







República de Colombia  
Ministerio de Salud  
Programa de Apoyo a la Reforma de Salud

# DESAFÍOS PARA LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

## MEMORIAS





República de Colombia  
Ministerio de Salud  
Programa de Apoyo a la Reforma de Salud

# MEMORIAS DEL FORO-VIDEOCONFERENCIAS

## DESAFÍOS PARA LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Bogotá, octubre de 2002

JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA  
MINISTRO DE SALUD Y TRABAJO

JUAN GONZALO LÓPEZ  
VICEMINISTRO DE SALUD

BLANCA ELVIRA GAJIGAS DE ACOSTA  
DIRECTORA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIO DE SALUD

GABRIEL ROBAYO GARRIDO  
DIRECTOR PROGRAMA APOYO A LA REFORMA

JORGE CASTELLANOS ROBAYO  
MERY BARRAGÁN ÁVILA  
SUPERVISORES TÉCNICOS Y EDITORES

ISBN: 958-97263-1-3

Primera edición: 2002

© MINISTERIO DE SALUD

Diagramación e impresión  
ARFO Editores e Impresores Ltda.  
Carrera 15 N° 53-86  
Tels.: 3494753 - 2177010  
Bogotá, D. C.

## AGRADECIMIENTOS

El Ministerio de Salud y el Programa Apoyo a la Reforma agradecen la asistencia a los participantes al Foro-videoconferencia “Desafíos para los recursos humanos en el sistema general de seguridad social en salud” realizado el 25 de octubre de 2000 en las instalaciones del SENA de las diferentes seccionales del país, foro que tuvo como objetivo la presentación de resultados de las investigaciones realizadas sobre planificación, gestión y formación del personal de salud.

Este agradecimiento se hace extensivo a los Directores de los proyectos por la presentación de resultados, a los Secretarios de Salud por su apoyo en la convocatoria para la difusión de este evento a nivel territorial y a las Directivas del SENA y sus funcionarios de las diferentes regiones del país que hicieron posibles este evento con su valioso aporte desde el punto de vista logístico.

## MEMORIAS

## CONTENIDO GENERAL

Presentación .....	11
Introducción	
<i>Mery Barragán Ávila</i> . Supervisora técnica .....	13
Capítulo I	
MODELO DE OFERTA Y DEMANDA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD. COLOMBIA, 2002.	
<i>Germán González Echeverri</i> . Director Proyecto “Oferta y Demanda de Recursos en Salud en Colombia” .....	21
Capítulo II	
LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD EN COLOMBIA: BALANCE COMPETENCIAS Y PROSPECTIVA	
<i>Fernando Ruiz Gómez</i> . Director del Proyecto “Plan de Largo Plazo” .....	61
Capítulo III	
LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN COLOMBIA: UN RETO A FUTURO	
<i>Luis F. Giacometti Rojas</i> . Director Proyecto “Red Multidisciplinaria para la Modernización de la Educación, Capacitación y Entrenamiento en Salud” .....	103
Capítulo IV	
DOCUMENTO: OFERTA, EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN EN SALUD. LA PERSPECTIVA DE UNA ACREDITACIÓN ESPECIALIZADA	
<i>Diego Giraldo Samper</i> . Director Proyecto “Apoyo a la Acreditación de Programas de Educación y Entrenamiento en Salud” .....	131
CONCLUSIONES GENERALES	
<i>Jorge Castellanos R.</i> Supervisor técnico .....	169



## PRESENTACIÓN

Esta publicación recopila los resultados de los proyectos de recursos humanos ejecutados por el Ministerio de Salud a través del Programa Apoyo a la Reforma y presentados en el Foro-videoconferencia de “Desafíos de los recursos humanos en salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

Los proyectos mencionados investigaron aspectos relacionados con la planificación y gestión del personal de salud y los aspectos relacionados con la formación de los mismos.

Las investigaciones de “Oferta y demanda del recurso humano en salud” realizadas por la Universidad de Antioquia y la investigación de “Plan de largo plazo” realizada por la Unión Temporal Universidad Javeriana Family Health Foundation - Fedesarrollo corresponden a los aspectos de Planificación y Gestión. Las investigaciones correspondientes a “Apoyo a la acreditación de programas de educación y entrenamiento en salud” ejecutadas por la Unión Temporal AUPHA - ASCOFAME - ASSALUD - CES y el Proyecto sobre la “Red multidisciplinaria para la modernización de la educación” efectuado por Consultoría y Gestión responden a los aspectos formativos del personal de salud.

Las presentaciones de resultado de estos proyectos corresponden a una síntesis de hallazgos y propuestas de acción generados en los dos estudios efectuados por las entidades ejecutoras contratadas por el Programa Apoyo a la Reforma, los cuales contaron con una amplia participación de instituciones educativas, instituciones prestadoras de servicios y entidades territoriales de salud, así como el Ministerio de Educación y Salud.

Los temas relacionados con la formación y desarrollo del personal de salud que se presentan en esta publicación sólo son una síntesis de resultados de la investigación, por lo tanto se invita a los lectores interesados en profundizar a consultar y utilizar los documentos producidos por estos proyectos cuya lista se incorpora como anexo en el capítulo correspondiente.



## INTRODUCCIÓN

En el marco de los grandes cambios globales y nacionales y en consonancia con las reformas estatales, las reformas sectoriales, en especial la del sector salud, constituyen en la actualidad el momento más trascendental en casi todos los países del mundo. Se puede identificar en las propuestas de reforma el propósito general de mejorar el nivel de salud de toda la población bajo los principios de equidad, eficiencia, sostenibilidad, calidad en la prestación de servicios y participación social.

En las agendas de las reformas del sector salud el tema de recursos humanos ha sido un tema olvidado, la tarea de mejorar las condiciones de trabajo y la educación del personal de salud está todavía pendiente en la mayoría de los países como fue reconocido en la reunión regional de recursos humanos<sup>1</sup>.

En Colombia como en otros países de América Latina, se introdujo en 1993 una de las más grandes reformas sociales después de la promulgación de la Constitución de 1991. El nacimiento de la Ley 100 de 1993 marcaba el inicio de un nuevo período para la salud en Colombia y sumado a lo establecido en las Leyes 60 de 1993 y 10 de 1990, el Sector de la Salud debía reorganizarse con la finalidad de dar cumplimiento a dichos mandatos.

### **Antecedentes y contexto**

A finales de 1994, poco menos de un año después de promulgada la Ley 100, el Gobierno Colombiano firmó un acuerdo con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard para realizar un estudio sobre los requerimientos necesarios para poner en práctica la ambiciosa reforma del sistema de salud que planteaba la Ley. Al año siguiente el Banco Interamericano de Desarrollo aprobó un préstamo para financiar un conjunto de proyectos orientados a fortalecer algunas de las principales áreas de desarrollo del sistema: como son las políticas de

---

<sup>1</sup> Reunión regional, San José de Costa Rica, 3-5 de diciembre 1997, Washington, marzo de 1998.

salud, el fortalecimiento institucional y el desarrollo del recurso humano las cuales se encuentran puntualizadas en el mencionado informe “Plan maestro para la implementación de la reforma”.

El denominado “Proyecto Harvard” al interior del Ministerio dio lugar a lo que después sería el Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud. El programa se inicia en 1996 con la firma del crédito, pero sólo a principios del año 2000 se consolidó y dio inicio al desarrollo de proyectos relacionados con los temas de prestación de servicios de salud, el aseguramiento, la vigilancia y control del Sistema, el Sistema integrado información de salud y los proyectos de Recursos humanos.

De acuerdo con los análisis realizados por el grupo de investigadores de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, se encontró entre los principales problemas en el caso de Recursos Humanos: la falta de algunos tipos de recursos humanos; mala distribución de recursos humanos en el país; baja utilización de médicos en el primer nivel de atención; falta de información sobre muchos de los aspectos; ausencia de una institución encargada de la planeación de los recursos humanos y de su adecuada capacitación.

El estudio muestra que “las nuevas instituciones creadas por la reforma también requieren de *nuevos conocimientos y destrezas*. Las destrezas y conocimientos empresariales y administrativos deben ser capaces de motivar al personal para mejorar la eficiencia y la calidad, la asignación de recursos dentro de las instituciones, negociar en términos favorables con los contratistas, diseño de mecanismos de reembolso, sistemas de supervisión y programas de mercadeo. También resulta importante el hecho de que el gobierno necesita planificadores calificados y administradores públicos para que manejen la reforma y regulen adecuadamente las instituciones privadas en un ambiente de competencia regulada.

Igualmente el estudio asegura que las destrezas clínicas deben ajustarse al manejo de las afecciones que representan la mayor carga de enfermedad en Colombia y que el sistema de salud debe asegurar la calidad y el uso adecuado de estas destrezas.

El estudio de Harvard confirmó que con el fin de asegurar estándares de calidad de los recursos humanos en Colombia, el sistema actual de un registro simple y por una vez de las facultades, debería ser reemplazado por un sistema oficial, rutinario y riguroso de acreditación. Sostiene el estudio que la acreditación puede funcionar bien como un proceso voluntario. Una vez esté funcionando, el gobierno solamente contratará a las facultades acreditadas, y las instituciones proveedoras demandarán requisitos similares de su personal profesional, en cuanto a que provenga de instituciones acreditadas.

## **Los proyectos de recursos humanos en el programa apoyo a la reforma**

Con lo anteriormente expuesto y con el fin de dar respuesta a preguntas como: ¿Cuántos somos? ¿Cuántos se necesitan para atender las necesidades actuales y futuras del país? ¿Cuál es la disponibilidad de recurso existente? ¿Cuál es el balance entre disponibilidad-requerimientos y cuáles serán sus proyecciones? ¿Qué tipo de personal se requiere en este nuevo sistema y qué requerimientos debería tener? ¿Cómo se debe formar el personal y con quién? Y ¿cómo incentivar la calidad en la formación y el desempeño? El Programa Apoyo a la Reforma en 1999 (octubre, noviembre), efectuó una convocatoria para desarrollar los estudios de recursos humanos, los cuales en licitación internacional fueron adjudicados así:

- Estudio de oferta y demanda de Recursos Humanos en Salud, adjudicado a la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.
- Plan de Largo Plazo para el Desarrollo de Recursos Humanos, adjudicado a la Unión Temporal conformada por Cendex de la Universidad Javeriana, Family Health Foundation y Fedesarrollo.
- Modernización de la Educación, Capacitación y Entrenamiento en Salud, adjudicada a CHC Consultoria i Gestio S. A. (Consorcio Hospitalario de Cataluña) y el Instituto de Salud de Barcelona.
- Sistema de Acreditación de Instituciones Educativas en Salud, adjudicada a la Unión Temporal conformada por ASCOFAME, ASSALUD, CES (Facultad de Medicina) Asociación Internacional de Programas Universitarios en Administración de Salud AUPHA.

Los dos primeros se focalizaron sobre aspectos de planificación y gestión del Personal de Salud, el tercero sobre elementos cualitativos de los programas de educación, en pregrado, posgrado, educación continuada y educación no formal. El cuarto abordó el establecimiento de un modelo de Acreditación de programas educativos en salud.

Estos proyectos, denominados de mediano plazo (24 meses), se ejecutaron entre febrero de 2000 y junio de 2002. Los hallazgos encontrados en estos estudios se pueden agrupar en cuatro áreas problemáticas: las relacionadas con a) modulación, articulación y regulación; b) la planificación del recurso humano; c) la gestión del recurso humano y d) la formación del personal de salud.

En cuanto a la modulación, articulación y regulación los estudios muestran: un poco o ninguna articulación intersectorial, un divorcio muy marcado entre la

formación y trabajo; débil integralidad en la información que poseen los diferentes actores y falta de análisis de la misma, una asimetría de información a los diferentes actores relacionados con los recursos humanos, una falta de articulación y concertación para el desarrollo de políticas encaminadas al desarrollo y regulación del recurso humano, un exceso, inconsistencia, contradicción, obsolescencia y/o superposición de normas y un incipiente mecanismo de inspección, vigilancia y control.

En cuanto a la planificación de los recursos humanos del sector salud los estudios demuestran la ausencia de planeación por inexistencia de un organismo de conducción, la escasa planeación que realizan los actores de los diferentes mercados educativo, laboral y de servicios no son coherentes con el nuevo rol del Estado y el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud. Todo lo anterior ha ocasionado una mala distribución geográfica, por disciplina y por categoría del personal de salud.

Referente a la gestión del recurso humano se observa en los estudios una distorsión de roles del personal en salud por las nuevas funciones originadas en el SGSSS, lo que ha ocasionado una distorsión en la producción y una baja productividad. Los estudios muestran también los cambios en la vida laboral, existiendo una gran flexibilización laboral con una disminución salarial, un aumento del desempleo y una deserción del personal del sector salud.

En el área de la formación los estudios muestran la no responsabilidad de los educadores de formar personal que responda a las necesidades de la población; el divorcio entre la formación y el trabajo sólo ha conducido a que la formación no sea pertinente en contenidos curriculares y haya una distorsión de la oferta educativa. En el proceso educativo se observa la carencia en la investigación, el énfasis en la instrucción, la ausencia de la educación continua y de las políticas de reentrenamiento.

Muestran los estudios la no existencia de una planificación de la oferta educativa y la ineficiencia del Estado para inspeccionar, vigilar y controlar esta oferta, lo que ha ocasionado un crecimiento acelerado de la misma con una tendencia desmedida a la especialización. Existe además una gran problemática en la docencia servicio y la falta de estándares de calidad para estas entidades, aunado esto a la incipiente cultura de la calidad como se puede demostrar con el escaso número de programas que el Estado pueda asegurar su calidad pues sólo 9.9% de los programas se encuentran acreditados. Esto nos indica que la educación en salud se ha ido deteriorando.

Ante los hallazgos encontrados los cuatro proyectos entregaron recomendaciones así:

Sobre disponibilidad y distribución, en el territorio nacional, de las diferentes categorías y profesiones del personal de salud. Incluye una propuesta de modelo dinámico de información para mantener actualizados los registros y datos de la información correspondiente, una propuesta para el otorgamiento de incentivos para la redistribución geográfica de los recursos humanos existentes y recomendaciones para la planeación del recurso humano en salud (Proyecto de Oferta y Demanda).

Sobre actividades que realizan los diferentes grupos de profesionales, con base en un análisis funcional de tareas. Las propuestas y recomendaciones se orientan a profundizar en la definición de competencias, como base de la reasignación de funciones y como referencia para los programas de formación de las diferentes categorías de personal. Analiza además el mercado laboral, el mercado de servicios y el mercado educativo, esto enmarcado en una visión de escenarios de desarrollo de dicho personal con proyecciones a 20 años (Proyecto Plan de Largo Plazo).

Sobre las características cualitativas de los programas de educación, capacitación y entrenamiento, de las diferentes categorías de profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en el sistema de servicios de salud. Las conclusiones y recomendaciones se consolidan en un Plan para la Modernización de la Educación en Salud y en un Plan de Incentivos, para apoyar la implementación de dichas recomendaciones (Proyecto Plan de Modernización de la Educación).

Con el fin de incentivar la calidad en la formación del personal de salud el Proyecto de “Apoyo a la acreditación de las instituciones de educación y entrenamiento en salud” según los hallazgos encontrados y las lecciones de experiencias internacionales diseñó un modelo especializado de acreditación para las áreas de la salud, el cual fue estrechamente coordinado con el Modelo de Acreditación propuesto por el Consejo Nacional de Acreditación; igualmente diseñó un sistema de información para los posibles aspirantes a la educación en el área de la salud.

Los hallazgos, las conclusiones y las recomendaciones generadas por estos cuatro proyectos, constituyen un acervo de información relevante sobre diferentes aspectos de la situación actual de recursos humanos en salud y sobre proyecciones y propuestas de desarrollo, en las esferas educativa y laboral.

En conjunto los resultados de estos estudios conforman una plataforma de información que permitirá adoptar líneas innovadoras de política en materia de formación de personal y de revisión y ajuste de sus funciones para una mejor utilización de recursos en el SGSSS.

## **Los Recursos Humanos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud**

El nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, catalogado por algunos como una reforma prematura y ambiciosa, pero indispensable y realista desde nuestra perspectiva, ha puesto en evidencia la necesidad de actores profesionales, técnicos y auxiliares, que entiendan la naturaleza y alcances de los paradigmas del nuevo sistema, que se comprometan y hagan suya su implementación y le impriman una dinámica propia a los cambios correspondientes, pero que además comprendan y aprendan a manejar las nuevas modalidades de inserción e interacción con el nuevo mercado laboral.

En esta década de vigencia de la Ley 100 aún se transita por las incertidumbres del periodo de transición al SGSSS. Diez años, en la vida nacional, es un lapso apenas normal para gestionar la iniciación de los cambios del nuevo sistema, pero no son suficientes para su consolidación. Se han logrado avances significativos, pero aún hay necesidad de enfrentar cambios importantes que permitan avanzar en el cumplimiento de los objetivos sociales de equidad, eficiencia y calidad.

El cambio implica ir más allá de las modificaciones legislativas y de normalización, significa crear un nuevo sistema de gestión en la política social, nuevos esquemas de producción de los servicios de salud, nuevos modelos de organización del trabajo y por supuesto de relaciones laborales. La experiencia ha demostrado que los problemas, los crónicos y los recientes, que surgen del proceso de cambio, no pueden ser abordados con los viejos esquemas.

Para que estas transformaciones adquieran una dinámica propia y se consoliden es indispensable que los actores del sistema incorporen de manera efectiva nuevas formas de pensamiento, que compartan y traduzcan en acciones concretas y en formas de comportamiento y desempeño habituales, los valores y las normas que sustentan los nuevos paradigmas del sistema de salud.

El énfasis en la búsqueda de la equidad y la calidad son hoy paradigmas sociales que hacen decisiva la participación y el compromiso del personal, para incorporar, sustentar y consolidar las formas y el ritmo de una nueva lógica de organización.

Personal de salud no es solamente quienes actúan en la prestación directa de la atención de salud de individuos y comunidades; son todos quienes ejercen responsabilidades en los procesos de aseguramiento, de organización y funcionamiento de todas las actividades que hacen posible la atención personal y colectiva. Todos y cada uno de los miembros de ese gran conglomerado laboral, tienen

y deben cumplir roles definidos e inequívocos para los cuales deben ser competentes. Prepararlos, formarlos para esos roles es una responsabilidad primordial, pero no exclusiva, del sector educativo. Este es nuestro punto de encuentro en el gran marco de la nueva concepción de la Protección Social.

MERY BARRAGÁN ÁVILA<sup>2</sup>  
Supervisora técnica

---

<sup>2</sup> Mg. Salud Pública, Esp. Gerencia de la Seguridad Social, Esp. Gestión Pública, Consultora del Programa Apoyo a la Reforma.



CAPÍTULO I

MODELO DE OFERTA Y DEMANDA  
DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD.  
COLOMBIA, 2002

GERMÁN GONZÁLEZ ECHEVERRI\*  
DIRECTOR PROYECTO “OFERTA Y DEMANDA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN COLOMBIA”

---

\* Médico cirujano, especialización en Epidemiología, Magíster en Salud pública, Máster en Medicina comunitaria, PHD Universidad de Mc Gill. Director Proyecto “Oferta y demanda de Recursos Humanos en Salud en Colombia”.



## CONTENIDO

1.1. Marco de referencia para el estudio .....	25
1.2. Algunos comentarios metodológicos .....	27
1.3. Situación de salud de Colombia .....	28
1.4. Oferta y demanda de recursos humanos en salud .....	30
1.4.1. Oferta de recurso humano en salud .....	30
1.4.2. Demanda de recurso humano en salud .....	32
1.5. La planeación de recurso humano en salud en Colombia .....	38
1.6. Balance entre oferta y demanda y diseño de políticas .....	45
1.7. Sistema de información y observatorio de recursos humanos .....	47
1.8. Conclusiones .....	48
1.9. Propuestas y recomendaciones .....	50
Bibliografía .....	53
Anexo .....	55



## 1.1. MARCO DE REFERENCIA PARA EL ESTUDIO

El proyecto Modelo de Oferta y Demanda de Recursos Humanos en Salud hace parte de un grupo de proyectos que el Programa de Apoyo a la Reforma en Salud del Ministerio de Salud (PARS) realiza con el objeto de promover un adecuado desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS) según recomendaciones de expertos internacionales (1), reconociendo que las personas que trabajan en el sector constituyen el factor más crítico para asegurar la eficacia y la eficiencia del sistema. Este proyecto fue desarrollado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia mediante contrato con FONADE y con financiación proveniente del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

El equipo de investigadores y consultores de la Universidad de Antioquia asumió que el SGSSS es parte de lo que podría ser llamado un Sistema de Salud, el cual incluye no sólo el sector salud sino también otras actividades desarrolladas por otros sectores como el educativo, el de trabajo, planeación, medio ambiente y hacienda. No cabe duda que todos estos sectores, en forma directa o indirecta, inciden en los programas sociales del país y la salud es uno de los que contribuye con alta influencia en el desarrollo nacional.

Se acepta que en una economía de mercado, los procesos de planificación y la regulación deben contemplarse; de otro lado, se requiere también admitir la complejidad de planear las necesidades de recursos humanos de salud como mercado derivado del mercado de servicios de salud en situaciones de relativa incertidumbre como las relacionadas con el desarrollo de los conocimientos acerca del adecuado manejo de las situaciones de salud y enfermedad, la permanente incorporación de nuevas tecnologías y la dinámica de factores de riesgo de un país tan complejo como Colombia.

Otra de las dificultades que se deben tener presente es la de la hacer efectiva y concreta la coordinación entre sectores. En la actualidad en Colombia no hay evidencias sostenidas en el tiempo y con resultados concretos que demuestren una adecuada coordinación y articulación entre el sector salud como sector prestador de servicios y el sector educativo –tanto público como privado–, lo que manifiesta la urgente necesidad de promover mecanismos para compartir infor-

mación y generar toma de decisiones conjuntas; todo parece indicar que no prospera la búsqueda de objetivos comunes, con casos tan sensibles como el de la promoción de salud de la población, la prevención de la enfermedad y la recuperación cuando se ha perdido. Si bien en este trabajo se acogen las anteriores premisas, el estudio se concentra en las estructuras de la oferta y la demanda de recursos humanos en el sector salud, la metodología para la planeación, el sistema de información rutinario de RH y la propuesta de incentivos para su adecuada redistribución geográfica que permitan la definición de políticas públicas que desarrollen el RH en el SGSSS.

Los modelos de atención y las redes de servicio no se han fortalecido suficiente con el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Para estudiar la oferta y demanda de recursos humanos en salud es necesario partir no sólo de las necesidades de la población sino también de la manera en que se prestan los servicios de salud y de la organización del sistema; las necesidades en número y características del recurso humano dependen de estos tres factores. Siendo pues necesario para diseñar y poner en marcha un modelo de oferta y demanda de recursos humanos en salud acercarse con un enfoque sistémico donde el contexto social, las características de la población, la identificación de sus necesidades en salud, el funcionamiento y la reglamentación del SGSSS, la estructura de la oferta y demanda de recursos humanos en salud, la información y procedimientos para el diseño de políticas y toma de decisiones son temas que deben ser considerados.

Con los cuatro proyectos de recursos humanos que hacen parte del macro proyecto que sobre el tema adelantó el Programa de Apoyo a la Reforma (oferta y demanda, planeación a largo plazo, modernización, y acreditación) se pretendió responder cuáles son las necesidades en salud de la población ahora y en un futuro, los recursos humanos disponibles en el país para atender esas necesidades (oferta), cuál es la demanda actual y cuáles son las necesidades de recurso humano (demanda) del SGSSS, cuál es el balance entre esta demanda y la oferta de recursos humanos en salud, cómo se pueden estimar y cuáles serán los requerimientos futuros, en caso de necesitarse o sobrar recurso humano cómo estimular a las instituciones para que formen más o menos recursos, y por último cómo estimular que el recurso humano se ubique en aquellos lugares requeridos para responder a las necesidades de la población.

La oferta y demanda de recurso humano, las necesidades futuras, la calidad y actualidad de la formación y los recursos financieros son factores sin los cuales no es factible responder adecuadamente a las necesidades de salud de la población. La oferta y demanda del recurso humano hacen parte de una estructura de mercado que permite que el sector formador responda o no las necesidades según perfil epidemiológico del país.

El exceso de recursos humanos en salud se asocia con desestímulo al personal, los mejores no seleccionarán estas carreras, se buscará la especialización para segmentar el mercado y con ello el uso de tecnologías cada vez más costosas, el incremento de contactos con el sector para resolver los problemas de salud, se generan conflictos entre el recursos y se pueden dar problemas éticos al realizarse procedimientos no requeridos. El déficit de recurso se asocia a incrementos de los salarios, atenciones más costosas, grandes demoras en la atención, problemas de calidad, insatisfacción de los usuarios, bajas coberturas de los servicios de salud. Por todo lo anterior es importante buscar un adecuado balance entre la oferta y la demanda de recursos humanos en salud teniendo en cuenta que la política de hoy tendrá un período de latencia antes de producirse un efecto (2).

La salud es el resultado del esfuerzo individual y colectivo de todos los estamentos de una sociedad. En Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud para poder responder a las necesidades de salud de Colombia debe promover un trabajo coordinado con otros sectores como son los de educación, planeación, hacienda, medio ambiente, y trabajo. Todos estos sectores deben promover el diseño de una política pública de salud que incluya un adecuado balance entre la oferta y demanda de recursos humanos en salud a corto, mediano y largo plazo; política que debe tener en cuenta una adecuada distribución geográfica del recurso humano, una formación que responda a las necesidades de la población, unas redes de servicio que respondan a las necesidades no urgentes y urgentes, a las competencias y las tecnologías adecuadas para promover la salud y recuperar la enfermedad dentro de modelos de atención adecuados.

El estudio de Modelo de Oferta y Demanda de Recursos Humanos en Salud estudió la oferta y demanda de recurso humano en salud, la estructura de mercado y su análisis a partir de las necesidades de la población, la distribución geográfica, estímulos e incentivos del personal y el registro y sistemas de información sobre el talento humano.

## 1.2. ALGUNOS COMENTARIOS METODOLÓGICOS

Los datos de oferta de recurso humano en salud fueron obtenidos de las instituciones formadoras en los últimos cuarenta años a partir de 1961 para lo cual se aplicó la técnica demográfica de Lexis. La demanda se estimó con una encuesta mediante muestreo nacional a cerca de 32.000 instituciones según base de datos proporcionada por el Ministerio de Salud que incluye las instituciones de Inspección Vigilancia y Control, Empresas Promotoras de Salud, e Instituciones Prestadoras de Salud. Para el estudio el país según el contrato se consideró en su totalidad y en 10 regiones: Costa Atlántica (Departamentos de Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, Guajira, Magdalena y San Andrés), los Santanderes (Departa-

mentos de Santander y Norte de Santander), Cundiboyacense. (Departamentos de Cundinamarca y Boyacá), Antioquia - Chocó. (Departamentos de Antioquia y Chocó), Eje Cafetero y Valle del Cauca. (Departamentos de Caldas, Risaralda, Quindío y Valle del Cauca), Orinoquia - Amazonia. (Departamentos de Amazonas, Arauca, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés y Vichada), Cauca - Nariño. (Departamentos de Cauca y Nariño), los Llanos. (Departamentos de Caquetá, Casanare y Meta), Huila - Tolima. (Departamentos de Huila y Tolima), y el Distrito Capital (Bogotá). Las profesiones se agruparon en profesionales, técnicos y auxiliares. La muestra incluyó 122 municipios y 1210 instituciones de salud de las cuales 840 eran prestadoras de servicios de salud, 50684 personas que se encontraban laborando en ellas, una sub-muestra de 1203 empleadores y otra de 4059 empleados, estas dos últimas para estudiar incentivos (3).

Se hizo un diagnóstico epidemiológico nacional, se diseñó una matriz en hojas dinámicas de excel para conocer la posible demanda de recurso humano para los diferentes planes de beneficio según las necesidades de la población, se diseñó una metodología de planeación, se estudió la situación de incentivos y los factores asociados con distribución geográfica, un modelo dinámico que dentro de un enfoque de complejidad permite modelar las posibles políticas que sobre recursos humano se adopten, por último se propone un sistema de información rutinaria para que el país disponga en forma oportuna de los datos necesarios para monitorizar el balance de la oferta y la demanda de recursos humanos en salud con un observatorio de recursos humanos en salud.

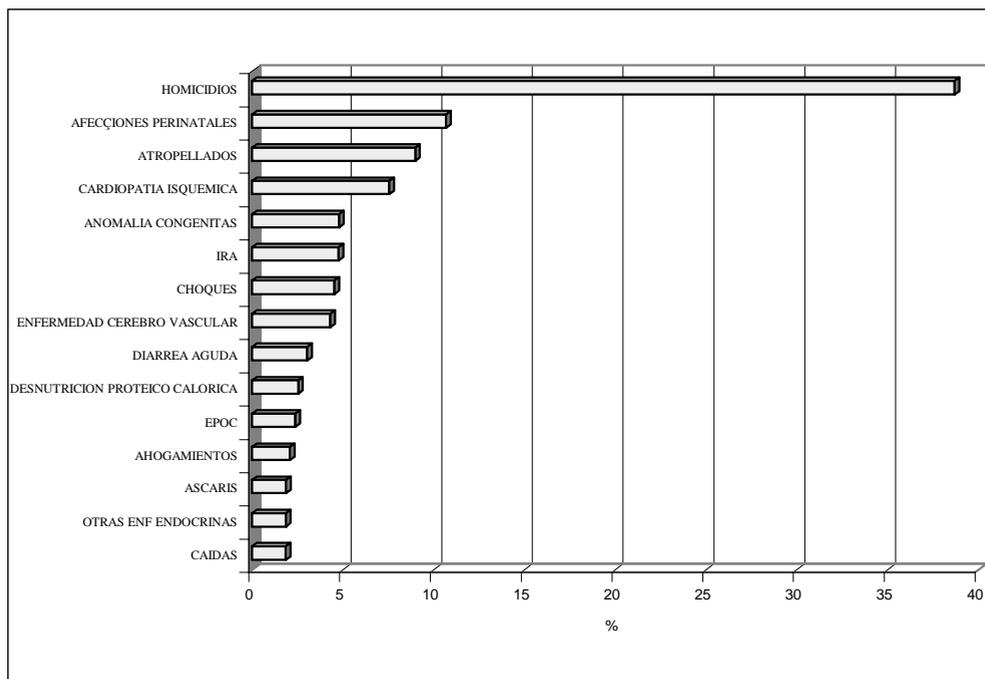
Se presentará a continuación la situación de salud del país, la oferta de recursos humanos y las proyecciones a cinco años, la demanda revelada en las diferentes instituciones de salud, las características de esta demanda (edad, sexo, características de la formación, incentivos, distribución geográfica, salarios, formas de contratación), un instrumento para estimar las necesidades de recurso humano, una metodología de planeación con un enfoque prospectivo, un modelo dinámico para estimar la oferta y la demanda de recursos humanos en este caso se presenta como ejemplo para 15 millones de población contributiva y 25 millones de subsidiados.

### 1.3. SITUACIÓN DE SALUD DE COLOMBIA

Colombia tiene un diagnóstico insuficiente de la situación de salud, con la descentralización esta responsabilidad recayó fundamentalmente en los municipios y se debilitó bastante esta actividad, dándose una desactualización de la información. Con la información disponible (4) y la obtenida directamente de los municipios por este proyecto, se puede afirmar que el país presenta problemas de naciones en desarrollo y desarrollados como son los problemas cardiovasculares, los asociados con riesgos de saneamiento ambiental básico, alimen-

tación, los materno-infantiles, y los de trauma intencional y no intencional (5,6). A continuación en las figuras 1 y 2 se incluye visualmente la anterior información.

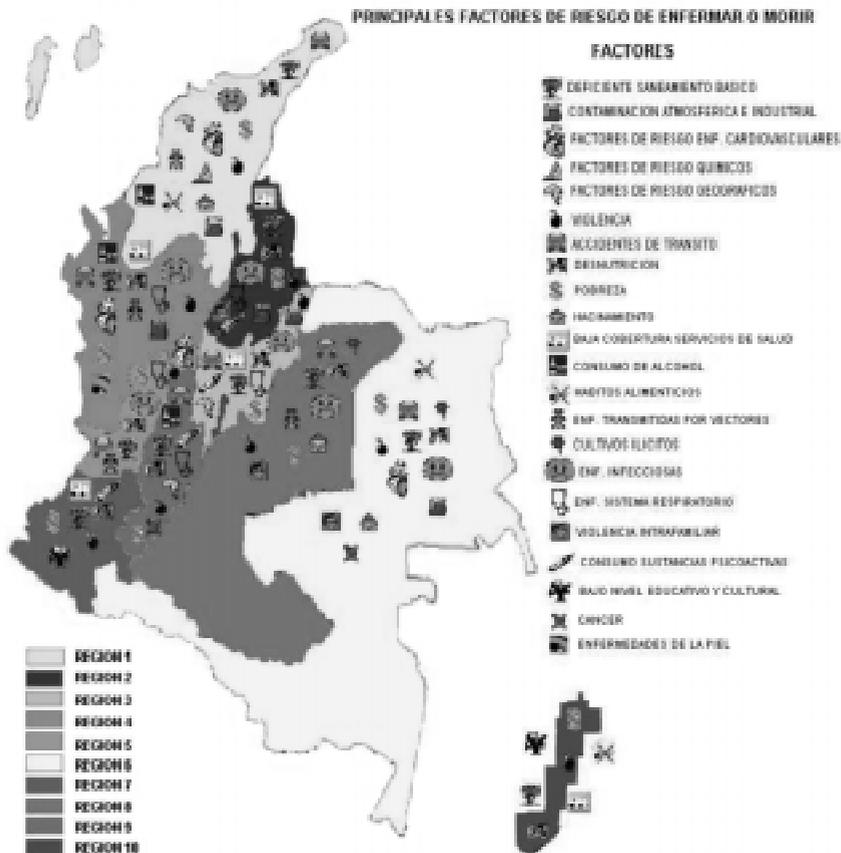
Figura 1. Distribución de los Años de Vida Saludables Perdidos según quince primeras causas de mortalidad. Colombia. 1990.



Fuente: "La carga de la Enfermedad en Colombia", 1990. Las tasas de mortalidad, los Años de vida potenciales perdido y los años de vida saludables perdidos como indicadores epidemiológicos para identificación de prioridades de salud: un análisis comparativo. Colombia 1990.

En la figura 2 se puede ver por regiones los diferentes factores de riesgo de enfermar o morir en Colombia.

Figura 2. Principales factores de riesgo de enfermar o morir: Colombia, 1996.



Fuente: Ministerio de Salud. Perfiles epidemiológicos, 1996.

“Base de datos RH 01 Proyecto modelo de oferta y demanda de recurso humano en salud en Colombia”. Ministerio de Salud - Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. 2.000

## 1.4. OFERTA Y DEMANDA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

### 1.4.1. OFERTA DE RECURSO HUMANO EN SALUD

Como oferta se entiende aquel recurso humano en salud formado o no en el país que se encuentra en capacidad y disponible para laborar en el sector. En Colombia la mayoría de este recurso ha sido formado en las distintas instituciones educativas nacionales (públicas o privadas) y hasta el momento la inmigración y

la emigración es poca pero si se incluyó en el cálculo una proporción, en el cuadro 1 se incluyen la oferta de las profesiones o disciplinas de mas relevancia en el sector.

Cuadro 1. *Inventario de la oferta de profesionales, auxiliares y técnicos en salud en Colombia, 2000.*

<b>Recursos humanos</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Médicos	50.855	20.7
Odontólogos	30.396	12.4
Enfermeras	23.063	9.4
Nutricionistas	5.825	2.4
Bacteriólogas	17.608	7.2
Auxiliares de Enfermería	82.406	33.5
Promotor de salud	2351	1.0
Gerontólogas	1330	0.5
Técnico en Radiología	898	0.4
Terapia Física	7254	2.9
Terapia Ocupacional	4059	1.7
Terapia Respiratoria	3181	1.3
Optometría	2428	1.0
Fonoaudiología	6946	2.8
Técnica P Instrumentación Q	2411	1.0
Técnica Laboratorio Clínico	1032	0.4
Técnico mecánica dental	2426	1.0
Técnica P Auxiliares de Enfermería	1511	0.6
<b>TOTAL</b>	<b>245.980</b>	<b>100</b>

Fuente: Estudio de Oferta y Demanda de Recursos Humanos en Salud.

Para los próximos cinco años se dará un crecimiento de esta oferta la cual se presenta estimación en el cuadro 2.

En algunas profesiones se da una proporción importante de especialización lo que se pudo ver en los médicos en el cuadro 2. En el año 2000 en médicos el 42.4% se encontraban especializados, en odontólogos el 18.9%, en enfermeras profesionales 9.1%, en bacteriólogos 11.2%, y en nutricionistas el 12.9%. En las demás profesiones o disciplinas la proporción de especialización es muy pequeña.

Cuadro 2. Proyecciones oferta de profesionales, auxiliares, técnicos y otras disciplinas, Colombia 2001-2005.

Categorías	AÑOS				
	2001	2002	2003	2004	2005
Médicos generales	29460	30509	31547	32629	33682
Médicos especialistas	23267	24096	24916	25771	26601
Odontólogos	25069	26130	27203	28283	29373
Enfermeras	21515	22730	24037	25461	27034
Bacteriólogas	16202	16556	1694	17276	17643
Nutricionistas	5236	5311	5388	5464	5544
Auxiliar de Enfermería	86467	94587	101233	108429	116204
Promotor	2530	2796	3076	3373	3685
Gerontología	1456	1633	1818	2012	2215
Terapia Radiología	1109	1373	1371	1368	1366
Terapia Física	7763	8530	9337	10185	11072
Terapia Ocupacional	4207	4484	4768	5057	5352
Terapia Respiratoria	3528	4000	4503	5033	5025
Optometría	2507	2666	2829	2995	3166
Fonoaudiología	7263	7808	8369	8948	9544
Instrumentación Quirúrgica	2984	3703	4498	5366	6309
T Lab. clínico	1384	1828	-	-	-
Mecánica Dental	2777	3235	3728	4254	4816
TP Aux. de Enfermería	2118	2891	-	-	-

Fuente: Estudio de Oferta y Demanda de Recursos Humanos en Salud.

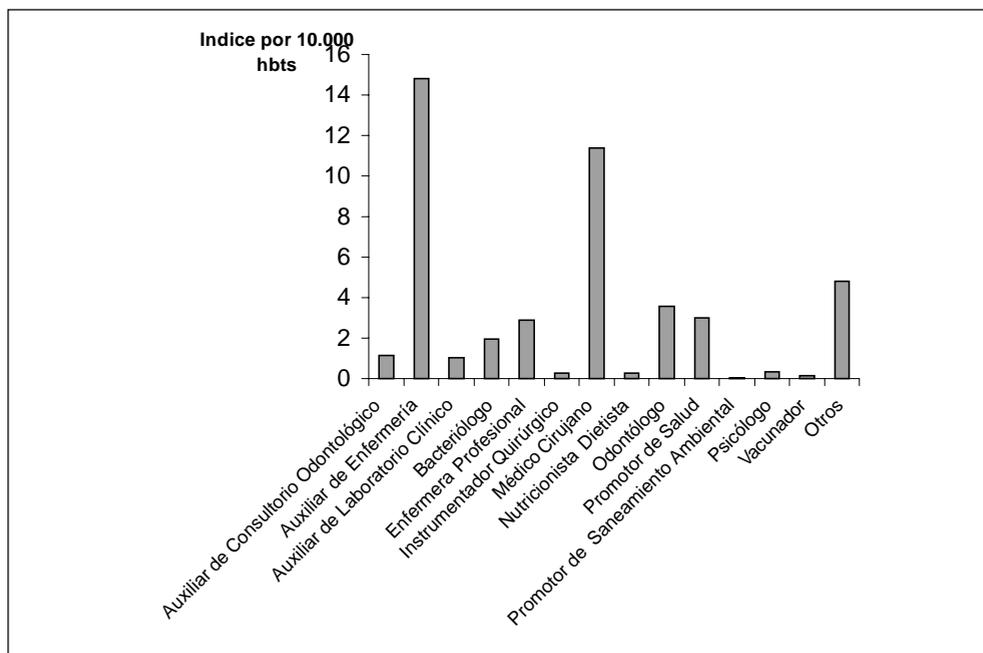
La oferta de formación de los recursos humanos no se encuentra homogéneamente distribuida, en el Distrito Capital, la Costa Atlántica, el Eje Cafetero y el Valle del Cauca y los Santanderes se encuentran más instituciones, pero con especialidad en las primeras dos. Este factor es importante porque el recurso humano en salud tiende a quedarse en el lugar donde se forma.

#### 1.4.2. DEMANDA DE RECURSO HUMANO EN SALUD

La demanda de recursos humanos está condicionada por el desarrollo del SGSSS y la cobertura de aseguramiento de la población, El SGSSS tiene vinculado el 92.3% de un total de 278.685 personas (Incluye los profesionales, técnicos y

auxiliares y aquellos que son personal sin formación específica para el sector) que laboran en el sector salud, lo anterior da un índice de 659.5 trabajadores directos por cada 100.000 habitantes. De total de trabajadores el 70.6% son mujeres y el 29.4% son hombres; la edad promedio de 39.3 (de 9.5) años, en las mujeres 38.6 (de 9.5) y en los hombres 40.9 (de 9.4). El personal auxiliar representa el 53.3%, el profesional 41.9%, y el técnico 4.8%.

Figura 3. Índice de demanda de recurso humano por 10.000 habitantes según profesión o disciplina.



En el cuadro 3 se encuentra la distribución de los trabajadores en función de la población y tipo de municipio según tamaño o capital. En la figura 3 y cuadro 3 se presentan los índices de las diferentes profesiones o disciplinas por 10.000 habitantes.

Cuadro 3. Número e índice por 10000 habitantes de la oferta de las principales disciplinas y profesiones asistenciales presentes en las instituciones del sector salud por categoría de municipio. Colombia, 2000. (Ajustada por multiempleo).

Profesión Disciplina	Capi- tales	Mayor de 100.000 habit.	de 50.000 a 99.999 habit.	de 20.000 a 49.999 habit.	Menores de 20.000 habit.	Total	IC - 95%	
							-	-
Auxiliar de Consultorio Odontológico	1,17	0,48	0,96	1,24	1,41	1,16	1,12	1,19
Auxiliar de Enfermería	13,25	7,18	16,14	20,54	15,92	14,81	14,69	14,92
Auxiliar de Laboratorio Clínico	1,28	0,51	1,14	1,21	0,61	1,05	1,02	1,08
Bacteriólogo	2,05	0,83	1,97	3,36	1,11	1,98	1,93	2,02
Enfermera Profesional	3,39	2,41	3,58	2,93	1,68	2,88	2,83	2,93
Instrumentador Quirúrgico	0,58	0,12	0,07	0,01	0,00	0,28	0,26	0,30
Médico	13,41	13,13	12,90	11,42	5,65	11,38	11,27	11,47
Nutricionista Dietista	0,44	0,07	0,10	0,21	0,03	0,26	0,24	0,27
Odontólogo	4,06	1,38	3,98	4,12	2,87	3,59	3,53	3,64
Promotor de Salud	1,38	0,51	2,20	5,74	5,40	2,99	2,94	3,04
Promotor de Saneamiento Ambiental	0,03	0,00	0,01	0,04	0,06	0,04	0,03	0,04
Psicólogo	0,51	0,41	0,27	0,13	0,07	0,33	0,30	0,34
Vacunador	0,09	0,16	0,83	0,03	0,09	0,14	0,12	0,15
Otros	6,32	5,85	3,93	4,03	2,06	4,81	4,74	4,87

Fuente: "Base de datos del proyecto Modelo de oferta y demanda de recursos humanos en salud en Colombia, Ministerio de Salud - Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. 2000.

Los auxiliares de enfermería y los médicos son el recurso más abundante en el sistema.

El costo empresarial en el año 2000 fecha de corte del estudio muestra cómo el sector público incurre en mayores gastos que el sector privado, en el cuadro 4 se presenta la información del costo empresarial por tipo de profesión o disciplina y tipo de institución.

