PLAN DE LARGO PLAZO PARA EL DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Documento Técnico ASS/879B-01

Bogotá, octubre de 2001

PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA

UNIÓN TEMPORAL

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA –
FEDESARROLLO - FAMILY HEALTH FOUNDATION

Proyecto Plan de Largo Plazo para el Desarrollo y Fortalecimiento de los Recursos Humanos de Salud en Colombia

Documento Técnico ASS/879B-01

Bogotá, octubre de 2001

Julia Isabel Eslava ([1])
Fernando Ruiz Gómez ([2])
Salvador Camacho ([3])
Carlos Eduardo Jurado ([4])
María Alexandra Matallana ([5])
Gloria O´Meara Bautista ([6])
Edna Sandoval ([7])
Ulpiano Ayala ([8])
Olga Lucía Acosta ([9])
Arianne Ortiz ([10])

1. Profesor Asistente, Pontificia Universidad Javeriana. Consultor I, *Cendex*..
2. Profesor Asociado, Pontificia Universidad Javeriana. Consultor I *Cendex*.
3. Consultor, *Cendex*. Pontificia Universidad Javeriana
4. Profesor Asistente, Pontificia Universidad Javeriana. Consultor IV Cendex
5. Profesor Instructor, Pontificia Universidad Javeriana. Consultor IV *Cendex*.
6. Profesor Asociado, Pontificia Universidad Javeriana. Consultor II, *Cendex*.
7. Profesor Asistente, Pontificia Universidad Javeriana. Consultor II, *Cendex*.
8. Investigador Asociado, Fedesarrollo.
9. Investigador Asociado, Fedesarrollo.
10. Investigador Asistente, Fedesarrollo.

TABLA DE CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN 5

2 CONTEXTO SOCIAL E INSTITUCIONAL 7

2.1 MODELO DE DESARROLLO 7
2.2 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL 8
2.2.1 PRINCIPIOS 8
2.2.2 ESTRUCTURA Y OPERATIVIZACIÓN DE LA REFORMA 11
2.3 MODELOS DE SERVICIO DE SALUD 12
2.3.1 CICLO DE ATENCIÓN EN SALUD 13
2.3.2 TIPOS DE MODELO DE SERVICIOS 14

3 MARCO DE REFERENCIA PARA LA PLANEACIÓN 18

3.1 ESTRATOS DE APLICACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS 19
3.1.1 ESTRATO INSTITUCIONAL 19
3.1.2 ESTRATO DE MERCADO 23
3.1.3 ESTRATO DE INDIVIDUOS Y ORGANIZACIONES 26
3.2 ÁREAS DE INTERVENCIÓN, PROBLEMAS Y POLÍTICAS 29

4 POLÍTICA DE INFORMACIÓN 30

4.1 ANÁLISIS SITUACIONAL 30
4.1.1 INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN FORMAL Y NO FORMAL EN SALUD 31
4.1.2 INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS DE SALUD 33
4.1.3 INFORMACIÓN SOBRE MERCADO LABORAL 33
4.2 LÍNEA DE BASE REGULATORIA 34
4.2.1 REGULACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN EL MERCADO EDUCATIVO 34
4.2.2 REGULACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN EL MERCADO LABORAL 35
4.3 POLÍTICA GENERAL 39
4.4 PROPUESTAS ESTRATÉGICAS DE INTERVENCIÓN 39
4.4.1 REDISEÑO INSTITUCIONAL PARA EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN 39
4.4.2 ESTRATEGIA DE DIVULGACIÓN SOBRE MERCADO EDUCATIVO, MERCADO LABORAL Y DE SERVICIOS 41
4.4.3 ESTUDIOS SECTORIALES ESPECÍFICOS 42

4.5 MODELO REGULATORIO 44
4.6 REQUERIMIENTOS PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN 46
4.7 FINANCIAMIENTO 47

5 POLÍTICA DE DISPONIBILIDAD Y DISTRIBUCIÓN 49

5.1 ANÁLISIS SITUACIONAL 49
5.2 LÍNEA DE BASE REGULATORIA 53
5.2.1 DISPONIBILIDAD Y DISTRIBUCIÓN DESDE EL MERCADO EDUCATIVO 53
5.2.2 DISPONIBILIDAD Y DISTRIBUCIÓN DESDE EL MERCADO LABORAL 54
5.3 POLÍTICA GENERAL 56
5.4 PROPUESTAS ESTRATÉGICAS DE INTERVENCIÓN 57
5.4.1 REDISEÑO INSTITUCIONAL 57
5.4.2 ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE REQUISITOS BÁSICOS PARA LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS QUE REALIZAN CONVENIOS DOCENTE ASISTENCIALES 59
5.4.3 REDISEÑO DEL MODELO DE INCENTIVOS PARA LA REDISTRIBUCIÓN 60
5.5 MODELO REGULATORIO 62
5.6 REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN 65
5.7 FINANCIAMIENTO 68

6 POLÍTICA DE CALIDAD 69

6.1 ANÁLISIS SITUACIONAL 69
6.2 LÍNEA DE BASE REGULATORIA 75
6.2.1 LA CALIDAD EN EL MERCADO EDUCATIVO 75
6.2.2 MERCADO LABORAL Y DE SERVICIOS 77
6.3 POLÍTICA GENERAL 82
6.4 PROPUESTAS ESTRATÉGICAS DE INTERVENCIÓN 84
6.4.1 REDISEÑO INSTITUCIONAL 84
6.4.2 DISEÑO DE UN SISTEMA DE FORMACIÓN POR CICLOS Y ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS NO FORMALES 85
6.4.3 POLÍTICA DE REORIENTACIÓN DE PERFILES PROFESIONALES 87
6.4.4 POLÍTICA PARA LA GENERACIÓN DE NUEVOS PROGRAMAS DE POSTGRADO EN EL SECTOR 90
6.4.5 REENTRENAMIENTO DEL RECURSO HUMANO DISPONIBLE EN EL MERCADO LABORAL 92
6.4.6 FORTALECIMIENTO DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS 95
6.4.7 CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN DEL RECURSO HUMANO ASISTENCIAL Y DOCENTE 96
6.5 MODELO REGULATORIO 97

6.6 REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN 101
6.7 FINANCIAMIENTO 102

7 POLÍTICA DE PRODUCTIVIDAD 103

7.1 LÍNEA DE BASE REGULATORIA 104
7.2 POLÍTICA GENERAL 112
7.3 PROPUESTAS ESTRATÉGICAS DE INTERVENCIÓN 112
7.3.1 ESTUDIO DE PRODUCTIVIDAD EN ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD 112
7.3.2 IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICA DE INCENTIVOS PARA LA PRODUCTIVIDAD EN EL SECTOR PÚBLICO 113
7.3.3 POLÍTICA DE DESARROLLO DE MODELOS DE BENCHMARKING 114
7.4 MODELO REGULATORIO 115
7.5 REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN 116
7.6 FINANCIAMIENTO 117

8 POLÍTICA DE EQUIDAD 118

8.1 ANÁLISIS SITUACIONAL 118
8.2 LÍNEA DE BASE REGULATORIA 118
8.2.1 RÉGIMEN SALARIAL Y PRESTACIONAL EN EL EJERCICIO PROVISIONAL DE LA PROFESIÓN 119
8.2.2 RÉGIMEN SALARIAL Y PRESTACIONAL DEL SECTOR PRIVADO 120
8.2.3 RÉGIMEN SALARIAL Y PRESTACIONAL EN EL SECTOR PÚBLICO 123
8.3 POLÍTICA GENERAL 125
8.4 PROPUESTAS ESTRATÉGICAS DE INTERVENCIÓN 126
8.4.1 ESTUDIO DE COMPETITIVIDAD DEL RECURSO HUMANO EN SALUD 126
8.4.2 REGULACIÓN DE LA PRÁCTICA ORGANIZADA INDEPENDIENTE 127
8.4.3 ASIMILACIÓN DE LAS CONDICIONES DE CONTRATACIÓN Y ESTABILIDAD LABORAL ENTRE EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO 128
8.5 MODELO REGULATORIO 129
8.6 REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN 131
8.7 FINANCIAMIENTO 133

9 OPERATIVIZACIÓN DEL PLAN 134

10 REFERENCIAS 140

1 Introducción

En Colombia se han realizado en los últimos 40 años importantes esfuerzos de planeación de los recursos humanos de salud (Agualimpia, 1967), (Mejía, 1968), (Mejía, 1967), entre otros. Sin embargo, característica de dichos esfuerzos ha sido la discontinuidad y que en la mayoría de casos, han correspondido a iniciativas esporádicas, más no a una política sectorial continua, monitorizada y evaluada.

Condicionantes críticos en dicha discontinuidad han sido las limitaciones en las bases de información y, por ende, carencia de estudios confiables que permitieran simultáneamente evaluar variables tanto de la oferta educativa, como del desempeño laboral. Empero, a pesar de dichas limitaciones, se han llevado a cabo análisis que en cada momento han determinado cambios en el sector (Vivas, 1988), (Yepes, 1989), (Leal, 1996). (Valencia, 1997). Las mayores limitaciones para dichos estudios están relacionadas con la disponibilidad de información sobre mercado laboral y las características de las organizaciones demandantes del recurso humano.

Otra peculiaridad de la planeación en salud tiene relación con el modelo mismo adoptado para dimensionar las necesidades futuras de recursos. El modelo tradicional, en el sector ha sido de planificación centralizada, donde a partir de estándares nacionales e internacionales y variables epidemiológicas, se han generado las respectivas recomendaciones. En el entorno actual de política y reforma de salud en Colombia, estas metodologías difícilmente pueden ser aplicables. En primer lugar la Ley 100 de 1993 amplió la capacidad de las organizaciones públicas y privadas para autodeterminar sus agregados humanos, tecnológicos y transformó el modelo de servicios hacia un modelo de mercado regulado. En segundo término, el sector educativo en la actualidad es determinado, institucional y normativamente, en forma casi totalmente independiente del sector salud.

Estos condicionantes hacen que cualquier plan deba formular políticas y estrategias dentro de una visión multisectorial. Así mismo, la aplicación de las políticas dependerá de la concertación entre dichos sectores, y en muchos casos, deberán tomarse como recomendaciones para actores con amplia autonomía. Este es el caso del sector privado, el cual tiene participación preponderante tanto en los servicios de salud, como en la educación.

El presente plan tiene un horizonte tanto en el diagnóstico como en su formulación hacia los próximos 20 años. Se presenta en tres partes: contexto social e institucional vigente, marco de referencia adoptado para la planeación y políticas específicas agrupadas según problemas críticos. Para cada política se efectúa un análisis institucional, síntesis de los diagnósticos realizados; así mismo, se presenta la línea de base regulatoria, se propone una política general y propuestas estratégicas de

intervención, requerimientos de información y cambios regulatorios y, por último, las necesidades de financiamiento en los proyectos que puedan requerir nuevas inversiones. Para dar mayor profundidad en algunas propuestas se presenta una especificación más amplia como anexos.

Por su connotación de Plan, debe ser visto de una forma integral y no aisladamente en cada uno de sus capítulos, ya que la interacción entre ellos será lo que realmente servirá para operativizar una política de recursos humanos. A modo de ejemplo, se sabe de la actitud negativa que se ha generado por parte de los Entes Territoriales a contratar recurso recién egresado para las labores de Servicio Social Obligatorio, pero al realizar el planteamiento sobre la flexibilización curricular, la formación por ciclos y el direccionamiento de convenios docente asistenciales hacia otros campos, el recurso humano formado puede ser de gran atracción para el Ente empleador.

Por último, las entidades que conformaron la unión temporal que realizó el proyecto conducente al plan, quieren dejar expreso su agradecimiento a las diferentes instituciones y personas que colaboraron y aportaron en distinta forma para hacer posible su consolidación. Entre otros, funcionarios de los Ministerios de Salud y Educación, el Icfes, el equipo técnico del Programa de Apoyo a la Reforma y al interventor técnico del proyecto. De igual manera a diversas entidades privadas, gremiales, académicas y hospitalarias que aportaron información, sin la cual no hubiera sido posible el logro de los objetivos.

2 Contexto social e institucional

2.1 Modelo de desarrollo

Cualquier plan, política social o sectorial está inmerso dentro del modelo de desarrollo que haya adoptado cada país. Algunas veces en las sociedades no es posible determinar un enfoque de desarrollo dominante, sino estados de transición. Quizá, este sea el caso de Colombia, donde a partir de la constitución de 1991 se ha cambiado el modelo de sociedad cerrada y proteccionista, al de una sociedad más abierta y globalizada.

El modelo de desarrollo implementado en Colombia a partir de los años 90, determinado por las políticas de ajuste estructural generalizadas para muchos países de Latinoamérica, ha implicado cambios importantes, una nueva institucionalidad con la redefinición de los condicionantes de cambio económico y nuevas aproximaciones a la política social (Vélez, 1999).

El sector salud presenta así mismo, una transición desde un modelo sistémico planificado integrado alrededor del sector público pero claramente segmentado del privado y a partir de la capacidad de pago de bolsillo de las personas. Frente a la población pobre este modelo sistémico plantea una respuesta pública en la forma de asistencia social y la organización centralizada a partir de la asignación de funciones según la agregación de tecnología en las organizaciones del sector.

Consecuencia de esa transformación institucional, la Ley 100 de 1993 refleja la evolución de un modelo de Estado de Bienestar, donde el Estado tiene la capacidad de organizar, coordinar y controlar un sistema cerrado en el que se proveen servicios sociales a partir de las restricciones presupuestales de la oferta, hacia un modelo abierto con separación funcional entre financiamiento y provisión, donde el papel articulador se transforma en la función crítica y el Estado asume el rol de modulador. (Londoño, Frenk:1998).

La integración del Sistema General de Seguridad Social a partir de la reforma origina la integración pública privada, la equiparación de las condiciones de competencia entre las instituciones del sector, y la asimilación en los requerimientos para la demanda de provisión de servicios hacia los usuarios.

2.2 Sistema General de Seguridad Social

2.2.1 Principios

La Ley 100 de 1993 plantea cinco principios básicos sobre los cuales se basa el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estos reflejan un nuevo consenso social y determinan el marco de referencia para la integración entre gobierno, mercado y sociedad.

Estos principios son:

- Universalidad
- Integralidad
- Participación
- Unidad
- Eficiencia

La universalidad se define como la garantía de la protección para todas las personas sin discriminación y durante todo el ciclo de vida. (Ley 100/93 Art. 2) Este principio que presupone la integración de todos los individuos al SGSSS, se ha cumplido parcialmente. Antes de la reforma, la cobertura del sistema apenas beneficiaba al 19.6% de la población y para el año de 2000 el 56.5% de la población se encontraba afiliada al sistema (Esguerra, 2001). Si bien el incremento de la cobertura ha sido importante, esta cifra se ha mantenido estable durante los últimos dos años (Profamilia, 2000), lo que evidencia un estancamiento y la dificultad para cumplir en el corto o mediano plazo con la cobertura universal.

Es importante anotar que la mayor parte del crecimiento en cobertura se ha dado a partir de la extensión en la cobertura familiar en el Régimen Contributivo y la afiliación pobre al Régimen Subsidiado.

El crecimiento del Régimen Subsidiado se explica principalmente por los efectos de la operación del principio de solidaridad establecido en la reforma. El 52.8% de los recursos con que se financia la UPC subsidiada, provienen del punto de solidaridad que aportan los afiliados al régimen contributivo. (Pinzón J, 2001) En virtud de este principio, los recursos del erario público se deben destinar prioritariamente a atender los grupos de población más vulnerables, lo cual complementa la financiación del régimen.

Además, en concordancia con el principio de solidaridad, se sustenta la ayuda mutua entre generaciones y personas estableciendo la cobertura familiar al sistema. Esto explica

en el Régimen Contributivo el incremento de la cobertura de afiliación al 32% actual, con una relación de beneficiarios por cotizante de 1.52. (Superintendencia Nacional de Salud, 2000).

Merced al principio de integralidad del sistema, se prevé el cubrimiento de todas las eventualidades que afectan la salud, la capacidad económica de las personas y las condiciones de vida en general. Sobre esta base se establece que los individuos deben contribuir según sus capacidades para recibir un conjunto de beneficios esenciales (Ley 100/92, Art. 2º). La ley operativiza esta integralidad configurando el Sistema de Seguridad Social en Salud, el Sistema de Riesgos Profesionales y el Sistema General de Pensiones. Solamente el primero es considerado esencial y los demás beneficios son recibidos en los casos que sea aplicable.

En particular, el Sistema General de Seguridad Social en salud define dos conjuntos de planes de beneficios: los planes obligatorios de salud y los planes voluntarios o complementarios.

Los planes obligatorios de salud se establecen de manera diferencial en cuanto a cobertura de beneficios para quienes pertenecen al Régimen Subsidiado y al Contributivo. En su inicio, el Plan Obligatorio de Servicios de Salud Subsidiado se configuró como un conjunto de beneficios orientado a atender a las madres gestantes, a los menores y a la prevención y promoción de salud. Poco a poco se incrementaron los contenidos del plan y se esperaba que al 2001 se equiparara con el Plan Obligatorio del Régimen Contributivo. Sin embargo, en la actualidad, la cobertura del POS Subsidiado alcanza apenas el 50% de los beneficios del contributivo y tampoco es viable, en las condiciones actuales, proyectar un incremento del mismo cuando cerca del 40% de la población pobre no ha sido incluida aún en el Régimen Subsidiado y se mantiene vigente el sistema de asistencia pública a través del subsidio a la oferta (Eslava, 2001). Para el año 2000, la proporción del PIB invertida en salud es del 9.3%, la más alta de Latinoamérica (OMS, World Health Report 2000).

En cuanto al principio de participación se prevén mecanismos tanto individuales como colectivos para asegurar el empoderamiento de la comunidad sobre la seguridad social. Los mecanismos colectivos, hasta el momento han tenido un limitado crecimiento y capacidad de interacción frente a los demás actores del sistema. El mecanismo individual por excelencia es la libre elección. Su aplicación ha permitido un mayor control de los usuarios sobre el sistema en las grandes ciudades. Sin embargo, en las ciudades intermedias y pequeños municipios, la conformación oligopólica y monopólica de los mercados de aseguramiento han representado una barrera importante con respecto a la eficacia operativa del principio. (O'Meara, 2000).

En relación con el principio de unidad, existen dificultades muy importantes ocasionadas por la naturaleza multisectorial de las organizaciones, procesos y recursos que

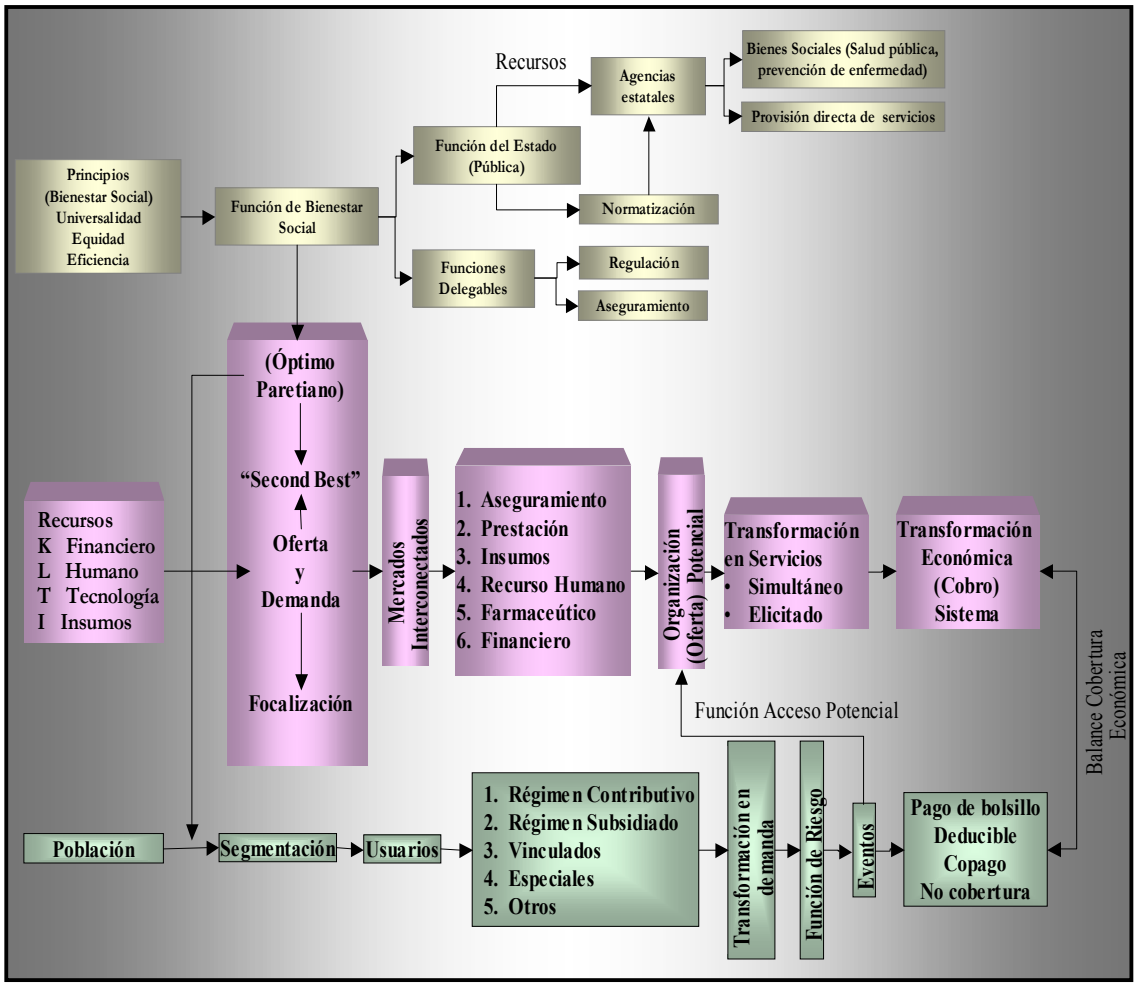
intervienen en el sistema. Para el logro de este objetivo es crítica la integración operativa de al menos tres sistemas o mercados interconectados: el educativo, el laboral y el de prestación de servicios.

Cada uno de estos ámbitos tiene un entorno institucional diferente y los mecanismos previstos para la coordinación y flujo de información son débiles. Se ha evidenciado conflictos entre la función moduladora del Estado y su posición dominante como proveedor de servicios, amenazando la estabilidad del sistema en ciertos territorios.

Por último, la eficiencia es planteada como la mejor utilización de los recursos para el logro de los beneficios sociales. Este principio es uno de los más difíciles de operativizar en la medida en que implica tomar decisiones que muchas veces contrarían los intereses de diferentes actores. Una situación concreta la constituye la decisión del Estado frente a la transformación de subsidios de oferta a demanda para la universalización del aseguramiento, frente al costo político que representa la reestructuración y modernización de los hospitales públicos.

2.2.2 Estructura y operativización de la reforma

Figura 1. Estructura del Sistema



A partir de los principios, toda política debe organizar los recursos disponibles para atender a la población. Esto es propio de la búsqueda del bienestar social que todo Estado moderno debe hacer. Sin embargo, en la mayoría de las sociedades, y especialmente en las menos desarrolladas, es común que los recursos disponibles no sean suficientes para cubrir las necesidades de la población. La Ley 100 de 1993 integra todos los colombianos, en un sistema único de seguridad social y propende por el acceso de los más pobres a través de un subsidio directo.

El Estado enfrenta la tarea de diseñar las estrategias más eficaces para atender en la mejor forma su población a partir de la limitación en el recurso, para lo cual en la Ley 100 de 1993 se plantean diferentes estrategias tales como:

- Conformación de subsidios, a partir de los recursos del Estado y cruzados desde la población con mayor capacidad de pago.

- Focalización de la población más pobre para seleccionar aquellos que deben tener prioridad, dadas sus condiciones de marginalidad y desprotección.

- Aseguramiento, con el fin de distribuir el riesgo financiero de las personas y cubrir su exposición frente a eventos costosos, situación frecuente en la salud.

- Vigilancia y control, cuyo propósito es garantizar la equidad y funcionalidad de un sistema con diferentes actores, intereses y asimetrías de información.

- Desarrollo de mercados, para establecer los precios dentro del sistema mediante el desarrollo de la competencia.

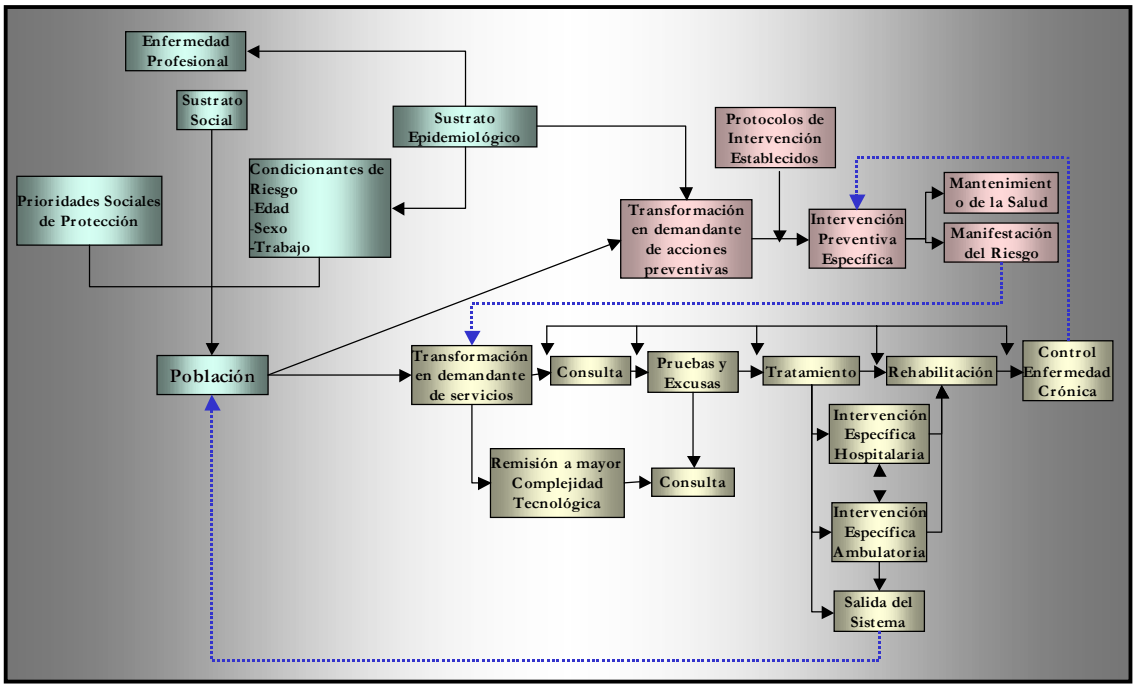
El proceso de implantación de una reforma como la colombiana, necesariamente es largo y sujeto a diferentes imponderables. La descentralización fue adoptada como una estrategia de política pública paralela a la reforma de salud. Esto ha implicado el montaje de más de mil unidades descentralizadas con capacidad de operar el sistema en igual número de municipios, el desarrollo de un sistema de aseguramiento con operadores propios para el Régimen Subsidiado, el diseño de un sistema de convocatoria y contratación de operadores privados de aseguramiento para el Régimen Subsidiado, diseño y aplicación de estrategias de capitación entre aseguradores y proveedores de servicios, la implantación de nuevos sistemas de pago a proveedores y reporte de estadísticas vitales y finalmente, el diseño de mecanismos de seguimiento en el cumplimiento de funciones de salud públicas delegadas.

2.3 Modelos de servicio de salud

Una de los cambios más importantes que se ha generado como consecuencia directa de la reforma de salud en Colombia, ha sido la transformación en el modelo de atención en salud. Antes de la Ley 100 existía básicamente un modelo privado con aseguramiento para la población con mayores ingresos o vinculada al trabajo formal y un modelo público de asistencia social para la población más pobre.

2.3.1 Ciclo de atención en salud

Figura 2. Ciclo de Atención en Prevención y Enfermedad



La demanda de servicios de salud se origina tanto en las características de la población (genéticas, sociales, ambientales) como en sus hábitos de vida (Bloom). El efecto final de los servicios sobre la preservación de la salud es proporcionalmente mucho menor que el impacto de las transformaciones en el medio ambiente y las condiciones sanitarias. Sin embargo, es inaceptable que cualquier sociedad no disponga de algún modelo de servicios de salud.

De esta manera, el ciclo de atención en salud es ilicitado, tanto por la enfermedad como por la potencialidad de hacerlo y conduce al menos a tres tipos de respuesta institucional: Cobertura de la enfermedad, acciones preventivas generales y cobertura de la enfermedad y accidentes de trabajo. Para las tres modalidades un sistema moderno debe organizar una respuesta institucional efectiva.

Para la cobertura de la enfermedad se da una transformación inmediata de la población sujeto del sistema en usuarios del mismo. El mecanismo de entrada universal es la consulta tanto de tipo ambulatorio como de urgencia o la interconsulta en el caso de pacientes hospitalizados. Usualmente la respuesta subsiguiente a la realización de pruebas terapéuticas y la ejecución de un tratamiento con lo cual culmina la fase aguda del ciclo

de atención. Luego se da la rehabilitación y prevención secundaria de secuelas así como el control de la enfermedad crónica. En la respuesta a la fase aguda todo sistema debe prever mecanismos de transferencia entre los proveedores de servicios para el caso en que los requerimientos de tecnología para diagnóstico o tratamiento sobrepase la capacidad instalada de la entidad tratante.

En el caso de las actividades preventivas generales el proveedor de servicios debe actuar exante sobre la base de condicionantes de riesgo de su población para prevenir la aparición de la enfermedad. En este caso es necesario disponer de protocolos de intervención previamente establecidos y de efectividad comprobada tanto para anticipar el riesgo como para prevenir la misma enfermedad. En el caso de los riesgos profesionales, existe una combinación de un módulo preventivo con uno de atención a la enfermedad, pero dentro de un grupo de riesgos y enfermedades ligados a la condición laboral.

Los componentes del ciclo de atención en salud tienden a ser homogéneos a través de las diferentes sociedades. Donde se presentan diferencias fundamentales es en la forma que la sociedad se ha organizado para responder tanto frente al riesgo como en la enfermedad manifiesta.

2.3.2 Tipos de modelo de servicios

En el momento actual, Colombia se encuentra en un proceso de transición en el modelo de atención en salud donde coexisten al menos tres mecanismos de atención:

- Un modelo sistémico que cubre a la población no asegurada (vinculado) y aquellos eventos no cubiertos en los paquetes de servicios para la población asegurada de baja capacidad de pago.

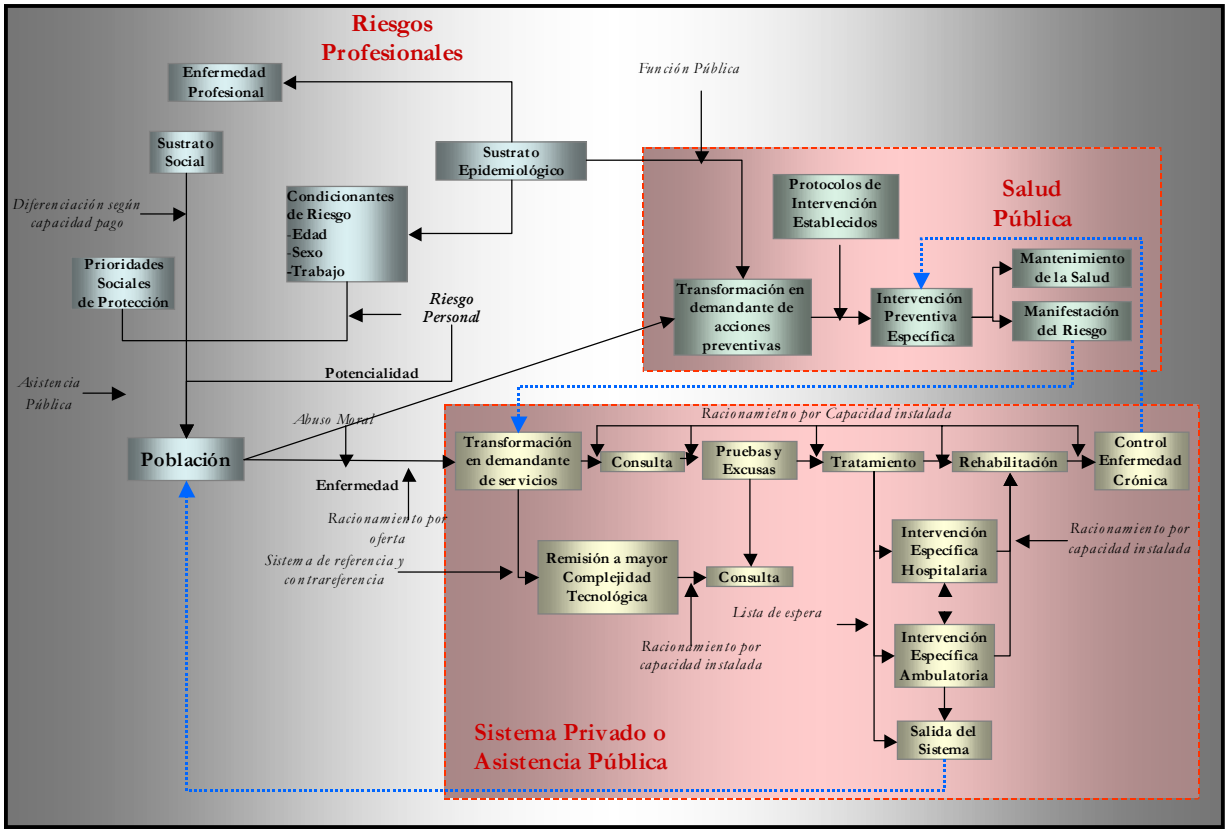
- Un modelo restrictivo predeterminado a través de paquetes de servicios y que cubre a la población asegurada.

- El modelo electivo que actúa según demanda y cubre la población con alta capacidad de pago.

Existen modelos de servicios que operan según el mecanismo de entrada que cada demandante utilice al solicitar los servicios. Para los recursos humanos en salud es determinante el modelo de servicios ya que cada uno configura una organización institucional diferente y determina la intensidad en la utilización de cada tipo de recurso.

- ***Modelo sistémico***

Figura 3. Modelo Sistémico



El modelo sistémico para la atención en salud, está fundamentado en la existencia de una organización rígida y centralizada, integrada y normatizada con diferentes expresiones regionales, las cuales tienden con frecuencia a reproducir el sistema global. En Colombia este modelo imperó hasta la formulación de la Ley 100 de 1993. Y continúa existiendo como esquema básico para la atención de la población no afiliada a los aseguradores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

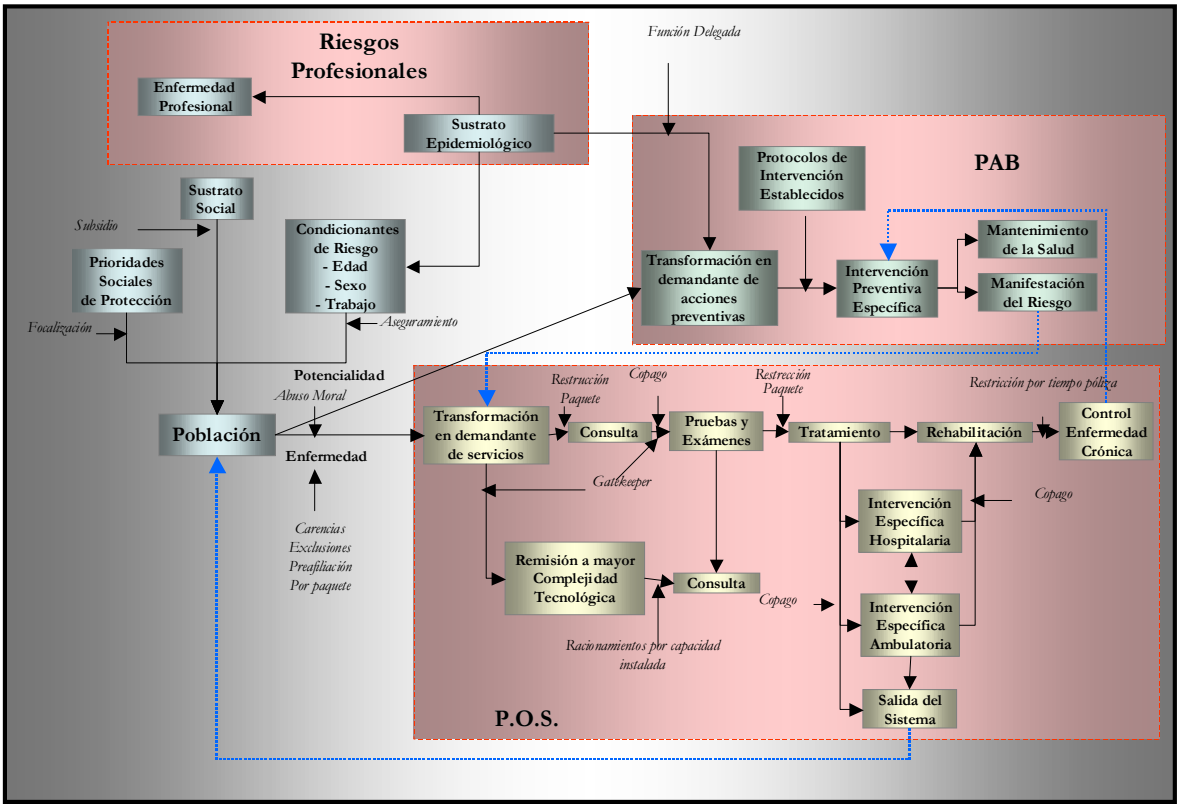
Para cubrir la enfermedad en el modelo sistémico, se definen dos sistemas de prestación paralelos: un sistema privado o público con aseguramiento, y un sistema público de asistencia social para la población no asegurada. Las funciones de tipo preventivo son delegadas a la salud pública con cobertura sobre todo a la población pobre y los riesgos profesionales delegados a los aseguradores privados o públicos que cubren la población vinculada a empresas formales cotizantes al sistema de seguridad social.

Los principales problemas de la provisión de servicios en el modelo sistémico fueron la tendencia al monopolio en el aseguramiento y las restricciones al acceso de la población pobre en la asistencia pública. En la práctica se estratificó a la población generando una importante inequidad dada por el racionamiento en la oferta y las listas de espera que golpeaban a la población más pobre. Consecuencia secundaria fue la ineficiencia general de los hospitales públicos por la carencia de incentivos hacia la producción de servicios en un esquema de presupuesto fijo asignado.

