

Estrategias de atracción y fidelización del personal de salud.

Una mirada panorámica a la experiencia de los países andinos

Encuentro Centroamericano sobre Movilidad Profesional
en Medicina y Enfermería

12 al 14 Noviembre Tegucigalpa, Honduras

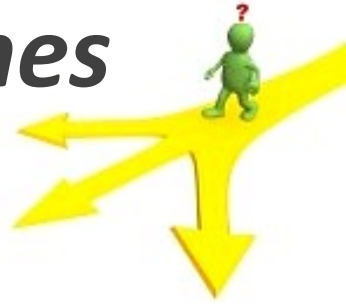
Verónica Bustos Flores



Objetivo de la presentación:
**Analizar estrategias de atracción y
fidelización del personal de salud**

***¿De qué estamos
hablando cuando
hablamos de atracción y
fidelización?***

Hablamos de reconocer que las personas buscan diferentes opciones laborales a lo largo de su vida



Y de cómo estas opciones pueden ser influidas por diversos factores o condiciones que los propios sistemas pueden gestionar



En el sector salud, hablamos de atracción y fidelización porque son estrategias para contar con los RHUS que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población, logrando un balance entre:

RHS necesarios

RHS disponibles

RHS empleados



Esto implica, ser capaces de ejercer la “fuerza de atracción” cuando las personas toman las decisiones que nos importan como sistema:



Por ejemplo: Qué estudio?, Dónde?

Termino la carrera?

Dónde quiero trabajar?

Hago el servicio rural?

En que me especializo?

Busco opciones en el sector privado?

En extranjero? Es hora de retirarme?Etc, etc, etc.



Estos temas relacionados con las personas son temas centrales de la gestión de Recursos Humanos de Salud

Panorama de desarrollo de la gestión de RHUS de la sub región andina



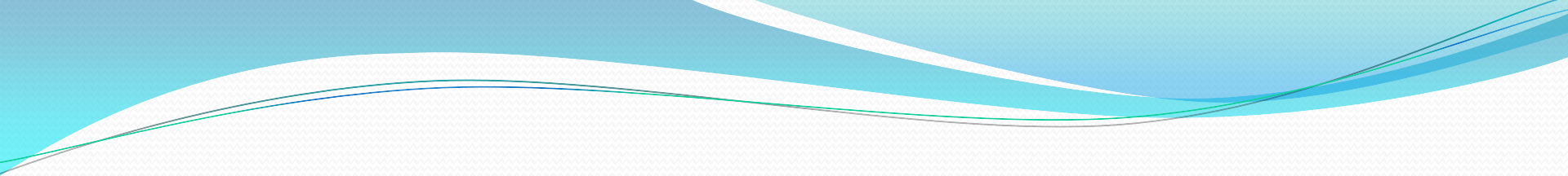
Situación actual de desarrollo de la Gestión de RHUS: Avances y Desafíos

- Existencia de Políticas Globales de RHS.
- Implementación de estrategias de ordenamiento de la gestión de RHS.
- Revalorización de los sistemas de planificación de RHS - desarrollo metodológico.
- Aumento de la disponibilidad de RHS.
- Tendencia hacia la modificación curricular
- Brecha cuantitativa y cualitativa de RHS.
- Insuficiente personal de enfermería.
- Distribución inequitativa de RHS.
- Escaso desarrollo de sistemas de carrera sanitaria para RISS.
- Presencia de condiciones laborales inadecuadas.
- Procesos de descentralización sin traspaso de competencias.
- Procesos de formación e incentivos con visiones centradas en aspectos biomédicos.

