	5
1.1.1	SISTEMA DE SALUD ECUADOR	5
1.1.2	SISTEMA DE SALUD ARGENTINA	6
1.1.3.	SISTEMA DE SALUD PERÚ.....	7
1.2	SISTEMA DE SALUD ESPAÑA	8
1.3	SISTEMA DE SALUD AFRICA SUBSAHARIANA	9
2.	CONSTANTES EN LOS DIFERENTES SISTEMAS DE SALUD	11
2.1	LOS RETOS DECLARADOS POR LOS DIFERENTES SISTEMAS.....	13
3.	RESULTADOS ENCUESTAS:	15
4.	BIBLIOGRAFIA.....	17

1. REVISIÓN DE EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

RESULTADOS

La revisión de experiencias y en general bibliografía que da cuenta de los sistemas de salud en el mundo, permite evidenciar un giro de los diferentes modelos de atención durante los últimos 20 años; desde la Unión Europea, pasando por África y América Latina, el modelo se ha centrado en la atención primaria y en el cuidado de la salud, con sistemas que tienden en mayor o menor medida a ser más humanizados, a brindar mayor relevancia al profesional de la salud, a su relación con el paciente, y a los resultados del sistema en términos de logros en salud de la población.

Las experiencias de países ubicados en el continente africano son sumamente abrumadoras, en términos de problemáticas, pero también de resultados, producto de intervenciones que con base en humanidad y solidaridad han logrado cambiar vidas. Temas como pobreza, atención inadecuada o inexistente en zonas dispersas o afectadas por la violencia, así como la propagación del virus VIH, también resulta una constante en el mundo, claro, esta última en países de África de forma más aguda, afectando de forma directa al profesional de la salud. Otro punto en común fue la falta de articulación entre sector salud y sector educación en los diferentes países, pues si bien se quieren implementar unos modelos de atención diferentes, en educación superior, el mensaje para los futuros profesionales del sector es otro; lo que resulta en profesionales cuyo actuar va en contra vía de lo propuesto por el sistema de salud.

Las reformas a los sistemas de salud también han resultado comunes, al menos en América Latina se podría decir que el 80% de los países han enfrentado reforma en los últimos 15 años. Es así como la revisión de experiencias se concentra en países de Sur América, el sistema español y finaliza con una mirada general de los países de África Subsahariana.

“Antes de tomar posesión en 2003 como Director General, pregunté a muchos líderes y políticos en el sector salud cuál era el asunto más importante en la materia en sus países. Un tema común, bien en países desarrollados o en vía de desarrollo fue la crisis en recursos humanos.

Hay un déficit crónico de trabajadores bien entrenados. El déficit es global, pero más crítico en los países que más lo necesitan. Por razones, como migración, enfermedad o muerte de los trabajadores de la salud, algunos países no cuentan con los recursos para formar y sostener el talento humano que contribuiría a mejorar las opciones de supervivencia y bienestar de la población.

La solución no es sencilla y no hay consenso en cómo proceder. Satisfacer la escasez en cada país implica una cadena de cooperación entre los sectores público y privado; los establecimientos de formación; los que tienen influencia y planifican el personal de salud y aquellos con la capacidad para establecer compromisos financieros sostenibles para mantener las condiciones del recurso humano en salud.” Dr LEE Jong-wook

(World Health Organization, 2006)

Es bien particular encontrar que en lo concerniente a talento humano en salud los desarrollos resultan relativamente recientes, que aspectos como incentivos aún se encuentran en estudio pues presentan incluso dilemas de tipo moral en su proceso de implementación. Diversos artículos recientemente publicados, más que respuestas, dejan interrogantes a los gobiernos, prestadores, legisladores, y profesionales, sobre qué hacer para el pleno reconocimiento del talento humano en salud, pues lo que si concluyen de forma determinada y reiterativa es que ninguna reforma tendrá el resultado esperado sin la participación y convicción de estos últimos.

Por último, el documento de política “Recursos Humanos para la Salud en Chile”, elaborado por el Ministerio de Salud en 2010, concluye su capítulo introductorio con la siguiente afirmación: *“En cualquier caso, se debe reconocer que los temas de recursos humanos han estado presentes en la agenda política durante los últimos años, prueba de esto es la existencia de un Departamento de Estudios de Recursos Humanos en el Ministerio de Salud, el cual entre varios temas, ha desarrollado un estudio en conjunto con el Banco Mundial para estimar las brechas de especialistas en nuestro país”.* (Gobierno de Chile, 2010). Es evidente que los temas relacionados con talento humano en salud resultan más complejos de lo pensado, si bien ocupan la agenda política, como lo afirma el Gobierno chileno en su documento, también es cierto que su desarrollo como tema estratégico y prioritario para el sector viene de hace poco, no más de 2 décadas, que si se analiza a la luz de la antigüedad de los sistemas de salud y sus continuas batallas, resulta muy reciente.

