

Contenido

1	INTRODUCCIÓN	2
2	JUSTIFICACIÓN.....	2
3	ANTECEDENTES	3
3.1	ESTUDIOS PREVIOS.....	3
3.2	CONTEXTO REGIONAL	5
3.3	MARCO CONCEPTUAL	5
4	CARACTERIZACIÓN	7
5.1	Oferta Educativa.....	9
5.2	Prestación de servicios	11
5.3	Mercado Laboral	12
6	DESAFÍOS.....	14
6.1	Información y conocimiento.....	14
6.2	Ejercicio y desempeño del talento humano en salud	15
6.3	Pertinencia y calidad de la formación	16
6.4	Residencias médicas.....	16
6.5	Uso de tecnologías y tendencia a la especialización.....	17
6.6	Desequilibrios regionales.....	17
7	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
8	ESTRATEGIAS Y LINEAS DE ACCIÓN	20
8.1	Estrategia 1. Gestión de la información y el conocimiento	20
8.1.1	Gestión de la información.....	21
8.1.2	Gestión del conocimiento.....	21
8.2	Estrategia 2. Alineación de la regulación y los incentivos.....	21
8.2.1	Calidad y pertinencia de la formación.....	22
8.2.2	Ejercicio y condiciones de desempeño.....	22
8.3	Estrategia 3. Formación y gestión del Talento Humano en Salud mediante un enfoque por competencias.....	22
8.4	Estrategia 4. Desarrollo de los Sistemas de Formación Continua y de Recertificación del Talento Humano en Salud.....	23
8.4.1	Diseño y desarrollo del Sistema de Formación Continua.....	24
8.4.2	Diseño y desarrollo del Sistema de Recertificación.....	24
8.5	Estrategia 5. Fortalecimiento institucional.....	24

POLÍTICA NACIONAL DE TALENTO HUMANO EN SALUD

Documento para discusión NO CITAR

1 INTRODUCCIÓN

Este documento presenta la política del Talento Humano en Salud, con el propósito de promover y articular acciones intersectoriales en torno a i) el cumplimiento de los objetivos del sistema de salud, en particular el acceso universal y efectivo a la salud, bajo condiciones de equidad y calidad, garantizando su sostenibilidad; ii) el mejoramiento de las condiciones para la formación, desempeño, gestión y desarrollo del recurso humano en salud del país¹; y iii) el desarrollo de los compromisos internacionales que en materia de talento humano en salud ha adquirido el país con organismos como OMS/OPS, OIT, Comunidad Andina y Unasur.

Esta política busca orientar las acciones intersectoriales de los agentes públicos y privados que intervienen en los mercados educativo, laboral y de servicios de salud a partir de reconocimiento de sus características, particularmente la descentralización, a autonomía de sus instituciones, la participación de agentes privados y interacción elementos regulatorios y de mercado en la dinámica de cada uno de ellos, y plantea líneas de acción de corto plazo, mediano y largo plazo, acordes con las necesidades de la población, los objetivos, y las capacidades del sistema de salud colombiano.

La política desarrolla contribuye al desarrollo de Ley 1164 de 2007 o Ley de Talento humano en Salud, la Ley 1438 de 2011² y se enmarca en la estrategia del Sistema Nacional de Formación de Capital Humano definida en el Documento Conpes 3674 de 2010.

2 JUSTIFICACIÓN

Los recursos humanos son el fundamento de los sistemas de salud, cualquiera sea su modelo de organización y funcionamiento. A través de la acción del Talento Humano en Salud se materializa el derecho a la salud y garantiza el acceso a los servicios de salud y la calidad de los mismos.

Es abundante la literatura que muestra la relación entre la disponibilidad y calidad del personal sanitario y los resultados en salud de los sistemas de salud³. De igual forma, la eficiencia en el desempeño y sostenibilidad de los sistemas de salud y sus instituciones, son altamente dependientes del recurso humano⁴. Sin embargo, las características de cada sistema,

¹ En el presente documento se usará de manera indistinta las expresiones 'talento humano en salud' o 'recurso humano en salud'.

² El Artículo 97 de la Ley 1438 establece: "El Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, definirá la política de Talento Humano en Salud que oriente la formación, ejercido y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PARÁGRAFO. La Política de Talento Humano en Salud consultará los postulados de trabajo decente de la OIT."

³ Un estudio realizado en 2004 en 117 países, concluyó que la densidad de los recursos humanos de salud es importante para explicar la mortalidad materna, la mortalidad infantil y las tasas de mortalidad de menores de cinco años de edad. Véase: Anand S. Barnighausen T. Human resource and health outcomes: cross-country econometric study. The Lancet 2004; Volumen 364: pp. 1603-09. OPS/OMS Metas Regionales.

⁴ "Más que cualquier otra organización, las organizaciones de salud son altamente dependientes de su fuerza laboral. El crecimiento y desarrollo de cualquier organización dependen de la disponibilidad de una fuerza de trabajo apropiada, de sus competencias y nivel de esfuerzo al tratar de realizar las tareas que se asignan. Los costos económicos y humanos de tener pobres

establecen requerimientos diferentes en cuanto a la cantidad, distribución, calidad y organización de sus recursos humanos.

La reforma al sistema de salud introducida por la Ley 1438 de 2011, en especial la estrategia de Atención Primaria en Salud, y los objetivos establecidos por el Gobierno Nacional en materia de cobertura del aseguramiento, equidad en el acceso a la salud, mejoramiento de la calidad de los servicios, sostenibilidad del sistema, unificación y actualización de los planes de beneficios, plantean enormes desafíos en la formación, distribución y gestión de los recursos del sistema de salud.

Por tal razón, la política propuesta se funda en el reconocimiento de la importancia que tiene el Talento Humano como factor crítico para lograr los objetivos del Sistema de Salud y acoge los siguientes principios planteados por OPS/OMS:

***“Los recursos humanos son la base del sistema de salud:** El desarrollo de los recursos humanos en salud conforma la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. La contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la capacidad del sistema de salud de asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población.*

***Trabajar en salud es un servicio público y una responsabilidad social:** El trabajo en salud es un servicio público y un bien social de gran importancia para el desarrollo humano. Es necesario un equilibrio entre los derechos y responsabilidades sociales de los trabajadores de salud y los derechos sociales y responsabilidades de los ciudadanos que merecen la atención y el derecho a la salud.*

***Los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo:** El desarrollo de los recursos humanos en salud es un proceso social (no exclusivamente técnico), orientado a mejorar la situación de salud de la población y la equidad social, a través de una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada. Este proceso social tiene como uno de sus protagonistas a los trabajadores de la salud.”⁵*

3 ANTECEDENTES

3.1 ESTUDIOS PREVIOS

La reforma del sistema de salud establecida con la Ley 100 de 1993 no contó con estudios previos sobre recursos humanos en salud que le dieran mayor soporte a sus objetivos y previeran el impacto que su implementación tendría sobre los recursos humanos.

Posteriormente se reconoció la necesidad de contar estudios que permitieran su desarrollo en los años siguientes y con ese fin el Gobierno Nacional encargó a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard la realización de un estudio⁶, cuyos resultados identificaron factores críticos para la implementación exitosa de la reforma de 1993, entre los cuales se destacan:

recursos humanos en salud son particularmente altos en el sector salud. La calidad de los servicios de salud, su eficacia, eficiencia, acceso y viabilidad dependen básicamente del desempeño de quienes los atienden.” Gilles Dussault and Carl-Ardy Dubois. Human resources for health policies: a critical component in health policies. Human Resources for Health 2003. <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1>.

⁵ OPS/OMS. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. 27° Conferencia Sanitaria Panamericana y 59° Sesión Del Comité Regional. Washington, D.C. octubre del 2007.

⁶ Reforma de Salud en Colombia y Plan Maestro de Implementación, Facultad de Salud Pública, Universidad de Harvard, 1996.

- Recurso humano con destrezas y conocimientos acordes con el contexto empresarial y competitivo del SGSSS.
- Formación de destrezas clínicas orientadas al manejo de las afecciones que representan la mayor carga de enfermedad en Colombia.
- Un sistema de calidad para el recurso humano con un componente de acreditación oficial, rutinario y riguroso, que podría tener un carácter voluntario, que actúe como mecanismo regulador del mercado.

Frente a estos desafíos se detectaron dificultades y obstáculos que en su momento requerían atención y acciones concretas: i) falta de algunos tipos del talento humano; ii) mala distribución de este en el país; iii) baja utilización de médicos en el primer nivel de atención; iv) falta de información sobre muchos aspectos y; v) ausencia de una institución encargada de la planeación de los recursos humanos y de su adecuada capacitación.

Los resultados del Informe Harvard, fueron la base para iniciar en 1996 el desarrollo del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud, PARS, mediante el cual el Gobierno Nacional auspició una serie de estudios relacionados con los temas básicos para el avance en el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre ellos el relacionado con recursos humanos, publicados en el año 2002:

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

Con estos estudios el país logró obtener información importante frente a la oferta de formación y la disponibilidad de recursos humanos en salud que orientó la toma de decisiones importantes, particularmente desde el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior y la relación docencia servicio, para mejorar la formación y disponibilidad de personal sanitario en el país⁷.