Sin embargo, han sido muy importantes los aportes de modelo sistémico en la ampliación de cobertura en las funciones preventivas ligadas a la salud pública, en particular en actividades como vacunación, atención materno infantil y control de enfermedades trasmisibles.

- ***Modelo restrictivo***

Figura 4. Modelo Restrictivo



El modelo planteado por la Ley 100 de 1993 restringe la cobertura de servicios a paquetes conformados por grupos de riesgo, enfermedades y actividades preventivas predeterminadas, organizadas en tres paquetes de servicios: Paquete obligatorio de servicios, paquete de atención básica y riesgo y enfermedad profesional. Además, estos grupos responden a una política de aseguramiento en la cual se ligan las actividades preventivas y la atención de la enfermedad en el aseguramiento de la enfermedad y, por otro lado, los riesgos profesionales a otro grupo segmento de aseguramiento.

Como consecuencia de una cobertura predeterminada y la determinación de una unidad de pago per cápita, los aseguradores generan diferentes mecanismos para buscar el equilibrio entre los costos de la prevención y la atención a la enfermedad con la atención de la UPC. Los mecanismos más utilizados son el cobro de copagos y la ubicación de *Gatekeepers* en la red de servicios. Además de la implantación de un mecanismo de pago que previniera la inducción de demanda por parte de los proveedores de servicios, éstos buscan que los proveedores compartan el riesgo de los asegurados y sean más eficientes en función de sus propios costos. Capitación y pagos prospectivos, son algunos de los mecanismos utilizados para compartir riesgo.

El modelo restrictivo puede garantizar el aseguramiento de la población pero en determinadas situaciones los incentivos y copagos en el sistema podrían limitar el acceso a los servicios. Así mismo, su efecto sobre los recursos humanos tiende hacia la mayor eficiencia y a asimilar las condiciones de contratación y pago a los recursos humanos del sector.

- ***Modelo electivo***

El modelo electivo es el más simple en la organización social y está básicamente determinado por un mercado abierto donde se encuentran la capacidad de pago de los usuarios y la oferta disponible. En este caso, dado que el control de la información tiende a centralizarse en el medio contratante, éste puede controlar en forma monopólica las decisiones de los pacientes hasta tanto no exista una limitación en su capacidad de pago.

Este modelo es el más limitado para el acceso a los servicios de salud, tiene una notoria discriminación por precio pero, así mismo, es aquel en el que los ingresos y liberalidad de los recursos humanos pueden ser mayor. Sin embargo, el alto costo de los servicios de salud hace que sea un modelo no extensible a la mayor parte de la población.

3 Marco de referencia para la planeación

La planeación en el sector salud, históricamente ha correspondido a modelos de planificación centralizada. En éstos, el Estado define las cantidades de recursos de acuerdo con las necesidades de la población. Dichas necesidades son determinadas a través de estudios demográficos y epidemiológicos.

Sin embargo, el modelo de planificación centralizada no es aplicable en el contexto de la reforma colombiana de seguridad social en salud. La principal razón es el desarrollo de modelos de mercado autorregulados con amplia participación privada, donde el poder del Estado es ajustado por la discrecionalidad de los diferentes agentes, tanto oferentes como demandantes del recurso. Además, en Colombia el sistema de educación superior, insumo fundamental para la configuración del mercado laboral, está determinado por un mercado basado en el principio de autonomía educativa y con posición dominante del sector privado.

Estos condicionantes hacen que deba abordarse un nuevo marco de referencia para la planeación en salud. Diversos autores han provisto diferentes aproximaciones donde el análisis de la institucionalidad en la configuración y control de mercados son elementos determinantes (Williamson, 1999), (North, 1991.)

Por esta razón, para el presente plan se determinaron tres estratos de aplicación de la política:

- Estrato institucional.
- Estrato de mercados.
- Estrato de individuos y organizaciones.

Así mismo, las políticas formuladas tienen aplicación en tres ámbitos diferenciados:

- Educación superior.
- Servicios de salud
- Laboral

Todos los análisis y estudios previos efectuados, los cuales aportaron la evidencia necesaria para soportar las estrategias propuestas en el plan, fueron segmentados a partir de problemas críticos de los recursos humanos. Estos problemas se transforman en áreas de política para el presente plan:

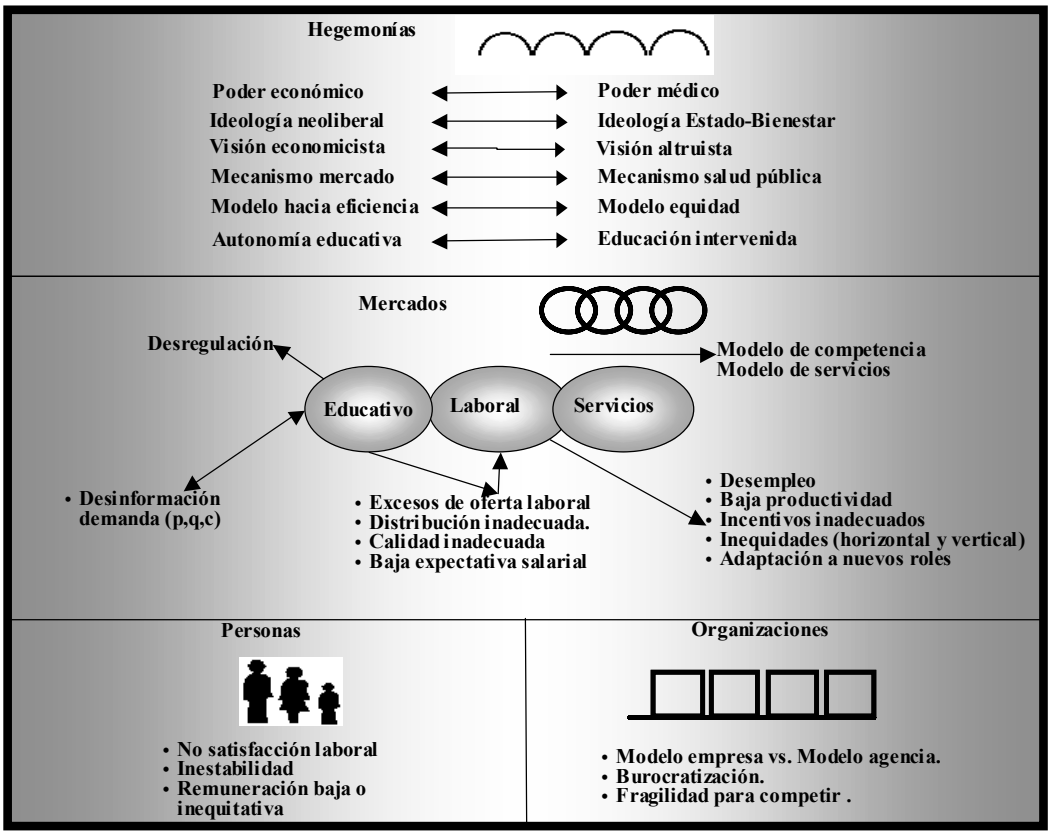
- Política de información.
- Política de disponibilidad y distribución.
- Política de calidad.
- Política de productividad.

- Política de equidad.

Se hizo un énfasis particular en los nuevos condicionantes definidos a partir de la reforma de salud, y sus requerimientos frente al recurso humano: administración territorial descentralizada del sistema y aseguramiento.

3.1 Estratos de aplicación de políticas públicas

Figura 5. Estratos de aplicación de políticas públicas



3.1.1 Estrato institucional

El área de recursos humanos en salud se encuentra atravesada por diferentes tipos de actores, relaciones y hegemonías. En un sistema con aseguramiento como el Colombiano, los actores principales son tres: usuarios, prestadores de servicios y aseguradores. Cada uno de ellos representa intereses diferentes frente a la regulación del sistema, consecuencia de la especificidad de sus "Stakeholders".

El poder de los usuarios del sistema deriva de su libertad de elección y capacidad de pago. El efecto final de este mecanismo se da sobre el prestador de servicios. Los mecanismos jurídicos se han desarrollado principalmente para garantía del servicio, y no compartir la responsabilidad civil de sus efectos. Esta autonomía en el usuario es ajustada por el poder de representación que delegan en los aseguradores frente a los proveedores de servicios.

Por su parte, la fortaleza de los proveedores deriva de su capacidad de agremiación y actuación en forma colegiada frente a los demás actores del sistema. Sin embargo en condiciones del mercado con excesos de oferta es difícil conciliar intereses entre proveedores (O'Meara, 1998) (Roselli, 2000). La fortaleza de la agremiación de los profesionales de la salud también ha sido en particular débil en Colombia frente a los requerimientos del sistema, comparativamente con el grado de desarrollo de la agremiación encontrada en otros países (OCDE, 1998).

Como consecuencia, en la actual coyuntura colombiana, los aseguradores tienden a mantener la mayor capacidad de control. Esta situación es ajustada solamente por el Estado, el cual para mantener un equilibrio en el bienestar social ha tendido a actuar reactivamente acotando a los aseguradores con una regulación "hipernormativa" (Eslava, 2001).

Situación particular se presenta en la administración territorial descentralizada del régimen donde los entes territoriales son definidos simultáneamente como operadores del sistema y coordinadores de la red pública de prestación de servicios. Esto ocasiona un conflicto de intereses en el que la capacidad de selección y contratación de aseguradores, en el Régimen Subsidiado, puede ser utilizada por los entes territoriales para asegurar recursos a la red pública impidiendo su mayor eficiencia y competitividad dentro del sistema. El efecto final sobre los recursos humanos es la configuración de condiciones laborales y prestacionales inequitativas entre el sector público y el sector privado.

En cuanto a la práctica, se han dado efectos en la autonomía en el ejercicio médico (Patiño, 1999), y tendencia a la equiparación en los niveles de atención. (Chavarriaga, 1999). Otro fenómeno importante es la integración progresiva y acelerada de las diferentes profesiones al sistema y el decrecimiento significativo en la proporción de profesionales ejerciendo en forma independiente.

A nivel macropolítico, la interacción entre los diferentes actores y agentes, es mediada por los vínculos de poder, implícitos en la interrelación de los recursos humanos. Estas relaciones varían de acuerdo con las condiciones específicas de cada uno de los mercados, los cuales se encuentran interconectados entre sí; de igual forma cada

mercado tiene una connotación histórica y un desarrollo diferente, características específicas que determinan los resultados y la configuración.

El sistema de educación superior en Colombia tradicionalmente ha sido un sistema público – privado, con una participación importante por parte de ambos sectores. Esta participación presenta una marcada diferencia en el ámbito regional, y según las diversas áreas del conocimiento. En un comienzo fue un mercado intervenido, en el cual la apertura de nuevos programas era regulada, sujeto a diversos trámites de aprobación, pero a partir de la Ley 30 de 1992, se creó un marco jurídico más abierto y dinámico, en el cual se dio mayor énfasis a la libre competencia. Esta transición normativa favoreció el ingreso entre los actores al sistema de educación superior, y una fuerte alianza entre los actores con capacidad de inversión y los actores políticos. La estructura del sistema de educación superior, antes de la Ley 30 de 1992 estaba organizada con una oferta pública en universidades de tamaño relativamente grande, situadas en las metrópolis y en los centros regionales mayores, la oferta privada estaba ubicada en estos mismos centros urbanos y en áreas de naturaleza educativa. La oferta privada se subdividía fundamentalmente en una amplia participación de educación religiosa católica con un número muy importante y representativo de universidades, y por otro lado algunas universidades privadas laicas creadas por grupos de interés muy importantes, algunas de ellas con connotaciones ideológicas muy particulares.

Bajo estas condiciones las relaciones y las jerarquías entre los diferentes actores de los subsistemas son muy preocupantes para el futuro en Colombia, en la medida en que los demandantes de servicios en el mercado de servicios de salud estén expuestos a servicios de deficiente calidad por parte de personal inadecuadamente capacitado. Por otra parte el efecto de recursos humanos formados con excesos de oferta muy importantes, bajo los cuales las condiciones de contratación de los recursos tiendan a ser más restrictivas debido a la sobreoferta y donde hay una relación inadecuada entre la inversión privada de las personas en educación frente a los retornos que obtienen una vez ingresan al mercado laboral. El resultado de esto es la frustración en las expectativas de los profesionales, seguida de un gradual deterioro en la calidad y en las condiciones de vida.

En cuanto a la prestación y provisión de servicios de salud se ha cambiado también de forma relevante. De una relación de competencia monopolística entre el actuante principal (paciente) y su agente (médico), que perduró durante muchos años en Colombia, se ha pasado a una relación intermediada, donde el poder de los médicos se ha visto ajustado bajo la aparición del asegurador como un tercer actor. Además están sujetos a nuevos mecanismos de provisión de servicios contenidos en la administración gerenciada de servicios de salud como mecanismo fundamental en el momento actual.

Antes de la generación de los sistemas de aseguramiento, la relación médico – paciente se diferenciaba en forma muy importante de acuerdo con la capacidad de pago de las personas, existiendo dos subsistemas claramente diferenciados: un subsistema privado

para atender a las personas con capacidad de pago, y otro sistema benefactor para las personas que no cuentan con la capacidad de pago. Primero los esquemas de aseguramiento público y privado a través de la seguridad social para empleados y trabajadores del sector público y privado, y después el advenimiento de la Ley 100 de 1993, donde se generaron esquemas subsidiados de aseguramiento, ha cambiado por completo el panorama de esa relación.

De coberturas de aseguramiento próximas al 20%, se ha pasado en la actualidad a coberturas más cercanas al 60% de la población colombiana en aseguramiento, lo cual se traduce en que la relación de los pacientes se encuentra esencialmente representada a través de los aseguradores. Las relaciones entre aseguradores, prestadores, médicos y profesionales que proveen los servicios han cambiado substancialmente. Esto ha generado insatisfacción por parte de proveedores que basaban su relación en una condición monopolística sobre los usuarios de servicios a una relación basada en la negociación y en la interacción, y fundamentalmente sustentada en sistemas de incentivo entre los diferentes actores. La generación de redes de servicios donde el direccionamiento de los pacientes es discrecional a los aseguradores, y los sistemas de contención de demanda generados por ellos mismos han reducido en forma muy importante la capacidad de los profesionales para determinar tratamiento y conductas frente a los pacientes.

De otra parte, la agremiación profesional ha sido de limitada capacidad regulatoria frente al mercado. La mayoría de las asociaciones profesionales son básicamente nominativas y en realidad no muy participantes en los mecanismos de control profesional sino más bien orientadas hacia aspectos científicos y de mantenimiento de las condiciones gremiales. Esta característica es muy importante, porque con la implantación de la Ley 100 de 1993 su capacidad de reacción frente a los cambios prospectivos fue muy limitada y tardía, con lo cual el sistema se pudo configurar rápidamente bajo un esquema de aseguramiento, sin que los gremios médicos y las asociaciones pudieran librar batallas importantes como ha sucedido en otros países en donde el poder de las asociaciones médicas ha impuesto restricciones muy importantes a los cambios potenciales de los sistemas de salud y seguridad social. Mayor influencia e impacto han tenido los sindicatos alrededor de la defensa de sus derechos laborales, buscando mantener las mejores condiciones posibles dentro del sistema. Sin embargo esto no ha sido acompañado de un efecto crítico sobre la calidad de los servicios y, en general, no se ha dado un respaldo social de los potenciales usuarios muy importante para estas luchas sindicales en el sector de la salud

Otro agente configurador del sistema ha sido el sistema político, particularmente en la determinación de los factores en las instituciones públicas. El sector salud es quizá uno de los mayores empleadores junto con el sector educación, ambos tienen la característica por su naturaleza de tener una representación regional y local importante por sus posibilidades de vinculación laboral.

Dentro de un sistema político todavía determinado por estructuras clientelistas, los políticos han visto al sector salud como una de sus áreas más importantes de influencia y durante muchos años se dio un crecimiento y configuración del sistema público de hospitales determinado por esas condiciones de generar un número amplio de instituciones públicas. Esto ha llevado a que la racionalidad económica del sistema sea severamente vulnerada en la medida en que se hayan generado crecimientos importantes en la oferta de servicios sin atender a su equilibrio financiero y económico, en un ámbito que es muy cambiante dadas las nuevas condiciones a nivel mundial de reducción en las plantas, en el número de hospitales y el número de camas para atender los servicios de salud.

Otro aspecto crítico ha sido el aislamiento y las asimetrías de información existentes entre los 4 actores: médicos, sindicatos, políticos y usuarios. Muchos esfuerzos efectuados para atraer a los usuarios y darles poder dentro de las instituciones se han visto limitados debido a la interferencia de mecanismos clientelistas o a las hegemonías planteadas desde el poder médico.

Finalmente, la configuración de los sistemas esconde demasiadas ineficiencias y esquemas de participación inadecuadas donde diferentes actores utilizan el sistema con una prospectiva desde sus propios intereses, sin que exista una posibilidad del sistema público de enfrentar estas tendencias hegemónicas o monopolísticas de una forma efectiva.

3.1.2 Estrato de mercado

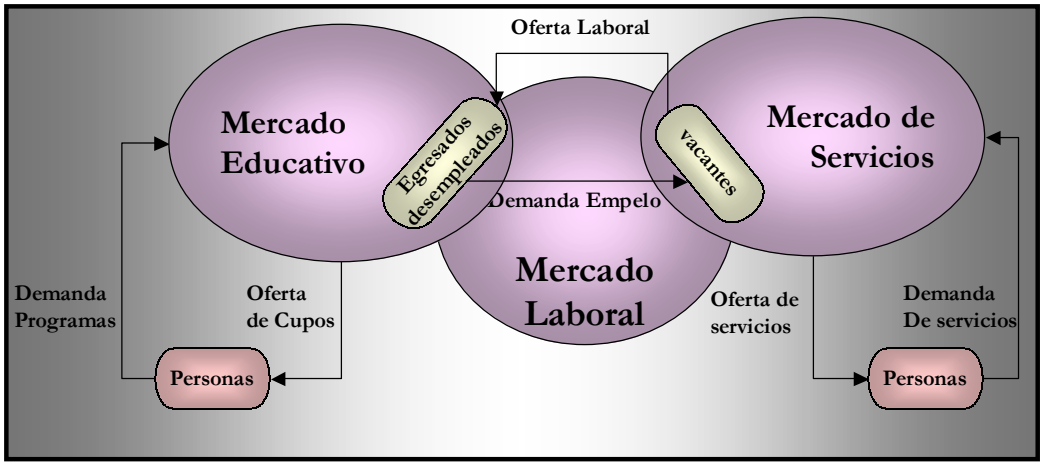
Los recursos humanos de la salud son afectados por tres mercados principales: el mercado educativo (de educación superior y no formal), el mercado laboral y el mercado de servicios. Este último involucra a los proveedores de servicios en diversas formas de organización, a los intermediarios y a los entes de vigilancia y control. El mercado laboral se configura por la oferta de empleo (vacantes y oportunidades de trabajo en el mercado de servicios) y por la demanda de empleo (egresados, desempleados).

El mercado educativo es regulado principalmente por la Ley 30 de 1992, el de servicios principalmente por la Ley 60/90 y la Ley 100/93 y, el laboral por un conjunto amplio de normativas que van desde aquellas aplicables al ámbito general de las relaciones laborales hasta las específicas orientadas al ejercicio de cada profesión (Eslava, 2001).

Estos mercados están interconectados y entre ellos existen relaciones de dependencia. En el mercado de servicios la oferta está compuesta por la capacidad instalada y los procesos que contribuyen a brindar un servicio por parte de las organizaciones y profesionales de la salud, la demanda es el conjunto de requerimientos que los usuarios de los servicios hacen a estos prestadores. En el mercado educativo la demanda se

sintetiza en las solicitudes de los aspirantes que van a ingresar a las instituciones educativas, oferentes de programas y cupos universitarios y no formales. El mercado laboral integra los dos anteriores donde la oferta son los profesionales y auxiliares egresados de las entidades educativas y la demanda son las vacantes y oportunidades generadas por las organizaciones oferentes de servicios, quienes al agregar recursos humanos, tecnología, infraestructura e insumos constituyen servicios de salud (Figura 6).

Figura 6. Integración de mercados



Como se puede observar, el modelo económico que relaciona dichos mercados es muy complejo y sujeto a externalidades, internalidades y diversas asimetrías de información. En el mercado laboral, las relaciones entre la oferta y la demanda no son inmediatas ya que el proceso educativo, en sí mismo, tiene efectos en una u otra vía en forma intertemporal.

Por un lado las señales positivas o negativas de la demanda de mercado laboral tienden a ser captadas en forma tardía por los demandantes de programas educativos en el momento en que se generan los déficit o excesos de oferta, cuando muchos de ellos ya están capturados por el sistema y cuando sus expectativas de ingreso al mercado laboral se basaron en información dada en un lapso entre 5 y 10 años antes según la profesión o especialidad. El impacto efectivo frente a las expectativas se da en el momento de su egreso del sistema educativo y consecuente ingreso en el mercado laboral.

En el otro sentido, los demandantes de recursos humanos tienen limitada capacidad para influir sobre las competencias, destrezas, habilidades y conocimientos que reciben quienes van a ingresar a la vida laboral. Las dificultades para traspasar esta información del mercado de prestación al mercado educativo hacen que también exista un rezago en la adaptación entre los dos sistemas. Esta deficiencia es ajustada en parte por diversas formas de educación en el trabajo tales como la educación continuada o la capacitación dada por las mismas empresas.

Según los análisis efectuados, en la mayoría de las profesiones de la salud se está atravesando por un período de superávit de oferta laboral. Estos excesos de oferta se generaron a partir de la desregulación del sistema educativo y la consecuente creación de nuevas universidades y programas. El mayor impacto de este crecimiento se dará durante los próximos 10 años (Ruiz, 2001).

Es importante anotar que el sistema de prestación de servicios de salud tiene características de exceso de oferta tanto al nivel de instituciones como de recursos humanos, y por esta razón los aseguradores pueden mantener alguna forma de control sobre el sistema con base en su capacidad de compras, esto tiende a reducir los precios y los márgenes de solvencia para las entidades contratantes o proveedoras de servicios y que las expectativas al ingreso de un número importante de recurso que se dé en los próximos años pueda hacer que estas condiciones se vuelvan aún más complicadas dentro del sistema de prestación.

Los intermediarios del sistema consolidan hegemonías de gran importancia, para el caso colombiano en cuanto a la prestación de servicios, se está dando una doble intermediación la cual está mediada por los aseguradores en algunos segmentos del sistema y una intermediación dada por los entes territoriales que se han transformado en juez y parte del sistema. Los mecanismos y las condiciones bajo las cuales se soluciona esta intermediación dependen del poder económico de cada una de las entidades y de la intervención del Estado que busca mantener un equilibrio en el sistema llevando una hiperregulación en las condiciones de provisión de servicios, regulación que muchas veces no se cumple y señala mecanismos anómalos por los cuales se realiza la evasión de los requisitos legales exigidos por la ley. Bajo estas condiciones el poder de los proveedores de servicios institucionales e individuales es restringido y en muchas ocasiones son los que reciben el impacto final del juego entre intermediarios.

El mercado de servicios se encuentra, así mismo, en proceso de transformación. Un efecto importante de la generalización del aseguramiento en Colombia ha sido la tendencia a la reducción en los precios a los proveedores de servicios y mayor competitividad, lo cual ha restringido y probablemente restringirá aún más en el futuro el crecimiento en la oferta de servicios de salud (Ministerio de Salud, 1998)[11]. Este efecto puede ser socialmente más eficiente en cuanto lleva a la reducción del gasto social en salud pero puede generar inequidades y falta de oportunidades en el mercado laboral. Fenómenos como el subempleo, pluriempleo o empleos con baja remuneración son el resultado.

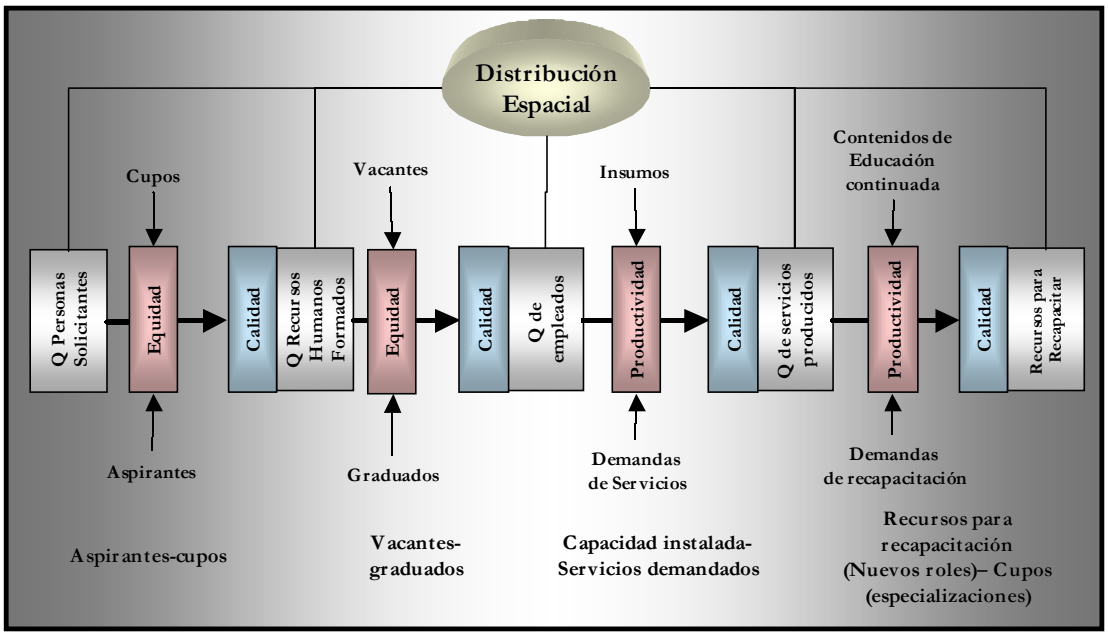
De otro lado, el mercado educativo ha crecido sin restricciones a la oferta llevando a una situación de estancamiento en los precios reales de las matrículas y el acceso casi no

---

11 Ministerio de Salud, Dirección de Estudios Económicos e Inversión Pública. "El Plan Obligatorio de Salud –POS- Contributivo y Subsidiado. Estudio de costos, 1998

restringido de los demandantes a los programas de salud (Ruiz, 2001). Esto que puede ser socialmente aceptable, por otro lado puede ser perjudicial dada la sensibilidad humana de los efectos en la mala práctica de profesionales con inadecuada capacidad de base y deficiente entrenamiento.

Figura 7. Ciclo de transformación de los recursos humanos



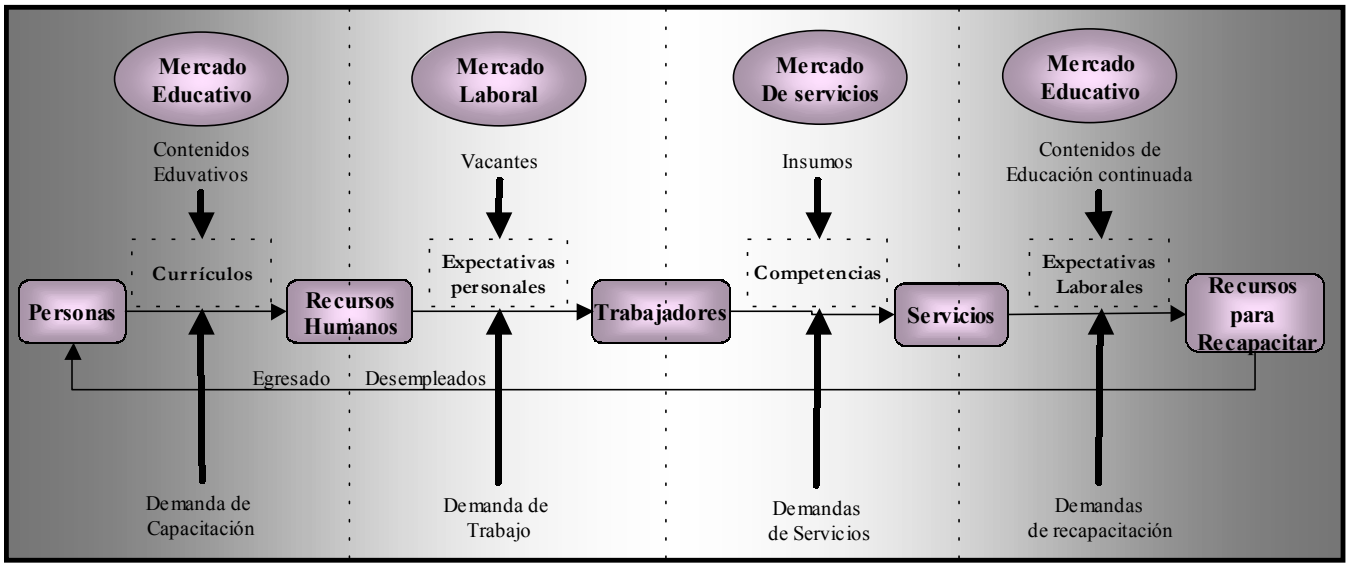
3.1.3 Estrato de individuos y organizaciones

Los efectos de las políticas y mercados sobre los recursos humanos de salud se revelan finalmente sobre las personas y las organizaciones. En las primeras, en la restitución de la salud o la prevención de la enfermedad, y en las segundas sobre la productividad y viabilidad de las empresas del sector. Los profesionales de la salud deben disponer de condiciones suficientes para el ejercicio óptimo de su profesión, y, por otro lado, deben ser productivos en la medida en que permitan la viabilidad de las organizaciones que los albergan. Este principio no es siempre fácil de cumplir en cuanto que la imposición de requerimientos de mayor productividad puede deteriorar la calidad del ejercicio profesional. Consecuentemente, el mantenimiento de unas condiciones muy laxas de este ejercicio puede llevar a la no viabilidad de las empresas.

En un ámbito no sistémico este equilibrio se habría dejado a la ética y autonomía profesional. Sin embargo, en mercados competitivos donde la marginalidad juega un papel importante en el equilibrio de las organizaciones, éstas limitan dicha autonomía a través de sistemas de incentivos para contener el costo de los servicios. Los sistemas de

incentivos constituyen los mecanismos sobre los cuales se basa la administración gerenciada en salud, modelo para el desarrollo futuro de los mercados.

Figura 8. Flujos de oferta – demanda según mercados



Obtener un recurso humano formado y competente para responder a los requerimientos del mercado de servicios, implica un ciclo que parte de los individuos o personas con una formación básica secundaria, con unas expectativas de capacitación e ingreso al mercado laboral y de servicios que lo lleva a demandar lo que por su parte ofrece el mercado educativo, esto es, contenidos educativos a través de los programas de formación. Resultado de esta fase del ciclo son los egresados y graduados, entendidos como un recurso humano formado y capacitado para ingresar al mercado laboral.

En particular, el ciclo de formación para las profesiones del sector salud, a diferencia de lo que sucede con otras profesiones, requiere de mayor permanencia en el mercado educativo dada la duración en años del programa. Además, la formación práctica implica relaciones intermitentes de los estudiantes entre el mercado educativo y el mercado de servicios, traducidas en rotaciones e internados.

Para el mercado laboral los egresados son desempleados y se constituyen en los demandantes del trabajo que éste ofrece. En condición de trabajador vinculado al mercado de servicios, con sus competencias y transformando los insumos, responde a los requerimientos de la demanda de servicios por parte de los usuarios.

La mayoría de las profesiones de salud, debido el mecanismo de licenciamiento para el ejercicio profesional, requiere de una entrada transitoria al mercado laboral a través del

servicio social obligatorio, para el cual existe en el país un número determinado de plazas aprobadas. Dada esta restricción y no existiendo congruencia entre el número de egresados en ciertas profesiones y el número de plazas, el otorgamiento de las mismas se realiza mediante concurso.

Este paso transitorio por el mercado de servicios tiene una connotación especial para el profesional de la salud, ya que influye para decidir su regreso al mercado educativo, prolongando su permanencia en éste, o su ingreso definitivo al mercado laboral y de servicios.

En el primer caso se estaría hablando de la realización de residencias y especializaciones clínicas, las cuales por una parte permiten la interacción entre el mercado de servicios y el mercado educativo, con la finalidad de enseñar destrezas y habilidades, pero por otra, restringen los beneficios de una vinculación laboral por la no retribución económica de su contraprestación, al requerir de la dedicación de tiempo completo del recurso humano en este nuevo ciclo de formación.

En el segundo caso, es de aclarar que el mercado de servicios del sector salud ofrece la posibilidad de trabajar en cuatro áreas a saber: prestación de servicios, aseguramiento, administración territorial y docencia. La vinculación con los tres últimos permite hacer parte de los dos mercados simultáneamente, servicios y educativo, en la medida en que permite procesos de capacitación sin dejar de laborar y percibir ingresos.

El ingreso al mercado de servicios para las profesiones de salud tiene dos mecanismos de vinculación: una como empleado accediendo a las diferentes vacantes ofrecidas por las organizaciones, o bien como potencial oferente de servicios en el ejercicio individual de la profesión. Sin embargo, en esta última modalidad y dadas las condiciones actuales del sistema, la tradicional relación profesional-paciente se modifica e incide en el ejercicio individual, el cual está intermediado por los compradores de servicios: aseguradores u otros prestadores.

La evolución del mercado de servicios y del recurso humano dentro de éste, genera nuevas expectativas laborales que induce al recurso a buscar nuevos contenidos de formación convirtiéndose en demandantes de recapacitación. Los nuevos roles del sistema de seguridad social en salud, aseguramiento y administración territorial, se constituyen en las actuales expectativas laborales del mercado de servicios, las cuales trazan en el mercado educativo una nueva tendencia para el desarrollo de programas y rediseño de los existentes.

3.2 Áreas de intervención, problemas y políticas

Problemas y políticas	Áreas de Intervención			
		Sistema de Educación Superior		Sector servicios de salud
	i) Mercado laboral del sector.	**ii) Las instituciones encargadas de la formación y capacitación del recurso humano del sector**	**iii) Los programas específicos capacitación y formación formal y no formal del recurso humano que requiere el sector**	**iv) Las condiciones de todo orden que intervienen en un adecuado desempeño laboral**
El problema de información sobre las características de los recursos.	**X**	**X**	**X**	**X**
Problemas de calidad.	**X**	**X**	**X**	**X**
Problemas de disponibilidad y distribución espacial	**X**	**X**	**X**	**X**
El problema de productividad	**X**	**-**	**-**	**X**
El problema de la equidad en la oferta	**X**	**X**	**X**	**X**

El cuadro anterior resume la relación entre problemas críticos del recurso humano en salud y las áreas de aplicación de las políticas públicas. En las páginas subsiguientes se define cada uno de los problemas sobre los cuales se formula la política, se hace un análisis situacional de acuerdo con la información recolectada y se formulan las estrategias que conforman el plan. La descripción específica de cada estrategia se presenta en los anexos del documento.

4 Política de información

La política de información para los recursos humanos de salud hace referencia a la búsqueda de la oportunidad y calidad de la información disponible para los diferentes agentes que intervienen en el sistema de seguridad social, tanto en sus procesos de planeación, como para la toma de decisiones y evaluación. Los problemas de información no se relacionan solamente con sus limitaciones sino por los efectos que las diferencias en el acceso a dicha información puedan ocasionar, dado que usualmente las asimetrías de información privilegian a determinados grupos de interés. En el nivel macropolítico, diversas hegemonías sustentan a los actores con mejor información. En el nivel meso, se puede favorecer la competitividad de algunos agentes de mercado en demérito de otros, y disminuir la capacidad del mercado como mecanismo regulador.

Al nivel de las personas y las organizaciones, los problemas de información restringen oportunidades y acceso a los mercados y servicios. En modelos de mercados interconectados, las restricciones al flujo de información limitan la capacidad de los individuos y organizaciones para prever los efectos de sus decisiones. Existe además un efecto intertemporal: las decisiones de agente dentro de un mercado tienen consecuencias sobre otros (externalidades) y sus efectos pueden darse en futuro, en el mediano y largo plazo.

4.1 Análisis situacional

Las asimetrías de información que afectan a los recursos humanos del sector salud tienen diversas causas y efectos:

- En la historia ha existido una desarticulación importante entre el sistema de salud y el sistema educativo. Esta separación se origina en la misma subdivisión sectorial a partir de la cual el Estado planea, programa y ordena. La integración entre sector salud y educación se da a través de diferentes mecanismos:

  - Traspaso de recursos.
  - Convenios docente-asistenciales.
  - Agendas públicas.
  - Mecanismos informales.

  En general el traspaso de recursos del sector educativo al sector salud se da como productos terminados y la retroalimentación desde el sector salud tiende a ser débil. Igualmente el mecanismo de convenios docente asistenciales prevee un espacio para práctica pero no tiene mecanismos que permitan ajustar los parámetros de formación desde los servicios. Esto debido a que la unidad de intercambio entre servicios y formadores es el estudiante, más no el programa educativo, por lo cual no existe

flujo de información desde las necesidades de los servicios hacia los diferentes programas.

El efecto final de esta asimetría de información es que se determina una relación monopólica desde los formadores lo cual implica que los servicios deban adecuarse a contenidos curriculares ofrecidos y fortalecer, a través de iniciativas expost, a los recursos para adecuar las competencias que requieren.

- El mercado laboral en salud presenta un incipiente desarrollo y no existen mecanismos establecidos y confiables que transmitan la información dentro de éste mercado. La tendencia dominante ha sido la de efectuar estudios esporádicos orientados principalmente a definir cantidades y distribución desde la oferta de recurso humano existente, pero no de las características y requerimientos reales de la demanda desde las organizaciones como: el tipo de recurso humano requerido, competencias requeridas, niveles salariales e incentivos, entre otros. Estas variables son críticas en cuanto a que se relacionan con los cambios tecnológicos del sector salud.

- Existe una diferenciación muy marcada en cuanto a requerimientos de información entre las organizaciones públicas y privadas. Se puede contar con una estructura regulada para la provisión de información en el sector público, pero con escasa capacidad para la sistematización y administración de la información. Las agencias públicas que administran información sobre el sector privado de servicios tienen una interacción limitada y tienden a imponer restricciones entre ellas y para otros usuarios.

- No existe una institucionalidad fuerte en el sector salud que facilite el suministro y manejo de información. Por parte de los agentes en los diferentes mercados se da un alto grado de incredulidad sobre los beneficios prospectivos al proveer información. Esto ocasiona la limitada tradición de retroalimentación a los proveedores. Por otro lado, algunos agentes se lucran de las asimetrías de información y tienden a conformar nichos de mercado alrededor de esta deficiencia, lo cual se traduce en productos de deficiente calidad a agentes mal informados.