1.1 AMÉRICA LATINA

1.1.1 SISTEMA DE SALUD ECUADOR

Entidad reguladora: Ministerio de Salud Pública

Descripción general sistema de salud.

Centrado en el fortalecimiento de lo público, busca consolidar aspectos como cobertura universal, gratuidad, calidad y equidad, a través de un Modelo de Atención Integral en Salud. El Gobierno actual ha incrementado el presupuesto destinado al sistema de salud en más del 300% (Ministerio de Salud Pública, s.f.).

La política propuesta se basa en 3 principios:

- Acceso y calidad
- Fortalecimiento de la institucionalidad y rectoría del sistema a cargo del Ministerio
- Participación ciudadana

Con la nueva constitución de 2008, se proclama la salud como un derecho fundamental que debe ser garantizado por el Estado; en 2009, el país inicia la construcción de la Red Pública Integral de Salud. (Lucio, 2011)

Ecuador, como otros países de la región andina, presenta problemas de déficit de recurso humano en salud y concentración del mismo en ciertas zonas, lo que genera brechas en temas de acceso; no obstante, todos los recursos han sido enfocados a la Red Pública, privilegiando infraestructura y dotación de centros de salud, enfocados en regiones con mayor déficit.

Sobre Talento Humano en Salud

La propuesta del Gobierno ecuatoriano para mejorar las condiciones del talento humano del sector salud consiste en (Ministerio de Salud Pública, s.f.):

- Incremento salarial con aplicación de jornada laboral de 40 horas semanales
- Plan de estabilidad laboral basado en nombramientos definitivos y concurso de mérito
- Fomento a los programas de especialización a través de becas
- Programa de retorno de profesionales que dejaron el país “Ecuador saludable, vuelvo por ti”.

Coherente con el modelo de salud propuesto, uno de los objetivos formulados por el Gobierno es fortalecer capacidades y competencias del talento humano. La ciencia y la tecnología han sido prioridad para el plan de expansión de la Red Pública propuesto por el Gobierno.

Desde 2011 el Gobierno ecuatoriano viene ejecutando el Plan de Fortalecimiento del Talento Humano que consiste en la apertura de plazas para profesionales en el sector público; es así como la cifra de médicos, enfermeras, “obstétricas”, odontólogos, psicólogos clínicos y “tecnólogos médicos” pasó de 13.232 profesionales en 2008 a 33.380 en 2013. Así mismo, se observa un incremento de especialistas, productos del apoyo del Ministerio de Salud y la Secretaría Nacional de Educación Superior de Ciencia, Tecnología e Innovación, Senecyt, 1.353 profesionales dieron inicio a estudios de posgrado en 2012. En este mismo proceso, 1655 técnicos de atención primaria en salud han ingresado a procesos de formación.

Cabe resaltar que el sistema Ecuatoriano cuenta con una política definida por el Ministerio para fomentar la investigación en áreas y temáticas específicas.

Remuneraciones e Incentivos

La revisión bibliográfica da cuenta de bonos por ubicación geográfica y un incremento sustancial en programas como los mencionados, que corresponderían a incentivos vía procesos de formación.

1.1.2 SISTEMA DE SALUD ARGENTINA

Entidad reguladora: Ministerio de Salud

Descripción General del Sistema de Salud

Está compuesto por 3 sectores:

- Sector público
- Sector de Seguro Social Obligatorio (Obras sociales; se asemeja a Régimen Contributivo)
- Sector privado

Lo público está conformado por estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, así como la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que así lo requiera; en general personas sin seguridad social y sin capacidad de pago; aproximadamente una cuarta parte de la población. El sector de seguro social obligatorio, está conformado principalmente por Obras Sociales que cubren trabajadores asalariados y sus familias. Cada provincia cuenta con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados cuenta con un programa de asistencia médica integral que brinda cobertura a esta población y sus familias. Finalmente el sector privado incluye los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares asociados a OS o a sistema privado de medicina prepagada.

Pese a la existencia de los 3 sectores, el sistema de salud argentino presenta profundas deficiencias en temas de acceso y equidad. Su fragmentación genera beneficios en salud heterogéneos para los diferentes segmentos de la población, por lo tanto su mayor reto está en propender por acceso en condiciones de igualdad y equidad y disminuyendo la carga financiera que representa para el estado.