En un contexto de ejercicio limitado de la gobernanza

***Balance entre RHUS
Necesario – Disponible y Empleado,
Una tarea de gran complejidad!***





***Algunos elementos que
contribuyen a lograr
estos balances:
Desde los sistemas
hasta las personas***

***Algunos elementos que contribuyen a lograr
estos balances:***

Desde los sistemas hasta las personas

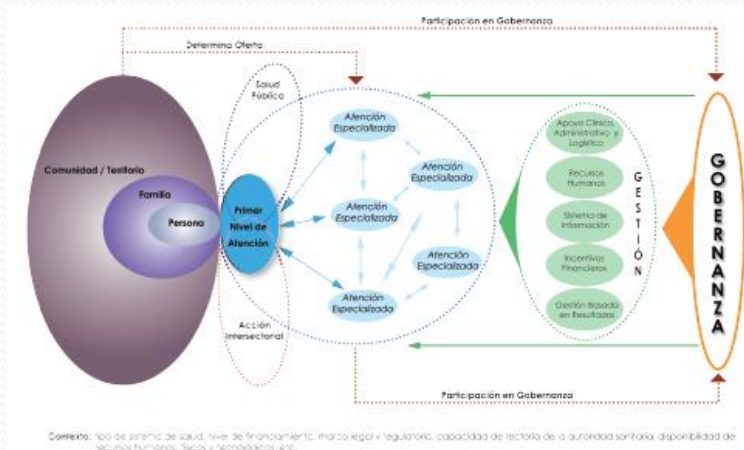


1. Esquema de organización del Sistema de Salud como una red integrada de servicios de salud basados en APS

Esto es una red de personas



“USTED NO ESTÁ SOLO”



- Favorece el trabajo en equipo, el sentido de pertenencia a una “gran institución”.
- Contribuye al despliegue de capacidades en diferentes puntos y niveles de la red asistencial (motivación).
- Otorga mayores posibilidades de movilidad interna (dentro de la red)

2. La Visión de la Gestión de RHS existente

“Un sistema integrado que, dotado de recursos adecuados, es capaz de ejercer gobernanza y rectoría en torno a una visión clara y cohesionadora; que se organiza en coherencia con las necesidades del modelo de atención; que aplica sistemas de planificación para anticiparse y resolver las necesidades de personal sanitario y que gestiona el desempeño del talento humano de salud logrando su máximo aporte en un entorno laboral seguro, productivo y satisfactorio para todos sus miembros”

3. La capacidad para gestionar aspectos clave de la gestión de RHUS

RHS disponible = RHS necesario = RHS empleado



El balance implica formar, atraer, desarrollar y retener el número, “composición y mezcla” adecuada de competencias

4. Capacidad de innovación

explorar otras estrategias para alcanzar la autosuficiencia

*Uso de la telemedicina – trabajo en equipos
interprofesionales de salud – flexibilización del ejercicio
profesional*