En 2005 se realizó un estudio sobre los perfiles ocupacionales y normas de competencia laboral para auxiliares en las áreas de la salud⁸ que permitió racionalizar las denominaciones de los programas y titulaciones de los auxiliares en salud y definir procesos de formación por competencias para este talento humano. Los perfiles propuestos en el estudio se adoptaron mediante el Decreto 3616 de 2005.

También se desarrollaron estudios para actualizar la información sobre los mercados educativo, laboral y de servicios, y establecer el stock y las proyecciones de recursos humanos en salud⁹.

⁷ Estos documentos sustentaron la expedición de las normas que actualizaron el modelo de evaluación docencia servicio de los programas de formación superior en salud.

⁸ Perfiles ocupacionales y normas de competencia laboral para auxiliares en las áreas de la salud, Cendex 2005 (2ª edición, 2007).

⁹ Servicio Social Obligatorio y Becas Crédito, Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia 2006 y Recursos Humanos de la Salud en Colombia, Cendex (Ediciones 2007 y 2008).

3.2 CONTEXTO REGIONAL

En el contexto regional, los recursos humanos pasaron de ser un aspecto ignorado en las reformas sectoriales de la década de los noventa, a ser reconocidos como un factor crítico para el logro de los objetivos de los sistemas de salud, alrededor del cual se originaron varias iniciativas regionales, entre las cuales se destacan:

- I Cumbre de las Américas, Miami 1994. Establece un mandato a la OPS para que incluya en la cooperación técnica los temas de recursos humanos.
- Iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos en Salud, promovida por la OPS en Santiago de Chile 1999.
- Organización de Naciones Unidas, Declaración de los objetivos del Milenio la Cumbre del Milenio, Nueva York 2000.
- OPS/OMS. Resolución CD43-R6 de 2001, insta a los Estados Miembros al desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los Recursos Humanos en el Sector Salud e invita a participar activamente en la iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos.
- OPS/OMS. Resolución CD45-R9 de 2004, solicita a los Estados Miembros liderar eficazmente el establecimiento de un programa nacional para el desarrollo de recursos humanos en salud.
- Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, Toronto 2005. Llamado a la acción *“para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud, que ayuden al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las prioridades nacionales de salud y al acceso a servicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para el 2015”*¹⁰
- OMS. Informe Mundial de la Salud, Colaboremos por la Salud Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, 2006. Declara el Año Internacional de los Recursos Humanos en Salud y presenta una evaluación de la crisis global de personal sanitario así como propuestas para abordarla.¹¹
- Organización Internacional del Trabajo, OIT, “Trabajo decente en las Américas: una agenda hemisférica, 2006-15; XVI Reunión Regional Americana, Brasilia, mayo de 2006”.
- Conferencia Sanitaria Panamericana y 59° Sesión Del Comité Regional OPS/OMS. Washington D.C., 2007. Define las Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud la década 2007-2015 que deberían *“...promover la equidad en salud y el acceso universal a la salud, apoyando el desarrollo integrado de sistemas de salud basados en la atención primaria y los equipos multidisciplinares y (...) entornos de trabajo saludables tanto para los pacientes como para los trabajadores.”*
- Comunidad Andina. En la XXVIII REMSAA de 2007 se solicita a la Secretaría Ejecutiva la consolidación de un Plan Andino de Recursos Humanos en Salud.

3.3 MARCO CONCEPTUAL

La dinámica del Talento Humano en Salud es el resultado de una compleja red de relacionamientos entre diversos actores, agentes y sistemas, cuyas decisiones y acciones responden a lógicas e intereses diferentes, en las que se mezclan elementos técnicos, económicos, políticos y de regulación.

Para el caso de Colombia se considera que al menos siete diferentes mercados interconectados intervienen en la dinámica del sistema de salud: financiero, de aseguramiento y de provisión de servicios, educativo, farmacéutico, de tecnología médica y de proveedores de insumos médicos, de los cuales tres son fundamentales para el talento humano en salud: educativo, laboral y de servicios, cuyo funcionamiento e interacción se resume así:

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud OPS. Llamado a la Acción de Toronto 2006-2015. “Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas”.

¹¹ <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html> .

“El mercado de recursos humanos es interdependiente con al menos otros dos mercados: el educativo y el de servicios. En el primero, el bien transable es la educación, que en el caso de la salud, tiende a ser heterogéneo, diversificado y jerarquizado.

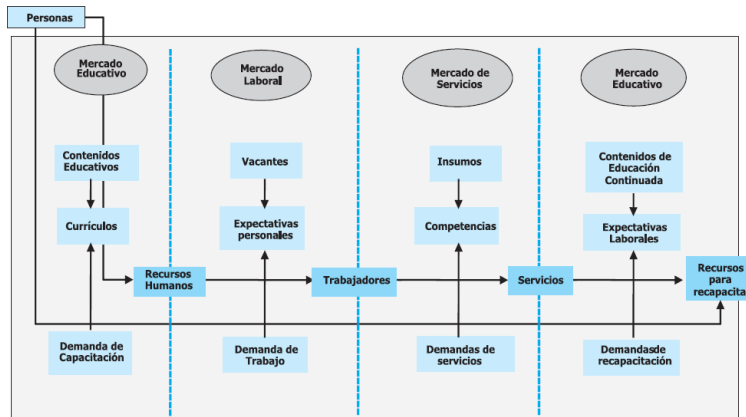
“En el segundo, el bien está constituido por el servicio en sí mismo, también es heterogéneo y su producción se da en forma instantánea, desde el momento que se genera la demanda.

“Consecuentemente, el mercado laboral intermedia el educativo, el de servicios y a su vez, depende de ellos. Tanto el educativo como el de servicios son autónomos y su retroalimentación genera diferentes asimetrías de información, externalidades y efectos intertemporales. La reacción del mercado educativo ante los cambios del mercado de servicios (salariales por ejemplo) tiende a ser tardía y está determinada por la limitada información disponible para los demandantes de educación, dado que un proceso de producción de recursos humanos requiere de planeación y formación en el mediano plazo.”¹²

El reconocimiento y comprensión de las relaciones dinámicas e interdependientes de los mercados y sus agentes, es fundamental para trazar las líneas de política y estrategias de talento humano, en un sistema de salud segmentado y descentralizado como el colombiano, donde participan instituciones que gozan de amplia autonomía y confluyen elementos normativos y de mercado, donde no es factible establecer un modelo de planificación centralizado de los recursos humanos.¹³

Estas relaciones definen el marco de la acción reguladora del Estado y de la rectoría del Gobierno Nacional a través de sus ministerios, para que a través de normas legales e incentivos, las acciones de los agentes que intervienen en los mercados, estén alineadas con las necesidades de salud de la población, interpretadas en los objetivos del Sistema de Salud, y con las expectativas del talento humano en salud.

Gráfico 3: Ciclo de transformación del recurso humano



Fuente: Los Recursos humanos de la salud en Colombia Balance, competencias y prospectiva, Cendex 2001

Se destaca que la disponibilidad de recursos humanos en salud depende en gran medida del sistema educativo, esto es, de instituciones y programas educativos, cupos, matrículas, deserción y egresados de los mismos, y de la capacidad del sistema de prestación de servicios

¹² RUIZ, Fernando y otros. Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. 3ra edición. Bogotá D.C.: Pontificia Universidad Javeriana-CENDEX, Ministerio de la Protección Social, 2008.

¹³ Plan de Largo Plazo para el Desarrollo y Fortalecimiento de los Recursos Humanos de Salud en Colombia, Unión Temporal Pontificia Universidad Javeriana – Fedesarrollo - Family Health Foundation, Colombia 2001.

para disponer de escenarios de prácticas formativas adecuados. La idoneidad del talento humano frente a los requerimientos del sistema de salud y sus instituciones, también depende en un alto grado del sistema educativo, que no siempre entrega al sistema de salud los profesionales, técnico y auxiliares con las competencias necesarias para satisfacer sus demandas.¹⁴

4 CARACTERIZACIÓN

Para el año 2011, se estima que en Colombia había más de 425 mil personas formadas en profesiones y ocupaciones del área de la salud, de los cuales 52,0% corresponden profesionales y 48,0% a técnicos y auxiliares¹⁵.

Tabla 1. Stock de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud

Oferta de Talento Humano en Salud		
PROFESIÓN	Stock 2011	Densidad
MEDICINA	77.473	16,8
ODONTOLGÍA	39.738	8,6
ENFERMERIA	42.295	9,2
BACTERIOLOGÍA Y LAB. CLINICO	20.454	4,4
NUTRICION Y DIETÉTICA	4.096	0,9
TERAPIAS	30.948	6,7
OTROS	6.619	1,4
SUBTOTAL PROFESIONALES	221.623	N.A.
TÉCNICOS Y AUXILIARES	204.626	44,4
TOTAL GENERAL	426.249	N.A.

Nota: Densidad: Número de profesionales por cada 10 mil habitantes. OMS/OPS recomienda un mínimo de 25 médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes. Colombia está en el mínimo con 25,4.