Sobre talento humano en salud

Es uno de los países con mayor oferta de médicos en el mundo; sin embargo, como en otros países de la región, Argentina presenta problemas de concentración de recurso en ciertas regiones. En un estudio adelantado por un equipo interdisciplinar de la facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata, frente al talento humano en salud en Argentina, se concluye que es “una fuerza laboral de creciente feminización; bajo coexistencia de modelos de formación, con tendencia a la especialización-subespecialización, en un sistema de residencias subdemandado especialmente en especialidades estratégicas y subvalorado en su función en el Sistema de Salud; con flexibilización y precariedad laboral y concentración en centros urbanos” (Ramírez, 2013). El estudio de la OPS adelantado en 2004, indicaba que el 55% de los médicos del país se encuentra concentrado en Buenos Aires (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

Remuneraciones e Incentivos

En cuanto a incentivos, los autores argentinos dan cuenta de la ausencia de políticas específicas de recursos humanos que ofrezcan oportunidades de “formación permanente y condiciones de trabajo dignas para los profesionales” (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

El análisis de este país evidencia una gran relevancia para 2 tipos de incentivos y por consiguiente su necesidad de implementación; primero incentivo económico a través de salario, y a la vez incentivos consistente en becas y subsidios para capacitación.

1.1.3 SISTEMA DE SALUD PERÚ

Entidad reguladora: Ministerio de Salud

Descripción General del Sistema de Salud

El sistema de salud del Perú se compone de los sectores público y privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en régimen subsidiado y régimen contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social. El gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones o a través del Seguro Integral de Salud (SIS). (Alcalde, 2011)

La prestación de servicios tanto para el régimen subsidiado de población abierta como para la población afiliada al SIS se realiza a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud (MINSALUD), hospitales e institutos especializados que están ubicados en las regiones y en la capital del país. (Alcalde, 2011)

El sistema de seguridad social en salud tiene dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (EsSalud) y la provisión privada (EPS). EsSALUD ofrece servicios de salud a la población asalariada y sus familias en sus propias instalaciones, pero desde la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en 1997, el sector privado le ha vendido servicios personales a EsSALUD a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Los militares, policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP). En el sector privado se distingue el privado con ánimo de lucro y el privado sin ánimo de lucro. Forman parte del privado con ánimo de lucro las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no

especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras. Como prestadores informales están los proveedores de medicina tradicional. El sector privado no lucrativo está representado por un conjunto variado de asociaciones civiles sin fines de lucro. La mayor parte presta servicios de primer nivel y frecuentemente reciben recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, gobierno y hogares. (Alcalde, 2011)

Sobre talento humano en salud

Perú no resulta ser diferente en materia de distribución del talento humano en salud, la capital, concentra el 53% del recurso. Cuenta con una problemática adicional, y es el éxodo de sus profesionales. Entre 1996 y 2004 Perú registró salida sin retorno de 13.711 médicos. Sin embargo, las políticas de los últimos años se han encaminado a cobertura universal. (Arroyo, 2011)

Con la finalidad de fortalecer la rectoría en recursos humanos en salud, en 2006 se aprobó la Ley del Sistema de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa, que pretende normar un conjunto de procesos para asegurar la calidad educativa en todos sus niveles. Este dispositivo legal crea el Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Educación Superior (CONEAU), y al mismo tiempo define la obligatoriedad de la acreditación y certificación en las profesiones de las ciencias de la salud y educación. (Alcalde, 2011)

Perú introdujo 3 cambios para mejorar la distribución de su talento humano,

Modificación del mecanismo de asignación de las plazas para Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud, que antes eran por sorteo y ahora son por méritos, conforme a una prueba.

El segundo cambio ha sido el establecimiento de bonificaciones para los exámenes de residencia, para los postulantes que opten trabajar en zonas alejadas.

El tercero ha sido la utilización rigurosa del mapa de pobreza de FONCODES (Fondo de Cooperación para el Desarrollo) para la ubicación de los distritos prioritarios, en extrema pobreza.

Remuneraciones e Incentivos

Perú implementó un nuevo régimen de contratación, esperando impactar positivamente el nivel salarial de los profesionales del sector, buscando una alternativa de “flexibilización sin precarización” (Arroyo, 2011). Así mismo los incentivos los ha impulsado principalmente para buscar desconcentración de profesionales y con esta, su presencia en las zonas más dispersas, es así como el informe 2011, da cuenta de una mejora sustancial en atención de primer nivel en las 3 zonas más pobres del país, superando el promedio nacional.