En el sector las instituciones privadas (67.4%) son más abundantes que las públicas (32.6%) pero estas últimas emplean más recurso humano (59.8% del total empleado en el sector). En el cuadro 5 la forma como el recurso se encuentra vinculado a las instituciones, llamando la atención la alta proporción que se encuentra con una vinculación "flexible".

Cuadro 4. Promedio de costo empresarial para las principales disciplinas y profesiones asistenciales por naturaleza jurídica. Colombia, 2000.

Profesión Disciplina	NATURALEZA JURÍDICA							
	PRIVADO				PÚBLICA			
	Media	Error típico de la media	Mínimo	Máximo	Media	Error típico de la media	Mínimo	Máximo
Auxiliar de Consultorio Odontológico	599.722	177.357	397.451	1.175.869	1.242.581	270.400	600.398	2.162.754
Auxiliar de Enfermería	798.281	219.491	234510	3.045.504	1.382.652	253.955	235823,95	2.679.975
Auxiliar de imágenes Diagnósticas	706.622	299.315	406.484	1.347.431	1.132.543	258.723	807.118	1.775.637
Auxiliar de Laboratorio Clínico	542.197	207.542	261.968	1.250.720	1.196.626	214.229	234.781	2.294.146
Bacteriólogo	1.426.201	658.184	399.902	8.219.464	2.811.284	1.043.465	885.045	11.412.165
Enfermera Profesional	1.575.889	857.416	406640	7.620.999	2.656.303	798.444	362493,742	9.286.238
Médico	2.979.729	2.153.772	417.428	23.143.504	3.763.480	1.421.583	346250	22.635.941
Nutricionista Dietista	1.397.718	793.075	457558	4.765.569	2.288.777	867.573	713.921	7.652.125
Odontólogo	1.989.842	875.100	437.752	9.352.140	3.075.622	1.063.144	687010,783	9.067.041
Óptometra	1.608.461	702.205	657.136	4.360.200	2.082.025	1.265.725	346.250	5.163.742
Promotor de Salud	796.056	159.941	377.566	1.400.944	1.092.039	162.352	304.700	1.906.683
Promotor de Saneamiento Ambiental	636.304	0	636.304	636.304	1.686.119	380.794	240.067	2.096.121
Psicólogo	1.497.952	523.824	406.640	4.101.977	3.022.792	1.678.996	1.082.608	11.663.750
Vacunador	812.627	133.466	690.710	1.036.806	1.036.688	196.057	654.597	1.864.690

Fuente: “Base de datos del proyecto Modelo de oferta y demanda de recursos humanos en salud en Colombia, Ministerio de Salud - Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. 2000.

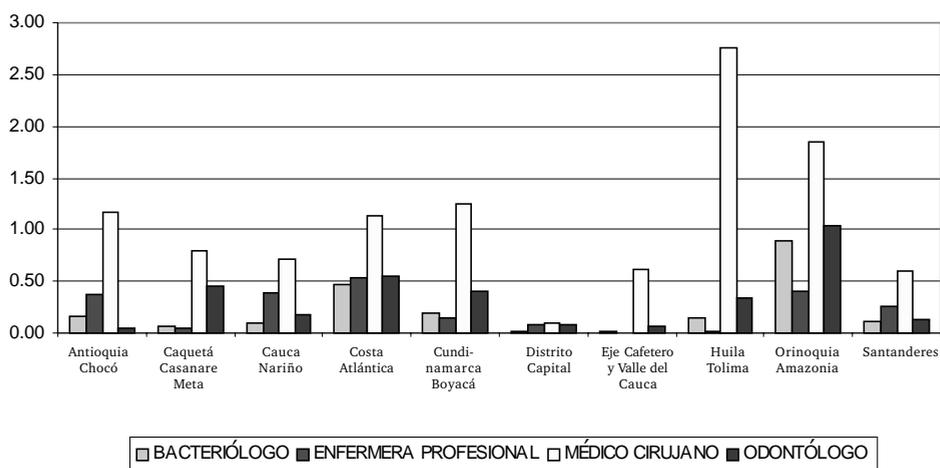
Cuadro 5. Número y proporción de los trabajadores directos del sector salud según categoría ocupacional, forma de vinculación, y categoría de municipio. Colombia, 2000.

Categoría Ocupacional	Tipo de vinculación con la empresa		Capitales	Mayor de 100.000 habitant.	De 50.000 a 99.999 habitant.	De 20.000 a 49.999 habitant.	Menores de 20.000 habitant.	Total	IC %	
									-	-
AUXILIAR	Trabajador oficial	Nº %	3262 10,28	967 34,91	600 8,99	2475 10,97	5281 32,92	12585 15,77	15,51	16,03
	Libre nombramiento	Nº %	1267 3,99	122 4,40	460 6,89	498 2,21	207 1,29	2554 3,20	3,08	3,32
	Carrera administrativa	Nº %	6798 21,42	526 18,99	3730 55,90	8304 36,80	7247 45,18	26605 33,34	32,96	33,72
	Nombramiento provisional	Nº %	2390 7,53	4 0,14	360 5,39	5662 25,09	1483 9,24	9899 12,41	12,17	12,64
	Contrato de trabajo privado	Nº %	16576 52,22	585 21,12	1371 20,55	4500 19,94	1279 7,97	24311 30,47	30,10	30,83
	Otro	Nº %	1450 4,57	566 20,43	152 2,28	1125 4,99	545 3,40	3838 4,81	4,67	4,95
	Total	Nº %	31743 100,00	2770 100,00	6673 100,00	22564 100,00	16042 100,00	79792 100,00	99,34	100,66
PROFESIONAL	Trabajador oficial	Nº %	1912 6,10	1920 33,34	635 10,90	1647 12,40	1491 22,92	7605 12,13	11,90	12,36
	Libre nombramiento	Nº %	1420 4,53	213 3,70	286 4,91	891 6,71	1447 22,25	4257 6,79	6,62	6,96
	Carrera administrativa	Nº %	5181 16,54	267 4,64	1273 21,85	1295 9,75	1367 21,02	9383 14,96	14,71	15,22
	Nombramiento provisional	Nº %	1549 4,94	21 0,36	69 1,18	3407 25,65	249 3,83	5295 8,44	8,25	8,6
	Contrato de trabajo privado	Nº %	16107 51,41	746 12,95	1234 21,18	2589 19,49	877 13,48	21553 34,37	33,98	34,76
	Otro	Nº %	5163 16,48	2592 45,01	2329 39,98	3456 26,01	1073 16,50	14613 23,30	22,99	23,62
	Total	Nº %	31332 100,00	5759 100,00	5826 100,00	13285 100,00	6504 100,00	62706 100,00	99,34	100,66
TÉCNICO PROFESIONAL	Trabajador oficial	Nº %	278 5,54	16 9,52	6 1,06	0,00	22 3,88	322 4,48	4,34	4,62
	Libre nombramiento	Nº %	154 3,07	9 5,36	4 0,70	100 11,44	0,00	267 3,71	3,58	3,84
	Carrera administrativa	Nº %	2144 42,73	54 32,14	454 79,93	637 72,88	429 75,66	3718 51,68	51,21	52,16
	Nombramiento provisional	Nº %	285 5,68	4 2,38	5 0,88	42 4,81	44 7,76	380 5,28	5,13	5,43
	Contrato de trabajo privado	Nº %	1980 39,47	19 11,31	80 14,08	92 10,53	17 3,00	2188 30,41	30,05	30,78
	Otro	Nº %	176 3,51	66 39,29	19 3,35	3 0,34	55 9,70	319 4,43	4,30	4,57
	Total	Nº %	5017 100,00	168 100,00	568 100,00	874 100,00	567 100,00	7194 100,00	99,34	100,66

Fuente: "Proyecto modelo de oferta y demanda de recurso humano en salud en Colombia", Ministerio de Salud-Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Al hacer el estudio de la distribución geográfica se encuentra que una alta proporción de los municipios, aquellos que son menores de 50.000 habitantes tienen índices de recurso humano por debajo de los de 100.000 habitantes o capitales de departamento. A lo anterior se debe incluir la necesidad de fortalecer las redes de servicio para no urgencia y urgencias y los modelos de atención acordes con la situación de morbi-mortalidad y de desarrollo de las regiones. En el cuadro 3 se presentó esta distribución. En Colombia sólo algunas profesiones están obligadas a prestar el servicio social obligatorio (SSO) las cuales se presentan en la figura 4.

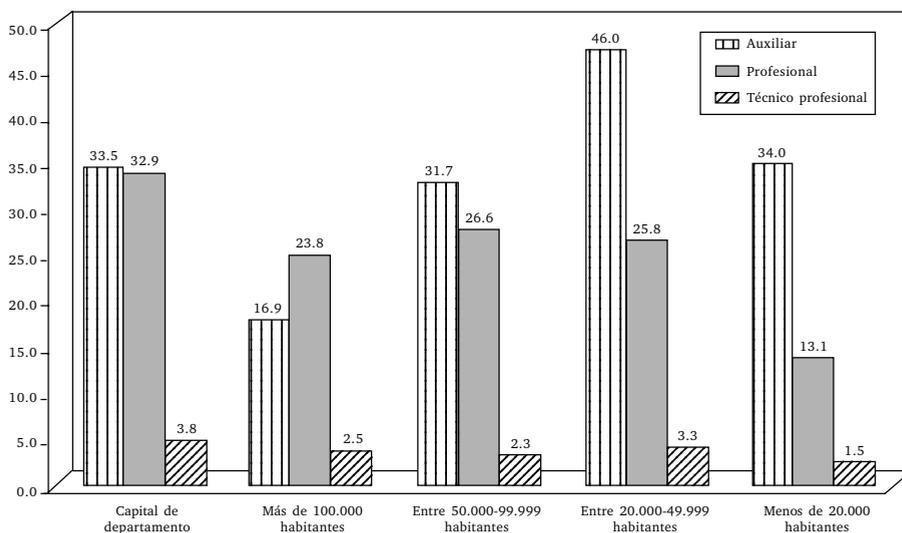
Figura 4. Índice de año social obligatorio por 10.000 habitantes por profesión en Colombia. 2000.



Cuando se estudió los incentivos, según los empleadores para que el recurso humano decida ir a las zonas de trabajo donde no hay una adecuada oferta se le debe ofrecer estabilidad laboral, incremento de salario, educación a los hijos, prestaciones sociales especiales y educación continua; los empleados piensan que se debe dar estabilidad laboral, incremento de salario, estabilidad en el orden público, transporte periódico al lugar de trabajo, vivienda.

Colombia tiene un modelo de prestación de servicios de salud fundamentado en profesionales y personal auxiliar, los técnicos no son muy abundantes. El personal auxiliar se encuentra en balance en las capitales pero en la medida que el municipio es más pequeño el índice de personal auxiliar es más abundante, esta información se presenta en la figura 5.

Figura 5. Distribución del recurso humano según característica o tamaño del municipio.



## 1.5. LA PLANEACIÓN DE RECURSO HUMANO EN SALUD EN COLOMBIA

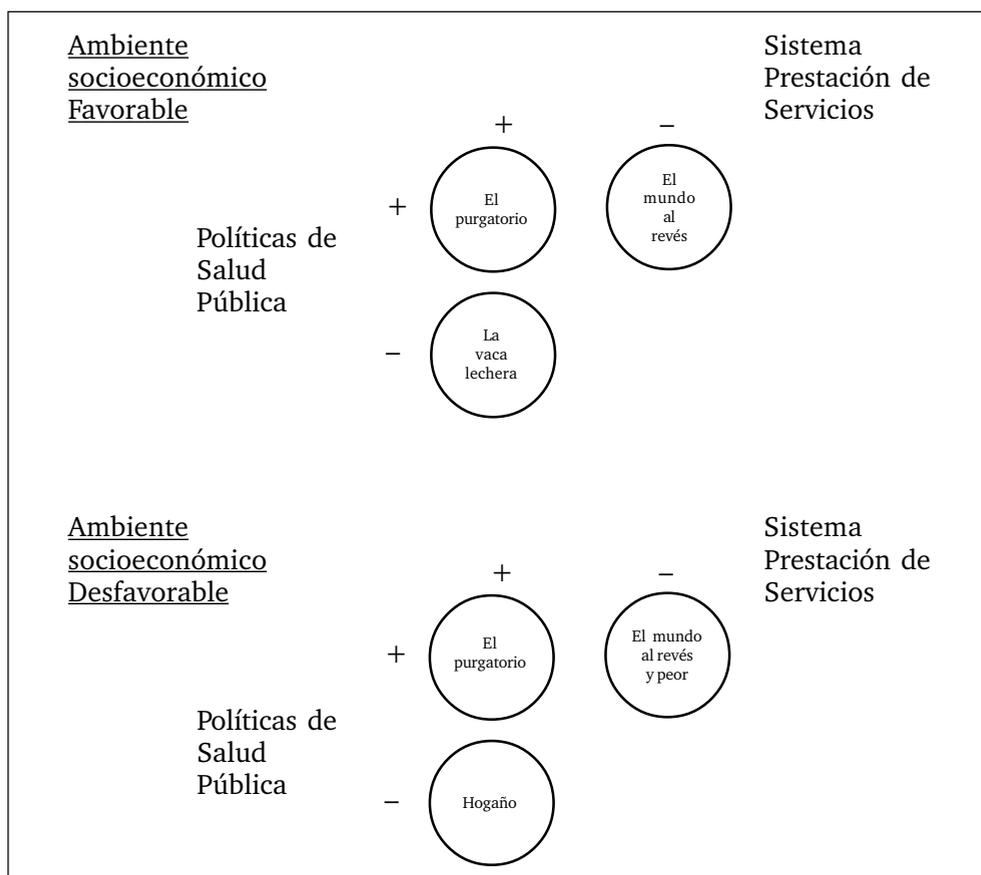
No existe en Colombia una estructura administrativa que se encargue de la planeación del recurso humano en salud. El SGSSS no tuvo en un principio una preocupación suficiente por el tema hasta que el Programa de Apoyo a la Reforma modificó éste con la promoción y financiación de los cuatro proyectos encaminados a conocer la oferta y demanda de recurso humano en salud, su planeación a corto (2 años), mediano (5 años) y largo plazo (20 años), la acreditación de las instituciones formadoras y de la modernización de la educación. Siendo pues importante como etapa siguiente el uso de la información.

Para la planeación se utilizaron diferentes metodologías con el enfoque de prospectiva y participación de muchos expertos nacionales e internacionales, con los cuales se elaboraron cuatro escenarios los cuales se caracterizaron con la

información que se presenta en el cuadro 6; los expertos identificaron como problemas 1) La ausencia de Políticas claras en salud pública y en promoción y prevención y/o falta de continuidad en ellas, 2) Problemas de salud se potencializan por pobreza, desempleo, disminución calidad de vida, 3) Carencia de un Modelo de Planificación y Desarrollo Estratégico del Sector, 4) Carencias de Financiamiento del Sistema, 5) Altísimos costos en el Proceso de Intermediación.

En la figura 6 se elaboraron los seis escenarios y algunas variables que los caracterizan se incluyen en el cuadro , se construyeron tres bajo la premisa de un buen comportamiento económico del país, y otros en un comportamiento inadecuado; en cada grupo teniendo en cuenta si se daba o no un enfoque curativo (sistema de prestación de servicios) y si se daba o no un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (políticas de salud pública):

Figura 6. Escenarios previstos para la planeación del recurso humano en salud.



Cuadro 6. Variables que caracterizan los diferentes escenarios.

<b>Variables</b>	<b>El purgatorio</b>	<b>La vaca lechera</b>	<b>Hogaño</b>	<b>Cielo</b>	<b>El mundo al revés</b>	<b>El mundo al revés y peor</b>
PIB	2 ó 3	6 ó 7	2 ó 3	6 ó 7	6 ó 7	2 ó 3
Índice Gini (%)	52	38	50 - 55	38	38	50 - 55
Población por debajo de la línea de pobreza	35	15	30 - 35	12	15	35
Tasa de desempleo	12 - 15	8	15	8	8	12 - 15
Tasa de analfabetismo	10	5	10	5	5	10
Inflación	10	5	8	5	7	12
Cobertura real de salud	55	75	55	80	75	55

Para los diferentes escenarios se estimaron las necesidades de recurso humano en salud para proporcionar los diferentes planes de beneficio, para esto se elaboró un instrumento en Excel donde se pueden variar los parámetros, estos últimos tomados de otras experiencias nacionales, de opinión de expertos, de información del SGSSS. Con la información que se obtuvo mediante la aplicación del POS/PAB el cual se presenta en la figura 7 este tiene en cuenta, si la población es urbana o rural, el grupo de edad, el tamaño de la población, si es para aseguramiento, inspección vigilancia o control o prestación de servicios y tipo de beneficio (POS contributivo, POS subsidiado, POS de regímenes especial, POS vinculado, PAB). Luego se procedió a realizar un contraste entre oferta y demanda según proyecciones a corto y mediano plazo resultados que se presentan en los cuadros 7, 8 y 9.

Figura 7. El instrumento POS/PAB para estimar la demanda ideal de recurso humano en salud según los diferentes planes de beneficio y necesidades de la población para ser atendidas por el SGSSS de Colombia.

 <div style="text-align: center;"> <b>PLANTILLAS PARA EL CÁLCULO DE MÉDICOS SEGÚN LOS PLANES DE BENEFICIO QUE ACTUALMENTE SE DAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b> </div> 				
FILTROS PARA REALIZAR LOS CÁLCULOS	Procedencia	Grupo de edad	Población	Área de desempeño
		Urbano ▼	De 15 a 44 años hombres ▼	5.157.952
<b>Cuadro 1. Plantilla para el cálculo del recurso humano en salud según actividades del plan obligatorio de salud (POS)</b>				
Actividades del POS	Duración de la actividad (Min.)	Actividades programas por persona al año	Total horas/activ. por personal al año	Total horas/Recurso Humano requeridas al año
Promoción y prevención				
Extrainstitucional o comunitario				
Educación en salud grupal (Grupos > 25 sujetos):	75	12,894,8	16.118,50	5.488
Valoración diagnóstica y recomendaciones	22,5	1	0,38	98.791
Ambulatorio				
Baja complejidad				

La planeación del recurso humano es pues un problema complejo y sus resultados servirán en la medida que las variables mantengan su tendencia, algo poco probable, lo cual hizo que se aplicara la metodología de dinámica de sistemas y se elaboró un modelo para simular la situación de tal forma que se puedan cambiar las variables acorde con la política que se quiere promover y probar los resultados antes de su implantación. El modelo que se presenta incluye la ampliación de cobertura del SGSSS en los próximos cuatro años a 15 millones de población cubierta con el régimen contributivo y 25 millones de subsidiados. Cuadro 7. Escenarios de oferta y demanda de Profesionales y auxiliares en salud para Colombia, 2000/2005.

Cuadro 7. Escenarios de oferta y demanda de profesionales y auxiliares en salud para Colombia, 2000/2005.

Año 1	Población 2	Cobertura 3	Médicos generales 4		Odontólogos 5		Enfermeras 6		Bacteriólogos 7		Nutricionistas 8		Aux. Enfermería 9	
			O	D	O	D	O	D	O	D	O	D	O	D
2000	42,299,301	100%		48,992		30,620		33,245		15,747		27,995		99,734
	33,839,441	80%		39,194		24,496		26,596		12,598		22,396		79,787
	31,724,476	75%	28,419	36,744	23,912	22,965	20,306	24,933	15,147	11,811	4,921	20,997	79,934	74,800
2001	23,264,616	55%		26,946		16,841		18,284		8,661		15,397		54,853
	12,689,790	30%		14,698		9,186		9,973		4,724		8,399		29,920
	43,035,394	100%		49,845		31,153		33,823		16,021		28,483		101,469
2002	34,428,315	80%		39,876		24,922		27,058		12,817		22,786		81,175
	32,276,546	75%	29,460	37,383	25,069	23,365	21,515	25,367	16,202	12,016	5,236	21,362	86,467	76,102
	23,669,467	55%		27,414		17,134		18,603		8,812		15,665		55,808
2003	12,910,618	30%		14,953		9,346		10,147		4,806		8,545		30,441
	43,775,839	100%		50,702		31,689		34,405		16,297		28,973		103,215
	35,020,671	80%		40,562		25,351		27,524		13,038		23,178		82,572
2004	32,831,879	75%	30,509	38,027	26,130	23,767	22,730	25,804	16,556	12,223	5,311	21,729	94,587	77,411
	24,076,711	55%		27,886		17,429		18,923		8,963		15,935		56,768
	13,132,752	30%		15,211		9,507		10,322		4,889		8,692		30,965
2005	44,531,434	100%		51,577		32,236		34,999		16,578		29,473		104,997
	35,625,147	80%		41,262		25,789		27,999		13,263		23,578		83,997
	33,398,576	75%	31,547	38,683	27,203	24,177	24,037	26,249	16,914	12,434	5,388	22,105	101,233	78,747
2006	24,492,289	55%		28,367		17,730		19,249		9,118		16,210		57,748
	13,359,430	30%		15,473		9,671		10,500		4,974		8,842		31,499
	45,294,953	100%		52,462		32,788		35,599		16,863		29,978		106,797
2007	36,235,962	80%		41,969		26,231		28,479		13,490		23,982		85,437
	33,971,215	75%	32,629	39,346	28,283	24,591	25,461	26,699	17,276	12,647	5,465	22,484	108,429	80,098
	24,912,224	55%		28,854		18,034		19,579		9,274		16,488		58,738
2008	13,588,486	30%		15,738		9,837		10,680		5,059		8,993		32,039
	46,045,109	100%		53,330		33,332		36,189		17,142		30,475		108,566
	36,836,087	80%		42,664		26,665		28,951		13,714		24,380		86,852
2009	34,533,832	75%	33,682	39,998	29,373	24,999	27,034	27,141	17,643	12,856	5,544	22,856	116,204	81,424
	25,324,810	55%		29,332		18,332		19,904		9,428		16,761		59,711
	13,813,533	30%		15,999		9,999		10,857		5,143		9,142		32,570

O = Oferta D = Demanda

Cuadro 8. Escenarios de oferta y demanda de promotores de salud y técnicos en salud para Colombia, 2000/2005.

Año 1	Población 2	Cobertura 3	Promotor de salud 4		Gerontólogos 5		Radiólogo 6		Terapia Física 7		Terapia Ocupacional 8		Terapia Respiratoria 9	
			O	D	O	D	O	D	O	D	O	D	O	D
2000	42,299,301	100%		11,844		2,538		3,384		10,152		9,729		9,390
	33,839,441	80%		9,475		2,030		2,707		8,121		7,783		7,512
	31,724,476	75%	2,280	8,883	1,290	1,903	871	2,538	7,037	7,614	3,937	7,297	3,086	7,043
2001	23,264,616	55%		6,514		1,396		1,861		5,584		5,351		5,165
	12,689,790	30%		3,553		761		1,015		3,046		2,919		2,817
	43,035,394	100%		12,050		2,582		3,443		10,328		9,898		9,554
2002	34,428,315	80%		9,640		2,066		2,754		8,263		7,919		7,643
	32,276,546	75%	2,530	9,037	1,456	1,937	1,109	2,582	7,763	7,746	4,207	7,424	3,528	7,165
	23,669,467	55%		6,627		1,420		1,894		5,681		5,444		5,255
2003	12,910,618	30%		3,615		775		1,033		3,099		2,969		2,866
	43,775,839	100%		12,257		2,627		3,502		10,506		10,068		9,718
	35,020,671	80%		9,806		2,101		2,802		8,405		8,055		7,775
2004	32,831,879	75%	2,796	9,193	1,633	1,970	1,373	2,627	9,337	7,880	4,484	7,551	4,000	7,289
	24,076,711	55%		6,741		1,445		1,926		5,778		5,538		5,345
	13,132,752	30%		3,677		788		1,051		3,152		3,021		2,915
2005	44,531,434	100%		12,469		2,672		3,563		10,688		10,242		9,886
	35,625,147	80%		9,975		2,138		2,850		8,550		8,194		7,909
	33,398,576	75%	3,076	9,352	1,818	2,004	1,371	2,672	10,185	8,016	4,768	7,682	4,503	7,414
2006	24,492,289	55%		6,858		1,470		1,959		5,878		5,633		5,437
	13,359,430	30%		3,741		802		1,069		3,206		3,073		2,966
	45,294,953	100%		12,683		2,718		3,624		10,871		10,418		10,055
2007	36,235,962	80%		10,146		2,174		2,899		8,697		8,334		8,044
	33,971,215	75%	3,373	9,512	2,012	2,038	1,368	2,718	11,072	8,153	5,057	7,813	5,033	7,542
	24,912,224	55%		6,975		1,495		1,993		5,979		5,730		5,531
2008	13,588,486	30%		3,805		815		1,087		3,261		3,125		3,017
	46,045,109	100%		12,893		2,763		3,684		11,051		10,590		10,222
	36,836,087	80%		10,314		2,210		2,947		8,841		8,472		8,178
2009	34,533,832	75%	3,685	9,669	2,215	2,072	1,366	2,763	17,643	8,288	5,352	7,943	5,025	7,667
	25,324,810	55%		7,091		1,519		2,026		6,078		5,825		5,622
	13,813,533	30%		3,868		829		1,105		3,315		3,177		3,067

O = Oferta D = Demanda

Cuadro 9. Escenarios de oferta y demanda de técnicos en salud para Colombia, 2000/2005.

Año 1	Población 2	Cobertura 3	Optometría 4		Fonoaudióloga 5		Instrumentación Quirúrgica 6		TP Laboratorio Clínico 7		Mecánica Dental 8		TP Aux. enfermería 9	
			O	D	O	D	O	D	O	D	O	D	O	D
2000	42,299,301	100%	7,614	9,644	9,644	16,920	3,384	3,384	0	0	0	2,538	2,538	2,538
	33,839,441	80%	6,091	7,715	7,715	13,536	2,707	2,707	0	0	0	2,030	2,030	2,030
	31,724,476	75%	2,355	6,738	7,233	2,339	1,001	2,538	2,354	0	0	1,466	1,903	1,903
2001	23,264,616	55%	4,188	5,304	5,304	9,306	1,861	1,861	0	0	0	1,396	1,396	1,396
	12,689,790	30%	2,284	2,893	2,893	5,076	1,015	1,015	0	0	0	761	761	761
	43,035,394	100%	7,746	8,812	8,812	17,214	3,443	3,443	0	0	0	2,582	2,582	2,582
2002	34,428,315	80%	6,197	7,850	7,850	13,771	2,754	2,754	0	0	0	2,066	2,066	2,066
	32,276,546	75%	2,507	7,263	7,359	2,984	1,384	2,582	2,777	0	0	1,937	1,937	1,937
	23,669,467	55%	4,261	5,397	5,397	9,468	1,894	1,894	0	0	0	1,420	1,420	1,420
2003	12,910,618	30%	2,324	2,944	2,944	5,164	1,033	1,033	0	0	0	775	775	775
	43,775,839	100%	7,880	9,981	9,981	17,510	3,502	3,502	0	0	0	2,627	2,627	2,627
	35,020,671	80%	6,304	7,985	7,985	14,008	2,802	2,802	0	0	0	2,101	2,101	2,101
2004	32,831,879	75%	2,666	7,808	7,486	3,703	1,828	2,627	3,235	0	0	2,891	1,970	1,970
	24,076,711	55%	4,334	5,489	5,489	9,631	1,926	1,926	0	0	0	1,445	1,445	1,445
	13,132,752	30%	2,364	2,994	2,994	5,253	1,051	1,051	0	0	0	788	788	788
2005	44,531,434	100%	8,016	10,153	10,153	17,813	3,563	3,563	0	0	0	2,672	2,672	2,672
	35,625,147	80%	6,413	8,123	8,123	14,250	2,850	2,850	0	0	0	2,138	2,138	2,138
	33,398,576	75%	2,829	8,369	7,615	4,498	1,672	2,672	3,728	0	0	2,004	2,004	2,004
2006	24,492,289	55%	2,405	3,046	3,046	5,344	1,069	1,069	0	0	0	802	802	802
	13,359,430	30%	2,405	3,046	3,046	5,344	1,069	1,069	0	0	0	802	802	802
	45,294,953	100%	8,153	10,327	10,327	18,118	3,624	3,624	0	0	0	2,718	2,718	2,718
2007	36,235,962	80%	6,522	8,262	8,262	14,494	2,899	2,899	0	0	0	2,174	2,174	2,174
	33,971,215	75%	2,995	8,948	7,745	5,366	2,718	2,718	4,254	0	0	2,038	2,038	2,038
	24,912,224	55%	4,484	5,680	5,680	9,965	1,993	1,993	0	0	0	1,49	1,49	1,49
2008	13,588,486	30%	2,446	3,098	3,098	5,435	1,087	1,087	0	0	0	815	815	815
	46,045,109	100%	8,288	10,498	10,498	18,418	3,684	3,684	0	0	0	2,763	2,763	2,763
	36,836,087	80%	6,630	8,399	8,399	14,734	2,947	2,947	0	0	0	2,210	2,210	2,210
2009	34,533,832	75%	3,166	9,544	7,874	6,309	2,763	2,763	4,854	0	0	2,072	2,072	2,072
	25,324,810	55%	4,558	5,774	5,774	10,130	2,026	2,026	0	0	0	1,519	1,519	1,519
	13,813,533	30%	2,486	3,149	3,149	5,525	1,105	1,105	0	0	0	829	829	829

O = Oferta D = Demanda

## 1.6. BALANCE ENTRE OFERTA Y DEMANDA Y DISEÑO DE POLÍTICAS

Con la información hasta ahora recolectada es factible hacer para cada profesión el contraste entre la oferta y la demanda en los diferentes escenarios para cada profesión en diferentes años, como ejemplo se incluye en la figura 8 y 9 el caso de los médicos. En este se aprecia como el SGSSS en el 2000 tiene menos médicos contratados que los que necesita para aseguramiento del 55% y por supuesto para el 75, 80, y 100%. El comportamiento del año 2000 y el estimado para el 2005 hace que de darse una ampliación del aseguramiento no habrán médicos suficientes. Con las tablas anteriores se puede hacer el análisis para las otras profesiones.

Figura 8. *Contraste de la oferta y la demanda de los médicos generales en los diferentes escenarios en Colombia. 2000.*

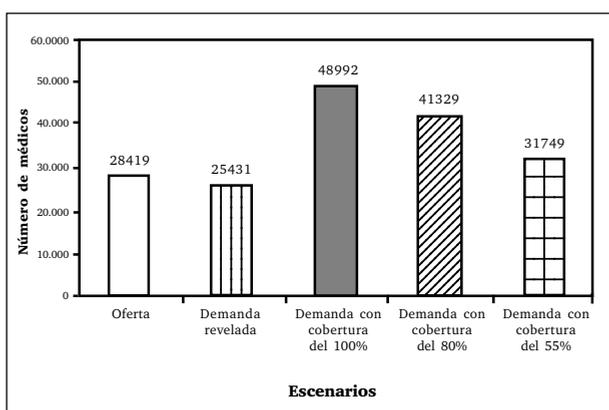
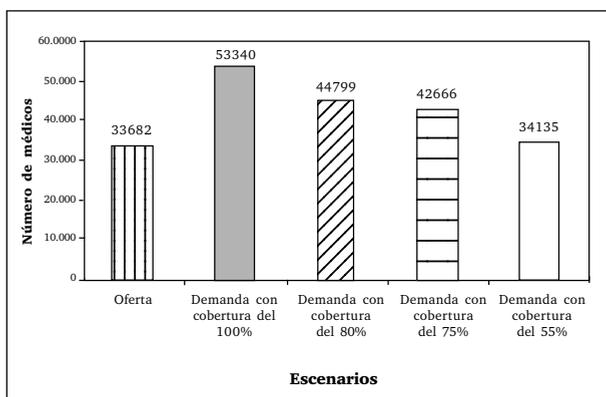
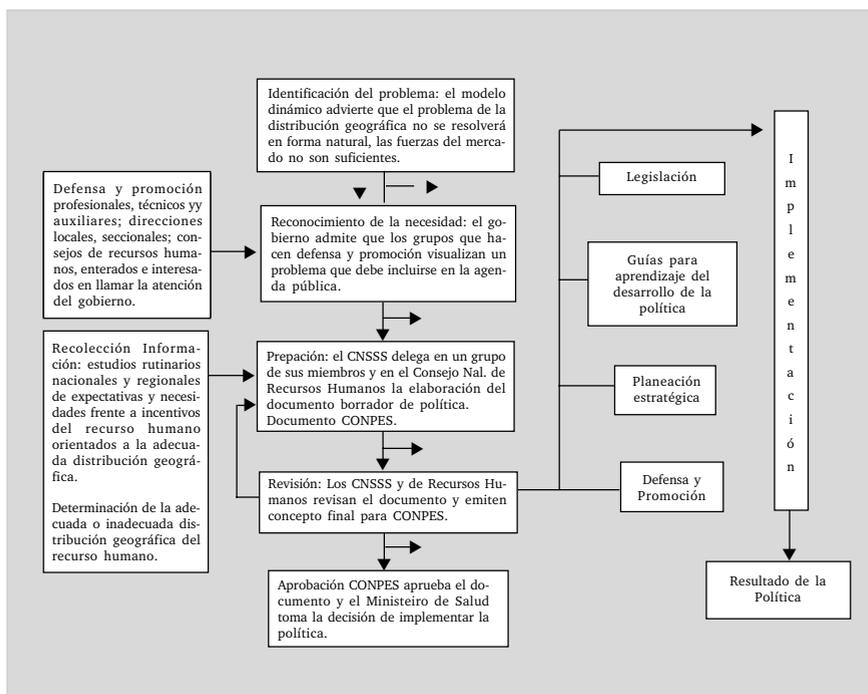


Figura 9. *Contraste de la oferta y la demanda de los médicos generales en los diferentes escenarios en Colombia. 2005.*



Para buscar un adecuado balance es necesario que el estado promueva una política pública que incluya todos los grupos involucrados (Formadores, empleadores, agencias del estado de planeación y trabajo). Para el diseño e implantación de políticas se sugiere el modelo a partir del enfoque de Stover y Johnston (7,8) el cual se presenta en la figura 10.

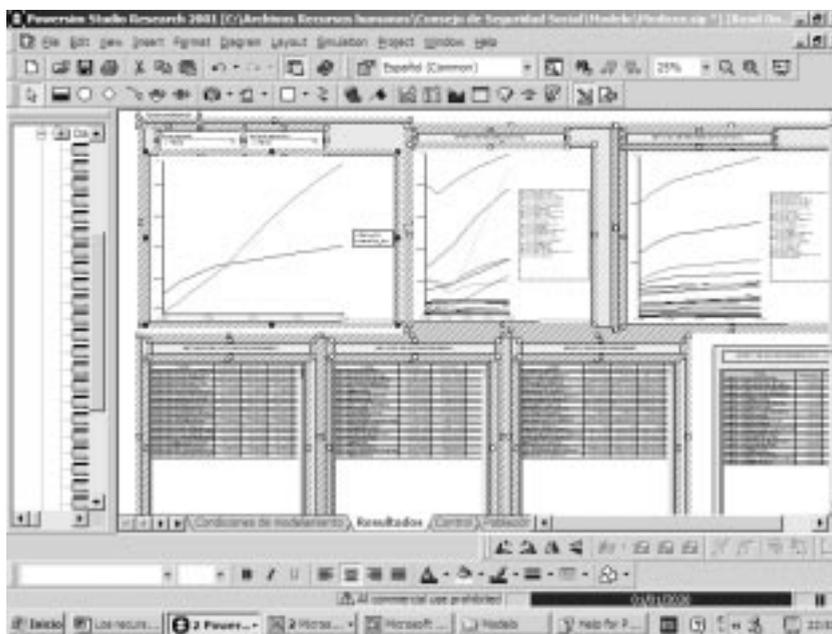
Figura 10. Modelo de Stover and Johnston para promover de desarrollo de políticas públicas.



El modelo dinámico permite estudiar los efectos de esas políticas antes de ser implantadas, este incluye información del tamaño de la población por edad sexo y distribución urbana o rural, la esperanza de vida, las tasa de fecundidad y de migración, esperanza de vida, tasa de natalidad, tasa de migración, tasa de fecundidad, proporción de población urbana, población asegurada en los diferentes planes, el PIB nacional y el gasto cada año en salud, la UPC, proporción de empleo formal, población en los diferentes regímenes y distribución por edad y sexo, índice de demanda de recurso humano por profesión y tipo de institución, porcentaje de desempleo, estudiantes por profesión, oferta de cada profesión o disciplina, duración de la carrera, tasa de especialización, tasa de jubilación o retiro, cupos reales y esperados por año en el futuro, cupos en las instituciones formadoras. El modelo se construyó en la aplicación de computo Powersim Studio

2001 y se presenta a continuación antes de hacer las consideraciones finales. En la figura 11 se aprecia en el caso de los médicos como en el año 2007 con la información del escenario 15 y 25 habrá un exceso de oferta en relación con la demanda, en la figura del centro se muestra la oferta de las diferentes profesiones o disciplinas, en el de la derecha la demanda, y en las tablas inferiores los datos de cada uno de ellos año por año. Esta figura se incluye como ejemplo de cómo funciona el modelo dinámico.

Figura 11. La simulación de PowerSim para las diferentes profesiones en el escenario de 15 millones de personas en el régimen contributivo y 25 en el subsidiado.



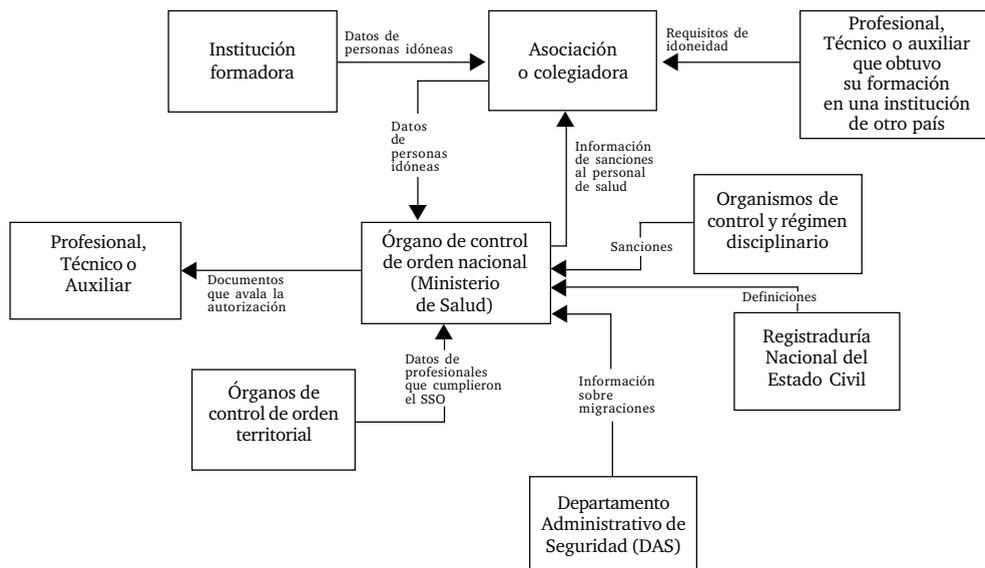
Esta aplicación permite modelar las políticas que se quieren promover para lo cual se tiene en cuenta el comportamiento de múltiples variables en los diferentes escenarios, dándose así un mejor entendimiento de los cambios y la forma en que se deben realizar.

## 1.7. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS

Para poder alimentar el anterior modelo en forma continua y poder diseñar y seguir las políticas sin tener que repetir estos estudios se requiere un sistema de

información, se incluye la propuesta fundamentada en las instituciones formadoras, véase figura 12.

Figura 12. Sistema de información fundamentado en las instituciones formadoras.



Con una información que se recolecte en forma oportuna y rutinaria se podrá estimular un observatorio de recursos humanos donde participen instituciones privadas y públicas, formadoras, de aseguramiento, de inspección de vigilancia y control, prestadoras de servicios de salud. Con una información transparente se podrá estimular un adecuado balance entre la oferta y la demanda de recursos humanos en salud.

Este observatorio tendría como objetivo general el “desarrollar una red cooperativa de información en recursos humanos de salud en Colombia que permita la formulación de políticas que lleven a una adecuada planeación y gestión del recurso humano en salud”.

## 1.8. CONCLUSIONES

En la mayoría de las profesiones y disciplinas del sector salud se evidencia desempleo, entre ellas las de los Odontólogos, los Bacteriólogos, las Auxiliares de enfermería, las Nutricionistas, los Gerontólogos, los Terapistas Físicos, los Tera-

pistas Ocupacionales, los Terapistas Respiratorios, los Optómetras, los Fonoaudiólogos, los Instrumentadores Quirúrgicos, los Técnicos Profesionales en Laboratorio Clínico y los Médicos; esta situación no se resolverá en los próximos cinco años.

Siguiendo las normas para cubrir con el POS y el PAB de la población asegurada, existen diferencias entre la demanda estimada y la demanda revelada de Recurso Humano, lo que puede estar sugiriendo que en Colombia se están prestando menos servicios de los necesarios. Se debe resaltar que existe una asociación muy importante entre el aseguramiento del SGSSS, la demanda de servicios de salud y la de recursos humanos.

En Colombia existe un predominio de personal auxiliar y profesional, siendo muy baja la proporción de técnicos, con una alta especialización del personal médico. La estructura de la oferta muestra un predominio de personal de sexo femenino, con énfasis en profesiones que tienen relación con enfermería, bacteriología y nutrición.

Se manifiesta inequidad en la distribución geográfica del recurso humano, expresada en baja disponibilidad de oferta y por ende de la demanda del Recurso Humano en los municipios pequeños, todo lo cual se asocia a inexistencia, insuficiencia o inadecuación de planes y programas de incentivos dirigidos a que las personas contribuyan con sus decisiones a mejorar la distribución geográfica del recurso humano allí en donde es escaso e insuficiente. De otro lado, los problemas de orden público se constituyen en factores que no estimulan la permanencia del personal de salud.

En el país el número de instituciones públicas es menor en comparación con las privadas, pero las primeras tienden a ser más grandes y a tener contratado más recurso humano, llamando la atención la importante demanda de recursos en entidades aseguradoras y la menor demanda, en comparación con épocas anteriores, en instituciones de vigilancia y control. En general las horas contratadas por disciplina o profesión se acercan a tiempos completos, y en algunas profesiones como el caso de los médicos, se evidencia pluriempleo. Hay indicios de disminución de los salarios en las principales disciplinas y profesiones (si se compara con los resultados del estudio de Dinámica Salarial); es también evidente el posicionamiento de los procesos de flexibilización laboral en algunas profesiones. La proporción de Recurso Humano que labora en la actualidad por fuera o sin relación con el SGSSS es baja.

No existe una buena articulación entre empleadores y formadores de recurso humano en salud, y las instituciones del estado encargadas de regular para resolver los problemas anteriores, no han tenido la información ni la capacidad para desarrollar políticas públicas de recurso humano en salud, todo lo cual puede ser atribuido a sistemas de información que no han funcionado adecuadamente, así

como a no disponer de métodos, técnicas y herramientas suficientes para una adecuada planeación del recurso humano en salud.

Para realizar una planeación adecuada del recurso humano, que asegure recursos necesarios para prestar los servicios de salud requeridos por la comunidad, se necesita que el SGSSS diseñe y desarrolle modelos de atención que, en concordancia con las necesidades regionales y locales, y en el marco de organizaciones estructuradas en redes de y para los servicios, contribuyan a intervenir la desarticulación existente en el SGSSS. Conviene destacar que en la demanda de recurso humano en salud, se continúa privilegiando la atención de la enfermedad y desatendiendo tanto la prevención de la enfermedad como la promoción y el fomento de la salud.

## 1.9. PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

- Fomentar, y garantizar **el aseguramiento universal** en el país, para que la totalidad de la población colombiana tenga acceso a servicios de salud dignos y decentes.
- Desarrollar e incentivar **modelos de prestación de servicios** que privilegien la organización en redes.
- Desarrollar los **Sistemas de Información de Oferta y Demanda de Recursos Humanos en Salud**, de acuerdo con la propuesta desarrollada por el Proyecto y en consonancia con el estado actual del Sistema Integral de Información en Salud.
- Es prioritaria la creación del **Registro Público de Recursos Humanos**, organizando la dispersa regulación sobre registro e inscripción; de su administración debe encargarse el Ministerio de Salud. El Registro permitirá captar información relacionada con la idoneidad y la autorización para ejercer la profesión en salud en Colombia, además de caracterizar el inventario activo de recursos humanos, tomando en cuenta información sobre migraciones y defunciones. Su ámbito de aplicación corresponde a las profesiones del sector salud para las cuales es obligatorio el registro.
- Estimular **la cooperación inteligente entre sectores**, de tal manera que sea posible realizar la planeación de recurso humano en salud, fortaleciendo el Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud.
- Es prioritaria la conformación de una **Unidad de Planeación de Recursos Humanos**, adscrita al Ministerio de Salud y con la capacidad para

brindar información suficiente para el diseño y la formulación de políticas públicas dirigidas al desarrollo del talento humano.