Fuente: RUIZ, Fernando y otros. Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. 3ra edición. Bogotá D.C. Pontificia Universidad Javeriana-CENDEX, Ministerio de la Protección Social, 2008.

De este número, tres cuartas partes son mujeres, lo cual implica que por cada hombre hay 3 mujeres que han sido formadas en una ocupación o profesión del área de la salud. Salvo en medicina, que es la única disciplina donde hay menos mujeres que hombre, con una relación de nueve mujeres por cada diez hombres, en las demás ocupaciones y profesiones se observa una mayor proporción de mujeres, siendo particularmente alta en el nivel auxiliar.

Tabla 2. Caracterización del Talento Humano en Salud

Nivel de formación	Índice de masculinidad	Distribución por grupos etarios			
		Menores de 26 años	Entre 26 y 35 años	Entre 36 y 50 años	Mayores de 50 años
Auxiliares	6,5	31,40%	42,60%	21,50%	4,40%
Técnicos y tecnólogos	2,4	18,30%	59,20%	19,50%	3,00%
Profesionales	2,6	6,20%	66,30%	23,40%	4,10%
<i>Enfermería</i>	7,6	11,10%	67,50%	18,50%	2,90%
<i>Medicina</i>	0,9	2,80%	62,00%	29,40%	5,90%
<i>Odontología</i>	2,4	5,00%	63,00%	28,30%	3,70%
<i>Bacteriología</i>	7,3	7,30%	73,70%	15,30%	3,60%
<i>Fisioterapia</i>	8,8	7,40%	78,00%	14,00%	0,60%
Total todos los niveles de formación	3,0	12,30%	60,80%	22,80%	4,10%

Índice de masculinidad: Número de mujeres por cada hombre.

Fuente: Cálculos realizado por la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, con base en la información de registros expedidos y reportados por la Direcciones Departamentales de Salud y las bases de datos de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, PILA.

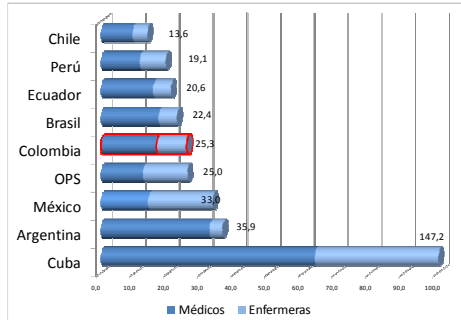
¹⁴ Nigenda G. y Ruiz J. (2010) Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planeación estratégica. México?

¹⁵ Del stock total, no todos están trabajando en el sector salud y de los que están en el sector, no todos se desempeñan en áreas o actividades asistenciales.

En general el talento humano del área de la salud corresponde a población joven. El 73%, del stock estimado corresponde a personas menores de 35 años, mientras que solo 4,1% corresponde a mayores de 50 años.

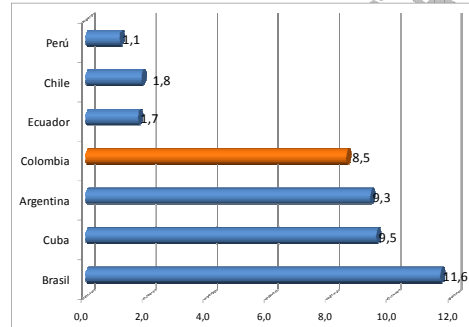
La densidad de recursos humanos en salud ha tenido un aumento progresivo y sostenido a través del tiempo, lo cual se explica por el incremento significativo de la oferta educativa medida en términos del número de programas de formación superior ofrecidos en el país y el número de egresados anuales de los mismos. Para 2011 el indicador se ubicó en 26,0 médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes, un punto por encima del mínimo propuesto por la OPS/OMS, pero superior al de algunos sistemas de salud de la región (Gráfico 1).

Gráfico 1. Densidad de recursos humanos en salud



Fuente: Colombia: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Los demás países: OPS

Gráfico 2. Densidad de odontólogos



Fuente: Colombia: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Los demás países: OPS

También se observa que existe la densidad de odontólogos por habitante en Colombia es significativamente superior a la de algunos países Andinos y similar a la de países como Argentina y Brasil.

Este indicador también da cuenta que en Colombia, por cada 100 médicos hay 55 enfermeras, situación que contrasta con lo que ocurre en países como Canadá y Estados Unidos donde hay más de 300 enfermeras por cada 100 médicos, pero que muestra una relación más equilibrada que la observada en países como Argentina, Uruguay, Brasil y Ecuador, donde hay menos de 40 enfermeras por cada 100 médicos.

Tabla 3. Indicador de densidad de recursos humanos en salud

Año	Población Colombiana ¹	Médicos ²	Enfermeros ²	Razón Enfermeras / Médicos	Densidad Médicos	Densidad Enfermeros	Densidad Med + Enf
	1	2	3	(3/2)	((2/1)*10,000)	((3/1)*10,000)	((2+3)/1)*10,000)
1990	34.124.535	26.171	10.810	0,41	7,67	3,17	10,84
1995	37.489.666	37.743	14.545	0,39	10,07	3,88	13,95
2000	40.282.217	49.406	19.690	0,40	12,26	4,89	17,15
2005	42.888.592	62.703	28.966	0,46	14,62	6,75	21,37
2006	43.405.387	65.150	31.228	0,48	15,01	7,19	22,20
2007	43.926.034	67.614	33.404	0,49	15,39	7,60	23,00
2008	44.450.260	70.079	35.627	0,51	15,77	8,02	23,78
2009	44.977.758	72.544	37.849	0,52	16,13	8,42	24,54
2010	45.508.205	75.008	40.072	0,53	16,48	8,81	25,29
2011	46.043.696	77.473	42.295	0,55	16,83	9,19	26,01

¹ Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 DANE.

² Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. Tercera Edición. CENDEX

5.1 Oferta Educativa

La oferta educativa está configurada por las instituciones, programas y estudiantes del área de la salud. En Colombia, esta oferta se organiza en dos subsistemas: el sistema de educación superior donde se forman tecnólogos, técnicos profesionales, profesionales, especialistas, magíster y doctores, y el sistema de formación para el trabajo y el desarrollo humano donde se forman los ‘auxiliares de la salud’.

A partir de los 90s se ha observado un crecimiento sostenido de las instituciones y programas de formación de auxiliares y profesionales en el área de la salud. En contraste, la oferta formación de tecnólogos y técnicos profesionales no ha tenido un desarrollo significativo.

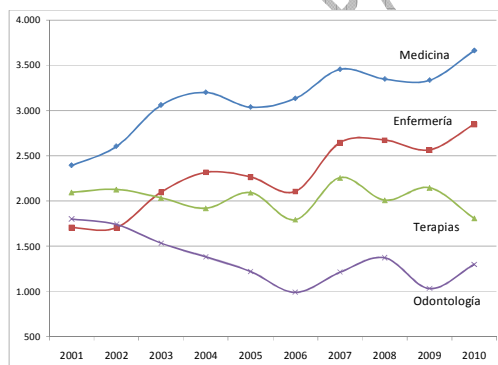
Tabla 4. Programas pregrado de educación superior en salud 1974 - 2009

PROFESIÓN	1974	1990	2006	2009
MEDICINA	11	21	41	58
ODONTOLOGÍA	4	11	18	39
ENFERMERIA	12	19	38	56
BACTERIOLOGÍA Y LAB. CLINICO	5	9	12	24
NUTRICION Y DIETÉTICA	5	6	6	13
OPTOMETRÍA	5	13	44	9
QUÍMICA FARMACÉUTICA	3	3	3	3
TERAPIAS	5	13	44	58
TOTAL	50	95	206	260

Fuente: CENDEX. Recursos Humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias, prospectiva. Tercera edición

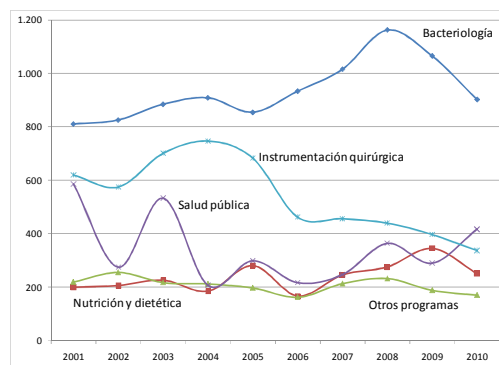
La evolución de la oferta educativa se ha traducido en un importante crecimiento del número de profesionales egresados, particularmente en medicina y enfermería, mientras que en las demás profesiones se observan crecimientos moderados, incluso reducción, en el número de egresados, como en odontología e instrumentación quirúrgica.

Gráfico 3. Egresados de los programas de pregrado en salud 2001-2010



Fuente: Observatorio Laboral MEN.