1.2 SISTEMA DE SALUD ESPAÑA

Entidad reguladora: Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad

Descripción General del Sistema de Salud

“La regulación de las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud se recogen en un conjunto de normas: Ley General de Sanidad (1986), Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), Ley de garantías y uso racional del medicamento (2006), Ley General de Salud Pública (2011) y el Real Decreto-Ley de medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y la seguridad (2012)”. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012)

Los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho son:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- Descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas.
- Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud, SNS.

Todas las comunidades autónomas en España han asumido funciones en el sistema de salud; esto garantiza equidad, calidad y participación

El acceso a los servicios se obtiene mediante la tarjeta sanitaria individual expedida por cada servicio de salud. Este documento identifica al ciudadano como usuario en todo el Sistema Nacional de Salud.

El SNS se organiza en Sistema de Atención primaria y Sistema de atención especializada; los equipos profesionales son interdisciplinarios y se componen por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo pudiendo disponer también de trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas. A este “dispositivo asistencial” se encomiendan tareas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. La atención primaria llega hasta el domicilio del paciente.

Sobre talento humano en salud

El Sistema Nacional de Salud cuenta con 3.006 centros de salud y 10.116 consultorios locales a los que se desplazan los profesionales del centro de salud con el fin de acercar los servicios básicos a la población. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012)

En los centros de salud y hospitales de la sanidad pública trabajan alrededor de 272.000 médicos y enfermeras con un claro predominio femenino, 7 de cada 10. Los médicos suponen algo más de 114.000, siendo el colectivo de enfermería el más numeroso con 157.000 profesionales. A estas cifras de personal sanitario, se añade el personal en período de formación postgrado, entre los que se calculan 19.000 médicos internos y residentes que están en los hospitales públicos.

1.3 SISTEMA DE SALUD AFRICA SUBSAHARIANA

(Angola, Botswana, Democratic Republic of Congo, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mauritius, Mozambique, Namibia, Swaziland, Tanzania, Uganda, Zambia, Zimbabwe)

Entidad reguladora: Ministerio de Salud

Descripción General del Sistema de Salud

Como en otras latitudes, el sistema africano maneja sectores público y privado, adicionalmente funcionan organizaciones sin ánimo de lucro. El cuidado primario en el sector público es prácticamente gratuito, pero los ciudadanos prefieren asistir a servicios informales pagando de su bolsillo. Todo el sistema de salud, sin importar la naturaleza de los prestadores, resulta insuficiente para la población (Lowell Bryan, 2010).

Los principales problemas del sistema son:

1. Acceso al cuidado primario; su capacidad y funcionamiento responde sólo a un tercio de lo requerido;
2. El talento humano en salud es un porcentaje mínimo frente al tamaño requerido;
3. Debilidad institucional y operativa no permiten el funcionamiento del sistema.

La solución de la región está en incrementar la cobertura de los cuidados primarios de salud, mejorando sus resultados mediante nuevos modelos de acceso o entrega del servicios; mayor participación de organizaciones no gubernamentales o sector privado. En el caso de Africa se plantean herramientas como telemedicina, teléfonos móviles y un promotor de salud en constante contacto con la comunidad con soporte a través de dichas herramientas, lo denominan “*salud móvil*” y constituye la forma más efectiva y de menor costo para ampliar el alcance de los centros de salud

Sobre talento humano en salud

El talento humano es escaso; la Organización Mundial de la Salud estima que el país debería contar al menos con 92.000 profesionales a fin de satisfacer las necesidades de su población; las proyecciones del Gobierno ascienden a 142.000, pero la realidad es que la región sólo cuenta con unos 25.000 profesionales (Lowell Bryan, 2010).

Algunos migran, otros terminan realizando otro tipo de labores, pues con el sector público los retrasos en los pagos pueden ser tan amplios como un año; zonas geográficas remotas, ausencia total de recursos para la prestación del servicio, son algunos de los motivos que influyen sobre número y calidad de los trabajadores de salud. (Lowell Bryan, 2010).