4.1.1 Información sobre educación formal y no formal en salud

La información disponible, en Colombia, sobre oferta y demanda en educación superior proviene principalmente de las bases de datos del Instituto para el Fomento de la Educación Superior, ICFES: SNIES, ACTUAL y AKADEMIA. Estas fuentes contienen registros históricos de instituciones, programas y personas (solicitantes, matriculados y egresados), desde 1984 hasta la fecha. Esta información tiene un nivel de cobertura del 70.2% de programas formales (Ruiz, 2001). Respecto a su confiabilidad, una comparación efectuada con otra base de datos recolectada por la Superintendencia

Nacional de Salud (SNS), arrojó un 6.1% de diferencia entre las dos fuentes cuando se comparan cantidades de egresados.

Las carencias más importantes de este sistema son: capacidad instalada física y tecnológica de las instituciones, características actualizadas de los currículos e indicadores de calidad tanto de instituciones como de programas. Así mismo, existen deficiencias apreciables en el registro de personas durante algunos de los años que contiene la serie.

Sin embargo, los más serios limitantes de la información sobre educación superior están relacionados con su disponibilidad para los usuarios: aspirantes a programas, investigadores y empleadores en el mercado laboral. La restringida capacidad del ICFES para consolidar, actualizar y proveer dicha información tiene un efecto importante en las decisiones de estos actores del sistema.

En cuanto a la educación no formal, la información es sumamente precaria. No existen bases ni protocolos de información unificados tanto a nivel central como regional. Existe, además, un problema intersectorial, ya que en los entes territoriales la información es recolectada por las secretarías de educación sin la coordinación suficiente con las secretarías de salud. De la información existente se reportan 226 instituciones, de las cuales sólo se puede referenciar la ubicación y el número total de egresados para 1998 y 1999.

Existen problemas de acceso a la información no sólo para la población sino también a nivel de los diferentes agentes del mercado o de quienes están en capacidad de tomar decisiones de políticas debido a:

- Restricciones en los protocolos de consolidación entre las tres bases de datos del ICFES

- Deficiencias en los mecanismos administrativos que permiten la disponibilidad inmediata de dicha información. Esto se refleja en el limitado número de estudios que se han elaborado con base en dicha información.

- Falta de mecanismos de divulgación entre los potenciales usuarios

Dentro del mercado educativo debería ser posible efectuar estudios sobre productividad y competitividad en las instituciones de educación superior, así como dimensionar el crecimiento en el número de programas e instituciones a nivel nacional y regional. Así mismo, el sector debería contar con indicadores consolidados de la evolución y calidad de los programas. Esto solamente sería posible en la medida en que se mejore la disponibilidad de dicha información.

4.1.2 Información sobre servicios de salud

Esta información es crítica para los responsables de la toma de decisiones de los recursos humanos tanto desde el sector salud como de educación. Existen bases de datos recolectadas a partir del proceso de licenciamiento de organizaciones proveedoras de servicios de salud y aseguradoras. Esta información no es verificada ni actualizada periódicamente. Por esta razón, no es posible efectuar análisis transversales sobre la situación del sector de servicios de salud. Esta carencia se ha suplido a través de diferentes esfuerzos efectuados a partir de estudios esporádicos.

Sin embargo, en las bases de datos existentes se pierde confiabilidad en la información en la medida en que se agregan variables. La información más completa hace referencia al nombre de las instituciones y su ubicación geográfica, se presenta un ligero subregistro en número de camas. Dicho subregistro se incrementa en forma apreciable cuando se analizan tanto los egresos como los procedimientos efectuados. Existen dos problemas principales que limitan la utilidad de la información disponible:

- Insuficiencia de información sobre capacidad instalada tecnológica y de recursos humanos empleados por las organizaciones. La cobertura de la información en cuanto a camas hospitalarias presenta importantes deficiencias. Adicionalmente, dichas bases de datos no disponen de información sobre la disponibilidad mínima de tecnología: quirófanos, unidades de cuidado intensivo o equipos trazadores.

- Deficiencia en la definición ex ante de niveles tecnológicos, lo cual hace que en el sector no exista un método de calificación unificada sobre clasificación tecnológica y asignación de las respectivas organizaciones.

De otro lado existe un desbalance entre la disponibilidad del sector público y el sector privado. Es más deficiente la información sobre el último, por la carencia de mecanismos regulatorios e incentivos que promuevan el suministro.

Por otra parte, la capacidad de procesamiento y análisis de información por parte del Ministerio de Salud es limitada y se restringe a esfuerzos esporádicos, no sistemáticos ni previamente planificados.

4.1.3 Información sobre mercado laboral

En cuanto al mercado laboral existe información aceptable sobre condiciones salariales y de contratación en el sector público, contenidas en el censo del recurso humano y dinámica salarial del sector salud oficial, para los años de 1994 a 1998. Este análisis tiene una cobertura apreciable de instituciones del sector, en todos los niveles de atención.

Además, existe información recolectada por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Ésta abarca el recurso humano vinculado al sector público no sólo con las condiciones laborales y salariales, sino también de niveles de formación y ocupación. La mayor limitación en esta información es su parcial estado de procesamiento, lo cual impide efectuar cualquier tipo de análisis con la mínima confiabilidad.

Respecto al sector privado no existe información consolidada y disponible para ser analizada, con excepción de algunos esfuerzos aislados por parte de las mismas entidades que participan en el sector o de sus gremios. Esto es consecuencia de una falla en la política de información sobre mercado laboral y los incipientes mecanismos para el reporte de información esencial sobre los recursos humanos contratados.

Otro problema está ocasionado por la desagregación y representatividad de la información disponible en la Encuesta Nacional de Hogares, que según concepto del propio Departamento Nacional de Estadística, la desagregación en tres códigos del módulo sobre condiciones laborales de dicha encuesta no da un nivel de error aceptable debido a sus restricciones en el tamaño de muestra. Por otro lado, la variable sobre cantidades de recursos humanos del sector salud se encuentra agregada con recursos de otros sectores lo cual imposibilita su análisis.

4.2 Línea de base regulatoria

4.2.1 Regulación de la información en el mercado educativo

La Ley 30 de 1992[12] crea el sistema nacional de información de educación superior (SNIES)[13] cuya reglamentación y procedimientos corresponde al Consejo Nacional de Educación Superior y la administración al ICFES. Dicho sistema tiene como objetivo fundamental divulgar información para orientar a la comunidad sobre la calidad, cantidad y características de las instituciones y programas del sistema.

Por medio de los sistemas SNIES, AKADEMIA y ACTUAL, se ha determinado un mecanismo regulador para el registro de información, no sólo sobre programas y sus características, sino también sobre aspectos relacionados con: la capacidad instalada de la institución en cuanto a planta docente, infraestructura, tecnología, sobre los costos, matriculados y egresados, entre otros. La información contenida en el programa ACTUAL se constituye en un requisito indispensable para poder realizar la actualización y registro de programas en el SNIES.

---

12 Artículo 36.

13 Reglamentado por los decretos 1403 de 1993 y 1225 de 1996.

Este sistema de información se 'alimenta' mediante un proceso de registro de los programas educativos, previa presentación de requisitos y su respectiva aprobación (la cual se oficializa mediante la asignación de un código), según lo establece la norma, este registro representa para el ciudadano, "la certificación del Estado sobre el cumplimiento de las condiciones actuales y básicas de coherencia, calidad y pertinencia por parte del programa, lo que acredita a las instituciones de educación superior para ofrecer, desarrollar y otorgar los títulos correspondientes".

En la práctica, dicho "sistema" presenta fallas de oportunidad y confiabilidad, derivadas del subregistro de información y de la propia administración, que genera restricciones para el acceso y divulgación. No están establecidos de manera clara los mecanismos por los cuales el ICFES —entidad encargada del registro de los programas— informa a la población. Aunque existe una página en Internet donde los interesados pueden consultar los distintos programas académicos en el ámbito nacional, así como la información general de las instituciones que los ofrecen, es de anotar que éste es un medio que aún no tiene un acceso masivo para la población y, por lo tanto, la información que ofrece es restringida.

Además de estar desactualizada, no incluye variables relacionadas, por ejemplo, con los costos de los derechos pecuniarios: las tarifas (inscripciones, matrículas, valor semestre, expedición de certificados, derechos de grado, otros), información que es crítica para que la población pueda tomar su elección.

Es importante resaltar que la existencia de un registro o la asignación de un código, no constituye información suficiente para conocer la calidad. La población debe tener acceso, además, a estudios o investigaciones que realice el ICFES sobre las instituciones de educación superior en cuanto a calidad y satisfacción, pero, sobre todo, que ésta se difunda ayudada por los medios masivos de comunicación.

Respecto a la información de la oferta educativa no formal, existe regulación explicita para que e Ministerio de Educación Nacional como una de sus funciones defina las políticas, el diseño del sistema y los procedimientos administrativos para el registro y actualizar de información.

4.2.2 Regulación de la información en el mercado laboral

La regulación para el suministro de información sobre las condiciones del mercado laboral es limitada. Existe un factor estructural relacionado con la imposibilidad de regular el sector privado, para que de manera sistemática provea información sobre la oferta de empleo y sus condiciones salariales y de contratación, incentivos y otro tipo de beneficios, así como sobre los requisitos de entrada para los demandantes, relacionadas con las competencias o perfiles ocupacionales requeridos. Se estipula de un mecanismo

informativo[14] mediante el registro de empleados, cuando los empleadores tienen cinco o más trabajadores con los que no se haya celebrado contrato.

Contrariamente en el sector público, existe regulación más expresa que no sólo define el tipo de empleo que ofrece dicho sector[15], sino también sobre los mecanismos para acceder a éstos[16]. Se constituye en el sistema único de información de personal[17], cuya regulación y administración se centraliza en el DAFP, para que mediante una operación desconcentrada, permita el monitoreo permanentemente del desarrollo de los recursos humanos, la gestión de las entidades estatales, la racionalización y distribución espacial de los recursos humanos.

El sistema, está integrado por tres subsistemas: de personal, de carrera administrativa y el de organización y funcionamiento de las entidades públicas, estructurados para la administración y el procesamiento de la información sobre los servidores públicos, incluyendo contratistas de todas las ramas del poder público, los organismos de control, los entes universitarios del nivel Nacional, Departamental, Distrital y Municipal.

El subsistema de información laboral y personal de servidores públicos y contratistas de prestación de servicios está conformado por el conjunto de datos que suministran las entidades y organismos del Estado relacionada con las hojas de vida y novedades de personal de empleados públicos, trabajadores oficiales y contratistas. Para la estandarización del reporte se ha definido un formato de hoja de vida que es diligenciado en el momento de posesión o de celebración del contrato, según sea el caso.

El subsistema de carrera administrativa lo conforman todos los datos relacionados con el proceso de selección, ingreso al registro público de carrera, retiros, vacancias en empleos de carrera, empleados cuyos cargos se supriman y concursos. Para el registro público de carrera se determinan los procedimientos de inscripción y actualización, en los cuales es obligatorio suministrar las novedades relacionadas con renuncias, comisiones, licencias, retiros y vacaciones.

En cuanto a los procesos de selección, se regulan los aspectos que tiene que ver con los concursos tanto abiertos como cerrados, cada uno de los cuales conlleva la acreditación y cumplimiento de condiciones mínimas. En ambos casos, mediante regulación administrativa, se ha establecido el proceso de operación en varias etapas: la convocatoria, el reclutamiento, la aplicación de pruebas o instrumentos de selección, la conformación de la lista de elegibles y el período de prueba.

---

14 *Código sustantivo del trabajo*, en el artículo 41º

15 *Constitución Nacional*, Art. 125.

16 Moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad.

17 Ley 489 de 1998 y el Decreto 1571 de 1998 que la reglamenta

La etapa de información y convocatoria publicitaria se constituye en el mecanismo regulatorio para dar a conocer a la población sobre la oferta de empleo del sector, sobre los términos y procedimientos para acceder a ellos. Es norma obligada y tanto la convocatoria inicial como las ampliaciones de los términos y la inscripción deben divulgarse utilizando diversos medios masivos de información, como prensa, radio, avisos publicitarios y edicto.

El subsistema de organización y funcionamiento de entidades públicas es complementario a los anteriores y tiene la información relacionada con las características de cada entidad. Aquí se deben incluir los aspectos relacionados con normas de creación, estatutos, estructuras, plantas de personal, clasificación y remuneración, regímenes prestacionales, capacitación, indicadores de gestión, procesos y procedimientos, planes, proyectos y programas.

El sistema único de información de personal del sector público apunta a la consolidación de la información como base para el análisis de las características y condiciones laborales del recurso humano, para implementar políticas que mejoren la calidad tanto del individuo, de las organizaciones del Estado y permitir mayor productividad.

A pesar de ser un instrumento útil para el análisis de políticas sobre la gestión y desarrollo de los recursos humanos, existen problemas de operación que no permiten su oportuna utilización, debido a factores de tipo institucional, administrativos y de efectividad en el suministro y flujo de información.

En primer lugar, la desconcentración de funciones respecto al reporte de información, exige requerimientos de inversión en infraestructura tecnológica para la actualización permanente y directa con lo cual no se cuenta, lo que ha afectado la centralización, la oportunidad e integralidad para el análisis.

En segundo lugar, también se encuentran vacíos institucionales respecto a los procedimientos de concursos en cuanto a la autorización de la entidad para la realización del concurso, de la vigilancia y control del proceso. Estas funciones corresponden a la Comisión Nacional del Servicio Civil y a las comisiones departamentales, pero en la actualidad estos organismos no operan debido a la inexequibilidad de su conformación[18]. Por lo tanto, no existe actualmente una entidad que administre y vigile los procesos de provisión de empleo y mucho menos de información hacia la población.

En tercer lugar, las actuales políticas de reestructuración del gasto público y austeridad[19] determinan reestructuraciones a la nominación, pues permiten el nombramiento sólo en

18 Corte Constitucional mediante sentencia C-372 de 1999
19 Decreto 2505 de 1998

casos excepcionales[20], limitando el mercado laboral del sector público y, por lo tanto, la ubicación del recurso humano. Lo mismo ocurre con los procesos de reorganización y funcionamiento de la administración pública, mediante la redefinición de plantas de personal, supresión de entidades o fusión de instituciones[21].

De manera específica, desde el nuevo Sistema General de Seguridad Social se han establecido regulaciones específicas para el reporte de información sobre registro de empleados y sus condiciones de contratación, para los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales. Otros desarrollos en materia de información pueden copiarse de las circulares emanadas de la Superintendencia Nacional de Salud[22], donde los aseguradores y prestadores registran datos importantes que podrían ser utilizados como herramienta para la generación de información sobre condiciones actuales laborales y requerimientos del personal en el sector salud.

Si bien hay regulación explícita para que se mantenga un sistema de registro sobre las condiciones específicas del mercado laboral, existen problemas derivados de la organización y estructura para su administración, la cual se encuentra fragmentada en diferentes estructuras burocráticas del gobierno, en particular la información del sector público, en el DAFP y aquella que se reporta a través del sector privado, como parte del SGSSS, en el Ministerio de Salud. Esto plantea la necesidad de una integración de la información proveniente del mercado laboral en un sistema único, o bien la definición de una estrategia de coordinación entre las estructuras responsables de su administración, que permita el análisis del mercado laboral de manera más integrada en cuanto a cantidades de recursos empleados, cargos y niveles salariales, por ejemplo.

Es necesario acopiar información de los diversos instrumentos diseñados para el ejercicio de la vigilancia y el control, integrando la información de afiliación que deben presentar las entidades aseguradoras[23] llámense EPS, ARS, profesionales independientes o grupos de práctica profesional, la información relacionada con la prestación de servicios prevista en la Resolución 4144 de 1999 sobre los registros individuales de atención, y la información de la organización y ubicación del recurso humano prevista en las circulares de la Superintendencia Nacional de Salud[24] para los aseguradores y prestadores.

---

20 Encargos, vacancias temporales, provisión de empleos para período de prueba, incorporación de empleados ya en carrera en otros cargos por reestructuración de planta de personas y por decisiones judiciales.

21 Ley 449 de 1998, sobre principios y reglas de la administración pública. La Ley 530 de 1999 que autoriza la destinación de recursos para financiar la reestructuración de IPS. La Ley 448 de 1999 que promueve la fusión de IPS.

22 Superintendencia Nacional de Salud, circular 3 de 1995, circulares 7 y 73 de 1997.

23 Ministerio de Salud, Resolución 2390 de 1995 "Información de afiliación" y Resolución 4490 de 1998 que la modifica.

24 Superintendencia Nacional de Salud, circulares 5 de 1995 y 70 de 1997.

4.3 Política general

El propósito para la política de información para los recursos humanos de salud es limitar las barreras existentes en el flujo de información para permitir un mejor acceso y toma de decisiones por parte de los diferentes actores del sistema.

A partir del corto y mediano plazo se buscará:

- Mejorar la calidad y administración de la información sobre la educación superior para que los aspirantes a programas tengan mayor criterio en la selección de los programas. Esto implica mejorar la capacidad del ICFES para administrar las diferentes variables y estadísticas sobre las diferentes instituciones y programas, así como desarrollar una estrategia de divulgación y análisis de la información sobre mercado educativo.

- Establecer y sistematizar los protocolos de recolección y divulgación de la información sobre mercado laboral en salud, tanto desde la disponibilidad de recursos como de las características de la demanda por parte de las organizaciones que conforman el mercado de servicios de salud.

- Diseñar y aplicar estudios específicos en cuanto a la competitividad de los recursos humanos, a partir de los cuales sea posible evaluar el desempeño y productividad de los recursos así como establecer políticas que influyan tanto en el mercado educativo como en el mercado de servicios.

En términos de temporalidad, se propone partir desde la ejecución de los estudios sectoriales, continuar con el rediseño institucional del manejo de la información en sectores de la salud y la educación y a partir de ello desarrollar una estrategia de divulgación de la información para sus potenciales usuarios.

4.4 Propuestas estratégicas de intervención

4.4.1 Rediseño institucional para el manejo de la información

- ***Objetivo operacional***

  Efectuar un manejo más eficiente y eficaz de la información sobre el mercado educativo formal y no formal, mercado laboral y requerimientos del mercado de servicios. (Ver anexo 1).

- ***Descripción***

Consiste en establecer un esquema organizacional adecuado para el manejo e integración de la información sobre los mercados: educativo, laboral y de servicios.

1. Complementar la información requerida por el ICFES, para el SNIES, con un módulo específico sobre capacidad instalada de las instituciones prestadoras de servicios con las cuales tiene convenios docentes asistenciales. Ésta debe incluir recursos tecnológicos, planta y cualificaciones de docentes, capacidad instalada de las instituciones que hacen parte del convenio docente asistencial y contenidos curriculares y su ponderación.

2. Integrar en las bases de datos del ICFES, en un módulo específico, la información sobre calidad de las instituciones y programas, particularmente los resultados de los procesos de acreditación institucional y de programas.

3. Diseñar y operativizar el Sistema de Registro sobre Oferta Educativa no formal que incluya los aspectos de las instituciones y de los programas no formales en salud, con variables similares a las recolectadas para la educación superior formal. El Sistema de Registro debe incluir mecanismos que permitan la actualización de variables críticas con una periodicidad acorde con la duración de los programas mediante renovación del registro.

4. Recolectar e integrar información sobre condiciones del mercado laboral y su relación con el mercado de servicios. Esto implica el diseño y ejecución de estudios específicos sobre productividad y competitividad de los recursos humanos, así como el registro de las condiciones básicas de cantidades de recursos en el mercado laboral, salarios, incentivos y condiciones de desempeño.

5. Delegar la administración y comercialización de la información sobre oferta de instituciones y programas de educación formal y no formal, sobre el mercado laboral y su relación con el mercado de servicios, a una agencia privada o mixta, con autonomía administrativa y financiera. Dicha agencia tendría además la posibilidad de definir normas técnicas, a través de protocolos, sobre el suministro y flujo de la información. (Anexo 1).

- ***Sujetos***

Entidades de educación superior, entidades de educación no formal, aseguradores y prestadoras de servicios, trabajadores del Sector.

- ***Agentes ejecutores***

  Ministerio de Salud, ICFES, Secretarías Departamentales de Salud, Secretarías de Educación Departamentales, Organizaciones Privadas. Consejos Territoriales de Empleo. Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud

- ***Instrumentos***

  - Ajustes normativos sobre información en el sector educativo y el sector salud.
  - Diseño del mecanismo de contratación con agencia administradora de la información
  - Diseño de protocolos de coordinación con otros sistemas de información privada sobre recursos humanos.
  - Diseño de protocolos para el desarrollo de los estudios anuales específicos

- ***Plazos***

  Mediano plazo

- ***Meta***

  En dos años se contará con la agencia administradora de información sobre el recurso humano en salud en Colombia

  En cinco años la agencia estará administrando y comercializando la información existente sobre el mercado laboral, el mercado educativo y el mercado de servicios.

4.4.2 Estrategia de divulgación sobre mercado educativo, mercado laboral y de servicios

- ***Objetivo operacional***

  Establecer mecanismos eficaces para mejorar la capacidad de decisión de los agentes que intervienen en el sector salud.

- ***Descripción***

Se trata de establecer las necesidades de información de los diferentes actores del sistema, el diseño de protocolos de análisis de acuerdo con dichas necesidades y la selección de los medios y estrategias para garantizar el suministro de información

más adecuado según el público objetivo. Se debe incluir en esta estrategia al menos dos reportes básicos:

- Reporte anual sobre el mercado Educativo en Salud.
- Reporte anual sobre el mercado laboral en salud.

- ***Sujetos***

  Gobierno, los formadores, los proveedores de servicios, los trabajadores y la población.

- ***Agentes ejecutores***

  Agencia Administradora, Ministerio de Salud, ICFES, Consejos Territoriales de Empleo, Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

- ***Instrumentos***

  - Estatuto normativo para el acceso y uso de la información difundida
  - Medios de difusión escritos y electrónicos

- ***Plazos***

  Mediano Plazo

- ***Metas***

  En cinco años estará operando la estrategia de divulgación sobre el mercado laboral, de servicios y educativo para el sector salud.

4.4.3 Estudios sectoriales específicos

- ***Objetivo operacional***

  Diseñar estudios para recolectar, analizar y difundir información sobre aspectos críticos que ponderan las características del recurso humano del sector, frente a los requerimientos del mercado de servicios.

- ***Descripción***

  Se realizarían los siguientes estudios: el primero, Estudio de productividad en las organizaciones de servicios de salud y el segundo, Estudio de competitividad del recurso humano en salud.

El estudio de productividad en las organizaciones de servicios de salud se realizaría cada cinco años y buscaría proveer información sobre las condiciones de productividad dentro de los diferentes tipos de organizaciones del sector salud, productividad global de las instituciones, de los recursos humanos auxiliares, profesionales y especializados; la configuración de staffs, las relaciones tecnológicas y de sustitución entre recursos, los costos y arreglos organizacionales exitosas. (Anexo 4).

- ***Sujetos***

  Organizaciones de los mercados de servicios y sus recursos humanos.

- ***Agentes ejecutores***

  Ministerio de Salud.

- ***Instrumentos***

  Protocolos de estudio.

- ***Plazos***

  Corto y mediano plazo.

- ***Metas***

  En dos años se habrá realizado el primer estudio de productividad para los recursos humanos de salud en Colombia.

  En cuatro años se habrá realizado el primer estudio de competitividad de los recursos humanos de salud en Colombia.

4.5 Modelo regulatorio

Para la definición del módulo específico de análisis de programas de formación de la educación superior, se requieren ajustes a los decretos 1403 de 1993 y 1225 de 1996, en los que se determinan los requisitos para la notificación sobre la creación de los programas de pregrado y la acreditación previa de carácter obligatorio, en el sentido de especificar que, cuando se trate de programas relacionados con las profesiones del área asistencial (medicina, enfermería, nutrición, bacteriología, otras), se incluya información relativa a las características, ubicación geográfica, capacidad instalada de tecnología y la idoneidad del recurso docente-asistencial perteneciente a las Instituciones Prestadoras de Servicios que hacen parte del convenio docente asistencial. Así mismo, se debe incluir como variable, el estado de acreditación de la institución prestadora de servicios o la tenencia o no del *certificado de acreditación*. En este sentido el Decreto 917/01, ha dado un gran paso al incluir tales requisitos pero se requiere de las herramientas necesarias para lograr su implementación.

Se hace necesario cubrir el vacío regulatorio existente de carácter normativo, administrativo y técnico para la generación del sistema de información de la educación no formal del sector salud, cuya definición correspondería al Comité Ejecutivo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud. Esto implica que deben realizarse ajustes regulatorios al Decreto 1849 de 1992, en donde se incluya como una de sus competencias, la creación y reglamentación de dicho sistema y la especificación de los contenidos mínimos de información, que serían compatibles con la información reportada para la educación superior y con la información reportada por el sistema definido en la Ley General de Educación (Ley 115, art. 75). En concordancia, dicho Comité debe facultar a los respectivos comités Departamentales y Distritales para realizar el registro y administración descentralizada del sistema, con el reporte obligatorio, de periodicidad anual al Ministerio de Salud y al mismo Comité.

Adicionalmente, se requiere que los Ministerios de Salud y de Educación reglamenten el mecanismo para la aprobación de programas de educación no formal en las áreas auxiliares de salud, tal como se expresa en el artículo 11 del Decreto 0114 de 1996, en el que se define para dichos programas un mecanismo de notificación y aprobación previa por parte del Comité Ejecutivo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, antes de la aprobación de la Secretaría de Educación. Con este mecanismo se solucionaría la problemática que se encuentra actualmente frente a la duplicación de funciones y cruce de competencias entre diferentes instancias (el Comité Nacional y los comités departamentales). Esta reglamentación deberá establecer un mecanismo de coordinación para la inclusión en el sistema de información del sector educativo (Decreto MEN, 1860/94 Art. 62), las variables críticas sobre los programas de educación no formal para el sector salud. Al igual que con la educación formal se deberán establecer los requisitos mínimos esenciales con los cuales deberá funcionar un programa de educación no formal en salud (IPS acreditadas, condiciones sanitarias, adecuación

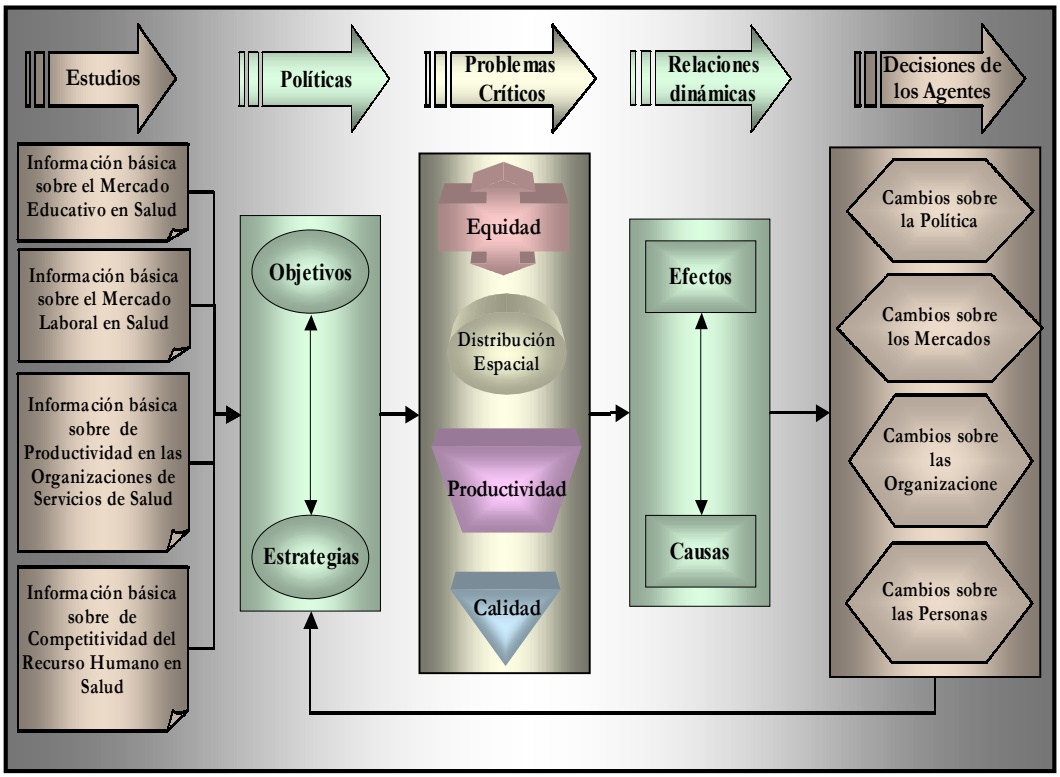
locativa, escenarios de práctica). Así mismo deberá establecer, mediante regulación administrativa, el procedimiento para que entre los dos sectores (salud y educación) en el ámbito territorial y a nivel nacional, se comparta la información específica sobre el Sector Salud.

En cuanto a la delegación de la administración y comercialización de la información a una agencia privada o mixta, el marco que favorecería esta estrategia, a través de la contratación por concesión, corresponde a lo establecido en el Estatuto de Contratación Estatal (L. 80/93) y en la Ley 489 de 1998 sobre la Organización de la Administración Pública, respecto a la potestad de las agencias encargadas de la administración de los sistemas (ICFES en Educación Superior, Ministerio de Educación, Departamento Administrativo de la Función Pública) en el mercado laboral del Sector Público), para ejecutarlo, mediante proceso licitatorio. Este debe contemplar dentro de los términos de referencia, la formulación de los protocolos para el suministro y flujo de información, los protocolos para el análisis de información y producción de medios informativos y estrategias de divulgación, mecanismos de acceso, así como sometimiento a las tarifas establecidas por el gobierno nacional.

Dada la reciente reglamentación que reestructura el Ministerio de Educación Nacional, expresada en el decreto 1413 del 2001, en el que se define como funciones del Ministerio en la *Dirección de Educación Superior* "Art. 19: el promover y adelantar estudios sobre el mercado de la educación superior, su expansión y tendencias, sobre los esquemas de financiamiento y gestión; estudios y análisis institucionales orientados al mejoramiento de la calidad y pertinencia de los programas y al respeto por los derechos de los usuarios"…"Art. 20: proponer la política relativa al Sistema Nacional de información de la Educación Superior, en función de los objetivos de transparencia, **adecuada información a los ciudadanos, y** toma de decisiones ilustradas", lo expuesto en el párrafo anterior queda soportado por la norma que propicia una plataforma favorable para que dicha dirección establezca la regulación específica para la determinación de tarifas, los mecanismos de cobro por la comercialización de la información, los requisitos mínimos para la definición de los protocolos de análisis de la información, y sobre todo, establezca una regulación de protección al usuario para evitar el abuso y las limitaciones en el acceso a dicha información.

4.6 Requerimientos para el sistema de información

Figura 9. Proceso de análisis y toma de decisiones



Todo sistema de información debe buscar mejorar la capacidad de decisión de los diferentes usuarios del sistema. En el caso de los recursos humanos en salud las decisiones se impactan sobre la propia regulación, los mercados, las organizaciones y las personas. Finalmente la información recoge los efectos de las políticas y establece nexos con su relación causal. Estas causas a su vez se deben comparar con las estrategias intencionadas del formulador de la política o de las imperfecciones de los mercados en el caso de la autorregulación.

Para mejorar la información disponible, el Plan propone que la información se organice a partir de las tres unidades fundamentales de análisis que componen e influencia los recursos humanos: Sistema educativo, mercado de servicios y mercado laboral. El principal limitante es la desarticulación de los tres sectores en cuanto a la recolección, manejo y divulgación de la información, así como las diferencias existentes en el grado de desarrollo de cada uno de los tres sistemas.

Por esta razón se propone la sistematización y desarrollo de un sistema que recolecte y establezca canales de distribución para la información disponible para la educación

superior. Esto se complementaría con la recolección de estudios sectoriales del mercado laboral y de servicios que recogería la información sobre variables críticas.

La información sobre recursos humanos en lo concerniente al mercado laboral y de servicios debe estar inmersa en un sistema de información de cobertura más amplia como es el sistema de información de general de seguridad social en salud. Por esta razón en el Plan se establecen únicamente los requerimientos mínimos para la toma de decisiones de los agentes sobre los recursos humanos. Estos requerimientos se han organizado sobre los problemas críticos definidos en el marco de referencia del plan: Calidad, distribución espacial, productividad y equidad.

Cada política en su apartado correspondiente a los requerimientos para el sistema de información presenta las variables mínimas que deben ser recolectadas. Así mismo se formulan los indicadores compuestos que permiten estandarizar tanto el seguimiento del plan como las principales relaciones causa – efecto para el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos.

El objetivo principal de esta propuesta es definir el proceso básico para el análisis de la información, insumo para la toma de decisiones y planeación de los recursos humanos del sector salud en Colombia. Se parte de la información básica recolectada a través de los estudios propuestos, como insumos para la definición de políticas y estrategias orientadas a resolver problemas relacionados con la equidad, calidad, productividad y distribución espacial de los recursos humanos del sector salud en Colombia.

Además, se propone que la información suministrada permita analizar y evaluar los efectos y las causas que han generado las políticas adoptadas, a través de indicadores de seguimiento, que faciliten la realización de ajustes.

4.7 Financiamiento

Como ya se mencionó, la dimensión que adquiere esta política radica principalmente en poseer la información necesaria en el monto oportuno con un grado de análisis tal que facilite la toma de decisiones de los protagonistas involucrados. Por tal motivo, se requiere de una instancia que recolecte la información, la administre, la actualice, la analice y divulgue anualmente.

Los costos girarían en torno a dicha administración lo cual incluiría:

Recurso humano	291,600,000.00
Recurso físico	212,000,000.00
Recurso tecnológico	54,000,000.00
Total	**557,600,000.00**

Este proyecto deberá acompañarse de todo el componente normativo que ello acarrearía, lo cual posee los costos de información que actualmente se observan en las entidades estatales encargadas de tal fin.

5 Política de disponibilidad y distribución

Esta línea de política hace referencia a las cantidades de recursos disponibles y su distribución de acuerdo con los requerimientos de las organizaciones y mercados de servicios. En el nivel macro el problema se relaciona con las interrelaciones y conflictos de interés entre los agentes que determinan las cantidades y competencias de los recursos en el mercado laboral. La distribución de dichos recursos está relacionada con la capacidad del mercado laboral para garantizar una disponibilidad regional suficiente de recursos y empleos, lo cual configura un equilibrio. En el nivel de las personas se analiza el efecto de los incentivos para promover la redistribución de recursos, mediante la garantía de unas condiciones aceptables de calidad de vida y ejercicio laboral.

5.1 Análisis situacional

La disponibilidad del recurso humano en el mercado laboral del sector salud está afectada por diversos condicionantes:

- La sobreoferta generada de recurso humano, a partir de la desregulación del mercado educativo (Ley 30 de 1992), consecuencia del crecimiento en la oferta de programas de formación y el mayor acceso a la educación superior. Este efecto se origina a partir del año de 1993 y ha generado un stock de recursos en formación dentro del sistema educativo (Ruiz, 2001).

  Los excesos de oferta de recurso humano en el mercado laboral conllevan externalidades positivas para los oferentes de empleo y negativas para los demandantes, en la medida en que tiende a ajustar los salarios a la baja.

- La implantación de la Ley 100 de 1993, ha generado al menos tres tipos diferentes de modelos de servicios: un modelo normativo que responde a la configuración de un sistema público de prestación de servicios, un modelo restrictivo basado en el aseguramiento y el modelo electivo determinado por la capacidad de pago de los pacientes para la medicina particular.

  El modelo normativo tiende a mantener unos salarios uniformes restringiendo la demanda de recursos humanos al presupuesto asignado de las organizaciones, especialmente las públicas. En este caso se garantiza a los trabajadores unos ingresos fijos pero restringe las posibilidades de absorción del recurso humano que se encuentra disponible en el mercado laboral.

  El modelo restrictivo se basa en paquetes de servicios y en la distribución de riesgo entre las partes contratantes, incluidos los recursos humanos. Permite la integración de mayor cantidad de recursos al modelo pero tiende a reducir la estabilidad de los

ingresos y a compartir entre organizaciones y recursos los efectos indeseables del mercado tales como: riesgos de cartera o estacionalidades en la demanda. Por otro lado, excluye aquellas profesiones que no están predeterminadas en los planes de beneficios. Este es el modelo de servicios que mayor crecimiento ha tenido durante los últimos años y probablemente el que tenderá a prevalecer en el inmediato futuro.

El modelo privado electivo, está determinado por la capacidad de pago de las personas que demandan de manera individual. En este modelo el recurso humano puede obtener los mayores beneficios pero la restricción está dada por el limitado número de personas con capacidad para cubrir estos costos de atención. Tiende a generar inequidades verticales, esto es, entre las mismas profesiones.

En la medida en que se encamine hacia la universalización del aseguramiento, el modelo restrictivo de servicios tenderá a ser preponderante sobre los otros dos modelos. Esto implica modificaciones importantes en la organización de los servicios y por tanto en la demanda de los recursos humanos. Los recursos con mayor representación en los paquetes de servicios tenderán hacia una mayor demanda.

- En el mercado de servicios, tal como lo plantea la reforma de salud, el asegurador adquiere una posición preponderante. En este papel tiende a disminuir los excesos de oferta de recursos a través de la disminución de precios de los servicios que compra forzando a los prestadores a rebajar costos a través de la reducción en el número de recursos contratados, los salarios o la generación de formas de contratación más flexibles y menos costosas. Los ahorros que logra obtener el prestador tienden a ser absorbidos por el intermediario (efectos ratchet y retención).

- Dentro del mercado de servicios los prestadores pueden generar formas de organización más flexibles y menos costosas a través de mecanismos tales como la administración gerenciada de servicios, que tiene efectos en la disminución de plazas de empleo debido a la sustitución de los recursos más costosos, la reducción de costos fijos a partir de tamaños de organización más ajustados a las condiciones de la demanda y estímulos a la mayor productividad con base en esquemas de incentivos. Este tipo de organizaciones ha experimentado un crecimiento importante durante los últimos años, en particular en servicios de tipo diagnóstico y grupos médicos de consulta y procedimientos especializados (O´Meara, 1997).

- Efectos sociales y de los individuos tales como el clientelismo y corrupción a partir de la colusión entre los prestadores de servicios y las instancias políticas, el mantenimiento de múltiples contratos por parte del recurso humano y la generación de ciertos mecanismos inadecuados de contratación pueden también causar deformación de los mercados laborales como mecanismos reguladores.