- Generar procesos de diseño e implementación de **Políticas Públicas de Recursos Humanos en Salud** con participación de todos los sectores, instituciones y gremios que están involucrados en la búsqueda del equilibrio razonable entre la oferta y la demanda de recursos humanos para responder adecuadamente a las necesidades de la población. Es prioritaria la preparación de un **Documento Conpes** que, admitiendo los análisis de los Proyectos de Recursos Humanos auspiciados por el Ministerio de Salud, de cuerpo a una **Política Pública para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Colombia**.
- Desarrollar **adecuadas formas de regulación**, que protejan y privilegien el ejercicio decente y digno de las profesiones y disciplinas, en el marco de culturas empresariales vigorosas y dinámicas.
- Impulsar la consolidación de metodologías que permitan identificar integralmente la adecuación e inadecuación de la distribución geográfica del recurso humano en salud, recomendando superar los criterios reduccionistas utilizados hasta ahora, en los que sólo se relaciona el número de profesionales por habitante; conviene desarrollar actividades pedagógicas con administraciones municipales y direcciones territoriales y locales de salud, para compartir las ventajas e identificar las desventajas de la **Metodología para Identificar la Inadecuada Distribución Geográfica** recomendada por este Proyecto. Promover políticas de estímulos e incentivos al recurso humano, con criterio de solidaridad y organización en red, que contribuyan a intervenir los problemas de inequidad en la distribución geográfica. Se propone, con fundamento en la información disponible y la revisión de varias experiencias internacionales, la creación de un **Sistema de Incentivos para la Adecuada Distribución Geográfica del Recurso Humano en Salud para Colombia**, directamente relacionado con el Sistema Nacional de Innovación, que privilegie el desarrollo de Convenios Interregionales e Interinstitucionales de Transferencia de Habilidades.
- Identificar en el **Servicio Social Obligatorio o Voluntario Multiprofesional**, una oportunidad de los sectores educativo y sanitario para estrechar sus lazos y contribuir a la equidad en la distribución geográfica del recurso humano en salud allí en donde las necesidades de la población lo demandan en cantidad y calidad suficientes. Es prioritaria la revisión y adecuación de la Ley 50 de 1981, de tal manera que el Servicio Social se ajuste a los requerimientos actuales del SGSSS.

- Estimular el uso intensivo, extensivo y analítico de las siguientes herramientas para la planificación del Recurso Humano en Salud, instrumentos desarrollados por este Proyecto para facilitar la planeación y la toma de decisiones:
  - “**Metodología de Cálculo de Recurso Humano en Salud según Necesidades de la Población**” (POS/PAB).
  - “**Modelación de Dinámica de Sistemas para la Oferta y la Demanda de Recursos Humanos en Salud**”.
- Fomentar el uso intensivo y extensivo de las herramientas de la **Planeación Prospectiva**, de tal manera que las decisiones sobre recursos humanos se fundamenten también en la construcción de escenarios futuros de salud; se recomienda hacer uso de los **Escenarios Futuros de Salud y Recursos Humanos** que este Proyecto construyó para Colombia en un horizonte hasta el año 2.012. En éstos se caracterizaron las variables problemáticas y los factores de éxito, en las dimensiones del entorno socioeconómico enmarcado en las características de fortaleza o debilidad del sistema de prestación de servicios y las políticas acertadas de salud pública para el mediano plazo en el país.
- La caracterización de cada escenario contempla una propuesta de cobertura de aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, si se cumplen las condiciones macroeconómicas y las de desarrollo del sistema de prestación de servicios y las políticas de salud pública.
- Fomentar y desarrollar la estrategia **Observatorio de Recursos Humanos en Salud de Colombia**, propuesta entre agencias que contaría con la asistencia técnica de organismos de cooperación nacional e internacional y la participación efectiva de los involucrados en la gestión de las políticas públicas dirigidas al recurso humano del sector.
- Fomentar la planeación de recurso humano en el país y en las regiones, a través de la **Asistencia Técnica** para el uso intensivo y extensivo de las herramientas de planeación recomendadas por este Proyecto.
- Articular en una sólida y coherente política pública, los resultados de los proyectos de recursos humanos en salud auspiciados por el Programa de Apoyo a la Reforma del Ministerio de Salud:
  - *Plan Multidisciplinario para la Modernización de la Educación, Capacitación y Entrenamiento en Salud.*

- *Acreditación de las Instituciones de Educación y Entrenamiento en Salud.*
- *Plan de Largo Plazo para el Desarrollo y el Fortalecimiento de los Recursos Humanos.*
- *Modelo de Oferta y Demanda de Recursos Humanos de Salud en Colombia.*

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) La carga de la enfermedad en Colombia”, 1990. Las tasas de mortalidad, los años de vida potenciales perdidos y los años de vida saludables perdidos como indicadores epidemiológicos para identificación de prioridades de salud: un análisis comparativo. Colombia 1990.
- (2) República de Colombia. Ministerio de Salud. “La reforma de salud en Colombia y el Plan Maestro para su implementación” Informe final. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. 1996.
- (3) República de Colombia. Ministerio de Salud. Perfiles epidemiológicos, 1996.
- (4) República de Colombia. Ministerio de Salud. Perfiles epidemiológicos. Santa Fe de Bogotá, 1996, pp. 12,28-29,38,49,81-83,93,116-118.
- (5) Roselli, Diego, et al. “La medicina especializada en Colombia, una aproximación diagnóstica”. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá: Editorial La ceja, 1999.
- (6) Stover, J. and Johnston A. *El arte de formular políticas: experiencias de Africa en el desarrollo de políticas nacionales de VIH/SIDA*. Policy Occasional Papers. Washington, D.C. Agosto, 1999. 31 páginas.
- (7) Quintero A. *Fundamentos para la formulación de políticas públicas para el sector salud*. Notas de clase noviembre 2000.
- (8) Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”. Modelo de Oferta y Demanda de Recurso Humano en Salud en Colombia. Diseño Muestral y Validación de Fuentes Secundarias para Proyecto de Oferta y Demanda de Recursos Humanos en Salud en Colombia. Medellín, 2001.

## **BIBLIOGRAFÍA PRODUCIDA POR EL PROYECTO “OFERTA Y DEMANDA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN COLOMBIA”**

### **DOCUMENTOS TÉCNICOS**

#### VOLUMEN 1 - MUESTRA

Diseño muestral y validación de fuentes secundarias para el proyecto modelo de oferta y demanda de recursos humanos en salud en Colombia.

VOLUMEN II - OFERTA Y DEMANDA

Oferta de recursos humanos en salud en Colombia

Estudio de demanda de recursos humanos

Constrastación de la oferta y la demanda en el sistema general de seguridad social en salud de Colombia para el periodo 2000 al 2005

VOLUMEN III - INCENTIVOS PARA LA REDISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Sistema de incentivos para la redistribución geográfica

VOLUMEN IV - METODOLOGÍA DE PLANEACIÓN

Metodología para el cálculo de recurso humano en salud según planes de beneficios, perfil epidemiológico, demanda histórica y nuevos roles.

Manual de usuario de la plantilla para el cálculo de recursos humanos en salud según planes de beneficio.

VOLUMEN V - SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO

Sistema de información de recursos humanos en salud de Colombia. Análisis y diseño

Registro público de recursos humanos de salud en Colombia

**LIBRO**

Oferta y Demanda de Recursos Humanos en Colombia.

## ANEXO

### Modelo de Oferta y Demanda de Recursos Humanos en Salud

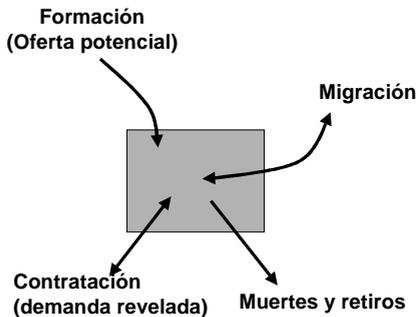
<http://guajiros.udea.edu.co/wwwrh/default.htm>

### Necesidades de la población

- Promoción de la salud
- Prevención de la enfermedad
- Tratamiento de la enfermedad

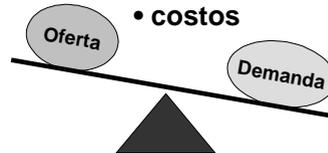


Crecimiento económico  
Servicios de salud  
Redes de servicio  
Forma de prestar los servicios



### Problemas de un desequilibrio:

- cobertura
- ética
- calidad
- costos



### Metodología

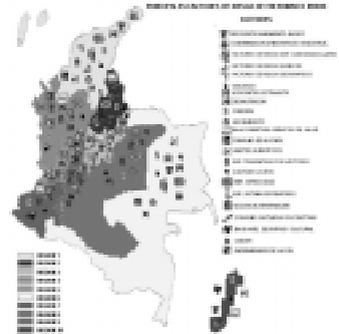
- . Con técnicas demográficas se estimó el personal formado disponible (Oferta)
- . Mediante muestra nacional se estimó el personal que labora en el sector salud (Demanda)
- . Otras actividades (estimulos, POS/PAB, metodología de planeación, modelo dinámico, sistema de información)



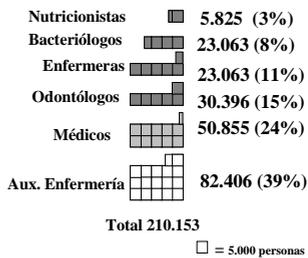
# Resultados

## Necesidades población

- Oferta
- Formación
- Demanda
- Contratación
- Distribución
- Planeación
- Información
- Productos
- Conclusión
- Recomendaciones



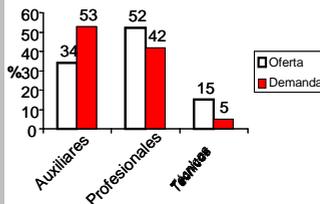
## Oferta de las seis profesiones o disciplinas



## Especialización en las profesiones. Colombia 2000

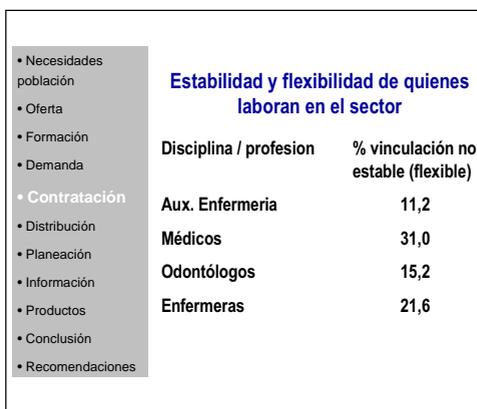
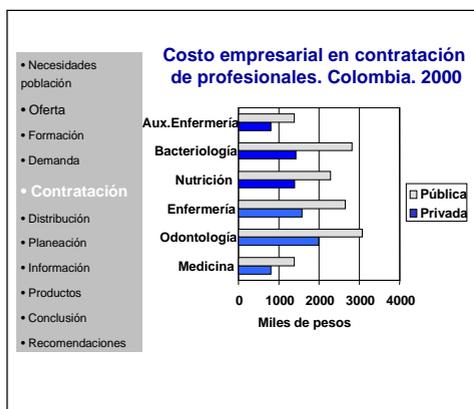
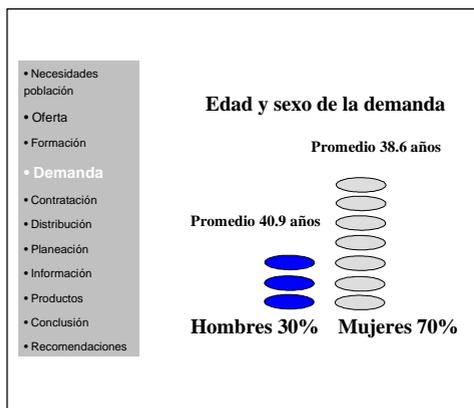
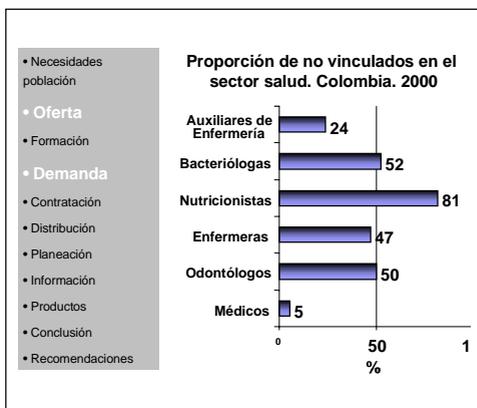
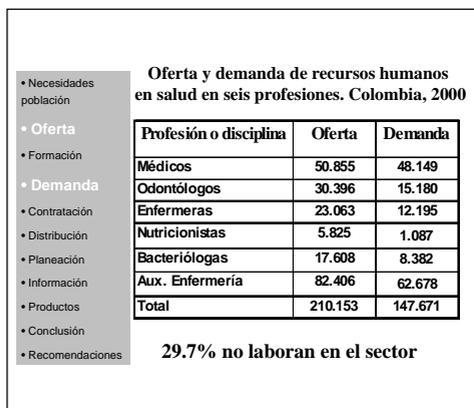


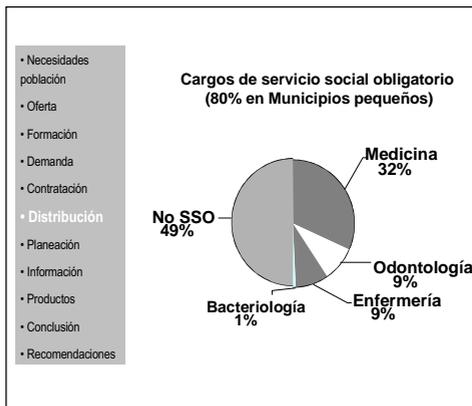
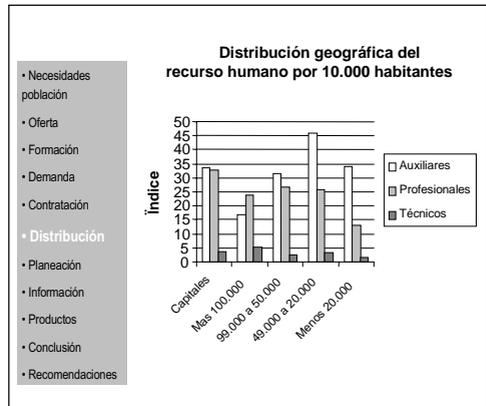
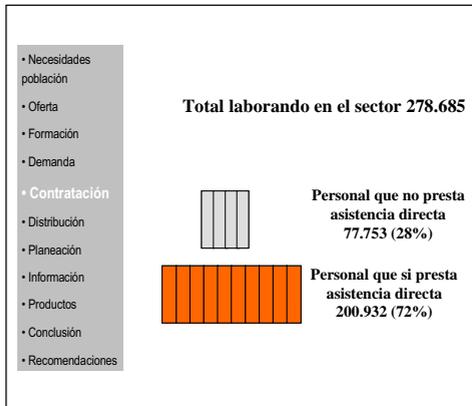
## Oferta y demanda de profesionales, técnicos y auxiliares



## Cuantos estamos laborado

%		Número
53,3	Auxiliares	148.539
41,9	Profesionales	116.769
4,8	Técnicos	13.377
	<b>Total</b>	<b>278.685</b>





- Necesidades población
- Oferta
- Formación
- Demanda
- Contratación
- Distribución (Incentivos)
- Planeación
- Información
- Productos
- Conclusión
- Recomendaciones

**EMPLEADO**

**Condiciones con las cuales estaría dispuesto a cambiar de zona geográfica de trabajo**

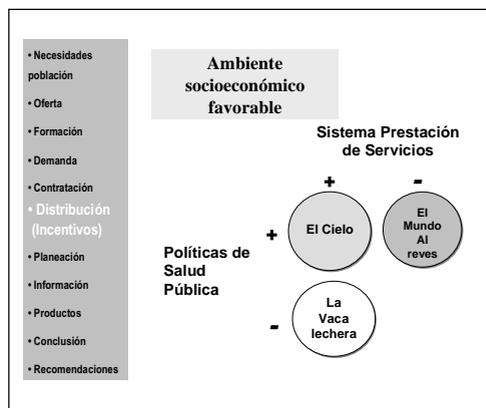
- Estabilidad laboral
- Incremento de salario
- Vivienda
- Educación continua
- Estabilidad en el orden público

- Necesidades población
- Oferta
- Formación
- Demanda
- Contratación
- Distribución (Incentivos)
- Planeación
- Información
- Productos
- Conclusión
- Recomendaciones

**EMPLEADOR**

**Condiciones que está dispuesto a ofrecer para incentivar que el talento humano decida ir a su zona de trabajo**

- Estabilidad laboral
- Incremento de salario
- Oportunidad desempeñar otros empleos
- Espacios especiales de recreación y cultura
- Educación continua



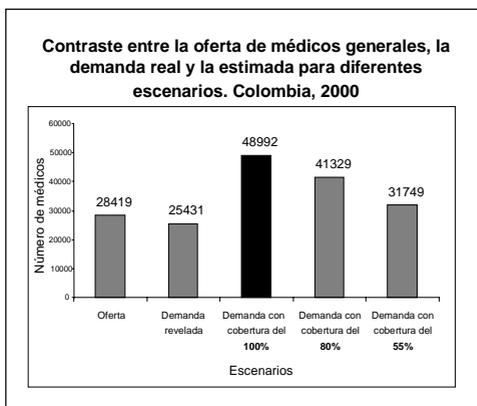
- Necesidades población
- Oferta
- Formación
- Demanda
- Contratación
- Distribución (Incentivos)
- Planeación
- Información
- Productos
- Conclusión
- Recomendaciones

- Sistema de información

- POS/PAB

- El modelo dinámico

- Formación



**El equilibrio de la oferta y la demanda de RH en salud debe responder a las necesidades de salud de la población para lo cual se debe promover y orientar el desarrollo del SGSSS para que soporte una política pública intersectorial de recursos humanos dentro del marco de la globalización**

- Recomendaciones**
1. Trabajo **intersectorial** para buscar el equilibrio oferta-demanda
  2. **Planeación** de recursos humanos (regional y nacional) y uso del POS/PAB
  3. **Diseño de redes** de servicio y formas de prestar servicio (urgentes y no urgentes)
  4. Desarrollar un **observatorio**
  5. Diseño de **políticas públicas** de recursos humanos y uso del modelo dinámico

Página web del proyecto  
**Modelo de Oferta y Demanda de Recursos Humanos en Salud**  
<http://guajiros.udea.edu.co/wwwrh/default.htm>



CAPÍTULO II

LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD  
EN COLOMBIA: BALANCE, COMPETENCIAS  
Y PROSPECTIVA

FERNANDO RUIZ GÓMEZ\*  
DIRECTOR PROYECTO “PLAN DE LARGO PLAZO”

---

\* Profesor Asociado, Pontificia Universidad Javeriana. Consultor I, Cendex.



## CONTENIDO

2.1. Marco de referencia para el análisis del recurso humano en salud..	65
2.2. Metodología .....	67
2.3. Componente cuantitativo del capital humano .....	68
2.3.1. Mercado y panorámica de transformación .....	68
2.3.2. Cálculo de la oferta de recursos humanos .....	69
2.3.2.1. Estimación de graduados .....	70
2.3.3. Cálculo de la demanda de recursos humanos .....	70
2.3.3.1. Indicadores utilizados .....	70
2.3.3.2. Fórmula para el cálculo .....	71
2.3.4. Disponibilidad de recurso humano según categorías ocupacionales .....	71
2.3.5. Desocupación proyectada del recurso humano. Proyecciones 2000-2020 .....	72
2.3.6. Escenarios de regulación de oferta y demanda, 2000-2020..	73
2.3.7. Efectos esperados de políticas de ajuste 2000-2020. Profesiones seleccionadas .....	74
2.4. Componente cualitativo del capital humano .....	76
2.4.1. Inversión en educación .....	76
2.4.1.1. Equilibrio económico en la oferta educativa .....	76
2.4.1.2. Balance económico de la inversión individual en educación .....	77
2.4.2. Productividad .....	79
2.4.2.1. Cálculo de eficiencia .....	79
2.4.2.2. Eficiencia relativa de hospitales de alta complejidad .....	80
2.4.3. Acumulación de conocimiento .....	81
2.4.3.1. Análisis de adecuación de la oferta educativa .....	81
2.4.3.2. Adecuación de la oferta, casos particulares .....	82
2.4.4. Análisis de competencias .....	84

2.4.4.1. Competencias globales según entorno .....	85
2.4.4.2. Perfil ocupacional medicina .....	87
2.4.4.3. Áreas críticas para la formación profesional .....	88
2.4.4.4. Áreas críticas para la formación no profesional .....	89
2.5. Conclusiones del análisis .....	90
2.6. Perspectivas de intervención .....	93
Bibliografía .....	96
Anexo .....	97

## 2.1. MARCO DE REFERENCIA PARA EL ANÁLISIS DEL RECURSO HUMANO EN SALUD

El proyecto Plan de Largo Plazo para el Desarrollo y Fortalecimiento de los Recursos Humanos de Salud en Colombia construyó un marco de referencia para el análisis e intervención a partir de los diferentes factores determinantes de los recursos desde la capacitación hasta su configuración final en el ámbito del trabajo. En el análisis inicial se identificaron al menos 6 problemas críticos:

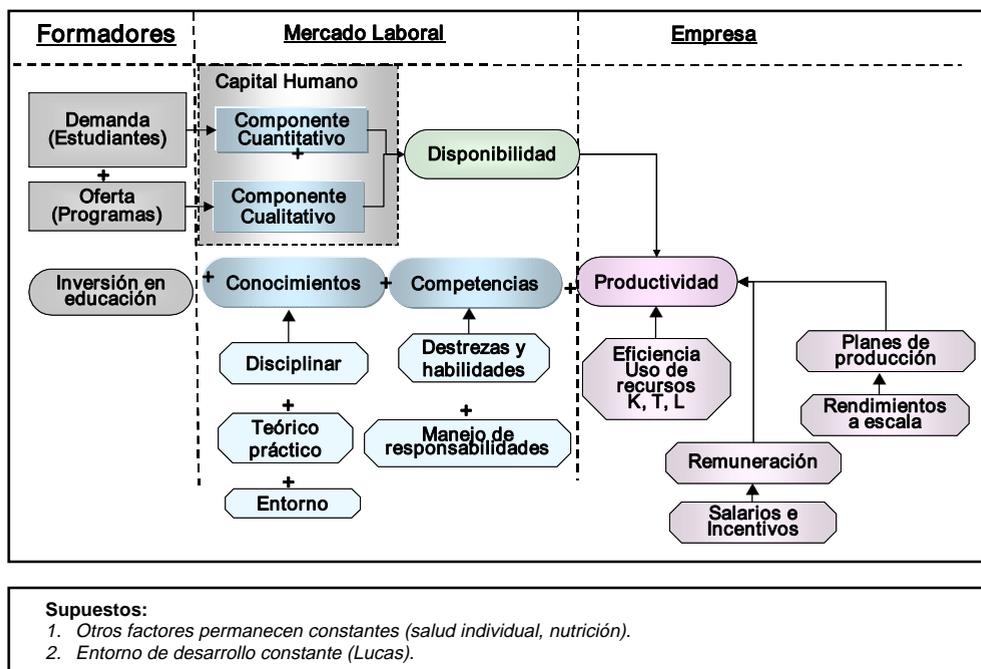
- Información deficiente o asimétrica.
- Inadecuada distribución geográfica.
- Limitaciones en la calidad.
- Baja productividad.
- Carencia de políticas de incentivos.

Estos problemas fueron analizados retrospectivamente en el contexto histórico y prospectivamente en el ámbito de las necesidades generadas por la Ley 100 de 1993, particularmente frente a los nuevos roles generados por la reforma en salud, tales como: la universalización del aseguramiento y la descentralización territorial del sistema.

Dado que al descomponer una problemática se corre el riesgo de reducir el impacto de las políticas diseñadas, fue necesario construir y adaptar un marco de referencia que permitiera el análisis de los recursos humanos como un sistema y, en particular, las interrelaciones existentes con las demás instituciones y organizaciones del sector. El análisis y proyección de los efectos a futuro de las tendencias y políticas fue enfatizado.

Bajo este modelo, el recurso humano debe considerarse tanto desde sus aspectos cuantitativos como cualitativos. El proyecto abordó la formación de capital humano como eje central de la evaluación y las políticas proyectadas. A partir de esta visión, y del modelo de Solow y las posteriores modificaciones efectuadas por Romer, el capital humano en el campo laboral se integra tanto por las cantidades de recursos disponibles, como por los conocimientos, habilidades y destrezas que acumula a través de su formación y experiencia en el trabajo.

Figura 1. Formación de capital humano desde la educación y la empresa.



El proyecto trató de desagregar y medir la situación actual y proyecciones de estas dos dimensiones, así como los factores institucionales y de las políticas que afectan la conformación de capital humano en salud. Como se observa en la figura 1, la variable dependiente de capital humano está compuesta por la sumatoria de un stock cuantitativo<sup>2</sup> de recursos y uno de cualidades ligadas al trabajo y la educación. El primer componente mide específicamente las cantidades de recursos, mientras el segundo agrupa los factores cualitativos que califican al recurso humano más allá de las condiciones de disponibilidad, por algunos denominado, talento humano.

De esta forma, el componente cuantitativo se genera a partir de aquellos individuos que entran y salen del sistema. Por su parte, en el componente cualitativo interviene la inversión en educación que hacen el Estado, las familias y los estudiantes, los conocimientos que se acumulan a través del proceso educativo reflejado en los currículos, las competencias desarrolladas, tanto por la formación

<sup>2</sup> Entendido como la acumulación cuantitativa de recursos y/o la acumulación cualitativa de conocimientos y destrezas en un entorno social dado.

como por la experiencia laboral y, por último, la potencialidad hacia la productividad, originada en la interrelación entre el recurso y su trabajo a nivel de la empresa.

Se subdividieron los conocimientos adquiridos en 3 categorías 1. Conocimientos disciplinares, aquellos relacionados con la especificidad propia de la profesión u oficio; 2. Teórico prácticos: aquellos que relacionan el conocimiento disciplinar con el manejo de la tecnología crítica para el sector salud y, 3. Conocimientos de entorno, en particular aquellos relacionados con la salud pública y la administración de los servicios.

Para el análisis de las competencias se abordó el marco de referencia del Análisis Funcional de Tareas (AFT) que permite desagregar las funciones y tareas en el trabajo y generar perfiles ocupacionales con los agregados de habilidades y destrezas de acuerdo con escalas estandarizadas. Dada la importancia de las responsabilidades en el trabajo en salud, se agregaron dos indicadores donde se ponderó el peso de las decisiones inherentes al trabajo y las subsiguientes consecuencias de los errores en la ejecución.

En el análisis de la productividad se tomó la eficiencia en la combinación de los recursos, particularmente en las instituciones de mayor agregado tecnológico. Los planes de producción se evaluaron a partir de los modelos de atención planteados como consecuencia de la Ley 100 de 1993, en sus tres componentes principales en salud: servicios preventivos, asistenciales y riesgos profesionales.

Dado que el tema de los salarios e incentivos fue abordado por otro proyecto del programa de Apoyo a la Reforma, este factor fue analizado en forma tangencial.

## 2.2. METODOLOGÍA

Para el análisis cuantitativo de los recursos humanos se analizaron los mercados educativo, de servicios de salud y laboral:

- En el mercado educativo se utilizaron las bases de datos de instituciones y programas del Instituto Colombiano de Educación Superior (ICFES) desde los años 1984 a 1999. Estas contienen información de la oferta y la demanda de programas de educación superior.
- En el mercado de servicios de salud se incluyó información secundaria de la administración territorial del sistema, el aseguramiento y la red de prestación de servicios.

- Para el mercado laboral se tomó la información de la Encuesta Social de Fedesarrollo e información generada por el proyecto de Oferta y Demanda de Recursos Humanos.

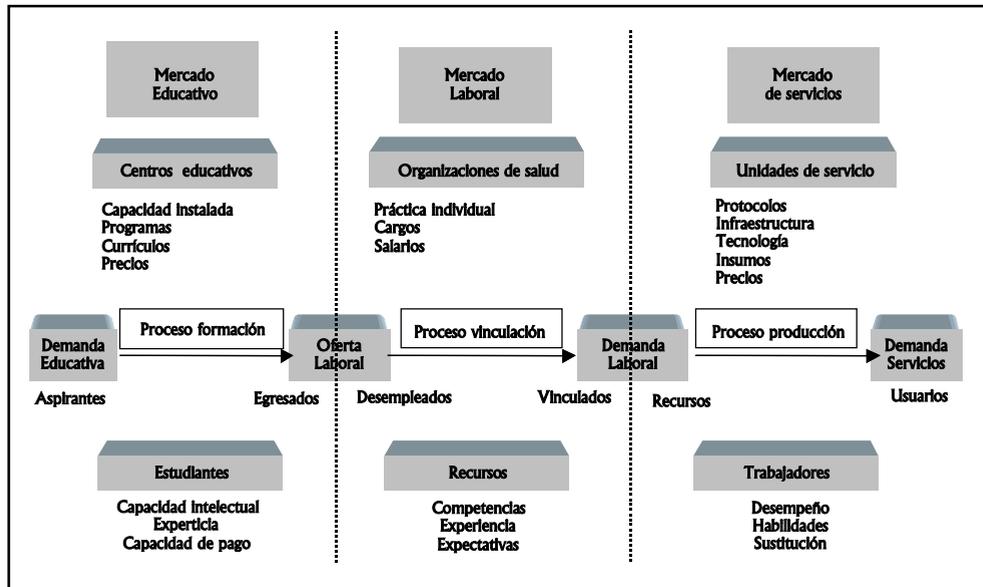
En relación con el análisis cualitativo del capital humano se adoptó la metodología de Análisis Funcional de Tareas, desarrollada por la Universidad de Texas, San Antonio y complementada con 12 estudios de casos en los cuales se tomaron diferentes organizaciones del sector con el fin de levantar los perfiles ocupacionales de las diferentes disciplinas incluidas en el estudio.

Los modelos adoptados se presentan en conjunto con los resultados detallados en los numerales siguientes.

## 2.3. COMPONENTE CUANTITATIVO DEL CAPITAL HUMANO

### 2.3.1. MERCADO Y PANORÁMICA DE TRANSFORMACIÓN

Figura 2. Mercados y ciclos de transformación de recursos humanos.



Fuente: Ruiz F, Acosta. O.L., Ayala U., otros 2001: Los recursos humanos de salud en Colombia: Balance Competencias y Prospectiva. CEJA, Bogotá.

Para ponderar el componente cuantitativo, el proyecto estudió el ciclo generado desde la demanda educativa frente a la oferta de programas en el mercado educativo, con la consecuente transformación de los estudiantes en oferta de trabajo enfrentada a una demanda de recursos dentro del mercado laboral. Dada la importancia del tamaño de la oferta de servicios de salud en la conformación de la demanda de trabajadores, se realizó un análisis de sus principales componentes.

La figura 2 ilustra estas interrelaciones entre los 3 mercados y cómo se produce una transformación desde estudiantes a mano de obra calificada, con lo cual se conforma la oferta laboral ya sea como trabajadores o empresarios. Consecuencia de estas intrincadas interrelaciones, los eventos y las políticas que afecten cada uno de estos mercados tendrán implicaciones tanto en el corto, como en el largo plazo. Son de efecto inmediato, por ejemplo, los efectos generados por cambios salariales, pero afectan a largo plazo situaciones tales como la ampliación de la oferta educativa o los cambios en el régimen pensional.

El equilibrio entre estos mercados determina unas condiciones que finalmente afectan a los servicios. Colombia ha enfrentado, durante los pasados 10 años, cambios sustanciales en el mercado educativo y en el mercado de servicios. En el mercado educativo a través de la Ley 30 de 1992 se inició un proceso de desregulación educativa que incrementó la oferta de programas mientras que con la Ley 100 de 1993 se generaron unas condiciones de competencia que quebró el monopolio de tipo tradicional que detentaron los médicos sobre las funciones de demanda de los servicios.

### 2.3.2. CÁLCULO DE LA OFERTA DE RECURSOS HUMANOS

Para calcular la oferta de recursos humanos se estudió el número de graduados existentes ajustados por las variables demográficas de mortalidad y emigración. Como la única variable que había posibilidad de modificar era la de graduados se procedió a realizar un modelo que relacionó las solicitudes con los matriculados por primera vez, el tiempo de retención dentro del sistema educativo y una variable indicadora que representa el efecto de la Ley 30 de 1992. Las fórmulas se muestran a continuación y en la tabla 1 figuran los valores de las estimaciones estadísticas.

$$\text{Stock} = \text{Stock-1} + \text{Graduados} - \text{Tasa de Mortalidad} * (\text{Stock}) \\ - \text{Tasa de Migración} * (\text{Stock})$$

### 2.3.2.1. Estimación de graduados

- Modelo general

$$\text{Graduados} = B0 + B1 * \text{solicitudes} + B2 * \text{matriculados primera vez} + B3 * \text{tiempo} + B4 * \text{variable dummy (promulgación Ley 30)} + \text{error}$$

- Modelos estimados

Tabla 1. Modelos Estimados.

Profesión	Modelo	R2	P-valor
Medicina	$z = 1473.5 + 0.178 * \text{Matriculados Primera Vez} + \text{error}$	61%	0.011
Enfermería	$z = 577.25 + 0.154 * \text{Matriculados Primera Vez} + \text{error}$	28.7%	0.003
Odontología	$z = -3794.8 - 295.8 * \text{Variable indicadora} + 57.3 \text{ tiempo} + \text{error}$	57.2%	0.004
Bacteriología y Nutrición	$z = -1449.8 + 24.62 * \text{tiempo} + \text{error}$	57.6%	0.001
Terapias	$z = -133.1 + 0.607 * \text{Matriculados Primera Vez} + \text{error}$	90%	0.00

Tasa de mortalidad	Tasa de migración
5.79*1000 Para 2000-2004 5.43*1000 Para 2005-2009 5.41*1000 Para 2010-2014 5.57*1000 Para 2015-2020	Inmigración 1.6*1000 Para 2000-2020 Emigración 3.84*1000 Para 2000-2020

Fuente: DANE, DNP

### 2.3.3. CÁLCULO DE LA DEMANDA DE RECURSOS HUMANOS

#### 2.3.3.1. Indicadores utilizados

- Estimación de la población por tipo de régimen.
- Estimación del total de actividades por tipo de régimen: calculada como el producto de la frecuencia de uso según régimen (la frecuencia se mantuvo constante en el tiempo) por la población estimada para cada régimen.
- Niveles de eficiencia institucional.

### 2.3.3.2. Fórmula para el cálculo

La demanda de recursos humanos se calculó a partir de la demanda vinculada en el año 2000, según el proyecto de Oferta y Demanda de Recursos Humanos en Salud, dividida por el número de actividades según frecuencias de uso del estudio de Usos y Gastos en Salud realizado por el Cendex. Se agregó una variable de eficiencia de acuerdo con un estudio comparativo que abordó cerca de 200 instituciones prestadoras de servicios de salud.

$$DRH_{it} = RRHACT * ACT_t * \%EF$$

Donde:

- DRH<sub>it</sub> = Demanda del recurso humano año t  
 RRHACT = Cantidad de Recurso Humano año 2.000 dividido en el número de actividades en el año 2.000.  
 ACT<sub>t</sub> = Número de actividades realizadas en el año t (Institucional o no Institucional)  
 %EF = Porcentaje de eficiencia de las Instituciones (se aplicó sólo para la demanda para estimación de la demanda institucional).

### 2.3.4. DISPONIBILIDAD DE RECURSO HUMANO SEGÚN CATEGORÍAS OCUPACIONALES

Tabla 2. Distribución del Stock del Recurso Humano por categorías ocupacionales para el año 2000.

<b>Categoría</b>	<b>Número</b>	<b>% participación</b>	<b>Relación número de Personas x 1.000</b>
Total	216.587	100%	5.30
Médicos	51.118	24%	1.25
Profesional de Enfermería	21.976	10%	0.54
Auxiliar de Enfermería	76.009	35%	1.86
Odontólogo	28.310	13%	0.69
Terapias	16.078	7%	0.39
Bacteriología y Nutrición	23.096	11%	0.57

Fuente: Ruiz F, Acosta O.L., Ayala U., otros 2001: Los recursos humanos de salud en Colombia: Balance Competencias y Prospectiva. CEJA, Bogotá.

Se observa en la tabla anterior el stock total de recursos humanos vinculado al sector salud, así como la participación de las principales profesiones.

Este modelo es significativo para la mayoría de las profesiones y nos pronostica un incremento muy importante, cerca del 64.3% de los recursos humanos disponibles para el sector, en los próximos 10 años.

Por otro lado, el proyecto realizó un cálculo de la demanda esperada del recurso humano tanto en forma institucional como no institucional. Para este modelo se partió igualmente del stock existente multiplicado por el número de actividades realizadas y el porcentaje de eficiencia del recurso humano en las instituciones, medida a través de un análisis envolvente que comparó la intensidad en la utilización de infraestructura y tecnología para cerca de 200 hospitales.

El resultado es que podemos esperar para los próximos años un incremento muy importante de recursos tanto profesionales como auxiliares en el sector. Recursos sobre cuya calificación todavía tenemos incógnitas muy importantes.

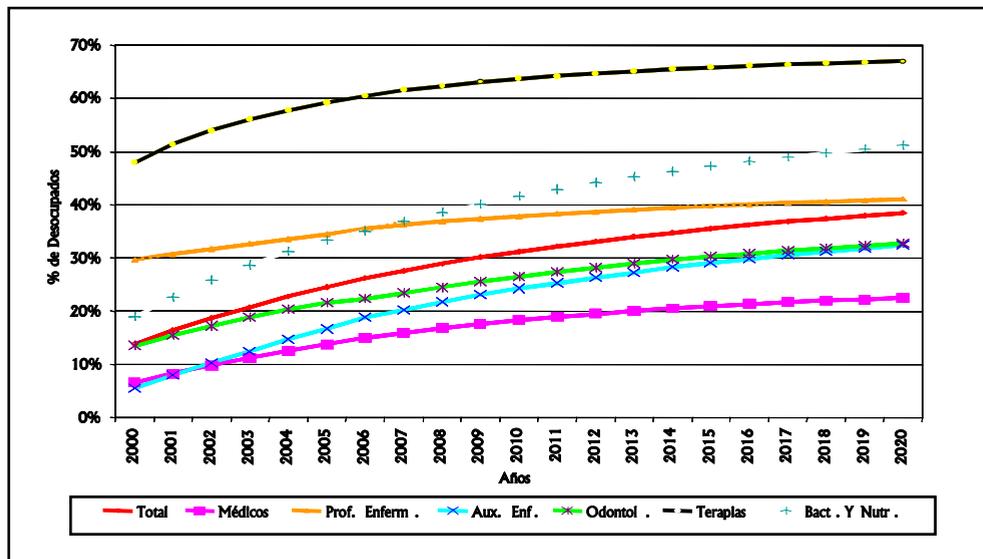
¿Cuál es la posición del gobierno frente a la disponibilidad de excesos de oferta de recursos humanos muy importantes, frente a la otra política de reestructuración hospitalaria y racionamiento del gasto público? Algunos análisis parecen indicar que efectivamente tenemos una oferta hospitalaria excesiva en algunas áreas del país, pero no se han efectuado estudios sobre las implicaciones que, la casi segura reestructuración hospitalaria, tendría sobre los recursos humanos y, las alternativas de reubicación laboral que existirían.

### 2.3.5. DESOCUPACIÓN PROYECTADA DEL RECURSO HUMANO. PROYECCIONES 2000-2020

Con base en el stock existente y la encuesta social de Fedesarrollo, se calculó un porcentaje de desocupación de recurso humano para las principales profesiones. La tasa de desempleo global es del 14.7%, ligeramente inferior a la tasa general de desempleo calculada para el mismo año. Sin embargo, se observan unas diferencias muy importantes entre las diferentes profesiones y en general, una tendencia futura hacia el crecimiento en la desocupación, determinada básicamente por el moderado crecimiento previsto para la demanda futura de recursos humanos.

Las menores tasas de desempleo se encuentran entre los médicos y los auxiliares de enfermería. Sorprende la tasa de desempleo, cercana al 30%, encontrada entre las enfermeras profesionales, grupo que tradicionalmente se ha considerado deficitario.

Figura 3. Porcentaje de desocupación del recurso humano. Proyecciones 2000-2020.



Fuente: Ruiz F, Acosta O.L., Ayala U., otras 2001: Los recursos humanos de salud en Colombia: Balance Competencias y Prospectiva. CEJA, Bogotá.

### 2.3.6. ESCENARIOS DE REGULACIÓN DE OFERTA Y DEMANDA, 2000-2020

Tabla 3. Escenarios de regulación de oferta y demanda. 2000-2020.

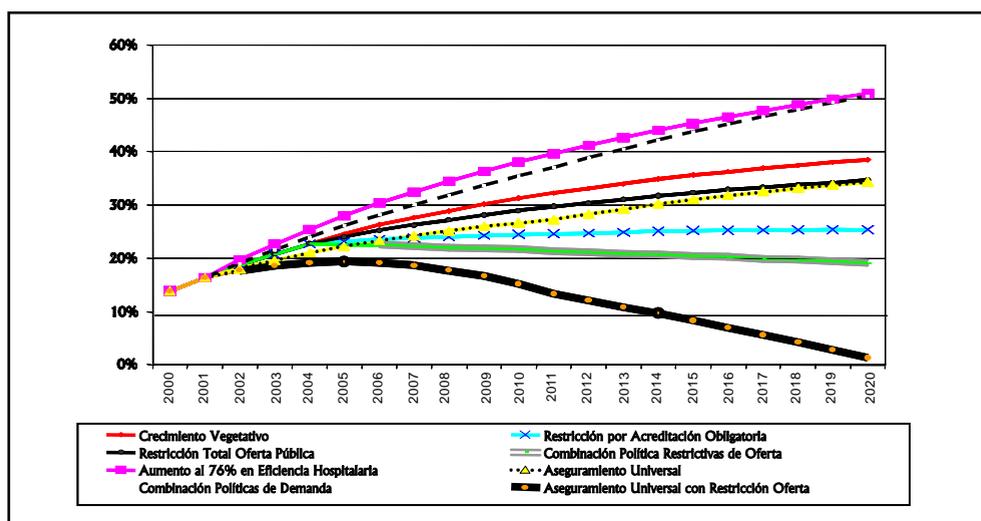
Supuestos	Escenarios							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Entorno Macroeconómico Fedesarrollo	X	X	X	X	X		X	
Restricción por acreditación obligatoria. Disminución del 51% de la oferta educativa a partir del 2005 Certificación y Recertificación de Recurso Humano		X		X				X
Restricción total de oferta pública a partir del 2005			X	X				X
Duplicación gradual de la eficiencia hospitalaria actual. 2% anual. Cambio en edad de retiro Flexibilización en contratación						X	X	
Aseguramiento Universal. Crecimiento anual del 10%						X	X	X

Fuente: Ruiz F, Acosta O.L., Ayala U., otras 2001: Los recursos humanos de salud en Colombia: Balance Competencias y Prospectiva. CEJA, Bogotá

Para el proyecto se tuvieron en cuenta unos supuestos. El primero y básico consistió en observar el comportamiento del SGSSS bajo un entorno macroeconómico proyectado según las condiciones existentes en el año 2000. Los demás supuestos se agruparon según su incidencia sobre la oferta educativa o sobre la demanda. Con estos supuestos se elaboraron los 8 escenarios sobre los cuales se analizó el comportamiento del mercado laboral. El escenario 1 supone un crecimiento vegetativo sin intervención, del 2 al 4 representan intervención sobre la oferta, del 5 al 7 intervienen sobre la demanda y el 8 realiza una mezcla de intervención entre oferta y demanda.