En general es un sistema carente de recursos de todo tipo, que requiere al menos doblar el gasto público por paciente. Requiere mejorar prácticas gerenciales al interior de hospitales y centros de salud; remunerar adecuadamente a sus profesionales; desarrollando políticas de incentivos que realmente apunten al mejoramiento del desempeño profesional. En consecuencia otro de los problemas diagnosticados para el sistema africano consiste en la motivación de su personal

Competencias nucleares del Talento Humano en Salud

- Comprende el concepto de cuidado centrado en el paciente
 - Fomenta acciones a partir de la comprensión de las necesidades del paciente; le apoya, orienta y promueve en acciones para que este emprenda de forma autónoma en pro del cuidado de su salud.
- Desarrolla habilidades para trabajar en equipo
 - Comprende su rol y la importancia de ser miembro en un grupo de salud multidisciplinar.
- Comprende y apropia el concepto de mejora continua
 - Diseña, aporta y sugiere acciones o proyectos que fomenten la mejora continua
- Apropia y emplea tecnologías de información y comunicación
 - Comprende la importancia de herramientas tecnológicas para asegurar la trazabilidad y el seguimiento en el proceso de cuidado de la salud para cada paciente; usa las herramientas para intercambiar información con colegas y consultar especialistas de cuidado primario en salud.
- Comprende el concepto y perspectiva de la salud pública
 - Trasciende del concepto y pensamiento de salud del individuo al concepto de salud de la comunidad con el fin de promover estilos de vida saludables y reducir los paradigmas asociados a discapacidad física y enfermedad mental; fortalece habilidades para promoción del cuidado de la salud.

(World Health Organization, 2006)

de salud, que además se ve afectado por la percepción de los pacientes, quienes los encuentran como personas carentes de competencias, poco confiables, sin agrado o amor por su trabajo (Lowell Bryan, 2010). **Incentivos:** Los incentivos se empiezan a introducir en el modelo de salud africano, bonos por desempeño e incluso temas asociados a capacitación, no

obstante, como en los casos anteriores, los expertos sugieren que para obtener resultados apropiados de los incentivos, estos deben estar soportados en datos que den cuenta de la operación por ejemplo pacientes tratados y diagnósticos asociados, e ir recolectando información que evidencie impactos en la salud de la población.

2. CONSTANTES EN LOS DIFERENTES SISTEMAS DE SALUD

✓ Acceso

Los sistemas de salud en América Latina resultan ser muy similares, en los casos de estudio, correspondientes a Chile, Argentina, Perú y Ecuador, este último con algunas características particulares, persisten problemáticas asociadas a concentración de recurso humano en zonas urbanas o ciudades capitales, con la consecuencia de zonas desatendidas, generalmente dispersas o de difícil acceso y por lo general, habitadas por población vulnerable y de escasos recursos, que dependen del Estado para la prestación del servicio. De hecho la concentración del talento humano en salud se caracteriza como la principal problemática en todos los países de la región, generando que la constante en formulación de incentivos, sea el estímulo para prestar servicios en las zonas más pobres y alejadas.

✓ Regímenes contributivo y subsidiado

Presentes incluso en Ecuador, los regímenes contributivo y subsidiado coexisten en los casos analizados. Así mismo las compañías de medicina prepagada, a las que tiene acceso un porcentaje mínimo de la población. Las fuerzas militares y de policía cuentan con servicios y entidades especiales que les proveen el servicio de salud.

✓ Fortalecimiento de la Institucionalidad

Resulta ser una constante en los casos revisados; todos los países han atravesado en algún momento en los últimos 15 años por una reforma al sistema de salud; todos los sistemas han privilegiado el cuidado de la salud, atención primaria, modelos de salud familiar, fortalecimiento de acciones de promoción y prevención; incluso han desarrollado infraestructura especial para fomentar el acceso, como en los casos de Chile y Perú. La descentralización ha ido tomándose poco a poco todos los países, el caso de España es muy interesante en cuanto a la movilidad que otorga a los ciudadanos, que a través de una tarjeta única tienen acceso a servicios en cualquier parte del país, y de alguna forma en la Comunidad Europea.

✓ Articulación con procesos de formación

Llama la atención de forma poderosa el diagnóstico común de un rompimiento entre en diálogo que debería existir entre los sectores Salud y Educación; la primera consecuencia ha resultado en una formación que va en contravía del cuidado de la salud, por otra, enfocada en la solución de la enfermedad. Las competencias de los egresados no resultan apropiadas para los sistemas propuestos y en el mediano plazo, como consecuencia, la formación de especialistas no es pertinente, por una parte para el modelo propuesto, por otra, para el perfil epidemiológico del país.