Las divergencias entre los mercados laborales plantean problemas de distribución del recurso humano. Esta situación está condicionada básicamente por factores derivados de las decisiones de los propios recursos humanos y de las organizaciones que participan en los mercados de servicios.

- Las decisiones de los recursos humanos que determinan la distribución están basadas en sus expectativas respecto a las condiciones del lugar donde trabajan. Existen al menos cuatro tipos de expectativas: respecto a la calidad de vida, expectativas respecto a oportunidades laborales, expectativas respecto a la cualificación y desarrollo profesional y expectativas de ingresos.

  Dada la configuración diferencial en términos de desarrollo regional que existe en Colombia, los mercados regionales de trabajo plantean condiciones que favorecen o limitan las decisiones de los recursos humanos, llevando a la concentración en aquellas zonas donde las posibilidades de respuesta a sus expectativas son mejores.

  La evidencia apunta hacia diferencias importantes en el retorno educativo para los profesionales de la salud, las cuales tienden a agudizarse en el mediano plazo. Esto podría inducir a algún ajuste en el número de solicitantes, particularmente en los programas con menores retornos educativos. Sin embargo, existe un efecto intertemporal debido a la dificultad de los aspirantes para consolidar sus expectativas con la escasa información disponible en el momento de su decisión.

- Otro factor importante es la misma configuración de la demanda de recursos humanos, dado que existen condiciones diferenciales que hacen a algunos mercados más atractivos que otros. Esas diferencias están dadas por: la naturaleza de la institución (pública o privada), el tipo de institución (aseguramiento, prestación, otro) y el nivel descentralización (sedes o filiales). La disponibilidad de tecnología que plantea restricciones insolubles para el caso de profesiones y especialidades. El entorno legal y administrativo para la operación de las empresas y por último los niveles de clientelismo y condiciones de violencia.

Según el documento "Problemas Críticos para el Desempeño de los Recursos Humanos en Salud" (ASS/819B.01), la disponibilidad actual del recurso humano en las principales categorías ocupacionales abarca un total de 216.587 personas y para el final del año 2020 se estima una oferta de 512.115, lo cual representa un crecimiento del 136% en los recursos disponibles para los próximos 20 años.

Entre los diversos tipos de recursos y en términos de participación las auxiliares de enfermería representan la mayor proporción con el 35%. Seguidas por médicos y odontólogos. El mayor crecimiento esperado en términos de crecimiento de recursos se encuentra en las cuatro profesiones de terapia donde, en el caso de continuar el patrón de crecimiento observado se llegará a 63.139 terapistas para el año 2020.

En las condiciones actuales se observa un desempleo general del 14% y, si no se aborda una política de ajuste para el 2020 el desempleo podría estar llegando al 37%.

Esta situación es consecuencia del incremento en el acceso a la educación superior por parte de los aspirantes a los diversos programas y a la comparativamente menor tasa de crecimiento esperado en las organizaciones del sector para los próximos 20 años.

El incremento futuro en la demanda del recurso humano está en gran medida determinado por el acceso de la población a la seguridad social en el inmediato futuro. Este acceso a su vez es determinado por condicionantes macroeconómicos y transformaciones al interior del mismo sistema. De acuerdo con los cálculos y proyecciones efectuados, el crecimiento de los recursos disponibles para el sector salud será restringido. El acceso es muy sensible al aseguramiento subsidiado de la población, condicionado a su vez por diversos factores entre los cuales las reducciones en el desempleo y el crecimiento en el aseguramiento al régimen contributivo son variables críticas.

El aseguramiento determina incrementos sustanciales en el uso de los servicios y por tanto en la demanda de recursos. Otro factor que puede determinar diferencias importantes en la demanda son cambios en la eficiencia de las instituciones prestadoras de servicios de salud donde se ha encontrado un margen potencial de crecimiento cercano al 44% en los hospitales de alta capacidad resolutiva, y del 58% en los de capacidad resolutiva media. Otras políticas restrictivas tales como la certificación de profesionales, cambios en edad de retiro y migraciones esperadas tienen un impacto menor sobre la constitución del mercado laboral.

Dado este escenario futuro de sobreoferta global en los recursos humanos, se puede así mismo plantear que existirán situaciones diferenciadas según la profesión y los entornos regionales.

Existen profesiones donde el impacto esperado de políticas diferentes al cierre de programas educativos, no producirá cambios importantes en la sobreoferta esperada de recursos. Tal es el caso de odontología, profesión donde a causa del alto nivel de ejercicio independiente no institucional, el impacto de las políticas públicas restrictivas sobre la demanda institucional no tendrá efectos importantes.

En el caso de las terapias la sobreoferta esperada de recursos humanos está relacionada con el impacto de la profesionalización y el crecimiento de programas de pregrado durante los pasados 5 años, situación en la cual el mercado laboral no ha podido absorber la sobreoferta y se encuentran actualmente desempleos superiores al 30%. Al contrario del caso de odontología, la información sobre la situación del mercado laboral no es totalmente transparente sobre los aspirantes y la reducción en la demanda educativa aún no es apreciable.

Bacteriología y nutrición enfrentan tanto un crecimiento en la oferta educativa como una reducción en el crecimiento del empleo, probablemente consecuencia de cambios importantes en la tecnología clínica y un efecto de sustitución entre la tecnología y el recurso humano.

Otro caso importante de sustitución de recursos se encuentra entre los profesionales y auxiliares de enfermería. Mientras el desempleo en los profesionales es cercano al 30% en los auxiliares apenas bordea el 6%. Quizás, los empleadores que actualmente atraviesan un entorno económico complejo tienden a reducir costos sustituyendo recursos profesionales más costosos por recursos auxiliares de menor costo con potenciales efectos sobre la calidad misma de los servicios.

5.2 Línea de base regulatoria

Este es un problema que se plantea como la relación entre los recursos humanos contratados en el mercado laboral y su distribución o concentración geográfica. Desde la oferta educativa tiene que ver con la distribución regional de la oferta de instituciones y programas y, por lo tanto, de la oferta de egresados.

5.2.1 Disponibilidad y distribución desde el mercado educativo

La autonomía de las instituciones de educación superior promovida por la Ley 30 de 1992, se constituye en sí misma como un incentivo importante que las instituciones de formación expandan su mercado y oferta de programas a otras regiones y para que se dé una mayor integración entre el recurso humano formado y el mercado laboral dentro de dichas zonas. Esta expansión puede realizarse a través de la creación de seccionales (siempre y cuando lo hayan previsto en sus estatutos) o de la realización de convenios con otras entidades educativas en los respectivos municipios para ofrecer hasta cuatro programas de formación. Al superarse este límite es obligatoria la creación de la seccional.

Con el establecimiento de diferentes modalidades de estudio como la presencial, semipresencial o a distancia, se ha impulsado una mayor flexibilización en el acceso a la reprofesionalización y desarrollo del personal ya vinculado en el mercado laboral, pero también a la población en general, debido a la disminución de los costos, en particular, en las modalidades semipresencial y a distancia. No obstante, es importante anotar que para las profesiones relacionadas directamente con el tema asistencial no le están permitido modalidades distintas a la presencial. Situación diferente se presenta para aquellos programas orientados hacia las áreas relacionadas con la organización y administración del sistema.

5.2.2 Disponibilidad y distribución desde el mercado laboral

El mecanismo tradicional para la distribución del recurso humano formado es el relacionado con el servicio social obligatorio[25] para quienes pretendan ejercer su profesión en el país, por el término de un año en zonas normales y en ciertas regiones, que dependiendo de las condiciones sociales, de orden público o de ubicación geográfica su duración oscila entre nueve y seis meses. El servicio social obligatorio se constituye en un requisito para la obtención de la tarjeta profesional, sin la cual no se permite el ejercicio de la profesión[26].

La aprobación de plazas para dicho servicio[27] tiene especial prioridad con zonas focalizadas, especialmente en estratos uno y dos en instituciones públicas, privadas con o sin ánimo de lucro que presten servicios de salud.

Otro incentivo a la distribución, son las becas-crédito[28] para financiar la especialización de los profesionales de las diferentes áreas de la salud y la posibilidad de condonar dicho crédito cuando éstos realicen su residencia o entrenamiento en áreas que, según el Ministerio de Salud, sean prioritarias para el desarrollo de la salud pública o el sistema general social en salud o bien en regiones con poca disponibilidad de recurso humano, se crea un incentivo para promover una mayor distribución espacial del recurso humano especializado. No obstante, su aplicabilidad se ve limitada por el hecho de que la condonación también puede realizarse cuando el director del hospital donde realiza sus prácticas certifique que el estudiante contribuyó a promover la eficiencia y la calidad.

En el sector público existen otros factores que, aun cuando no corresponden a regulaciones expresas sobre distribución del recurso, sí tienen una gran incidencia sobre este aspecto. En primer lugar, el proceso gradual de nivelación salarial[29], mediante el cual se generaron estímulos especiales para zonas marginales y rurales, y en desarrollo de esta facultad, el gobierno expide la norma por la cual se realizan los incrementos salariales, condicionados a la transformación de las instituciones en empresas sociales del Estado[30].

También la reglamentación relacionada con la definición de empleos del sector público de la seguridad social[31], donde se establecen jerarquías de empleo y se fijan las asignaciones salariales de acuerdo con la categoría de los municipios. Iguales

---

25 Ley 50 de 1981

26 Decretos 2396 de 1981, 1155 de 1983 y 3289 de 1982; resoluciones 8416 de 1993, 4598 de 1998, 3283 de 1999 y 2317 de1985.

27 Resolución 795 de 1995

28 Decreto 1038 de 1995, reglamentario del Art. 193 de la Ley 100 de 1993, por el cual se autoriza la Ministerio de Salud para celebrar un convenio denominado Minsalud-Icetex que otorga becas-crédito para la especialización de profesionales del sector.

29 Establecidos por la Ley 100 de 1993. Nivelación que tiene en cuenta los criterios de la Ley 4 de 1992 y lo relacionado en materia de provisiones previsto en la Ley 60 de 1993.

30 Decreto 439 de 1995 y Decreto 980 de 1998.

31 Decreto 1569 de 1998.

diferenciaciones se presentan para el caso de los gerentes de las empresas sociales del Estado[32], en las que además se tiene en cuenta el nivel de atención de la institución. Respecto a los profesionales del sector, la diferenciación de requisitos, grados y escalas salariales de acuerdo con la categoría de municipio puede constituirse en un incentivo para que exista una menor distribución espacial del recurso y, de manera particular, del recurso especializado. Respecto a los gerentes de ESES o directores de hospitales públicos, se creó un esquema de incentivos para ciertas regiones del país, zonas rurales o de conflicto, que buscan promover la mayor distribución de este recurso.

Las condiciones actuales del nuevo sistema de seguridad social relacionadas con las nuevas funciones del aseguramiento, su expansión a los sectores sociales que antes no tenían acceso a él mediante la creación del Régimen Subsidiado y las relaciones contractuales y de competencia que se generaron tanto para los aseguradores como para los prestadores de servicios, se generaron incentivos para la redistribución de los recursos humanos entre estos tres segmentos: prestación, aseguramiento y administración territorial, pero también hacia la distribución espacial toda vez que la configuración de dichos mercados se circunscribe a la división político administrativa.

La implementación del modelo de aseguramiento generó un crecimiento de las entidades aseguradoras (EPS y ARS), cuyas funciones implican no sólo actividades gerenciales, sino aquellas de la garantía de prestación del servicio (conformación y contratación de red, garantía de la calidad y auditoría médica), con lo que se determina un nuevo mercado para los recursos humanos del sector.

Dado que para la garantía de la prestación de servicios estas aseguradoras deben configurar una red de prestadores (públicos o privados) mediante esquemas de contratación o con participación de instituciones propias, la redistribución del aseguramiento puede tener incidencia en la expansión de la prestación y por consiguiente es probable que haya promovido una distribución espacial de los recursos humanos. Es de considerar también la mayor distribución de recursos humanos para ciertos grados de complejidad, determinada a partir de la definición de los contenidos básicos de beneficios por medio de los planes de salud[33], así como el establecimiento de un modelo de atención, con lo cual, la mayor demanda de recursos por parte de los prestadores sería de aquellos habilitados para brindar atención en dichos niveles y algunas especialidades como ginecoobstetricia y pediatría, por ejemplo.

El nuevo modelo de atención ha determinado que para el acceso a los servicios de salud de los planes obligatorios de salud, siempre se requiere el tránsito obligatorio las actividades y procedimientos de consulta de medicina general o paramédica del primer grado de atención y para el tránsito entre grados de complejidad es requisito

---

32 Decreto 139 de 1996.

33 Como lo determina la Ley 100 en su artículo 162º y el Decreto 806 de 1998, los tipos de planes de beneficios (PAB, POS, POSS, atención de accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias)

indispensable la remisión —con excepción de las atenciones de urgencia y pediatría—. Una vez se haya diagnosticado el usuario y requiera periódicamente de servicios especializados podrá acceder directamente a ellos sin hacer tránsito por medicina general[34].

Así se establecen parámetros específicos para que la demanda de servicios siempre se realice de manera inicial mediante el primer nivel de atención, que se refleja en la configuración de las redes de servicios de los aseguradores, donde predominan los prestadores para dicho nivel de complejidad. Por lo tanto, esta regulación tiene una gran incidencia en la configuración de la oferta de empleo para el recurso humano del sector, orientada precisamente al recurso formado para atender las necesidades en los niveles de menor complejidad. Otro factor que incide en el requerimiento y distribución del recurso humano, se relaciona con la ampliación de la cobertura de servicios al núcleo familiar, con lo cual se determina una mayor demanda para ciertos servicios, especialmente los de promoción y prevención y además de profesionales como la medicina familiar.

5.3 Política general

La política de disponibilidad de distribución de los recursos humanos en salud parte de la evidencia encontrada acerca de que existen, y en el inmediato futuro se incrementarán los excesos de oferta de recursos humanos tanto a nivel profesional como del posgrado. Así mismo, se encuentran desbalances importante en el tipo de recurso humano disponible frente a las necesidades proyectadas en las organizaciones del sector.

Como objetivo general se buscará asegurar que el recurso humano del mercado laboral disponga de las capacidades óptimas para asegurar la calidad de los servicios. Esto incluye la restricción de la oferta educativa disponible para asegurar esos estándares de calidad, a través de una política intencionada que limite la entrada al mercado de los recursos insuficientemente preparados.

Así mismo se plantea la adaptación del tipo y cantidad del recurso humano producidos, a las características de los modelos de servicios imperante durante los próximos años y el direccionamiento del modelo de incentivos existentes hacia la cobertura de aquellas áreas ocupacionales requeridos en el Sistema General de Seguridad Social.

---

34 Mediante el Decreto 806 de 1998.

5.4 Propuestas estratégicas de intervención

5.4.1 Rediseño institucional

- ***Objetivo operativo***

Fortalecer la capacidad regulatoria y de provisión del Estado frente a la oferta educativa y el mercado laboral del Sector.

- ***Descripción***

Consiste en el diseño y evaluación de mecanismos organizacionales relacionados con la estructura y funcionalidad regulatoria del Estado sobre la oferta educativa y el mercado laboral. Específicamente:

- Replanteamiento de la funcionalidad y autonomía del ICFES hacia la conformación de una Superintendencia Nacional de Educación Superior, que además de las funciones de licenciamiento, se especialice en la Vigilancia y Control efectivo de la calidad de la educación superior a través de diferentes mecanismos, en la defensa de los usuarios y en regular las condiciones de entrada y permanencia en el mercado de instituciones y programas.

- Unificación de criterios y estándares de acreditación institucional que le permitan al Consejo Nacional de Acreditación llevar a cabo su función plenamente, en asocio con sociedades científicas y grupos profesionales nacionales e internacionales. Este punto también servirá para apoyar todo el proceso de cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos para los programas de Educación Superior en Salud y brindará herramientas para que una Superintendencia de Educación o el ICFES cumplan con la actividad sancionatoria que le ha sido delegada.

- Asimilación y articulación de las políticas de modelos de administración del aseguramiento y de los modelos de servicios de salud con la política de descentralización y de transferencias. Se trata de diseñar mecanismos que busquen superar las restricciones derivadas de la contratación municipal del aseguramiento contra el desarrollo de redes de servicios supramunicipales, hacia la configuración de mercados laborales más amplios y con menores restricciones político administrativas.

- Evaluación de la viabilidad y efectividad del papel de la oferta pública en la educación superior en salud. Es necesario evaluar el impacto y costo beneficio social de oferta educativa pública en la educación superior. Tanto en su papel de formador

para los estratos más vulnerables de la población como en su función de mantenimiento de la calidad en la educación.

- ***Sujetos***

ICFES, Ministerio de Educación, CESU, CRES, universidades públicas, CNA, Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

- ***Agentes ejecutores***

Gobierno Nacional y Congreso

- ***Instrumentos***

  - Proyecto de Ley para la reforma a la Ley 30 de 1992.
  - Reglamentación específica sobre condiciones de contratación entre entes territoriales, aseguradores y prestadores de servicios.
  - Estudio específico sobre la viabilidad y efectividad de la oferta pública en
  - Educación Superior en Salud.
  - Decreto 917 de 2001.
  - Documentos de acreditación del Consejo Nacional de Acreditación.

- ***Plazos***

Mediano Plazo.

- ***Metas***

  - En cinco años se habrá conformado la Superintendencia Nacional de Educación Superior.
  - En dos años tener los resultados de la viabilidad y efectividad de la oferta pública de educación superior en salud.

5.4.2 Acreditación y certificación obligatoria de requisitos básicos para las instituciones prestadoras de servicios que realizan convenios docente asistenciales

- ***Objetivo operativo***

  Ligar la oferta educativa de los programas de salud a la capacidad instalada institucional de los prestadores y garantizar territorialmente el equilibrio de la relación docente asistencial. (Anexo 2).

- ***Descripción***

  Se requiere de la fijación de unos parámetros que organicen la realización de convenios docente asistenciales por parte de las entidades formadoras de recursos humanos, mediante los cuales, se establezca la capacidad que debe poseer una institución para poder desarrollar este tipo de convenios. Así mismo con los estándares de acreditación de IPS se cruzará la información correspondiente que permita de una forma racional organizar la prestación del servicio por número de habitantes.

- ***Sujetos***

  Instituciones de Educación Superior e Instituciones Prestadoras de Servicios.

- ***Agentes ejecutores***

  Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud.

- ***Instrumentos***

  Ajustes a la Reglamentación de convenios docente asistenciales, realizados entre instituciones formadoras de recurso humano e IPS acreditadas.

- ***Plazos***

  Corto Plazo.

- ***Metas***

  En un plazo de dos años todos los programas de salud con práctica clínica estarán operando en convenios docente asistenciales con IPS acreditadas.

5.4.3 Rediseño del modelo de incentivos para la redistribución

- ***Objetivo operativo***

Aplicar un modelo de incentivos que propicie la mayor disponibilidad y mejor distribución de los recursos humanos de acuerdo con los condicionantes actuales del mercado laboral y la especificidad del modelo de servicios.

- ***Descripción***

La evidencia aportada en los diferentes estudios efectuados para el Plan indica que el mercado actual y futuro presenta superávit importantes en las cantidades de recursos no formales, profesionales y de especialidades. La evidencia desde el Análisis Funcional de Tareas indica que el problema actual y futuro más crítico se relaciona con la calidad intrínseca de los recursos y su pertinencia frente al modelo de servicios que plantea la reforma de salud.

Así mismo, se encuentra que los problemas de distribución, en la medida que el sistema de seguridad social alcanza mayor cobertura, pierde, relativa importancia en los municipios intermedios a mayores y mantienen su peso en el caso de los municipios pequeños y zonas apartadas del país.

Por lo tanto se propone reorientar la finalidad estratégica de los dos principales grupos de incentivos que actualmente dispone el sector salud: Servicio Social Obligatorio y Programa de Becas Crédito. La estrategia postula que el servicio social obligatorio se defina como un incentivo exclusivo hacia la distribución y el programa de becas crédito se oriente como incentivo a la calidad, dada su ineficacia demostrada como incentivo para la distribución. En la actualidad el Ministerio de Salud compromete 7.850 millones de pesos en recursos para las becas créditos con una contrapartida del 50% del Icetex para un total de 15.700 millones de pesos en el año 2001. El monto de la inversión en servicio social obligatorio no es cuantificable debido a que es financiado a través de fuentes públicas descentralizadas y fuentes privadas, pero la inversión es muy grande, así como su efecto en sustracción de plazas para recursos de mayor experiencia, en zonas donde no es necesaria la aplicación de este incentivo.

El servicio social obligatorio se debe orientar únicamente hacia actividades de tipo asistencial en las organizaciones públicas de servicios de salud en los municipios tipo 5, 6 y 7 según la clasificación del Ministerio de Desarrollo: Centros Subregionales mayores, centros subregionales menores y centros locales. Deberá continuar con su carácter obligatorio, y sometida a concurso según disponibilidad de cupos. No es recomendable el mantenimiento de plazas de servicios social obligatorio en centros de carácter académico dado que se pueden transformar en subsidios cruzados e incentivar educación

de deficiente calidad. De igual forma se debe pensar en la prestación de los servicios social obligatorio, en instituciones de administración de recursos y en los entes territoriales en labores administrativas.

Mediante esta medida se pensaría en brindar le al nuevo profesional la posibilidad de ubicarse en otras zonas diferentes a las urbanas tradicionales mediante la disminución de impuestos; garantías de educación para los hijos; afiliaciones, en caso de ser independientes, a bienestar familiar y ARP; otorgamiento de créditos blandos para instalación personal y profesional y algún tipo de ayuda económica para lograr un proceso de actualización profesional permanente. Lo anterior, podría estar acompañado de beneficios adicionales por generación de empleo en la región.

En el caso del programa crédito éste se debe transformar en mecanismo fundamental para incentivar la disponibilidad de recursos profesionales en los perfiles críticos requeridos según el mercado actual de servicios. Se debe restringir absolutamente el otorgamiento de becas créditos para los programas de pregrado y especialidades clínicas de alta tecnología dado que se han convertido en un mecanismo de compensación social a los residentes y subsidio cruzado a instituciones educativas privadas, incluso a programas con deficiente calidad. El efecto esperado es restringir el estimulo becas crédito de demanda de especialidad tienda a desplazarse hacia las especialidades básicas críticas para el sistema general de seguridad social.

Por lo tanto el presupuesto de las becas crédito se orientaría hacia los siguientes programas:

- Medicina del trabajo
- Economía de la salud
- Actuaría
- Salud pública y epidemiología
- Medicina familiar

Como incentivo para la mejoría de la calidad de programas de posgrados y consecuente con la política de acreditación de maestrías y especialidades por parte del ICFES, las becas crédito se concederían únicamente a los beneficiarios de programas de posgrados debidamente acreditados. Así mismo, se recomienda la integración de los dos incentivos fomentando el que las personas que no salen seleccionadas para el servicio social obligatorio, deban esperar al menos un año para poder concursar para las becas crédito reduciendo la inequidad a quienes participan.

- ***Sujetos***

Recurso humano recién egresado

- ***Agentes ejecutores***

Ministerio de Salud, Administraciones territoriales de salud

- ***Instrumentos***

Normativa servicio social obligatorio y becas crédito

- ***Plazos***

Mediano plazo

- ***Metas***

  - Direccionar en 5 años los recursos humanos hacia las organizaciones en los centros territoriales de menor tamaño y desarrollo.

  - Direccionar recursos de becas crédito hacia el fortalecimiento de los programas estrategias dentro de la reforma y el modelo de servicios.

5.5 Modelo regulatorio

La viabilidad de implementar las propuestas y estrategias direccionadas a promover una mejor y mayor distribución del recurso humano para el sector, está determinada en gran medida por los ajustes que puedan realizarse al marco regulatorio e institucional existente, tanto para la oferta educativa como para el mercado laboral, pero en gran medida para lograr una distribución apropiada del recurso humano de la salud es mandatorio que el país logre avanzar en la consolidación de un proceso de paz

La propuesta de reconversión del ICFES hacia una *Superintendencia de la Educación Superior*, implica modificaciones a la Ley 30 de 1992 y al Decreto 1413 del 2001, en relación con las funciones de inspección y vigilancia, las cuales se atribuyen de manera conjunta al Ministerio de Educación (Dirección de Educación Superior) y al ICFES. La especificación de dicha función estaría enfatizada como competencia prioritaria y exclusiva del ICFES. Adicionalmente, en cuanto a su organización, se requiere reglamentación específica que le atribuya de manera clara una autonomía administrativa y financiera adecuada para que pueda ejercer las funciones específicas de vigilancia y control de la educación superior, fundamentalmente con regulaciones orientadas a la protección de los usuarios y con la posibilidad de desconcentración o delegación de funciones hacia los entes territoriales.

Quizá el proceso más complejo de la reestructuración institucional, se deriva de la articulación de las políticas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (nuevo modelo de servicios, nuevo mercado de aseguramiento) y el modelo de gestión estatal y descentralización. Naturalmente esta medida estaría condicionada por los cambios sustanciales a diversos acuerdos sociales establecidos en la Constitución del 1991, a la Ley 100 de 1993 y sus reglamentaciones relacionadas con la administración territorial del sistema y la configuración de los mercados de aseguramiento (Acuerdos del CNSSS: 77/97, Decreto 1804/99, otros relacionados) y, simultáneamente, a las Leyes: 60/93 sobre competencias y recursos de los entes territoriales, 344/96 sobre gasto público, 489/98 sobre organización de la administración pública. En todos los casos habría que considerar las normas específicas que las reglamentan y modifican.

La articulación de las políticas implica un proceso reflexivo frente al desarrollo que se quiere proponer a los territorios y al país, por tanto, de la adopción de nuevas visiones que apunten a articular otras formas de organización para la gestión territorial de las políticas, en el caso específico del sistema de salud, que efectivamente respondan a la separación funcional, al nuevo modelo de servicios y al cumplimiento de los principios.

Si bien no es nuestro objeto definir propuestas específicas en este sentido, consideramos importante poner en consideración, como un elemento clave de la visión a largo plazo de los ajustes regulatorios sustentados en estudios e investigaciones realizados no sólo a nivel académico sino gubernamental, sobre todo desde el Ministerio de Desarrollo Económico, que proponen esquemas territoriales y superan las restricciones de la división político administrativa y se configuren como "zonas funcionales de desarrollo". Dichas zonas no sólo conservan similitudes respecto a sus condiciones de desarrollo socioeconómico sino que, apuntan a articular los recursos físicos, ambientales y sociales del territorio, que de hecho, por las instituciones vigentes (reglas de juego) formales (mercado) o informales (costumbre) tienen determinados niveles de articulación, los cuales sería importante fortalecer o transformar.

Nos referimos en particular para el sector, al hecho de que los mercados de servicios de salud y con la función de la garantía del acceso por parte del aseguramiento, necesariamente trascienden los límites territoriales existentes. Por ejemplo, los sistemas de referencia y contrarreferencia entre diferentes niveles de complejidad de la atención no pueden sujetarse a la tradicional división territorial. Este tipo de restricciones no sólo tiene incidencias sobre la gestión global del sistema sino también sobre las organizaciones, y por ende, sobre los recursos humanos del sector.

Una adopción distinta de la concepción de "territorio" para la gestión del sistema de seguridad social en salud apuntaría necesariamente a la creación de sinergias entre las unidades territoriales más pequeñas (municipios) y por lo tanto, a la reorganización de sus recursos, la distribución y redistribución espacial de los subsistemas de prestación,

aseguramiento y administración territorial, la reorganización para la gestión específica y de los recursos humanos requeridos.

Por otro lado, es imperante operativizar y reglamentar el modelo de atención propuesto por la nueva reforma, para que se envíen las señales claras al mercado educativo sobre la cantidad y el tipo de profesionalidad del recurso humano que se requiere y sobre el mercado de servicios para su transición organizacional funcional a dicho modelo. Aquí los ajustes regulatorios apuntarían en diferentes frentes.

En primer lugar, la definición de regulación técnica para determinar clasificación de niveles de complejidad acordes con los cambios tecnológicos de los mercados de servicios y del modelo restrictivo propuesto por el SGSSS, con los ajustes regulatorios pertinentes a las normas actuales que definen y dependen de dichos niveles de complejidad (Ley 100/93, Art. 153; R. 5261/94; D. 2174/96, D. 2753 de 1997). En correspondencia, se ajustaría la regulación actual sobre los mecanismos de entrada al mercado para los prestadores de servicios de salud y el proceso de licenciamiento, ajustado según los parámetros técnicos establecidos (Ley 10/90; Decreto 1918/94; Decreto 2357/97).

En segundo lugar, respecto al servicio social obligatorio, se requeriría una reforma importante a la Ley 50 de 1981 y a las normas que la reglamentan y modifican, en especial las relacionadas con la aprobación y asignación de plazas (R. 2865/94; R. 2317/85; R. 795/95) y con las profesiones para las cuales se determina la obligatoriedad en la prestación y las condiciones bajo las cuales debe prestarse (D. 2396/81; D. 3289/82; D. 1155/93). Se requeriría considerar la posibilidad de que las plazas de servicio social obligatorio cubran el subsistema de aseguramiento en áreas críticas como el análisis de riesgos y de la administración territorial en lo que atañe a funciones de salud pública y planeación.

En concordancia con la organización territorial que se proponga, debe ajustarse la reglamentación que define las zonas prioritarias para la prestación del servicio así como el replanteamiento de los incentivos, en términos de duración, diferenciada por tipo de profesionalidad requerida o bien, para determinado subsistema (D. 3448/83; R. 8416/93; R.3283/99; R. 2722/2000; R. 2893/2000).

En tercer lugar, es importante redefinir la reglamentación actual sobre el otorgamiento de becas crédito para los profesionales del sector salud, para que responda a las necesidades de formación del recurso, no sólo para el área asistencial sino de aseguramiento y administración territorial, y a las expectativas de desarrollo del esquema territorial adoptado (L. 100/93 Art. 193; D. 1038/95; D. 1152/99). Además, para que sirva como mecanismo de distribución espacial del recurso, es necesario restringir los criterios de condonación, exclusivamente a un criterio, como el que la residencia o entrenamiento se realice en áreas (entiéndase zonas geográficas o subsistemas) que a

juicio del Ministerio sean prioritarias para el Desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En cuarto lugar se deben considerar ajustes regulatorios de carácter administrativo y técnico, tendientes a la reorganización interna del modelo de gestión del SGSSS en los territorios, incluyendo los diferentes subsistemas, para que se generen procesos de competitividad, como incentivo para promover la distribución territorial del recurso humano cualificado, pero también la redistribución de la oferta educativa de pregrado y especialización hacia las áreas más prioritarias para el desarrollo de la región.

En este sentido como se verá más adelante es requerida una modificación que establezca una garantía para el recurso humano que quiera ubicarse en zonas rurales o urbanas alejadas de los grandes centros de población.

El hecho de establecer condiciones de aseguramiento en salud, pensiones y ARP al profesional que opte por esta decisión, deberá ser reglamentado, e igualmente se requiere de reglamentación y asignación de recursos para facilitar instalación profesional y personal, actualización permanente y exenciones tributarias por generación adicional de empleo.

La generación de sinergia y agregados organizacionales, promovería la eficiencia y productividad global, con lo cual incrementaría la rentabilidad no sólo social, sino económica de las organizaciones. Esto permitiría generar estrategias de redistribución de dichos beneficios hacia los recursos humanos, expresados en mecanismos de incentivos, sean económicos o de beneficios sociales. En lo que compete al sector público del sector salud, la reorganización en este sentido implicaría modificaciones a la Ley 489/98 sobre organización de la administración pública y los decretos reglamentarios específicos: 439/95, 139/96, 980/98, 1569/98 y 861/2000.

Por último, estas medidas a su vez incidirían de manera directa sobre la regulación que busca integrar el mercado educativo con el de servicios en lo que a la práctica de las profesiones asistenciales se refiere. Esto es, la integración de las políticas, debería reflejarse en la relación docente asistencial. Por lo tanto, determinarían cambios sustanciales en las normas correspondientes Ley 30/92: Ley 100/93, Art. 247 y D. 190/96, y demás normas relacionadas.

5.6 Requerimientos de información

Las variable críticas de información para política de información para los recursos humanos depende tanto de la información del mercado educativo, la cual finalmente constituye la oferta nueva de recursos, como del mercado de servicios y mercado laboral que representan e stock existente y la demanda.

Tabla 1. Mercado educativo, problema de la distribución espacial del recurso

Hipótesis	Indicador	Variables	Fuentes	Tipo	Tipo análisis	Estudio
No existe oferta suficiente para satisfacer la demanda de formación	No. De cupos/ No. Solicitudes	No. Cupos por programa por institución por año	Bases de Datos ICFES Instituciones de educación no formal	Secundaria Primaria	Descriptivo, retrospectivo y prospectivo	Estudio anual del mercado educativo en salud
		No. Solicitudes por programa por institución por año	Bases de Datos ICFES Instituciones de educación no formal	Secundaria Primaria	Descriptivo, retrospectivo y prospectivo	
No existe oferta suficiente a nivel regional para satisfacer demanda de formación	No. De cupos por ciudad/ No. Solicitudes por ciudad	No. Cupos por programa por institución por ciudad y por región por año	Bases de Datos ICFES Instituciones de educación no formal	Secundaria Primaria	Descriptivo, retrospectivo y prospectivo	
		No. Solicitudes por programa por institución por ciudad y por región por año	Bases de Datos ICFES Instituciones de educación no formal	Secundaria Primaria	Descriptivo, retrospectivo y prospectivo	
El valor de la matrícula no es un elemento restrictivo para la disponibilidad de recursos humanos	El valor de la matrícula según programa /número de matriculados de primera vez	Valor promedio anual de la matrícula según programa	Bases de datos Legis Bases de datos ICFES	Secundaría	Descriptivo, retrospectivo y prospectivo	
		Número de matriculados de primera vez según programa	Base de datos ICFES	Secundaría	Descriptivo, retrospectivo y prospectivo	

En las hipótesis que sustentan los requerimientos en el mercado educativo se relacionan con la relación entre cupos y aspirantes para el ingreso, su distribución regional y el efecto de las matrículas sobre la masa de matriculados. Se espera que dicha información se sistematice y analice anualmente dado que la mayor parte de información se recoge en forma anualizada. Este módulo de información servirá al sector salud para identificar cambios importantes en la futura composición del mercado laboral y proponer al sector educativo los cambios correspondientes.

Tabla 2. Mercado laboral, problema de la distribución espacial

Hipótesis	Indicador	Variables	Fuentes	Tipo	Tipo análisis	Estudio
El número de graduados no es suficiente para cubrir la demanda laboral	**Mercado laboral potencial** (No. De graduados ajustados por tasa de mortalidad, por tasa de migración por ciclo laboral medio)	No. De graduados ajustados por profesión por año	Bases de datos ICFES	Secundaria	Descriptivo, prospectivo	Estudio anual del mercado laboral en salud
		Tasa de mortalidad general	DANE	Secundaria	Descriptivo, prospectivo	
		Tasas de migración	DANE	Secundaria	Descriptivo, prospectivo	
		Ciclo laboral medio	Sistema de Pensiones y ARP	Secundaria	Descriptivo, prospectivo	
	Capacidad de absorción organizacional (Personas laborando en TCE/ No. Total de personas en el mercado laboral potencial)	Personas laborando por profesión	Encuesta de Hogares (adaptada) Encuesta Social Fedesarrollo	Secundaria	Descriptivo, prospectivo	

Hipótesis	Indicador	Variables	Fuentes	Tipo	Tipo análisis	Estudio
		Horas de trabajo contratadas por profesión	Sistema de reporte de afiliados al régimen contributivo Encuesta Social Fedesarrollo	Secundaria	Descriptivo, prospectivo	
	Tasa de desempleo específica de la profesión (No. De personas buscando trabajo/ No. Total de personas en el mercado laboral potencial)	No. De personas buscando trabajo por profesión	Encuesta de Hogares (adaptada) Encuesta Social Fedesarrollo	Secundaria	Descriptivo, prospectivo	
	Tasa de trabajo independiente por profesión (No. De personas trabajando independientemente/ No. De personas en el mercado laboral potencial)	No. De personas por profesión trabajando independientemente	Encuesta de Hogares (adaptada) Encuesta Social Fedesarrollo	Secundaria	Descriptivo, prospectivo	
	Tasa de desempleo involuntario y salidas del sistema (mercado laboral potencial menos personas laborando menos trabajo independiente menos desempleo)		Cálculo	Secundaria	Descriptivo, prospectivo	
El stock de recurso humanos no cubre el crecimiento de la demanda de servicios	**Crecimiento en afiliación del SGSSS por régimen** (tasa de cambio afiliados=afiliados por régimen t_1-afiliados por régimen t_0/afiliados por régimen t_0)	No. De afiliados por régimen por año	Bases SNS, MS, Encuesta de Calidad de vida, Encuesta de Hogares	Secundaria	Descriptivo, prospectivo	
		PIB	DNP	Secundaria	Descriptivo, prospectivo	
		Tasa general de desempleo	DANE	Secundaria	Descriptivo, prospectivo	
	Tasa de utilización por tipo de servicio por régimen (No. De servicios utilizados/persona año)	No. De servicios utilizados por tipo	Encuesta de Calidad de Vida	Secundaria	Descriptivo, prospectivo	
		No. De personas afiliadas por régimen	Encuesta de Calidad de Vida	Secundaria	Descriptivo, prospectivo	

En cuanto al análisis del mercado laboral, las variables críticas contienen tanto información de graduados como de personas laborando. Estos componen el mercado laboral potencial y la capacidad de absorción organizacional. El cruce entre estos dos indicadores determina la relación déficit- superávit en el mercado laboral. Esta formulación incluye la consolidación y análisis de variables que excepto estudios sectoriales y puntuales, no se conocen en Colombia: tasas de emigración de los recursos humanos de salud en Colombia, ciclo laboral medio, ciclo laboral medio de los recursos humanos independientes, diferenciales en horas contratadas según profesión.

Como resultados de este análisis se pueden encontrar las tasas específicas por profesión y la tasa de trabajo independiente indicadores que hasta el momento no se dispone tanto su peso específico como su variación intertemporal.

Un conjunto de indicadores importantes en cuanto a disponibilidad hace relación a las potencialidades futuras de crecimiento del mercado de servicios y los requerimientos del recurso humano disponible así como su distribución. Por esta razón se postula la recolección de información que permita establecer el crecimiento actual y futuro del

sistema general de seguridad social en salud tanto global como por régimen y establecer tasa de utilización de servicios según tipo de afiliación. Esto permitiría el análisis y desarrollo de escenarios potenciales así como los requerimientos de recursos y su relación con el stock y las entradas del sistema.