### 2.3.7. EFECTOS ESPERADOS DE POLÍTICAS DE AJUSTE 2000-2020. PROFESIONES SELECCIONADAS

Figura 4. Efectos de ajuste de políticas 2000-2020.

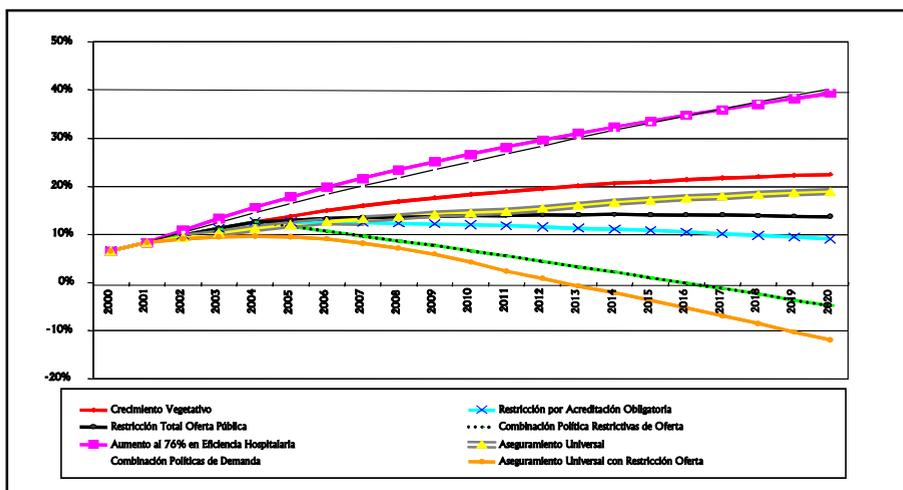


Fuente: Ruiz F., Acosta O.L., Ayala U., otros 2001: Los recursos humanos de salud en Colombia: Balance Competencias y Prospectiva. CEJA, Bogotá.

En la figura 4 se presenta el impacto esperado de diferentes políticas, el efecto más notorio sobre la situación futura de los recursos humanos está dado por la combinación de dos políticas: una política agresiva de aseguramiento universal integrada con una restricción coherente de la oferta educativa con base en la obligatoriedad de la acreditación y el cierre de las instituciones que no lograsen superar dicha obligación. Dadas las dificultades que implicarían los efectos políticos del cierre de programas de baja calidad, las combinaciones de políticas más

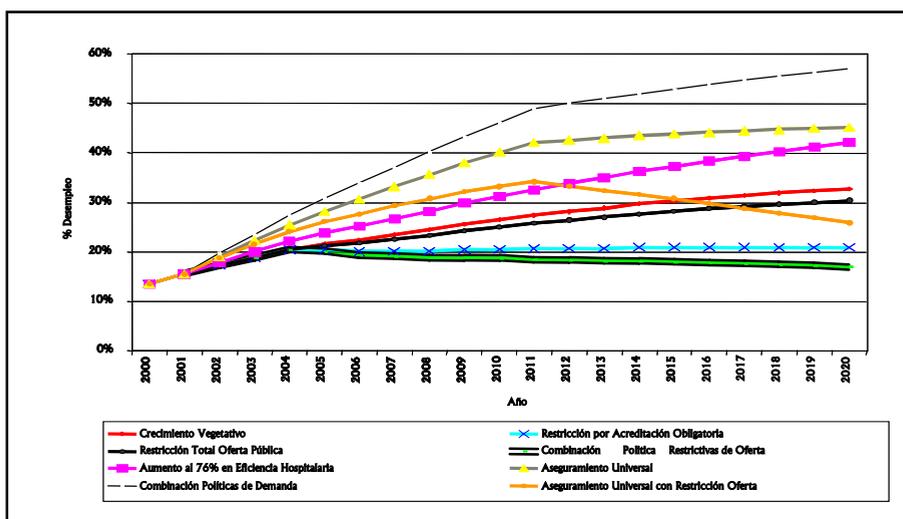
eficientes para mantener una estabilidad en el empleo del sector, se relaciona con la mezcla de las diferentes intervenciones que busquen aumentar la demanda de recursos humanos a partir del incremento en el acceso de la población a los servicios de salud por medio del aseguramiento universal.

Figura 5. Efectos esperados de políticas de ajuste 2000-2020 en Medicina.



Fuente: Ruiz F, Acosta O.L., Ayala U., otros 2001: Los recursos humanos de salud en Colombia: Balance Competencias y Prospectiva. CEJA, Bogotá.

figura 6. Efectos esperados de políticas de ajuste 2000-2020 en Odontología.



Fuente: Ruiz F, Acosta O.L., Ayala U., otros 2001: Los recursos humanos de salud en Colombia: Balance Competencias y Prospectiva. CEJA, Bogotá.

Analizado su impacto por profesiones, una política agresiva hacia el aseguramiento universal podría absorber la oferta educativa que se encuentra actualmente en formación, e incluso generar algunos déficit importantes en el caso de los médicos y los auxiliares de enfermería tal como se aprecia en las gráficas 4 y 5.

Sin embargo, es importante observar que este efecto no será igual para todas las profesiones y existen al menos dos casos particulares que requerirían especial atención en la política futura de recursos humanos.

- Disciplinas que presentan ya excesos de oferta muy altos y con tendencia a incrementarse, los cuales difícilmente podrán ser absorbidos por prospectivos aumentos en la demanda de servicios: tal es el caso de bacteriología y las cuatro terapias.
- Disciplinas con excesos de oferta sobre las cuales una política de incremento en la demanda institucional no tendrá un efecto muy importante, dada la persistencia del modelo de ejercicio liberal de la profesión, como es el caso de odontología y nutrición.

Esta situación plantea un reto mayúsculo al sector dado que el crecimiento en el aseguramiento implica decisiones que van mucho más allá de la política de recursos humanos. Temas como la transformación de subsidios, el cierre de algunas entidades públicas y extensión del régimen subsidiado, tanto en población como en beneficios, afectarán otros condicionantes dentro del sector. Estos efectos deberán integrarse con aquellos buscados para los recursos humanos.

## 2.4. COMPONENTE CUALITATIVO DEL CAPITAL HUMANO

### 2.4.1. INVERSIÓN EN EDUCACIÓN

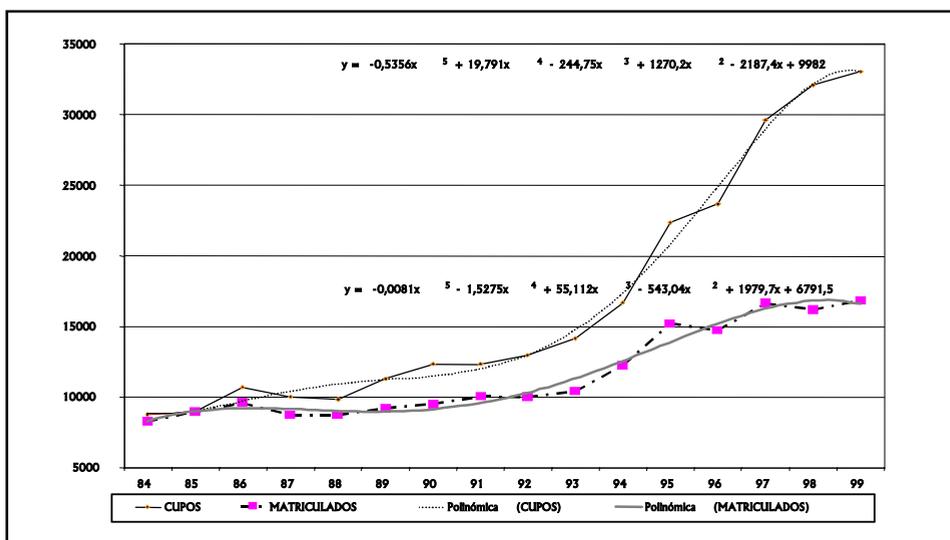
El equilibrio económico en el mercado educativo está determinado por la utilidad obtenida de los centros de formación y la utilidad de los estudiantes una vez egresan y se vinculan al mercado laboral para obtener, a su vez, una retribución a su inversión en educación.

#### 24.1.1. *Equilibrio económico en la oferta educativa*

La figura 7 muestra cómo hasta la década de los ochenta se presentaba un relativo equilibrio de mercado entre los cupos ofrecidos y las matrículas al interior del sistema de educación superior. En los noventa esta tendencia cambia, particularmente, a partir de la Ley 30 de 1992 y el número de matriculados en programas

de salud crece a menor velocidad que la disponibilidad de cupos de educación superior en salud. Esta situación lleva a que en el año 1999 los cupos dupliquen la matrícula manifestando un exceso de capacidad instalada muy importante en la educación superior.

Figura 7. Relación cupos-matrículas en los programas de salud.



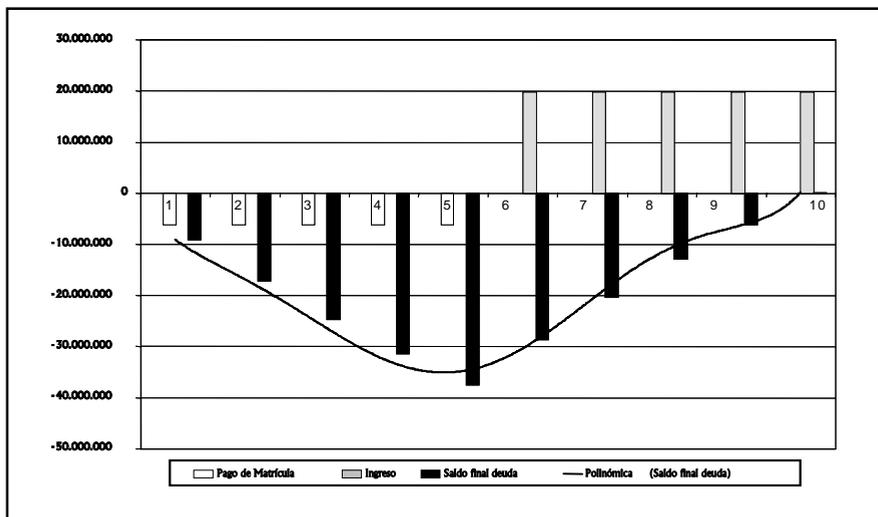
Fuente: Cálculos Condex.

Esto puede tener implicaciones muy importantes, tanto en la sostenibilidad económica de la oferta educativa como en la calidad misma de los programas. Consecuentemente, durante los años de mayor crecimiento en la oferta se han podido identificar tendencias tan importantes como la reversión en la proporción de profesores de tiempo completo a profesores de hora cátedra en el sistema educativo.

#### 2.4.1.2. Balance económico de la inversión individual en educación

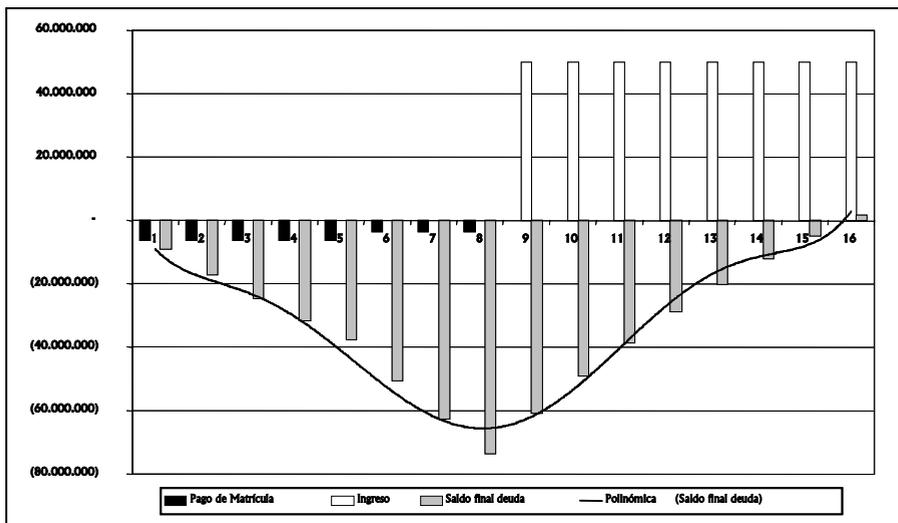
Diferentes estudios muestran que en Colombia y en otras sociedades el acceso a la educación es un mecanismo privilegiado para mejorar los ingresos de las personas y su capacidad de consumo de bienes y servicios. Sin embargo, vale la pena cuestionarse hasta donde la decisión de estudiar una carrera profesional, en el sector salud, no está afectada por las asimetrías de información desde el sector educativo frente a estudiantes con muy poca información disponible, generadas tanto sobre la calidad de los programas como sobre las condiciones del mercado laboral en el cual se van a desempeñar.

Gráfica 6. Relación matrículas - salario en el programa de medicina.



Fuente: Ruiz F, Acosta O.L., Ayala U., otros 2001: Los recursos humanos de salud en Colombia: Balance Competencias y Prospectiva. CEJA, Bogotá.

Figura 9. Relación matrículas - salario en el programa de fisioterapia.



Fuente: Ruiz F, Acosta O.L., Ayala U., otros 2001: Los recursos humanos de salud en Colombia: Balance Competencias y Prospectiva. CEJA, Bogotá.

Desde el punto de vista de los estudiantes, cuando se compara la deuda acumulada por pago de matrículas contra la recuperación posterior una vez se obtiene el grado y se logran los salarios promedio de mercado, se encuentra que para medicina el período de recuperación sería de aproximadamente de 10 años y el de fisioterapia de 16. Contrastan estas diferencias tan notorias entre profesiones. Desafortunadamente no existe información para poder comparar con otras áreas del conocimiento o los cambios que se han dado en esa relación durante las últimas décadas. Figuras 8 y 9.

Sin embargo, estos resultados parecen sugerir la necesidad de focalizar el análisis de la educación superior no sólo como un problema de cobertura y acceso, sino como un problema de oportunidades laborales y retribución una vez obtenido el diploma y se conforman demandantes de trabajo.

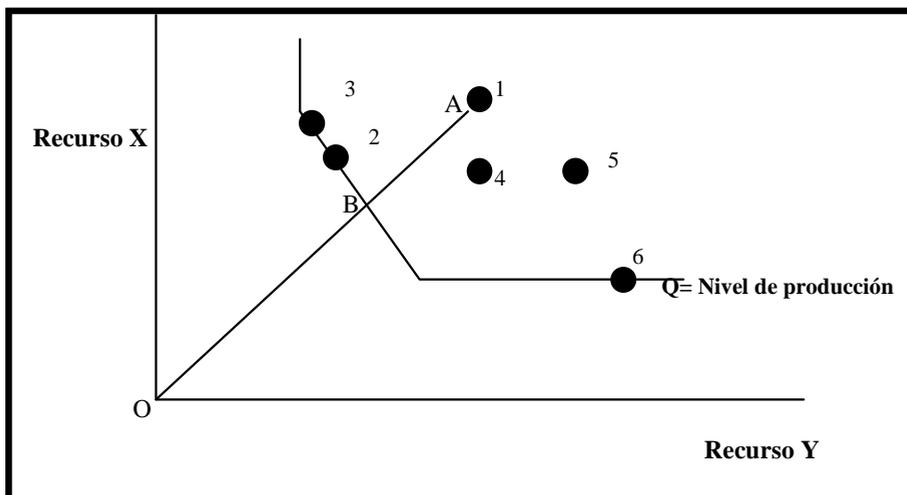
#### 2.4.2. PRODUCTIVIDAD

El análisis de la productividad buscó establecer las relaciones entre los recursos humanos y los demás recursos en el proceso de la provisión de servicios de salud. Para ello se tomó la información sobre disponibilidad de recursos de infraestructura y tecnología en 107 de los aproximadamente 300 hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad existentes en Colombia. Se midió la eficiencia en la utilización de recursos frente a sus niveles de producción medidos en consultas y egresos hospitalarios.

##### 2.4.2.1. *Cálculo de eficiencia*

En el análisis de eficiencia técnica relativa se utilizó el método de Data Envelopment Analysis, DEA. Esta técnica, agrupada dentro de la categoría de estudios de frontera, toma la producción o costos actuales de un servicio dentro de una institución y los compara con los mejores resultados obtenidos dentro del grupo de servicios e instituciones analizadas. De esta forma, el DEA construye una frontera ideal de producción para un determinado nivel (utilizando como procedimiento la programación lineal) y determina el grado de ineficiencia midiendo la distancia relativa de cada institución (o servicio analizados) a dicha frontera, OA/OA. Figura 10.

Figura 10. Descripción del DEA.



Matemáticamente el proceso para construcción de la frontera ideal se describe a continuación:

$$\begin{array}{l} \text{Min } q \\ \text{s.a } Y_0, Y^3 \\ qX_0 - X_1^3 \leq 0 \end{array}$$

#### 2.4.2.2. Eficiencia relativa de hospitales de alta complejidad

Tabla 4. Eficiencia relativa de hospitales de alta complejidad, 2000.

Nivel	No. instituciones	Eficiencia global	No. instituciones eficientes (100%)
III	44	56%	5
II	63	42%	5
Total	107	38% <sup>o</sup>	6

Fuente: Ruiz F, Acosta O.L., Ayala U., otros 2001: Los recursos humanos de salud en Colombia: Balance Competencias y Prospectiva. CEJA, Bogotá.

En la tabla 4 se puede observar cómo la eficiencia global promedio sobre un total de 44 instituciones de alta resolutivead, solamente llega a 56% y en las de

mediana resolutividad 42% siendo la agregada del 38%. Estos resultados indican que existen serios problemas de eficiencia al interior del sector y la utilización de los recursos humanos tiende a ser ineficiente en términos de productividad. Estos factores pueden relacionarse con problemas con la integración de la tecnología, la sustitución inadecuada de recursos y/o la existencia de modelos de atención inapropiados.

¿Cuál será el efecto esperado en el sector público ante una futura reestructuración del sistema hospitalario? ¿Cuáles factores de la formación del recurso influyen en esos niveles de ineficiencia encontrados?

### 2.4.3. ACUMULACIÓN DE CONOCIMIENTO

Construir conocimiento es el propósito de los programas educativos, este conocimiento incluye lo teórico sobre un área del conocimiento, lo práctico sobre las técnicas e instrumentos que se utilizan en la disciplina, y el del entorno que condiciona el desempeño profesional de una profesión u oficio.

#### 2.4.3.1. *Análisis de adecuación de la oferta educativa*

Se diseñó un indicador que relacionaba los conocimientos dados desde el sistema educativo con los requerimientos del desempeño en la rutina laboral. Para ello se combinaron los contenidos curriculares con los reglamentos laborales medidos en el estudio de casos

$$\text{Tasa de oferta educativa} = \frac{\text{Participación de c/u de las áreas del conocimiento}}{\text{Porcentaje de participación de c/u de las áreas del conocimiento}}$$

En el mercado de servicios con la base de datos de análisis funcional de tareas, la tasa se obtiene de un factor multiplicador (A\*B\*C\*D) para cada una de las áreas del conocimiento por disciplinas, en donde:

- A = en el porcentaje de tiempo dedicado a cada área de conocimiento.
- B = escala de opciones del trabajador (máxima).
- C = escala de consecuencia de error (máxima).
- D = es el porcentaje de respuestas afirmativas.

#### **Tasa de mercado de servicios = (A.B.C.D.)**

Posteriormente, se construyó un indicador de efectividad que es una razón de la tasa de oferta educativa sobre la tasa del mercado de servicios. Este indicador

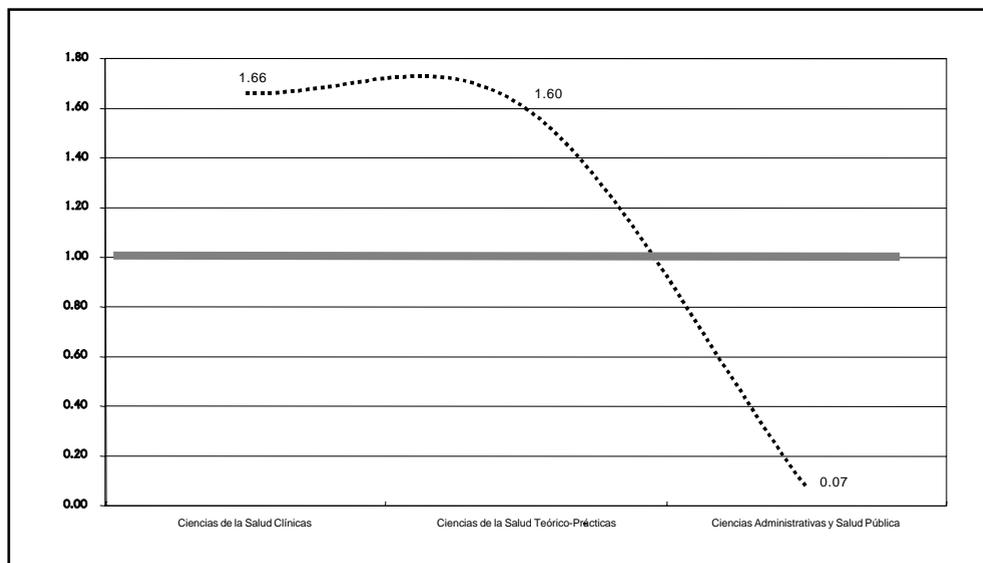
mide la adecuación de la capacitación de las disciplinas contempladas en el estudio, a las necesidades del mercado de servicio.

$$\text{Efectividad I}^* = \frac{\text{Tasa de oferta educativa}}{\text{Tasa de mercado de servicios}}$$

#### 2.4.3.2. Adecuación de la oferta, casos particulares

En la figura 11 se muestra cómo cuando se compara el requerimiento desde el perfil ocupacional en medicina frente a los currículos, parece que los conocimientos brindados en aspectos clínicos y teórico prácticos se encuentran por encima de los requerimientos, mientras existen limitaciones importantes en los aspectos de entorno, tales como las áreas administrativas y de salud pública.

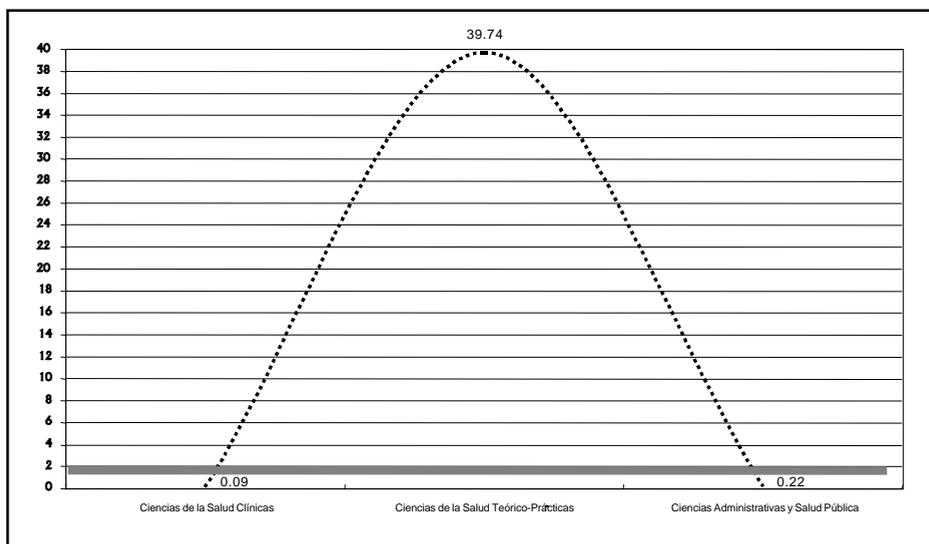
Figura 11. Adecuación de la oferta educativa al mercado laboral. Medicina.



Fuente: Ruiz F, Acosta O.L., Ayala U., otros 2001: Los recursos humanos de salud en Colombia: Balance Competencias y Prospectiva. CEJA, Bogotá.

En el caso de bacteriología (figura 12), los conocimientos son ligeramente inferiores al requerimiento tanto en aspectos clínicos como administrativos y de salud pública y claramente superiores en los aspectos teórico prácticos, estos últimos sustentados, particularmente, en la relación entre tecnología y profesión, dado que el salto tecnológico en el área de diagnóstico de laboratorio pudiera haber llegado a una “sobre formación” profesional en la bacteriología.

Figura 12. Adecuación de la oferta educativa al mercado laboral. Bacteriología.



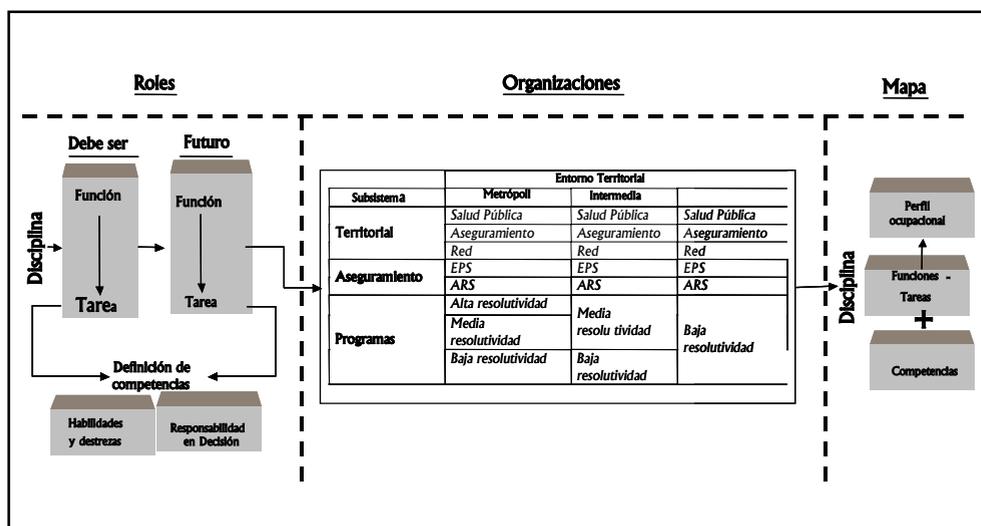
Fuente: Ruiz F, Acosta O.L., Ayala U., otros 2001: Los recursos humanos de salud en Colombia: Balance Competencias y Prospectiva. CEJA, Bogotá.

Los dos casos anteriores y otros no presentados, sugieren que el sector educativo puede estar presentando cierta obsolescencia curricular tanto a la práctica profesional derivada de un sistema competitivo y de mercado en salud como a la acelerada transición tecnológica que se da en el sector. Los resultados de esta situación sólo se ven en trabajo y pueden generar que los recursos aparentemente formados, deban complementar su educación para ajustarse a las condiciones laborales. Es estructural la desconexión existente entre el sector educativo y el sector de servicios, basándose únicamente en convenios docente asistenciales bajo la visión de campos de práctica. Pareciera que esta relación es unidireccional y los aspectos curriculares no han sido retroalimentados efectivamente desde los requerimientos de un campo laboral dinámico y que ha cambiado sustancialmente en los últimos años.

#### 2.4.4. ANÁLISIS DE COMPETENCIAS

Las competencias se entienden como habilidades y destrezas necesarias para ejecutar adecuadamente una tarea o el conjunto de funciones propias de una disciplina. Dada su importancia en el sector salud, se agregó una escala de niveles de responsabilidad en las decisiones y consecuencias del error en las tareas encomendadas. Bajo estas condiciones se analizaron los tres principales subsistemas del Sistema General de Seguridad Social. Figura 13.

Figura 13. Proceso de análisis de funciones y competencias.

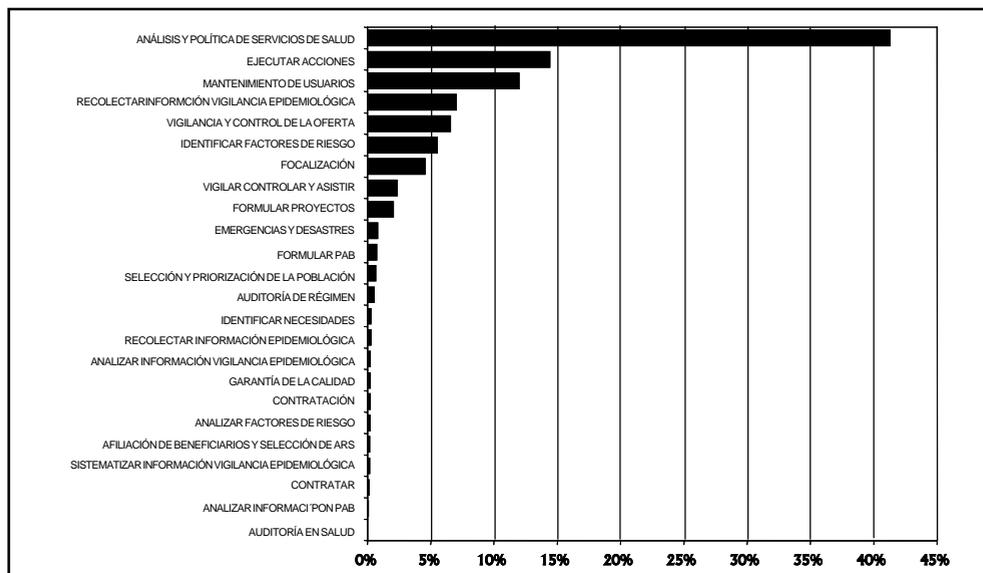


A partir de estas funciones, tareas y competencias es posible construir los perfiles ocupacionales de cada profesión o trabajo auxiliar o construir mapas integrados de las funciones del sistema o subsistema con su ponderación a partir de escalas de dedicación, responsabilidad o concentración.

Las funciones y tareas identificadas fueron contrastadas con doce estudios de caso en las cuales se buscó incluir toda la gama de organizaciones y entornos territoriales existentes en el sector salud en Colombia. A partir de ello se construyeron los perfiles ocupacionales tanto para cada subsistema como para diferentes disciplinas y especialidades clínicas y administrativas.

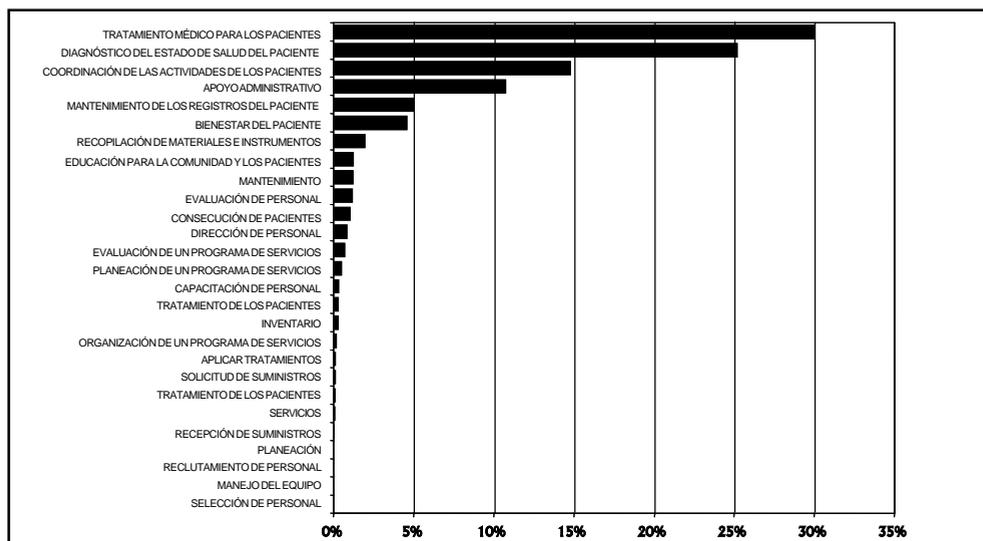
### 2.4.4.1. Competencias globales según entorno

Figura 14. Peso relativo de funciones ocupacionales en la administración territorial (profesionales y auxiliares).

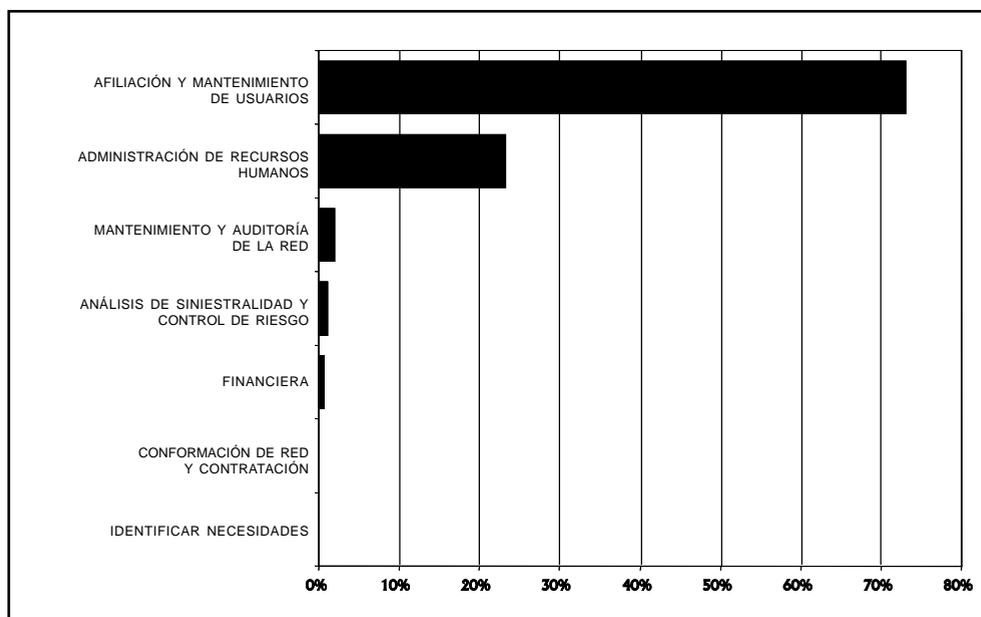


Fuente: Los recursos humanos de salud en Colombia, balance, competencias y perspectivas.

Figura 15. Peso relativo de funciones ocupacionales en la prestación de servicios (profesionales y auxiliares).



Fuente: Los recursos humanos de salud en Colombia, balance, competencias y perspectivas.

Figura 16. *Peso relativo de funciones ocupacionales en el aseguramiento (Profesionales y Auxiliares).*

Fuente: Los recursos humanos de salud en Colombia, balance, competencias y perspectivas.

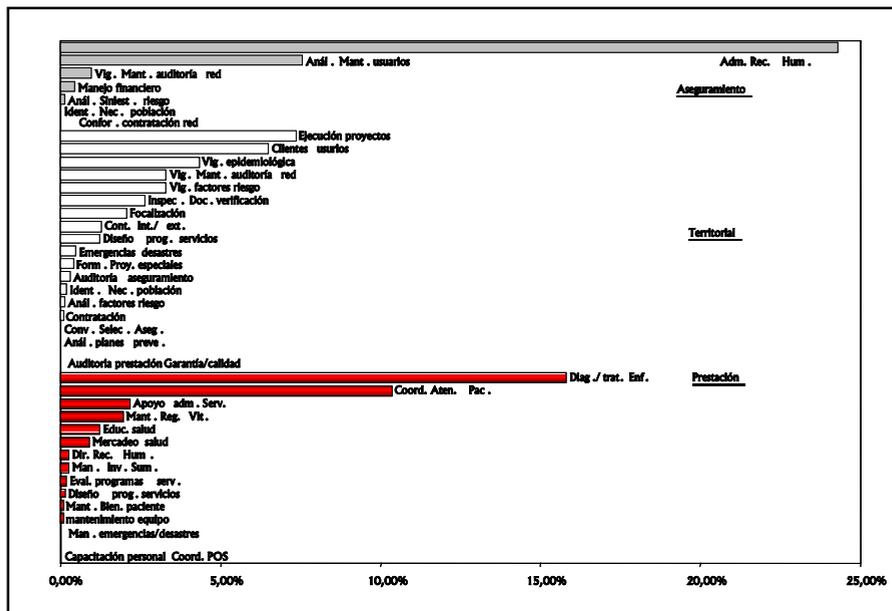
Las figuras 14, 15 y 16 muestran la complejidad y dispersión del conjunto de funciones desempeñadas, tanto en el área de administración territorial del sistema como en el aseguramiento y la misma prestación de servicios.

En la administración territorial las funciones con mayor peso ya no son aquellas orientadas al seguimiento de programas o de la red de organizaciones del sector, sino las relacionadas con el análisis e implementación de las políticas de aseguramiento en salud, el manejo de usuarios, la vigilancia epidemiológica y control de la oferta y otras actividades relacionadas con el control y la administración del aseguramiento.

En lo relativo al aseguramiento se da un conjunto general de nuevas funciones que van desde la afiliación hasta la auditoría de red y el análisis de riesgos. En cuanto a la prestación de servicios se mantienen las funciones básicas de diagnóstico y coordinación de pacientes, pero aparecen nuevas funciones administrativas y de manejo de registros con una participación muy importante.

### 2.4.4.2. Perfil ocupacional medicina

Figura 17. Perfil ocupacional de medicina.



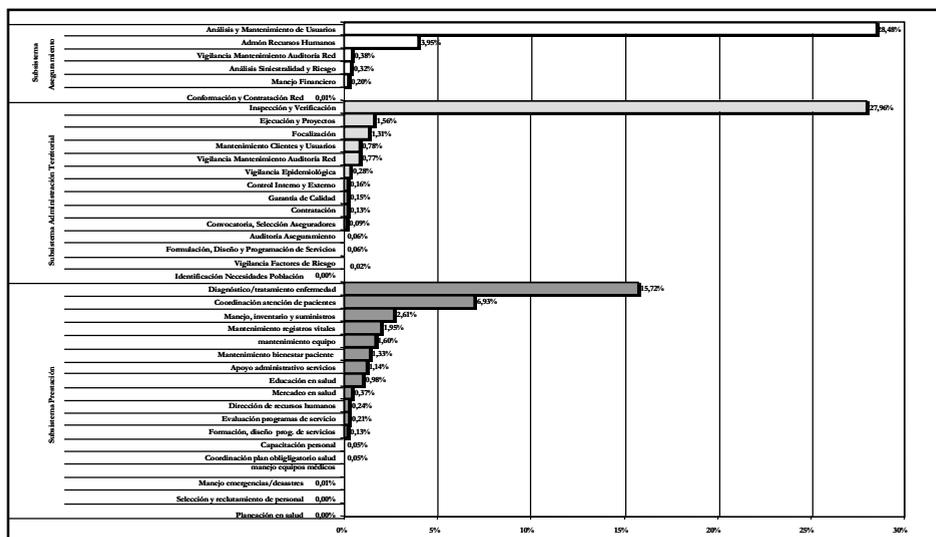
Fuente: Ruiz F, Acosta O.L., Ayala U., otros 2001: Los recursos humanos de salud en Colombia: Balance Competencias y Prospectiva. CEJA, Bogotá.

Como ejemplo, la transformación en el perfil ocupacional de un médico debe tener en su ejercicio profesional la pluripotencialidad para enfrentarse a los tres subsistemas, requerirá de una formación, o al menos áreas de concentración que le permitan el desempeño en aspectos mucho más integrales que aquellos que se le están ofreciendo en la actualidad desde la mayoría de los programas curriculares. Figura 17.

Como se puede observar en la figura 18, el perfil de la auxiliar de enfermera es polivalente y maneja una gran cantidad de funciones en las cuales se dan diferentes niveles de responsabilidad, desde lo logístico hasta aquello que interviene directamente en la vida de las personas.

El análisis de los planes de estudio de los programas de formación muestra una gran dispersión de objetivos y énfasis, esto hace necesario buscar una mayor cualificación de dichos programas.

Figura 18. Perfil ocupacional auxiliar de enfermería.

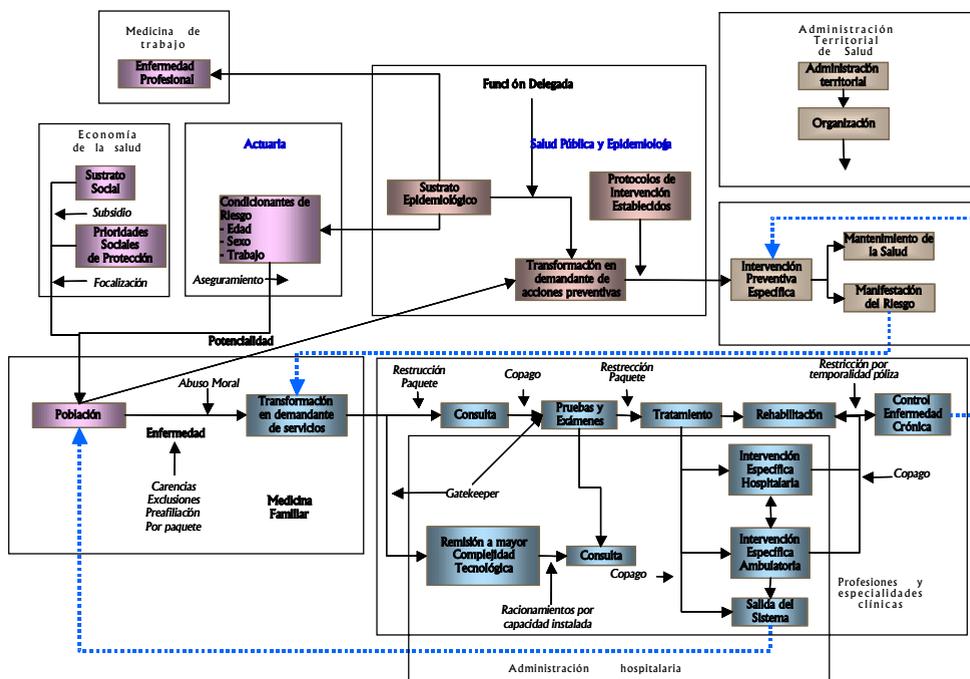


Fuente: Ruiz F., Acosta O.L., Ayala U., otros 2001: Los recursos humanos de salud en Colombia: Balance Competencias y Prospectiva. CEJA, Bogotá.

### 2.4.4.3. Áreas críticas para la formación profesional

La concentración de funciones generan un nuevo mapa de áreas de profundización en la formación, donde persisten la mayoría de las profesiones y especialidades clínicas, pero se plantean áreas nuevas como la economía de la salud, la actuaría y la administración territorial de la salud. Así mismo, parecen importante las decisiones frente a los perfiles profesionales que deben abordar el tema de los procesos de prevención en salud, atención a la familia y derivación hacia la alta complejidad en un campo que podría denominarse medicina familiar. También, se plantea la reestructuración de áreas profesionales muy específicas como la administración hospitalaria, salud pública y epidemiología cuyos roles deben necesariamente transitar hacia la administración público privada en condiciones de competencia y equilibrio económico de las organizaciones del sector. Para la salud pública y la epidemiología queda, entre otros, el reto de integrar un sistema mayormente privado y asegurado con las prioridades sociales, muchas de ellas indelegables. Figura 19.

Figura 19. Mapa de prioridades en la formación profesional.

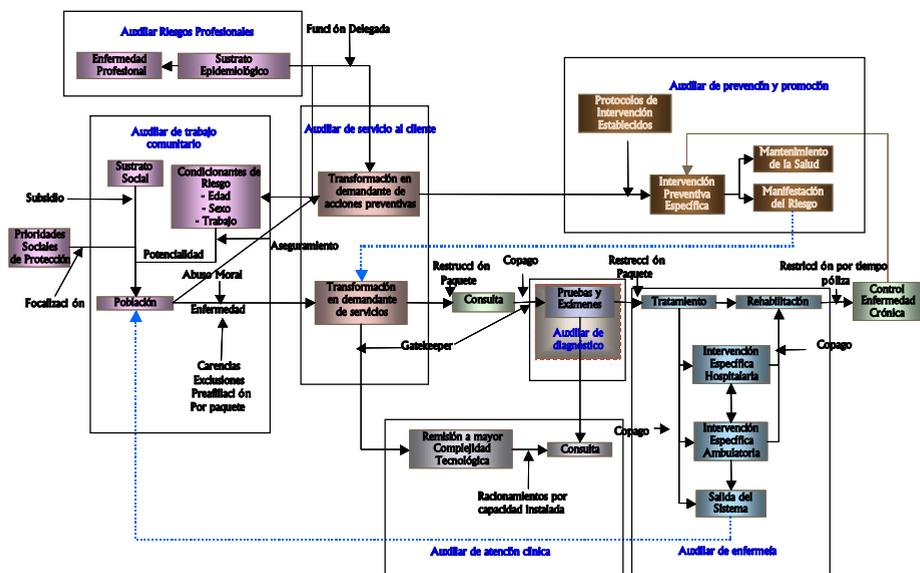


Fuente: Ruiz F., Acosta O.L., Ayala U., otros 2001: Los recursos humanos de salud en Colombia: Balance Competencias y Prospectiva. CEJA, Bogotá.