El estudio de Perú es el que describe con mayor precisión esta problemática:

*“En el sistema de formación de los recursos humanos en salud un problema clave es el **distanciamiento entre los centros formadores y las necesidades de los servicios**. Este distanciamiento se revela en dos dimensiones:*

- *En primer lugar, la inadecuación de los profesionales formados en relación con las competencias requeridas, lo que se traduce en la dificultad para ejercer las competencias para el cuidado de la salud en las personas, así como para desarrollar labores de gestión del cuidado y la atención en salud.*

- *En segundo lugar, el distanciamiento se da en el desarrollo de estrategias insuficientes para el real dimensionamiento de la formación en salud y cómo esta debería adaptarse a las necesidades del sector y no basarse en presupuestos establecidos por los centros de formación con respecto a una realidad del sector muchas veces equivocada” (Arroyo, 2011)*

✓ **Información de talento humano asociado al sector**

Los sistemas de información han sido un punto álgido para determinar con precisión el “inventario” de recurso humano en cada país, y con este las necesidades del presente y futuro, tanto en niveles de pregrado, como de posgrado. Podría decirse que en la última década los Gobiernos han destinado esfuerzos importantes a la constitución de unidades que además de fomentar el desarrollo del talento humano en salud, estimen en especial brechas de especialistas en cada sistema.

✓ **Política clara en materia de investigación impartida desde los Gobiernos**

Es muy interesante observar casos como Perú y Ecuador, que como política han definido priorización en líneas de investigación, de acuerdo con el perfil epidemiológico del país y en general con temas que han sido privilegiados como estratégicos; las líneas han sido establecidas desde documentos de política pública, y cuentan con prelación en materia de recursos de investigación que pueda otorgar el Gobierno.

✓ **Especialidades prioritarias**

De la misma forma se han identificado las especialidades que representan interés estratégico para el desarrollo de los modelos de salud propuestos; los diferentes Gobiernos han enfocado esfuerzos y recursos para promoverlas y privilegiarlas. En países como Perú, se diagnostica de forma clara y explícita la inexistencia de una política que regule el incremento de profesionales y especialistas conforme a la demanda y necesidades con una distribución de los recursos humanos inequitativa y discordante frente a los problemas de salud centrales.

✓ **Necesidad de evaluación de los sistemas de salud**

Toda la literatura asociada a talento humano en salud, está vinculada con la evaluación de resultados del sistema de salud; los autores son claros en la necesidad de articular pagos con desempeño, pero claramente el desarrollo de unos indicadores relacionados con el cuidado de salud de la población ha sido también una deficiencia en los países latinoamericanos, por lo menos ha resultado evidente en lo que corresponde al sector público.

✓ **Relación entre calidad, motivación y resultados en salud**

La calidad en el servicio de salud es un factor importante en los logros en salud. Los cambios en los incentivos que enfrenta el personal de salud tienen importantes impactos sobre la calidad.

Factores como la motivación, capacidad resolutive, aspectos de política y dotación de insumos y equipos definitivamente afectan la motivación del personal y por supuesto la prestación del servicio.

Respecto al último factor, se encontró que por ejemplo la mayor percepción de riesgos en su área de trabajo se asocia con la calidad y disponibilidad de los equipos y mobiliarios de los establecimientos de salud; nivel de obsolescencia

tecnológica de los equipos, el mal estado de operatividad de los mismos, falta de insumos e instrumental necesarios para las labores diarias

✓ **Fuga de cerebros**

El éxodo de los profesionales de la salud resulta ser una problemática de grandes proporciones, que como las anteriores, en mayor o menor medida, es una constante en todas las naciones, y que como consecuencia adicional, resulta en poblaciones desatendidas. El manual de medición de indicadores de metas regionales de recurso humano para la salud lo plantea como el tercer desafío, **“promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países afectados por la migración puedan conservar su personal de salud y evitar carencias en su dotación”** (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

✓ **Innovaciones en los sistemas de salud, Salud 3.0, ehealth y m-health**

La revisión bibliográfica da cuenta de las primeras incursiones en tecnologías de información y comunicaciones para el sector salud como herramienta y solución de alcance y cobertura de la atención primaria y de cuidado de la salud. *“Así pues, salud 2.0 es un concepto amplio, que se refiere a conductas y actitudes acerca del uso de las herramientas 2.0 aplicadas a la salud, más que a tecnologías. Es decir, hablamos de un constructo social todavía en proceso de definición”* (Cepeda, 2012). *El concepto gira sobre 7 ejes:*

- *Los pacientes*
- *La web*
- *Los profesionales*
- *Las redes sociales*
- *El cambio de la asistencia sanitaria*
- *La colaboración (interacción profesional-paciente)*
- *La información en salud*

“Por su parte El término m-health o mobile-health, hace referencia al uso de dispositivos móviles y tecnologías wireless como soporte para la consecución de objetivos en salud. Constituye un segmento propio dentro de la eSalud, y está relacionado con aplicaciones que abarcan aspectos de movilidad para profesionales (acceso remoto de registros), como de pacientes (telemonitorización, teleconsulta)” (Cepeda, 2012).