La mayor parte de la información requerida para el análisis laboral se encuentra disponible en las bases de datos ICFES, en información demográfica DANE, información proveniente de sistema de pensiones y riesgos profesionales, encuesta de hogares, encuesta social de Fedesarrollo e información del Departamento Nacional de Planeación. La información sería recolectada y analizada en forma anual y se consolidaría en el estudio anula del mercado laboral en salud.

5.7 Financiamiento

El componente financiero de esta política está enmarcado dentro de la interacción con otros sectores. De igual manera lo correspondiente a acreditación de IPS está incluido dentro de sistema de garantía de calidad

6 Política de calidad

El problema de la calidad del recurso humano se relaciona con la pertinencia y las competencias para responder a los requerimientos de los servicios. En el nivel macro, incide la concertación entre los diferentes actores respecto al modelo educativo y su adaptación al modelo de servicios. El nivel meso tiene que ver con los cambios tecnológicos desde los servicios y la capacidad de apropiación de esos cambios por parte de la oferta educativa, así como las estrategias de capacitación de los recursos ya formados. El nivel micro involucra las competencias y habilidades de los individuos para el desempeño de sus funciones dentro de una organización.

6.1 Análisis situacional

Los problemas de calidad del recurso humano están estrechamente ligados con la relación entre los requerimientos de las organizaciones en el mercado de servicios con las calidades del recurso humano en el mercado laboral y sus condiciones de formación desde la oferta educativa. Dentro de los condicionantes de calidad se destacan los siguientes:

- Existen limitantes y diferencias importantes en la capacidad instalada física, tecnológica y de recursos docentes en las instituciones formadoras de recursos humanos en Colombia. Estas diferencias se presentan tanto a nivel nacional como regional para la educación superior formal y no formal.

- Los planes de estudio de profesionales, especialistas y capacitación no formal, no responden efectivamente a las condiciones de desempeño requeridas por los empleadores. Esta situación es particularmente crítica cuando se han generado reformas institucionales y sectoriales que implican la reorganización de los servicios y grados crecientes de descentralización.

- En el campo de la salud, los cambios tecnológicos son acelerados y es necesario mantener las habilidades y estándares de calidad del recurso disponible en el mercado laboral. No mantener estas condiciones significa una reducción efectiva de la capacidad técnica de los recursos.

- En el mercado de servicios y, particularmente en el sector público, no ha sido posible incrementar los procesos de selección con base en los criterios de calidad previstos en la regulación de la función pública.

- La nueva organización del SGSSS requiere la adaptación de perfiles profesionales y la generación de nuevas profesionalidades para cubrir los requerimientos de este tipo de organizaciones.

- Existe un problema crónico de formación basada en la transmisión del conocimiento con muy limitada investigación, lo cual no garantiza una buena calidad en los programas, sobre todo en los de especialización.

- Los demandantes de formación tienen limitaciones para diferenciar los programas ofrecidos de acuerdo con parámetros de calidad. Esto debido a que la acreditación ha tenido un ritmo muy lento de implementación y los mecanismos de difusión de estos resultados son casi inexistentes.

- Es exiguo el desarrollo de una institucionalidad que asegure la calidad del recurso humano del sector, más allá de las condiciones de oferta y demanda, esto debido a la debilidad de las organizaciones sectoriales y sociales que agrupan a los demandantes de servicios.

- ***Mercado educativo***

La capacidad instalada tecnológica y de las instituciones de formación muestran diferencias apreciables, particularmente a partir de la desregulación planteada en la ley 30 de 1992, duplicándose el número de instituciones y con un crecimiento importante en la oferta privada (Ruiz, 2001). Este fenómeno se relaciona con todos los niveles y áreas de formación.

En 83 instituciones de educación superior se contabilizaron 100,572 docentes, de los cuales el 36% son mujeres y el 64% son hombres. Se encuentra contratado por tiempo completo el 24.8%, medio tiempo el 12.2% y por cátedra el 63%. Según su nivel académico se encuentra que el mayor porcentaje está representado por aquellos que solo sustentan un título profesional, seguido por el grupo de especialistas. La tabla 3 muestra la situación descrita, donde además se observa cuál es el comportamiento del recurso docente según la naturaleza de la institución, ya sea ésta, privada u oficial. Se aprecia que el 34.8% de los docentes son absorbidos por el sector oficial, mientras el sector privado mantiene el 65.2%.

Se encuentran diferencias significativas cuando se analiza la dedicación en tiempo a la docencia, donde en la institución oficial la dedicación de tiempo completo representa el 44% mientras que en la privada sólo se llega al 14%. Por el contrario el docente contratado para dictar su cátedra, en el sector oficial se encuentra en un 40%, mientras que en el sector privado muestra un incremento hasta del 75%. En relación con la capacitación del docente se observa que, a grandes rasgos, es muy similar entre los dos sectores, pero hay una mayor proporción en la capacitación del sector oficial hacia magíster y doctorado. Siendo congruentes con los postulados presentados por la Ley 30 de 1992 sobre calidad en la educación, la anterior información permitiría preguntar si es ésta una política que estaría reflejando el ofrecimiento de programas con una mayor calidad.

Tabla 3. Distribución de docentes según genero, tiempo de dedicación y capacitación según naturaleza de la institución educativa

Naturaleza de institución	Total	Género		Dedicación			Capacitación						
		Mujeres	Hombres	Tiempo Completo	Medio Tiempo	Cátedra	Técnico	Tecnólogo	Licenciado	Profesional	Especialista	Magíster	Doctor
Total	100572	36254	64318	25000	12239	63333	1303	1362	6208	46041	27673	15275	2710
%	100%	36%	64%	24.80%	12.20%	63%	1.30%	1.30%	6.20%	45.80%	27.50%	15.20%	2.70%
Oficial	34978	12476	22502	15707	5013	14258	431	429	2338	13912	9172	7358	1338
%	100%	35.6%	64.4%	44.9%	14.3%	40.7%	1.2%	1.2%	6.7%	39.8%	26.2%	21%	3.8%
Privado	65594	23778	41816	9293	7226	49075	872	933	3870	32129	18501	7917	1372
%	100%	36.2%	63.7%	14%	11%	75%	1.3%	1.4%	5.9%	49%	28.2%	12%	2%

En relación con la dedicación de los docentes a los programas formales de salud, se encontraron tendencias preocupantes: en el período de 1994 a 1999 bajó del 33% al 25% la proporción de docentes de tiempo completo y para los docentes de medio tiempo, la proporción pasó del 18% al 12% en el mismo período. Por el contrario, para los docentes hora cátedra creció del 49% al 63%.

En cuanto a los contenidos curriculares, para los profesionales de pregrado se encuentran diferencias importantes en la participación entre áreas clínicas y básicas según universidad con una tendencia muy marcada hacia la práctica clínica en todas las profesiones del área de la salud y limitada orientación hacia la formación en los nuevos roles derivados del SGSSS (Matallana, 2001).

Así mismo la formación tiende a ser poco flexible y con restringida participación de asignaturas electivas. La capacitación en aspectos preventivo promocionales es escasa en la mayoría de perfiles profesionales, con excepción de enfermería profesional.

Respecto a los contenidos para la formación auxiliar se encuentra una gran dispersión entre los mismos, por lo cual se generan diferencias sustanciales en el tipo de recursos entrenados y por ende en la calidad frente al mercado laboral.

En cuanto a las especialidades clínicas de medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecobstetricia, ortopedia y traumatología, casi la totalidad de los programas clínicos estudiados se caracterizan por la alta concentración en su área particular de conocimiento y su característica de aprendizaje sobre la práctica, a pesar de existir algunas diferencias en cuanto a número de años requeridos para terminar el programa de residencia clínica, las características de los currículos no varían en forma importante.

Como hallazgo interesante se puede anotar la casi nula participación de aspectos de educación en salud en la mayoría de los programas y salud pública. Esto puede ser más notorio en los programas de pediatría. En la especialización en ortopedia y traumatología

se encuentra un énfasis predominante en los aspectos propios de la ortopedia y mucho menor en lo relacionado con el manejo de urgencias y trauma, aspecto importante en un país con índices de violencia tan altos.

Quizá lo más concerniente en el análisis de los currículos del área de especialidades está relacionado con la ausencia de especialidades clínicas que se sitúen entre el médico general y las especialidades y subespecialidades. Este espacio que debería estar cubierto por los programas del tipo de medicina familiar, medicina preventiva y medicina del trabajo, tiene muy limitada cobertura entre los programas recolectados.

La participación de los programas de salud pública en el conjunto de programas de especialidades médicas es muy limitado y corresponde a ofrecimientos de las universidades estatales. Es notorio en dichos programas la restringida fortaleza en áreas de concentración más allá de la epidemiología. En otros países la salud pública agrega otras áreas tales como la administración en salud, el análisis de políticas públicas, la bioestadística, la salud ambiental y la salud ocupacional.

Dada la importancia que deben tener los salubristas en su capacidad de evaluar los sistemas de salud y proponer transformaciones así como en el seguimiento de los programas preventivos y la investigación comunitaria, es necesario evaluar los componentes curriculares en los programas de salud pública y su integración con otras áreas de conocimiento.

El perfil curricular de los programas de administración en salud se concentra alrededor de toda el área administrativa. Sin embargo, al analizar dentro de dicha área, se encuentran carencias importantes, esto se debe a que en su mayoría el énfasis de los programas en administración en salud se da alrededor de la ciencia administrativa como tal y en el estudio de los sistemas comparados de salud. Algunas áreas importantes se agregan a dichos currículos tales como la administración de recursos humanos y la epidemiología.

En general, los programas de administración en salud carecen de énfasis importante en aspectos de economía de la salud, análisis actuarial y de riesgo, análisis financiero y diseño y evaluación de proyectos en salud. Esto probablemente se deba a enfoques comunes en el diseño de los diferentes programas. Sin embargo, es preocupante la limitación en cuanto a pertinencia de los programas de administración frente a los condicionantes y requerimientos de la reforma de salud en Colombia.

Esta situación probablemente ha conducido a la generación de áreas específicas basadas en necesidades particulares de las diferentes organizaciones del sector: auditoría en salud, calidad y análisis financiero en salud, son algunos tipos de programas que tratan de suplir los limitantes existentes en los programas ofrecidos en administración en salud.

Es notoria la restringida participación de los aspectos de economía institucional y administración pública. Este déficit es relevante en la medida en que hoy existen en Colombia más de 500 entes descentralizados de administración y operación del sistema. La especificidad propia del Sistema General de Seguridad Social colombiano requiere un replanteamiento en los programas de administración en salud y en particular la generación de áreas muy técnicas de concentración.

- ***Mercado de servicios***

En relación con los requerimientos del mercado de servicios, la Ley 100 de 1993 y la ley 60 de 1990, determinaron el desarrollo de la intermediación a través del aseguramiento en salud y la administración territorial descentralizada del sistema. Estas dos funciones plantean nuevos requerimientos ocupacionales para los cuales es necesario formar nuevo recurso y adaptar algunos existentes en el mercado laboral.

De acuerdo con el análisis de calidad del recurso humano realizado por el proyecto (Ruiz, 2001), para el manejo del aseguramiento es crítico el desarrollo de habilidades en las siguientes funciones:

- Análisis de siniestralidad y riesgo.
- Mantenimiento y administración de usuarios.
- Diseño, vigilancia y mantenimiento de redes de servicios.
- Auditoría de servicios.
- Análisis de necesidades y mantenimiento de usuarios.
- Mercadeo social.
- Administración de recursos humanos y coordinación de equipos multidisciplinarios.

En cuanto a la administración territorial descentralizada, existen necesidades de personal capacitado en aspectos tales como: diseño, ejecución y evaluación de proyectos; vigilancia epidemiológica; vigilancia, mantenimiento y auditoría de red; inspección, verificación y documentación, focalización de población pobre, diseño y ejecución de operativos de campo, diseño de programas de servicios, manejo de emergencias y desastres, auditoría de aseguradores, selección y contratación administrativa y análisis de planes preventivo promocionales.

A nivel de auxiliares, las nuevas funciones del sistema requieren personal entrenado en el manejo administrativo de usuarios, la supervisión de recursos humanos y operativos de campo, el manejo contable, la ejecución de labores de inspección y verificación, la ejecución de proyectos de focalización y operativos de campo, control interno y externo y desarrollo de actividades de garantía de calidad y auditoría de aseguradores.

Este cúmulo de nuevas funciones y requerimientos del sistema hace necesario el replanteamiento de los núcleos de formación de los recursos humanos en salud,

particularmente a nivel de auxiliares y especialidades orientadas a cubrir las funciones de aseguramiento y administración territorial descentralizada.

- ***Mercado laboral***

En cuanto al mercado laboral encontramos que hay recurso humano altamente competente y formado solamente para un escenario de actuación que es el escenario o subsistema de prestación de servicios, sin embargo se encuentran capacitados para actuar en él, sin una contextualizacion en el SGSSS y existiendo una notoria carencia de competencias y flexibilidad para asumir nuevos roles y ser actores o por lo menos facilitadores desde la prestación de los servicios en los restantes subsistemas o escenarios que plantea el SGSSS.

Estos nuevos escenarios de actuación como son el aseguramiento y las entidades territoriales podrían ser nichos importantes o potenciales a los que los profesionales emergentes del mercado educativo podrían llegar a acceder pero solamente lo pueden hacer si después del pregrado, han cursado una especialización o un énfasis en el área del conocimiento de ciencias administrativas y de salud pública.

Desafortunadamente el recién egresado que se vincula en las instituciones a desarrollar estas actividades, no está capacitado para hacerlo lo cual no lo hace competente. Esta situación lo lleva a asumir empíricamente su labor que se refleja en un retraso en la institución y su poca evolución dentro del SGSSS.

Lo anterior, produce un efecto cascada de incompetencia del recurso humano en salud dentro del SGSSS iniciando desde el mercado educativo, pasando por el mercado laboral y terminando en el mercado de servicios que es el que finalmente está asumiendo los costos de estas falencias y esta descontextualización del recurso humano formado con muchas vacíos para ejercer en una forma competitiva. Se nota que el mercado educativo no ha realizado un esfuerzo por adaptar sus currículos a las necesidades establecidas con el nuevo marco legal.

Se sigue observando una formación rígida y una alta resistencia al cambio que se traduce en inflexibilidad y se transmite de generación en generación.

De acuerdo con el análisis efectuado por el proyecto (Ruiz, 2001) la adecuación de la oferta educativa a los requerimientos del mercado laboral, en general, se encuentra un déficit en cuanto a competencias puntuales en el área del conocimiento de ciencias de la salud administrativa y de salud pública, y un superávit de importancia en dedicación en ciencias clínicas y en ciencias de la salud teórico prácticas.

6.2 Línea de base regulatoria

En este aspecto se incluye el análisis de la regulación que atañe al recurso humano y que tiene que ver con las funciones que se van a desempeñar en las instituciones donde trabajan, con el perfil ocupacional, así como con la integración entre diferentes profesiones para responder a las necesidades de producción y de calidad de los oferentes de empleo. Desde la oferta educativa, el problema de la calidad hace referencia a los contenidos de la formación (currículos) y habilidades adquiridas para el desempeño laboral.

6.2.1 La calidad en el mercado educativo

La calidad de la formación de profesionales está determinada por diversos factores como la capacidad instalada y la tecnología para ofrecer una calidad adecuada de profesionalización, la misma del recurso humano docente y los contenidos curriculares.

En el sistema de educación superior se cuenta con regulación para la entrada al mercado de instituciones de formación así como para el licenciamiento de programas a través de la acreditación previa de requisitos de carácter obligatorio y, en segunda instancia con la acreditación voluntaria[35].

La solicitud de creación de instituciones (entre otros requisitos) debe ir acompañada de un estudio de factibilidad socioeconómico, que debe demostrar la disposición de la institución en relación con el personal docente idóneo, con la dedicación específica necesaria; la organización académica y administrativa adecuadas; los recursos físicos y financieros suficientes, de manera que, tanto el nacimiento de la institución como el de los programas garanticen la calidad académica. Este estudio debe demostrar, igualmente, que la creación de la institución está acorde con las necesidades regionales y nacionales.

La acreditación de la competencia de la planta de profesores se realiza mediante la presentación de la hoja de vida y certificaciones que acrediten la idoneidad ética, académica, científica y pedagógica. En cuanto a la organización académica y administrativa se acredita con la presentación de las políticas y programas de bienestar, de capacitación, actualización y perfeccionamiento docente; con la infraestructura y dotación necesarias que garanticen el adecuado desarrollo institucional, cultural, técnico, tecnológico, recreativo y deportivo, con indicación del inmueble donde funcionará la entidad, acreditando a qué título se transfiere o recibe, con la correspondiente constancia de registro, si a ello hubiere lugar. Los recursos bibliográficos y de hemeroteca, conexión a redes de información, laboratorios, talleres y centro de experimentación y de prácticas

---

35 Ley 30 de 1992 y sus normas reglamentarias

adecuados y suficientes según el número de estudiantes y acordes con el avance de la ciencia y la tecnología[36].

La autonomía en la creación y organización de programas académicos por parte de las instituciones de educación superior debieron fortalecer la calidad educativa de servicios filosóficamente éste fue el espíritu de la norma, al generar competencias del mercado en las cuales la calidad fuera factor importante para la escogencia del estudiante mediante un sistema de acreditación basado en la liberalidad de los contenidos, la infraestructura, la ubicación y las tarifas.

Específicamente no se han diseñado instrumentos adecuados de calificación, medición y monitoreo de estándares mínimos o aceptables de calidad, que permitan al individuo una escogencia por razones de la misma, aunque normativamente se ha establecido su divulgación, la información relativa a calidad institucional no se encuentra disponible en forma general para la población. Esto además, porque los escasos parámetros existentes no son generados a partir de organismos neutrales o, lo que ha determinado un crecimiento excesivo en la oferta de programas de formación sin acreditación voluntaria, que operan y compiten, pero basados fundamentalmente en los precios, favorecidos por la poca información que tiene la población.

Además, al no existir regulación de los contenidos curriculares de los programas de formación, se genera una ruptura de acciones, que de alguna manera debe regularse desde el Estado, desde la demanda o bien, generando un nuevo esquema de autorregulación con la participación de las asociaciones de profesionales.

El distanciamiento de contenidos curriculares con la realidad de prestación del servicio dificulta la correlación de acciones. Concretamente, para la formación de profesionales en el sector salud, se ha reglamentado sobre la obligatoriedad de que las entidades educativas que los ofrecen deben contar con convenios docente-asistenciales con instituciones prestadoras de servicios de salud[37], mediante los cuales los estudiantes puedan realizar sus prácticas profesionales, como una garantía para que la formación sea adecuada a las necesidades del ejercicio de la profesión. Sin embargo, dado que el propio sistema de licenciamiento y acreditación de los prestadores, si bien cuenta con una regulación minuciosa de requisitos de entrada y que implica la idoneidad de profesionales, infraestructura tecnológica y física, la flexibilidad que se ha dado para expedir la licencia por parte de los entes territoriales sin necesidad de verificación, no basta para que la formación impartida por medio de dicho convenio cuente con criterios de calidad.

---

36 Decreto 1478 de 1994.

37 Ley 100 de 1993, Art. 247º.

6.2.2 Mercado laboral y de servicios

Respecto a la calidad del recurso humano en el mercado laboral, se tiene en cuenta la regulación tendiente a determinar los requisitos de entrada al mercado para el recurso, los perfiles ocupaciones, las competencias y las capacidades propias de los individuos para el desempeño laboral.

Específicamente para el mercado laboral del sector salud en la prestación de servicios, la regulación existente se enfoca hacia las formas de organización, mecanismos de licenciamiento y acreditación de los requisitos de idoneidad para ingresar a este campo del mercado laboral. Con la implementación de la Ley 100 de 1993, se determinaron diferentes mecanismos y requisitos para la incorporación al mercado laboral de los recursos humanos en salud, de quienes actúan como empleados o contratistas de instituciones públicas o privadas, como 'empresarios independientes' o mediante el ejercicio liberal de la profesión, al establecerse las diversas formas de organización: como institución prestadora de servicios (IPS), como grupo de práctica profesional o como profesional independiente[38].

Como IPS, requiere de un proceso de licenciamiento[39], previa verificación del cumplimiento de requisitos mínimos, esto se realiza mediante un proceso de acreditación del recurso humano asistencial, de la configuración organizacional y administrativa.

Sobre el recurso humano asistencial la entidad debe reportar además de los datos de identificación del profesional, la profesión y el cargo (con excepción del personal adscrito) el número de la tarjeta profesional o documento equivalente. También debe especificar el tipo de vinculación (contrato laboral indefinido o a término fijo, prestación de servicios con horario definido, adscripción, otro) y la dedicación (horas diarias contratadas para el personal en nómina o con contrato de servicios). Para el personal especializado que se vaya a desempeñar como tal; incluso, debe reportar: la especialidad, el nombre de la institución que le confirió el título, la fecha y número del acta de grado, la fecha y número de la Resolución de convalidación en caso de graduados en el exterior[40]. Para algunas profesiones se especifica la prestación del servicio social obligatorio[41].

Específicamente en el sector público se definen parámetros generales para ser acreditados por el recurso humano: la educación formal, la no formal y la experiencia[42].

---

38 El Decreto 2753 de 1997.

39 Decreto 1918 de 1994

40 Decreto 1918 de 1994.

41 Véase: Ley 23 de 1981 (medicina); Ley 266 de 1996 (enfermería); Ley 73 de 1979 (nutrición); Ley 35 de 1989 (odontología); Ley 36 de 1993 (bacteriología); Ley 528 de 1999 (fisioterapia); Ley 31 de 1982 (Terapia ocupacional), por ejemplo.

42 Decreto 861 del 2000, que regula las funciones y requisitos para los distintos empleos públicos del orden Nacional.

Los estudios se acreditan mediante la presentación de certificados, diplomas, grados o títulos expedidos por las instituciones educativas. La tarjeta profesional o matrícula correspondiente, según el caso y excluye la presentación de los documentos enunciados anteriormente. De acuerdo con la especificidad de las funciones de algunos empleos, se pueden exigir cursos específicos de educación no formal orientados a garantizar su desempeño, los cuales se acreditan mediante certificados.

La experiencia laboral (conocimientos, habilidades y destrezas) adquirida o desarrollada mediante el ejercicio de una profesión, se clasifica en: profesional, específica, relacionada, general y docente. La experiencia profesional es la adquirida, a partir de la finalización del programa académico, en el ejercicio de las actividades propias de la profesión o especialidad[43].

En el caso de quienes ejercen de manera independiente, la experiencia se acredita mediante dos declaraciones extrajuicio de terceros. Para las certificaciones de experiencia se determinan unos contenidos mínimos en cuanto a la especificidad de los cargos desempeñados y funciones, fechas de vinculación y tiempos de dedicación entre otros. Cuando las certificaciones indiquen una jornada laboral inferior a ocho horas diarias, el tiempo de experiencia se establecerá sumando las horas trabajadas y dividiendo el resultado entre ocho.

La experiencia constituye el factor de valoración que puede reflejar calidad del recurso para su desempeño, desafortunadamente está enmarcada sólo por el tiempo en meses sin tener en cuenta otros factores como el tipo de entidad, la complejidad de la institución en la que se desempeñó o incluso el posicionamiento de ésta en el mercado. Además, no se tienen en cuenta acreditaciones respecto a la calidad o idoneidad en el ejercicio de la profesión, pues ésta se hace mediante la presentación de constancias escritas, expedidas por la autoridad competente de las respectivas instituciones oficiales o privadas.

Los empleos del área asistencial de las entidades territoriales que conforman el Sistema de Seguridad Social en Salud —de acuerdo con la naturaleza general de las funciones, la índole de sus responsabilidades y los requisitos exigidos para su desempeño— se clasifican en niveles jerárquicos (directivo, asesor, ejecutivo, profesional, técnico y auxiliar). Para cada uno de ellos se definen las funciones generales y requisitos en cuanto a formación y experiencia necesarios para su desempeño[44]. Se puede prever la aplicación de equivalencias entre títulos y experiencia, con excepción de los empleos correspondientes al área médico asistencial.

El régimen especial para los directores de hospitales públicos o gerentes de empresas sociales del estado[45] establece que, dependiendo del nivel de complejidad de la

---

43 Decreto 861del 2000, Art. 15º.

44 Decreto 1569 de 1998

45 Decreto 1892 del 3 de agosto de 1994 y el 139 de 1996 que lo modifica.

institución así como del tamaño del municipio donde ésta esté ubicada, los requisitos de formación y experiencia a ser acreditados por los aspirantes de cargos varían. Esto es, entre menor categoría tenga el municipio, menores serán los requisitos a acreditar por los aspirantes. Aunque esta diferenciación está relacionada con la capacidad de financiamiento del municipio (factor inherente a su tamaño) es crítico, en términos de calidad del recurso, toda vez que se genera un incentivo para que el personal con mejores condiciones para el desempeño del cargo, tienda a concentrarse en los municipios más grandes.

Aparte de la regulación específica sobre funciones del aseguramiento[46], éstas no alcanzan a predeterminar la demanda específica de perfiles ocupacionales como base para que la oferta educativa pueda responder a sus condiciones específicas de producción. No existe regulación expresa sobre el establecimiento o la acreditación de manuales de funciones o perfiles de cargos, ni la definición de incentivos explícitos para promover la calidad del recurso en este sector, especialmente en el ámbito privado. La promoción de la calidad del recurso está ligada con el factor de *reputación*, por medio de la conformación de su red de servicios y con el establecimiento del sistema de garantía de calidad que le obliga a realizar las auditorías médicas, a evaluar la satisfacción de los usuarios y a la resolución de quejas respecto de las condiciones de atención de quienes lo prestan.

Desde el sector público es posible que exista una mayor precisión en el establecimiento de necesidades de recursos y los requisitos de formación y experiencia para el desempeño, toda vez que existe regulación expresa para que se defina en cada entidad pública los cargos, perfiles de cargos, manual de funciones y requisitos de acreditación, necesarios para la ocupación del cargo. Esto aplica también para las funciones de administración territorial del sistema, que por ser una función pública, emplea la regulación establecida mediante el sistema de carrera administrativa.

En términos generales, se encuentra que tanto en el sector público como en el privado tiene mayor incidencia, de alguna manera, "como criterios de calidad" la acreditación de requisitos para ingresar al mercado laboral, pero no existen mecanismos de evaluación periódicos para la permanencia en el mismo a partir de criterios de calidad e idoneidad del recurso, especialmente en lo que atañe a los empleos del área asistencial. Solamente en el sector público se ha establecido un sistema de capacitación[47] que busca mejorar la eficiencia y la eficacia de la administración.

Por otra parte, la separación funcional del nuevo sistema en aseguramiento y prestación determina diversos mecanismos que inciden, de manera indirecta y con diferentes niveles sobre la calidad del recurso humano. En primer lugar, el sistema delega en el asegurador la auditoría de la calidad, lo que implica la verificación de la idoneidad del recurso humano contratado por las IPS para garantizar la prestación de los servicios acordados

---

46 Ley 100 de 1993, Art. 178º; Decreto 1485 de 1994; Decreto 1804 de 1999.

47 Departamento Administrativo de la Función Pública, Ley 1567 de 1998, Art. 1º.

con la aseguradora. En segundo lugar, las diferentes formas de contratación entre aseguradores y prestadores[48]. El tipo de contratación con la IPS (capitación, pagos por conjuntos de atención pago por actividad etc.) incide sobre el régimen salarial y prestacional que acuerda el prestador de servicios con los recursos humanos que contrata, factores que condicionan su calidad por los requerimientos de formación y experiencia que pueden exigir de acuerdo con los salarios o los honorarios a pagar[49].

La regulación de la competencia entre instituciones también tiene incidencia sobre la calidad del recurso humano contratado en las instituciones. Básicamente, la competencia ha permitido la amplia participación del sector privado, de los profesionales independientes o asociados, cuyo mecanismo de participación se ha dado más en relación con los precios, determinados en algunos casos por el mismo mercado de aseguramiento o los regulados para las instituciones prestadoras del sector público.

Cuando las relaciones del prestador se ven afectadas por actos de competencia desleal, contrarios a la libre competencia, o se dan prácticas de abuso de posición dominante, se afecta directamente la calidad por que inciden sobre la provisión de servicios. En el primer caso porque se generan incentivos para que los prestadores busquen minimizar costos de operación a través de formas de contratación de recurso humano exclusivamente ligadas a la productividad y en el segundo caso produciéndose el efecto contrario, pero con el agravante de que no se darían mecanismos alternativos para la calidad, tal como el *mecanismo de reputación* y la libre elección de los usuarios.

En cuanto a las políticas macro sobre calidad del recurso humano, solamente pueden identificarse de manera genérica, las regulaciones sobre el sistema de garantía de la calidad establecida en la Ley 100 de 1993[50], en la cual se determina en el artículo 227º, que corresponde al Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de dicho sistema, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las entidades aseguradoras, con el objeto de garantizar la calidad adecuada en la prestación de los servicios de salud.

Otras regulaciones que de manera indirecta tienden a influir sobre la calidad del recurso, están relacionadas con los procesos de acreditación voluntaria de las instituciones prestadoras de servicios de salud[51]. Sin embargo, al igual que ocurre con la acreditación de la educación superior, no se ha acompañado este proceso de los incentivos adecuados para promover su implementación. Existen además fallas institucionales derivadas de la agencia encargada de promover y difundir la información sobre las IPS, mediante la publicación de los estados financieros y los indicadores de las entidades sometidas a su

---

48 Ley 100 de 1993, Decreto 723 de 1997 y Decreto 783 del 2000.
49 SNS, circular 15 de 1995 y Decreto 723 de 1997.
50 Reglamentado por el Decreto 2174 de 1996
51 Ley 100 de 1993, Art. 186.

control, pues debe mostrarse la situación de cada una de ellas y del sector en su conjunto.

La regulación que condiciona a los aseguradores del Régimen Subsidiado para contratar como mínimo el 40% de la prestación de servicios con los proveedores de carácter público[52] puede generar incentivos negativos a la calidad al no darse mecanismos que promuevan la competencia. En contraposición, la creación indiscriminada de prestadores privados sin ningún tipo de control incide en la calidad, toda vez que no se determinan condicionantes mínimos que permitan la sana competencia entre prestadores públicos o privados, sobre todo en regiones donde la discrecionalidad de los gobernantes puede incidir en las decisiones de conformación de red de los aseguradores, tendiendo a favorecer a uno u otro sector no por criterios de calidad.

Un desarrollo concreto y directo que tendería efectivamente a mejorar no sólo la calidad, sino la productividad ha sido lo señalado en el Decreto 439 de 1995, en el cual se condiciona el otorgamiento de incentivos a los resultados de la operación financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud del sector público, y sobre estándares mínimos que deben ser diseñados por el Ministerio de Salud, los cuales hasta la fecha no han sido reglamentados. Entonces, en este sentido puede interpretarse que el problema no es de regulación sino de agencia, en la medida en que las instituciones encargadas de la implementación de las políticas, de la dirección y el control no han cumplido con su parte.

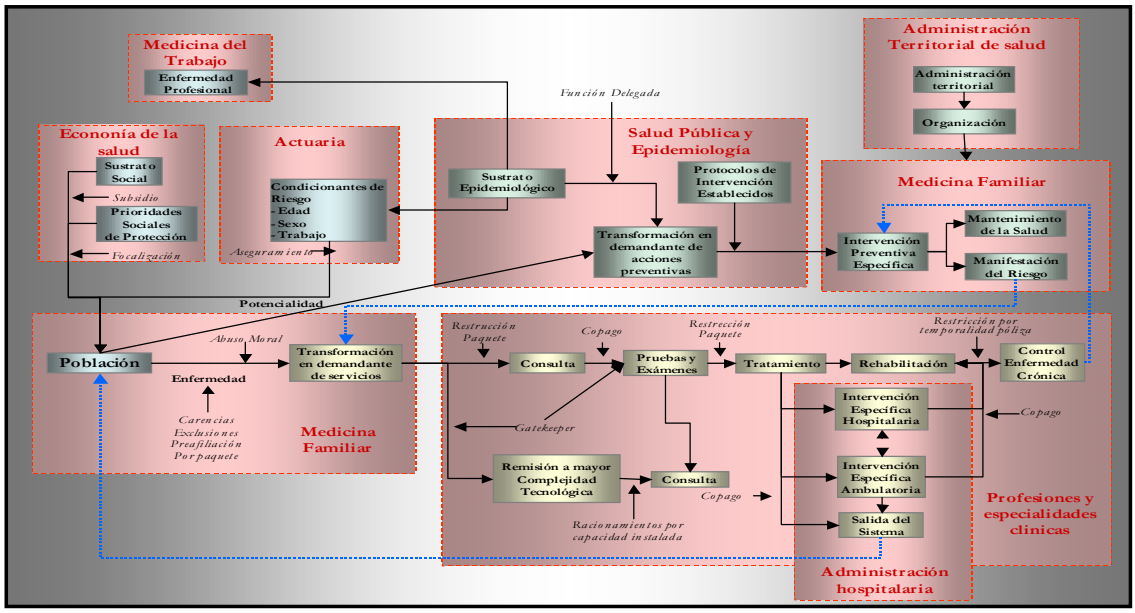
52 Ley 344 de 1996, Acuerdo 77 de 1997.

6.3 Política general

La política de calidad para el recurso humano debe partir de la base de la existencia para el futuro de excesos de oferta de los mismo, en la mayor parte de las categorías profesionales. Por lo tanto, es posible y deseable controlar la calidad del recurso vinculado al mercado laboral, y reorientar los existentes.

Es necesario efectuar en el largo plazo cambios en el modelo de formación buscando llegar a un sistema de formación por ciclos que solucionen las dos tendencia imperantes en la actualidad: profesionalización y no formalización. El país requiere recursos humanos que puedan atender a un proceso de formación escalonado donde los niveles técnicos adquieran mayor preponderancia. Los condicionantes existentes en baja calidad de los servicios, así mismo, están relacionados con la carencia de mecanismos de control institucional sobre la educación formal y no formal.

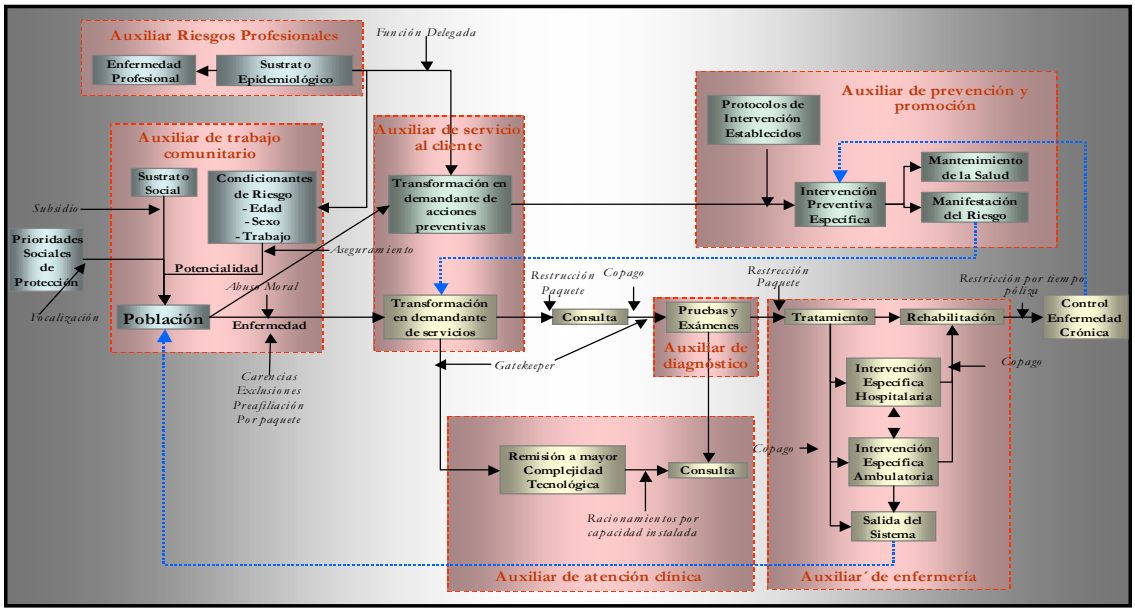
Figura 10. Modelo de atención y perfiles prioritarios de formación profesional



Los nuevos roles del sistema de salud, aseguramiento y administración territorial requieren nuevos perfiles profesionales con suficiente capacidad técnica y experticia en la gestión de área críticas para el sistema: administración descentralizada, administración de riesgo, análisis sectorial, gerencia de instituciones con alta autonomía, entre otras muchas áreas. En el énfasis que se ha dado hasta el presente en la inversión pública e

incentivos, ha privilegiado la formación clínica hacia la subespecialización y la redistribución territorial del recurso. El escenario de futuro, partiendo del presente hacia el largo plazo debe cambiar este panorama hacia una concentración en la calidad y productividad del recurso. El cambio en el modelo de servicios requiere, por lo tanto, diferentes áreas de especialización tal como aparece en el gráfico 10.

Figura 11. Modelo de atención y perfiles prioritarios de formación auxiliar



De acuerdo con el Análisis Funcional de Tareas y los estudios de caso realizados, se requiere así mismo nuevos perfiles de tipo auxiliar que gradualmente se transformen en recursos técnicos o tecnológicos y eventualmente perfiles profesionales. La gráfica anterior especifica algunas de estas áreas auxiliares cuyos perfiles son enunciados más adelante.

Por último, pero no menos importante, es crítico en una política coherente hacia la calidad, buscar la transformación de las actuales organizaciones gremiales y científicas hacia un perfil más orientado hacia el control social y mantenimiento de la calidad del recurso. Esto implica un esfuerzo de fortalecimiento en el cual la asignación de tareas más específicas y la concertación con el Estado pueden ser determinantes.

6.4 Propuestas estratégicas de intervención

6.4.1 Rediseño institucional

- ***Objetivo operativo***

1. Incrementar la eficiencia en el proceso de acreditación de programas y su reconocimiento por parte de los demandantes.

2. Direccionar la demanda hacia los programas de mejor calidad para proyectar recursos humanos mejor formados

- ***Descripción***

Se requiere de la creación de una entidad acreditadora con autonomía administrativa y financiera que involucre de manera más amplia la participación de la estructura asistencial, de EPS y entidades territoriales.

