

Caracterización del talento humano en salud: Hacia el sistema de información del registro único nacional del talento humano en salud

Luis Carlos Ortiz Monsalve¹
José Hernando Cubides
Zambrano²
Diego Antonio Restrepo Miranda³

Resumen

Objetivo: caracterizar el talento humano en salud autorizado para ejercer en Colombia, a partir de la información suministrada por las Direcciones Departamentales de Salud, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C., la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) y otras fuentes de información. **Materiales y métodos:** se realizó un muestreo por conveniencia de los registros enviados por cada Dirección Departamental de Salud y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., para describir las características demográ-

ficas, de distribución y actividad del talento humano en salud, frente a la información disponible en la base de datos de la PILA, el Registro Único de Afiliados (RUAF), las tarjetas profesionales de médico expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y los egresados del Ministerio de Educación Nacional.

Resultados: más del 65% del talento humano en salud corresponde a personas menores de 40 años; por cada hombre con formación en áreas de la salud hay 3,4 mujeres. El 68% del talento humano en salud identificado que está cotizando al Sistema de Seguridad Social en Salud se encuentra en Bogotá D. C. (41%), Antioquia (15%) y Valle del Cauca (12%). El 58% cuenta con formación universitaria, el 38% son auxiliares y el 4% tecnólogos y técnicos profesionales. Cerca del 68% del talento humano identificado realizó cotizaciones como dependiente y 30% como independiente. Entre los años 2010 y 2012 se observó un incremento cercano al 16% del ingreso base de cotización del talento humano en salud. **Discusión:** el personal sanitario es en su mayoría joven, con una clara profundización de la feminización, poco desarrollo del segmento de tecnólogos y técnicos profesionales. El IBC constituye una aproximación, verificable en el tiempo, de los salarios e ingresos reales del talento humano en salud. El incremento registrado es significativamente superior a la variación del salario mínimo legal y del IPC durante el mismo período; este incremento es generalizado en todos

los niveles de formación –auxiliares, técnicos, profesionales– y en todas las profesiones.

Introducción

El talento humano en salud es el fundamento de los sistemas de salud, cualquiera sea su modelo de organización y funcionamiento. A través de su acción, se materializa el derecho a la salud y se garantiza el acceso y la calidad de los servicios de salud.

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 salud¹. De igual forma, la eficiencia en el desempeño y sostenibilidad de los sistemas de salud y sus instituciones es altamente dependiente del talento humano². Sin embargo, las características de cada sistema establecen requerimientos diferentes en cuanto a la cantidad, distribución, calidad y organización de sus recursos humanos.

El reconocimiento de la importancia que tiene el talento humano en salud, como factor crítico para lograr los objetivos del Sistema de Sa-

La eficiencia en el desempeño y sostenibilidad de los sistemas de salud y sus instituciones es altamente dependiente del talento humano.

1 Administrador Público y Magíster en Economía, Política y Relaciones Internacionales. Se ha desempeñado como Asesor y Directivo en entidades prestadoras de servicios de salud y aseguradoras del ámbito nacional y regional. Ha sido Asesor de las Secretarías de Salud y de Hacienda de Bogotá, y desde el Departamento Nacional de Planeación participó en los procesos de regulación y seguimiento al sector de salud y protección social. Actualmente se desempeña como Director de Desarrollo de Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.

2 Administrador Público, Especialista en Formulación y Evaluación Económica y Social de Proyectos, Especialista en Gestión de Política de Recursos Humanos en Salud. Actualmente se desempeña como Profesional Especializado del Ministerio de Salud y Protección Social.

3 Economista, Especialista en Epidemiología General. Actualmente se desempeña como Contratista para la gestión de información en la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.

lud, acoge los siguientes principios planteados por la Organización Panamericana de la Salud (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 salud³.

En Colombia, la reforma al sistema de salud introducida por la Ley 1438 de 2011 —en especial la estrategia de Atención Primaria en Salud, la formulación del plan decenal de salud pública 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— ha planteado enormes desafíos en la formación, distribución y gestión del talento humano en salud.



En relación con el talento humano particularmente, se definió la necesidad de establecer una política y un sistema de formación continua a partir de la gestión de información y conocimiento, buscando sustentar y orientar estrategias y acciones que permitan optimizar las condiciones del personal sanitario en el país y contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población colombiana.