#### 2.4.4.4. Áreas críticas para la formación no profesional

Existen áreas de nuevos requerimientos técnicos y auxiliares que van desde el desarrollo de experticia técnica en el trabajo comunitario hasta auxiliares de diagnóstico y riesgos profesionales con formación específica y restringida, pasando por auxiliares especializados en el servicio al cliente en un sistema con espectro institucional ampliado y cada vez mayor a los requerimientos de información.

Figura 20. Mapa de prioridades en la formación no profesional.



Fuente: Ruiz F, Acosta O.L., Ayala U., otros 2001: Los recursos humanos de salud en Colombia: Balance Competencias y Prospectiva. CEJA, Bogotá.

## 2.5. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS

- Existen excesos de oferta de recursos humanos que tienden a incrementarse en el futuro. El Plan de Largo Plazo planteó una estrategia integrada de intervención sobre la oferta educativa a través de la acreditación de instituciones educativas y centros de prácticas y limitaciones de entrada al mercado laboral de los recursos a través de la certificación y recertificación profesional con el fin de mantener la calidad del recurso. Esta estrategia se acopla con el crecimiento de la cobertura del sistema que permita una utilización más intensiva de los recursos.
- Las políticas factibles que permiten absorber más eficientemente los excesos de oferta de los recursos humanos están relacionadas con incentivos a la demanda, a partir de la ampliación de cobertura del aseguramiento en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado.
- Existen profesiones cuyos excesos serán difíciles de manejar desde la oferta educativa. El proyecto propuso para algunas profesiones el escalonamiento del proceso educativo con la generación de etapas intermedias, auxiliares,

técnicas o tecnológicas en las cuales los recursos vaya acumulando mayor experiencia e incluso se generen nuevas áreas de trabajo. En algunas otras profesiones con exceso de oferta se plantea la transformación curricular para expandir su perfil ocupacional hacia otros sectores de la economía.

- Hay amplia capacidad para aumentar la cobertura del sistema educativo superior. Dadas las diferencias en calidad entre las instituciones formadoras se propone la certificación como mecanismo para garantizar la calidad del recurso que entra al sector y mejorar las oportunidades de vinculación laboral. Desde el sector educación la intervención a través del sistema de acreditación debe crecer a un ritmo mucho mayor al actual.
- Esta ampliación debe revisarse desde las condiciones de calidad en los recursos formales. El proyecto propuso la revisión de competencias a través del análisis de competitividad y productividad para retroalimentar al sector educativo en los perfiles profesionales, técnicos y auxiliares requeridos.
- La política educativa debe ensamblarse en una política laboral para garantizar la vinculación de nuevos recursos. Esta política laboral según la propuesta del plan debe dirigirse hacia la ampliación del mercado laboral en la prestación de servicios, la especialización de algunos recursos en aspectos como la administración territorial y el aseguramiento con los perfiles ocupacionales propuestos. Así mismo se planteó la necesidad de instrumentar una política de mejoramiento de los recursos existentes en el mercado laboral a través de la educación continua y asignación de puntajes para la recertificación.
- Es necesario mejorar el retorno de la inversión en la educación para incentivar la ampliación de la frontera de la educación superior. Aun cuando esta situación depende mucho de los aspectos macroeconómicos, el plan propone transformar algunas de las bases de la política contractual existente, que permita una mayor potencialidad en la conformación de empresa de servicios en el sector.
- Es inminente un escenario de ajuste en el sistema prestador hacia la maximización de la eficiencia. Las instituciones requieren un aporte gerencial y maximizar la mezcla de tecnología y recurso para sobrevivir a un entorno incierto. La reestructuración de la oferta pública no puede reducirse a la liquidación de los excesos de recursos humanos existentes. Esto debe integrarse a una maximización de la eficiencia de las organizaciones del sector a través de mecanismos propuestos tales como la inserción de nuevas tecnologías y el Benchmarking entre organizaciones y procesos exitosos con aquellas que requieren mejoramiento.

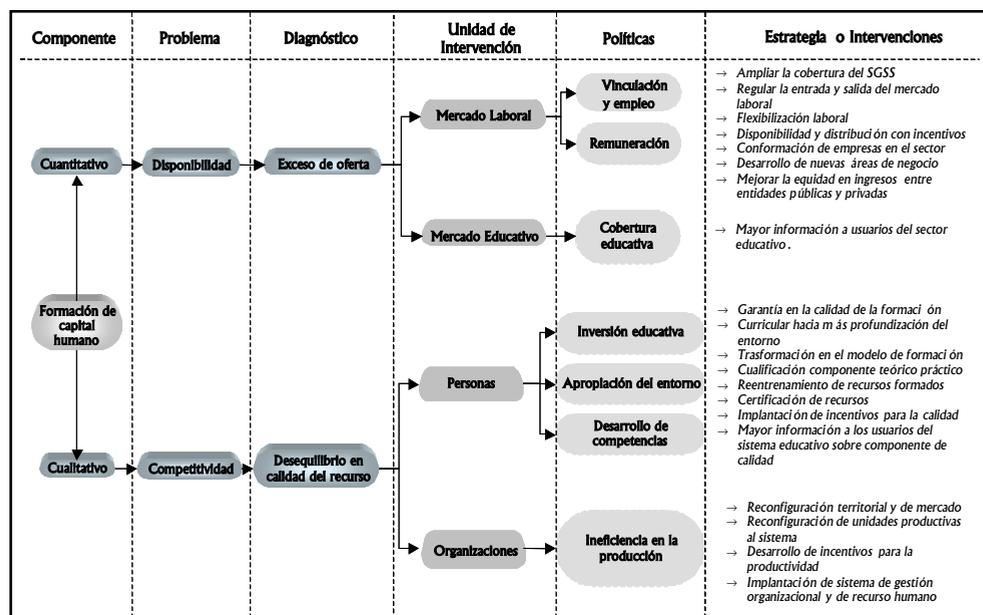
- Es importante remontar el actual esquema profesional auxiliar hacia mayor formación de tipo técnico y tecnológico donde se disminuya el costo de la educación y se mejore el retorno individual, así como mejorar la especificidad de las competencias en las áreas de trabajo muy tecnológicas. Desde el punto de vista del sector educación será necesario restringir la alta tasa de transformación de la oferta educativa tecnológica en oferta educativa profesional.
- Habrá que mejorar los aspectos curriculares en lo relacionado con los conocimientos del entorno en lo administrativo y en la salud pública. El plan propone una revisión de los currículos en estos aspectos
- Se debe repensar el mapa disciplinar actual frente a los requerimientos de los servicios delineando:
  - Nuevas áreas de concertación.
  - Nuevas áreas de postgrado.
  - Postgrados en áreas de mayor demanda según el Sistema de Seguridad Social.
- Hay que mejorar la capacidad de manejo y análisis de la información. En este sentido se propone el fortalecimiento de la capacidad técnica del Ministerio de Salud en lo concerniente al análisis de los factores condicionantes y determinantes de los recursos humanos y en el diseño de políticas. Así mismo se plantea la necesidad de conformar una base académica que investigue sobre el tema y coadyuve a los Ministerios en la evaluación
- Por último, el proceso de planeación e implementación es necesariamente multisectorial y mínimo abarca a educación, salud y trabajo. La integración de los sectores es fundamental. Los mecanismos que se han utilizado hasta ahora, en general no han operado. Se propone el diseño de instancias definidas para la discusión de políticas públicas

Como puede verse, a partir de esta breve explicación, el sistema general de seguridad social tiene retos muy importantes frente a la planeación, entrenamiento y productividad de sus recursos humanos. Durante los últimos 10 años, hemos cometido el gran pecado de considerar trivial el desarrollo de una política hacia los recursos humanos y esto ha llevado a desequilibrios muy importantes con efectos potencialmente dañinos sobre el sistema. Claramente existe la necesidad imperiosa de desarrollar una política intersectorial sobre los recursos humanos de salud, de ese reto dependerá tanto el futuro de los recursos como el bienestar de los usuarios del sistema.

## 2.6. PERSPECTIVAS DE INTERVENCIÓN

El análisis cuantitativo de capital humano de salud en Colombia nos indica que existe un problema de disponibilidad en el recurso humano en salud, particularmente, a partir de excesos de oferta existentes y prospectivos. Este superávit tiene que ver tanto con las condiciones del mercado laboral como con las del mercado educativo. En el primero, se relacionan con la política de vinculación y empleo y la de remuneración del recurso, en el segundo con la política de cobertura educativa.

Figura 21. *Perspectivas de intervención.*



Por otro lado, desde el componente cualitativo del capital humano en salud se identifica un problema estructural de competitividad del recurso con importantes desequilibrios en su calidad, este desequilibrio se da tanto entre los requerimientos de las organizaciones del sector frente a la calidad de los recursos formados, como en las diferencias en calidad entre los diferentes programas de formación, formales y no formales. En el problema de cualificación del recurso debe intervenir tanto desde las personas desde su condición de estudiantes o trabajadores, como desde las organizaciones. En el primer caso, se identifican tres aspectos críticos a intervenir: 1. el desbalance entre la inversión en educación y

el retorno obtenido; 2. el desconocimiento de las condiciones del entorno, particularmente las derivadas de la reforma de salud, y 3. el bajo nivel de desarrollo de competencias tanto en algunos programas formales como en la mayor parte de los programas de educación no formal. En las organizaciones se identifica una ineficiencia en el uso de los recursos y en los planes de producción, mejor llamados en el sector salud “modelos de atención”.

Frente a la política de vinculación y empleo se identificaron dos estrategias o posibles intervenciones: la ampliación en la cobertura del Sistema General de Seguridad Social y la regulación en la entrada y salida del mercado laboral. Estas dos políticas supersedan el ámbito de una política específica del recurso humano y deben transformarse en orientaciones hacia los sectores de educación, salud y trabajo ya que su implementación depende de diversos aspectos macroeconómicos.

En cuanto a la política sobre remuneración se proponen cinco estrategias, algunas de ellas de macropolítica como la flexibilización laboral hacia la ampliación de la demanda de trabajo. Por otro lado, existen políticas con un claro entorno de aplicación en el ámbito de la planeación del recurso como son:

- Política de incentivos hacia la distribución del recurso humano en la cual se plantea la reorientación de los recursos públicos destinados hacia el servicio social obligatorio y becas crédito hacia la creación de incentivos que garanticen la disponibilidad de recursos formados en las zonas más deprimidas del país.
- Desarrollo de nuevas áreas de negocio y conformación de empresas: un sector salud moderno abarca nuevas áreas de cobertura tales como los servicios a poblaciones especiales, el *outsourcing* en servicios de apoyo, entre otros. También es necesario el desarrollo de nuevos conceptos de empresa privada y grupos asociativos que permitan ampliar la frontera ocupacional.
- Por último, es necesario generar una política que mejore la equidad de ingresos entre entidades públicas y privadas, y supere las limitaciones actuales para la desvinculación de los recursos una vez han completado su ciclo laboral.

En relación con la ampliación de la cobertura educativa, existe un conflicto entre las necesidades sociales de acceso a la educación superior y las posibilidades reales de trabajo formal y adecuadamente remunerado. Frente a esta situación, que esta así mismo determinada por la transición demográfica, las posibilidades de actuación efectivas son limitadas, sin embargo es necesario estructurar un proyecto que estimule la creación de empleo frente a los crecimientos previstos

en la oferta de trabajo. Así mismo, es necesario diseñar una estrategia que garantice una mejor información a los usuarios del sistema educativo.

En relación con las condiciones del sistema educativo frente a las personas, es necesario profundizar en una política de la calidad de información a través de un programa de acreditación masiva de programas educativos y la instauración de programas de calidad en la educación no formal. Por otro lado, es necesario instrumentar un proyecto que permita la transformación curricular tanto a nivel de formación profesional como no profesional.

La transformación en el modelo actual de formación tiene al menos dos componentes: el fomento de nuevas áreas de concentración tanto en especialidades como en educación no formal y la redefinición del modelo educativo no formal hacia uno escalonado con orientación tecnológica y, en el caso de algunas profesiones, integrado a la misma educación profesional.

Otro programa crítico para el sector es el reentrenamiento de cerca de 300.000 recursos humanos que se encuentran laborando. Un aspecto fundamental debe ser el programa de reentrenamiento de los cuadros directivos orientado hacia la modernización del sector y la mayor apropiación de los aspectos que se han modificado en su entorno laboral: administración territorial descentralizada, manejo del aseguramiento y gerencia hospitalaria. Este programa debe integrarse con una política de certificación y recertificación de recursos y la implantación de políticas de incentivos para la calidad del recurso.

En lo relacionado con la política de productividad del recurso humano, es necesario estructurar un programa que integre la reconfiguración territorial y de mercado en el sector, con la reconfiguración de unidades productivas al interior de las organizaciones del sector hacia la mejor utilización de los recursos humanos disponibles. Así mismo, la integración de un sistema de gestión organizacional y del recurso humano que permita la modernización administrativa en las empresas del sector. Esto ligado a la posibilidad de utilizar incentivos para la productividad al interior de dichas organizaciones.

En resumen, es necesario estructurar programas de recursos humanos en salud que tengan una visión suprasectorial y garanticen la disponibilidad de recurso mejor calificado en organizaciones más eficientes. Sin afectar este sustrato básico del capital humano será realmente casi imposible proyectar una efectiva transformación del sector salud en Colombia.

## BIBLIOGRAFÍA

Ruiz F. Ayala U., Moore F; Otros. Los recursos Humanos de Salud en Colombia: Balance auge, técnicas y prospectiva, CEJA, Bogotá, 2001.

Romer, D. Advanced macroeconomics, Tomo I.; The Mc Graw Hill, New York. 1996.

Posada, CE. Crecimiento Económico “Capital Humano” y Educación. Revista de Planeación y Desarrollo Vol 24, Edición especial, diciembre 1993.

### **BIBLIOGRAFÍA PRODUCIDA POR EL PROYECTO “PLAN DE LARZO PLAZO PARA EL DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN COLOMBIA”**

#### **DOCUMENTOS TÉCNICOS**

Directorio institucional del sector salud.

Base de datos de oferta educativa en salud.

Directorio de programas educativos en salud.

Base datos de tareas profesiones sector salud.

Procesos de dirección territorial metropolitana.

Procesos de dirección territorial centros regionales - ciudades intermedias.

Procesos de dirección territorial centros subregionales y locales.

Análisis de condiciones de desempeño laboral.

Análisis de oferta educativa.

Análisis calidad recursos humanos y programas educativos.

Diagnóstico de políticas generales de los recursos humanos.

Línea de base regulatoria.

Incidencia de la regulación en los problemas críticos de los recursos humanos de salud en Colombia.

Mapa estratégico de intereses y actores en la seguridad social en Colombia.

Plan de largo plazo para el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos de salud en Colombia.

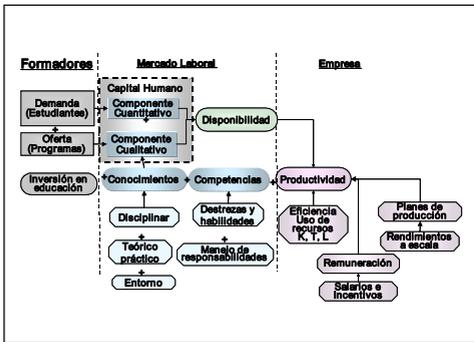
#### **LIBRO**

Los recursos de salud en Colombia: balance, competencias y prospectivas.

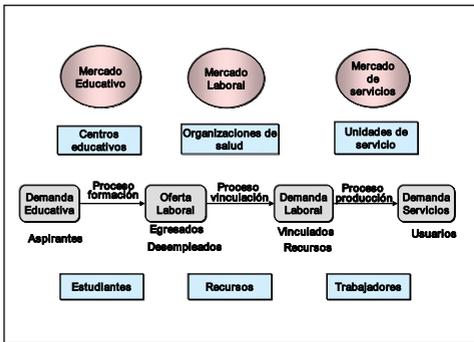
## ANEXO

# Los Recursos Humanos de Salud en Colombia: Balance, Competencias y Prospectiva

## Formación de Capital Humano



## Disponibilidad de Recursos Humanos



**Cálculo de la oferta y demanda de recursos humanos**

**Oferta:**

$$\text{Stock}_t = \text{Stock}_{t-1} + \text{GRADUADOS} - \text{Tasa de Mortalidad} \cdot (\text{Stock}_t) - \text{Tasa de Migración} \cdot (\text{Stock}_t)$$

\*DNP y DANE

$$\text{Graduados} = B_0 + B_1 \cdot \text{solicitudes} + B_2 \cdot \text{matriculados primera vez} + B_3 \cdot \text{tiempo} + B_4 \cdot \text{variable dummy (reforma Ley 30)} + \text{error}$$

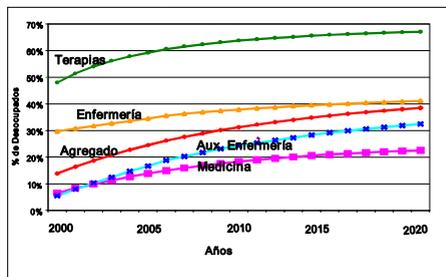
**Demanda:**

$$\text{Demanda}_t = (\text{Recurso/Actividades})_t \cdot \text{Actividades}_t \cdot \% \text{Eficiencia}_t$$

**Stock de recurso humano según categorías ocupacionales**

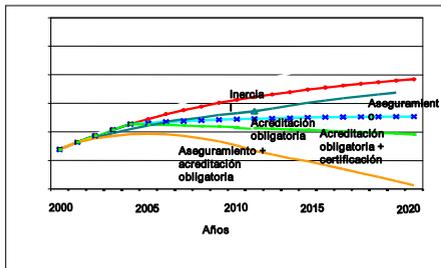
Categoría	Número	% Part.	Relación Número de Personas x 1.000
Total	216.587	100%	5.30
Médicos	51.118	24%	1.25
Profesional de Enfermería	21.976	10%	0.54
Auxiliar de Enfermería	76.009	35%	1.86
Odentólogo.	28.310	13%	0.69
Terapias	16.078	7%	0.39
Bacteriología y Nutrición	23.096	11%	0.57

**Desocupación del recurso humano. Proyecciones 2000-2020**



Fuente: Oficina CIBOEX

**Efectos esperados de políticas de ajuste, 2000-2020 Profesionales Seleccionadas**

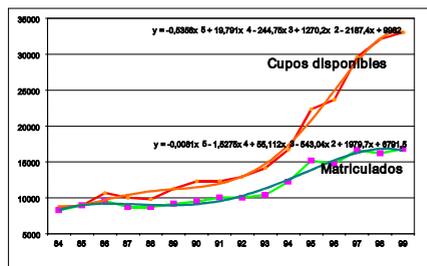


Fuente: Oficina CIBOEX

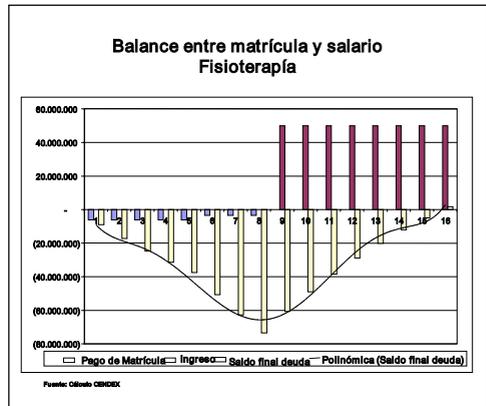
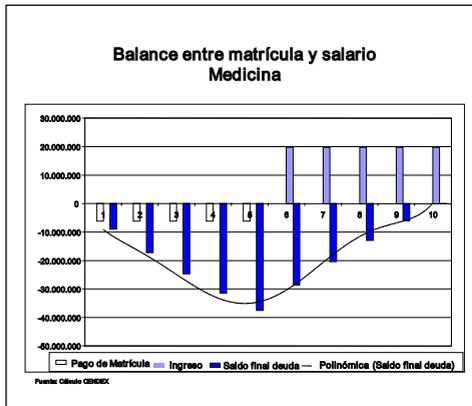
# Calidad de los Recursos Humanos

# Inversión en educación

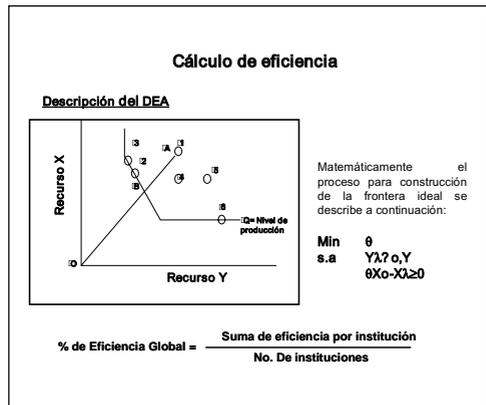
**Utilización de la capacidad instalada de la educación superior, 1984-1999**



Fuente: Oficina CIBOEX



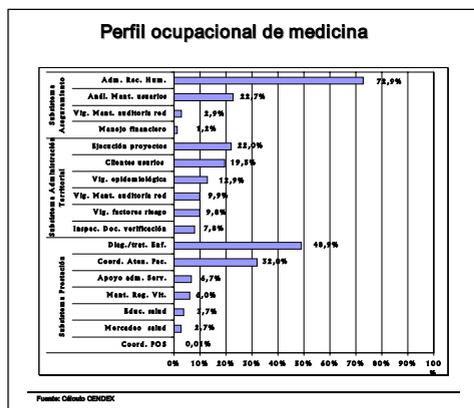
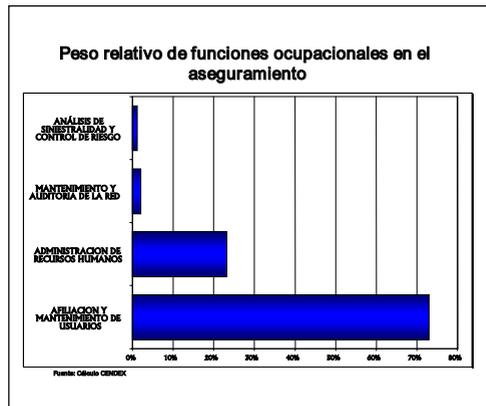
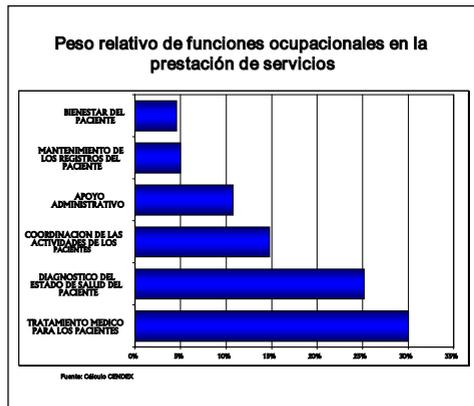
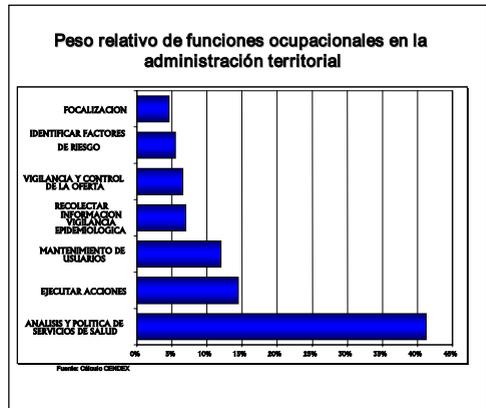
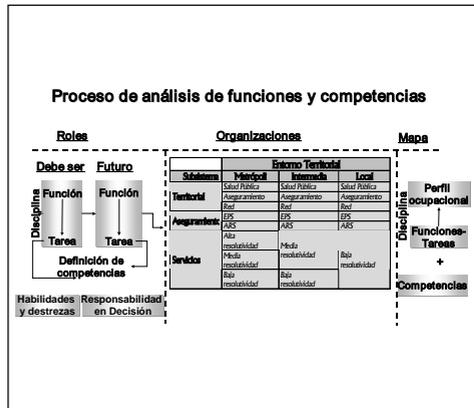
# Productividad



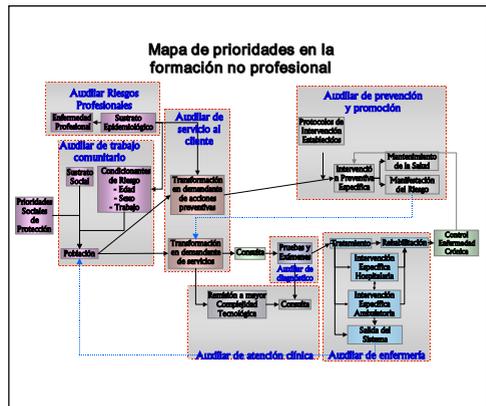
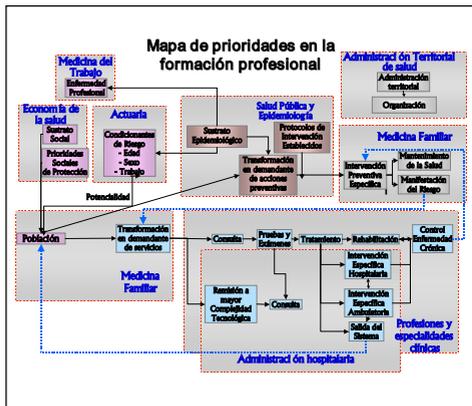
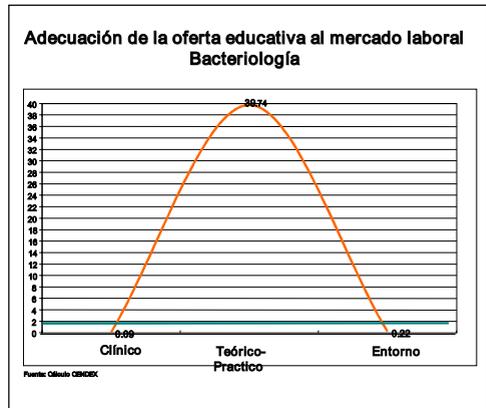
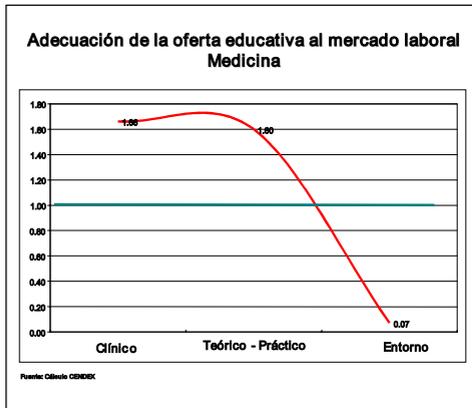
### Eficiencia relativa de hospitales, según complejidad

Nivel	No. Instituciones	Eficiencia Global	No. Instituciones eficientes (100%)
III	44	56%	5
II	63	42%	5
<b>Agregado</b>	<b>107</b>	<b>38%</b>	<b>6</b>

# Funciones y Competencias



# Conocimientos



# Prospectiva



## **Cinco Intervenciones críticas**

1. **Reestructuración de perfiles de recurso humano con base en competencias.**
2. **Acreditación de programas de educación superior.**
3. **Reingeniería y gestión de recursos humanos en organizaciones.**
4. **Reentrenamiento de personal**
5. **Información para toma de decisiones.**

[www.cendex.org.co](http://www.cendex.org.co)

## CAPÍTULO III

# LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN COLOMBIA: UN RETO A FUTURO

LUIS F. GIACOMETTI ROJAS\*

DIRECTOR PROYECTO “RED MULTIDISCIPLINARIA PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA  
EDUCACIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN SALUD”

---

\* Director para Colombia CHC Consultoría I Gestión S.A. Grupo CHC - Consorcio Hospitalario de Cataluña.



## CONTENIDO

3.1. Marco de referencia para la modernización de la educación en salud .....	107
3.2. Metodología .....	108
3.3. Principales hallazgos .....	110
3.3.1. Situaciones y problemas relacionados con el contexto social, económico y político .....	110
3.3.2. Situaciones y problemas referentes a la relación entre la formación de personal y la prestación de servicios .....	110
3.3.3. Situaciones y problemas relacionados con el proceso formativo .....	111
3.4. Plan de modernización de la educación en salud .....	111
3.4.1. Propuestas relacionadas con la definición de políticas orientadas a integrar la formación de personal y la prestación de servicios .....	112
3.4.2. Propuestas relacionadas con la definición o revisión de los modelos de prestación de servicios y modelos de atención a la salud y su relación con los procesos de formación del personal .....	114
3.4.3. Propuestas relacionadas con el enfoque, metodologías y técnicas formativas .....	115
3.4.4. Propuestas para creación de mecanismos que permitan generar y coordinar acciones para estimular y conducir los procesos de cambio .....	116
3.5. Plan de incentivos .....	118
3.6. Conclusiones .....	119
3.7. Perspectivas .....	121

3.7.1. Acciones orientadas a la reconversión laboral y el reentrenamiento del personal .....	121
3.7.2. Acciones orientadas al fomento de la calidad en la formación del personal de salud .....	123
3.7.3. Acciones orientadas a la profesionalización de la docencia en salud .....	124
3.7.4. Acciones orientadas a garantizar el desarrollo y continuidad en el tiempo de las recomendaciones de los proyectos de recursos humanos .....	125
Bibliografía .....	125
Anexo .....	127

### 3.1. MARCO DE REFERENCIA PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN SALUD

El advenimiento del siglo XXI se caracteriza entre otros aspectos por grandes cambios en el rol y las funciones del Estado en los sistemas sociales. En el sector salud la evolución reciente de los sistemas de servicios, es reconocida como una de las resultantes de esos profundos replanteamientos de la función y rol del Estado, que se traducen en la adopción de patrones de organización y financiamiento de los servicios, como respuesta a modelos de desarrollo que reemplazan la intervención directa de los organismos gubernamentales, por una función de conducción y “asistencia técnica” o “modulación” de los agentes del mercado.

Como consecuencia de esto, la evidencia disponible apunta, a que un sano equilibrio entre la capacidad reguladora del Estado y el libre ejercicio del mercado, se constituye en una alternativa viable en la búsqueda del equilibrio de fuerzas entre las demandas crecientes de la sociedad y la igualmente creciente limitación de recursos públicos.

En Colombia las implicaciones de estas tendencias, se manifiestan en la implementación del SGSSS. Los nuevos modelos de prestación de servicios establecen relaciones distintas para el financiamiento y la organización de la oferta y la demanda de estos, los cuales a su vez, determinan cambios de alto significado en el comportamiento, roles y desempeño del personal de salud.

Esto hace evidente que un proceso de reforma del sector de la salud, no puede concebirse sin uno paralelo desde el sector educativo. Las modificaciones en este último deberán partir de un serio replanteamiento del proceso de formación del personal, ya que en buena parte, de este depende no solo la preparación idónea de las personas que son el eje del proceso de atención, sino adicionalmente, la calidad de servicios que recibe la población.

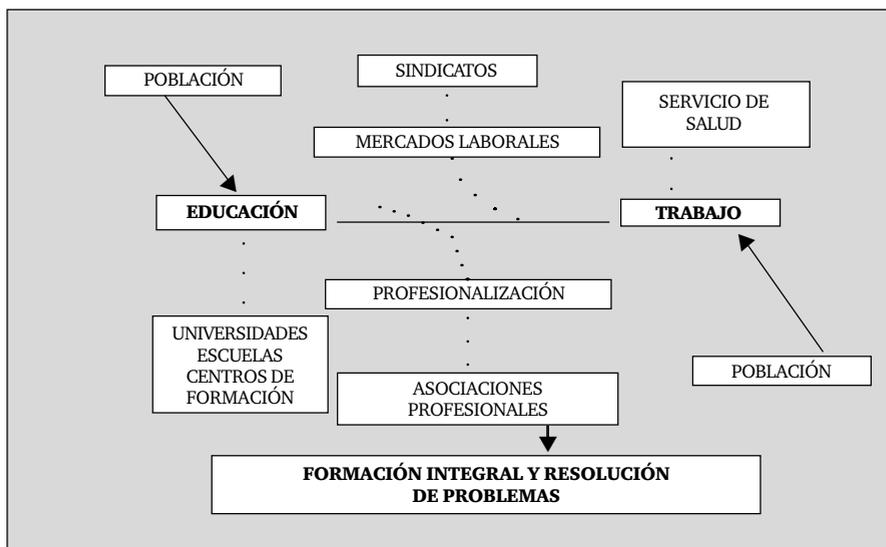
Este hecho hace perentoria la necesidad de abordar de manera integral los problemas de los servicios de salud, con las debidas consideraciones a los aspectos laborales y del trabajo que afectan al personal, así como a la manera como este último se forma. De la interacción de estos “mercados” y de los mecanismos de comunicación y articulación que se den en tal sentido, dependerá el evitar mayo-

res desajustes a los ya existentes, que atentan contra la estabilidad y viabilidad del sistema de salud.

A partir de ese contexto, un marco de referencia para la modernización de la educación en salud, estará además determinada por los avances del conocimiento y la tecnología, en las disciplinas correspondientes y los desarrollos intrínsecos de técnicas educativas y pedagógicas.

En la figura 1, se esquematizan las diversas interacciones que se presentan en los tres mercados ( educación, salud y trabajo), las cuales surgen de las necesidades de la población, volviendo a ella con las manifestaciones surgidas de su interrelación.

Figura 1. *El personal de salud. Relación, formación y trabajo.*



Fuente: CHC CiG SA. Proyecto de Modernización. Modificado de BRITO, Pedro. OPS/OMS, 2002.

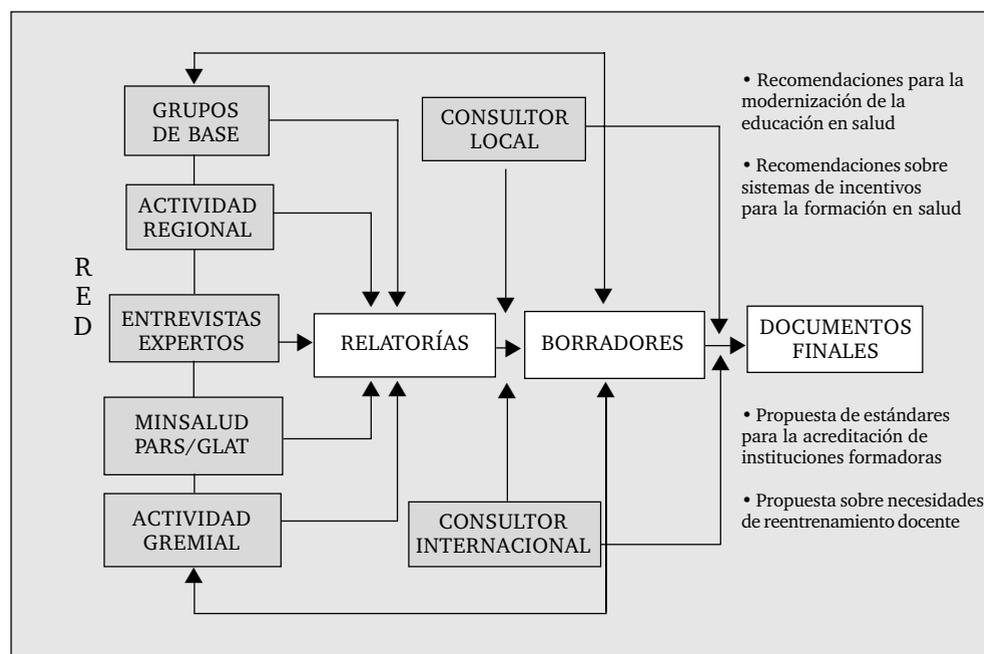
### 3. 2. METODOLOGÍA

En el marco referencial planteado, el sujeto de análisis, en el Proyecto de Modernización de la Educación ha sido el componente cualitativo de los programas de formación del personal de salud.

La metodología utilizada en esos análisis tuvo un carácter participativo, para la búsqueda de acuerdos y en lo posible consensos de actores en el proceso educativo. La estrategia central de ejecución estuvo constituida por la conformación de una *Red Multidisciplinaria*, integrada por un número superior a las trescientas personas, seleccionadas de todas las profesiones de la salud, provenientes de las diferentes regiones del país, representando las diversas áreas de formación y trabajo profesional, y las distintas clases de instituciones, tanto educativas como prestadoras de servicios, de los sectores público y privado.

En la figura número 2, se representa el mecanismo de trabajo participativo, que de manera progresiva permitió formalizar un esquema de construcción colectiva de los documentos. Los diferentes grupos e instancias participantes, orientados por temáticas, con debates y reflexiones sobre las mismas, determinaron relatorías (documentos preliminares), los cuales, mediante la asistencia técnica y el análisis estructural de los consultores nacionales e internacionales, condujeron a la definición de conclusiones y recomendaciones para la adopción de políticas, las cuales se registran en los documentos finales.

Figura 2. Proceso de deliberación y construcción documental.



Fuente: CHCCiG SA. Proyecto de modernización. 2002.

### 3.3. PRINCIPALES HALLAZGOS

La situación actual de la educación en salud en Colombia es el resultado de la interacción de numerosas fuerzas sociales y políticas, externas e internas, a lo largo de las últimas décadas. A los fenómenos mundiales como la globalización, el triunfo del capitalismo, las tendencias a la privatización, la descentralización y la avalancha de las tecnologías de la información, se agregan circunstancias regionales, que son características del entorno latinoamericano, como el subdesarrollo, la exclusión social y la pobreza. A éstas se suman, otras más, propias del país. Todas ellas han incidido en las características de la formación actual del personal de salud.

Los análisis realizados hacen evidentes tres grandes conjuntos de situaciones en los procesos de formación del personal de salud, que habrán de ser objeto de modernización y cambio. Estos son:

#### 3.3.1. SITUACIONES Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONTEXTO SOCIAL, ECONÓMICO Y POLÍTICO

- Bajo reconocimiento real de la responsabilidad social de los entes educativos, que se deberá expresar en su compromiso y acciones para la formación de ciudadanos íntegros y éticos que respondan a las necesidades de la sociedad.
- Crisis de liderazgo del sector salud frente a la formación de su personal, que conduce a vacíos y ausencia de la concertación intersectorial de políticas, regulación y control sobre la calidad del proceso formativo.

#### 3.3.2. SITUACIONES Y PROBLEMAS REFERENTES A LA RELACIÓN ENTRE LA FORMACIÓN DE PERSONAL Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS. (DOCENCIA/SERVICIO)

- Falta consistencia entre los modelos de prestación de servicios que orienten el proceso formativo y brinden las condiciones para generar modelos integradores y holísticos de atención a la salud.
- Inexistencia de mecanismos que relacionen apropiadamente la formación del personal y la prestación de servicios en todos los niveles e instancias del proceso de atención a la salud.
- Carencias en la determinación de estándares de calidad para acreditar centros y escenarios de práctica, la idoneidad en la formación, el desempeño

del personal y la calidad de los servicios en las varias instancias de atención a la salud.

- Baja pertinencia de los contenidos curriculares frente a las necesidades de la población y a las características de los servicios.
- Inexistencia de criterios claros para la definición de competencias básicas por profesión u oficio que orienten el curso del proceso formativo del personal.

### 3.3.3. SITUACIONES Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL PROCESO FORMATIVO

- Carencia de una política de investigación que promueva la generación de conocimiento y la producción intelectual dentro del sector salud.
- Énfasis en la instrucción con desmedro de la formación. Deficientes técnicas y metodologías docentes que limitan el proceso educativo a modelos repetitivos, memorísticos y orientados al conocimiento teórico.
- Carencia de una política de educación continuada, así como de actividades y programas definidos para los diferentes grupos de profesionales, técnicos y auxiliares, que hoy actúan en la atención en salud. Tales programas deberán ser coherentes con las necesidades de actualización técnica, nuevos roles y participación de esos grupos en los cambios requeridos en los servicios de salud y en su interacción con el sistema.
- Ausencia de políticas, incentivos apropiados y acciones concretas, para el “reentrenamiento” del personal docente y de áreas críticas del sistema de salud, acorde con las responsabilidades en la formación de los nuevos contingentes de profesionales, técnicos y auxiliares, quienes son en gran medida responsables del desarrollo del nuevo sistema de servicios de salud.

## 3.4. PLAN DE MODERNIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN SALUD

En respuesta a los hallazgos y problemas enunciados, que inciden en las distintas áreas de análisis abordadas (pregrado, postgrado, educación continuada, educación no formal, reentrenamiento, estándares de acreditación para centros de formación e incentivos) se propone: un PLAN DE MODERNIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN SALUD.

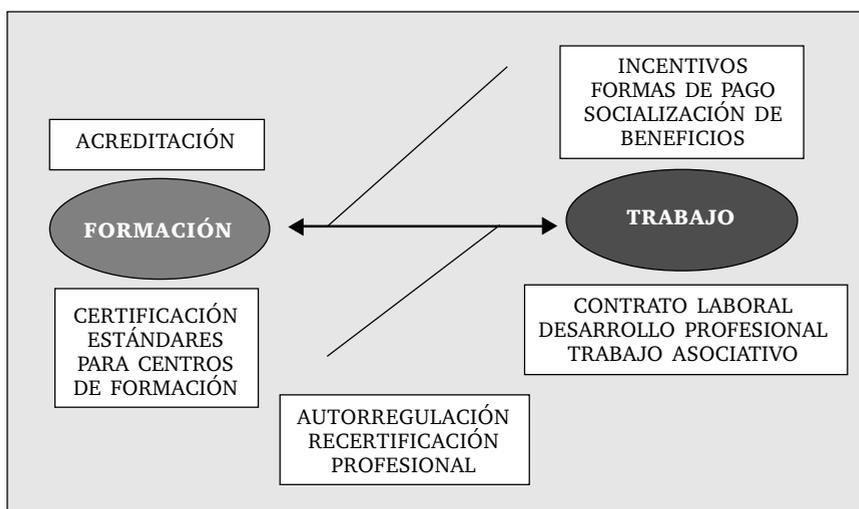
Este PLAN comprende:

### 3.4.1. PROPUESTAS RELACIONADAS CON LA DEFINICIÓN DE POLÍTICAS ORIENTADAS A INTEGRAR LA FORMACIÓN DE PERSONAL Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Las definiciones de política sectorial e institucional que se proponen, requerirán para su aplicación el establecimiento de un conjunto de mecanismos de regulación y de incentivos (monetarios y no monetarios) que faciliten su puesta en marcha y la adopción de las líneas de acción pertinentes por parte de los agentes sociales responsables (ver plan de incentivos).

Esta estrategia es esencial, toda vez, que muchos de los cambios propuestos se encuentran en manos de agentes sociales muy diversos, y con intereses de diferente índole, con frecuencia contrapuestos entre si (figura 3).

Figura 3. Principales mecanismos regulatorios.



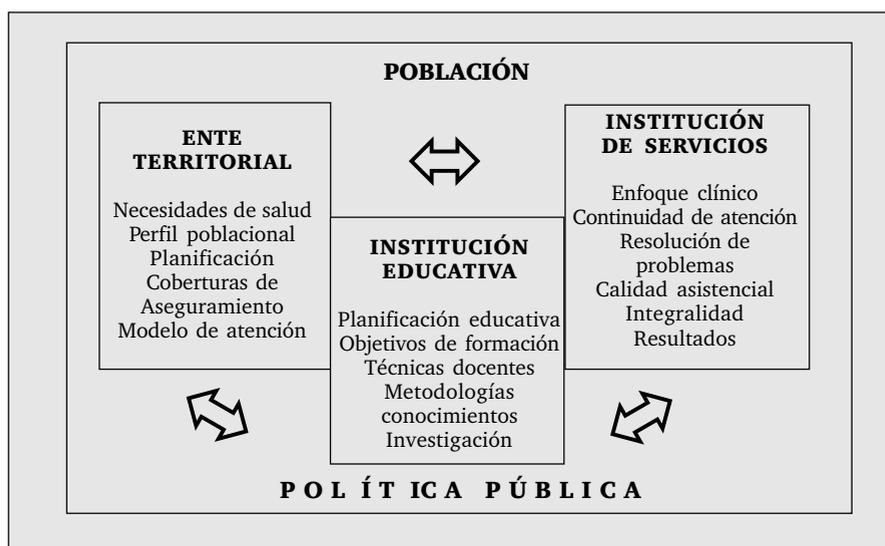
Fuente: CHC CiG SA. Proyecto de modernización. Modificado de BRITO, Pedro. OPS / OMS, 2002.