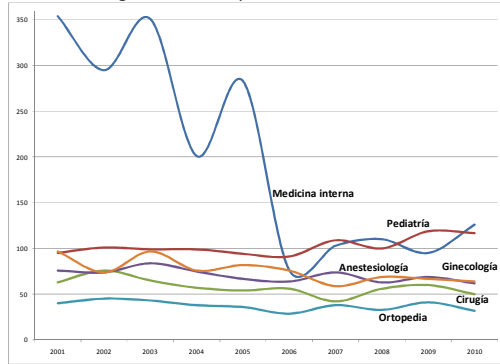
Gráfico 4. Egresados de los programas de pregrado en salud 2001-2010



Fuente: Observatorio Laboral MEN.

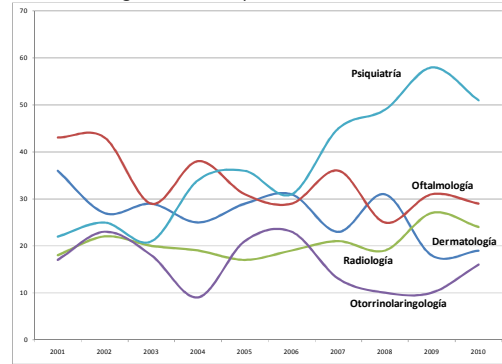
En contraste con el crecimiento de los médicos egresados de pregrado, se observa un crecimiento modesto de los egresados de especializaciones médicas, a pesar en aumento importante de los programas y denominaciones de los mismos en los últimos 20 años. Salvo pediatría, en todas las especialidades médicas básicas se observa una caída del número de egresados en la década pasada, siendo crítica esta reducción en Medicina Interna, que pasó de tener más de 300 egresados/año en el período 2001 a 2003, a menos de 100 a finales de esa década.

Gráfico 4. Egresados de especialidades médicas 2001-2010



Fuente: Observatorio Laboral MEN.

Gráfico 5. Egresados de especialidades médicas 2001-2010



Fuente: Observatorio Laboral MEN.

De manera paralela al crecimiento del número de facultades y programas de salud, se ha desarrollado el Sistema de Garantía de la Educación Superior. En el año 2003¹⁶ se estableció como requisito para abrir nuevos programas en salud la verificación previa de condiciones básicas de calidad de los escenarios de práctica formativa por parte de pares académicos, visitas que empezaron a realizarse a partir del año 2005. Este Sistema de Calidad estableció un nivel básico que todos los programas de formación superior deberían cumplir en forma obligatoria para obtener el registro calificado o autorización para ser ofrecido en el país, y un nivel superior, de carácter voluntario, mediante el cual se acredita que los programas cumplen con estándares superiores de calidad.

Para el año 2011, 70 programas del área de la salud han obtenido acreditación de alta calidad, destacándose Medicina y Enfermería con 18 y 19 programas con este reconocimiento, lo cual constituye cerca del 30% del total de programas de cada profesión.

Tabla 5. Programas de formación universitaria con acreditación de alta calidad vigente

PROGRAMAS DE FORMACIÓN SUPERIOR EN SALUD ACREDITADOS			
PROGRAMA	Oficial	Privado	Total general
BACTERIOLOGÍA	3	3	3
ENFERMERIA	11	8	19
FISIOTERAPIA	3	3	6
FONOAUDIOLOGIA	2	1	3
INSTRUMENTACION QUIRURGICA	1	1	2
MEDICINA	11	8	19
NUTRICION Y DIETETICA	3	1	4
ODONTOLOGIA	4	5	9
OPTOMETRIA		4	4
TERAPIA OCUPACIONAL	2	1	3
TERAPIA RESPIRATORIA		1	1
Total general	40	36	73

Fuente: Página WEB Ministerio de Educación Nacional. Marzo 2012

Mediante el programa de becas crédito, financiado con recursos del presupuesto general de la Nación que se agencian a través del ICETEX y del Ministerio de Salud y Protección Social, se ha facilitado la formación de más de 6.000 especialistas desde el año 2003, con enfoque en las especialidades básicas y prioritarias para el país. Este programa da prioridad para acceder como beneficiarios a los profesionales que han realizado el Servicios Social Obligatorio en IPS públicas de municipios pequeños y partados.

¹⁶ Acuerdo 003 de 2003, del Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en salud.

Tabla 6. Programa de becas crédito para la formación de especialistas (Ley 100 de 1993)
Número de becas crédito nuevas asignadas por año

ESPECIALIDAD	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
PEDIATRIA	128	115	111	140	51	119	148	164	163	976
MEDICINA INTERNA	111	149	117	129	46	86	138	137	166	913
GINECOBSTERICIA	110	117	105	110	30	86	83	122	128	763
ANESTESIOLOGIA	73	74	79	84	30	61	102	102	96	605
CIRUGIA GENERAL	65	92	62	77	32	65	80	89	92	562
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLO	44	40	36	38	22	36	26	49	34	291
PSIQUIATRIA	33	32	34	36	7	26	32	36	32	236
OFTALMOLOGIA	27	36	30	39	6	20	18	19	28	195
RADIOLOGIA	31	30	34	28	7	22	27	40	45	219
DERMATOLOGIA	24	16	21	28	7	15	21	12	15	144
OTRAS ESPECIALIDADES	137	80	172	185	63	118	132	217	222	1104
Total general	783	781	801	894	301	654	807	987	1021	6008

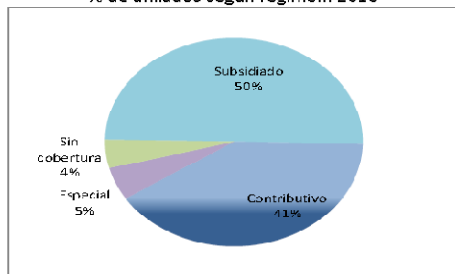
Fuente: Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y protección Social.

5.2 Prestación de servicios

Además de los factores universales que determinan la demanda de servicios de salud, como son las características demográficas y epidemiológicas de la población y los cambios en las tecnologías de la salud, en el Sistema de Salud colombiano esa demanda responde a la dinámica del aseguramiento, en dos sentidos: la población cubierta por los seguros de salud y los riesgos cubiertos por dichos seguros, es decir, los servicios incluidos en los planes de beneficios.

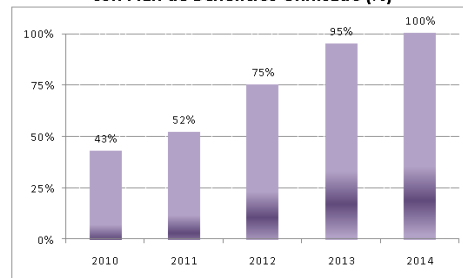
La cobertura poblacional del aseguramiento en salud muestra como en las dos últimas décadas el porcentaje de población asegurada ha crecido de manera progresiva y sostenida: se estima que en 2011 el 96% de los colombianos, es decir 43,3 millones de personas, estaba asegurado en salud a través de los regímenes contributivo (19 millones), subsidiado (22,1 millones) y especiales (2,2 millones). (Gráfico 6)

Gráfico 6. Cobertura del Sistema de Salud.
Cobertura del sistema de salud
% de afiliados según régimen. 2010



Fuente: Ministerio de la Protección Social, MPS

Gráfico 7. Población con plan de beneficios unificado.
Población del régimen subsidiado
con Plan de Beneficios Unificado (%)



Fuente: Ministerio de la Protección Social, MPS

La unificación progresiva de los planes de beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo, iniciada con la unificación del POS de los menores de 18 años, impacta de manera significativa la demanda de servicios de salud, cuyo efecto sobre los recursos humanos aún no se ha medido. Para el 2010 el 43% de la población asegurada tenía el mismo plan de beneficios, proporción que para finales de 2011 pasó a 52% con la unificación del POS para las personas mayores de 62 años y que progresivamente llegará a la totalidad de personas aseguradas en 2014. (Gráfico 7).

El efecto del aseguramiento se ha reflejado en la evolución de los recursos, la infraestructura y el número de actividades relacionadas con la prestación de servicios de salud. Para el año 2011 en el país existían más de 73.000 camas hospitalarias, es decir cerca de 1.7 camas por cada mil

habitantes, cifra superior al promedio regional, que según la OMS era de 1.4 para el año 2007¹⁷.

Se estima que por cada punto de crecimiento en el aseguramiento, la demanda de servicios de salud crece más de un punto. Es así que la oferta de servicios altamente especializados, como las unidades de cuidados intensivos, han incrementado su número en un 100% en los últimos 5 años, mientras que el nivel mediano de atención ha sido restringido por políticas, normas y el mercado, con nocivos efectos para la población de provincia.

5.3 Mercado Laboral

El modelo de aseguramiento, la segmentación del sistema de salud, la participación del sector privado y la descentralización, establecidos en la reforma de 1993, han transformado el mercado laboral del sector salud un campo complejo y dinámico, donde confluyen y se superponen diversos regímenes laborales y mecanismos de gestión del recurso humano. Esta transformación también fue impulsada por la flexibilización laboral progresiva, que en el sector salud buscó solucionar problemas estructurales de la red hospitalaria pública, como el pasivo pensional acumulado y la existencia de plantas de personal costosas e inflexibles¹⁸ que afectaban su viabilidad.