Adicionalmente, es importante la redefinición de la política de acreditación de programas mediante el establecimiento de estándares medibles, comprobables, verificables de aceptación internacional, y con la introducción de incentivos específicos, tales como:

- Restringir el otorgamiento de becas de pregrado y becas crédito solamente a programas acreditados.

- Limitar el acceso a recursos públicos para investigación solamente a aquellos programas acreditados.

- Con base en los resultados de los estudios de competitividad del recurso humano en el sector, orientar a los aspirantes hacia aquellos en que se hayan identificado los mejores resultados en cuanto a formación de recursos humanos. Para ello se integraran los resultados de los estudios sectoriales de competitividad con los mecanismos de divulgación del Sistema de Información en salud y el Sistema de Información sobre educación superior.

- Establecer una política de centros de investigación en áreas administrativas de salud publica y ciencias básicas en salud, de acuerdo con los parámetros ya probados por Colciencias. Se orientarán los recursos de investigación básica y de servicios de salud hacia estos centros para garantizar su permanencia e

influencia dentro del ámbito universitario, así como la transferencia de conocimientos a los estudiantes del sector de la salud y seguridad social.

- ***Sujetos***

CNA, ICFES MEN, Instituciones y programas de educación superior.

- ***Agentes ejecutores***

Gobierno Nacional - CNA.

- ***Instrumentos***

Reforma a Ley 30/92, regulación específica sobre incentivos para la conformación de centros de investigación, mecanismos de divulgación de competitividad.

- ***Plazos***

Largo Plazo

- ***Metas***

En 15 años el 100% de los programas de formación en salud vigentes estarán acreditados.

6.4.2 Diseño de un sistema de formación por ciclos y acreditación de programas no formales

- ***Objetivo operativo***

Integrar la educación no formal en salud a un ciclo de formación con la educación técnica o tecnológica.

- ***Descripción***

Se trata de la generación de un ciclo educativo en el cual la educación no formal reciba créditos académicos válidos dentro de la estructura de formación técnica o tecnológica. Esto implicaría la generación de un proceso de acreditación de los programas no formales y estandarización de nomenclaturas y contenidos mínimos de formación.

Adicionalmente para programas críticos en educación no formal se debe prever la inclusión en el sistema formal a nivel técnico o tecnológico.

Creación de comisiones territoriales para la acreditación de programas de educación no formal, organización descentralizada a nivel departamental conformada por representantes de las secretarías de salud y educación, directores de hospitales públicos y privados y el Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA.

Establecimiento de sistemas de incentivos para la acreditación y asimilación de programas no formales de auxiliar de enfermería, laboratorio clínico e higienistas orales. Estos incentivos pueden tomar la forma de facilidades para la práctica estudiantil en instituciones hospitalarias mediante acceso restringido a convenios docente asistenciales en hospitales públicos, para las instituciones formadoras que inicien su transformación a instituciones técnicas; convenios de validación e integración de programas técnicos con programas técnicos y tecnológicos del SENA.

- ***Sujetos***

  Instituciones de educación no formal, instituciones de educación técnica profesional y tecnológica.

- ***Agentes ejecutores***

  Comité Ejecutivo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Educación, SENA, Comunidades científicas.

- ***Instrumentos***

  Reglamentación específica.

- ***Plazos***

  Largo plazo.

- ***Metas***

  En 20 años los egresados de los programas críticos de educación no formal habrán culminado el ciclo formal a nivel técnico o tecnológico.

6.4.3 Política de reorientación de perfiles profesionales

- ***Objetivo operativo***

Brindar herramientas al sector educativo para que el perfil profesional de sus egresados que esté acorde con los requerimientos de los servicios, entes territoriales y los aseguradores. (Ver Anexo 3.1).

- ***Descripción***

Consiste en hacer partícipes a los diferentes programas profesionales y auxiliares existentes, de las nuevas competencias que plantea el SGSSS para lo cual se propone:

En primera instancia, se debe hacer referencia a una política de flexibilización de currículos vigente internacionalmente desde la década del 80. Este mecanismo permite que el alumno desarrolle sus capacidades y competencias según gustos, preferencias y necesidades. Los programas nucleares representan en la actualidad del 50% al 70% del currículo, mientras que el componente electivo representa del 30% al 45%. El estudiante tiene la posibilidad de moverse entre estos porcentajes y entre los componentes. La tendencia consiste en disminuir el componente nuclear en gran cantidad para hacer los programas más flexibles (Instituto Internacional de Investigación en Educación Médica, 2001).

- Integración dentro de los currículos académicos de medicina, odontología, terapias, bacteriología y nutrición, de un mayor componente en las áreas relacionadas con la salud pública y la administración en salud. Los contenidos fundamentales de salud pública deben estar orientados hacia la formación del profesional en los aspectos relacionados con el diseño y operación de programas de prevención en salud, el diseño y evaluación de proyectos y todos los componentes fundamentales del Sistema de General de Seguridad Social en Salud. La educación en las profesiones del área de la salud debe enfatizar los aspectos fundamentales vigentes actualmente en la ejecución de la ley 100. Particularmente aquellos relacionados con el modelo de servicios restrictivo generado a partir de la ley 100 de 1993. La formación tiene que dirigirse a habilitar particularmente en los 3 componentes del sistema. Generación de paquetes y redes de servicios asistenciales, paquetes de administración y ejecución de paquetes preventivos y el módulo de riesgos profesionales. Particularmente en lo relacionado con los aspectos más específicos, la formación debe dirigirse a capacitar a los profesionales de la salud en lo relacionado con las estrategias de focalización, administración de riesgo y estrategias de tipo preventivo promocional en salud. Dentro de los componentes de salud pública

más importantes se debe incluir aspectos fundamentales relacionados con la vigilancia epidemiológica y el control de accidentes y las situaciones de violencia comunes en nuestro país. Así mismo se debe enfatizar el manejo de la rehabilitación segundaria y terciaria en enfermedades crónicas de acuerdo con el patrón de evolución demográfico por el cual está pasando el país y que se transformará efectivamente durante los próximos 20 años. Los demás contenidos importantes relacionados con las áreas administrativas deberán enfatizar particularmente los contenidos derivados de la administración y gestión eficiente de las organizaciones de servicios de salud en la medida en que muchos profesionales salen a ejercer dentro de ese ámbito. Por esa razón los contenidos sobre toma de decisiones en el sector salud, manejo financiero de IPS y control de calidad y gestión de la calidad deben ser enfatizados en los contenidos de formación por lo menos en los recursos de tipo médico y de enfermería.

- Reorientación del perfil profesional de bacteriología. El caso de bacteriología representa una situación particular en la medida en que la demanda de los servicios se ha restringido en forma importante tanto en cantidades como en contenidos y en desarrollo de habilidades ocasionado por el efecto de sustitución generado dados los avances tecnológicos recientes. Es necesario orientar el perfil profesional de la bacterióloga hacia una mayor diversificación y aplicación de su conocimiento en aspectos no relacionados con la salud particularmente lo que tenga que ver con la microbiología industrial, la microbiología ambiental y otras aplicaciones del conocimiento. En el perfil o la concentración clínica en salud de la bacteriología se deben enfatizar los contenidos que tiendan a mejorar la capacidad interpretativa de los resultados y análisis clínico patológico y menos en los aspectos teórico prácticos instrumentales relacionados con la practica en laboratorio clínico. Esto debido a que la práctica actual y aún más en el futuro inmediato se dará fundamentalmente en ámbitos altamente sistematizados donde la práctica tradicional con equipos altamente manuales tiende a desaparecer.

- Redefinición del perfil profesional del nutricionista en la medida en que las mayores demandas del mercado laboral se están dando fundamentalmente hacia los contenidos de tipo preventivo promocionales y relacionados con la salud pública. Dados la limitación en la capacidad de contratación y absorción del sistema hospitalario para los nutricionistas clínicos se hace necesario reorientar el perfil hacia su participación más activa dentro de los contenidos del plan de atención básica y otras actividades preventivas y salud pública donde este tipo de personal puede encontrar un posicionamiento más importante dados lo excedentes de recursos existentes.

Lo anterior implica habilitar al nutricionista en el diseño y ejecución de proyectos nutricionales en la orientación a los entes territoriales para montaje de políticas de

seguridad alimentaría y en la ejecución de investigaciones y procesos de análisis de la situación nutricional dentro de los ámbitos territoriales particulares y derivados de la especificidad misma y particularidad de las diferentes regiones existentes en Colombia. El perfil del nutricionista debe generar mayor capacidad para la realización de actividades comunitarias de orientación y de seguimiento de programas específicos.

- Reorientación del perfil profesional del Odontólogo. En el caso de la práctica odontológica existe una limitación muy importante del sistema para absorber la práctica de la odontología como una práctica institucional. Por esos condicionantes la mayor posibilidad de aplicación de la odontología se da igualmente dentro de los programas de atención básica donde será posible proyectar en el futuro la absorción de algunos de los recursos dadas las necesidades de orientar hacia la prevención y hacia el desarrollo de la salud oral como concepto dominante en la practica de la odontología en Colombia.

- Reorientación del perfil profesional de las terapias. Actualmente la capacidad de absorción de las instituciones prestadoras de servicio en salud en las áreas de terapia es mínima lo cual justifica los excesos de oferta que se encontrarán en el futuro. Por esta razón se recomienda una orientación el perfil profesional de los terapistas hacia todos los aspectos relacionados con la prevención en salud, con las intervenciones más ligadas al sector de la educación, particularmente en lo referente con fonoaudiología y terapia ocupacional.

- Reorientación de perfiles de auxiliares: en el caso de éstos se requieren nuevas áreas de conocimiento mucho más puntuales y con unas competencias específicas para asumir los variados roles planteados por el Sistema General de Seguridad Social. De esta manera desde el mercado de servicios se recomienda la creación de siete roles de auxiliares, así: auxiliar de prevención y promoción, auxiliar de trabajo comunitario, auxiliar de servicio al cliente, auxiliar de riesgos profesionales, auxiliar de atención crítica y transporte, auxiliar de diagnóstico. (Ver Anexo 3.3).

6.4.4 Política para la generación de nuevos programas de postgrado en el sector

- ***Objetivo operativo***

Formular y desarrollar nuevas áreas de especialidades de concentración de acuerdo con los requerimientos del sistema de prestación y los nuevos roles del sistema general de seguridad social. (Ver Anexo 3.2).

- ***Descripción***

Se debe alcanzar la definición de un modelo profesional acorde con las características del modelo de servicios determinado por la ley 100 de 1993. Al efecto se plantea sobre el modelo el desarrollo de nuevas áreas del conocimiento de acuerdo con los siguientes parámetros:

- Impulsar los programas de medicina del trabajo como recurso humano crítico coordinador y organizador del esquema de servicio dentro del sistema de riesgos profesionales. El ámbito debe cubrir tanto las condiciones epidemiológicas como de riesgo de las actividades preventivas y manejo de la enfermedad profesional dentro del sistema de riesgos profesionales y su derivación hacia el área prestadora de servicios o hacia las áreas programas preventivos y de salud pública.

- Determinación de un perfil crítico para los profesionales de salud pública y epidemiología orientadas hacia las especificidades propias del Sistema General de Seguridad Social en particular las diferenciaciones existentes por régimen. La investigación epidemiológica y el diseño y evaluación de programas, proyectos y programas de salud pública dadas las especificidades particulares de la descentralización y de la necesidad de generar programas atendiendo la diversidad cultural y geográfica de Colombia, hacen que se deba dar énfasis al diseño de protocolos para intervención y programas preventivos, la aplicación y la coordinación de los mismos y el análisis de todo el sustrato epidemiológico relacionado con dicha enfermedad, además, su perfil debe buscar la actuación como coordinadores de la salud pública en aquellas actividades que se escapan del modelo de servicios y tiene que ver fundamentalmente con la promoción de la salud y el desarrollo de hábitos de vida saludable.

- Impulso al desarrollo de programas de economía de la salud. Dada la necesidad de evaluación y seguimiento de la ley general de seguridad social y los requerimientos de investigación y evaluación por parte de los diferentes actores

(entes territoriales, aseguradores y prestadores), la generación de una base suficiente de profesionales del sector entrenados en aspectos de economía de la salud es crítica en la situación actual. Este programa debe enfatizar las prioridades sociales y de protección de la población con las relaciones económicas y de riesgo que se encuentran al interior del sistema general de seguridad social.

- Diseño y oferta de programas de postgrado en actuaría. Este perfil profesional es critico en la situación actual del modelo de servicios particularmente en la necesidad de investigar y hacer análisis sobre las condiciones de riesgo de los factores condicionantes, análisis de siniestralidad y seguimiento de las variables de uso y gasto de servicios de salud así como las proyecciones del futuro para proyectar la estabilidad financiera de los aseguradores y del Sistema General de Seguridad Social en salud.

- El ámbito de actuación de los actuarios sería muy amplio dada la cantidad de aseguradores existentes y su actual incipiente grado de desarrollo en esta área.

- Definición de alcances y extensión de los programas de medicina familiar. La medicina familiar ha encontrado diferentes problemas en su aplicación debido a la súper posición de sus campos de actuación. Una buena oportunidad consiste en ligar su currículo al desarrollo de estrategias y protocolos de tipo preventivo y su aplicación dentro del plan de atención básica, así como su proyección en las actividades que requieran un nivel de especialidad intermedia dentro del POS, particularmente en el manejo de paquetes de población captada tanto en el ámbito institucional como en el ámbito extrainstitucional. Deben tener un perfil muy fuerte hacia la coordinación del sistema y hacia el manejo de grupos de profesionales interdisciplinarios.

- Orientación del perfil del administrador en salud. Hasta el momento los currículos de administración en salud han tenido un espectro muy amplio de conocimiento con muy limitada capacidad de instrumentar y con poco dominio de herramientas de ingeniería que son requeridas por las instituciones del sector particularmente por los hospitales y de las instituciones ambulatorias prestadoras de servicio de salud. Se propone restringir el perfil del administrador de salud hacia un perfil mucho más gerencial y orientado hacia la toma de decisiones así como la aplicación de herramientas y el manejo de equipos interdisciplinarios y de grupos de trabajos al interior de las organizaciones de salud.

- ***Sujeto***

Instituciones formadoras de recursos humanos en salud, programas académicos.

- ***Agentes ejecutores***

Asociaciones de facultades, academias, sociedades científicas, universidades.

- ***Instrumentos***

Proyectos curriculares.

- ***Plazos***

Mediano plazo.

- ***Metas***

En el lapso comprendido entre 5 y 10 años se deben haber realizado los cambios curriculares necesarios y los ajustes para los posgrados requeridos.

6.4.5 Reentrenamiento del recurso humano disponible en el mercado laboral

- ***Objetivo operativo***

Fortalecer el recurso humano actualmente disponible en el mercado laboral de acuerdo con los requerimientos de sistema general de seguridad social en salud. (Ver anexo 3.4).

- ***Descripción***

De acuerdo con los estudios de casos realizados para el Plan, existen importantes divergencias en los perfiles profesionales de los recursos humanos actualmente laborando frente a los perfiles ocupacionales requeridos:

Estas diferencias requieren de la ejecución de un proceso de recapacitación del recurso en aquellas áreas que se consideran más críticas. Adicionalmente, los resultados del análisis comparativo de los diferentes posgrados muestran deficiencia curriculares importantes que es necesario solucionar.

Para ello se plantea las siguientes estrategias:

- Difundir dentro de las organizaciones educativas y de servicios los principales resultados que sobre calidad y productividad del recurso humano ha producido los diferentes proyectos del Programa de Apoyo a la Reforma.

- Diseñar y aplicar tres procesos de concertación sector productivo – sector educación donde con la coordinación del Ministerio de Salud y a través del análisis de las evidencias encontradas se concertan lineamientos para el desarrollo de programa de recapacitación. Una mesa de concertación estaría dirigida hacia la educación no formal otro hacia los programas de pregrado y el tercer hacia las especialidades. Es indispensable contar en estos espacios de concertación con los directores de programa en las instituciones líderes del sector.

- Integración del plan de modernización dentro de dicho proceso de concertación.

- Determinar prioridades en los programas de crédito del ICETEX hacia los programas académicos que se definan prioritarios en el proceso de concertación.

Como insumo para la realización de dicho proceso de concertación se debe partir de las carencias identificadas en el análisis de calidad de los recursos humanos realizado por el plan y que deben incluir al menos los siguientes núcleos temáticos:

- Profesionales en el área de la salud.
  - Aseguramiento en salud
    - Teoría y principios básicos del aseguramiento en salud
    - Procesos básicos de administración del aseguramiento
    - Mantenimiento y auditoría de redes de servicios
    - Atención y control de usuarios
    - Análisis de siniestralidad y riesgo
    - Mercadeo social.
    - Administración de recursos humanos

  - Administración territorial del sistema
    - Concursos públicos y contratación.
    - Diseño y ejecución de proyectos en salud.
    - Auditoría del aseguramiento.
    - Auditoría en redes de servicios
    - Herramientas de focalización de población vulnerable.
    - Protocolos de vigilancia y control de entes privados
    - Vigilancia y control de factores de riesgo.

- Recursos auxiliares
  - Aseguramiento en salud
    - Atención al cliente y mantenimiento de usuario
    - Manejo general de formatos de aseguramiento.
    - Autorizaciones y cobros.
    - Referencia y contrarreferencia.
    - Derechos de los usuarios.

- Administración territorial

    - Inspección y verificación de instituciones.
    - Control de calidad proyectos.
    - Control de trabajo de campo en focalización .
    - Trabajo de campo vigilancia epidemiológica.
    - Mantenimiento de usuarios.
    - Programación.

La concertación entre instituciones productivas y el sector productivo buscará cualificar la oferta existente, esto requiere una inversión de riesgos en ambos sectores. Para el caso del sector público se propone realizar un Programa de recapacitación en administración territorial del sistema que cubra tanto a recurso profesional como al no formal y específicamente dirigido hacia aproximadamente 400 secretarías municipales descentralizadas, ubicadas en centros subregionales y centros locales.

- ***Sujeto***

Recursos humanos en el mercado laboral, recursos humanos en administración territorial de centros subregionales y locales.

- ***Agentes ejecutores***

Ministerio de Salud, centros de educación formal y no formal, administraciones territoriales departamentales y municipales.

- ***Instrumentos***

Mesa de concertación, programa de recapacitación y recursos docentes.

- ***Plazo***

Mediano.

- ***Metas***

    - En los próximos 10 años tener el 80% del recurso humano de entes territoriales capacitado.
    - En los próximos 10 años disponer de una oferta de educación continuada con calidad y suficiencia para los requerimientos del sistema y el recurso disponible en el mercado laboral

6.4.6 Fortalecimiento de las sociedades científicas

- ***Objetivo operativo***

  Habilitar a las sociedades científicas como entes gremiales y de fomento de la calidad en su respectiva área.

- ***Descripción***

  Transformación de las actuales sociedades científicas desde su actual rol de organizaciones de representación gremial a entidades con capacidad de incidir en el mantenimiento de las condiciones de calidad y profesionalidad dentro de su respectiva área de conocimiento, hasta la posibilidad de convertirse en entes certificadores de la calidad de los recursos humanos formados y proponentes de la reglamentación de especialidades.

- ***Sujetos***

  Sociedades Científicas.

- ***Agentes ejecutores***

  Gobierno Nacional y Congreso de la República.

- ***Instrumentos***

  Proyecto de Ley.

- ***Plazos***

  Largo Plazo.

- ***Metas***

  En 20 años los profesionales egresados de cada una de las disciplinas académicas estarán certificados por las respectivas sociedades científicas.

6.4.7 Certificación y recertificación del Recurso Humano asistencial y docente

- ***Objetivo operativo***

  Establecer un sistema de certificación y recertificación de los profesionales de la salud y los docentes de los programas de formación, a través de exámenes o del cumplimiento de otros requisitos como educación continuada, producción intelectual, entre otros, para obtener la tarjeta profesional y la renovación periódica de la misma. (Ver anexo 3.4).

- ***Descripción***

  Creación de sistemas de medición que realmente puedan certificar inicialmente y recertificar posteriormente, cada determinado tiempo el ingreso y permanencia del profesional dentro del mercado laboral competitivo.

  Por otro lado, buscar que los docentes de los programas de formación tengan calificaciones mínimas que garanticen una adecuada calidad de la formación por ellos impartida.

- ***Sujetos***

  Egresados de las profesiones del sector y docentes de los programas de formación.

- ***Agentes ejecutores***

  Gobierno Nacional, Congreso, Sociedades Científicas.

- ***Instrumentos***

  Proyecto de Ley.

- ***Plazos***

  Largo Plazo.

- ***Metas***

  - En 20 años el 100% de los docentes de los programas del sector estarían certificados.

  - En 20 años el 100% de los profesionales del sector estarían certificados.

6.5 Modelo regulatorio

El modelo regulatorio propuesto para viabilizar las políticas propuestas que promueven la calidad del recurso humano del sector salud, implica modificaciones a las Leyes y reglamentaciones actuales relacionadas con el modelo institucional previsto para la garantía de la calidad de la educación superior, los requisitos de entrada y permanencia en el mercado de programas de formación y la planta de docentes, así como reglamentaciones específicas para la reorientación de perfiles profesionales, la generación de nuevos programas de postgrado y la cualificación de la educación no formal.

Desde el mercado laboral se abordan regulaciones tendientes a definir mecanismos de entrada y de permanencia del recurso humano que se desempeña en el área asistencial de la prestación de servicios de salud y a definir las áreas de reentrenamiento del recurso disponible en el mercado laboral.

La propuesta de creación de una entidad acreditadora con autonomía administrativa y financiera implica en primera instancia, una reforma a la Ley 30 de 1992 y al Decreto 1413 del 2001 que modifica la estructura del Ministerio de Educación Nacional, al Decreto 1176 de 1999 (respecto a la conformación y funciones del CESU) y a los Decretos 2791 de 1994 y 1475 de 1996 (en cuanto a la conformación y funciones del CNA y de la Comisión de Maestrías y Doctorados). Mediante estas normas se conforma la entidad acreditadora y se reglamenta su carácter y funcionalidad, como un organismo colegiado (Consejo) subordinado a otro organismo de igual naturaleza (Consejo Nacional de Educación Superior CESU), cuya conformación refleja predominancia de miembros que representan intereses particulares de la oferta educativa tanto pública como privada, y donde se da escasa participación a otros grupos de interés como la comunidad educativa, el sector productivo y agremiaciones de profesionales.

Por lo tanto, los ajustes tenderían no a la conformación de un Consejo sino a la creación de una Entidad, que tenga su propia autonomía administrativa y financiera, que garantice una menor exposición a la captura de intereses y responda adecuadamente a los procesos de acreditación tendientes a proteger a los usuarios y a promover la competencia como mecanismo de control de calidad, entre otros.

Respecto a la evaluación y vigilancia de la calidad, existe un conflicto de competencias entre el Ministerio de Salud y el ICFES, tal como está expresado en la Ley 30/92 y particularmente en el Decreto 1413/2001 (Art.. 20, literales 4, 14, 16 y 17). Esto se deriva de que no existe una clara separación funcional entre lo que compete a la dirección y formulación de políticas sobre el tema y la operación de las mismas. Por lo tanto, para garantizar la calidad, como medida complementaria a la Conformación de la Entidad Acreditadora, se enfatiza en este punto la propuesta de ajuste mencionadas en las políticas de información respecto a la transición del ICFES hacia una Superintendencia de la Educación Superior.

En cuanto a las regulaciones específicas de carácter administrativo tendientes a establecer los procesos y procedimientos para la entrada y permanencia en el mercado de los programas de formación en educación superior de pregrado y de postgrado, vale la pena mencionar que, en los recientes decretos reglamentarios sobre el tema: Decreto 0916 del 2001 (para maestrías y doctorados) y el Decreto 0917/2001 (Estándares de calidad y procedimientos de aprobación de programas de pregrado en ciencias de salud), se resuelven conflictos y vacíos regulatorios frente al mecanismo de licenciamiento para operar y la renovación periódica del registro.

Las mencionadas normas clarifican que la operación de los programas solamente puede iniciar, una vez se haya surtido el proceso de verificación previa de los estándares mínimos de calidad establecido y se haya expedido el respectivo registro. Para ello establece unos plazos de duración del trámite después del registro de la solicitud: 6 meses para maestrías y doctorados y 10 meses para los programas de pregrado. Anteriormente, cumplidos los plazos para surtir dicho proceso, los programas podían comenzar a operar aunque no se les hubiese realizado el proceso de verificación, y la expedición del registro se realizaba sin surtir la verificación previa.

En el proceso de expedición del registro, también se introducen modificaciones, toda vez que las solicitudes de aprobación no son direccionadas por el ICFES al CESU sino que, éstas se trasladan directamente al Consejo Nacional de Acreditación cuando se trata de programas de pregrado o a la Comisión de Maestrías y Doctorados en su caso específico. Seguidamente se remiten a revisión de pares académicos y, específicamente para los programas de pregrado se involucra en el proceso a las asociaciones de profesionales, facultades y Academias de la respectiva área.

Además, es de crucial importancia el mecanismo introducido por las normas (antes inexistente), respecto a la renovación del registro (entendido como la licencia de operación) de manera periódica y sometiéndose a los mismos parámetros y procedimientos cuando se creó por primera vez el programa. Se define para maestrías la renovación cada 5 años y para los doctorados cada 8 años (En todas las áreas de formación). La solicitud de renovación debe presentarse con 6 meses de antelación a la fecha de expiración, de lo contrario no podrán seguir matriculando aspirantes. Para los programas de pregrado en ciencias de la salud se establece la renovación del registro y código ICFES, cada 7 años y la solicitud con 10 meses de antelación a la fecha de vencimiento.

Claramente se evidencia una regulación de protección al usuario, al garantizarse no sólo el mantenimiento de la calidad previamente acreditada, sino de los ajustes que deben realizar los programas para responder adecuadamente a las necesidades del mercado laboral y de servicios. Además, porque la medida se acompaña de un proceso de divulgación al público sobre los programas vigentes.

Por otra parte, para promover la acreditación máxima (de carácter voluntario) de los programas de formación, se requiere la definición de incentivos monetarios y no monetarios, a través de la expedición de las reglamentaciones pertinentes. En primer lugar, orientando el otorgamiento de becas y de becas-crédito exclusivamente a los programas que hayan realizado este proceso, lo que implicaría modificar lo pertinente en la Ley 30/92 y las normas que modifican o complementan este aspecto, así como sobre el Decreto 1038 de 1995 (becas crédito).

En segundo lugar, limitar el acceso a recursos públicos para investigación a las instituciones y/o programas que cumplan dicha acreditación. En este sentido se debe realizar ajustes al reglamento de financiación de Colciencias y a los procedimientos internos de las entidades estatales que elaboran los términos de referencia para convocatoria a proyectos, para que se incluya una cláusula restrictiva frente a la no aceptación de propuestas cuando no se demuestre la Resolución de acreditación de programas, y la incidencia de mayores acreditaciones sobre el puntaje de calificación. En tercer lugar y con el ánimo de incentivar la innovación en los procesos de formación, sería importante generar incentivos en términos de exenciones, excepciones o definición de tarifas especiales de impuestos a la importación de tecnologías mediante reformas al estatuto tributario. De igual manera, establecer la supresión de trámites en lo que respecta a la difusión de producción intelectual. Por último, ajustar la regulación informativa específica a través del mecanismo de *oferta y publicidad de programas* definido por la Ley 30/92, para que, además de los datos básicos (nombre institución, número y fecha de personería jurídica, nombre del programa y título al cual conduce, duración del programa, número del código de registro del programa) se introduzcan los datos de fecha de registro del programa y el número de resolución de acreditación máxima.

La propuesta del plan orientada al diseño de un sistema de formación apunta a articular la educación no formal en el campo laboral con la educación técnica o tecnológica en concordancia con las áreas de formación. Esto implica la modificación de la Ley 155/94 así como al Decreto 0114 de 1996 que reglamenta la creación, organización y funcionamiento de los programas e instituciones de educación no formal.

En concordancia, y para que dicho proceso sea factible, es necesario dirimir el vacío regulatorio respecto a la acreditación de calidad, estandarización de nomenclaturas y de contenidos básicos según áreas de formación, mediante una reglamentación específica para que, a través de las organizaciones científicas según su especificidad por área de formación, defina los requisitos mínimos, para que las secretarías de educación, teniendo en cuenta estos parámetros apruebe y vigile la calidad.

Específicamente para el área de formación de ciencias de la salud, el decreto 0114/96, estipula en su artículo 11, que la aprobación de dichos programas por parte de las Secretarías de Educación, requiere concepto preliminar y favorable del Comité Ejecutivo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud del Ministerio

de Salud, previa solicitud de la institución interesada ante dicho consejo. La norma deja a la discrecionalidad de dicho Comité, la función de inspección para verificar las condiciones de calidad. Además se estipula que los Ministerios de Educación Nacional y de Salud reglamentarán en este sentido.

A pesar del ambiente favorable que determina el marco regulatorio para que el Sector Salud pueda controlar la calidad del recurso formado en áreas auxiliares de salud, tan importante para el SGSSS, persiste en la actualidad el vacío regulatorio en esta materia y se dan duplicaciones o intervenciones para la toma de decisiones. Por lo tanto, es imperativo que las dos entidades gubernamentales involucradas establezcan la reglamentación específica, en la que se incorpore lo referido anteriormente sobre estandarización, acreditación y definición de la forma y condiciones de operación del sistema de formación por ciclos para el área de salud.

Además, sería necesario precisar las competencias que asumiría el Comité Ejecutivo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, así como los Comités Territoriales y la consecuente modificación del decreto 1849 de 1992, en materia de vigilancia y control de los estándares de calidad mínimos. Por las características de estos programas es imperante que se establezca dentro de los requisitos, la acreditación de un convenio docente asistencial que responda a la complejidad de la formación del programa. Para promover la acreditación y activar el sistema de formación por ciclos, es importante que en las normas se definan incentivos adecuados, con criterios de priorización para los programas de formación críticos para el sistema: auxiliar de enfermería, auxiliar de laboratorio clínico e higienistas orales. Se requeriría modificar: el Decreto 2184/96 que reglamenta las ramas auxiliares de la enfermería; los Decretos 1002/78 y 7184 de 1978 que regulan las ramas auxiliares de la odontología y reglamentar la rama de auxiliar de laboratorio.

En concordancia con las reformas anteriormente propuestas a la regulación de la oferta educativa formal y no formal para promover la calidad del recurso, en términos de que las competencias y habilidades adquiridas en su proceso de formación respondan adecuadamente a las necesidades del mercado laboral, se requieren reformas a las reglamentaciones existentes sobre competencias mínimas del recurso de los programas de formación en salud, esto es, al Decreto 0917 del 2001. Según la propuesta que realizamos en este plan, implicará la inclusión de nuevas competencias básicas, la supresión de algunas, o bien para delimitar el componente complementario propuesto en el mencionado decreto, solamente para algunas profesiones y en áreas críticas, en las que el distanciamiento con los requerimientos laborales del mercado de servicios de salud fue bastante marcado.

La propuesta tendiente a fortalecer las sociedades científicas, entendido como un proceso de transición de las actuales organizaciones gremiales, para que se conviertan en entidades certificadoras de la calidad de los recursos humanos y con la potestad de

proponer la reglamentación de las especialidades del sector, requiere la definición de un proyecto de Ley, en el que se contemple entre otros: 1) La forma y condiciones de operación de dichas sociedades; 2) las facultades para regular a través de normas técnicas y administrativas la puesta en marcha del mecanismo de certificación y recertificación de los profesionales del área asistencial; 3) Facultades para proponer la reglamentación de especializaciones; 4) Los mecanismos de coordinación con el mercado de servicios, el sector productivo, la oferta educativa y la comunidad; 5) El mecanismo de selección de los miembros y los niveles de representatividad, según grupo de interés, con el adecuado equilibrio para impedir posiciones dominantes; 6) La definición de la estructura organizacional directiva y operativa; 7) El esquema de financiación (público-privado).

En concordancia, el proyecto de Ley en mención, debe establecer el marco regulatorio general para la certificación y recertificación del recurso asistencial, que debe establecer entre otros: 1) La certificación como requisito para la obtención de la tarjeta profesional; 2) la recertificación como requisito para la renovación de la tarjeta profesional; 3) los mecanismos generales: exámenes teóricos y prácticos; acreditación de experiencia específica; suscripción a publicaciones periódicas o a programas de educación continuada; asistencia a seminarios congresos; docencias, entre otros.

Este proyecto derogaría las normas existentes en cuanto a la conformación y competencias de las asociaciones de profesionales específicas y las normas para la obtención de la tarjeta profesional.

6.6 Requerimientos de información

Tabla 4. Mercados oferta, laboral y de servicios. Problema calidad

Hipótesis	Indicador	Variables	Fuentes	Tipo	Tipo análisis	Estudio
Los currículos ofrecidos en el mercado educativo no proveen las habilidades que garanticen un adecuado desempeño de los recursos humanos en las organizaciones que los contratan	Tipos de funciones, habilidades y responsabilidades de las personas por profesión en las organizaciones de servicios de salud/ Contenidos y concentración en los currículos por programa en las organizaciones educativas	Tareas y funciones seleccionadas según frecuencia de dedicación y grados de responsabilidad en el trabajo por tipo de organización	Organizaciones y el recurso humano contratado	Primaria	Descriptivo, prospectivo en casos seleccionados	Estudio de competitividad del RRHH en salud
		Contenidos curriculares por programa de formación y horas de capacitación teórica y práctica	Base ICFES (ajustada)	Secundaria	Descriptivo, prospectivo en casos seleccionados	

Los requerimientos de información para el análisis de calidad de los recursos humanos están contenidos en la formulación del estudio propuesto de competitividad de los

recursos humanos en salud. El indicador fundamental compara los requerimientos desde las diferentes organizaciones de servicios contra los contenidos curriculares desde la oferta educativa. La mayor parte de información requerida es de tipo cualitativo y por tanto el análisis debe hacerse desde grupo de expertos. Como resultado de Plan queda una base de datos integral y consolidada con las tareas requeridas por las organizaciones según la metodología de Análisis Funcional de Tareas. Esta base puede ser utilizada y complementada con la información proveniente del estudio de competitividad para poder actualizar cada cinco años los perfiles profesionales y ocupacionales requerida por el Sistema General de Seguridad Social en Salud

6.7 Financiamiento

La política de calidad implica unos costos bastante altos económica y socialmente hablando. El hecho de plantear modificaciones curriculares acarrea que las universidades y centros de formación deban pensar en la responsabilidad social de los egresados de sus programas.

Por otra parte, constitucionalmente es deber del Estado garantizar la calidad en la prestación del servicio, sobre todo, cuando está de por medio la vida de la población.

La orientación de perfiles profesionales deberá estar concertada entre salud, educación, planeación y trabajo. Posiblemente ésta requiera de subsidios por parte del Estado.

El programa de reentrenamiento laboral y el de certificación y recertificación son los dos proyectos más costosos del Plan, sobre todo por la cantidad de recurso humano existente en la actualidad ejerciendo funciones.

En la parte básica, la administración del proyecto acarrea los siguientes costos:

Recurso humano	291,600,000.00
Recurso físico	200,000,000.00
Recurso tecnológico	54,000,000.00
Reentrenamiento laboral	1,106,000,000.00
Programa de certificación y recertificación	432,000,000,000.00
Total	**433,651,600,000.00**

7 Política de productividad

La productividad se relaciona con la capacidad de las organizaciones y sus recursos humanos, físicos y tecnológicos para optimizar la producción de servicios. El nivel macro tiene que ver con el desarrollo de incentivos adecuados para estimular a organizaciones y los recursos en el logro de la eficiencia. El nivel meso se asocia a las relaciones de competitividad entre los mercados y el impacto que los recursos humanos pueden tener en su obtención. El nivel micro toca también con los incentivos, pero entre la organización y su recurso.

El análisis de productividad y eficiencia, presentado en este estudio utiliza la información recolectada por el proyecto Modelo de Oferta y Demanda de los recursos humanos de salud en Colombia ejecutado por la Universidad de Antioquia. Esta información permitió consolidar una base de 107 instituciones de alta y mediana resolutividad con información sobre capacidad instalada en cuanto a número de camas y quirófanos, y niveles de producción por año en número de egresos y procedimientos quirúrgicos.

No fue posible relacionar variables tan críticas como la disponibilidad y tipo de recursos humanos involucrados dentro del proceso productivo de cada institución, debido a que no se contaba con información suficiente.

Con las variables incluidas en el análisis el nivel de eficiencia global en estas instituciones fue del 38%. La eficiencia alcanzada por las instituciones de mayor resolutividad aumenta al analizarlas independientemente logrando una eficiencia global de tan sólo el 56%.

Tabla 5. Eficiencia global y por nivel de resolutividad

Nivel	No. Instituciones	Eficiencia Global	No. Instituciones eficientes (100%)
HAR[53]	44	56%	5
HMR[54]	63	42%	5
Total	107	38%	6

Estos resultados ponen de manifiesto la crisis estructural por la que atraviesa el mercado de prestación de servicios de salud en el país derivada de la falta de adaptación a las condiciones de competitividad planteadas por la reforma. Sin embrago, la poca información disponible hace muy difícil realizar un análisis de las causas reales de esta situación, y hacen todavía más difícil proponer estrategias efectivas que garanticen su viabilidad en el mediano y largo plazo.

53 HAR: Instituciones hospitalarias de alta resolutividad con más de 30 camas, y disponibilidad de servicios de cuidado intensivo.

54 HMR: Instituciones hospitalarias de mediana resolutividad con más de 15 camas y dos quirófanos o más.

La racionalidad económica que sustenta la reforma del sistema de seguridad social en salud en Colombia, planteado por la ley 100 de 1993, depende críticamente de un sistema de monitoreo constante de los diferentes mercados que interactúan. Desde el mercado de prestación de servicios es critico de manera periódica analizar la disponibilidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos, su distribución geográfica, capacidad resolutiva y los niveles de eficiencia alcanzados. De igual forma, la identificación de estrategias exitosas en la administración, la producción de servicios y atención al usuario que puedan ser replicadas y apropiadas desde las diferentes instituciones prestadoras, podría brindar las herramientas necesarias para plantear esquemas regulatorios que estabilicen la actual situación del sistema prestador.