Este conjunto de acciones deberá estar orientado hacia el desarrollo de modelos demostrativos en diversas regiones del país. Los mecanismos de coordinación requeridos deben ser establecidos por un **“Comité Nacional para los Recursos Humanos en Salud”** –CNRHS–, para cuya formalización se plantean tres alternativas. Este Comité desde el nivel central deberá anteceder la acción de los

entes territoriales involucrados, las instituciones educativas y los centros de formación respectivos, para el desarrollo de modelos innovadores para la educación del personal, tomando como base la integración entre la formación y el trabajo, así como el fortalecimiento de la primera instancia de contacto con la población en el proceso de atención en salud.

La implementación de estas acciones, deberá ser liderada desde el nivel central del Estado para articular las experiencias de los ámbitos territoriales del sistema de salud, toda vez, que cada modelo demostrativo deberá reflejar las necesidades de cada territorio en materia de prioridades de salud (perfil epidemiológico, estado de salud, plan territorial de salud, prioridades de atención). Las características de éstos determinan en buena medida las competencias para las cuales se requiere diseñar y ejecutar los programas de formación de los diferentes grupos de profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud. (figura 4).

Figura 4.



Fuente: CHC CiG SA. Proyecto de Modernización, 2002.

El desarrollo de una interfase, fluida y transparente, entre los procesos y programas de formación de personal y de prestación de servicios requiere intervenciones directas sobre aspectos específicos del marco normativo, de la ya conocida “relación docente - asistencial” (decreto 190/96). La adopción de estándares para acreditación de centros de formación y escenarios de práctica, la certificación y recertificación profesional como resultados de acciones coordinadas de los sectores salud y educación y la adopción de nuevos mecanismos que regulen y

dignifiquen las relaciones laborales dentro del sector, son otras tantas áreas en las cuales se requiere intervenir. El Plan de Modernización de la Educación en Salud presenta líneas concretas de acción para cada una de ellas.

Consecuente con lo anterior, procede citar a Walt, cuando indica: “los periodos transicionales en los gobiernos suelen ser apropiados para introducir los grandes cambios, ya sea a partir de los gobiernos salientes que quieran dejar elementos claves para la posteridad, o de los gobiernos entrantes, que aprovechen el momento reinante cada vez que un nuevo equipo político entra a dirigir los destinos del país”.

En esta línea, se propone una estrategia de fortalecimiento del proceso de decisiones para la adopción de las políticas y la iniciación de acciones definidas para:

- Debatar el proyecto de decreto modificado del decreto 190/96 “relación docente asistencial” propuesto para construir una nueva relación intersectorial e interinstitucional entre las entidades que forman el personal y las que prestan los servicios de salud.
- Adoptar la definición de un conjunto de estándares propuesto para la habilitación y acreditación de centros de formación en salud (instituciones de servicios que forman personal), de forzoso cumplimiento en el caso de los primeros y de progresiva implementación en el segundo.
- Implementar las recomendaciones y líneas de acción propuestas para las instituciones educativas (universidades, facultades, escuelas) y centros de formación (instituciones de servicios donde se forma personal) para el desarrollo de proyectos conjuntos (áreas de demostración), bajo un nuevo modelo de relación interinstitucional que integre los procesos de la formación de personal y el trabajo de la prestación de servicios.

#### 3.4.2. PROPUESTAS RELACIONADAS CON LA DEFINICIÓN O REVISIÓN DE LOS MODELOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LOS PROCESOS DE FORMACIÓN DEL PERSONAL

En los análisis realizados fue evidente la necesidad de generar orientaciones claras de políticas para fortalecer el proceso de definición o revisión de modelos de prestación de servicios y modelos de atención a la salud que promuevan una visión holística de la salud.

La subsecuente puesta en operación de estos modelos debe propiciar el desarrollo de acciones integradoras dentro del proceso de atención a la salud, en parti-

cular generadas desde el ámbito y el rol primordial de la primera instancia de atención a la población (primer nivel).

Las recomendaciones de acción en esta área incluyen apoyo a la investigación de servicios de salud para definir competencias y para apoyar el establecimiento de programas formativos que generen en el personal de salud la capacidad requerida para garantizar integralidad, continuidad, longitudinalidad y resolutivez desde esta primera instancia de atención.

- Adoptar las recomendaciones de diseñar un proceso intersectorial para la definición del conjunto básico de competencias profesionales y técnicas indispensables para el ejercicio de toda profesión u oficio en el campo de la salud, que sirva de base a nuevos procesos de diseño curricular y evaluación de resultados formativos.
- Desarrollar una propuesta de política en conjunto con las asociaciones académicas, profesionales o gremiales del sector, así como mecanismos orientados a diseñar e implementar un sistema periódico de certificación y recertificación, extensivo a todas las disciplinas de la salud que intervengan en el proceso de atención.
- Formular e implementar recomendaciones y líneas de acción relacionadas con la capacitación de los actuales grupos de profesionales, técnicos y auxiliares, de cuya actuación depende el éxito de la consolidación y desarrollo del nuevo sistema de servicios de salud.
- Debatar el proyecto de decreto propuesto para la reforma de la educación no formal, tanto en el ámbito normativo y enfoque, como en los contenidos curriculares del actual y futuro rol de la educación “no formal” en el País.
- Revisar el marco normativo existente del modelo formativo de los técnicos y auxiliares en el sector salud, en forma tal que se logre una mejor adaptación laboral y posibilidades de desarrollo futuro de acuerdo con la dinámica social, los derechos individuales y las necesidades del sector. El objetivo último será la profesionalización de este personal.

### 3.4.3. PROPUESTAS RELACIONADAS CON EL ENFOQUE, METODOLOGÍAS Y TÉCNICAS FORMATIVAS

Este conjunto de propuestas de acción se basa, primero, en la exigencia actual del “estado del arte” en la educación en salud de cambiar la orientación de dichos procesos hacia un enfoque formativo que reemplace el abordaje tradicional de transmisión de conocimientos; segundo, de la urgencia de incorporar los avan-

ces y las nuevas técnicas docentes y pedagógicas en los programas de formación de los profesionales, los técnicos y los auxiliares del sector salud y, tercero, en la necesidad de que las instituciones educativas reconozcan de manera efectiva y actúen en consecuencia respecto a su responsabilidad social involucrando en este cometido a los estudiantes y docentes, quienes deberán prepararse para ser protagonistas de este proceso de modernización.

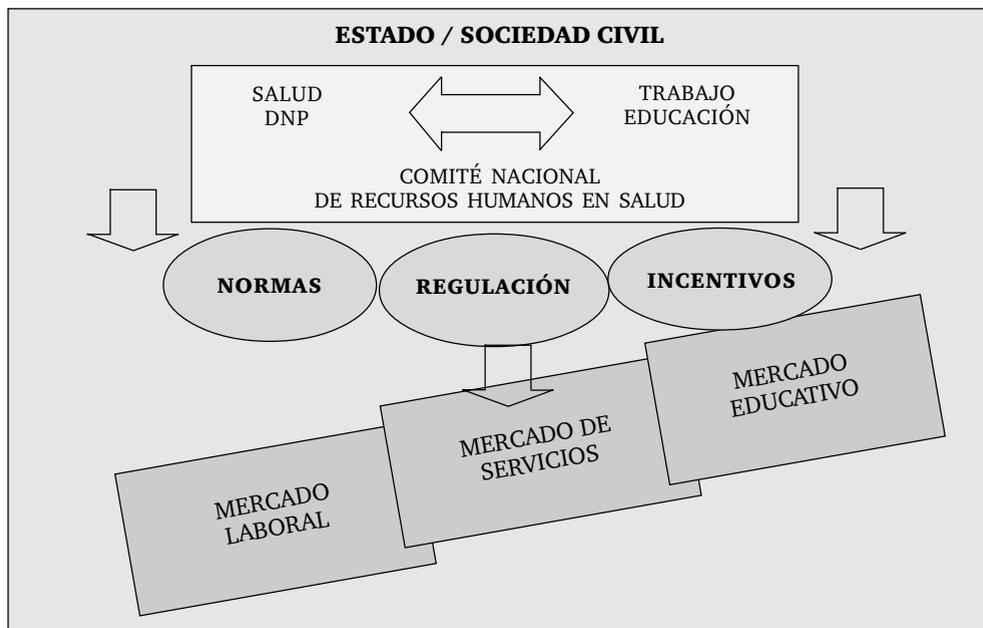
- Adoptar y aplicar una política sobre los incentivos necesarios en las instituciones educativas para promover la reorientación del enfoque general de los programas, objetivos, contenidos, metodologías y técnicas de evaluación, acordes con la dinámica y el “estado del arte” de la educación en salud en el ámbito internacional, así como, con la necesidad de resolver problemas concretos que exige la sociedad colombiana y el desarrollo del sistema de salud.
- Ejecutar las políticas adoptadas para el “empoderamiento” de las instituciones formativas como agentes transformadores de la sociedad, a través de sus egresados, de sus cuerpos docentes y discentes. La estrategia debe ser hacia una formación integral, humana y ética, acorde con las necesidades de transformación de la sociedad colombiana.
- Poner en marcha las recomendaciones y líneas de acción sugeridas para el reentrenamiento y profesionalización de los docentes que impulsen el cambio al interior de los programas formativos, incentiven un nuevo modelo de enseñanza-aprendizaje centrado en las necesidades del estudiante, y comprometan la actuación del cuerpo docente en la dinámica actual del sector.

#### 3.4.4. PROPUESTAS PARA CREACIÓN DE MECANISMOS QUE PERMITAN GENERAR Y COORDINAR ACCIONES PARA ESTIMULAR Y CONDUCIR LOS PROCESOS DE CAMBIO

En el proceso de formulación del Plan de Modernización de la Educación en Salud fue evidente la necesidad del establecimiento de un ente normativo-técnico, que se constituya en el espacio de concertación interinstitucional e intersectorial alrededor del tema de la planificación, gestión, formación y desarrollo del personal de salud. (Figura 6).

Este ente u organismo debe superar las restricciones que han encontrado iniciativas similares, por razones de su ubicación institucional usualmente circunscrita a un solo sector. En este sentido existen varias alternativas de conformación de este ente que deben ser motivo de debate y concertación.

Figura 6.



Fuente: CHC CiG SA. Proyecto de Modernización, 2002.

Este ente orientador de intereses podría ser un Comité Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud –CNRHS–, cuya misión fundamental deberá ser asesorar el establecimiento de un conjunto de políticas que recuperen el rol protagónico del personal de salud como principal responsable del cambio, así como de la operación actual y futura del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La creación de este espacio permitirá a los distintos agentes sociales que intervienen en el proceso de formación del personal de salud, discutir y tomar las decisiones que más convengan al país, desde el punto de vista de las políticas públicas, los enfoques formativos, los sistemas de acreditación, la integración entre docencia y servicio y los contenidos curriculares, entre muchos otros.

Consecuente con lo anterior se deben desarrollar las siguientes acciones:

- Definir una agenda de trabajo entre los sectores salud, educación y trabajo, liderada por el primero, que establezca un programa intersectorial que defina las bases de un nuevo modelo formativo del personal, mas ajustado a la dinámica de cambio planteada desde el sistema de salud.

- Establecer, en los ámbitos apropiados de las políticas de Estado, los mecanismos que den viabilidad a la acción conjunta de los sectores de salud, educación y trabajo, involucrados en los procesos de formación y desempeño del personal de salud.
- Formular políticas y adoptar líneas de acción para reconocer y hacer efectivo el rol protagónico del personal de salud, como actor principal en los procesos de cambio social e institucional que requiere el sector salud y facilitar en consecuencia la identificación y movilización de recursos para incentivar dichos cambios.
- Adoptar una agenda y cronograma definidos para el ente coordinador del desarrollo del personal de salud (comité u otra denominación). Para este propósito se consignan recomendaciones específicas en el Plan Multidisciplinario para Modernización de la Educación en Salud.

### 3.5. PLAN DE INCENTIVOS

El plan de incentivos, para la formación del personal de salud, establece un conjunto de acciones orientadas a estimular cambios en los distintos agentes sociales relacionados directa e indirectamente con el proceso formador del personal de salud.

Tales acciones incluyen la aplicación de incentivos monetarios (destinación de recursos públicos, becas crédito, financiación con destinación específica) y no monetarios (reconocimiento público, divulgación de resultados, contratación preferencial), que estimulen modificaciones en el desempeño de las instituciones y los cuerpos docentes que actúan en la formación del personal de salud.

Los incentivos propuestos se relacionan de manera primordial con:

- Adoptar líneas de política en salud que integren la formación del personal con las necesidades de atención a la población en un territorio determinado. Los resultados de las mismas deberán divulgarse a través de los medios de comunicación al alcance del Estado.
- Destinar recursos públicos orientados a fortalecer el desarrollo de modelos demostrativos que integren la formación del personal y la prestación de servicios y promuevan acciones coordinadas en estos procesos de los entes territoriales, instituciones educativas (universidades, escuelas, facultades) y centros de formación (instituciones de servicios).

- Estimular el debate en torno a las recomendaciones de revisión del año de internado en medicina y del servicio social obligatorio para las profesiones de salud, para vincular estos periodos a los procesos educativos correspondientes y a las propuestas de incentivos recomendadas en este plan.

### 3.6. CONCLUSIONES

La metodología participativa del Proyecto de Modernización de la Educación en Salud permitió obtener una amplia información y diferentes puntos de vista en relación con el estado actual de la formación del personal de salud en el país. Así mismo, este enfoque participativo, ejercido por los integrantes de los grupos de trabajo de la red, permitió recoger percepciones variadas de aspectos positivos y restricciones de los programas de educación, de profesionales, técnicos y auxiliares vinculados al sector salud.

El análisis de evolución histórica, de características actuales y de posibles escenarios futuros del contexto nacional e institucional de salud aportó nuevos elementos para conceptualizar, diseñar y estructurar las propuestas que constituyen el Plan Multidisciplinario para la Formación, Capacitación y Entrenamiento del personal de salud.

El desarrollo operativo y la ejecución de las propuestas que conforman el Plan requieren un proceso de concertación política, de voluntades institucionales y de intereses de los diferentes actores. Así mismo, son necesarios acuerdos para priorizar aquellas acciones que lleven consigo mayores beneficios para la población. Para concretar estos propósitos es esencial el ejercicio de un liderazgo transformador que corresponde al Ministerio de Salud.

Por otra parte, es imperativo reconocer que sin una reforma profunda al sistema educativo del personal de salud, será imposible en tiempos útiles alcanzar las metas de modernización y reforma propuestas para el sistema de salud y seguridad social.

Las personas son los artífices del cambio en los sistemas sociales, por ende, lo que se invierte en ellas como capital social y que involucre su bienestar laboral, organizacional y desarrollo profesional, se constituye en patrimonio para el sistema y garante de calidad en la prestación de servicios. De las acciones orientadas con éxito hacia el sistema educativo, dependerá en buena parte, que el sujeto más importante en el desarrollo del sistema de salud, como es su personal, evolucione en el sentido esperado por el sistema y la sociedad en su conjunto.

La evidencia acumulada hasta la fecha demuestra, que sin la implicación proactiva de las personas, no son viables en el largo plazo los procesos de transformación social. La ambiciosa meta de garantizar la salud y el bienestar social para la población colombiana, no puede abstraerse del imperativo ético, económico y social que implica el preparar más y mejor al personal de salud, toda vez, que sobre este recae la responsabilidad de volver tangibles y accesibles para la población los objetivos mismos de la reforma, como son la equidad, el acceso, la calidad y la solidaridad, principios fundamentales que solo serán posibles con el concurso activo de un personal de salud consciente de su responsabilidad social, de sus nuevos roles, competencias y retos futuros.

En tal sentido, liderar una verdadera transformación de los servicios desde los modelos de atención a la salud y todo lo que de allí se desprende en materia de formación del personal, se constituye en una tarea inaplazable. En este sentido, optar por un modelo de atención centrado en el fortalecimiento de la primera instancia de atención a la población, dotándola de equipos de salud interdisciplinarios con enfoque y formación en medicina familiar y salud comunitaria es una tarea inmediata a seguir.

Por otra parte, lo que se haga por integrar la mal llamada educación no formal dentro del ámbito de la profesionalización y la formalización, es una deuda social pendiente con la equidad y la justicia social en relación con este personal, que entre otros aspectos, representa mas del 50% del total de la fuerza laboral perteneciente al sector y en muchas regiones del país se constituye en el único contacto del sistema con las necesidades de atención a la salud de la población.

La tarea de reentrenar y reorientar las competencias de los actuales profesionales y técnicos, a través de una eficaz estrategia de formación continuada, es igualmente una labor prioritaria. Este tipo de formación, se constituye en una herramienta invaluable para llegar a amplios grupos profesionales y técnicos con conocimientos, contenidos e instrumentos de cambio orientados hacia las necesidades de los servicios. El sector salud en coordinación con el educativo deberá liderar esta tarea, haciéndola suya en el corto plazo, y forzando a través de programas de formación y asistencia técnica, la reconversión y reentrenamiento del personal existente hacia aquellas áreas críticas para la consolidación actual y futura del sistema.

Finalmente, todo esfuerzo por liderar desde los sectores de salud, educación y trabajo, una nueva forma de relacionar a los agentes sociales que intervienen en el desarrollo integral del personal de salud, se constituye en un paso decisivo para construir una sociedad realmente justa y equitativa en respuesta a las crecientes y mas exigentes realidades de nuestra población. Este es el reto a futuro y esta en nuestras manos no aumentar la deuda con las futuras generaciones.

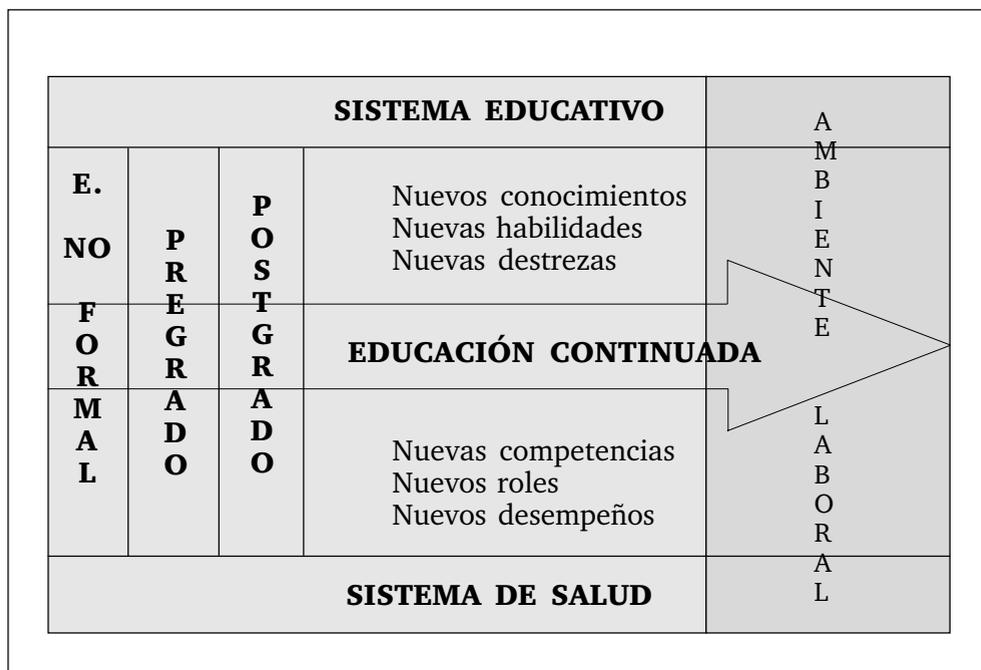
### 3.7. PERSPECTIVAS

#### 3.7.1. ACCIONES ORIENTADAS A LA RECONVERSIÓN LABORAL Y EL REENTRENAMIENTO DEL PERSONAL

Los grupos Multidisciplinarios de la red, con base en el reconocimiento de la necesidad de integrar de manera efectiva la formación del personal y la prestación de servicios de salud, consideraron que con carácter prioritario se deben realizar actividades para generar y ofrecer oportunidades de reentrenamiento y capacitación a los diversos grupos y categorías de personal actualmente vinculados a los servicios y al sistema de salud en general. Estas acciones son inaplazables, teniendo en cuenta las actuales exigencias del mercado laboral y la evolución prevista de los sistemas de salud; entre ellas podríamos destacar las siguientes:

- Desarrollar **áreas de demostración territorial** que integren las necesidades de atención en salud y la formación del personal responsable de la prestación de los servicios. Lo anterior se llevaría a cabo de acuerdo a la selección realizada por el Ministerio de Salud, de los entes territoriales que reúnan una serie de requisitos que permitan realizar dicha demostración; se contaría además con universidades u otro tipo de organizaciones de asistencia técnica o investigación, que trabajen conjuntamente con los responsables de la salud en el área territorial, en el desarrollo de este tipo de proyectos, definiendo claramente un plan de acción para la realización de los citados propósitos. Se anexa un modelo de proyecto operativo denominado **LÍNEAS GENERALES PARA LA DEFINICIÓN DE PROYECTOS QUE DESARROLLEN ÁREAS DE DEMOSTRACIÓN TERRITORIAL QUE INTEGREN NECESIDADES DE ATENCIÓN, FORMACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS.**
- Expedir normas legislativas que regulen la educación continuada para que esta responda al principio de que la formación es un proceso sin solución de continuidad, que no termina con la expedición de un título académico, sino que se desarrolla durante toda la vida laboral del individuo. (Figura 7) Las normas deben regular aspectos específicos tales como a quién corresponde realizar la educación continuada, quién regula sus objetivos y evalúa sus resultados y su impacto, a quién debe dirigirse y cómo se incorpora en un proceso de desarrollo profesional. Estos cambios deben incluir al personal docente de las instituciones educativas.

Figura 7. Educación en el proceso formativo en salud.



Fuente: CHC CiG SA. Proyecto de modernización 2002.

- Generar incentivos que estimulen los procesos de reconversión laboral al interior de las instituciones de salud. Esta debe ser una estrategia fundamental en los procesos de reestructuración institucional de las unidades operativas del sistema de salud.
- Establecer convenios internacionales que faciliten el desarrollo y transferencia de tecnologías educativas y de gestión entre instituciones internacionales y nacionales, que permitan la capacitación y el entrenamiento del personal de salud en aquellas áreas de prioritaria reconversión o reentrenamiento profesional dentro del sistema.

Estos convenios internacionales podrían ser financiados proporcionalmente entre el Estado, las instituciones educativas que lideren dicho proceso y organismos internacionales especializados en el tema. Esta tarea deberá ser liderada por el ente coordinador que se ha recomendado, en asocio con las asociaciones de facultades y representantes de los entes territoriales.

- Legislar para que la educación no formal en salud se constituya en el paso inicial de la profesionalización de personal técnico y auxiliar de salud, mediante la incorporación a la educación superior y por ende a sus niveles y grados.
- Definir los nuevos modelos de prestación de servicios de salud, de acuerdo a las necesidades regionales, lo cual permitirá establecer los perfiles y las competencias laborales del personal de salud; para así, ajustar los programas académicos a estas nuevas necesidades.

### 3.7.2. ACCIONES ORIENTADAS AL FOMENTO DE LA CALIDAD EN LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

Los Proyectos de Acreditación de Programas de Salud y de Garantía de Calidad presentados respectivamente por la Unión Temporal liderada por ASCOFAME y por la Unión Temporal liderada por el CGH, buscan garantizar la calidad de los programas de ciencias de la salud y la de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Si tenemos en cuenta que para la educación del personal de salud, es tan importante la formación que se dicta en las aulas, como la que se recibe en los escenarios de práctica y los centros de formación, se amerita la pronta instauración de los procesos de acreditación en estas instituciones, donde se realiza gran parte de la preparación de los auxiliares técnicos y profesionales de la salud.

Los estándares de calidad para los centros de formación y en general para todos los escenarios de docencia en servicio serán útiles a las instituciones educativas y de servicios para concretar una nueva relación. También contribuirán a la búsqueda del mejoramiento de la calidad de los programas y les trazarán el derrotero hacia la excelencia.

Para el desarrollo de esta propuesta se requieren llevar a cabo, entre otras, las siguientes acciones:

- Las instituciones educativas de personal en salud, así como las asociaciones de profesionales, deben actuar como promotoras de la propuesta de “estándares de acreditación para centros de formación”, teniendo en cuenta que la formación de pregrado, posgrado y educación no formal, en escenarios de práctica y centros de formación habilitados y en lo posible acreditados es garantía de la calidad de sus egresados.
- Por su parte el Ministerio de Salud, como ente regulador de la prestación de servicios de salud, que por intermediación del Grupo de Apoyo a la Reforma ha sido consciente de la necesidad de modernizar la educación en salud y teniendo en cuenta que no son posibles las reformas de la salud mientras no

se forme el personal de salud que necesita el país y que en salud la formación no puede darse sin centros de formación y escenarios de práctica idóneos, debe reglamentar la adopción de los estándares de acreditación para los centros de formación y los escenarios de prácticas.

### 3.7.3. ACCIONES ORIENTADAS A LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA DOCENCIA EN SALUD

La puesta en marcha de las recomendaciones surgidas del Proyecto de Modernización de la Educación, Capacitación y Entrenamiento en Salud, exige el compromiso de los docentes de las instituciones educativas del personal de salud, pero este compromiso requiere la concientización, formación y profesionalización del cuerpo docente.

Las siguientes son algunas de las principales acciones propuestas para este fin:

- El Ministerio de Educación deberá difundir las políticas nacionales para el desarrollo de los formadores del recurso humano para la salud contempladas en la Ley 30 de 1992. Estas políticas constituyen el marco de referencia para que las instituciones educativas implementen un plan de desarrollo que contemple la profesionalización de la docencia. Así mismo, el Ministerio de Educación, a través del ICFES, impulsará el desarrollo del Programa de Formación de Profesores entre las instituciones de educación superior.
- Implementar por parte del ICFES en colaboración con el Ministerio de Salud un órgano de difusión nacional (periódico, página de internet, etc.), como estructura de apoyo, soportado por diferentes instituciones educativas del sector salud, que permita la comunicación interinstitucional para, primero, exponer los problemas de la práctica pedagógica en salud, y segundo, conocer las soluciones aplicadas a los mismos.
- Las instituciones académicas con programas en salud deben propiciar la creación de una cultura pedagógica que permita que la comunidad académica en general se familiarice y adquiera conciencia de la importancia y necesidad de asumir la práctica docente con responsabilidad y compromiso. Para cumplir este objetivo las instituciones educativas deben fomentar actividades (seminarios, paneles, conferencias, conversatorios, etc.) que motiven la reflexión de los docentes y los conscientice de la importancia y necesidad de replantear, en algunas ocasiones, su práctica pedagógica; cambiar sus concepciones, hacer un análisis crítico a sus modelos y confrontar sus ideas a la luz de los avances científicos, tecnológicos y sociales.

### 3.7.4. ACCIONES ORIENTADAS A GARANTIZAR EL DESARROLLO Y CONTINUIDAD EN EL TIEMPO DE LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROYECTOS DE RECURSOS HUMANOS

Como base del proyecto PLAN MULTIDISCIPLINARIO PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN SALUD se integró una *Red Multidisciplinaria*, a la cual nos referimos anteriormente en el capítulo 3.2 *Metodología* de este documento. Sus integrantes constantemente propusieron en el curso de las reuniones, en las cuales participaron voluntariamente, la necesidad de continuidad de esta red en el tiempo como mecanismo de participación y supervisión de la aplicación de las recomendaciones realizadas en los Proyectos de Recursos Humanos del Programa de Apoyo a la Reforma del Ministerio de Salud y como posibilidad de asegurar, mediante el trabajo participativo, la concurrencia de todas las entidades públicas o privadas, que de una u otra manera tienen que ver con la formación del personal de salud profesional o auxiliar y las de gestión y prestación de los servicios en salud, en las decisiones que se tomen en estos temas y que puedan afectar el desarrollo del Sistema de Seguridad Social en el país.

La acción a realizar por parte del Ministerio de Salud, consistiría en realizar una convocatoria a organizaciones especializadas en asistencia técnica o investigación social para que se hagan responsables de la integración, convocatoria y continuidad en el tiempo de esta Red Multidisciplinaria.

## BIBLIOGRAFÍA

### **BIBLIOGRAFÍA PRODUCIDA POR EL PROYECTO PLAN MULTIDISCIPLINARIO PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN SALUD**

#### **DOCUMENTOS TÉCNICOS**

Elementos de contexto y línea de base.

La Organización el Proceso de Planeación Educativa en Salud.

La Red Multidisciplinaria para la Modernización de la Educación en Salud.

RECOMENDACIONES PARA ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE CENTROS DE FORMACIÓN. “Un nuevo paradigma en la relación entre la formación y la prestación de servicios”.

PROPUESTA DE REENTRENAMIENTO POR ÁREAS ESPECÍFICAS DEL SECTOR: La profesionalización de la docencia en salud.

PLAN MULTIDISCIPLINARIO PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN SALUD: Problemas, estrategias, actores y recomendaciones finales.

PLAN DE INCENTIVOS PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA FORMACIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN SALUD: Hallazgos, recomendaciones y plan de acción.

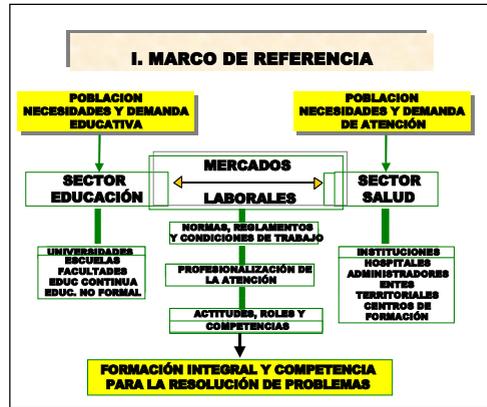
**LIBRO**

La formación del personal de salud en Colombia.

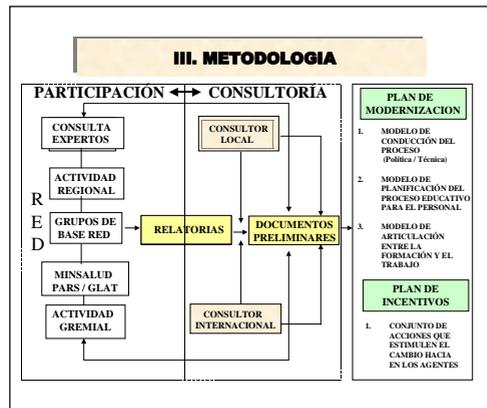
## ANEXO

### “La formación del personal de salud en Colombia: un reto al futuro”

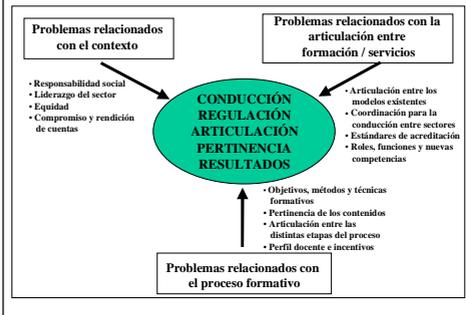
Luis F. Giacometti Rojas. Director para Colombia CHC Consultoría i Gestió, SA Grupo Consorcio Hospitalario de Cataluña.



#### II. LA MODERNIZACIÓN EN LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD



#### IV. PRINCIPALES HALLAZGOS



#### IV. A. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONTEXTO

- Responsabilidad social
- Liderazgo del sector salud
- Equidad
- Compromiso y rendición de cuentas

**IV. B. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ARTICULACIÓN ENTRE FORMACIÓN / SERVICIOS**

- Articulación de los modelos existentes
- Mecanismos de coordinación para la conducción del proceso entre sectores
- Estándares de acreditación para “centros de formación”
- Roles, funciones y nuevas competencias

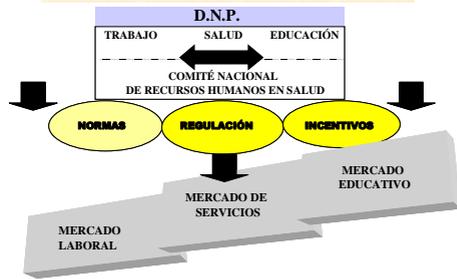
**IV. C. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL PROCESO FORMATIVO DEL PERSONAL**

- Objetivos, técnicas y métodos formativos
- Pertinencia de los contenidos
- Articulación entre las distintas etapas del proceso
- Perfil docente e incentivos

**V. PROPUESTAS**

1. Orientadas a la conducción político – técnica del proceso
2. Orientadas a la regulación (normativa y de mercado)
3. Orientadas a la articulación intersectorial (salud educación y trabajo)
4. Orientadas al reentrenamiento y la reconversión laboral

**1. Conducción político - técnica**



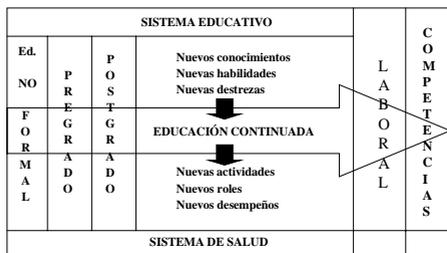
**2. Regulación normativa y de mercado**



**3. Articulación intersectorial**



#### 4. Reentrenamiento y reconversión laboral



#### VI. PERSPECTIVAS

1. Acciones de conducción, articulación y regulación intersectorial
  - a. Constituir la instancia de conducción político técnica para el proceso de planificación, regulación y desarrollo del personal de salud.
  - b. Revisar y ajustar el marco normativo que regula:
    - a. La relación “docente asistencial”
    - b. La educación no formal
    - c. El desempeño de los centros de formación (centros de práctica)

#### VII. PERSPECTIVAS

2. Acciones relacionadas con el reentrenamiento y la reconversión laboral:
  - a. Expedir un marco de regulación basado en la acreditación y el control de oferta para los programas de educación continuada en salud
  - b. Definir las prioridades de educación continuada del personal vinculado al sector de acuerdo con las necesidades inmediatas del sistema y posibilidades de reconversión laboral

#### VIII. PERSPECTIVAS

2. Acciones relacionadas con el reentrenamiento y la reconversión laboral:
  - c. Generar incentivos para que “centros de formación en salud” acrediten su calidad y desarrollen estrategias educativas que integren las nuevas tecnologías y métodos formativos con las necesidades de prestación de servicios.



**MUCHAS GRACIAS**



## CAPÍTULO IV

# DOCUMENTO: OFERTA, EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN EN SALUD. LA PERSPECTIVA DE UNA ACREDITACIÓN ESPECIALIZADA

DIEGO GIRALDO SAMPER\*

DIRECTOR PROYECTO “APOYO A LA ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS  
DE EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN SALUD”

---

\* Sociólogo. Jefe de la División de Evaluación de ASCOFAME.



## CONTENIDO

4.1. Marco de referencia para la formación de los recursos humanos en salud y su referencia para la calidad de los servicio .....	135
4.2. Metodología .....	137
4.3. Resultados y hallazgos .....	138
4.3.1. Hallazgos relacionados con la calidad de la oferta educativa .....	138
4.3.1.1. Oferta de programas de educación en el área de la salud .....	138
4.3.1.2. Oferta de programas y problemas de calidad .....	142
4.3.1.3. Los procesos de autoevaluación y acreditación en los programas del área de la salud .....	142
4.3.1.4. Evaluación por pares académicos .....	145
4.3.1.5. La situación de docencia servicio .....	145
4.3.2. Diseño e implementación de un modelo de autoevaluación y autorregulación para programas de educación superior del área de la salud .....	146
4.3.2.1. Modelo de autoevaluación y autorregulación para programa de educación superior del área de la salud .....	147
4.3.2.2. Modelo de autoevaluación y autorregulación para programas de formación de auxiliares en salud. Educación no formal .....	149
4.3.2.3. Aplicación del modelo de autoevaluación y autorregulación para programas del área de la salud ...	153
4.4. Conclusiones .....	153
4.5. Propuestas y perspectivas .....	155
4.5.1. Propuestas y perspectivas específicas para la educación no formal .....	157
Bibliografía .....	160
Anexo .....	162



#### 4.1. MARCO DE REFERENCIA PARA LA FORMACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD Y SU REFERENCIA PARA LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Para el cumplimiento de la calidad en salud el recurso humano se convierte en un pilar fundamental pues las características del personal tienen una influencia muy significativa desde varios aspectos como la pertinencia, las competencias, el conocimiento, su capacidad para desarrollar relaciones interpersonales con los usuarios y de trabajar en equipo, su comportamiento de acuerdo con las normas y la disposición de competir en el proceso de apertura que caracteriza el modelo de desarrollo en Colombia.

Corresponde en consecuencia, observar las repercusiones que ejercen sobre el nivel de calidad, los aspectos de la formación que poseen los profesionales y el personal que se encuentra vinculado a las entidades prestadoras y la calidad que éstas logran en el desempeño de sus servicios. La calidad del desempeño del personal de salud, depende a su vez de la calidad con la cual haya sido impartida la formación que ha sido dada por las instituciones formadoras. La calidad de la Educación tiene que ver con la búsqueda de la excelencia que cada una de ellas procure como una respuesta positiva a las expectativas que los educandos y la sociedad le han designado con confianza y como respuesta a las necesidades de salud de la comunidad.

Para favorecer un adecuado desarrollo de la calidad en los programas de formación, es necesario que cada uno de ellos integre a sus actividades regulares, la implementación de procesos de autoevaluación permanentes como el mecanismo reconocido y adecuado para identificar la calidad con la cual están siendo formados sus alumnos y gestionados los programas. Los resultados de estas evaluaciones, deben ser conocidas tanto por las autoridades educativas, como por los alumnos, la sociedad y los empleadores; estos deberán participar de forma activa en la evaluación de los programas educativos con el fin de asegurar la excelencia en la formación de sus futuros trabajadores.

La autoevaluación conducente o no a la acreditación, se constituye en una garantía de la calidad académica y en consecuencia coadyuva a la calidad en el desempeño futuro de los profesionales, convirtiendo la calidad en un factor deseado,

cuya presencia constituye en últimas un aporte importante en la situación de salud de las personas y del bienestar general de la sociedad.

Lo anterior debe ser desarrollado teniendo en cuenta el marco legal que dispone el Estado colombiano y que está consignado en la Ley 30 de 1992 sobre Educación Superior como en la Ley General de Educación (Ley 115 de 1994) y los Decretos 2904 de 1994, 917 del 2001 y 1665 de Especialidades del año 2002; normatividad que orienta el Sistema Nacional de Acreditación, fija sus políticas y determina la obligación del cumplimiento de unos estándares de calidad para programas de pre y posgrado en ciencias de la salud. Aunque la ley general de la educación establece el Sistema de Acreditación para la educación no formal ésta no ha sido reglamentada.

De acuerdo con la normatividad vigente, el desarrollo de procedimientos de evaluación y acreditación compete al sector educativo en cuanto a su diseño, validación, implementación, seguimiento y control, pero interesa también al sector salud, puesto que el recurso humano formado se desempeñará profesional y ocupacionalmente en el sistema general de seguridad social en salud y cumplirá con la responsabilidad de prestar servicios con calidad para el bienestar y el desarrollo de la sociedad.

En este contexto, el proyecto tuvo como objetivo “apoyar el desarrollo de modelos para la acreditación especializada de los programas formadores y de entrenamiento en salud y fortalecer los procesos de acreditación que actualmente se encuentran en marcha”.

La acreditación de programas educativos en Colombia, es una certificación que da el estado sobre la calidad de un programa. Los componentes de la acreditación de acuerdo con el Consejo Nacional de Acreditación (C.N.A.) son los siguientes: la autoevaluación, realizada por los mismos programas con participación de sus diferentes estamentos; la evaluación externa, que se realiza por parte de pares académicos; la recomendación final sobre la acreditación, realizada por el C.N.A. y el acto de acreditación, que le corresponde al Ministro de Educación Nacional.

No es propósito de la acreditación, como en algunos casos pudiese considerarse, el conducir a la jerarquización de instituciones, ni de sus unidades o programas. Le corresponde a la acreditación, por el contrario, el propósito de hacer de público conocimiento, las características sobresalientes de la institución y de sus programas así como resaltar los logros alcanzados.

## 4.2. METODOLOGÍA

En la medida que existieron diferentes elementos para tener en cuenta en el análisis de la calidad en la formación del personal de salud, se hizo necesario responder con metodologías específicas para cada aspecto a ser estudiado:

El proyecto en un primer momento realizó el inventario de la oferta educativa que constituye el universo de programas que pueden llevar a cabo procesos de evaluación y acreditación de la calidad. Para el efecto se recolectó información secundaria del ICFES, C.N.A., Sena y Minsalud; se consolidaron las bases de datos disponibles tanto para la educación superior como para la educación no formal, las cuales se complementaron y validaron con el apoyo de las asociaciones de Facultades y programas del área de la salud, el Sena y las Secretarías de Educación y de Salud de las diferentes entidades territoriales.

Paralelamente se tuvo como un referente necesario la revisión de algunas experiencias internacionales para disponer de nuevos elementos que apoyaran las propuestas para fortalecer los procesos de evaluación y acreditación de la calidad, seleccionando países con un desarrollo mayor o igual al de Colombia. Este estudio se complementó con el análisis de 37 programas con experiencias significativas y relevantes en las diferentes disciplinas y con las conclusiones sobre los aciertos y desasiertos del proceso de acreditación identificados en un seminario-taller que contó con representación de la academia de las cinco regionales de CORPES. Además efectuó un diseño muestral por conglomerados para obtener información con relación a proyectos educativos, metodología de evaluación y aspectos relacionados con la docencia servicio, detectando las principales dificultades encontradas en el desarrollo de los procesos, los cuales permitieron orientar acciones para superarlas.

En una segunda etapa se procedió a la construcción de los modelos de auto-evaluación y autorregulación con una metodología eminentemente participativa, en la cual las diferentes versiones se consultaron continuamente con diversos actores vinculados a los campos gubernamentales y académicos, tanto del sector educativo como del sector de la salud, contando además con dos asesores internacionales quienes retroalimentaron los modelos.

Los modelos elaborados por el proyecto fueron utilizados para capacitar a pares académicos de diferentes disciplinas del área de salud y de diversas regiones del país. Igualmente el Modelo fue aplicado a 10 programas de diferentes niveles y disciplinas de la educación superior y en 3 programas de formación de auxiliares, permitiendo con los resultados de estos procesos realizar los ajustes finales al modelo.

Durante la ejecución del proyecto se buscó en forma permanente el fortalecimiento de los espacios formales de participación del sector salud con la comuni-

dad educativa, para llegar a formular propuestas orientadas a apoyar intersectorialmente el aseguramiento de la calidad en los programas.

Por último, para dar información a los potenciales aspirantes a educación en las áreas de la salud se construyó un sistema de información con los resultados de los estudios realizados, el cual se alimentará, mediante interfases diseñadas con los sistemas de información de las instituciones involucradas en el tema.

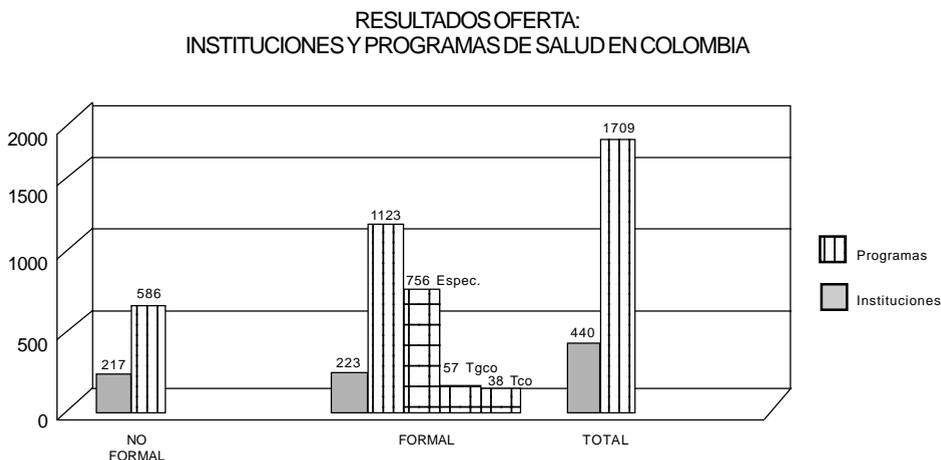
### 4.3. RESULTADOS Y HALLAZGOS<sup>1</sup>

#### 4.3.1. HALLAZGOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE LA OFERTA EDUCATIVA

##### 4.3.1.1. Oferta de programas de educación en el área de la salud

Se identificó y se analizó la oferta educativa que se cuantificó en 1709 programas, de los cuales 1.123 corresponden a la Educación Superior (formal) y 586 a la Educación no formal (auxiliar). Figura 1.