De esta forma, a los mecanismos de vinculación tradicionales, como el contrato laboral a término indefinido y el nombramiento en planta, se agregaron múltiples formas de vinculación y gestión del personal: contratos de prestación de servicios, contratación a través de cooperativas, empresas de empleo temporal, contratos sindicales, tercerización de servicios, entre otros.

El uso de estas formas de vinculación no siempre ha respondido a los propósitos para los cuales fueron diseñadas y a las reglas para su adecuada aplicación, dando lugar prácticas irregulares que deterioran las condiciones laborales de los trabajadores de la salud y pueden llegar a afectar la calidad en la prestación de los servicios.

El modelo de aseguramiento también introdujo nuevos intermediarios entre los profesionales de la salud y los pacientes: Entidades Promotoras de Salud, Entidades Administradoras de Regímenes Especiales y Administradoras de Riesgos Profesionales, se sumaron a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en esta intermediación.

La mayor participación del sector privado y la introducción de incentivos de mercado, impulsó a aseguradoras y prestadores de servicios de salud a aumentar la productividad y la eficiencia en los procesos de prestación de servicios: mayor número de consultas o pacientes atendidos por hora/profesional, reducción de los tiempos de recuperación hospitalaria, pago por actividad realizada, entre otros.

Esta dinámica entre empleadores, intermediarios y formas de vinculación laboral ha impactado la autonomía y la capacidad resolutoria de los profesionales de la salud, tornado más compleja y difusa la responsabilidad ética y civil derivada del ejercicio de su profesión. Para el año 2011, se estima que el número de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud vinculados

¹⁷ Exposición de motivos Ley 1438 de 2011

¹⁸ "El exceso de personal, los altos costos laborales y a la falta de flexibilidad del personal contribuyen a explicar la ineficiencia de los hospitales públicos. A esta situación se suma la influencia política en las decisiones de nombramiento de las personas en las instituciones públicas. Los hospitales colombianos en el contexto de Latinoamérica y el Caribe." "Las decisiones para emplear al personal en las instituciones prestadoras de servicios guardan poca relación aparente entre las necesidades de la población y la oferta de servicios. Esta situación se encuentra descrita en el estudio reciente de los hospitales del Departamento de Cundinamarca, que mostró una escasez de internistas, con un exceso del 325% de enfermeras y del 1.780% de otros especialistas." Centro de Gestión Hospitalaria Fundación Santa Fe de Bogotá.

directamente a Institución Prestadora de Servicios mediante contrato laboral o cargos de planta, solo llegaba al 31%.

Tabla 7. Distribución del Talento Humano en Salud según tipo de vinculación laboral 2011.

Nivel de formación	Ejercicio independ. (1)	Prestación de servicios (2)	Vinculación		Total
			directa a IPS (3)	no registrado en REPS (4)	
Auxiliar de la Salud	0,02%	19,21%	25,15%	55,63%	100,00%
Técnico Profesional	0,55%	14,20%	31,68%	53,57%	100,00%
Tecnológico	0,26%	18,75%	34,20%	46,79%	100,00%
Universitario	3,60%	28,12%	32,44%	35,84%	100,00%
Total	2,85%	26,11%	31,20%	39,84%	100,00%

(1) Profesionales y Auxiliares del Área de la Salud inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, REPS, que realizaron aportes como trabajadores independientes (Planilla Integrada de Liquidación de Aportes -PILA)

(2) Profesionales y Auxiliares del Área de la Salud no inscritos en el REPS y que realizaron aportes como trabajadores independientes (PILA).

(3) Profesionales y Auxiliares del Área de la Salud cuyo empleador está inscrito en el REPS.

(4) Profesionales y Auxiliares del Área de la Salud cuyo empleador no está inscrito en el REPS.

Fuente: Cálculos realizado por la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, con base en la información de registros expedidos y reportados por la Direcciones Departamentales de Salud y las bases de datos de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, PILA.

Esta situación es consistente con otras fuentes, como por ejemplo la Encuesta Nacional de Salud 2007, donde se muestra que para el año en que se realizó la encuesta, cerca de la mitad de los jefes de servicios de las IPS, se contrataban a través de mecanismos diferentes al contrato laboral.

Tabla 8. Forma de contratación (%) del jefe de los servicios en las IPS de la muestra según su tipo.

Naturaleza de la IPS	Privadas	Públicas
Contrato laboral	52,50%	43,50%
Contrato de prestación de servicios	36,10%	22,40%
Contrato a través de cooperativa	10,70%	27,70%
En comisión	0,50%	0,60%
Es un pasante	0,30%	5,70%

Fuente: ENS 2007

También se han modificado sustancialmente las condiciones de desempeño, la remuneración y las condiciones de trabajo del conjunto de trabajadores de la salud: multiempleo, jornadas laborales extensas, sustitución laboral, intermediación, entre otras.

De acuerdo con el Ingreso Base de Cotización que reportado para el pago de aportes a la seguridad social, se estima que el ingreso promedio de los auxiliares de la salud es de \$692.287, el de los técnicos y tecnólogos de \$1.033.700 y el de los profesionales de \$1.735.988.

Tabla 9. Promedio del Ingreso Base de Cotización del Talento Humano en Salud 2011

Promedio Ingreso Base de Cotización (en pesos)			
Nivel de formación	Mujeres	Hombres	General
Auxiliares	677.608	787.053	692.287
Técnicos	970.578	1.186.250	1.033.700
Profesionales	1.515.204	2.307.706	1.735.988
Enfermería	1.611.122	1.726.299	1.624.495
Medicina	2.357.009	2.838.740	2.611.230
Odontología	1.006.639	1.072.560	1.025.912
Bacteriología	1.220.249	1.292.012	1.228.908
Fisioterapia	939.920	1.067.167	952.920

Fuente: Cálculos realizado por la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, con base en la información de registros expedidos y reportados por la Direcciones Departamentales de Salud y las bases de datos de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, PILA.

Sin embargo, se observan diferencias significativas en el ingreso promedio de cada profesión, siendo medicina la mejor remunerada con \$2.611.230 en promedio, de hecho se encuentra entre las profesiones mejor remuneradas en el país (incluir gráfico y referencia), lo cual contrasta con el ingreso promedio de profesiones como bacteriología (\$1.228.908), odontología (\$1.025.912) y fisioterapia (\$952.920) con remuneraciones por debajo de la media nacional de todas las disciplinas. Enfermería, con un IBC promedio de \$1.624.495, se encuentra en un puesto intermedio entre todas las profesiones de las diferentes áreas del conocimiento.

La creciente feminización de las ocupaciones y profesiones de la salud, ha estado acompañada por un menor ingreso generalizado de las mujeres frente a sus pares hombres. Sin excepción, el promedio del IBC de todos los niveles de formación y profesiones del área de la salud, siempre es superior para los hombres y aumenta en la medida en que se sube en el nivel de formación y el grupo etario. En el caso de los auxiliares de la salud, el IBC promedio de los hombres es superior en 16% al de las mujeres, en los técnicos y tecnólogos la diferencia sube a 22% y entre profesionales esta diferencia llega a ser de 52%.

6 DESAFÍOS

6.1 Información y conocimiento.

La información sobre el Talento Humano en Salud se genera en organismos de diferentes niveles de la administración y entidades públicas y privadas¹⁹, donde existe una gran cantidad de registros administrativos dispersos y fragmentarios, dado que no se cuenta con un sistema que organice las fuentes, flujo y administración de la información.

La variedad de formas y mecanismos de vinculación y gestión del recurso humano que de manera autónoma pueden utilizar los empleadores del Sistema de Salud, dificultan la estandarización y consolidación de la información relacionada con la movilidad y ubicación geográfica, institucional y por servicios del recurso humano, sus condiciones laborales, remuneraciones, entre otros.

Además, existe una brecha intertemporal entre el comportamiento de la demanda de talento humano desde el sector salud y la capacidad de respuesta de la oferta del sector educativo. La dinámica de la epidemiología, de los avances tecnológicos y del aseguramiento en salud, generalmente se traduce en cambios inmediatos en la demanda de servicios y personal sanitario. En contraste, al sector educativo le toma años hacer los ajustes cuantitativos y cualitativos necesarios para formar el talento humano requerido, más aún cuando no se tienen mecanismos de prospección para anticipar dichas necesidades.

La fragmentación de la información y la falta de un modelo de prestación de servicios unificado, explican en gran medida la ausencia de mecanismos y estudios prospectivos para orientar las decisiones de los organismos reguladores, los actores y agentes que intervienen en los mercados educativo, laboral y de prestación de servicios de salud y los desajustes que se han generado a lo largo de las últimas dos décadas.

Esta dinámica ha generado diferencias cualitativas y cuantitativas entre los ámbitos educativo, laboral y de servicios que se traducen en falta de pertinencia en la formación, oferta laboral excesiva en unas profesiones y deficitaria en otras, con implicaciones en la empleabilidad, los

¹⁹ Ministerio de Educación Nacional (programas de formación, matrículas, egresados, convalidaciones); Direcciones Territoriales de Salud (Personal autorizado para ejercer profesiones y ocupaciones de la salud; personal vinculado en programas de salud pública); Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (personal vinculado a actividades asistenciales y administrativas, modalidades de vinculación, distribución por servicios); Colegios Profesionales (número de colegiados, tarjetas profesionales), Sociedades Científicas (especialistas, subespecialistas, formación continua), Tribunales de Ética (procesos ético disciplinarios, sanciones); entre otras.

salarios, las condiciones laborales del personal de la salud, así como en el acceso, calidad y costos de los servicios de salud.