2.1 LOS RETOS DECLARADOS POR LOS DIFERENTES SISTEMAS

- Cobertura universal real;
- Incremento de la capacidad resolutoria de las unidades de atención;
- Sólida política de formación y desarrollo de recursos humanos en salud que permita responder a las nuevas necesidades;
- Articulación entre los sectores Educación y Salud con el fin de contar con una oferta pertinente en términos de pregrado y posgrado, que entregue al sistema profesionales con las competencias requeridas para atender a las nuevas propuestas o esquemas de salud de cada país;
- Participación ciudadana en los sistemas de salud;
- Medición del ejercicio médico de forma correcta;

- Disminución de la rotación del talento humano por factores estructurales como políticas de flexibilización laboral con contratos de corta duración y discontinuos (Gamero, 2013);
- Cambio de paradigma de sistema educativo a uno de enfoque familiar y poblacional que facilite la consideración de intervenciones integrales y el trabajo conjunto en equipos de trabajo multidisciplinarios e intersectoriales (Gamero, 2013)



3. RESULTADOS ENCUESTAS:

Conozca los resultados dando clic en ENCUESTAS 2015

Es un hecho que existe una problemática generalizada en el mundo respecto a la situación del talento humano en salud. Desde los niveles salariales asociados al sector, las condiciones laborales en que se desempeñan, su presencia en ubicaciones remotas o de difícil acceso, la ausencia de competencias adecuadas a las propuestas mundiales de atención en salud, son sólo algunos de los principales problemas que se mencionan; no obstante, se han documentado casos exitosos, en los que algunos de estos factores se han contrarrestado, a través de la formulación de incentivos; “incentivos eficaces”.

Las metas mundiales, regionales, y nacionales, y en general todos los documentos de política coinciden en declarar como postulados (Organización Panamericana de la Salud, 2011):

- Definición de políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en los sistemas de salud
- Ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados, de forma que se logre una distribución equitativa de acuerdo con las necesidades y perfil epidemiológico de la población
- Promover iniciativas nacionales e internacionales para contrarrestar los efectos de la migración del talento humano en salud
- Generar ambientes de trabajo saludables que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de calidad para la población
- Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para formar y entregar a la sociedad profesionales sensibles y calificados

En mayor o menor medida y de acuerdo con el contexto nacional, los postulados condensan las problemáticas y las acciones requeridas para mejorar la situación del talento humano del sector; Colombia cuenta con las condiciones para desarrollar iniciativas que beneficien a los profesionales a través de la reglamentación asociada a la reciente reforma del sector; sin embargo, es necesario profundizar en aspectos técnicos y financieros tanto en el sector público como en el privado, que permitan desarrollar políticas claras en cuanto a medición de resultados en el sistema, con su respectiva formulación de indicadores. El compromiso institucional y una acertada gerencia del talento humano de la salud, son decisivos frente a cualquier política que se desee implementar.

Un documento CONPES que consigne la Política de Talento Humano en Salud y los compromisos intersectoriales constituiría una herramienta valiosa en este proceso, estableciendo líneas claras con sectores como Ciencia, Tecnología e Innovación; Educación, Trabajo y Hacienda.

Desarrollos normativos como la Ley 1164 de 2007; la Ley 1438 de 2011 o la Ley 1429 de 2012 son un avance para contrarrestar la problemática laboral que se presenta en la actualidad, no obstante, deja un sinsabor, el profundo desconocimiento por parte de los empleadores, que se empeñan en preservar condiciones poco favorables para el profesional. Las Resoluciones 1058 y 2358 de 2010 y 2014, respectivamente, son instrumentos importantes para proteger a los nuevos profesionales cuando se enfrentan a su primera experiencia laboral; su cumplimiento a cabalidad por parte de Secretarías; Instituciones Prestadoras, e incluso de los mismos profesionales, es clave, para que el Servicio Social Obligatorio cumpla con su misión fundamental; la sensibilización de estos profesionales ante la problemática social y de salud pública de la población menos favorecida, es clave para recuperar el talento humano sensible, calificado y conocedor del contexto nacional.