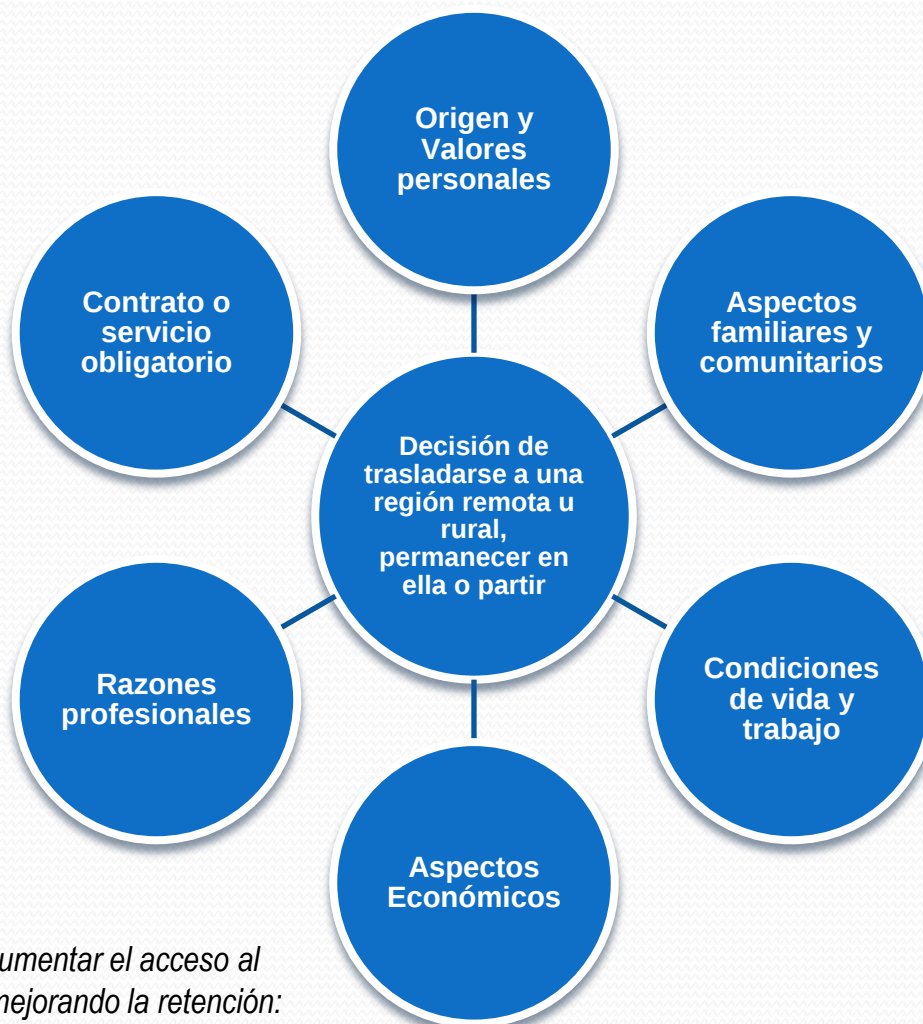
Veamos un ejemplo...

*Algunas provincias de Canadá que están utilizando los
equipos interprofesionales de trabajo, han estimado que los
médicos trabajando en este sistema, pueden entregar un 52%
más atenciones de salud, que los médicos trabajando
individualmente. Esta estrategia no sólo se limita al primer
nivel de atención*

Fuente: How many Are Enough? Redefining Self-Sufficiency for the Health Workforce A discussion Paper, disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/hhrhs/2009-self-sufficiency-autosuffisance/2009-hme-eng.pdf

5. De la aplicación de múltiples y diversas estrategias de retención y fidelización

Dimensiones a considerar al definir nuestras estrategias de atracción y retención en zonas rurales



Fuente: Organización Mundial de la Salud: "Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política"

Ámbitos y estrategias de atracción y retención en zonas rurales

Formación

- Estudiantes procedentes de zonas rurales
- Escuelas de formación fuera de las principales ciudades
- Prácticas de clínicas rotatorias en zonas rurales
- Programas de estudio que incorporen temas de salud rural
- Formación profesional continua de los agentes de salud rurales

Regulación

- Ampliación del ámbito del ejercicio profesional
- Categorías diferentes de agentes de la salud
- Servicio obligatorio
- Formación subsidiada a cambio de prestación de servicios

Incentivos Económicos

- Incentivos económicos apropiados

Apoyo Profesional y personal

- Mejores condiciones de vida
- Entorno laboral propicio y seguro
- Apoyo periférico
- Programas de promoción profesional
- Redes de profesionales
- Medidas para lograr reconocimiento público

Tendencias Actuales en la Subregión Andina

Gestión del Empleo y del desempeño

Problemas de atracción y retención del personal especialmente en áreas rurales o marginales y de migración interna y externa

- Los países aplican incentivos económicos y no económicos, sin embargo, la mayoría no identifica a los últimos como una herramienta de atracción y/o retención.
- Existen sistemas de incentivos a la localización (zonas extremas, difíciles).
- La provisión de atención en áreas rurales depende fuertemente de las etapas de servicio rural (obligatorias o voluntarias).
- Se utilizan incentivos vinculados al logro de metas sanitarias, establecidas mediante diferentes tipos de convenios (Perú y Chile).
- No se aprecia una clara diferenciación del sistema de incentivos entre diferentes niveles de atención (¿existe privilegio por el primer nivel?).
- Existe un menor desarrollo de sistemas como carrera sanitaria, salud ocupacional, educación permanente en salud.
- No se identifica desde el nivel de rectoría la existencia de estudios sobre satisfacción laboral.