Por ejemplo, a comienzos de la década pasada, en un contexto caracterizado por el lento avance en la cobertura del aseguramiento en salud, se observaban altos índices de desempleo en casi todas las profesiones de la salud (UDEA) y algunos analistas concluían que había exceso de especialistas que se agudizaría con la llegada de profesionales extranjeros (Roselli). Una de las probables consecuencias de ese análisis coyuntural, fue la desaceleración, en algunos casos reducción, de la oferta de cupos en las especialidades médico quirúrgicas en los años subsiguientes, reflejada en el escaso crecimiento del número de egresados en la segunda mitad de la década pasada.

Actualmente, cerca de lograr la cobertura universal del aseguramiento en salud y con la unificación progresiva de los planes de beneficios, se observa una mejora sustancial en la empleabilidad del recurso humano del sector y existen indicios de un déficit de médicos en algunas especialidades prioritarias, ahondado por la salida de estos profesionales hacia otros países²⁰.

6.2 Ejercicio y desempeño del talento humano en salud

La reforma en salud establecida mediante la Ley 100 de 1993 no previó los requerimientos cuantitativos y cualitativos del Talento Humano en Salud para su implementación del nuevo sistema de salud, ni el impacto que esta tendría sobre el personal del sector.

Hasta la expedición de la Ley 1438 de 2011, el Sistema de Salud no contaba con un modelo de prestación de servicios o una estrategia de atención en salud formalmente definida, que orientara la formación y gestión del talento humano en salud hacia el cumplimiento efectivo de los objetivos del Sistema²¹. Estos procesos han respondido más a los criterios y perspectivas de cada institución, de acuerdo con su propia lectura de la dinámica de los mercados, que al cumplimiento de los objetivos del sistema de salud y satisfacción de las necesidades de la población.

Esta dinámica ha llevado a que el Sistema de Salud se gestione desde perspectivas disciplinarias particulares e independientes y se enfoque en la atención de la enfermedad a través de las instituciones hospitalarias, por lo cual las iniciativas basadas en enfoques preventivos, comunitarios y multidisciplinarios han sido aisladas y precarias.

Por estas razones, el país no cuenta con experiencia acumulada ni masa crítica suficientes para garantizar el éxito de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

De igual forma los modelos de prestación de servicios de los aseguradores y prestadores poco favorecen el ejercicio amplio y autónomo de las competencias de estos profesionales: la atención de los pacientes se fragmenta en varias instituciones, las IPS, en especial del primer nivel, carecen de equipos de salud integrales o no cuentan con los servicios diagnósticos y de apoyo que les permita resolver las situaciones de salud, entre otros. Bajo estas condiciones, en muchos casos el médico cumple un papel de 'remitidor' de pacientes.

En el caso de los profesionales de enfermería también se observan limitaciones al ejercicio pleno de sus competencias. Estos profesionales se concentran cada vez más en actividades

²⁰ La migración de profesionales y especialistas de la salud juega un papel importante en el 'balance dinámico' del RHUS en el país. Si se orienta y regula se puede ser oportunidad para mitigar desbalances temporales. De lo contrario, profundizar dichos desbalances.

²¹ De hecho, uno de los principios orientadores de la Política de Prestación de Servicios expedida por el Ministerio de la Protección Social en 2005 era permitir el diseño y aplicación de diferentes modelos de prestación de servicios.

administrativas²², perdiendo espacio y liderazgo en actividades asistenciales como el cuidado de la salud y la atención del parto.

En síntesis, el país está 'subutilizando' los profesionales de la salud no especializados, que constituyen el recurso humano más abundante en el país y mediante los cuales se pudiera dar respuestas más resolutivas a las situaciones de salud de la población, mientras incentiva la demanda del recurso más escaso, costoso y cuya formación toma más tiempo: los especialistas.

La mayor especialización y limitación de la competencia mediante barrera de entrada genera espacios para la "cartelización económica" del ejercicio. Es mercados delimitados con tecnología específica y un restringido número de médicos especialistas donde se dan condiciones para la operación de monopolios laborales que terminan presionando los precios de los servicios. A nivel internacional hay casos documentados de la generación y efectos, de estas estructuras cuasi monopólicas en el mercado laboral."

6.3 Pertinencia y calidad de la formación

Algunos estudios evidencian que los procesos de formación del recurso humano en salud, no están alineados con las necesidades de salud de la población, del sistema de salud y con los requerimientos de desempeño en el trabajo.²³

Así las cosas, es evidente la necesidad de articular los perfiles y competencias del Talento Humano en Salud, al respecto de los requerimientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud para la habilitación de los servicios de salud. Lo anterior permitirá mejorar la calidad de los servicios de salud y orientar la oferta educativa y de servicios a las necesidades reales de salud de la población.

Estas diferencias requieren de la ejecución de un proceso de capacitación 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". (Plan A largo plazo, Cendex 2001).

Requerimientos legales: enfermedades huérfanas, cáncer, enfoque psicosocial en atención de víctimas, minorías étnicas.

6.4 Residencias médicas

Los médicos residentes soportan una parte importante de los servicios asistenciales de las IPS donde desarrollan sus prácticas formativas, e incluso en otras instituciones. En Colombia estos médicos en formación se consideran formalmente como estudiantes y, en consecuencia, no se les remunera por su contribución a la prestación de servicios de salud²⁴ y deben asumir el pago de la matrícula y otros costos académicos inherentes al programa de especialización que cursen.

En algunas IPS se considera al residente como una fuente de sobrecostos y cargas administrativas y se conocen casos en los que EPS, condicionan la contratación de servicios con estas instituciones, a que no sean escenarios de prácticas formativas de los profesionales de la salud y en muchos casos no reconocen ni pagan los servicios prestados a través de residentes, pese a su condición de médicos en pleno ejercicio de su profesión.

²² ACOFAEN. Estudio Multicéntrico: Ejercicio laboral y condiciones generales de trabajo de los profesionales de enfermería egresados entre 1995 y 2004 en Colombia, en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Documento solicitado a ACOFAEN en octubre de 2009)

²³ "No hay correspondencia entre los perfiles de formación -vista a través del análisis de currículos- y los perfiles ocupacionales - Visto a través del Análisis Funcional de Tareas-" (Plan a Largo Plazo -2001), mas aun cuando han ingresado al sector nuevos roles como los de: dirección, vigilancia y control; territorial y el aseguramiento.

²⁴ La Ley 14 de 2011, estableció la creación de empleos temporales para los residentes, norma que está en proceso de reglamentación.

6.5 Uso de tecnologías y tendencia a la especialización.

La evidencia muestra que la demanda de servicios de salud generada por la mayor cobertura del aseguramiento, ha crecido más rápido en el segmento de servicios especializados y de uso intensivo de tecnología. Esta tendencia ha estado acompañada por el enfoque de los servicios en la enfermedad y en las instituciones hospitalarias de mayor complejidad, que se traduce en un crecimiento acelerado de la demanda de profesionales especializados, particularmente aquellos relacionados con procedimientos médico quirúrgicos. (Comentarios y cifras de Fernando Ruíz)

Paralelamente, se ha observado una reducción progresiva de la capacidad resolutoria de los profesionales no especialistas, en especial de las enfermeras y médicos que están en los primeros niveles de atención.

La combinación de estos factores ha mejorado el reconocimiento de los especialistas que se desempeñan en instituciones de alta complejidad, mientras que el aporte de los profesionales de salud que se desempeñan en instituciones de de baja complejidad o en programas enfocados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, no es adecuadamente valorado. Esta situación se expresa de manera concreta en las remuneraciones y empleabilidad de los profesionales. (Datos revista ACHC)

Sin embargo, la tendencia de la oferta educativa parece no estar en línea con lo que ocurre en los servicios de salud. Se observa un incremento sostenido de los programas y egresados de pregrado, particularmente en medicina y enfermería, mientras que la oferta de de formación de especialistas se ha mantenido estable y, en algunos casos, ha decrecido.

Este desbalance se traduce en i) desmejora en la calidad de los servicios por el aumento de los días de espera para las citas e intervenciones especializadas; ii) dificultad de acceso a los servicios especializados, especialmente en regiones apartadas de los grandes centros urbanos, que no resultan atractivos para estos profesionales; iii) incremento de los costos de los servicios especializados para el sistema y sus instituciones, por el incremento de los honorarios de los especialistas.

6.6 Desequilibrios regionales

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011²⁵ el 75,5% de los municipios del país son predominantemente rurales y en ellos habita el 31,6% de los colombianos, pero subsisten grandes brechas entre departamentos, municipios y zonas rurales y urbanas. Por ejemplo, en el período 2002 y 2009 la incidencia de la pobreza en el país se redujo 8,2 puntos, pero la diferencia entre el conjunto de las trece áreas metropolitanas y el resto del país aumentó 4,7 puntos, a favor de las primeras. De igual forma, en 2010 los índices de desarrollo humano muestran grandes diferencias entre Bogotá (0,90) y Santander (0,87), frente al Chocó (0,69), la Guajira (0,73), Caquetá (0,75) y Putumayo (0,75).