7.1 Línea de base regulatoria

La regulación que aquí se incluye hace referencia a la relación entre el recurso humano contratado, la disponibilidad de recursos tecnológicos y la producción de las instituciones a las cuales se encuentra vinculado el recurso. Se consideran como factores críticos para la productividad el régimen salarial y prestacional del recurso (salarios, incentivos y formas de contratación), así como sus características específicas en cuanto a cantidades de recursos, distribución por profesión, tipos de formación y habilidades para los cargos y funciones que desempeñan en la institución. Estos factores relacionados con la capacidad instalada de la institución en cuanto a infraestructura y tecnología (cantidad, complejidad, capacidad técnica) determinan los factores críticos de productividad, entonces, *se plantea*:

Un aspecto que tiene directa relación con la productividad desde este punto de vista y que se mencionó anteriormente en el problema de equidad, es el relacionado con el régimen salarial y prestacional y las formas de contratación. En el sector privado, donde las formas de contratación del recurso humano están ligadas expresamente a lo estipulado en el *Código sustantivo del trabajo* y su reglamentación y en el sector público, con lo estipulado en el sistema de carrera administrativa.

Al igual que ocurre con todos los problemas hasta ahora mencionados respecto a la regulación para el sector privado, no existe regulación expresa o por lo menos regulación estatal que incida de manera directa sobre las condiciones de productividad del recurso humano en dichas entidades —con excepción de las diferentes formas de contratación que, con una mayor flexibilización para la vinculación del recurso humano, permite a la institución adecuarse más rápidamente a sus necesidades de producción. Más bien, se encuentra que con el actual sistema de seguridad social en salud, la posibilidad de participación de dichas instituciones tanto en el mercado de aseguramiento como en el de prestación, se han determinado otros mecanismos reguladores como la competencia y los precios, que inciden en la productividad del recurso humano contratado. Este es un aspecto que se analiza de manera más precisa en el punto de vista meso.

En el sector público existen algunas regulaciones que han estado orientadas específicamente a incrementar la productividad del recurso humano en los empleos pertenecientes al sector de la seguridad social en salud, tanto del orden nacional como territorial, para quienes aplica también el sistema de carrera administrativa.

Mediante el Decreto 439 de 1995 se efectúa un reconocimiento especial a los empleados del sector salud, al realizarse incrementos salariales significativos que representan un gran cambio en este tipo de estructura. Sin embargo, este ajuste fue realizado sin medir la fuente de financiación que en los años siguientes permitiría sostenerlo. En algunos escenarios se ha mostrado esta situación como parte de las causas de la crisis hospitalaria por la que hoy atraviesan las instituciones de carácter público.

Así, el mencionado decreto establece el régimen salarial y el programa gradual de nivelación de salarios y bonificaciones especiales de los empleados públicos de la salud del orden territorial, cuya aplicabilidad se condicionó a que las instituciones hospitalarias estuvieran constituidas como empresas sociales del estado, con esto se generaron incentivos para la transformación institucional y reorganización de dichas instituciones consecuente con las nuevas condiciones del sistema.

Los centros y puestos de salud determinados por la autoridad departamental de salud se exceptuaban de esta condición dadas las condiciones geográficas, dificultades de acceso y estructura mínima de atención. El régimen salarial comprendió la estructura y la denominación de las categorías de empleo, los criterios de valoración de los empleos y los rangos correspondientes a las distintas categorías para los diferentes cargos, así como las bonificaciones especiales.

El sistema de carrera administrativa, tiene por objeto garantizar la eficiencia en la administración pública y ofrecer igualdad de oportunidades para el acceso al servicio público, la capacitación, la estabilidad en los empleos y la posibilidad de ascenso. Establece un sistema integrado de estímulos[55] cuyos propósitos, entre otros, son los de promover la productividad y el buen desempeño del recurso humano. Está conformado por los programas de bienestar y de incentivos.

Los programas de bienestar son procesos permanentes para el mejoramiento de las condiciones de vida del empleado y su familia, que se enmarcan dentro de dos áreas: de protección y servicios sociales, y de la calidad de vida laboral. La primera, para la atención integral del empleado y propiciar su desempeño productivo, procura atender necesidades de protección, ocio, identidad, aprendizaje del empleado y sus familias para mejorar sus estado de salud, vivienda, recreación, cultura y educación. La segunda, mediante programas para la atención de problemas de condiciones de la vida laboral, para satisfacer necesidades de desarrollo personal, profesional y organizacional. De este modo, se establece un proceso que las entidades deben seguir para el diseño de los

55 Departamento Administrativo de la Función Pública, Decreto 1567 de 1998, Art. 13º.

programas de bienestar a partir de una identificación de las necesidades de los empleados y sus familias, que culminan con una evaluación su eficacia.

Los programas de incentivos. Como componentes tangibles del sistema de estímulos deben orientarse a: "1) crear condiciones favorables al desarrollo del trabajo para que el desempeño laboral cumpla con los objetivos previstos; 2) reconocer o premiar los resultados del desempeño en niveles de excelencia". Los primeros se desarrollan por medio de proyectos de calidad de vida laboral y los segundos mediante planes de incentivos[56].

Los planes de incentivos se orientan a reconocer desempeños individuales del mejor empleado de la entidad y de cada uno de los niveles jerárquicos que la conforman, así como de los equipos de trabajo que alcancen la excelencia. Tienen derecho a incentivos tanto los empleados de carrera como los de libre nombramiento y remoción de los niveles profesionales, técnicos, administrativos y operativos. Para su reconocimiento se han estipulado dos tipos de planes: los planes de incentivos pecuniarios y los no pecuniarios.

Los planes de incentivos pecuniarios son reconocimientos económicos que se distribuyen entre los mejores equipos de trabajo de cada entidad pública del orden nacional y territorial de acuerdo con la disponibilidad de recursos. El reconocimiento será hasta cuarenta salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Los planes de incentivos no pecuniarios corresponden a los: Ascensos, traslados, encargos, comisiones, becas para educación formal, participación en proyectos especiales, publicación en medios de circulación nacional e internacional, reconocimientos públicos a la labor meritoria, financiación de investigaciones, programas de turismo social, puntaje para adjudicación de vivienda entre otros[57].

Cada entidad tiene la autonomía de seleccionar y asignar los incentivos para sus mejores empleados según los criterios que establezca el Gobierno Nacional. Se determina la obligatoriedad para los jefes de cada entidad, de adoptar y desarrollar anualmente planes de incentivos que, por lo menos, contenga seis de los señalados. Estos incentivos pueden ser otorgados a quienes no reciben incentivos pecuniarios.

De manera general se definen las consideraciones para la asignación de subsidios así: a) sobre instrumentos objetivos y registros que midan el desempeño, b) evaluación de desempeño y resultados de trabajo en grupo con medidas objetivas de valoración, c) el derecho de los empleados seleccionados de elegir el reconocimiento de su preferencia dentro de los estipulados en el plan, d) hacer siempre efectivo el reconocimiento asignado por el excelente desempeño y e) los empleados que se desempeñen

---

56 Departamento Administrativo de la Función Pública, Decreto 1567 de 1998, Art. 26º.

57 Departamento Administrativo de la Función Pública, Decreto 1567 de 1998, Art. 33º.

excelentemente deben recibir el reconocimiento por parte de su superior inmediato de manera escrita y anexa a la hoja de vida.

Estos son algunos de los mecanismos que prevé el sector público como reconocimiento al mejoramiento de los servicios. Es claro que los incentivos en capacitación, formación y descansos remunerados constituyen reconocimientos importantes al personal, pues favorecen la productividad y la calidad del servicio. No obstante, estos incentivos no pueden constituirse como garantía absoluta para el logro de dichos objetivos, por cuanto no se aplican a todos los empleados.

Aunque la carrera administrativa prevé evaluaciones de desempeño para todos los empleados que podrían generar desarrollo importante en materia de mejoramiento y calidad, ésta ha servido básicamente para evitar abusos de poder por parte de los nominadores y en los empleados que la utilizan como mecanismo para asegurar su empleo sin interesar la calidad del servicio que se presta. Esta situación más que un problema de regulación, es un problema de agencia, es decir, de quienes deben implementar y controlar la aplicación efectiva de las normas.

Como un incentivo específico a la productividad de dichas instituciones del sistema general de seguridad social, se estipula que las entidades de salud del orden territorial, que obtengan utilidades, pueden destinar hasta un sesenta por ciento de las originadas en el año inmediatamente anterior, para el pago de *bonificaciones de productividad*[58] a su personal, lo cual no constituye un factor salarial para ningún efecto legal. Para el pago de dichas bonificaciones se determinan los siguientes requisitos:

a) Que la entidad logre en el período inmediatamente anterior las metas determinadas previamente por el Ministerio de Salud en los siguientes indicadores: mortalidad hospitalaria, infección hospitalaria, satisfacción del usuario, volumen de actividades con relación a la capacidad y estancia general. Estas metas aunque tienen carácter general, pueden ser diferenciadas atendiendo a la especialidad de las entidades de salud.

b) Que los estados financieros de la entidad de salud que sirven de base para el cálculo del monto de las bonificaciones hayan sido auditados y firmados por un contador público debidamente habilitado, que podía ser el contador del hospital.

La asignación, suspensión o aumento de estas bonificaciones depende de la evaluación periódica del desempeño de los trabajadores de la entidad de salud. En ningún caso el monto recibido por bonificaciones puede exceder en un cuarenta por ciento la asignación básica del respectivo empleado público de la salud del orden territorial. El otorgamiento de la bonificación sin el cumplimiento de los requisitos dispuestos da lugar a la correspondiente responsabilidad fiscal y disciplinaria.

---

58 Decreto 439 de 1995.

Se estableció, asimismo, que no podía reconocerse ni pactarse para los nuevos empleados del sector salud retroactividad en el régimen de cesantías. Quienes se hayan vinculado con anterioridad y gocen de la retroactividad de las cesantías, pueden optar por el régimen no retroactivo de liquidación anual de cesantías, que tiene un incremento del quince por ciento sobre la asignación básica mensual que se encuentren devengando.

Es importante anotar que la regulación específica consagrada en el artículo se definió como responsabilidad del Ministerio de Salud, mientras que la Superintendencia de Salud vigilaría su cumplimiento. Sin embargo, la regulación no fue expedida por el Ministerio de Salud y aún así muchas instituciones hospitalarias empezaron a aplicarlo, situación que conllevó al inicio de investigaciones fiscales.

Otro aspecto que tiene incidencia en la productividad de las instituciones de salud del sector público es el sistema de selección, nombramiento y el régimen de salarios de los directores de hospitales públicos o empresas sociales del Estado[59], mediante el que se establece el sistema de selección, nombramiento y el régimen especial de salarios y estímulos de los cargos de directores de hospitales públicos o gerentes de empresas sociales de salud del ámbito territorial.

Se constituye en el marco general dentro del cual deben actuar las entidades territoriales para fijar la asignación básica de estos funcionarios, donde se establecen los máximos y mínimos para cada grado en el respectivo grado de complejidad. La asignación se realiza basándose en los siguientes criterios: 1) El nivel de complejidad del respectivo hospital; 2) la capacidad presupuestal y financiera del hospital; 3) categoría del municipio sede del hospital; 4) proyección del situado fiscal y demás rentas para el sector destinadas a la entidad territorial; 5) evaluación de la gestión financiera del hospital imputable a las acciones u omisiones del Gerente.

Se establece también un régimen de incentivos especiales, uno de los cuales está otorgado a los directores de hospitales públicos o gerentes de empresas sociales de salud que laboren en instituciones ubicadas en municipios o zonas marginadas y rurales, con altos índices de NBI y aquellos clasificados como de orden público alterado, que deben ser identificados por el CNSSS. El incentivo consta de un sobresueldo mensual equivalente al quince por ciento de la asignación básica, el cual no constituye factor salarial. Los gastos mencionados serían atendidos con recursos destinados a salud, donde se incluyen los de situado fiscal que van a financiar hospitales y no afectarían otros recursos del presupuesto nacional.

Como un reconocimiento especial a la función gerencial y con el ánimo de fortalecer la gestión de las instituciones publicas, la regulación ha determinado unos incentivos especiales condicionados al cumplimiento de unos requisitos mínimos. Específicamente, en relación con la productividad, se encuentra el incentivo denominado *bonificación por*

59 Decreto 1892 del 3 de agosto de 1994 y el 139 de 1996 que lo modifica

evaluación del desempeño, cuyos parámetros de evaluación están asociados con el impacto financiero debido a decisiones ligadas a las convenciones colectivas, creación de cargos, compras, inversiones y adquisiciones; por la cobertura y costo efectividad de planes y programas desarrollados, por la racionalización de recursos y maximización de beneficios entre otros parámetros.

Así como se reconocen estímulos especiales para esta clase de empleos, también la regulación se ha preocupado por estructurar las causales de remoción de los profesionales cuando se den faltas éticas y disciplinarias. Los directores o gerentes sólo podrán ser removidos cuando se demuestre, ante las autoridades competentes, la comisión de falta graves conforme al régimen disciplinario del sector oficial —faltas a la ética según las disposiciones vigentes y por ineficiencia administrativa— cuando se haya calificado como deficiente su desempeño.

Frente a la productividad, existen factores derivados de las particularidades de la organización, como la cultura organizacional. En esta se distinguen dos elementos: la burocratización o la flexibilización. También los nuevos condicionantes determinados por la demanda —competencia de aseguradores y prestadores, así como formas de contratación para la provisión de servicios (capitación, pago por servicios, pago por diagnóstico, transferencias presupuéstales) y el nuevo modelo de atención y el establecimiento de diferentes planes de beneficios—.

Un primer aspecto crítico que ya se ha abordado en los diferentes problemas es, precisamente, las diferencias sustanciales que existen en la regulación sobre las formas de organización de las instituciones públicas frente a las privadas.

Aquí, el punto central es que mientras el sector privado tiene esquemas de contratación del recurso humano mucho más flexibles, que les permite ajustarse a las necesidades de producción de la institución; en el sector público la carrera administrativa se constituye en un elemento que impide a dichas instituciones adaptarse de manera ágil a las cambiantes necesidades y condicionantes que impone el mercado, por las garantías y la estabilidad que provee la carrera administrativa a los empleados inmersos en tal sistema.

Este aspecto, ligado con las nuevas modalidades de contratación para la conformación de redes de servicios, implica para las instituciones prestadoras tanto públicas como privadas adaptarse en su organización y producción para vender servicios a las aseguradoras. Las instituciones públicas deben seguir funcionando según un esquema rígido de contratación de recursos humanos que se contrapone con los esquemas previstos por el mercado.

Como se establece en el Decreto 723 de 1997, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud pueden convenir la forma de contratación y pago que más se ajuste a sus intereses y necesidades, como la capitación, el pago por conjunto de

atención integral (protocolos), el pago por actividad, o la combinación de cualquier forma de éstas y, en cualquier caso, se debe fijar la forma de presentación de cobros, el mecanismo de pago y el procedimiento para la resolución de objeciones a las cuentas.

Estas diversas modalidades de contratación pretenden incentivar la eficiencia y calidad, intentan generar en el asegurador y en el prestador mecanismos flexibles que le permiten convenir con el trabajador productos específicos en su labor, promover por parte de las instituciones privadas programas de incentivos a la eficiencia laboral para los médicos y demás profesiones asalariadas que tengan en cuenta el rendimiento de los individuos, de los grupos de trabajo o de las instituciones como un todo. Esta regulación esta asignada al Consejo Nacional de Seguridad Social que debe definir estímulos, funciones que a la fecha no se conoce en su implementación y desarrollo.

Existe, sin embargo, para las IPS públicas, un régimen especial de contratación ratificado por Ley 344 de 1996: la ARS tienen la obligación contratar con dichas entidades el cuarenta por ciento del valor de la UPC. Esta condición de excepcionalidad, frente a la libre competencia, se constituye en un incentivo negativo hacia la productividad en las instituciones prestadoras del sector público, toda vez que se les está garantizando un ingreso fijo, independientemente de la calidad y de la eficiencia en su gestión. Además, es de tener en cuenta que si bien la oferta pública es la más amplia, en algunas regiones del país es la única existente, por lo tanto, no existen mecanismos alternativos a la competencia o libre elección de los usuarios que permita regular la productividad y la calidad.

La Ley 449 de 1998, donde se definen principios y reglas para la organización y funcionamiento de la administración pública (entre los que se destacan los ajustes a la organización interna y la supresión de entidades) es en virtud de dicha normatividad que el gobierno, por medio de los Ministerios de Salud y de Hacienda y Crédito Público determinan la reducción de plantas de personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público, y que se desarrolla con recursos de crédito externo y autorización de gastos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud[60], amparados en la Ley 530 de 1999, la cual autoriza la destinación de recursos para el financiamiento del programa de reestructuración de las instituciones prestadoras de servicios de salud que garanticen su sostenibilidad financiera.

Dicha política se enmarca en la celebración de convenios de desempeño que incluyan indicadores de gestión en las áreas de producción, calidad, eficiencia administrativa, técnica y financiera. Es en cumplimiento de dichas facultades que se asignan recursos por parte del Estado para la reducción de plantas de personal que permitan mayores índices de productividad. Asimismo, es en desarrollo de las facultades otorgadas por la

60 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Acuerdo 156 de 1999.

Ley 448 de 1998 que ha operado la fusión de instituciones prestadoras de servicios de salud para la integración de esfuerzos institucionales[61].

Adicionalmente, el establecimiento de diferentes planes de beneficios ha determinado que las instituciones adecuen sus portafolios de servicios y su organización para la producción de éstos, de manera diferencial, no sólo por las variaciones en los beneficios de dichos planes, sino también por las diferencias en los costos y la forma de financiamiento.

El Estado ha regulado el conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados al SGSSS, los cuales se agrupan en cinco tipos de planes diferentes a los cuales se accede dependiendo de la forma de participación en el sistema, esto es, como afiliado cotizante, como afiliado beneficiario, como afiliado subsidiado o como vinculado al Sistema General de Seguridad Social en salud.

Esta diversidad de planes de beneficios, con distintos costos y probablemente con diferentes clases de tecnología para su prestación, implica que las instituciones diseñen nuevas formas de organización y mezcla de recursos, más aún cuando la mayor cobertura de los planes de beneficios está orientada hacia los servicios de menor complejidad y cuando existe la obligatoriedad de la puerta de entrada por el primer nivel de atención[62] y el tránsito por las actividades y procedimientos de consulta de medicina general o paramédica de la primera escala de atención.

Esta medida está orientada a determinar un acceso sencillo al servicio para usar de forma más eficiente los recursos y la adecuación del sistema de referencia y contrarreferencia. Sin embargo, aquí es importante tener en cuenta el tipo de contrato y el método de pago establecido, porque combinados estos dos efectos puede generar sea incentivos negativos o positivos hacia los prestadores. De un lado, cuando el pago es capitado, se tendería a remitir a los pacientes a los grados de mayor complejidad, pero si es por evento, es posible que se generen mecanismos de inducción de demanda y se trate de mantener al paciente en el mismo tipo de atención. Esta norma tiene implicaciones específicamente sobre los recursos humanos en salud, toda vez que se privilegia la prestación por profesionales de pregrado y puede constituirse en un incentivo negativo hacia la especialización del recurso y, por ende, a la disminución de tecnología en la prestación y a la productividad.

---

61 Véase Acuerdo 22 de junio del 2000 del Consejo Distrital de Bogotá, mediante el cual se fusionan algunas empresas sociales del estado en el distrito capital.

62 Decreto 806 de 1998

7.2 Política general

La política general de productividad para el recurso humano parte del reconocimiento de que existe muy limitada información acerca de las relaciones productivas entre los recursos y las organizaciones. Por esta razón, la primera estrategia propuesta es la realización de un estudio nacional de productividad del recurso humano en las organizaciones de servicios de salud.

A partir del estudio de productividad, se postula la implementación de una política de *Benchmarking*, a través de la cual se identifiquen organizaciones líderes del sector sus estrategias, instrumentos y métodos productivos la cual pueda se extensible a través de una asistencia técnica jerarquizada a otras organizaciones más débiles. De manera similar se puede tomar como ejemplo el "Plan Padrinos" que aplica el sector educativo entre instituciones públicas y privadas. El modelo de Benchmarking sería proceso previo para la implementación de tal estrategia.

Por último, se propone la operativización de la política de incentivos de producción con base en la política ya establecida en la actualidad.

7.3 Propuestas estratégicas de intervención

7.3.1 Estudio de productividad en organizaciones de servicios de salud

- ***Objetivo operativo***

  Determinar parámetros de productividad, costos de operación y su relación con los ingresos en las organizaciones de servicios de salud en Colombia. (Ver anexo 4).

- ***Descripción***

  El estudio de productividad en las organizaciones de servicios de salud se realizaría cada cinco años y buscaría proveer información para establecer las condiciones de productividad dentro de los diferentes tipos de organizaciones del sector salud. Analizaría la productividad global de las instituciones, de los recursos humanos auxiliares, profesionales y especializados; la configuración de staffs, las relaciones tecnológicas y de sustitución entre recursos, los costos y arreglos organizaciones exitosos.

- ***Sujetos***

  Organizaciones de servicios según especificidad funcional determinada por el Sistema (Aseguramiento, Prestación, Administración Territorial).

- ***Agentes ejecutores***

  Ministerio de Salud.

- ***Instrumentos***

  - Protocolo de investigación.
  - Sistema de monitoreo.

- ***Plazos***

  Corto Plazo

- ***Metas***

  En un lapso de 2 años haber determinado las condiciones críticas del recurso humano frente a la productividad de los diferentes tipos de organización de servicios de salud.

7.3.2 Implementación de política de incentivos para la productividad en el sector público

- ***Objetivo operativo***

  Operativizar de la política de incentivos vigente para el sector público de salud.

- ***Descripción***

  Conformación de una unidad al dentro del Ministerio de Salud con funciones orientadas al diseño de políticas de desempeño y productividad los recursos humanos del Sector. Implica la definición de parámetros, el diseño de instrumentos y la asesoría a las entidades en la aplicación de una política organizacional de incentivos.

- ***Sujetos***

  Funcionarios del Sector Público de Salud.

- ***Agentes ejecutores***

  Ministerio de Salud.

- ***Instrumentos***

  - Reglamentación.
  - Conformación de una unidad.

- ***Plazos***

  Corto Plazo

- ***Metas***

  - Dos años para constitución de la unidad

  - Cuatro años para la definición operativa de la aplicación del sistema de incentivos

7.3.3 Política de desarrollo de modelos de benchmarking

- ***Objetivo operativo***

  Seleccionar organizaciones modelo en la administración de los recursos humanos y difundir sus experiencias. (Ver anexo 5).

- ***Descripción***

  Con base en los resultados del análisis de productividad, identificar organizaciones exitosas en la aplicación de herramientas para la administración de los recursos humanos. Estas instituciones deben ser tanto de carácter público como privado, prestadoras, aseguradoras y entes territoriales; según distribución regional.

  Se analizarían los procesos y estrategias de estas organizaciones y se utilizarían como referencia para el montaje de estrategias similares en otras organizaciones del sector.

- ***Sujetos***

  Organizaciones del sector público y privado del SGSSS.

- ***Agentes ejecutores***

  Ministerio de Salud.

- ***Instrumentos***

  - Protocolo de estudio.
  - Protocolo de evaluación.

- ***Plazos***

  Corto plazo.

- ***Metas***

  En cinco años contar con instituciones de referencia para el seguimiento de estrategias de administración de recursos humanos.

7.4 Modelo regulatorio

El marco regulatorio del Sistema General de Seguridad Social en Salud establece en diversos apartados incentivos par el recurso humano del sector tendientes a mejorar las condiciones de productividad. Específicamente en el sector público, la carrera administrativa también plantea los diferentes tipos de incentivos que pueden ser otorgados para los funcionarios públicos y los mecanismos de asignación. Además, existe un mandato expreso hacia el Ministerio de Salud para que establezca los criterios y parámetros de evaluación de las condiciones de productividad de las organizaciones del sector público que pertenecen al sistema así como de los recursos humanos. Estos parámetros no se han definido, seguramente porque, debido a los procesos de reorganización interna del Ministerio de Salud, la Dirección de Recursos Humanos, área en la que recaían las funciones de definición de las políticas de desarrollo de los recursos humanos del sector, desaparece, y sus atribuciones fueron distribuidas en diferentes áreas funcionales del Ministerio.

No obstante, lo que se evidencia de las condiciones actuales, es que se requiere la conformación de una unidad dentro de la estructura del Ministerio que:

- Defina las políticas tendientes a promover el desempeño y la productividad de los recursos humanos del sector, respondiendo al modelo de prestación, a la separación funcional y a la autonomía territorial.

- Establezca, mediante regulaciones técnicas y protocolos específicos, los parámetros mínimos medibles y verificables, para la evaluación del desempeño y la productividad.

- Defina las normas administrativas para la gestión descentralizada del proceso y realice asesorías que le competen para hacer operativa la medida. Serán las propias organizaciones del sector público de salud, en el ámbito nacional o territorial, las que definan sus propias políticas para la gestión del recurso humano y el otorgamiento de incentivos, en concordancia con las competencias de descentralización y del sistema de carrera administrativa que involucren el desarrollo global de la organización y tengan en consideraciones las necesidades de apropiación presupuestal que requerirá. Implicaría realizar ajustes a la estructura actual del Ministerio de Salud.

De igual manera se requiere, para lograr incrementar la productividad global de las instituciones prestadoras del servicio del sector, se tome como punto de referencia el desempeño de las mejores instituciones y mediante un proceso de Benchmarking se logre incrementar la eficiencia en otras.

7.5 Requerimientos de información

Tabla 6. Mercado de servicios. Problema productividad

Hipótesis	Indicador	Variables	Fuentes	Tipo	Tipo análisis	Estudio
No existen diferencias de productividad dentro de las organizaciones según cantidades de RRHH contratados por tipo de profesión	Cantidades de recurso humano según tipo de profesión /cantidades de servicios producidos	Cantidades de recurso humano según tipo de profesión	Organizaciones de servicios	Primaria	Descriptivo, prospectivo en casos seleccionados	Estudio de productividad en las organizaciones de servicios de salud
		Cantidades de servicios producidos	Organizaciones de servicios	Primaria	Descriptivo, prospectivo en casos seleccionados	
No existen diferencias en los entornos organizacionales que afecten exógenamente sus condiciones de productividad	Diferencias de entorno según tipo de organización.	Naturaleza: Pública/privada Tipo de municipio Tipo de mercado Característica de la red. Modelo de servicios	Organizaciones de servicios	Primaria	Descriptivo, prospectivo en casos seleccionados	
		Tipo de organización según subsistema y capacidad resolutiva	Organizaciones de servicios	Primaria	Descriptivo, prospectivo en casos seleccionados	

Los requerimientos de información en el tema de productividad hacen referencia únicamente al mercado de servicios. Dado que es imposible en el mercado definir óptimos de productividad la hipótesis básica para el sistema de información se concentra en obtener las diferencias relativas entre las organizaciones más productivas y la menos productivas en relación con sus estrategias, procesos, dimensionamiento de recursos y conformación de equipos de trabajo y tipo de recursos contratados. Obviamente, estas variables deben integrarse con la medición del efecto de variables exógenas a las organizaciones tales como los puntos ubicación, características de la demanda de servicios y naturaleza entre otras.

La mayor parte de la información requerida no se encuentra disponible, por lo tanto se propone efectuar su recolección a partir de la ejecución de un estudio nacional sobre productividad del recurso humano. Un requerimiento básico para efectuar este estudio es la definición y estandarización de los modelos y criterios para la calificación tecnológica de las IPS. Este ha sido uno de los factores limitantes más críticos para el uso en Colombia para el estudio de productividad.

7.6 Financiamiento

Nuevamente se piensa en la interrelación de varios sectores. Específicamente en salud se requiere de adelantar el estudio de productividad del recurso humano y la posterior implementación de un Benchmarkeing el cual se aplicaría a aproximadamente a 1.400 instituciones.

Recurso humano	291,600,000.00
Recurso tecnológico	54,000,000.00
Recurso físico	200,000,000.00
Subtotal	545,600,000.00
Encuesta de productividad	700,000,000.00
Implementación de Benchmarking	3,500,000,000.00
Total	**4,745,600,000.00**

8 Política de equidad

Se plantea como la desigualdad no justificada respecto a las condiciones de formación, salariales y de contratación de los recursos humanos. El nivel macro está relacionado con el agenciamiento de intereses entre los sectores que conforman el sistema hacia la distribución de recursos limitados. En el nivel meso se identifica con las diferencias entre las condiciones salariales y de contratación de los recursos. El nivel micro tiene que ver con las oportunidades en el acceso de los individuos y de las organizaciones a los diferentes mercados así como con los beneficios que éstos proveen.

8.1 Análisis situacional

En el documento "Problemas críticos para el desempeño de los recursos humanos en salud y escenarios de ajuste de políticas" (ASS/819B.01) se muestra la evidencia frente al ejercicio profesional en Colombia. Existe una alta concentración de oferta educativa en la región centro donde se alcanza la mitad de los recursos existentes. El crecimiento en esta región junto con la Costa Atlántica son los más altos. La diferencia en el valor de las matrículas muestra que los programas más costosos generalmente se ubican en las grandes ciudades y se corresponden con las universidades más antiguas. Comparativamente por áreas de conocimiento los programas de salud no han tenido mayor crecimiento al compararlos con salario mínimo, pero entro de sector se observan diferencias marcadas donde el mauro crecimiento lo han tenido medicina y terapias: la comparación con salarios mínimos muestra que para medicina se pagan 12,7 salarios mínimos mientras que para terapia respiratoria se pagan 4.6.

La concentración de IPS de todos los niveles también presenta un porcentaje elevado en Región Centro, correspondiendo al 50%.

El comportamiento salarial refleja también diferencias entre las profesiones siendo medicina la de mayor ingreso. Esta situación se replica al observar las especialidades clínicas. Al comparar estos elementos con los retornos educativos se observa que las diferencias por profesión son bastante grandes y en todas no se encuentra un retorno por debajo de los 10 años.

8.2 Línea de base regulatoria

En este punto el problema de la oferta de empleo se relaciona directamente con las inequidades y diferencias en cuanto a los "requisitos de entrada al mercado" para el recurso humano, relacionados con la acreditación de títulos (tipo de profesión, formación) y experiencia para los diferentes cargos que se ofrecen. También implica las

diferencias en términos de salarios, beneficios, tipos de contratación determinados por la calidad, requisitos y la posición ocupacional (directivo, asesor, ejecutivo, profesional, técnico o auxiliar) diferenciados para el sector público y privado. Igualmente tiene que ver con las condiciones específicas del ejercicio profesional provisional para quienes realizan el servicio social obligatorio, el internado o la residencia en caso especializaciones

Además, implica las diferencias sobre las condiciones laborales generadas entre los diferentes ámbitos de operación del sistema: prestación, aseguramiento y gestión territorial, acotadas además por las características específicas de la región (tamaño o categoría de municipio), y si se desempeña en el sector público o privado.

8.2.1 Régimen salarial y prestacional en el ejercicio provisional de la profesión

Se han expedido regulaciones específicas para las profesiones del sector, en relación con los requisitos que deben ser acreditados por los profesionales para poder ejercer en el mercado laboral sea de manera provisional o definitiva.

El ejercicio provisional de la profesión se realiza durante la prestación del servicio social obligatorio[63]. No todas las profesiones del sector salud están obligadas a prestar este servicio, ya que la ley ha facultado al Gobierno Nacional para determinar, de acuerdo con las prioridades del país, los oficios o profesiones que deben cumplirlo, su duración y la clase de establecimientos donde debe prestarse.

Actualmente el servicio social obligatorio aplica a las siguientes profesiones: medicina, odontología, microbiología, bacteriología, laboratorio clínico, enfermería, biología, trabajo social, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, nutrición y dietética[64].

Se ha establecido que el régimen salarial y prestacional de quienes cumplen con el servicio social obligatorio, corresponderá al que tenga establecida la institución a la cual se vincula el personal[65]. Específicamente, en el sector oficial, las plazas del servicio social obligatorio participan en el régimen de incentivos y estímulos, pues se sujetan a las disposiciones vigentes en materia de administración del personal, salarios, prestaciones que rigen a las entidades oficiales donde se presten los servicios.

Los profesionales en cumplimiento del servicio social obligatorio en entidades del sistema nacional de salud tienen derecho a disfrutar de quince días hábiles de vacaciones remunerados, una vez cumplan con doce meses de vinculación continuos o discontinuos

---

63 Creado mediante la Ley 50 de 1981.

64 Decreto 2396 de 198, Decreto 1155 de 1983

65 Decreto 2396 de 1981.

en una o varias instituciones del sistema[66]. Quienes disfrutan de las vacaciones tienen además derecho a recibir las prestaciones determinadas en el respectivo organismo para el resto del personal. Cuando este tipo de profesional se retira sin haber disfrutado de vacaciones causadas, tiene derecho al reconocimiento y pago de ellas en dinero, además de las otras prestaciones que se otorguen al resto del personal.

Con esta medida se establece una regulación diferencial en el régimen salarial y prestacional de las personas que realizan el servicio social obligatorio en el sector público o en el privado. De ahí que, es importante considerar las particulares diferencias en el mercado laboral de ambos sectores que influyen en la equidad; éstas se presentan a continuación.

8.2.2 Régimen salarial y prestacional del sector privado

El marco institucional donde se circunscribe el proceso regulador de las relaciones laborales está acotado en la actualidad por las disposiciones contenidas en el *Código sustantivo del trabajo* y sus modificaciones y la Ley 50 de 1990, que regula las relaciones del derecho individual del trabajo de carácter particular y las de derecho colectivo del trabajo, oficiales y particulares[67].

En términos generales, los aspectos regulados en las relaciones laborales abarcan desde los requisitos de entrada al mercado laboral, la permanencia y duración de los contratos al definirse las diferentes modalidades causales de terminación y períodos de prueba. Se ha regulado lo relacionado con la composición del salario mínimo, sobre las prestaciones sociales a que tienen derecho los trabajadores, sobre las prohibiciones para pagos de salarios en mercancías. Regulación sobre las condiciones de higiene y salud ocupacional, sobre las prestaciones en caso de enfermedades profesionales y no profesionales, sobre el derecho de asociación y de constitución de sindicatos, entre otros aspectos. El instrumento mediante el cual se desarrolla esta regulación es el contrato, que tiene implicaciones en cuanto a la garantía de derechos, pero también en el cumplimiento de obligaciones y de las respectivas sanciones que haya lugar cuando éstas no se cumplan.

En cuanto a las relaciones contractuales, se ha estipulado que es obligatorio para el patrono expedir el reglamento interno del que se constituye en el mecanismo de regulación interna de tipo administrativo para la organización, que en el caso del sector privado debe sujetarse de manera general al marco del *Código Sustantivo del Trabajo*, con las particularidades y especificidades que cada institución determine por la autonomía que les es propia.

---

66 Resolución 11632 del 11 de diciembre de 1980.

67 Art. 3º, del Decreto 2663 de 1950.

Las organizaciones pueden establecer diferentes tipos de contratos (verbales o escritos), por unidad de tiempo, por obra ejecutada, por tarea, a destajo y por los períodos que regulen su pago. Por su duración, el contrato de trabajo puede celebrarse por tiempo determinado, por el tiempo que dure la realización de una obra o labor determinada, por tiempo indefinido o para ejecutar un trabajo ocasional, accidental o transitorio. Los contratos a término fijo deben constar siempre por escrito y su duración no puede ser superior a tres años, pero es renovable indefinidamente. No obstante, si el término fijo es inferior a un año, podrá prorrogarse en lo sucesivo hasta por tres períodos iguales o inferiores, al cabo de los cuales el término de renovación no podrá ser inferior a un año. En el contrato a término fijo se puede tener una duración inferior a un año, si se trata de vacancias temporales, de incrementar la producción o las ventas o cuando se realiza con empleados muy calificados.

La definición expresa de prohibiciones para las partes, en especial las del patrono, tienden a prevenir conductas abusivas de posición dominante en materia de los métodos o formas de pago. Adicionalmente se ha establecido la responsabilidad civil, cuando se establece la terminación unilateral por cualquiera de las partes; una indemnización, cuando el responsable es el empleado, éste pagará treinta días de salario; cuando la terminación la realiza el patrono debe cancelar un valor dependiendo de la clase de contrato: a término fijo cancela el valor de salarios que falte para la terminación del contrato o la obra contratada, a término indefinido se cancela teniendo en cuenta la antigüedad del empleado, es decir, es expresa la norma, cuando depende de los años de labor.

De igual forma, el pago inoportuno de las prestaciones sociales al trabajador cuando se termina el contrato (salvo en los casos de retención autorizados por la ley o convenidos por las partes) se debe pagar al asalariado, como indemnización, una suma igual al último salario diario por cada día de retardo.

Se determina que no sólo la remuneración ordinaria constituye salario, sino que todo aquello que reciba el trabajador como contraprestación de su servicio ya sea en dinero o en especie, independiente de cómo se le llame (primas, bonificaciones, sobresueldos etc.) se denomina salario; aquello que el patrón entregue libremente no constituye salario. Constituye salario en especie, la remuneración ordinaria y permanente que el trabajador recibe en contraprestación a su servicio como: alimentación, habitación o vestuario que el patrón suministra tanto al trabajador como a su familia, aclarando que los viáticos no constituyen salario, sino solamente en lo que tiene relación con la manutención o alojamiento.

El salario puede convenirse libremente y de acuerdo con el tipo de labor que se realice. Se denomina jornal cuando se estipula por días y sueldo el estipulado por períodos mayores, sin embargo, el salario siempre debe pagarse por períodos iguales y vencidos, no se puede pagar en mercancías, fichas u otros sistemas, debe efectuarse en el lugar

donde el trabajador presta sus servicios durante el trabajo o inmediatamente después de éste.

Aunque en principio se trata de una regulación estatal cuyas condiciones mínimas deben cumplirse en el reconocimiento económico de la labor prestada por los empleados, tiene componentes derivados de la regulación del mercado, donde el acuerdo de voluntades es el punto que predomina al fijar el precio del contrato.

Se conservan parámetros dentro de los cuales los patronos reconocen la asignación por labor prestada, desarrollos éstos que protegen al trabajador, le garantizan un reconocimiento y no permiten a los patronos un enriquecimiento a costa del esfuerzo de sus empleados, o sistemas de pagos que no los benefician, tal es el caso del reconocimiento de algunos pagos en especie como constitutivos del salario los cuales, a su vez, se tornan en un mecanismo de regulación de precios en las relaciones contractuales laborales, así como en métodos de pago basados en incentivos hacia la productividad para cierto tipo de trabajos.