En el año 2008, durante el Primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos, representantes de los diferentes actores involucrados en los sistemas de salud en el mundo instaron a los gobiernos, entre otras cosas, a “crear sistemas de información sobre la disponibilidad de personal sanitario, para mejorar la investigación y crear capacidad de gestión de datos para institucionalizar la adopción de decisiones basadas en datos científicos y promover el intercambio de conocimientos”⁴.

En Colombia, en el marco del Sistema de Información del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud presentado en la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010, a partir de la información disponible en las Direcciones Departamentales de Salud, en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y en el Ministerio, en la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud y en

el Observatorio de Talento Humano en Salud, se inició un trabajo de articulación y consolidación de la información del talento humano en salud autorizado para ejercer en el país.

El documento presenta una caracterización preliminar del talento humano en salud a partir de la información disponible.

Metodología

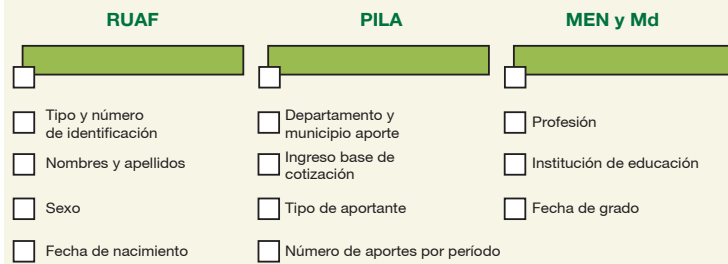
Se solicitó a cada autoridad territorial la información de las autorizaciones expedidas para el ejercicio del talento humano en salud, desde el momento en que le fue entregada dicha competencia⁵. De manera paralela, se realizó un inventario de la información disponible en el Ministerio de Salud y Protección Social, encargado de expedir los actos administrativos de autorización antes de 1994.

Más de 800.000 registros se consolidaron con la información de las Direcciones Departamentales de Salud y la Secretaría de Salud de Bogotá D. C. hasta el 30 de junio de 2012. Se avanzó en la depuración de variables como el tipo y número de identificación, nombres y apellidos, profesión u ocupación autorizada, fecha y número del acto administrativo con el que se autoriza el ejercicio y la institución donde realizó los estudios.

El proceso de depuración se gestó a partir de la multiplicidad de formas distintas de categorizar una variable, particularmente el nombre de los programas y de las instituciones. Se utilizaron las categorías definidas por el Ministerio de Educación Nacional para los programas e instituciones de educación superior (a través del Sistema Nacional de Información de la Educación Superior [SNIES]).

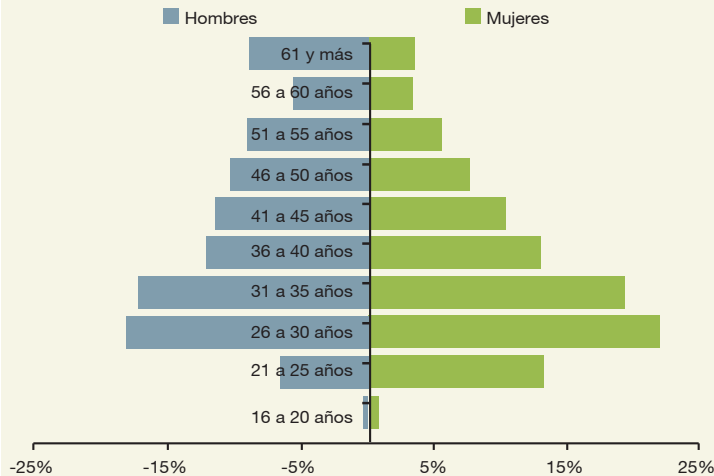
Para la depuración de instituciones y programas de formación para el trabajo y el desarrollo humano, se utilizaron categorías propias

Figura 1. Variables depuradas según fuente de información



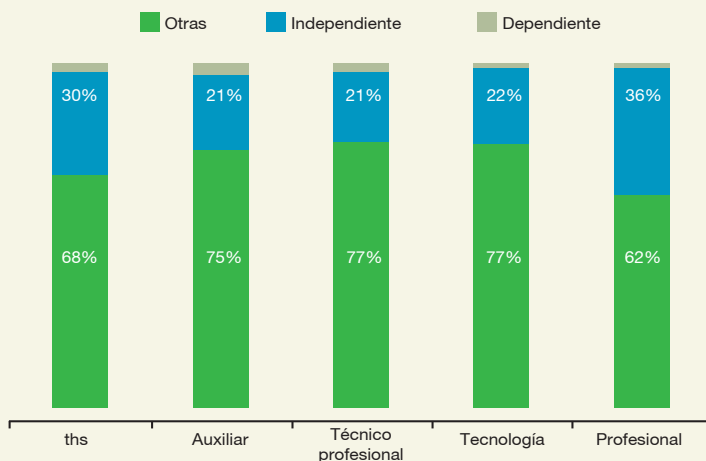
Fuente: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social.