Estas inequidades se reflejan también en los indicadores de salud²⁶ y en la distribución de los recursos de la salud. Hay mayor disponibilidad de recurso humano en los grandes centros urbanos, mientras que las zonas rurales y alejadas enfrentan serias dificultades para vincular y retener el personal sanitario. Entre más calificado es el personal es más crítica la situación, como sucede con los médicos especialistas.

²⁵ Colombia Rural: Razones para la Esperanza. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. 2011.

²⁶ La mortalidad infantil pasó de 27,45 muertes en menores de 1 año por mil nacidos vivos en 1998 a 20,60 en 2008; y la mortalidad en la niñez pasó de 35,13 muertes en menores de cinco años por cada 1000 nacidos vivos en 1998 a 24,89 en 2008. Sin embargo, para el año 2008, Chocó presenta tasas de mortalidad infantil y de la niñez ajustadas de 68 y 100 muertes por cada mil nacidos vivos, respectivamente, mientras Bogotá reporta mortalidades de 16,9 y 22,3 respectivamente. (Exposición de motivos Ley 1438 de 2011)

Esta situación tiende a agudizarse en la medida en que se avanza en la universalización del aseguramiento y la unificación de los planes de beneficios, dado que ante la mayor demanda de servicios generada por dichos factores.

Este fenómeno, también afecta las finanzas de las instituciones de salud ubicadas en zonas alejadas de grandes centros urbanos, que para mantener la oferta de servicios deben ofrecer honorarios elevados que no alcanzan a ser recuperados con las tarifas de venta de los servicios.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN. NO CITAR

OBJETIVO GENERAL

Establecer las estrategias y líneas de acción para articular los procesos de formación, ejercicio y desempeño del Talento Humano en Salud en torno a las necesidades de salud de la población y a los objetivos del Sistema de Salud Colombiano, promoviendo el desarrollo personal y profesional del personal sanitario.

7 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Oferta de programas y cupos de formación en las diferentes especialidades, profesiones, tecnologías y ocupaciones, más acorde con las necesidades de la población, el desarrollo y la prospectiva del sistema de salud.

Se busca reducir las brechas entre las necesidades de recurso humano para garantizar el acceso a los servicios de salud y la disponibilidad de dicho recurso en los niveles de formación auxiliar, técnico, pregrado y posgrado, por disciplinas y especialidades. La oferta educativa debe ajustarse según las necesidades futuras del Talento Humano en Salud, de acuerdo con la evolución prevista de las características epidemiológicas y socio demográficas del país y sus regiones.

2. Distribución más equitativa y equilibrada del personal sanitario en los ámbitos regional, urbano rural y por niveles de atención.

Se requiere reducir las disparidades de disponibilidad de recurso humano que existen entre regiones y zonas rurales y urbanas, como elemento esencial para lograr mayor equidad en el acceso a la salud, a favor de las poblaciones de las zonas deprimidas, fronterizas y alejadas de los grandes centros urbanos, que tienen dificultades para acceder a los servicios de salud. Para cumplir este propósito, se considera fundamental la conformación de redes y equipos de salud integrales y resolutivos en los niveles básico y medio de complejidad, particularmente en las IPS cabeza de redes regionales.

3. Mayor integración de los procesos e instituciones de formación a los servicios de salud y las comunidades.

La relación docencia servicio para la formación de talento humano en salud debe fortalecer la integración de la academia con los ámbitos de prestación de servicios y comunitarios, de tal forma que haya un mayor acercamiento de los procesos de formación a las necesidades reales de la población y a las características del Sistema de Salud. Se debe valorar la formación de pregrado en los servicios de menor complejidad y extramurales, haciendo énfasis en el rol de los profesionales, técnicos y auxiliares en la estrategia de APS.

4. Talento Humano resolutivo frente a las necesidades de salud del país.

Desde la formación y el ejercicio el Talento Humano fortalecerá sus competencias en aspectos básicos para mejorar los resultados en salud: i) gestión de riesgos para la salud (detección temprana, P y P, Salud Pública, actividad física); ii) resolución de los principales problemas de salud del país/ región iii) uso de herramientas de telesalud / telemedicina; iv) trabajo en equipos multidisciplinarios y transdisciplinarios.

Las condiciones de ejercicio y desempeño deben favorecer el despliegue pleno de las competencias de los profesionales no especialistas y especialistas básicos. También es importante promocionar las carreras y especialidades técnicas y tecnológicas del área de la salud, acorde con las necesidades del país.

5. Mejores condiciones para el ejercicio profesional y el desarrollo integral del Talento Humano en Salud.

Se deben promover la vinculación laboral que permita el desarrollo personal y la autonomía profesional, en armonía con las necesidades de las instituciones del sector y los postulados del 'Trabajo Decente' de la OIT, así como el acceso a capacitación y actualización continua. Estas garantías deben observarse durante el cumplimiento del servicio social obligatorio.

En forma paralela, se requiere reconocer el aporte de los residentes a los servicios de salud y garantizar mejores condiciones para la formación de especialistas.

6. Ejercicio ético, responsable y autorregulado de las profesiones y ocupaciones de la salud.

La autonomía de las profesiones de la salud, debe estar acompañada por el ejercicio socialmente responsable de las mismas y el desarrollo de ambientes de desempeño propicios para el ejercicio autónomo de las profesiones. Para esto, se requiere fortalecer los mecanismos de autorregulación, como los códigos y tribunales de ética; guías, protocolos y consensos, comités técnico científicos, colegios profesionales, sociedades científicas, entre otros.

La financiación la Formación Continua debe ser transparente y los conflictos de intereses declarados.

7. Integración progresiva de las culturas médicas tradicionales y las medicinas y terapias alternativas y complementarias al Sistema de Salud.

Las culturas médicas tradicionales y las medicinas y terapias alternativas y complementarias son una realidad que debe ser adecuadamente integrada al Sistema de Salud. Para esto, se requiere ordenar su formación, integrándolas a los Sistemas de Garantía de la Calidad de Salud y Educación.

De especial interés la reglamentación del ejercicio de la partería tradicional en las comunidades indígenas y afro descendientes.

8 ESTRATEGIAS Y LINEAS DE ACCIÓN

8.1 Estrategia 1. Gestión de la información y el conocimiento

El sistema de salud colombiano funciona como un mercado regulado, donde la disponibilidad de información confiable, oportuna y pertinente es indispensable para orientar las decisiones de estudiantes, trabajadores, IPS, EPS, empleadores, instituciones de formación y entidades reguladoras.

Para este propósito, además de consolidar un sistema de información integral de Talento Humano en Salud, es necesario realizar estudios prospectivos, que permitan prever los posibles impactos de las dinámicas económicas y sociales, del país y sus regiones, sobre la

oferta y demanda de Talento Humano en Salud, con el fin de adelantar acciones y respuestas oportunas y pertinentes. También se requiere diseñar indicadores para el seguimiento y evaluación periódicos en aspectos como la densidad y distribución del Talento Humano por especialidad, profesión, ocupación y región; la migración interna e internacional; los ingresos y salarios; la oferta educativa medida en programas, cupos, matrículas, egresados; las condiciones laborales, idoneidad y competencia del Talento Humano en Salud, entre otros.

Para su desarrollo se llevarán a cabo las siguientes acciones:

8.1.1 Gestión de la información.

- Desarrollar un plan de gestión de información y estadísticas en el cual se identifiquen las fuentes de información disponibles, los requerimientos de información, los actores involucrados en la gestión de información sobre talento humano en salud.
- Desarrollar un sistema de información de Talento Humano en Salud, que integre la información disponible en los Ministerios de Educación Nacional (Observatorio Laboral, SNIES), Trabajo, Salud y Protección Social (PILA, RUAF, Sistema de Calidad), Sociedades Científicas (Afiliados), Colegios Profesionales, Institución de Educación Superior (estudiantes, programas, egresados), Secretarías de Salud (Registro de Profesionales, Técnicos y Auxiliares), agremiaciones de IPS y EPS, entre otros.
- Generar un modelo de análisis de indicadores que retroalimente de manera permanente a los agentes interesados.
- Desarrollar el Registro Único de Talento Humano en Salud – RETHUS, como fuente centralizada de información, de acceso público y en línea.
- Desarrollar medios de difusión de la información como el Observatorio de Talento Humano en Salud, boletines periódicos, foros virtuales y presenciales.

8.1.2 Gestión del conocimiento.

- Fortalecer el Observatorio de Talento Humano en Salud, como una red generadora de información, seguimiento y conocimiento para los Recursos Humanos de la Salud. Para esto se requiere dinamizar el desarrollo de los nodos y salas temáticas previstas en la norma que reglamentó el Observatorio, buscando la colaboración de instituciones académicas, investigadores independientes, organismos internacionales, entidades territoriales, entre otros.
- Identificar y priorizar el desarrollo de estudios de diagnóstico y prospectiva en Talento Humano en Salud y gestionar los recursos y fuentes de financiación.
- Promover el desarrollo de líneas de investigación, la conformación de grupos de estudio y el desarrollo de foros regionales, nacionales e internacionales en el área de Talento Humano en Salud.