Ejemplos de estrategias implementadas por los Países Andinos

Posicionamiento sectorial

Actividades de Promoción y Marketing Sectorial: Oferta de condiciones laborales.

Actividades y estrategias de promoción de las condiciones de laborales que ofrece el sector salud, idealmente vinculadas con las diferentes fases de la vida laboral, así como con los diferentes puntos de la red asistencial con mayores necesidades de RHS (marketing sectorial), por ejemplo:

- Describir todos los beneficios (económicos y no económicos) con piezas de información de fácil comprensión, evitando un lenguaje técnico/normativo (trípticos, cartillas, videos).
- Ampliar los contenidos de información a aspectos de la vida cotidiana de las localidades y comunidades.
- Usar las redes sociales y formar grupos específicos con los futuros egresados de las carreras de la salud (contar con un directorio de futuros egresados).
- Involucrar a las autoridades locales en la elaboración de las estrategias de difusión de las respectivas zonas con problemas de provisión de servicios de salud.
- Desarrollar “ferias laborales” del sector salud.
- Involucrar a las autoridades nacionales en las estrategias de difusión, de manera de otorgar la relevancia requerida por el tema.

Incentivos a la localización

Chile: Incentivo de desempeño difícil para APS rural y urbana.

Por desempeño en **Zonas Urbanas de AP**: Se consideran criterios de marginalidad económica, social y cultural de la población beneficiaria y de inseguridad y riesgo para el personal derivadas de las condiciones del lugar en que se ejecutan las acciones, destinadas a los establecimientos rurales y como máximo a un 25% del total horas nacionales urbanas, asignándose un porcentaje mayor a los funcionarios de los centros de salud de mayor a menor grado de dificultad (15% - 10% y 5% del salario).

Por desempeño en **Zonas Rurales de AP**: Todos los funcionarios tienen derecho en porcentajes diferentes según los criterios de aislamiento geográfico, dispersión de la población y marginalidad económica, social y cultural de la población beneficiaria (26% - 19% - 10%)

También existen otras asignaciones aplicables por ley a todos los funcionarios públicos, como por ejemplo **la zona y zona aislada, que se asigna, especialmente a localidades del extremo norte y sur del país.**

Perú: Asignaciones priorizadas.

Se asignan al puesto, de acuerdo a situaciones excepcionales y particulares relacionadas con el desempeño. Las que tienen mayor relación con el primer nivel de atención son:

Zona alejada o fronteriza - Zona de emergencia - APS: se entrega a puestos en el primer de atención destinados a realizar intervenciones de APS a las familias y comunidades, debiendo cumplir con el perfil definido.

Atención especializada, para puestos estratégicos de primer y segundo nivel.

Ecuador Vuelvo por Ti

Busca **captar y retener** la mayor cantidad de profesionales de la salud ecuatorianos y extranjeros que se encuentran en el exterior, priorizando **médicos especialistas y sub-especialistas**, mediante la ejecución del proceso de reclutamiento, selección y contratación, que garantice la idoneidad en la vinculación de postulantes altamente capacitados, a fin de cubrir los requerimientos en la áreas críticas (<http://www.salud.gob.ec/ecuador-saludable-voy-por-ti/>)

Incentivos a la localización

Diseño e implementación de programas específicos para provisión de personal en zonas críticas.

Ejemplo de esta estrategia la constituye el SERUMS de Perú y el Ciclo de Destinación en Chile. Ambas iniciativas están orientadas a la provisión de cargos en zonas específicas (generalmente zonas aisladas, marginales o rurales) preferentemente del primer nivel de atención.