Figura 2. Pirámide poblacional talento humano en salud Grupos quinquenales de edad



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

FIGURA 3. Talento humano en salud según tipo de cotizante Como porcentaje del total en cada nivel de formación



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

Más del 65% corresponde a personas menores de 40 años y por cada hombre con formación en áreas de la salud hay 3,4 mujeres.

(no fue identificada una categorización estandarizada).

Los nombres, apellidos, sexo y fecha de nacimiento fueron estandarizados a partir de un cruce realizado con la base de datos del Registro Único de Afiliados (RUAF), los departamentos y municipios, utilizando la división político-administrativa (DIVIPOLA), las estimaciones de población⁶ del Departamento Nacional de Estadística (DANE) y la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA).

Los registros del nivel profesional fueron revisados de manera complementaria con la información del Ministerio de Educación Nacional y la base de datos de expedición de tarjeta profesional de médico. Figura 1.

La información consolidada por la Dirección fue cotejada con la PILA para los años 2010, 2011 y 2012.

Mediante un muestreo por conveniencia, se incluyó en el análisis la información de los registros que cumplieron con criterios necesarios para el análisis de los resultados:

1. Cuando una persona refiere estudios en más de una profesión u ocupación, se tuvo en cuenta la de mayor nivel de formación, en el siguiente orden: i) profesional; ii) tecnológica; iii) técnica profesional; y iv) auxiliar. Cuando la persona tiene dos títulos del mismo nivel de formación, se tuvo en cuenta el más reciente, según la fecha de obtención del título.
2. Para estimar el IBC promedio, se incluyeron aquellas personas que cotizaron al

Distribución desequilibrada e inequitativa del talento humano, con el impacto que tiene en el acceso y la continuidad de los servicios

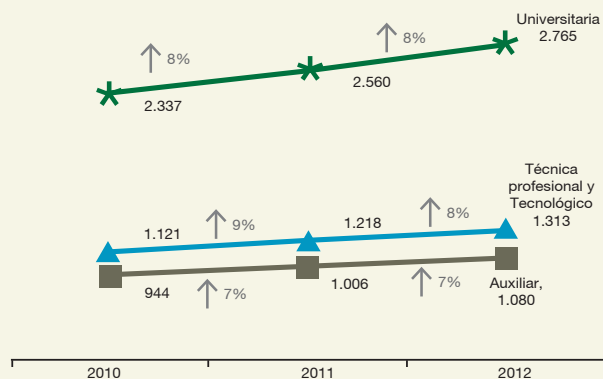
SGSSS por cinco o más periodos (meses), por lo menos un salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV) en cada año. Se categorizó el IBC de acuerdo al número de SMMLV vigente en cada año. No se tienen en cuenta las planillas de ajuste en el estudio.

3. Cuando se presentan aportes en más de un lugar, se sumó el total de ingresos reportados por la persona; sin embargo, para las estimaciones de la fuerza laboral en ejercicio, se tuvo en cuenta únicamente el lugar en donde realizó el mayor número de cotizaciones.
4. El proceso de depuración alcanzó un mayor nivel para las profesiones de medicina y enfermería.
5. Para conocer el tipo de vinculación del talento humano en salud, se tiene en cuenta el tipo de cotización sobre el cual se realizó un mayor número de aportes en el año.

Según el proceso de depuración realizado y los recursos disponibles hasta el momento, los resultados corresponden a información preliminar, que puede ser ajustada en cualquier momento y constituye un ejercicio de aproximación al universo de la información para el Sistema de Información del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud. En ningún caso debe ser considerado como el total de la fuerza sanitaria en el país.