La ley ha regulado también lo que se entiende por jornada ordinaria de trabajo, como aquella que conviene las partes, no obstante, establece un tope máximo de ocho horas diarias y cuarenta y ocho horas a la semana. Se fijan excepciones para aquellas labores que sean insalubres o peligrosas y se estipula cuándo se entiende trabajo diurno y cuándo nocturno, al reconocer valores diferenciales cuando se trata de trabajo nocturno, dominical o festivo. Establece como excepción de la jornada máxima para aquellos cargos de dirección, confianza o manejo, o actividades propias del empleo que requieren trabajos de turnos obligatorios por la clase de labor desempeñada.

Se determina también el reconocimiento a los trabajadores de: vacaciones, cesantías y prima de servicios. Para cada una de estas prestaciones se estipulan requisitos específicos para su otorgamiento como el tiempo de vinculación del trabajador y el tipo de trabajo realizado (los que se desempeñen en labores de rayos X, por ejemplo, se les otorga quince días de vacaciones remuneradas cada seis meses de servicio)[68].

En materia de reconocimiento de incapacidades, las normas determinan variables según se trate de enfermedad profesional o no profesional que depende, para su reconocimiento económico, del tipo de incapacidad. El Estado genera las regulaciones especiales, en cuanto a las clases de enfermedades, dependiendo de la labor desarrollada por parte del trabajador no sólo en sí mismo, sino en beneficio de su familia, porque establece el reconocimiento económico que le permitirá subsistir.

---

68 *Código sustantivo del trabajo*, Art. ículo 186º.

8.2.3 Régimen salarial y prestacional en el sector público

La regulación en el sector público tiene como marco general la establecida en el *Código sustantivo del trabajo*, pero dadas las características propias del empleo en este sector, existen regulaciones explícitas tendientes a establecer regímenes salariales y de contratación para la oferta de empleo pública, aunque también relacionadas con aquellos sectores estatales involucrados en el Sistema General de Seguridad Social en salud.

Mediante la Ley 4 de 1992, se señalan las normas, objetivos y criterios que debe observar el Gobierno Nacional para la fijación del régimen salarial y prestacional de los empleados públicos, de los miembros del Congreso Nacional y de la Fuerza Pública y para la fijación de las prestaciones sociales de los Trabajadores.

El sistema salarial de los servidores públicos esta integrado por los siguientes elementos: la estructura de los empleos, de conformidad con las funciones que se deban desarrollar y la escala y tipo de remuneración para cada cargo o categoría de cargos.

Mediante el sistema general de carrera administrativa se define, en primera instancia, una clasificación para los empleos públicos: *empleos de carrera y empleos de libre nombramiento y remoción*. En general, se considera que todos los empleos de los organismos a quienes aplica la presente regulación son de carrera y de libre nombramiento, y de remoción los de elección popular, los de período fijo conforme a la Constitución y la ley, aquellos cuyas funciones deban ser ejercidas en las comunidades indígenas conforme con su legislación y los de trabajadores oficiales.

Existe un sistema de nomenclatura y clasificación de los empleos públicos[69] mediante el que se establecen diferentes grados, los cuales condicionan los salarios, las escalas de viáticos entre otros beneficios.

Según la naturaleza general de sus funciones, la índole de sus responsabilidades y los requisitos exigidos para su desempeño, los empleos clasifican en niveles jerárquicos[70] (directivo, asesor, ejecutivo, profesional, técnico y asistencial). Para cada nivel se establecen unas funciones generales y unos requisitos máximos y mínimos que deben ser acreditados como parámetros para establecer los salarios correspondientes.

Para los empleos del orden territorial, también se ha establecido una regulación específica respecto a su nomenclatura y clasificación, requisitos mínimos y funciones generales. Al igual que para el ámbito nacional, se establecen niveles jerárquicos[71]. Es importante anotar que, para los cargos de directivo, asesor y ejecutivo, los requisitos

---

69 Decreto 2502 de 1998
70 Decreto 2503 de 1998
71 Decreto 1569 de 1998.

exigidos y que deben ser acreditados por los aspirantes, varían dependiendo del ámbito territorial (departamento, distrito o municipio) y por la categoría de municipio.

Asimismo, para los empleos del sector público del Sistema General de Seguridad Social en salud se establece un método de nomenclatura y clasificación, determinado de acuerdo con la naturaleza general de las funciones, la índole de sus responsabilidades y los requisitos exigidos para su desempeño[72].

Además de los elementos básicos relacionados con el régimen salarial y prestacional establecidos en el Código Sustantivo del Trabajo, para los empleados públicos se ha estipulado otros emolumentos que se constituyen en beneficios adicionales, tales como: :

La Prima Técnica[73], cuyo valor máximo puede ser hasta de un veinte por ciento de la asignación básica mensual de quien la percibe. Se otorga al cumplir los siguientes requisitos:
a) Un tres por ciento por el título de especialización en áreas directamente relacionadas con sus funciones;
b) Un nueve por ciento por el título de maestría en áreas directamente relacionadas con sus funciones;
c) Un quince por ciento por el título de doctorado o candidato a doctorado, en áreas directamente relacionadas con sus funciones;
d) Un tres por ciento por publicaciones en revistas especializadas internacionales de reconocida circulación o libros, en áreas directamente relacionadas con sus funciones;
e) Un dos por ciento por publicaciones en revistas nacionales de nivel internacional (ISSN), en áreas directamente relacionadas con sus funciones.

El pago proporcional de la prima de servicios: cuando a 30 de junio de cada año el empleado no haya trabajado el año completo, tiene derecho al reconocimiento y pago en forma proporcional de la prima de servicio, siempre que haya prestado sus servicios al organismo por un término mínimo de seis meses. También tiene derecho a ésta prima en forma proporcional cuando el empleado se retire del servicio y haya trabajado por un termino mínimo de seis meses.

La bonificación por servicios prestados: Es equivalente al cincuenta por ciento del valor conjunto de la asignación básica, los incrementos por antigüedad y los gastos de representación, que correspondan al funcionario en la fecha en que se cause el derecho a percibirla, siempre que no devengue una remuneración mensual por concepto de asignación básica y gastos de representación superior a $633.486.00. Para los demás empleados, la bonificación por servicios prestados es equivalente al treinta y cinco por ciento del valor conjunto de los tres factores de salario.

---

72 Departamento Administrativo de la Función Pública, Decreto 1569 del 10 de agosto de 1998.
73 Decreto 1661 de 1991

El subsidio de alimentación para los empleados que devenguen asignaciones básicas mensuales no superiores a $631.985.oo, es de $ 21.451.oo mensual o proporcional al tiempo servido. No tiene derecho a este subsidio cuanto el empleado disfrute de vacaciones, se encuentre en uso de licencia, suspendido en el ejercicio de sus funciones o cuando la entidad suministre alimentación a los empleados que tengan derecho al subsidio. Si el valor del almuerzo excede al monto del subsidio de alimentación en dinero, dicha diferencia no constituye factor salarial.

El auxilio de transporte: a que tienen derecho los empleados públicos se reconoce y paga en los mismos términos y cuantía que para los trabajadores particulares. No se tiene derecho a este auxilio cuando el funcionario disfrute de vacaciones, se encuentre en uso de licencia, suspendido en el ejercicio de sus funciones o cuando la entidad suministre el servicio.

Horas extras, dominicales, festivos y compensatorios: Para su reconocimiento el empleado debe pertenecer al Nivel Técnico hasta el grado 09 o al Nivel Asistencial hasta el grado 19.

Bonificación especial de recreación. Corresponde en cuantía equivalente a dos días de la asignación básica mensual que les corresponda en el momento de iniciar el disfrute del respectivo período vacacional. Igualmente, había lugar a esta bonificación cuando las vacaciones se compensen en dinero. Esta bonificación no constituye factor de salario y se paga por lo menos con cinco días hábiles de antelación a la fecha de inicio en el evento que se disfrute del descanso remunerado.

8.3 Política general

La política de equidad para el recurso humano en salud se fundamenta en la evidencia encontrada y proyectada de altos índices de desempleo para los próximos 20 años en el sector. Así mismo de las diferencias encontradas tanto en estabilidad laboral como en factores prestacionales entre el sector público y el sector privado, como en los cambios proyectados en el ejercicio profesional hacia la práctica de grupos especialistas y la vinculación laboral según producto.

Las estrategias de ajustes planteadas incluyen la ejecución de un estudio de competitividad del recurso humano de salud para ser realizado en el corto plazo la regulación específica de la práctica organizada independiente y la asimilación de condiciones de contratación en el sector público y en el sector privado para estimular la competitividad en las diferentes organizaciones del sector.

8.4 Propuestas estratégicas de intervención

8.4.1 Estudio de competitividad del recurso humano en salud

- ***Objetivo operativo***

  El estudio de competitividad se realizaría cada cinco años para suministrar información sobre las condiciones de desempeño requeridas en el mercado laboral y su relación con las competencias ofrecidas por el mercado educativo. Analizaría los tipos de funciones, habilidades y responsabilidades del recurso humano en salud según la profesión y el sector de servicios en que se desempeña, además de relacionar el costo de formación profesional con los ingresos que obtendrá en su ejercicio en el mercado laboral. Estas condiciones se relacionarían con los contenidos curriculares por programa de formación. (Anexo 6).

- ***Descripción***

  Con base en los resultados del estudio de competitividad se dará respuesta a la adecuación que existe entre la formación profesional y el mercado laboral. Será un instrumento con el cual se comparará si existe equidad laboral, salarial y en condiciones de contratación entre las diferetes profesiones, regiones y entidades de prestación de servicios.

  Adicionalmente se busca establecer los costos de recursos humanos en sus componentes de costos salariales y prestacionales según disciplina, nivel de formación, posición ocupacional. Las diferencias regionales, entre sector público y privado, así como su comparación con otros sectores de la economía, son importantes.

- ***Sujetos***

  - Recursos humanos del sector.
  - Organizaciones del sector.
  - Instituciones de formación de recursos humanos

- ***Agentes ejecutores***

  Ministerio de Salud.

- ***Instrumentos***

  Protocolo.

- ***Plazos***

  Corto plazo.

- ***Metas***

  Disponer en cinco años de parámetros para evaluar la competitividad del recurso.

8.4.2 Regulación de la práctica organizada independiente

- ***Objetivo operativo***

  Establecer mecanismos que regulen la práctica independiente de grupos profesionales de acuerdo con los parámetros normativos de Ley 100 de 1993 y la regulación laboral.

- ***Descripción***

  Tanto el desarrollo del aseguramiento como la aplicación de herramientas de administración gerenciada de servicios de salud, tienden a fomentar el desarrollo de la práctica profesional independiente y grupos de profesionales. No es clara la regulación sobre tipo de vinculación y contratación, naturaleza jurídica de las organizaciones de profesionales de salud, y las relaciones de dependencia entre éstas y las organizaciones prestadoras de servicios de salud con las cuales se interrelacionan.

  Por lo tanto, es necesario definir y diseñar estrategias normativas para los pooles de profesionales que prestan sus servicios en forma semi-independientes, tales como una política de seguridad social para el trabajador independiente, que incentive a la afiliación a la seguridad social como exención o disminución de la retención en la fuente por prestación de servicios.

- ***Sujetos***

  Grupos profesionales en salud.

- ***Agentes ejecutores***

  Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo.

- ***Instrumentos***

  Reglamentación específica.

- ***Plazos***

  Mediano plazo.

- ***Metas***

Establecer una normativa sobre práctica organizada independiente en los próximos cinco años.

8.4.3 Asimilación de las condiciones de contratación y estabilidad laboral entre el sector público y privado

- ***Objetivo operativo***

Flexibilizar y equiparar las condiciones de contratación y estabilidad laboral entre el sector público y privado hacia una condición que permita la aplicación efectiva de incentivos hacia la productividad y la competitividad entre las instituciones públicas y privadas.

- ***Descripción***

La evidencia encontrada indica que se presenta en la actualidad una brecha entre las condiciones de contratación del sector público y el sector privado. La contratación en el sector público favorece la burocratización y baja productividad del recurso humano contratado, garantizando condiciones de estabilidad que no son adecuadamente concatenadas con la operación de los incentivos para productividad planteados en la diferente normatividad. Así mismo, se ha generado una inequidad importante para los recursos en el mercado laboral que no puedan acceder a dichas condiciones

Se propone flexibilizar las condiciones actuales de contratación en el sector público de salud, en particular las de los hospitales e IPS públicas que actúen dentro del modelo de

empresas sociales del Estado para mejorar sus condiciones de competitividad dentro del mercado de servicios.

- ***Sujetos***

Normativa de contratación de pública de recurso humano, sistema de incentivos para los funcionarios públicos.

- ***Agentes ejecutores***

Ministerio de Salud, Ministerio del Trabajo y Comisión Nacional de Servicio Civil.

- ***Instrumentos***

Normatividad vigente

- ***Metas***

En los próximos cinco años formular reformas a la normativa, según objetivos enunciados.

8.5 Modelo regulatorio

Las políticas de equidad propuestas y que implican ajustes regulatorios, están relacionadas específicamente con las políticas laborales diferenciales para el sector público y privado y con las nuevas formas de organización y contratación de recursos humanos, determinadas por las condiciones del mercado de servicios.

El Decreto 2753 de 1997, define las nuevas formas de organización de los prestadores de servicios como grupos de práctica o como profesionales independientes. El grupo de práctica, se define como un grupo de profesionales del área de la salud que se puede constituir como persona jurídica independiente o conformarse mediante acuerdos contractuales, para prestar servicios de salud a los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud. La particular situación que se establece entre estos grupos de práctica y las instituciones prestadoras de servicios que les "remiten pacientes", requiere que se establezca una reglamentación específica que defina a qué tipo de contrato es que se debe acoger (por actividad, destajo, servicios) y quién sería el patrono (La IPS, un representante legal, un poderhabiente que contrata en nombre de los miembros del grupo con las IPS, o la EPS.

Por otro lado, no es claro con qué figura se tramita una personería jurídica para los grupos, pues cada uno tiene su propia infraestructura y organización. En este sentido, debería ajustarse el decreto 2753 de 1997 y las normas relacionadas con la organización para la prestación, de tal manera que se especifique más concretamente el instrumento regulatorio de esta relación laboral.

Esta ambigüedad, que diluye la figura del empleador, pero que tampoco determina en estricto sentido un trabajo independiente, genera una desprotección laboral y de seguridad social, que debe resolverse a través de esquemas de incentivos, para promover la afiliación al SGSSS y evitar la elusión y evasión de aportes correspondientes. Implicaría reformar la Ley 100 de 1993 y la reglamentación correspondiente relacionada con los subsistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales.

Por otra parte, también se han generado desequilibrios debido a la "institucionalización de mecanismos informales de contratación", en la figura de prestación de servicios, pero con condicionantes que se mezclan con la relación de contrato laboral bajo diversas modalidades (actividad, destajo). Particularmente este es el esquema que ha venido imperando en el sector privado de salud, con el agravante de la inestabilidad laboral y sin las prestaciones sociales mínimas determinadas en el código sustantivo del trabajo.

No obstante, el régimen salarial y prestacional del sector privado, así como está definido en el Código Sustantivo del Trabajo y sus reglamentaciones, particularmente lo establecido en la Ley 50/90, difiere sustancialmente del régimen determinado para el sector público a través del sistema de carrera administrativa, pues para éstos últimos, el factor prestacional es casi el 100% más de lo que correspondería por Ley a un trabajador en el sector privado, además con condiciones de estabilidad laboral garantizadas.

En este sentido, la propuesta de ajuste regulatorio estaría encaminada a universalizar en ambos sectores el régimen laboral establecido por la Ley 50, sin perjuicio que cada uno pueda mantener un régimen complementario de beneficios que responda a parámetros de desempeño y productividad del sector, sobre la base de incentivos específicos, claramente definidos, acompañados de sistemas de evaluación y seguimiento objetivos.

La afectación más importante sería a la Ley 489 de 1998 y a la Ley 443 de 1998 y sus respectivas reglamentaciones, las cuales determinan el marco regulatorio del régimen laboral del sector público y de la provisión de empleos. La medida estaría enfocada hacia un desmonte gradual del régimen actual y la transición al nuevo régimen, sin que se vulneren los derechos adquiridos de quienes están inmersos en el actual sistema de carrera, a partir de reglamentaciones orientadas a regular la provisión de empleos en casos de vacancia que no logren ser satisfechas mediante concurso interno y cuando se generen nuevas plazas que conlleven a un proceso de transformación del régimen de contratación específico para dichas vacantes.

El procedimiento sería surtido mediante reporte del gerente o director de la entidad, a la Comisión Nacional del Servicio Civil, para que, previo estudio de las condiciones por las cuales se generó la vacante (descartar abusos por parte de los empleadores en la generación de la vacante) resuelva la transformación de la misma en cuanto al régimen laboral al que se acoge así como al sistema de incentivos. La liberación de recursos de las prestaciones sociales derivadas de la transición, pasarían a ser reserva de un fondo para cofinanciar los planes de incentivos al desempeño y a la productividad. Para ello, se incorporarían las políticas específicas de incentivos y los instrumentos de evaluación del desempeño y productividad de las organizaciones desarrollados por el Ministerio de Salud.

8.6 Requerimientos de información

El problema de equidad debe ser analizado a partir de los tres mercados y en cada caso la unidad de análisis puede ser diferente de acuerdo con la condición que adopta el individual dentro de cada mercado: estudiante, recurso o trabajador.

Tabla 7. Mercado Educativo. Problema Equidad

Hipótesis	Indicador	Variables	Fuentes	Tipo	Tipo análisis	Estudio
Los precios no limitan el acceso de las personas a la educación	Precio de matrículas /SMLV	Precio promedio de matrícula por programas seleccionados por año por tipo de institución (pública- privada)	Instituciones Educativas formales y no formales LEGIS	Primaria Secundaria	Descriptivo, prospectivo	Estudio anual del mercado educativo en salud
Los currículos no cubren las preferencias de los aspirantes	Disponibilidad a pagar por programas seleccionados	Precio de la preferencia por programa por institución	Aspirantes	Primaria	Descriptivo, prospectivo	

En la tabla anterior se postulan los dos condicionantes básicos a partir de los cuales se requiere información para analizar la equidad en el sistema educativo. Estos condicionantes son tanto los precios como las características de los programas. En el primero se estudian los limitantes al acceso a la educación y en el segundo el retorno al pago en términos de calidad y pertinencia de los programas ofrecidos. La información requerida es secundaria de acuerdo con el análisis de bases de datos postuladas.

Tabla 8. Mercado Laboral. Problema Equidad

Hipótesis	Indicador	Variables	Fuentes	Tipo	Tipo análisis	Estudio
No existen diferencias entre las expectativas de las personas cuando ingresan al mercado laboral frente a la remuneración obtenida	Cambio del salario promedio mensual año por grupos de profesiones (tasa de cambio=salrio promedio t_1-salario promedio t_0/salario promedio t_0)	Salario mensual promedio por grupos profesionales del sector salud por año	Encuesta de hogares (adaptada) Encuesta Social Fedesarrollo	Secundaria	Descriptivo, prospectivo	Estudio anual del mercado laboral en salud
	Cambios en el salario promedio mensual de los profesionales del sector / cambios en salario promedio mensual de profesionales en otros sectores	Salario mensual promedio por grupos profesionales de otros sectores por año	Encuesta de hogares (adaptada) Encuesta Social Fedesarrollo	Secundaria	Descriptivo, prospectivo	
	Diferencias en el salario promedio mensual por grupo profesional por tipo de contratación	Salario mensual promedio por grupos profesionales del sector salud por año Tipo de contratación	Organizaciones y grupos profesionales contratados por ellas	Primaria	Descriptivo, prospectivo en casos seleccionados	

En el mercado laboral el problema de equidad se caracteriza como la relación entre la inversión en educación, las expectativas de los recursos y su remuneración en el mercado de servicios. Dado que dicha información se recoge anualmente en las fuentes señaladas, el sistema de información permitiría el seguimiento continuo y la evaluación en los cambios de dichas expectativas.

Tabla 9. Mercado Servicios. Problema Equidad

Hipótesis	Indicador	Variables	Fuentes	Tipo	Tipo análisis	Estudio
Los costos de producir servicios de salud no son competitivos para las organizaciones frente a los precios de venta de servicios	**Cambios en la participación del costo de RRHH en la producción de servicios** (Costos del RRHH en la producción de servicios seleccionados /precio de venta de los servicios)	Costo de recurso humano según grupos profesionales en servicios seleccionados por año Precios promedio de venta de los servicios seleccionados por año	Organizaciones de servicios	Primaria	Descriptivo, prospectivo en casos seleccionados	Estudio de productividad en las organizaciones de servicios de salud

En el mercado de servicios la información requerida para establecer condicionantes de equidad hace relación a los costos diferenciales de los recursos humanos frente al precio de los servicios y el efecto limitante que pueda tener para el acceso de la población a los mismos. Esta información puede ser recolectada a través del estudio de productividad.

8.7 Financiamiento

Para lograr un proceso de ejercicio profesional equitativo, se deben formular políticas de Estado que articulen todo el sector. Salud deberá aportar el estudio de competitividad el cual tendría los siguientes costos:

Recurso humano	291,600,000.00
Recurso tecnológico	54,000,000.00
Recurso físico	200,000,000.00
Subtotal	545,600,000.00
Encuesta sector educativo	500,000,000.00
Encuesta sector productivo	500,000,000.00
Total	**1,545,600,000.00**

9 Operativización del plan

Después de observar y analizar la información precedente, queda por desarrollar la forma en la cual podrá ser ejectuado y operativizado de la mejor forma posible el plan para lograr que finalmente se produzcan los efectos que se esperan de él. Existe una gran cantidad de intervenciones para poder ejecutar el plan, que en primer lugar deberá articular los sectores laboral, educativo y de prestación de servicios. De igual forma requerirá de la inscripción de proyectos de gran envergadura para el mediano y largo plazo con la finalidad de conseguir los recursos financieros necesarios. Todo esto conduce a que el plan debe ser visto desde diferentes perspectivas y los métodos utilizados en el presente capítulo toman en cuenta el plazo de ejecución, los entes ejecutores y uno último relacionado con la prioridad de intervención y el impacto esperado dentro del sector salud.

Según el plazo de ejecución se tiene una clasificación de intervenciones en el corto, mediano y largo plazo y se distribuyen de acuerdo a como aparecen en la tabla siguiente.

Plazo / Política	Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo
Política de información			
Rediseño Institucional	- Completar información de educación superior (*Ajustes decretos 1403/93 y 1225/96 del Ministerio de Educación*). - Incluir Educación No Formal en estadísticas (*Ajustes decretos 1849/92 y 114/96 del Ministerio de Salud, y decreto 1860/94 del Ministerio de Educación*)	Proyecto de Administración de Información (*Proyecto*)	
Estrategia de Divulgación	- Publicación de reporte anual		
Política de disponibilidad y distribución			
Rediseño Institucional	Fortalecimiento de Consejo Nacional de Acreditación (*Ajustes a la ley 30/92 y al decreto 1413/01 del Ministerio de Educación*). Apoyo de Sociedades Científicas y Grupos académicos nacionales e internacionales (*Proyecto de ley*)	Creación de Superintendencia Nacional de la Educación Superior o Fortalecimiento Administrativo del ICFES (*Ajustes a la ley 30/92 y al decreto 1413/01 del Ministerio de Educación*).	
Acreditación de IPS	Diseño y aplicación de parámetros para certificación y acreditación de IPS que participen en convenios docente asistenciales (*Ajustes a leyes 10/90 y 100/93 artículo 153, resolución 5261/94 y decretos 2174/96, 2753/97,*	Desarrollo total del Sistema de Garantía de la Calidad del Sistema de Seguridad Social en Salud (*Implementación del decreto 2357/97, Ministerio de Salud*).	

Plazo / Política	Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo
	1918/94, 2357/97, 190/96 del Ministerio de Salud).		
Incentivos para la Redistribución	Reorientación de programas de Becas Crédito (*Ajustes a ley 100/93, artículo 193 y decretos 1038/95 y 1152/99 del Ministerio de Salud*).	Reorientación del Servicio Social Obligatorio con base en los nuevos perfiles formados por el sistema educativo (*Ajustes a ley 50/81, resoluciones 2865/94, 2317/85, 795/95, 8416/93, 2383/99, 2722/00, 2893/00 y decretos 2396/81, 3289/82, 1155/93 y 3448/83 del Ministerio de Salud*).	
Política de calidad			
Rediseño Institucional	Creación y cumplimiento de los estímulos para la acreditación en educación (*Ajustes a ley 30/92 y decreto 1038/95 del Ministerio de Educación. Nueva reglamentación)*	Fortalecimiento de la capacidad administrativa y financiera del CNA (*Ajustes a ley 30/92 y decretos 1413/01, 1176/99, 2791/94, 1475/96 del Ministerio de educación*)	
Formación por ciclos y acreditación de programas no formales	- Revisión de programas no formales (*Ajustes a ley 115/94 y decretos 0114/96, 1849/92 del Ministerio de Educación y decreto 114/96 del Ministerio de Salud*). - Estandarización de contenidos en los programas no formales (*Ajustes a ley 115/94 y decretos 0114/96, 1849/92 del Ministerio de Educación y decreto 114/96 del Ministerio de Salud*).	Educación no formal con créditos en educación formal Comisiones territoriales de acreditación de programas no formales (*Ajustes a ley 115/94 y decretos 0114/96, 1849/92 del Ministerio de Educación y decreto 114/96 del Ministerio de Salud*).	
Reorientacion de perfiles	Establecer perfiles prioritarios de especialistas y auxiliares (*Ajustes a Decretos 2184/96, 1002/78 y 7184/78 del Ministerio de Salud, y decreto 917/01 de Ministerio de Educación. nueva reglamentación*).	Flexibilización curricular (*Ajuste al decreto 917/01 del Ministerio de Educación y nueva reglamentación*)	
Reentrenamiento de Recurso Humano disponible	Profundizar en identificación de problemas de capacitación	Programa de reentrenamiento laboral	
Fortalecimiento Sociedades Científicas	- Transformación institucional - Reorganización de estatutos	Transformación en entidades de apoyo a la certificación (*Ajustes a ley 30/92 y Nueva reglamentación*)	
Certificación y Recertificación docente y asistencial	- Diseño de instrumentos - Certificación docente (*Nueva reglamentación*).	Programa de certificación asistencial (*Nueva reglamentación*).	Programa de certificación y recertificación docente y asistencial (*Nueva reglamentación*).
Política de productividad			
Estudio de Productividad	Diseño de instrumentos	Estudio	Estudio
Modelo de Benchmarking	- Selección de procesos - Inicio programa Plan Padrinos (*Nueva reglamentación*).	Aplicación modelo	Aplicación modelo

Plazo / Política	Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo
Política de competitividad			
Estudio de Competitividad	Diseño de instrumentos	Estudio	Estudio
Regulación práctica independiente	- Regulación de relación laboral entre IPS y administradoras de recursos (*Ajustes a decreto 2753/97 y normas relacionadas del Ministeri de Salud*). - Seguridad Social para trabajador independiente (*Ajustes a ley 100/93 y nueva reglamentación*).		
Condiciones de contratación públicas y privadas		Flexibilizar la contratación pública (*Ajustes a leyes 489/98 y 443/98 y sus decretos reglamentarios*	Mejorar la productividad en prestadores de servicios

Cuando se tiene en cuenta el sector de la economía que tendrá influencia directa en la implementación de una reforma y en la puesta en práctica de una política diseñada, los sectores que intervienen principalmente son educación, salud y trabajo el cual deberá ser ayudado en alguna medida por la Función Pública. Entre estos es posible que se encuentren actividades compartidas en algún momento aunque no siempre es necesario el trabajo simultáneo. Lo que si es obligatorio es el trabajo articulado que se realice entre ellos.

Sector / Política	Salud	Educación	Trabajo
Política de información			
Rediseño Institucional	- Completar información de educación superior - Incluir Educación No Formal en estadísticas - Proyecto de Administración de Información		
Estrategia de Divulgación		Publicación de reporte anual	
Política de disponibilidad y distribución			
Rediseño Institucional	- Fortalecimiento de Consejo Nacional de Acreditación - Apoyo de Sociedades Científicas y Grupos académicos nacionales e internacionales		
		Creación de Superintendencia Nacional de la Educación Superior o Fortalecimiento Administrativo del ICFES [1]	
Acreditación de IPS	Diseño y aplicación de parámetros para certificación y acreditación de IPS que participen en convenios docente asistenciales		
	Desarrollo del Sistema de Garantía de la Calidad del Sistema de Seguridad Social en Salud		
Incentivos para la Redistribución	- Reorientación del Servicio Social Obligatorio con base en los nuevos perfiles		

Sector / Política	Salud	Educación	Trabajo
	formados por el sistema educativo - Reorientación de programas de Becas Crédito.		
Politíca de calidad			
Rediseño Institucional		Creación y cumplimiento de los estímulos para la acreditación en educación[2] Fortalecimiento de la capacidad administrativa y financiera del CNA	
Formación por ciclos y acreditación de programas no formales	- Revisión de programas no formales - Estandarización de contenidos en los programas no formales - Educación no formal con créditos en educación formal - Comisiones territoriales de acreditación de programas no formales		
Reorientacion de perfiles	- Establecer perfiles prioritarios de especialistas y auxiliares - Flexibilización curricular		
Reentrenamiento de Recurso Humano disponible	- Profundizar en identificación de problemas de capacitación - Programa de reentrenamiento laboral		
Fortalecimiento Sociedades Científicas	- Transformación institucional - Reorganización de estatutos		
	Transformación en entidades de apoyo a la certificación		
Certificación y Recertificación docente y asistencial	- Diseño de instrumentos - Programa de certificación y recertificación asistencial	Certificación y recertificación docente	
Política de productividad			
Estudio de Productividad	Estudio de Productividad		
Modelo de Benchmarking	- Selección de procesos - Inicio programa Plan Padrinos - Aplicación modelo		
Política de competitividad			
Estudio de Competitividad	Estudio de Competitividad		
Regulación práctica independiente	Regulación de relación laboral entre IPS y administradoras de recursos Seguridad Social para trabajador independiente		Regulación de relación laboral entre IPS y administradoras de recursos Seguridad Social para trabajador independiente
Condiciones de contratación públicas y privadas	Mejorar la productividad en prestadores de servicios		Flexibilizar la contratación pública

1 Con apoyo de Departamento Administrativo de la Función Pública y otros sectores
2 Requiere del apoyo de otros sectores del Estado tales como Hacienda, Desarrollo, entre otros.

La prioridad dada a cada uno de los planteamientos de política fue agrupada por alta, media o baja. Teniendo en cuenta las proyecciones que se presentaron en el documento de problemas críticos (Ruíz, 2000) y las políticas que llegarían a influir en mayor medida sobre el desempeño y empleo de los recursos humanos en salud, la consideración que

tuvo mayor peso comparativamente se relacionó con el control que se le debía realizar a las instituciones formadoras de recurso humano en salud. Por tal motivo figuran con prioridad alta las medidas tendientes a frenar en alguna medida el crecimiento en cantidad de graduados de las diferentes profesiones y las políticas tendientes a lograr la mejor información posible que permita a los diferentes protagonistas (bachilleres, padres de familia, IPS, entidades formadoras de recursos humanos, Estado) tomar decisiones acertadas. La agrupación por prioridad fue la siguiente:

Prioridad / Política	Alta	Media	Baja
Política de informacion			
Rediseño Institucional	- Proyecto de Administración de Información - Completar información de educación superior - Incluir Educación No Formal en estadísticas		
Estrategia de Divulgación	Publicación de reporte anual		
Política de disponibilidad y distribucion			
Rediseño Institucional	- Creación de Superintendencia Nacional de la Educación Superior o Fortalecimiento Administrativo del ICFES - Fortalecimiento de Consejo Nacional de Acreditación	Apoyo de Sociedades Científicas y Grupos académicos nacionales e internacionales	
Acreditación de IPS	Diseño y aplicación de parámetros para certificación y acreditación de IPS que participen en convenios docente asistenciales	Desarrollo total del Sistema de Garantía de la Calidad del Sistema de Seguridad Social en Salud	
Incentivos para la Redistribución		Reorientación del Servicio Social Obligatorio con base en los nuevos perfiles formados por el sistema educativo	Reorientación de programas de Becas Crédito
Política de calidad			
Rediseño Institucional	Fortalecimiento de la capacidad administrativa y financiera del CNA	Creación y cumplimiento de los estímulos para la acreditación en educación	
Formación por ciclos y acreditación de programas no formales		- Revisión de programas no formales - Estandarización de contenidos en los programas no formales	- Educación no formal con créditos en educación formal - Comisiones territoriales de acreditación de programas no formales
Reorientacion de perfiles	Flexibilización curricular	Establecer perfiles prioritarios de especialistas y auxiliares	
Reentrenamiento de Recurso Humano disponible		- Identificar problemas de capacitación - Programa de reentrenamiento laboral	
Fortalecimiento Sociedades Científicas	Transformación en entidades de apoyo a la certificación		
Certificación y Recertificación docente y	Certificación docente Certificación asistencial		

Prioridad / Política	Alta	Media	Baja
asistencial			
Política de productividad			
Estudio de Productividad		Estudio de productividad	
Modelo de Benchmarking		- Selección de procesos - Inicio programa Plan Padrinos plicación modelo	Aplicación modelo
Política de competitividad			
Estudio de Competitividad		Estudio de competitividad	
Regulación práctica independiente	Seguridad Social para trabajador independiente	Regulación de relación laboral entre IPS y administradoras de recursos	
Condiciones de contratación públicas y privadas	Mejorar la productividad en prestadores de servicios	Flexibilizar la contratación pública	

Por último, es apropiado tener en cuenta que para que muchas de las propuestas aquí realizadas se puedan llevar a cabo, es necesario que el país avance hacia una verdadera política de paz que permita al Estado hacer presencia en todas las zonas del país.

10 Referencias

Vélez C.E ., 1999 Eficiencia equidad y reestructuración sectorial del gasto público social. En Cárdenas M.C., Lusting N. (Compiladores) Pobreza y Desigualdades en América Latina, TM Editores Fedesarrollo Lacea Colciencias, p.p. 211-250. Bogotá, 1999.

Londoño J; Frenk, J. "Pluralismo Estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud de América Latina". Observatorio de la salud, 1998.

República de Colombia, Ley 100 de 1993, Sistema de Seguridad Social Integral. Ecoe ediciones 6ª. Reimpresión: Bogotá, D.C. agosto de 1999.

Rosas, G, Acosta, O "Comisión de Racionalización del Gasto y las Finanzas Públicas" Colombia, Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Tomo III, pág 145, Bogotá 1997.

DNP, Análisis Módulo de Seguridad Social, Encuesta de Calidad de Vida, 1997.

DANE, Encuesta Nacional de Hogares Marzo 2000.

Pinzón J "Análisis Descriptivo de Equilibrio Económico del Régimen Subsidiado en Salud en Colombia" ASS 759B-00, Cendex Pontificia Universidad Javeriana.

República de Colombia, Ley 100 de 1993, Sistema de Seguridad Social Integral. Ecoe ediciones 6ª. Reimpresión: Bogotá, D.C. agosto de 1999.

Superintendencia Nacional de Salud. Informe de Afiliados al Régimen Contributivo, noviembre del 2000, pag 11.

Eslava J, Mapa Normativo y de Incentivos del Régimen Subsidiado, Compilación 1993-2000, ASS 849-01 Cendex – Pontificia Universidad Javeriana.

OMS, World Health Report 2000 "Health Systems: Improving Performance"

O´Meara, G "Análisis descriptivo del mercado de aseguramiento de salud en Colombia, ASS 756-00, Cendex Pontificia Universidad Javeriana.

Ruiz, F "La oferta educativa en salud en Colombia, instituciones y programas. ASS 846-01, Cendex Pontificia Universidad Javeriana.

Esguerra, Acosta, Nigrinis, "Señales de alerta en el sector salud" Coyuntura Social, febrero 2001, Fedesarrollo – Fundación Corona.

O´Meara, G "Diagnóstico Integral de la Oferta en Bogotá", ASS 160-98, Cendex Pontificia Universidad Javeriana.

Roselli, Otero, Heller, Calderón, Moreno, Pérez "La Medicina Especializada en Colombia, Una aproximación diagnóstica", 1era edición junio 2000, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana.

"La Reforma de los Sistemas de Asistencia Sanitaria, Estudio de diecisiete países de la OCDE" Ministerio de Sanidad y Consumo Boletín Oficial del Estado, Madrid 1998.

Eslava J "Diagnóstico de Políticas Generales que Orientan a los Recursos Humanos". ASS 818-01. Cendex – Pontificia Universidad Javeriana.

Ordóñez S, "Evolución de la Reforma en Salud" Coyuntura Social, febrero 2001, Fedesarrollo – Fundación Corona.

Patiño, J, Comisión de salud de la Academia Nacional de Medicina de Colombia "Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud" 2da impresión Bogotá 1999.

Morales L, Chavarriaga I, Barrero J "Las condiciones laborales de los médicos en Colombia" 1996-1998. Vía Salud No.8, segundo trimestre de 1999. Centro de Gestión Hospitalaria.

"Acreditación de programas de Formación y Entrenamiento en Salud", Unión temporal ASCOFAME, ASSALUD, AUPHA y Facultad de Medicina CES.

Eslava J "Incidencia de la regulación en los problemas críticos del recurso humano de salud en Colombia". ASS 824-01. Cendex – Pontificia Universidad Javeriana.

Ministerio de Salud, Dirección de estudios económicos e inversión pública. "El plan obligatorio de salud –POS- Contributivo y Subsidiado". Estudio de Costos, 1998.

Ruiz F, et al "Problemas Críticos para el Desempeño de los Recursos Humanos en Salud y en Escenarios de Ajustes de Políticas" ASS 819-01, Cendex Pontificia Universidad Javeriana.

Leal, Gladys "Situación Actual de los Recursos Humanos en Salud y Proyecciones a Corto y Largo Plazo, Colombia, 1994-2000-2024". Ministerio de Salud, 1996.

Ley 30 de 1992, por la cual se organiza el servicio público de la educación superior.

O´Meara G "Diagnóstico Integral de la Oferta en Bogotá", ASS 160-98, Cendex Pontificia Universidad Javeriana.

Matallana M, "Análisis Calidad Recurso Humano" ASS 848-01, Cendex – Pontificia Universidad Javeriana.

North Douglass, "Institutions". Journal of Economic Perspectives 5 (Winter): 97-112. 1991.

Valencia, Leonor Antonia et al "El Talento Humano de la Salud en Colombia", Supersalud, 1997.

Vivas Jorge, et al, "El Sistema Nacional de Salud" Fedesarrollo, 1988.

Williamson Oliver, "The Mechanisms of Governance". 1999