8.2 Estrategia 2. Alineación de la regulación y los incentivos.

Se busca que la regulación y los incentivos se orienten en torno a los objetivos del sistema de salud, buscando armonizar el logro de las metas en salud, con el mejoramiento de las condiciones laborales y de desarrollo personal y profesional del Talento Humano.

Se requiere identificar aquellos aspectos en los cuales los incentivos no han generado dinámicas y respuestas esperadas o adecuadas a los requerimientos de la población y el sistema de salud;

los vacíos o necesidades de regulación; los aspectos donde se requiere generar o fortalecer incentivos; entre otros.

Los incentivos deben considerar el desarrollo profesional, personal y familiar de las personas, así como el desarrollo y fortalecimiento de las instituciones en las cuales se forma y desempeña el talento humano en salud, de tal forma que se promueva el acceso a la formación, mejores condiciones para el ejercicio profesional, calidad en la prestación de los servicios y la responsabilidad social.

Líneas de acción:

8.2.1 Calidad y pertinencia de la formación.

- Establecer mecanismos de autoevaluación y autoregulación de la relación docencia servicio y los escenarios de práctica de los programas de formación de Talento Humano en Salud.
- Reglamentar las condiciones, requisitos y procedimientos para la oferta, aprobación y asignación de cupos de prácticas formativas de los programas de especialización que impliquen residencia.
- Desarrollar el Sistema de formación continua que facilite el acceso a programas de actualización a los profesionales, técnicos y auxiliares que estén en regiones de difícil acceso y fronterizas.
- Cofinanciar de la formación de especialistas en áreas consideradas de interés prioritario para el país.
- Desarrollar los incentivos para la acreditación de las instituciones y programas de formación de Talento Humano en Salud: mayor autonomía: prioridad para la oferta de programas de formación continua; prioridad para acceder a cupos de residencias.
- Establecer condiciones de calidad más exigentes para la aprobación de programas de formación de auxiliares en salud, especialmente en la relación docencia servicio.
- Desarrollo de incentivos para impulsar la oferta de formación y demanda de profesionales, técnicos y auxiliares en áreas como salud pública y medicina familiar.

8.2.2 Ejercicio y condiciones de desempeño.

- Promover formas de vinculación laboral que brinden condiciones adecuadas para el desempeño profesional y el desarrollo del personal de la salud, sin afectar la viabilidad de las instituciones.
- Desarrollar incentivos para el Servicio Social Obligatorio en regiones apartadas de los grandes centros urbanos o de difícil acceso: acceso privilegiado y financiación de los programas de especialización.
- Desarrollar el Servicio Social Obligatorio para especialistas en las regiones de difícil acceso.
- Desarrollar un sistema de residencias médicas que reconozca el aporte del residente a los servicios de salud y armonice los aspectos educativos, laborales y de prestación de servicios: remuneración, seguridad social, bienestar, matrículas, planes de delegación progresiva y record quirúrgico de los residentes.

8.3 Estrategia 3. Formación y gestión del Talento Humano en Salud mediante un enfoque por competencias.

Se requiere que el Talento Humano en Salud (equipos) más resolutivo frente a los principales problemas y características epidemiológicas de la población colombiana. Esto implica considerar las restricciones que tienen el Sistema de Salud para atender una demanda creciente de servicios especializados, por sus elevados costos y la no disponibilidad de especialistas²⁷ suficientes para atender en el mediano plazo una demanda de servicios de este tipo similar a países más desarrollados.

Dadas las restricciones de los servicios especializados, el Sistema de Salud debe enfocarse hacia el desarrollo de competencias adecuadas en el THS disponible, para el logro de sus objetivos.

El enfoque de competencias orienta los procesos de formación y gestión del talento humano del área de la salud, para dar respuestas pertinentes e integrales a las necesidades de salud de la población, en el marco del sistema de salud, integrando los conocimientos, habilidades, actitudes y cualidades que debe estar presentes en el talento humano para el ejercicio adecuado de sus profesiones y ocupaciones.

Esta perspectiva implica que los procesos de formación que se dan dentro y fuera de las instituciones educativas, deben retroalimentarse en forma permanente del contexto en el cual se desempeña o se va a desempeñar el talento humano, potenciando el vínculo entre la academia, los servicios de salud y la población y promoviendo nuevas formas de evaluación y sistemas de medición del desempeño.

Líneas de acción:

- Definición de las competencias de cada profesión del área de la salud, que considere:
 - Profesionalismo, ética y responsabilidad social.
 - Características epidemiológicas y demográficas de la población.
 - Resolutividad frente a las principales situaciones de salud.
 - Enfoque en la prevención y gestión de riesgos.
 - Estrategia de Atención Primaria en Salud –APS y equipos de salud.
 - Uso de nuevas tecnologías.
 - Conocimiento del contexto y el Sistema de Salud.
- Promover el uso de las competencias como referente para el diseño de: i) los currículos de los programas de formación del área de la salud; las pruebas de Estado Saber Pro; programas y contenidos del Sistema de Formación Continua; del Sistema de Recertificación; el reconocimiento de estudios y convalidación de títulos obtenidos en instituciones de países extranjeros y el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud en su componente de Talento Humano.

8.4 Estrategia 4. Desarrollo de los Sistemas de Formación Continua y de Recertificación del Talento Humano en Salud.

La capacitación y actualización permanentes del talento humano son fundamentales para garantizar la calidad de la atención en salud y promover el crecimiento personal y profesional del talento humano. Estas actividades deben ayudar a alinear los intereses y expectativas del talento humano con las necesidades de la población y los objetivos del sistema de salud, por lo

²⁷ Al tiempo que toma el proceso de formación de un especialista, hay que añadir las restricciones de cupos que actualmente existen en el país y la migración de estos profesionales hacia países desarrollados.

cual su articulación a través de un Sistema de Formación Continua constituye una herramienta importante para la implementación de la política de talento humano en salud.

Las características del Sistema de Formación Continua, además de garantizar calidad y pertinencia, deben facilitar el acceso del talento humano a los programas de capacitación y actualización, particularmente de quienes se encuentran alejados de los centros urbanos e instituciones de formación. De esta forma también se reducirá la necesidad de financiación de esta actividad por parte de la industria farmacéutica y los demás proveedores, que constituye un riesgo para la autonomía y el ejercicio ético de los profesionales de la salud.

De manera paralela, es importante el desarrollo de un sistema de recertificación que complemente y fortalezca el sistema de formación continua. Estos dos sistemas, deben promover la confianza de la población en el personal sanitario y en el sistema de salud y dar retroalimentación a los sistemas educativo y sanitario sobre las necesidades en materia de formación.

Líneas de acción:

8.4.1 Diseño y desarrollo del Sistema de Formación Continua.

- Diseño del Sistema de Formación Continua.
- Identificar las fuentes de financiación.
- Presentar proyecto de reglamentación
- Apoyar la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud – APS.
- Priorizar módulos de inducción al Servicio Social Obligatorio.

8.4.2 Diseño y desarrollo del Sistema de Recertificación.

- Promover presentación y aprobación de proyecto de ley estatutaria sobre recertificación.
- Desarrollo reglamentario e implementación del sistema.

8.5 Estrategia 5. Fortalecimiento institucional.

El Ministerio de Salud y Protección Social, como autoridad sanitaria nacional, debe asumir mayor liderazgo en la orientación de los procesos formación, ejercicio y gestión de los recursos humanos en salud. Para esto, el Ministerio requiere fortalecer su capacidad técnica y operativa, trabajando en forma coordinada con los Ministerios de Educación Nacional, de Trabajo, el Servicio Nacional de Aprendizaje y todas las partes interesadas alrededor de objetivos comunes, promoviendo sinergias y la creación de espacios y redes interinstitucionales e internacionales.

Este fortalecimiento en las capacidades de gestión del talento humano en salud, también debe hacer parte de los propósitos de las Direcciones Territoriales de Salud, las IPS, las EPS, los Colegios Profesionales, entre otros.

Líneas de acción:

- Fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud y Protección Social para liderar, orientar y regular los procesos de formación, ejercicio, seguimiento y control de la gestión del Talento Humano en Salud.
- Fortalecer la coordinación intersectorial, en especial de los sectores educación y trabajo, para el desarrollo de la política y la regulación del Talento Humano en Salud.
- Promover el desarrollo de competencias técnicas de las autoridades de salud, educación y trabajo de las entidades descentralizadas.
- Estimular la creación y consolidación de los colegios profesionales del área de la salud, como órganos que propicien el desarrollo de mecanismos de autorregulación, representación y desarrollo de las profesiones.
- Fortalecer la participación de los gremios, colegios y asociaciones del Talento Humano en Salud en los espacios y procesos de decisión del Sistema de Salud.

BORRADOR PARA DISCUSIÓN. NO CITAR