La participación y permanencia en estos programas genera, por ejemplo, posibilidades de acceso a formación de especialidades con financiamiento público; reconocimiento de puntajes en futuros procesos de selección, reconocimiento en factores de desarrollo de carrera.

Una experiencia similar es el “Año de Servicio Rural” de Colombia (Servicio Social Obligatorio), que en este caso es requisito habilitante para el ejercicio profesional.

Posibilidades de Desarrollo y educación permanente

Alianzas con el sector formador para el desarrollo de polos formación/servicios

El desarrollo de actividades de actualización son parte consustancial al desarrollo de las profesiones de la salud. La lejanía respecto de los grandes centros urbanos también aleja a los profesionales de los centros formadores, sin embargo, desarrollar proyectos formativos en las propias comunidades (**Residencias SAFCI**) son útiles no sólo para la adecuación de perfiles, sino también para generar lazos con las comunidades, enfrentar el problema señalado y permitir que los profesionales combinen su actividad “clínica” con actividad docente.

Condiciones laborales y de desarrollo profesional

Aumentos de cupos de formación con financiamiento público y dotación de personal en áreas desatendidas.

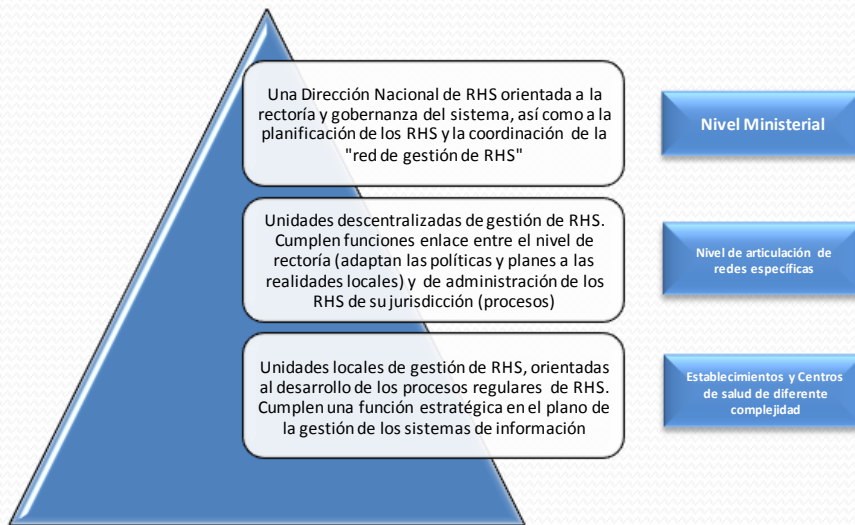
Estas estrategias permiten aumentar la masa crítica de profesionales disponibles que poseen las capacidades adecuadas a las necesidades del modelo de atención. En este sentido se identifican estrategias como **PROFAM en Perú**, Residencias **SAFCI en Bolivia**, Formación progresiva en **APS en Chile** y aumento de cupos de especialidad, **Convenios de formación** de pre y post grado para 10.000 profesionales en Ecuador.

Estrategias de Educación Permanente, Carrera Sanitaria, Salud Ocupacional y Sistemas de Incentivos