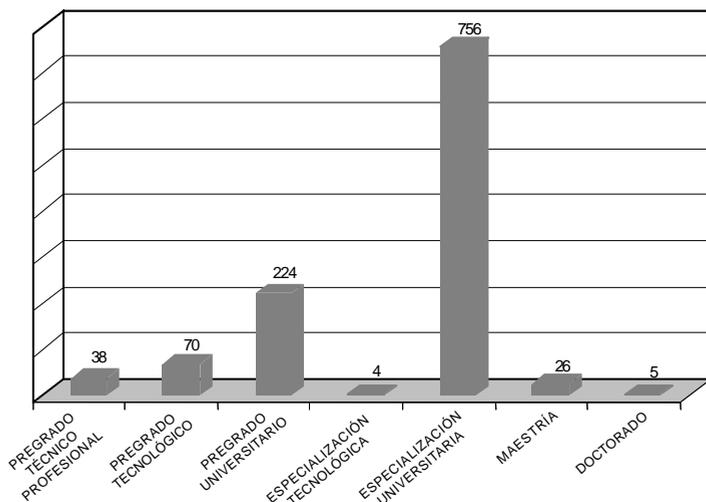
Figura 1. Cantidad de sedes institucionales y programas de salud según tipo de educación.



<sup>1</sup> En el anexo 1 se encuentran relacionados los documentos finales del Proyecto que fueron elaborados por el equipo de consultores conformado por: Marta Agudelo García, Rodrigo Bustamante Alvarez, Gladys Eugenia Canaval G., Alicia García Bates, Diego Giraldo Samper, Ramses Hakim Murad, Josefina Lopera Jaramillo, Rafael Martínez Gómez, Jacqueline Molina de Uriza, María Emilia Naranjo Ramos, Marta Peñuela Epalza, Bernardo Ramírez M., César Rendón Valencia, Guillermo Torres Zamabrano, Myriam Velásquez Bustos.

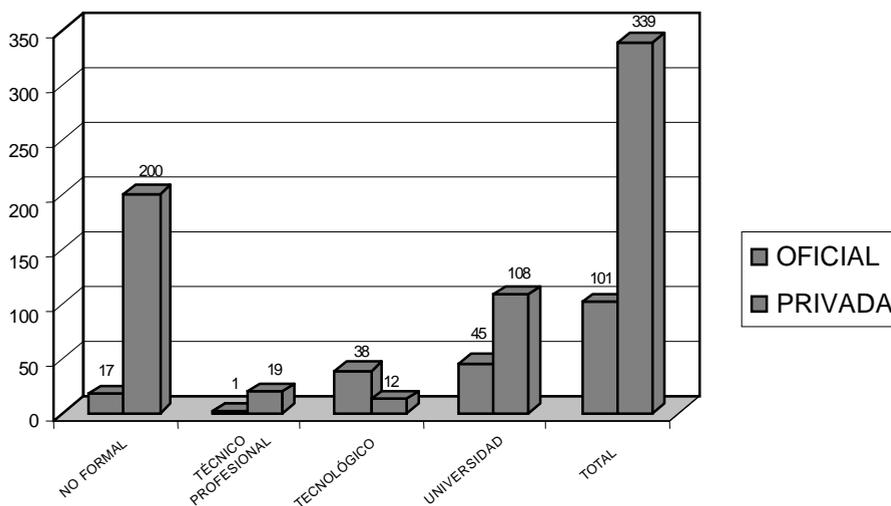
Existe una mínima oferta de programas en el nivel Técnico y Tecnológico y está creciendo en forma muy alta el nivel de especialidades, de las cuales el 52% corresponde a especialidades médicas. Figura 2.

Figura 2. Distribución de programas formales en Colombia según nivel de formación específica.



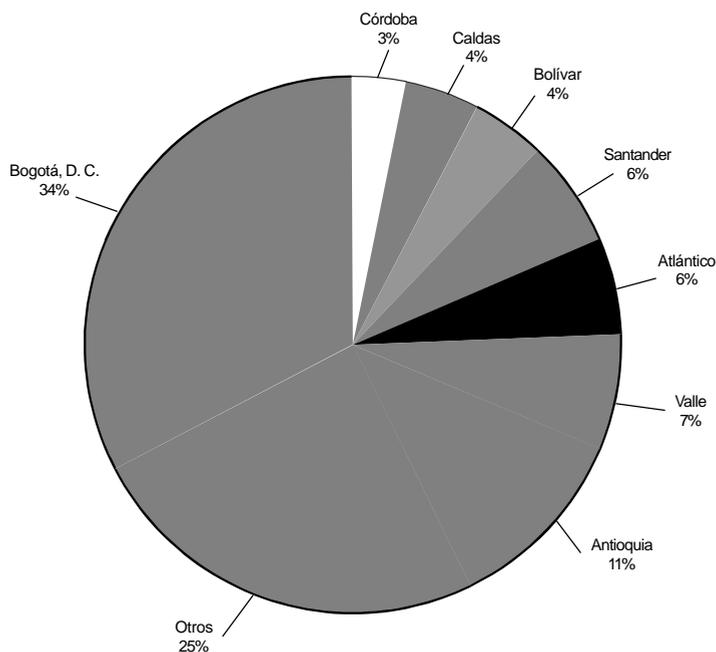
La mayor parte de programas se aprecia claramente que son ofrecidos en sedes de instituciones de carácter privado, fenómeno que para la educación superior en 1999 ya contaba con un 68% de instituciones privadas. Figura 3.

Figura 3. Distribución de instituciones según origen o naturaleza jurídica.



En cuanto a la distribución geográfica, la ciudad de Bogotá, D. C. concentra el 34% de la oferta académica en el área de la salud, el 2º lugar se encontró en Antioquia con un 11%, seguido del Valle 7%, Santander y Atlántico con un 6%. Figura 4.

Figura 4. Distribución de programas de salud en Colombia por departamento.



La oferta de programas en salud en el país no obedece a una planeación estatal de la formación de recursos humanos, pues la normativa actual del sector educativo permite la apertura de programas bajo el principio de la autonomía; esta situación ha generado en la década del noventa un acelerado crecimiento del número de instituciones y de programas, en su mayoría de origen privado, fenómeno del cual no se escapan los programas del área de la salud y que se ha definido en la educación formal como “atribuible a una proliferación incontrolada de programas producto de un abuso de la autonomía conferida a las instituciones de educación superior”. Tabla 1.

En la educación no formal los programas se encuentran concentrados en auxiliar de enfermería (31%), auxiliar de odontología (28%) y auxiliar de farmacia o droguería (10%), como se puede ver en la tabla 2.

Tabla 1. Programas de educación formal.

EDUCACIÓN FORMAL	PREGRADO								POSGRADO								TOTAL			
	Técnica profesional		Tecnológica		Universitaria		SUBTOTAL		Especialización tecnológica		Especialización universitaria		Maestría		Doctorado		SUBTOTAL			
1 Administración y Seguridad Social	10	0.9%	4	0.4%	2	0.2%	16	1.4%	2	0.2%	145	12.9%	2	0.2%	0	0.0%	149	13.3%		
2 Bacteriología y Lab.clinico	2	0.2%	0	0%	15	1.3%	17	1.5%	0	0.0%	0	0%	0	0%	0	0.0%	0	0%	17	1.5%
3 Ciencias básicas	0	0%	0	4%	0.4	0%	0	0%	0	0.0%	6	5%	8	0.7%	5	0.4%	19	1.7%	19	1.6%
4 Citohistología	1	0.1%	3	0.3%	0	0%	0.4	0%	0	0.0%	1	0.1%	0	0%	0	0.0%	1	0.1%	5	0.4%
5 Enfermería	3	0.3%	0	0.6%	38	3.4%	41	3.7%	0	0.0%	26	2.3%	3	0.3%	0	0.0%	29	2.6%	70	6.2%
6 Farmacia	0	0%	7	0.6%	4	0.4%	11	1%	0	0.0%	3	0.3%	2	0.2%	0	0.0%	5	0.4%	16	1.4%
7 Fonoaudiología	3	0.3%	2	0.2%	16	1.4%	21	1.9%	0	0.0%	4	0.4%	1	0.1%	0	0.0%	5	0.4%	26	2.3%
8 Gerontología	0	0%	1	0.1%	5	0.4%	6	0.5%	1	0.1%	4	0.4%	0	0%	0	0.0%	5	0.4%	11	0.9%
9 Instrumentación Quirúrgica	2	0.2%	5	0.4%	13	1.2%	20	1.8%	0	0.0%	0	0%	0	0%	0	0.0%	0	0%	20	1.7%
10 Laboratorio Optico	1	0.1%	0	0%	0	0%	1	0.1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0.0%	0	0%	1	0.09%
11 Laboratorio y Mecánica Dental	3	0.3%	5	0.4%	0	0%	8	0.7%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0.0%	0	0%	8	0.7%
12 Medicina	0	0.0%	0	0.0%	46	4.1%	46	4.10%	0.0	392%	34.9	0%	0	0%	0	0.0%	392	34.8%	438	39%
13 Nutrición y Dietética	0	0%	0	0%	8	0.7%	8	0.7%	0	0%	0	0%	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%	9	0.8%
14 Odontología	0	0%	1	0.1%	30	2.7%	31	2.8%	0	0.0%	75	6.7%	0	0%	0	0.0%	75	6.7%	106	9.4%
15 Optometría	1	0.1%	0	0%	7	0.6%	8	0.7%	0	0.0%	1	0.1%	0	0%	0	0.0%	1	0.1%	9	0.8%
16 Otras	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	0.4%	0	0%	0	0.0%	5	0.4%	5	0.4%
17 Promoción y Prevención	2	0.2%	9	0.8%	0	0%	11	1%	0	0.0%	37	3.3%	1	0.1%	0	0.0%	38	3.4%	49	4.3%
18 Radiología y/o Imagenología	2	0.2%	8	0.7%	0	0%	10	0.9%	0	0.0%	0	0%	0	0%	0	0.0%	0	0%	10	0.8%
19 Salud Ocupacional	3	0.3%	5	0.4%	5	0.4%	13	1.2%	1	0.1%	25	2.2%	1	0.1%	0	0.0%	27	2.4%	40	3.5%
20 Salud Pública	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0.0%	23	2%	7	0.6%	0	0.0%	30	2.7%	30	2.6%
21 Sistemas de Información	0	0%	1	0.1%	0	0%	1	0.1%	0	0.0%	0	0%	0	0%	0	0.0%	0	0%	1	0.1%
22 Terapia Física	3	0.3%	1	0.1%	25	2.2%	29	2.6%	0	0.0%	8	0.7%	0	0%	0	0.0%	8	0.7%	37	3.2%
23 Terapia Ocupacional	1	0.1%	3	0.3%	14	1.2%	18	1.6%	0	0.0%	0	0%	0	0%	0	0.0%	0	0%	18	1.6%
24 Terapia Respiratoria	1	0.1%	2	0.2%	9	0.8%	12	1.1%	0	0.0%	1	0.1%	0	0%	0	0.0%	1	0.1%	13	1.1%
	38	3.4%	57	5.1%	237	21.1%	332	29.6%	4	0.4%	756	67.3%	26	2.3%	5	0.4%	791	70.4%	1123	100%

Fuente: Inventario de instituciones y programas en el área de la salud. Julio de 2001.

Tabla 2. *Distribución de los programas no formales.*

<b>ÉNFASIS ACADÉMICO</b>	<b>TECNICA NO FORMAL</b>	
ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL	3	0.51%
BACTERIOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO	60	10%
ENFERMERÍA	180	31%
FARMACIA	56	10%
GERTONTOLOGÍA	7	1%
LABORATORIO Y MECÁNICA DENTAL	50	8%
ODONTOLOGÍA	164	28%
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	57	8%
RADIOLOGÍA Y/O IMAGENOLOGÍA	6	1%
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	3	0.51%
TOTAL	586	100%

Fuente: Inventario de instituciones y programas del área de la salud. Julio 2001.

#### 4.3.1.2. *Oferta de programas y problemas de calidad*

A la situación de la oferta caracterizada por su rápido crecimiento es necesario agregar la incapacidad del estado para inspeccionar, vigilar y controlar, la falta de información por parte de los usuarios, el escaso control social, la escasa autorregulación con responsabilidad social por parte de las instituciones, así como los intereses económicos o las limitaciones financieras, todo lo cual está contribuyendo al deterioro de la calidad del sistema educativo, como claramente ha sido considerado para la formulación de las diferentes políticas y estrategias del Ministerio de Educación Nacional.

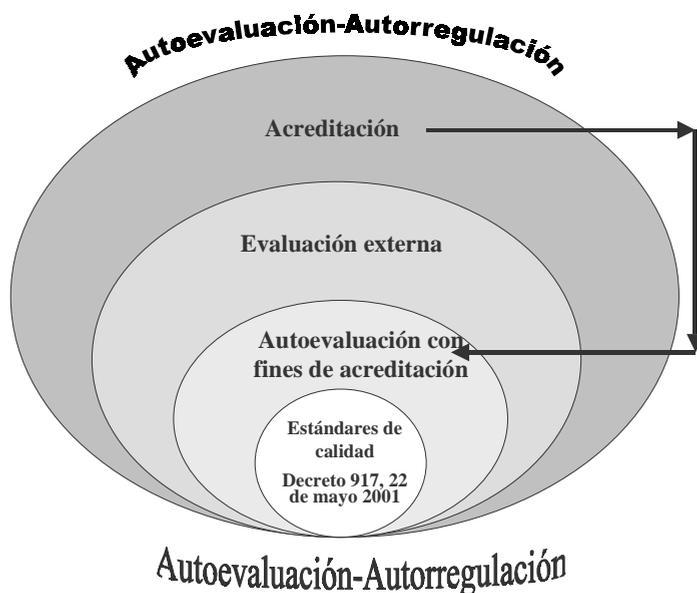
De manera adicional, ante la competencia entre tantos programas académicos, estos pueden disminuir o flexibilizar los requisitos de ingreso y transferencias de alumnos, las exigencias de la evaluación académica, utilizar sitios de práctica que no cumplen con las condiciones mínimas requeridas para la realización de actividades de docencia servicio, ocasionando impactos negativos en la calidad de la formación de los estudiantes y el desempeño futuro de los egresados en el sector salud.

#### 4.3.1.3. *Los procesos de autoevaluación y acreditación en los programas del área de la salud*

Considerando los problemas que plantea el crecimiento de la oferta y su incidencia sobre la calidad de la formación, se viene proponiendo en el país la necesidad

de desarrollar acciones enfocadas a garantizar unos niveles básicos de calidad y procesos de mejoramiento continuo, los cuales puedan obtenerse a través de la autoevaluación y de la autorregulación y de esta manera generar una competencia centrada en la calidad, consecutivamente se hace la evaluación externa practicada por pares académicos, luego la evaluación realizada por el Consejo Nacional de Acreditación y si el resultado es positivo, el acto de acreditación por parte del Estado (resolución del Ministerio de Educación). Figura 5.

Figura 5. Autoevaluación de programas de salud.

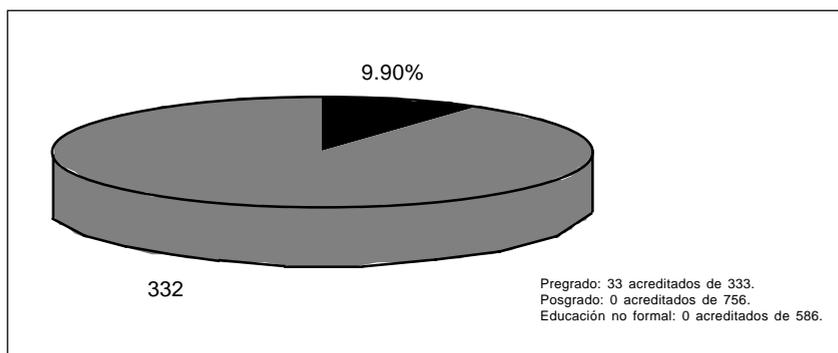


El 23.9% de los programas acreditados en el país pertenecen al área de la salud, sin embargo de los 333 programas de pregrado solo se han acreditado 33. No han sido incorporados a la acreditación los programas de posgrado y la educación no formal se encuentra excluida de un proceso de acreditación por falta de reglamentación del artículo 74 de la Ley General de Educación que establece el Sistema Nacional de Acreditación para este tipo de educación. Figura 6.

Sin embargo se aprecian avances en la formulación de proyectos educativos y en la generación de apoyos institucionales, estableciendo estructuras organizacionales, para impulsar el desarrollo de los procesos, involucrando a los diferentes actores de la comunidad académica y en algunos casos a los prestadores de servicios y a los usuarios. La autoevaluación en ese sentido se viene constitu-

yendo en la vía para consolidar planes de mejoramiento y cada día su institucionalización la relaciona con la autorregulación.

Figura 6. *Programas de salud acreditados.*



Igualmente el análisis permitió establecer que existe un reconocimiento unánime en que el marco conceptual y metodológico de la acreditación en el país, publicado en el documento Lineamientos para la Acreditación, por el Consejo Nacional de Acreditación, éste se considera que es valioso, orientador, y que se constituye en un modelo riguroso y válido para desarrollar los procesos evaluativos, destacando que el modelo es flexible metodológicamente; sin embargo se establece que conservando los siete factores de calidad es necesario realizar una adaptación y complementación de las características y los indicadores, para permitir una lectura específica desde la visión y situación de los programas del área de la salud, considerando especialmente los aspectos de **docencia-asistencia** como elementos necesarios para la construcción de modelos apropiados para la autoevaluación en el área de la salud.

En ese sentido, los múltiples actores consultados consideraron que es necesario contar con unos componentes para evaluar servicios de atención al paciente, la práctica docente asistencial, las interacciones en los procesos de formación entre docentes y estudiantes y formas muy específicas de seguimiento y evaluación en los campos de práctica entendidos estos, con un sentido amplio, que abarque las prácticas hospitalarias, en centros de salud y en centros comunitarios; examinando no solo la práctica clínica, sino también los aspectos relacionados con la promoción y prevención de la salud y el contexto de la prestación de servicios de salud, acorde con la estructura y funcionamiento de las instituciones del sistema general de seguridad social en salud.

#### 4.3.1.4. *Evaluación por pares académicos*

Los pares académicos juegan un papel protagónico en el desarrollo de la autoevaluación, la evaluación externa y la generación de una cultura evaluativa teniendo en cuenta que estos grupos de pares deben estar conformados por personas de reconocida idoneidad académica, profesional y ética y que por lo tanto pueden jugar un papel de liderazgo en la consolidación de los procesos y en la promoción de la calidad.

En ese sentido se detectó que el desarrollo de los procesos de una evaluación especializada en el área de la salud debe considerar la participación de un espectro más amplio de actores, con participación de los servicios y usuarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud y con una vinculación liderada por el sector académico, el cual debe tener en cuenta las situaciones de compromiso y riesgo social que tiene el ejercicio profesional del recurso humano en salud.

Se detectó la insuficiencia en cantidad de pares académicos que pueda satisfacer las demandas por parte de programas que se generarán para cumplir con:

- La verificación de los estándares de calidad según el Decreto 917 de 2001.
- El posible ingreso de nuevos programas al Sistema Nacional de Acreditación.
- La demanda por parte de los programas de pares colaborativos, con el fin obtener una mirada externa, la cual contribuya al mejoramiento de la calidad durante el desarrollo de los procesos de autoevaluación, ha hecho evidente la necesidad de contar con evaluadores externos, demanda que se ocasionará a partir de la evaluación de las especialidades médicas quirúrgicas de acuerdo con el Decreto 1665 de 2002.

Las razones antes mencionadas justifican el fortalecimiento a la evaluación externa por parte del proyecto lo que originó la capacitación de 149 pares académicos los cuales analizaron la propuesta de autoevaluación y con la participación del Consejo Nacional de Acreditación recibieron información de las características de un par académico para una evaluación externa y para realizar la ponderación de las características e indicadores.

#### 4.3.1.5. *La situación de docencia servicio*

Se detectaron en todos los casos estudiados situaciones problemáticas con la docencia-servicio, encontrando problemas de carácter administrativo para llegar a acuerdos con las IPS, sobre pagos que deben hacer los programas, pérdida del trabajo en equipo, cobros por rotación de estudiantes, deterioro de la calidad en las prácticas relacionadas con la situación de las IPS.

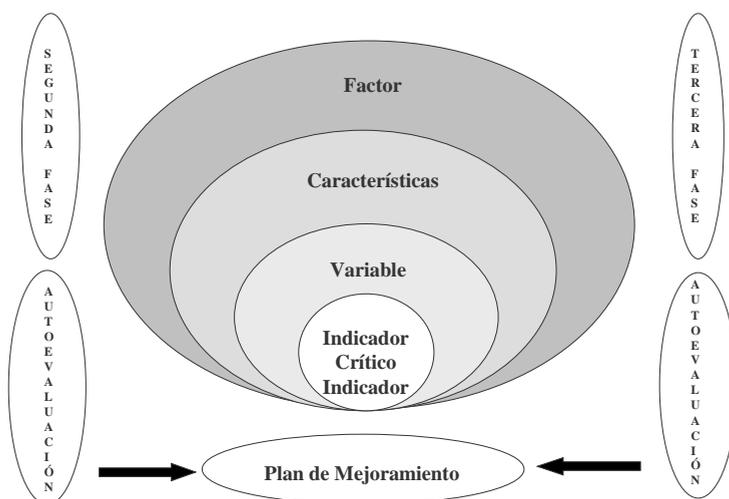
Sobre este aspecto el proyecto obtuvo información que evidencia la problemática. Sobre una muestra representativa de programas de educación superior y no formal se encontró que en los primeros solo el 40.7% contaba con convenios formalizados con todas las instituciones con las cuales se realizan prácticas docente asistenciales y que un 20.3% de los programas no tenían convenios. De otra parte, solo el 23.9% tenía comités docente asistenciales en todas las instituciones y un 22.1% de los casos no reunían este requisito.

Con relación a los programas de educación no formal en el 55% se tienen convenios con todas las instituciones, el 31.9% con algunas y 13% de los programas no contaban con convenios. La existencia y funcionamiento de los comités solo se reporta por el 27.6% para todas las instituciones con las cuales un programa realiza prácticas; el 46% de los programas solo tiene comité en algunas instituciones y en ninguna institución el 23.9% de ellos carecen de comités docente asistenciales.

#### 4.3.2. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE AUTOEVALUACIÓN Y AUTORREGULACIÓN PARA PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR DEL ÁREA DE LA SALUD

Con base en los problemas identificados y teniendo como base el modelo del Consejo Nacional de Acreditación se diseñó un modelo que establece un marco conceptual, define unos estándares de calidad, unas características, variables e indicadores con referencia específica para el área de la salud. Figura 7.

Figura 7. Diseño del modelo de evaluación específico para programas de salud.



Adicionalmente y frente a la dificultad que tienen los programas de salud para elaborar instrumentos que faciliten la recolección de información y teniendo como base el análisis de las experiencias significativas y relevantes se desarrolló un conjunto de instrumentos que apoyen haciendo más ágil y efectiva esta etapa de la autoevaluación.

Un aporte del modelo es la identificación de un conjunto de indicadores denominados “críticos”, los cuales se deben entender como referentes empíricos necesarios e indispensables a través de los cuales se puede demostrar que un programa de formación de recursos humanos está asegurando la calidad y cuyo cumplimiento es un requisito “sine qua non” para el adecuado funcionamiento de un programa.

#### 4.3.2.1. *Modelo de autoevaluación y autorregulación para programas de educación superior del área de la salud*

Para aplicar el modelo se parte de un componente metodológico básico para ser trabajado en los procesos relacionado con:

El cumplimiento de los estándares de calidad (primer momento) que vienen determinados en la norma, y los procesos relacionados con la autoevaluación y autorregulación en los cuales se tienen en cuenta unos referentes comunes (factores, características, variables e indicadores).

En consecuencia se debe partir del cumplimiento de unos estándares de calidad, entendidos como la verificación de un nivel básico de calidad, referida a resultados académicos, medios y procesos empleados, infraestructura institucional, dimensiones cualitativas y cuantitativas y condiciones en las cuales se desarrolla cada institución permitiendo a un programa realizar un análisis detallado de sus capacidades, sus aspectos fuertes y sus debilidades en términos de que su oferta educativa contribuya con la formación de profesionales de alta calidad para el sector salud.

En un segundo momento el modelo presenta unos factores que expresan los elementos con que cuenta un programa con relación al proyecto institucional, para estudiantes y profesores, los procesos académicos, el bienestar institucional, la organización, administración y gestión, sus egresados y el impacto sobre el medio y los recursos físicos y financieros.

Estos factores están subdivididos en características que se constituyen en aspectos que proponen dimensiones de calidad de cada uno de los factores.

Cada característica está conformada por variables que expresan atributos concretos de las características y son susceptibles de recibir valor numérico o no numérico. Las variables se expresan a través de indicadores entendidos como referen-

tes empíricos que hacen factible la valoración directa de los niveles de calidad propuestos por sus características y sus variables.

En cuanto a la distribución de factores, características, variables, indicadores e indicadores críticos el modelo se conforma como se describe en la tabla 3.

Tabla 3. Distribución de factores, características, variables, indicadores e indicadores críticos e indispensables del modelo para los programas de Educación Superior.

<b>Factores</b>	<b>Características</b>	<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Indicad. críticos</b>
Proyecto institucional	3	11	11	3
Estudiantes y profesores	17	47	64	25
Procesos académicos	21	77	91	45
Bienestar institucional	1	3	4	1
Organización, administración y gestión	2	8	8	3
Egresados e impacto sobre el medio	5	17	22	7
Recursos físicos y financieros	2	6	10	3
	51	169	210	88

Este modelo incorpora como nuevas características las siguientes:

- Escenarios del sistema de seguridad social en salud para la práctica de docencia servicio, determinando que los programas que utilizan las instituciones prestadoras de servicios de salud **deben** hacerlo con instituciones vinculadas al sistema de garantía de calidad; enfatizando el compromiso con las actividades de docencia servicio y las exigencias de la calidad, de tal forma que sean asumidas y reconocidas conjuntamente por los directivos del sector de la salud y el educativo.

De esta forma se busca específicamente que las instituciones prestadoras de servicios de salud seleccionadas como escenarios de práctica hayan declarado ante las instancias competentes el cumplimiento de los requisitos esenciales, demuestren que tienen planes de mejoramiento y se comprometan a prestar los servicios de la salud con la debida calidad.

- Plan de aprendizaje para la docencia servicio indicando como se **debe** disponer de este plan conforme a una planificación previamente establecida de los objetivos y actividades de docencia servicio, con el fin de que estas contribuyan efectivamente a la formación competente del estudiante y a la adecuada atención y prestación de servicios de salud.

- Seguimiento y evaluación en los escenarios de práctica, determinando que se asegure el cumplimiento efectivo del plan de aprendizaje con criterios y orientaciones claras que debe tener el programa, y que permita apreciar de manera objetiva y rigurosa como los docentes en los escenarios de práctica, cumplen con sus responsabilidades y compromisos en función de los estudiantes, según los diferentes niveles de atención y en los distintos entornos comunitarios según la naturaleza del programa.
- Relación del plan de estudios con las políticas del sistema de seguridad social en salud, para indicar como los programas deben considerar las políticas y programas del sector, los problemas del entorno, el perfil epidemiológico y las condiciones de prestación de los servicios de salud.
- Formación, interacción y vinculación de los estudiantes con el entorno comunitario, con lo cual se busca identificar el interés que debería experimentar el programa por el desarrollo de actividades académicas, investigativas y de docencia servicio, prevención de la enfermedad y promoción de la salud, campañas educativas de salud, servicio y atención en los diferentes ambientes comunitarios según las necesidades y naturaleza de cada programa.
- Los modelos aportan sobre los que están siendo actualmente utilizados, la inclusión de más indicadores sobre procesos y resultados que de estructura. De esta forma sólo el 28% son de estructura, (disponibilidad de recursos físicos, humanos y financieros) 48% de procesos y 24% de resultados. El 71% de los indicadores debe observarse con relación a los escenarios de práctica, a procesos académicos y a situaciones relacionadas con la presencia de estudiantes y docentes en ellos. Se destaca también que el 45% de los indicadores se clasificaron como críticos.

#### 4.3.2.2. *Modelo de autoevaluación y autorregulación para programas de formación de auxiliares en salud. Educación no formal*

En cuanto a la educación no formal se presenta igualmente un modelo que busca por primera vez vincular este tipo de programas en los procesos de autoevaluación y motivar a las entidades gubernamentales correspondientes para generar un sistema de acreditación, teniendo en cuenta que este tipo de educación ha estado ausente de los procesos de mejoramiento.

La organización de los tópicos para implementar el modelo en sus diferentes fases es la siguiente: se parte del análisis de a) unos estándares de calidad y b) se aplica el modelo de autoevaluación y autorregulación.

a) Estándares de calidad

Construir una definición de estándares de calidad en el ámbito de la Educación No formal en Salud en Colombia, implica considerar la concurrencia de condiciones previas, que expresen la manera como los programas de formación para el trabajo deben responder a criterios y niveles específicos de calidad en este nivel de formación y en los perfiles y competencias que caracterizan el desempeño específico de los egresados en un área ocupacional determinada.

Los elementos constitutivos del modelo de estándares de calidad son similares a los que se define para la educación superior, la diferencia se fundamenta en que esta se da en unidades, centrada en la aplicación, la práctica y en la técnica más que en la conceptualización y contextualización.

Mientras en la educación superior el referente se centra en el conocimiento universal y el conocimiento científico del área o disciplina, en la educación no formal se centra en la definición y dominio de los conocimientos técnicos, las destrezas y habilidades propias del perfil ocupacional del programa laboral.

En relación con las dimensiones, se simplifica las relacionadas con unidades académicas y administrativas por sistemas de operación educativo y administrativo del programa.

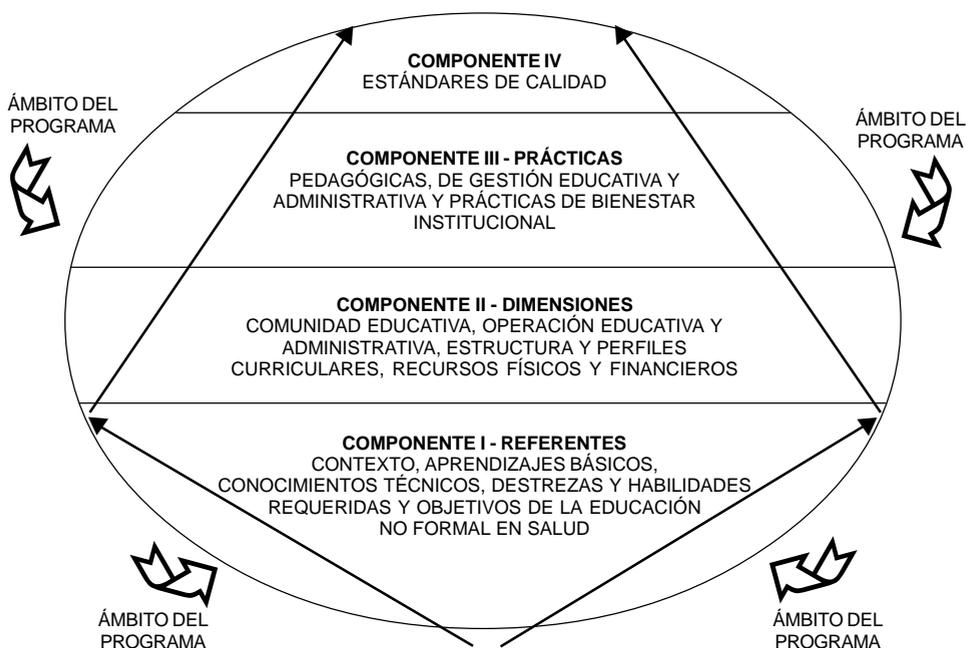
El modelo se explica mediante la descripción de las relaciones entre los componentes y sus elementos constitutivos, que determinan los procesos claves de la educación no formal, en este caso en áreas auxiliares de la salud.

En general, los estándares de calidad definidos para la creación y funcionamiento de programas están influenciados por diversos aspectos: figura 8.

1. El referente con sus elementos de:
  - Contexto.
  - Comprensión de conocimientos técnicos básicos, competencias, destrezas y habilidades.
  - Fines de la educación no formal.
2. Dimensiones:
  - Comunidad educativa: docentes, estudiantes, egresados, dirección educativa, consejo de dirección y comunidad.
  - Sistemas de operación educativa y administrativa.
  - Estructura curricular y perfiles por programa.
  - Recursos físicos y financieros.

3. Práctica:
  - Prácticas pedagógicas.
  - Prácticas de gestión educativa y administrativa.
  - Prácticas de bienestar institucional.
  
4. Estándares de calidad:
  - Justificación del programa.
  - Denominación específica del programa.
  - Estructura básica de aprendizaje del programa.
  - Ponderación de los aprendizajes básicos y prácticos por programa.
  - Escenarios de docencia-servicio.
  - Procesos de selección.
  - Sistemas de evaluación.
  - Requerimientos y perfiles del docente.
  - Dotación de medios educativos.
  - Infraestructura física.
  - Estructura de operación educativa y administrativa.
  - Procesos de autoevaluación.
  - Procesos de seguimiento a egresado.
  - Bienestar institucional.
  - Publicidad del programa.

Figura 8. Modelo de estándares de calidad para los programas de educación no formal en salud.



El ámbito del programa, es el escenario donde se producen las interacciones entre dimensiones y prácticas. Igualmente es la puesta en escena de principios y lineamientos que desde los referentes actúan como condiciones de calidad que le dan sentido a los procesos de formación.

b) Modelo de autoevaluación y autorregulación de educación no formal

Para continuar con el desarrollo de la espiral de calidad del programa se diseña el Modelo que lo que pretende es plantear una serie de elementos que faciliten, en principio, un desarrollo coherente, al interior de cada programa, de los procesos de evaluación y cualificación.

El modelo trabaja sobre factores, que expresan los elementos con que cuenta una institución de educación no formal y sus programas de formación laboral para el conjunto del quehacer educativo, la manera como se desenvuelven los procesos de formación laboral y el impacto que estas instituciones o sus programas ejercen sobre el entorno laboral y ocupacional de aprendizaje, dominio y práctica de las competencias y técnicas.

Los **factores** están subdivididos en **Características** que se constituyen en aspectos que proponen dimensiones de calidad (particulares y universales) de cada uno de los factores.

Cada característica está conformada por variables que expresan atributos concretos de las características y son susceptibles de recibir un valor numérico o no numérico. Las **variables** se expresan a través de **indicadores** entendidos como referentes empíricos de las variables que hacen factible la valoración directa de los niveles de calidad propuestos por las características y sus variables.

En cuanto a la distribución de factores, características, variables, indicadores e indicadores críticos, el modelo se conforma como se describe en la tabla 4.

Tabla 4. Distribución de factores, características, variables, indicadores e indicadores críticos e indispensables del modelo para los programas de Educación No Formal.

<b>Factores</b>	<b>Características</b>	<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Indicad. críticos</b>
Reglamento Pedagógico Institucional	3	11	12	3
Estudiantes y profesores	8	23	30	19
Procesos académicos	12	45	52	34
Bienestar estudiantil	1	2	3	1
Organización, administración y gestión	2	8	8	2
Egresados	1	6	8	4
Recursos físicos y financieros	3	10	13	6
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>105</b>	<b>126</b>	<b>69</b>

#### 4.3.2.3. *Aplicación del modelo de autoevaluación y autorregulación para programas del área de la salud*

Se realizó una prueba piloto en 13 programas: 8 de pregrado, 1 de posgrado, 1 técnico profesional y 3 de educación no formal

En esta prueba se confirma que el Modelo es apropiado y funcional a los programas del área de la salud, permitiendo la evaluación de aspectos propios de esta área.

- Se detecta que la conceptualización e identificación de los indicadores “críticos” es un aporte para establecer una base indispensable de la calidad de los programas.
- El modelo orienta a los programas en un trabajo de lograr calidad en forma continua y creciente a partir del cumplimiento de los estándares de calidad.
- El modelo al sugerir instrumentos y fuentes de información, facilita y agiliza la recolección de información.
- Se aportó en la capacitación de diferentes estamentos de la comunidad académica.

Este es un punto de especial significación dado de que constituye un aporte al país y a las instituciones universitarias y de educación no formal a través de las cuales se irán vinculando más programas con el apoyo de este tipo de instituciones. Esto se propicia por la lectura que tiene cada una de las características, variables e indicadores del Modelo desde la formación en las áreas de la salud lo cual indudablemente hace más efectivos los procesos de autoevaluación y autorregulación.

Cada uno de los modelos fue ampliamente discutido y revisado por parte del Ministerio de Educación Nacional, el Consejo Nacional de Acreditación, las Asociaciones de Facultades, directivos y docentes de la educación formal y no formal y el Ministerio de Salud.

#### 4.4. CONCLUSIONES

Algunas de las conclusiones que se obtienen del desarrollo del Proyecto son las siguientes:

La calidad de la formación del recurso humano no es un problema exclusivo de las instituciones educativas, requiere la participación de los formadores, empleadores, egresados y de los entes gubernamentales que cumplen funciones de supervisión, vigilancia y control.

Las acciones para el mejoramiento y aseguramiento de la calidad del recurso humano en salud deben corresponder a políticas intersectoriales para que exista coherencia y se eviten paralelismos que resten efectividad en los procesos.

Deben aprovecharse los esfuerzos que desde hace varios años han realizado los programas de educación superior del área de la salud como experiencia significativa para los programas de entrenamiento de personal auxiliar, como parte de una política integral y global de mejoramiento de la calidad.

Existen desarrollos significativos desde el punto de vista teórico y conceptual para la realización de procesos de autoevaluación y autorregulación con fines de acreditación que requieren ser apoyados con una política clara y directa de incentivos para aquellos programas que se vinculan al mejoramiento y aseguramiento de su calidad.

Se han realizado esfuerzos para la formación y capacitación de pares académicos encargados de la evaluación externa que requieren ser continuados, con el apoyo de las instancias gubernamentales correspondientes. Este aspecto debe ser fortalecido de manera prioritaria en la educación no formal.

La difusión de los resultados de la autoevaluación por parte de los programas debe ser pública y por lo tanto se deben establecer mecanismos efectivos para que esta llegue a los usuarios principales como lo son los aspirantes y estudiantes. En ese sentido es conveniente que los programas difundan si han cumplido con los estándares de calidad del Decreto 917 de 2001, si están realizando procesos de autoevaluación con fines de acreditación y muestren cuales son las características de sus planes de mejoramiento.

El concepto de evaluación adquiere un enfoque más integral y cualitativo enmarcado alrededor de las exigencias para el mejoramiento continuo para un mercado que demanda nuevas exigencias de competitividad alrededor de la demostración de la calidad.

Los diferentes actores que conocieron y analizaron el desarrollo del proyecto tales como Asociaciones de Facultades, Secretarías de Educación y Salud, personas vinculadas a la prestación de servicios, Directivos y docentes de programas del área de la salud y entes vinculados a los procesos de acreditación consideran la necesidad de tener características, variables e indicadores específicamente aplicables en los programas del área de la salud tales como la práctica docente asistencial, las interacciones en los procesos de formación entre docentes y estudiantes; formas muy específicas de seguimiento y evaluación en los campos de práctica, todo lo cual permita evaluar más a fondo la relación docencia-asistencia, la integración investigación-docencia-asistencia y la relación usuario-prestador del servicio, en los programas del área de la salud.

La propuesta de acreditación especializada debe vincularse a los procesos de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, y apuntar a la acreditación de los escenarios docente-asistenciales, dado que la gran cantidad de entidades de salud existentes en el país está utilizando sitios de práctica sin contar con criterios específicos sobre las características de calidad que deben tener estas instituciones para que en ellas se realicen actividades académicas y sobre la idoneidad del recurso humano asignado como docente asistencial.

Se destaca que la evaluación especializada en el área de la salud debe evaluar la coherencia entre los perfiles profesionales y los ocupacionales, desarrollando sistemas de evaluación de desempeño de los egresados, lo cual permitirá obtener elementos de juicio sobre la orientación de los currículos en el marco de la reforma del sector salud.

Entendiendo que la propuesta de acreditación especializada tiene en cuenta las situaciones de compromiso y riesgo social que tiene el ejercicio profesional del recurso humano en salud es necesario debatir profundamente el carácter voluntario de la acreditación.

La propuesta de acreditación especializada debe avanzar en la generación de un sistema de garantía de calidad de las instituciones formadoras de recurso humano en salud, en el cual la calidad sea mirada desde una perspectiva humana y que quede claro el posicionamiento del sector educativo dentro del sector salud.

La evaluación especializada en salud debe permitir examinar la multicausalidad del comportamiento en salud, la transdisciplinariedad e intersectorialidad, y el permanente contacto que el estudiante tiene con los usuarios finales de los servicios de salud, además de la pertinencia que tienen los abordajes investigativos cuanti-cualitativos en salud y las nuevas condiciones de responsabilidad civil y legal que rigen hoy día la prestación de los servicios de salud.

#### 4.5. PROPUESTAS Y PERSPECTIVAS

Dos documentos entregados al Programa de Apoyo a la Reforma titulados: “Propuesta de Fortalecimiento para apoyar la acreditación de la calidad de los programas del área de la salud” y “Propuesta de acreditación de los programas de educación no formal en el área de la salud”, desarrollan una serie de acciones entre las cuales se destacan las siguientes:

Establecer mecanismos de articulación intersectoriales entre los Ministerios de Salud y Educación, o sus entidades adscritas, que permitan al usuario obtener información actualizada sobre los resultados de la evaluación y la calidad de los programas.

El Ministerio de Salud deberá consolidar los Comités departamentales y distritales para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, para organizar los mecanismos para unificar, depurar y actualizar información sobre educación no formal y articularse con el SENA sobre el particular.

Definir y difundir criterios y conceptos relacionados con los procedimientos para la autorización de los programas de educación no formal y el cumplimiento de los estándares básicos de calidad que se proponen, unificando las denominaciones de los programas auxiliares.

Definir los procesos relacionados con la inspección, vigilancia, control y monitoreo de los programas de educación no formal de acuerdo con la propuesta para este nivel.

Generar y fortalecer los requisitos básicos de calidad para el nivel de especialización, tanto las orientadas a la atención como las que tienen énfasis en la administración y en los de auditoría médica, estos últimos requieren de una propuesta específica que incluya el análisis de experiencias internacionales, los trabajos de AUPHA, las recomendaciones de los otros proyectos de recursos humanos y la articulación del Ministerio de Salud con el Icfes, para fortalecer la iniciativa que viene promoviendo esta última entidad sobre los estándares básicos de calidad para las especialidades del área de la salud.

Fortalecer los sistemas de información que difundan las condiciones de los programas.

Reorientación del programa de Becas-Crédito (Minsalud-Icetex) para especializaciones médicas teniendo en cuenta la vinculación de los programas a procesos de autoevaluación y acreditación y para aquellas instituciones que cuenten con procesos autoevaluativos en los posgrados.

Incorporación de información de carácter legal, conceptual y procedimental de los programas sobre su vinculación a los procesos de autoevaluación y acreditación con propósitos del conocimiento de potenciales usuarios.

El Programa de Apoyo a la Reforma deberá aportar información sobre las políticas de recursos humanos, de acuerdo con las demandas y condiciones de calidad de su formación académica, para incentivar la formación en áreas prioritarias para el sector.