Toda la literatura coincide en afirmar que el talento humano en salud es un actor fundamental para el funcionamiento de cualquier sistema de salud; no obstante, su relevancia y el lugar que ha tomado en los últimos años, sólo ha sido reconocido recientemente (últimas 2 décadas). Es así como la OMS y la OPS declararon como meta en su “Manual de medición y monitoreo”, que todos los países de la región **“habrán establecido una unidad o dirección de recursos humanos para la salud, responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores”** (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

No sólo se habla de condiciones técnicas y de cualificación en el momento de hablar del talento humano en salud “adecuado”, en los términos de la OMS; la cualificación moral, así como el compromiso y vocación parecen ser otra condición no negociable cuando del personal de la salud se trata. El “Manual de medición y monitoreo” indica que se trata de la aprehensión del “concepto renovado de atención primaria de salud” (Organización Panamericana de la Salud, 2011), cuyo fin no es otro que reducir o eliminar las inequidades en salud, partiendo del concepto de salud como derecho fundamental, incidiendo sobre los determinantes sociales y políticos de la salud; es por ello que todo espacio de formación del personal de la salud demanda especial atención. Para que el equipo de atención primaria pueda ser verdaderamente efectivo y eficaz debe trabajar de forma articulada compartiendo valores y enfoques, no sólo en lo que se refiere a aspectos médicos, sino sobre la comprensión conjunta de problemáticas sociales, económicas, culturales y ambientales (Organización Panamericana de la Salud, 2011)

Por lo anterior, el diálogo con el sector de educación superior es fundamental y es una problemática global. Desde la “captación” de aspirantes para los programas de salud; su nivel académico; los contenidos programáticos; el enfoque curricular, interdisciplinar, e incluso aspectos como acreditación de los programas y en general calidad institucional, son factores presentes de forma permanente en cualquier formulación de política que en materia de talento humano en salud se espere emprender. El desafío planteado por la OMS y la OPS parte de la creación de mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud; estas Organizaciones, a su vez plantean la necesidad de evaluar y verificar la calidad de las escuelas de formación de personal de la salud a través de mecanismos como la acreditación; la meta propuesta para la finalización de 2015 perseguía la acreditación de al menos el 70% de las escuelas o facultades en cada país.

La motivación del personal de salud es clave, los mecanismos son numerosos, no obstante es una labor que demanda análisis de parte de los diferentes actores. La gestión del talento humano en salud es un factor reiterativo en toda la literatura; su administración y gerencia; este es tal vez el primer elemento que determina la existencia de personal motivado en una organización. Con la idoneidad de la gerencia viene la implementación de “incentivos eficaces”.

4. BIBLIOGRAFIA

1. MINISTERIO DE SALUD, Chile. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011 -2020. En: Metas 2011 – 2020 elige vivir sano [Base de datos en línea]. ISBN: 978-956-348-005-4; p.3-61 [Citado el 2011]. Disponible en: Ministerio de Salud de Chile.
2. Ministerio de Salud (MINSAL) Gobierno de Chile (2009). Foros de Salud (2009). Desafíos y Propuestas Ciudadanas. Resultados del proceso Foros.
3. CASTILLO LABORDE, Carla. Recursos Humanos para la Salud en Chile. En: Consideraciones generales [Base de datos en línea]. p.3-53 [Citado el Junio de 2010]. Disponible en: Ministerio de Salud de Chile.
4. MINISTERIO DE SALUD, Ecuador. Prioridades de investigación en Salud 2013, 2017. En: Prioridades en Salud [Base de datos en línea]. p.1-37 [Citado el 2013]. Disponible en: Ministerio de Salud Pública Ecuador.
5. LUCIO, Ruth. Sistema de Salud en Ecuador. En: Sistemas de Salud [Base de datos en línea]. p.177-185 [Citado el 06 de Junio de 2011]. Disponible en: Scielo.pdf.
6. ABRAMZÓN, Mónica. Argentina. Recursos Humanos en Salud 2004 En: Organización panamericana de la Salud [Base de datos en línea]. ISBN 950-710-101-2; p.1 - 112 [Citado el 12/09/2005]. Disponible en: Salud en Argentina-Recursos Humanos. I. Título
7. Belmartino S, Bloch C, Luppi I. (1990) Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación. Bs As: Organización Panamericana de la Salud.
8. BELLO, Mariana. Sistema de Salud en Argentina. En: Sistemas de Salud [Base de datos en línea]. Vol. 53 Suplemento 2 de 2011. p.96-108 [Citado el 2011]. Disponible en: Scielo.pdf.
9. ARROYO, Juan. Recursos Humanos en Salud en Perú En: Segundo informe al país- Nuevos elementos para la toma de decisiones y políticas públicas [Base de datos en línea]. p.8-114 [Citado el Marzo de 2011]. Disponible en: Scielo. pdf. lector.
10. MINISTERIO DE SANIDAD, Servicios sociales e igualdad. Sistema Nacional de Salud España 2012 En: Gobierno de España [Base de datos en línea]. p.1-50 [Citado el 2012]. Disponible en: Sistema Nacional de salud en España.