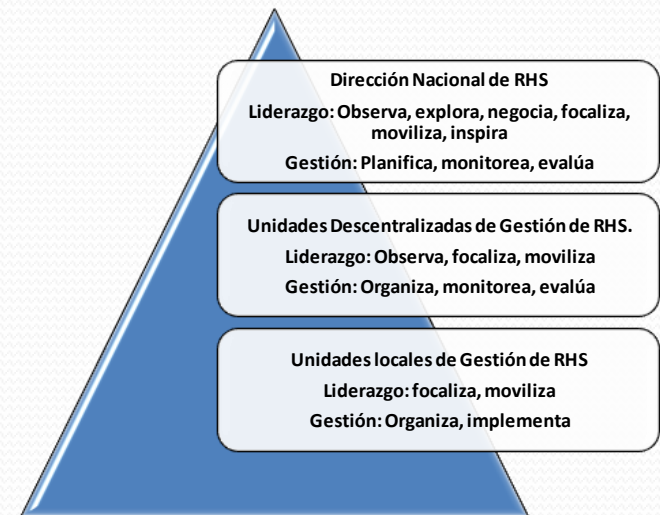
Todas estas estrategias tiene también impacto en la atracción y retención del personal de salud y están orientadas a ofrecer mejores condiciones de desarrollo y desempeño en ambientes laborales gratos y seguros.

Necesidad de desarrollar una Gestión Integral de RHUS

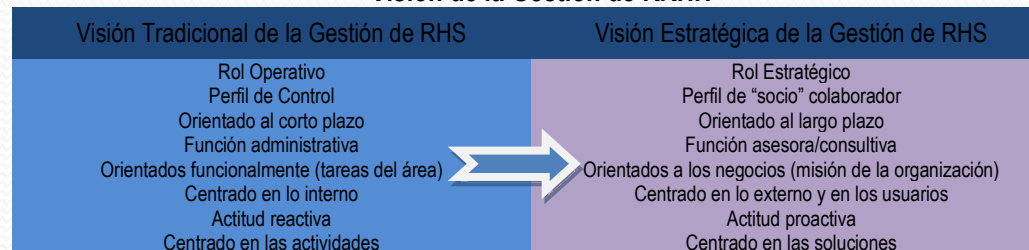
Diagrama de organización de la red de RHS



Competencias de Liderazgo y de Gestión de RHS



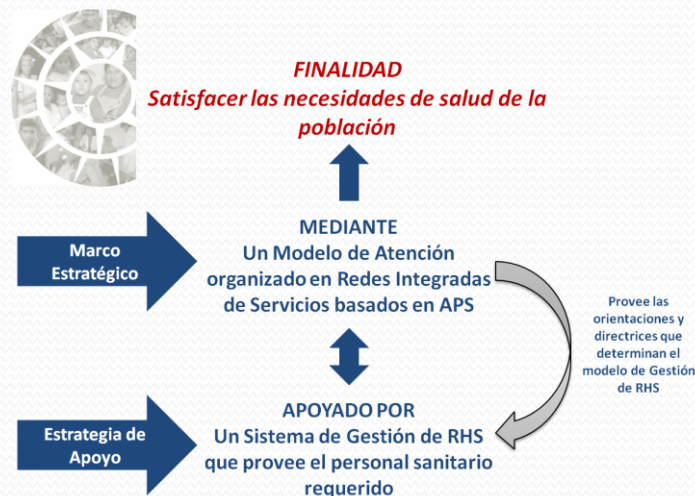
Visión de la Gestión de RRHH



Fuente : Champions Dave Ulrich en su libro Champions-Recursos Humanos

Reflexiones Finales y Conclusiones

- Las estrategias de atracción y fidelización del personal de salud tienen sentido en la medida que contribuye a lograr el objetivo de suficiencia de RHUS.
- Son mas efectivas cuando se inscriben en esfuerzos globales de desarrollo de los RHUS y de los Sistemas de Salud en su conjunto.
- Hay diferentes posibilidades de estrategias de atracción y retención según el tipo de personal al que están dirigidas y si se trata de problemas internos (a escala nacional, rural/urbano) o externos de retención (migración).
- La efectividad de estas estrategias se relaciona con el grado de conocimiento disponible sobre las motivaciones y problemas del personal de salud y requieren de una gestión de RHUS próxima a la realidad concreta del personal de salud.



Reflexiones Finales y Conclusiones

Un Sistema Integrado de Servicios de Salud, requiere de una Gestión Integrada de RHS y Redes integradas de personas trabajando en pos de la salud de la población