Definir en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional, los requisitos mínimos de los escenarios de práctica

El Ministerio de Salud debe identificar las necesidades de personal tecnológico y estimular la oferta.

En proceso articulado con el Ministerio de Educación Nacional se debe apoyar el cumplimiento de los estándares de calidad, fortalecer la vinculación con el Consejo Nacional de Acreditación y vincular la acreditación de programas con la de I.P.S. para mejorar las situaciones de docencia-servicio.

Buscar la participación de las Asociaciones para que se obtenga una incidencia más efectiva sobre la calidad que deben demostrar los programas y para avanzar en los procesos de selección y de capacitación de pares tanto para la educación formal como para la no formal. Las Asociaciones deberán solicitar al Consejo Nacional de Acreditación y al ICFES, recursos para realizar proyectos de socialización de los procesos de autoevaluación y autorregulación, con el fin de incentivar el ingreso a los procesos de acreditación para los programas de salud.

Se debe ampliar la asignación de los recursos del ICFES y C.N.A. de manera que abarquen los planes de mejoramiento de los programas.

#### 4.5.1. PROPUESTAS Y PERSPECTIVAS ESPECÍFICAS PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL

Los contenidos del plan de estudios deben considerar conocimientos básicos y esenciales que sustenten de manera comprensiva, científica y técnica los procesos sistemáticos y estandarizados de atención e intervención en salud. Sin embargo, estos conocimientos no deben bajo ninguna circunstancia sobrepasar el sentido práctico y ocupacional de estos programas, encaminados a formar no un personal científico, pero sí un recurso humano altamente competitivo por las calidades del servicio que presta, que supere los procedimientos empíricos, con alta valoración de sí mismo y de su desempeño ocupacional y que tenga capacidad para trabajar en grupo.

Se trata de establecer unos valores, conocimientos y prácticas que correspondan a la formación de un auxiliar con un perfil integral y polivalente en una gama de competencias de una área ocupacional definida.

Los métodos y didácticas para el desarrollo de programas de educación no formal deben estar centrados en torno de tres elementos fundamentales: el estudiante, el aprendizaje y el dominio de una gama de competencias laborales de una área ocupacional definida desde una perspectiva pedagógica, que combine la solución de problemas y el aseguramiento de la calidad, por oposición al sistema tradicional centrado en el profesor, la enseñanza y la memorización de conocimientos teóricos que no puede aplicar, ni poner en práctica ante una situación. La educación no formal es por naturaleza flexible, por lo que se puede adaptar muy bien al uso de los nuevos recursos de la tecnología informática y redes electrónicas de información.

Las prácticas docencia servicio, deben realizarse en instituciones prestadoras de servicios de salud debidamente autorizadas para ello, que hayan acreditado el cumplimiento de los requisitos esenciales y que además se comprometan a dar cumplimiento a los convenios que para tal efecto es necesario realizar con la institución formadora.

Para que estas prácticas sean efectivas y formativas deben poseer como mínimos tres requisitos: Disponer de profesores o instructores que monitoreen, realicen seguimiento y asesoren al estudiante practicante in situ; un plan de aprendizaje con práctica de competencias laborales y un sistema de evaluación con criterios y procesos que permitan evidenciar los resultados en términos de competencias.

La evaluación del aprendizaje debe encaminarse a por lo menos dos aspectos esenciales que se deben evidenciar como resultados en el estudiante cuando egresa y esta en capacidad de desempeñarse en un campo ocupacional. Estos son: de una parte, la asunción, interiorización y puesta en práctica como códigos de conducta, actitudes y comportamientos éticos, de responsabilidad, compromiso y consideración cuando se encuentre prestando un servicio, y de otra, el dominio completo y absoluto de competencias laborales, evidente en resultados de atención eficientes, oportunos y de alta calidad que permitan la promoción y el cuidado de la salud.

Esta concepción de evaluación, supera la tradicional centrada en conocimientos teóricos que no remite a un hacer práctico competente, supone igualmente un sistema de calificación diferente, basado en el logro y dominio de competencias; cambio de comportamientos y actitudes, y actuaciones orientadas por códigos de conducta y ética, para lo cual los referentes numéricos y alfabéticos no parecen ser los más precisos.

Los profesores e instructores deben ser profesionales con aceptable experiencia en el área de la salud y en la docencia, específicamente en la formación de recurso humano no científico, ni universitario. Estos profesores deben recibir capacitación tanto en los aspectos conceptuales, pedagógicos, didácticos y evaluativos propios de la educación no formal, además de la especificidad que demanda la formación en competencias laborales en campos ocupacionales en el área de la salud.

La infraestructura y la dotación de las instituciones de educación no formal deben contar con los espacios adecuados para el aprendizaje de los conocimientos esenciales requeridos para desarrollar y efectuar las competencias laborales señaladas. Estos espacios incluyen aulas de clase, una biblioteca de consulta básica, áreas de convivencia, herramientas audiovisuales e informáticas. La nomenclatura de los programas, debe coincidir y guardar estricta coherencia con el per-

fil ocupacional del programa auxiliar en el área de la salud respectiva y coherente con la legislación vigente.

La publicidad de los programas, debe ser clara y sin evasivas, orientada a promover sin engaño el programa de tal forma que los aspirantes comprendan desde el primer momento cual es el programa que van estudiar, sus costos, duración, posibilidades laborales y certificación a que conduce.

Políticas integrales, concertadas y específicas para la formación del personal auxiliar y técnico en el área de la salud. Tanto la concertación, como la aplicación de estas políticas es necesario realizarla en forma articulada entre los siguientes:

- El Ministerio de Salud a través del Comité Ejecutivo Nacional de Recurso Humano en Salud y las Secretarías de Salud Departamental y Distrital.
- El Ministerio de Educación a través de las Secretarías de Educación Departamental y Distrital.
- Ministerio del Trabajo y Seguridad Social.
- Las Instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Las instituciones formadoras de recurso humano auxiliar y técnico en salud
- Los usuarios y beneficiarios de los servicios de salud.
- Las asociaciones de instituciones de educación no formal que desarrollan programas en el área de salud.
- Las asociaciones gremiales que comprenden este recurso humano.

Realizar estudios que permitan conocer el estado del arte de la educación no formal en Colombia, la creación de nuevos desarrollos conceptuales, pedagógicos y didácticos que posibiliten el afianzamiento de esta forma alterna y válida de educación y su proyección dentro de perspectivas y características diferentes de la educación formal.

Desarrollar una cultura de la calidad y mejoramiento en las instituciones y programas de educación no formal en el área de la salud que le permitan generar confianza en el sector educativo y de la salud por la calidad y la seguridad del recurso que forma, posicionarse como alternativa válida de educación y generar una mayor valoración e interés en la sociedad con base en sus resultados y evidencias.

Estructurar y poner en marcha un sistema de acreditación calificada de instituciones y programas de educación no formal en el área de la salud, relacionado e integrado a los sistemas educativo, laboral y de seguridad social en la salud. Implantar este sistema implica:

- Desarrollar una estrategia que permita generar una cultura de la autoevaluación con base en resultados y competencias.

- Establecer un sistema de información regional o nacional sobre la oferta de estos programas
- Establecer unos estándares básicos de formación laboral por competencias y áreas ocupacionales de atención e intervención en salud.
- Establecer un sistema de cargos y niveles de acuerdo con las competencias laborales y funcionales, los niveles de complejidad y los requerimientos del sector salud.
- La vinculación laboral del recurso humano auxiliar técnico en salud, tanto en el sector público como privado, debe ir avalada por una institución acreditada.

Reemplazar la creatividad y la producción de reglamentaciones y normativas, por estrategias de desarrollo cualitativo global de la educación no formal, articuladas a procesos de seguimiento y monitoreo para su cabal cumplimiento, en especial las concernientes a la formación ocupacional del recurso humano en el área de la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

### **BIBLIOGRAFÍA PRODUCIDA POR EL PROYECTO “APOYO A LA ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN SALUD**

#### **DOCUMENTOS TÉCNICOS**

Inventario de instituciones y programas de educación y entrenamiento en salud en Colombia.

Documento técnico y manual del usuario SIAE, Sistema de Información de Acreditación Especializado.

Marco legal del sistema educativo pertinente a la acreditación de instituciones de educación y entrenamiento en salud.

Revisión bibliográfica sobre los procesos de autoevaluación, evaluación externa y acreditación en programas académicos de ciencias de la salud.

Informes regionales; experiencias significativas en autoevaluación, evaluación externa y acreditación externa de instituciones de educación y entrenamiento en salud en la Universidad Nacional de Colombia, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad El Bosque, Universidad Distrital de Santander, Corporación Universitaria de Santander, Universidad del Norte, Universidad del Valle, Universidad de Antioquia, Instituto de Ciencias de la Salud, CES.

Memorias del seminario taller: análisis de las experiencias significativas y relevantes sobre procesos de autoevaluación, evaluación externa y acreditación en Colombia.

Análisis de las encuestas realizadas a programas formadores y de entrenamiento del recurso humano en salud sobre los aspectos académicos y el proceso de autoevaluación y acreditación.

Situación actual de la acreditación de programas de educación y entrenamiento en salud en Colombia.

Soporte bibliográfico del estudio comparativo de las experiencias internacionales en acreditación de programas en el área de la salud en Estados Unidos, Canadá, México, Chile y Argentina.

Informe sobre aplicación del modelo de autoevaluación y autorregulación en programas del área de la salud.

Propuesta de fortalecimiento para apoyar la acreditación de la calidad de los programas del área de la salud.

Propuesta de acreditación de los programas de educación no formal en el área de la salud.

## **LIBROS**

Los programas de formación en el área de la salud: oferta, evaluación y acreditación en salud. Las posibilidades de una acreditación especializada. Tomo I.

Estudio comparativo de las experiencias internacionales en acreditación de programas en el área de la salud en Estados Unidos, Canadá, México, Chile y Argentina. Tomo II.

Modelo de autoevaluación y autorregulación de programas de educación superior en el área de la salud. Tomo III.

Herramientas para la operacionalización del modelo de autoevaluación y autorregulación para programas de educación superior en el área de la salud para el cumplimiento de los estándares de calidad. Tomo IV.

Modelo de autoevaluación y autorregulación para programas del área de la salud. Programas de formación de auxiliares de salud. Educación no formal.

# ANEXO

**OFERTA, EVALUACION Y ACREDITACION EN SALUD.  
LA POSIBILIDAD DE UNA ACREDITACION ESPECIALIZADA**

www.minsalud.gov.co  
www.ascofame.org.co

**MARCO DE REFERENCIA**

- **Recurso humano: pilar fundamental**
- **La calidad**
- **Marco Legal**

**METODOLOGÍA**

**Inventario de la oferta educativa**

Revisión experiencias internacionales: Estados Unidos, Canadá, México, Chile y Argentina

Análisis de 37 programas con experiencias significativas y relevantes

Estudio muestral por conglomerados

Seminarios Taller en cinco Corpes

Construcción de los modelos de autoevaluación y autorregulación con metodología eminentemente participativa

**METODOLOGÍA**

Asesorías internacionales

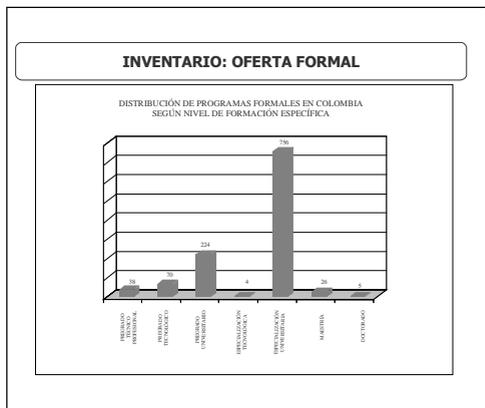
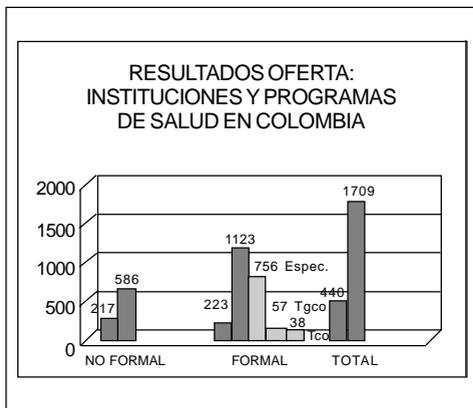
Capacitación a pares académicos

Prueba piloto en 10 programas de la educación superior y 3 programas de formación de auxiliares

Ajustes finales del modelo

Fortalecimiento de los espacios formales de participación en el sector salud con la comunidad educativa

Diseño de un sistema de información





**DISTRIBUCIÓN DE PROGRAMAS PREGRADO EN COLOMBIA**

Medicina	46	Terapia Respiratoria	12
Enfermería	41	Promoción y Prevención	11
Odontología	31	Farmacía	11
Terapia Física	29	Radiología e Imagenología	10
Fonoaudiología	21	Optometría	8
Instrumentación Quirúrgica	20	Nutrición	8
Terapia Ocupacional	18	Lab. y Mec. Dental	8
Bacteriología y Lab. Clínico	17	Gerontología	6
Admón y Seg. Social	16	Citohistología	4
Salud Ocupacional	13	Sistemas de información	1
		Lab. Optico	1

**OFERTA DE PROGRAMAS Y PROBLEMAS DE CALIDAD**

“Proliferación incontrolada de programas producto de un abuso de la autonomía conferida a las instituciones de educación superior” Mineducación - Icfes

Mínima oferta en el nivel técnico y tecnológico

Alto crecimiento de las especialidades

No hay planeación de la formación de recursos humanos

Acelerado crecimiento del número de instituciones, principalmente privadas

Utilización de sitios de práctica que no cumplen con las condiciones mínimas

**EL SISTEMA EDUCATIVO Y PROBLEMAS DE CALIDAD**

Incapacidad del Estado para inspeccionar, vigilar y controlar

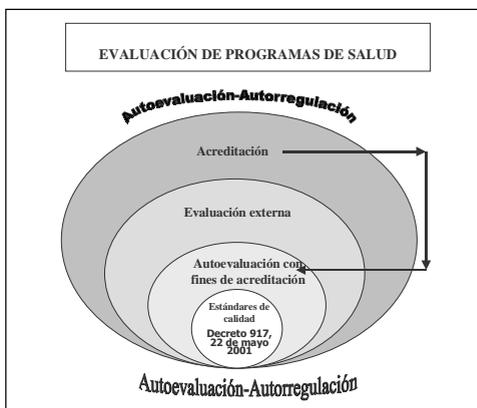
Mínimo control social

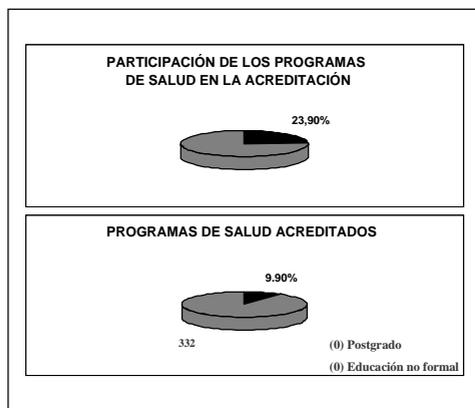
Información mínima y deficiente a los usuarios

Incremento de reglamentaciones, diversidad de nomenclaturas

Problemas de publicidad y mercadeo

Intereses económicos





**EVALUACIÓN - ACREDITACIÓN Y CALIDAD**

Incipiente autorregulación con responsabilidad social

Disminución de los requisitos de ingreso y de las exigencias de la evaluación académica

Insuficiente cantidad de pares académicos

No se ha desarrollado la acreditación de programas de posgrado

La educación no formal se encuentra excluida del proceso

**LA SITUACIÓN DE DOCENCIA SERVICIO**

Problemas de carácter administrativo para llegar a acuerdos con las IPS

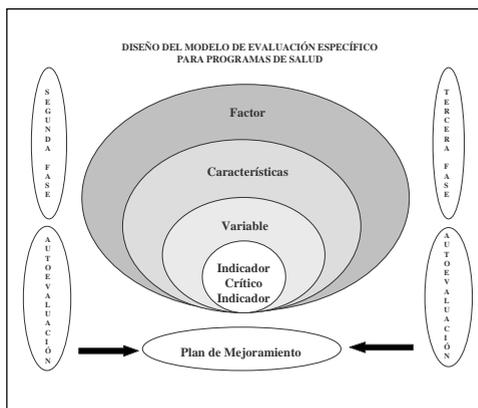
Pagos que deben hacer los programas

Pérdida del trabajo en equipo

Cobros por rotación de estudiantes

Realización de prácticas en IPS con problemas de calidad

El 20.3% de los programas en E.S. y 13.% en Ed. Aux. no tienen convenios. Muchos programas carecen de comités docente asistenciales



**DISTRIBUCIÓN DE FACTORES, CARACTERÍSTICAS, VARIABLES, INDICADORES E INDICADORES CRÍTICOS E INDISPENSABLES DEL MODELO PARA LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

16 ESTÁNDARES DE CALIDAD

FACTORES	CARACTERÍSTICAS	VARIABLES	INDICADORES	INDICADORES CRÍTICOS
Proyecto institucional	3	11	11	3
Estudiantes y profesores	17	47	64	25
Procesos académicos	21	77	91	45
Bienestar institucional	1	3	4	1
Organización, administración y gestión	2	8	8	3
Egresados e impacto sobre el medio	5	17	22	7
Recursos físicos y financieros	2	6	10	3
	51	169	210	88

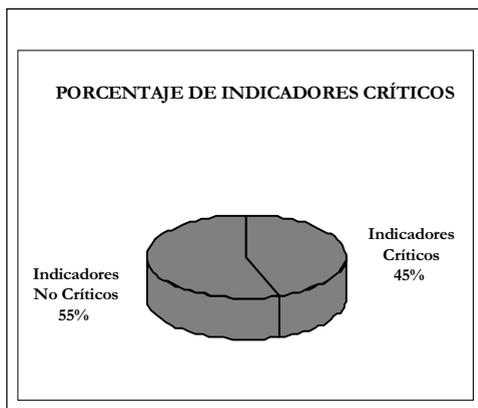
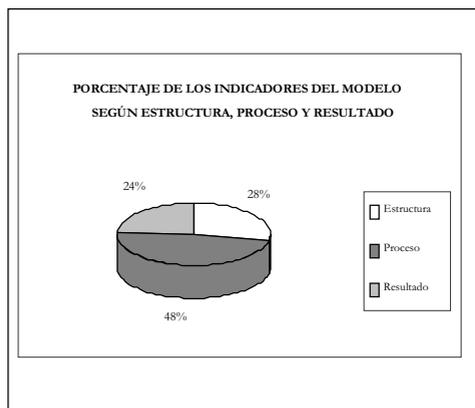
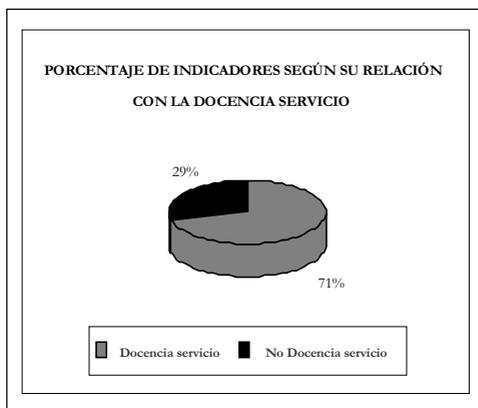
**MODELO DE AUTOEVALUACIÓN Y AUTORREGULACIÓN PARA PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR DEL ÁREA DE LA SALUD**

Nuevas características:

- ✓ Escenarios del sistema de seguridad social en salud para la práctica de docencia servicio
- ✓ Plan de aprendizaje para la docencia servicio
- ✓ Seguimiento y evaluación en los escenarios de práctica
- ✓ Relación del plan de estudios con las políticas del sistema de seguridad social en salud
- ✓ Formación, interacción y vinculación de los estudiantes con el entorno comunitario

**PROPUESTA DE MODELO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL**

FACTORES	CARACTERÍSTICAS	VARIABLES	INDICADORES	INDICADORES CRÍTICOS
1. Reglamento Pedagógico Institucional	3	11	12	3
2. Estudiantes y profesores	8	23	30	19
3. Procesos académicos	12	45	52	34
4. Bienestar estudiantil	1	2	3	1
5. Organización, administración y gestión	2	8	8	2
6. Egresados	1	6	8	4
7. Recursos físicos y financieros	3	10	13	6
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>105</b>	<b>126</b>	<b>69</b>



**CONCLUSIONES**

La calidad de la formación del recurso humano no es un problema exclusivo de las instituciones educativas, requiere la participación de los formadores, empleadores, egresados y de los entes gubernamentales que cumplen funciones de supervisión, vigilancia y control.

Las acciones para el mejoramiento y aseguramiento de la calidad del recurso humano en salud deben corresponder a políticas intersectoriales para que exista coherencia y se eviten paralelismos que resten efectividad en los procesos.

**CONCLUSIONES**

Desarrollo de una política clara y directa de incentivos

Formación y capacitación de pares académicos, fortalecido de manera prioritaria a la educación no formal.

Difusión pública y efectiva de los resultados a los aspirantes y estudiantes, usuarios principales de la educación

La acreditación especializada debe vincularse a la acreditación de las IPS y apuntar a la acreditación de los escenarios docente-asistenciales

Es necesario debatir profundamente el carácter voluntario de la acreditación para el área de la salud

**CONCLUSIONES**

Debe evaluar la coherencia entre los perfiles profesionales y los ocupacionales, evaluar el desempeño de los egresados, lo cual permitirá obtener elementos de juicio sobre la orientación de los currículos en el marco de la reforma del sector salud.

**PROPUESTAS Y PERSPECTIVAS**

Establecer mecanismos de articulación intersectoriales entre Minsalud y Mineducación, que permitan para el uso de la información actualizada sobre la calidad de los programas.

Consolidar los Comités departamentales y distritales para el Desarrollo de los R. H. en Salud.

Definir y difundir criterios para la autorización de los programas de educación no formal y el cumplimiento de los estándares de calidad

**PROPUESTAS Y PERSPECTIVAS**

Definir los procesos relacionados con la inspección, vigilancia, control y monitoreo de los programas de educación no formal.

Desarrollar y aplicar los requisitos básicos de calidad para las especializaciones, administración y auditoría clínica, estos últimos requieren de una propuesta específica

Fortalecer los sistemas de información que difundan las condiciones de los programas.

**PROPUESTAS Y PERSPECTIVAS**

**Reorientación del programa de Becas-Crédito**

Definir en coordinación con el Mineducación los requisitos mínimos de los escenarios de práctica

El Minsalud debe identificar las necesidades de personal tecnológico y estimular la oferta.

Buscar la participación de las Asociaciones.

**PROPUESTAS Y PERSPECTIVAS ESPECÍFICAS PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL**

El plan de estudios no debe sobrepasar el sentido práctico y ocupacional de este recurso

Los programas deben poseer como mínimos tres requisitos :

1. Disponer de profesores que monitoreen, y asesoren al estudiante practicante in situ; 2. Plan de aprendizaje práctico de competencias laborales 3. un sistema de evaluación referido a las competencias

**PROPUESTAS Y PERSPECTIVAS ESPECÍFICAS PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL**

**ACTORES PARA EL DESARROLLO DE LA CALIDAD**

- Minsalud a través del Comité Ejecutivo Nacional de Recurso Humano en Salud y las Secretarías de Salud Departamental y Distrital
- El Ministerio de Educación a través de las Secretarías de Educación Departamental y Distrital
- Ministerio del Trabajo y Seguridad Social
- I.P.S.
- Las instituciones formadoras
- Los usuarios y beneficiarios de los servicios de salud
- Las asociaciones de instituciones
- Las asociaciones gremiales

**PROPUESTAS Y PERSPECTIVAS ESPECÍFICAS PARA  
LA EDUCACIÓN NO FORMAL**

- Estructurar y poner en marcha un sistema de acreditación
- Establecer un sistema de información regional o nacional sobre la oferta de estos programas
- Aplicar los estándares básicos de formación laboral por competencias y áreas ocupacionales



# CONCLUSIONES GENERALES

JORGE CASTELLANOS R.\*  
SUPERVISOR TÉCNICO

---

\* Consultor. Programa Apoyo a la Reforma. Ministerio de Salud.



## **PERSPECTIVAS DE DESARROLLO DEL PERSONAL DE SALUD**

La revisión de Resultados de los estudios realizados en los cuatro Proyectos de Recursos Humanos, motivo de los capítulos anteriores de esta publicación, y en especial las propuestas de acción presentadas, conducen a conclusiones, algunas generales y otras específicas, que marcan derroteros importantes para la formación y el desarrollo del personal de salud e inciden en los procesos, tanto educativos como de prestación de servicios.

En el marco de la visión prospectiva, que ha caracterizado la presentación de estos resultados, cabe destacar los siguientes aspectos:

### **1. Orientación general de las recomendaciones**

En primer lugar, las Perspectivas de formación y desarrollo del Personal de salud, tanto inmediatas como para el mediano y aún el largo plazo, son de **Cambio y Transformación**. Estos cambios y transformaciones, tendrán como base, en algunos casos, un reemplazo o **Sustitución de Paradigmas y en otros el desarrollo de nuevos Paradigmas**.

Los cambios requeridos habrán de empezar desde las redefiniciones de conceptos básicos, que permitan la adopción de políticas de planificación y formación del personal de salud, e igualmente en la generación de nuevas soluciones operativas, apoyadas en un claro y decidido fortalecimiento de los procesos y formas de gestión.

Todos estos cambios estarán influidos por las características del modelo de desarrollo adoptado por el País y por sus implicaciones tanto en el esquema financiero como en la modulación del sistema general de seguridad social en salud. Igualmente esos cambios habrán de responder a las orientaciones de la regulación que se deriva de esas características del sistema de salud.

Estos cambios y transformaciones se habrán de conceptualizar e implementar mediante una estrategia de construcción colectiva, con una participación efectiva

de todos los actores comprometidos en los procesos de educación, de prestación de servicios y de interpelación laboral.

En segundo lugar, es evidente que la ejecución de los proyectos de recursos humanos ha generado una muy amplia y variada disponibilidad de información. En América Latina, Colombia es sin duda, el País, que hoy cuenta con más extensa y completa información sobre “Recursos Humanos”, producida en el marco de la Reforma de los Servicios de Salud. Esto necesariamente implica la responsabilidad de utilizar apropiada y oportunamente esta información, por parte de los organismos oficiales, pero también por todas las entidades educativas.

A partir de este señalamiento, proceden tres anotaciones complementarias:

- a) La información disponible configura una oportunidad única de realizar los ajustes y cambios que se han identificado como imperativos, tanto en la gestión como en la formación de las diferentes categorías y ocupaciones del personal de salud. El manejo apropiado de esta información, permitirá revisar y redefinir las competencias de profesionales, técnicos y auxiliares para determinar los nuevos roles y adecuar las normas correspondientes, en concordancia con los paradigmas del sistema general de seguridad social en salud.

Se abre así la posibilidad de subsanar dificultades y deficiencias derivadas de la falta de coordinación de los procesos educativos y de prestación de servicios, que en forma amplia e insistente ha sido señalada, en las varias presentaciones, como la causa principal de distorsiones existentes.

- b) En relación con resultados, los proyectos han generado propuestas concretas en las áreas o aspectos que les fueron determinados en los objetivos y en los términos de referencia. En este sentido la información responde a situaciones o problemas específicos, que fueron motivo del proyecto respectivo. No obstante, la información obtenida en estos estudios permite analizar y enfrentar otros problemas y situaciones que requieren solución. En estos casos será necesaria una elaboración adicional de dicha información, de acuerdo con el problema o situación que se busca solucionar y con la diversidad de escenarios que determina la heterogeneidad del País.

Las revisiones de normas realizadas en estos estudios han dado lugar a propuestas que incluyen ajustes y modificaciones de algunas de ellas e igualmente líneas de acción para hacer operativas las recomendaciones. En principio estas propuestas habrán de ser motivo de debate para llegar a una concertación con actores institucionales y profesionales que vengan de sectores importantes en el sistema de salud.

- c) Las propuestas y líneas de acción recomendadas en los productos de estos proyectos están planteadas con horizontes de iniciación en corto (6 meses), mediano (5 años) y largo plazo (más de 5 años). En un buen número de casos estas propuestas generarán resultados positivos en periodos más o menos cortos. En otros, en especial cuando se trata de cambios en el proceso educativo, los resultados finales requerirán plazos más amplios para su consolidación.

## 2. Articulación intersectorial

Los asuntos del “personal de salud” requieren una aproximación y un manejo intersectorial en el cual participen **Educación-Salud-Trabajo**. Estas acciones se habrán de desarrollar mediante participación y construcción colectiva, en la cual interactúen los organismos del Estado y entidades públicas y privadas, tanto del campo de la educación, formal y no formal, como del área de los servicios. Para articular la acción de estas instituciones, armonizar sus objetivos y concertar sus intereses, los proyectos plantean cuatro grandes líneas de acción:

- Ratificar, revisar o adoptar, según el caso, definiciones de política de organización y prestación de servicios que inciden de manera directa en la formación y el desempeño del personal de salud. Esta es la situación respecto a las determinaciones de Modelos de prestación de servicios y de Modelos de atención, cuyas definiciones son aun vagas e imprecisas o están ausentes, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Dentro de esa misma línea es necesario que se definan las prioridades que la implementación del sistema asigna a las diferentes instancias de prestación de servicios, en particular al conjunto de acciones que deberán conformar el hoy denominado “primer nivel de atención”, cuyas características funcionales no responden a las disposiciones legislativas que originan y fundamentan el sistema de servicios de salud.

- En la formación del personal de salud, un área especialmente crítica, es la relación entre las instituciones educativas y de servicio, que se conoce como “integración docencia-servicio. Por la complejidad de las situaciones que se observan y por las implicaciones, tanto en la atención de salud como en las actividades educativas, tres de los proyectos dedicaron tiempo considerable y esfuerzos específicos a la revisión crítica de estos temas. Como resultado de los análisis efectuados se ha propuesto una serie de acciones que deben ser motivo de consideración por los organismos gubernamentales competentes.

Teniendo en cuenta la necesidad y urgencia de subsanar las restricciones y las distorsiones observadas, con un enfoque práctico, se ha propuesto que en los próximos seis meses (corto plazo), en las instancias que corresponda y con la participación de los actores competentes, se haga la revisión de las conclusiones y recomendaciones formuladas para replantear, conceptual y operativamente las características de esta relación, docencia-servicio. Con base en esta revisión habrán de ser examinadas y concertadas las propuestas de actualización normativa plasmadas en el proyecto, presentado por uno de los estudios, modificatorio del decreto 190 de 1996, que ha reglamentado esta relación en los últimos años y cuyas disposiciones se ha estimado deben ser actualizadas.

La base de esta propuesta es la integralidad de las acciones educativas y de la atención de salud y la consideración de la calidad como atributo fundamental de la relación docencia-servicio, en sus elementos de formación del personal y de atención de salud individual y colectiva.

- Se reconoce la necesidad de precisar instancias definidas de formulación, conducción y ejecución de las políticas para el desarrollo del personal de salud, tanto al nivel central como regional, con representación de agentes interesados.

En las conclusiones de los cuatro estudios se destaca la urgente necesidad de revisar y renovar los mecanismos de generación y seguimiento de las políticas de educación del personal de salud. Se señala la inoperancia de los actuales y se recomienda revisar su conformación y funciones. Se considera que, dada su trascendencia, las decisiones con respecto a la formación del personal de salud deben ser políticas de Estado.

Dentro de esa orientación, uno de los proyectos presenta alternativas y una propuesta concreta, con opciones de implementación. Estas iniciativas, una vez analizadas por el Ministerio de Salud, habrán de ser objeto de debate con los actores institucionales comprometidos en estos procesos. Esta es una propuesta para acción en el corto y mediano plazo.

- Para fortalecer los procesos anteriores, se destaca la necesidad de apoyo específico, en el nivel central y asistencia para estimular y generar el desarrollo de capacidad operativa en organismos regionales, a fin de que estos puedan asumir las funciones y responsabilidades que les compete.

Con este propósito, señalan los resultados de los estudios, se requiere diseñar y poner en marcha acciones específicas de asistencia técnica, empezando por el reentrenamiento del nivel directivo central y de entidades territo-

riales de educación y salud. A este respecto, uno de los proyectos presenta iniciativas de actividades que, propone, deben ser realizadas en el corto y mediano plazo.

En conjunto, las acciones planteadas, para el reforzamiento necesario y la modernización de los procesos de educación y de gestión del personal de salud requieren cambios de cultura institucional. A este efecto, para realización en el corto plazo, se recomienda agilizar el debate respectivo e iniciar, a la brevedad, el diseño y la implementación de la propuesta de desarrollo de áreas de demostración, en regiones representativas del país, que permitan construir progresivamente esa nueva cultura institucional.

### **3. Modulación y regulación**

Los análisis realizados indicaron la necesidad de promover y desarrollar un liderazgo transformador de la educación y del desempeño del personal de salud. En esa línea, las conclusiones de los estudios indican que es imperativo rescatar el carácter de actores principales en el proceso de atención de salud que corresponde a los profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en los servicios de salud.

Con base en los resultados de los estudios realizados, se indica que es indispensable, “articular en una sólida y coherente política de Estado” las decisiones atinentes al desarrollo del Personal de Salud. Los productos entregados por los proyectos incorporan iniciativas y propuestas de acción conducentes a estos propósitos. Estas propuestas deben ser debatidas en las instancias y en los escenarios apropiados. A través de estos debates se habrán de sentar las bases para la actualización y redefinición, según corresponda, de los roles y competencias de las varias categorías de personal de salud.

Esta será la base para precisar espacios ocupacionales y sustentar un proceso de adecuación y simplificación del frondoso aparato normativo existente. Los resultados finales de este ejercicio de confrontación metodológica, librado en las instancias institucionales pertinentes, permitirá entregar a las autoridades un material concertado, que reconozca las características de los nuevos esquemas de relaciones y vinculación laboral y apoye y sustente los procesos de ajuste que corresponda. Estas son acciones planteadas para ser iniciadas en el corto y mediano plazo.

#### **4. Sistemas de planificación y gestión**

El proyecto que analizó aspectos de oferta y demanda enfatiza la necesidad de desarrollar un sistema apropiado de planificación del personal de salud, que incorpore nuevas metodologías, que respondan y sean compatibles con las características y requerimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las conclusiones de este estudio señalan además, como prioridad, la necesidad de crear una “Unidad de Planificación de Recursos Humanos”. Esta conclusión es similar en los estudios realizados por los otros tres proyectos.

Consistente con lo anterior, el proyecto anotado entrega, listo para su aplicación, un modelo dinámico de oferta y demanda, aplicable en diferentes escenarios. El producto final incluye propuestas concretas para la iniciación del registro de profesionales de la salud.

La aplicación de los nuevos instrumentos de planificación requiere decisiones de las autoridades para iniciar su implementación y en segundo lugar la realización del proceso respectivo de capacitación al nivel central y regional.

Las propuestas de implementación, al igual que el modelo de manejo de oferta y demanda, habrán de ser objeto de revisión, al interior del Ministerio de Salud, para luego ser llevados a debate con otras instituciones involucradas.

En razón de las necesidades apremiantes de decisión en estas áreas, se asigna especial importancia a los debates y demás actividades planteadas, las cuales se habrán de realizar en el corto y mediano plazo

Desde el punto de vista de gestión, la experiencia ha hecho evidente que las reformas de los sistemas de salud obligan a una redefinición de los procesos de gestión del personal de salud y al fortalecimiento de estas funciones, en el sistema como un todo y en las instituciones que lo conforman

En este terreno, las exigencias del nuevo contexto institucional se agregan a problemas y situaciones no resueltas en el sistema anterior, varias de las cuales están relacionadas con la necesidad de precisar definiciones en cuanto a formas de organización de los recursos (modelos de prestación de servicios), en tanto que otras se relacionan con las modalidades de hacer o realizar la atención (modelos de atención).

Dentro de esa orientación, para adecuar y modernizar la gestión de personal de salud, bajo diferentes enfoques, los proyectos coinciden en formular propuestas de revisión para los procesos de reentrenamiento y de reconversión laboral del personal actual e igualmente proponen realizar análisis en mayor profundidad

de las implicaciones, para determinadas actividades, de las acciones de flexibilización laboral.

En las presentaciones se ha indicado que, dada su importancia, estas son actividades y acciones que requieren ser desarrolladas de preferencia en el corto plazo, para facilitar el establecimiento de marcos de referencia actualizados en los cuales se pueda encauzar la aplicación de otras iniciativas sustentadas por los hallazgos de los estudios realizados.

## **5. La formación del personal de salud**

En esta área, los estudios realizados por los proyectos, muestran una gama muy amplia de resultados, que hacen referencia a aspectos de contexto de los programas educativos, a las relaciones entre estos y los servicios de salud, a los contenidos y estrategias curriculares y a las técnicas docentes propiamente dichas. Todos estos son hallazgos importantes que deben ser tomados en cuenta en las reorientaciones correspondientes, al igual que consiguientes recomendaciones. En ese panorama, en las presentaciones se destacaron aspectos que conviene resaltar.

Los estudios efectuados en esta área mostraron la necesidad de lograr un acercamiento efectivo de las entidades educativas y los servicios de salud. El distanciamiento existente es causa de muchas distorsiones y de la consiguiente falta de adecuación de los programas educativos.

Los análisis de funciones realizados, mostraron evidentes inconsistencias entre las funciones que cumplen diferentes grupos de personal y la formación que recibieron. Esto obviamente se refleja en ineficiencia, baja productividad y calidad deficiente de los servicios. Los estudios realizados mostraron perfiles ocupacionales claramente inapropiados en administración territorial del sistema, en el aseguramiento y en la prestación de servicios.

Entre las recomendaciones formuladas se destaca la necesidad de definir competencias y utilizar estos resultados como base de los diseños curriculares. Se aclara que el concepto de competencias esta referido a habilidades y destrezas necesarias para ejecutar adecuadamente el conjunto de funciones propias de una disciplina y se señala la importancia de lograr precisión y buenas definiciones a este respecto, principalmente en áreas críticas del SGSSS.

Los hallazgos de estos estudios indican además la necesidad de lograr una mayor cualificación en los programas educativos, mediante ajustes curriculares en los cuales se deben incorporar elementos que aseguren a los estudiantes y futuros

trabajadores del sector un conocimiento efectivo del SGSSS y las habilidades necesarias para dinamizar su desarrollo, así como la capacidad de interactuar con él en los aspectos laborales.

Todas estas acciones, de revisión y ajuste de contenidos curriculares, complejas por naturaleza, se deben dar fundamentalmente en los ámbitos educativos pero con una participación amplia de los servicios de salud. Por su importancia, se deberán iniciar y gestionar en el corto plazo, pero teniendo en cuenta que los resultados solo serán apreciables, en su mayoría en un horizonte de mediano y aún largo plazo.

## **6. La reforma educativa un compromiso de todos**

Los hallazgos y resultados de los proyectos y en particular las recomendaciones generadas por los mismos, hacen evidente la necesidad de adoptar una agenda de trabajo sistemático que permita analizar y precisar la amplitud y secuencia con arreglo a las cuales se deberán implementar las múltiples y variadas iniciativas que se han presentado. Esta agenda, en primera instancia, deberá ser sujeto de desarrollo conjunto por parte del grupo técnico de recursos humanos del Ministerio de Salud y del Programa de apoyo a la Reforma, con una decidida representación y participación de los sectores gubernamentales de educación y trabajo. Posteriormente se habrán de propiciar debates de temas específicos con instituciones y estamentos interesados, para llegar finalmente a la adopción de prioridades y líneas concretas de acción.

**La reforma educativa necesaria para la consolidación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es una responsabilidad y un compromiso de todos.**

## ANEXO

	<p><b>MINISTERIO DE SALUD</b>  <b>PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD</b></p> <p>www.minsalud.gov.co                  jcastellanos @minsalud.gov.co</p>	<p>CONTENIDOS</p> <p>ANTECEDENTES</p> <p>PROYECTOS</p> <p>HALLAZGOS</p>	<p><b>RECURSOS HUMANOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b></p>
--	---	---	---

CONTENIDOS	<b>ANTECEDENTES</b>
ANTECEDENTES	MISIÓN HARVARD
PROYECTOS	PROGRAMA APOYO A LA REFORMA Prestación de Servicios de Salud Aseguramiento Vigilancia y Control del Sistema.
HALLAZGOS	Sistemas integrado información de salud Recursos Humanos

CONTENIDOS	<b>PROYECTOS REC. HUMANOS</b>
ANTECEDENTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cuantos somos?</i></li> <li>• <i>Cuantos se necesitan?</i></li> <li>• <i>Cual es la disponibilidad?</i></li> <li>• <i>Cual es el balance entre disponibilidad-requerimientos</i></li> </ul>
PROYECTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Que tipo de personal se requiere?</i></li> <li>• <i>Como se debe formar el personal y con quien ?</i></li> </ul>
HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Como incentivar la calidad en la formación y el desempeño ?</i></li> </ul>

CONTENIDOS	<b>PLANIACIÓN Y GESTIÓN</b>
ANTECEDENTES	<div style="background-color: #808080; color: white; padding: 2px; display: inline-block;">OFERTA Y DEMANDA</div>
PROYECTOS	FAC. NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIÁ
HALLAZGOS	<div style="background-color: #808080; color: white; padding: 2px; display: inline-block;">PLAN LARGO PLAZO</div>
	UNIVERSIDAD JAVERIANA- FEDESARROLLO --FAMILY HEALTH FOUNDATION

CONTENIDOS	<b>FORMACIÓN</b>
ANTECEDENTES	<div style="background-color: #808080; color: white; padding: 2px; display: inline-block;">Modernización</div>
PROYECTOS	Consultoría I Gestio – CHC;”
HALLAZGOS	<div style="background-color: #808080; color: white; padding: 2px; display: inline-block;">Acreditación</div>
	AUPHA-ASCOFAME-ASSALUD-CES

CONTENIDOS	<b>Hallazgos</b>
ANTECEDENTES	• ARTICULACIÓN
PROYECTOS	• MODULACIÓN, REGULACIÓN
HALLAZGOS	• PLANIFICACIÓN • GESTIÓN • FORMACIÓN.

CONTENIDOS	<b>Hallazgos ARTICULACIÓN</b>
ANTECEDENTES	
PROYECTOS	• Poca o ninguna articulación intersectorial
HALLAZGOS	• Divorcio entre formación y trabajo.

CONTENIDOS	<b>Hallazgos Modulación</b>
ANTECEDENTES	• Exceso , obsolescencia y superposición de normas
PROYECTOS	• Inoperante inspección , vigilancia y control
HALLAZGOS	• Falta de información para diseñar políticas publicas

CONTENIDOS	<b>Hallazgos Planificación</b>
ANTECEDENTES	• Inexistencia de organismo de conducción.
PROYECTOS	• Planificación no coherente con el nuevo rol del estado y el S.G.S.S.S.
HALLAZGOS	• Mala a Distribución geográfica y por categoría del recurso

CONTENIDOS	<b>Hallazgos Gestión</b>
ANTECEDENTES	• Distorsión de roles por nuevas funciones
PROYECTOS	• Distorsión en la Producción
HALLAZGOS	• Baja productividad. • Deserción del sector. • Desempleo • Flexibilización laboral

CONTENIDOS	<b>Hallazgos Formación</b>
ANTECEDENTES	No reconocimiento del contexto.
PROYECTOS	• Proceso formativo ajeno a la realidad
HALLAZGOS	• No pertinencia en la formación . • Distorsión de la oferta educativa • Inexistente sistema de Inspec, vig y control • Incipiente cultura de la calidad y la Acreditación.

<p><b>CONTENIDOS</b></p> <p>Articulación</p> <p>Modulación</p> <p>Regulación</p> <p>Planeación</p> <p>Gestión</p> <p>Formación</p>	<h2>Soluciones Intersectoriales</h2> <p>EL DESARROLLO DEL PERSONAL DE SALUD UNA CONTRIBUCIÓN AL MEJORAMIENTO DE VIDA DE LOS COLOMBIANOS</p>  <p><i>...Alianzas estratégicas Educación-Salud-Trabajo!!</i></p> <p><b>El Compromiso es de Todos...</b></p>
--	---