Los resultados se presentan mediante estadísticas de tipo des-

FIGURA 4. Ingreso base de cotización según nivel de formación 2010-2012. Promedio mensual en pesos



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

Tabla 1. Variación IBC 2010-2012 por profesión

Profesión	Variación %
Bacteriología	17%
Enfermería	15%
Fisioterapia	18%
Fonaudiología	16%
Instrumentación quirúrgica	17%
Medicina	16%
Nutrición y dietética	18%
Odontología	15%
Optometría	17%
Salud ocupacional	17%
Química farmacéutica	17%
Terapia respiratoria	16%
Terapia ocupacional	11%

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

Tabla 2. Distribución de profesionales y salarios mínimos mensuales vigentes de 2012

SMMLV	Bacteriología	Enfermería	Medicina	Odontología
Menos de 2	32%	25%	14%	41%
2 a 4	37%	46%	27%	33%
4 a 6	18%	22%	23%	16%
6 a 8	5%	4%	15%	5%
Más de 8	7%	3%	21%	5%

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

criptivo. La gestión de información se realizó utilizando Microsoft Excel y Microsoft Access.

La caracterización del talento humano en salud a partir de la información disponible se distribuyó en tres componentes: demografía, distribución regional y actividad en la fuerza laboral.

Resultados

1. Características demográficas

El resultado del proceso de depuración arrojó 466.822 registros, que según el nivel de formación se distribuyen así: 52% del nivel universitario, 4% con formación técnica o tecnológica y 44% del nivel auxiliar. A partir de estos registros se describieron las características demográficas del talento humano en salud.

Se observa que más del 65% corresponde a personas menores de 40 años y que por cada hombre con formación en áreas de la salud hay 3,4 mujeres.

En la medida en que se desciende en los grupos de edad, es mayor la participación de las mujeres; mientras los mayores de 41 años representan el 81%, los menores de 40 constituyen el 70%. La mayor concentración de mujeres se halla en el grupo de 26 a 30 años.

El índice de masculinidad presentó un comportamiento inverso respecto al nivel de formación: se ubicó en 7,5 para los auxiliares, 3,49 en técnicos profesionales y tecnólogos y 2,2 en profesionales. Figura 2.

2. Distribución regional

Del total de registros depurados, 181.469 fueron identificados como cotizantes regulares al Sistema General de Seguridad Social en Salud, según los criterios definidos para este estudio. La distribución de estos cotizantes, según el nivel de formación, mantuvo una estructura

similar a la descrita anteriormente para la totalidad de los registros depurados.

El 68% de los cotizantes identificados realizó el pago aportes a la seguridad social en salud en Bogotá (41%), Antioquia (15%) y Valle del Cauca (12%), mientras que en un grupo conformado por 10 departamentos (Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vichada y Vaupés) se hicieron aportes del 2% de los cotizantes identificados.

Aun así, entre 2010 y 2012 se observaron incrementos cercanos al 25% en el personal sanitario que cotiza a la seguridad social en departamentos como Putumayo, Vaupés y Cundinamarca, mientras que los observados para Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca estuvieron entre el 4% y el 7%.

3. Actividad en la fuerza laboral

Según el tipo de cotizante, cerca del 68% del talento humano identificado realizó aportes como dependiente, el 30% lo hizo como independiente y el 2% utilizó otras modalidades⁷. Figura 3.

Se observó una relación directa entre el ingreso y el nivel de formación. Así mismo, entre 2010 y 2012 se registró un incremento en el IBC cercano al 16%, para todo el talento humano en salud, pasando de \$1,8 a \$2,1 millones, en promedio. Figura 4.

Como referencia, se tiene que para el mismo período de análisis, el salario mínimo en Colombia creció en 10%⁸ y la inflación presentó una variación acumulada de 6,25%⁹. Tabla 1.

Aunque en todos los niveles de formación se registraron crecimientos promedio del IBC superiores al 14%, en el grupo de los tecnólogos y técnicos profesionales se observó el mayor aumento, destacándose: técnicos profesionales de enfermería 32%, citohistología 30%, salud ocupacional e instrumentación quirúrgi-

ca 29%, tecnólogos en radiodiagnóstico y radioterapia 36%, gerontología 35% y salud ocupacional 31%.

Para los profesionales, el incremento del IBC entre 2010 y 2012 fue cercano al 16%. Salvo terapia ocupacional, que muestra una variación de 11%, las demás profesiones registran crecimientos por encima del 15%. Tabla 2.

Conforme al ingreso base de cotización del año 2012, expresado en salarios mínimos mensuales vigentes (SMMLV) de ese mismo período, un alto número de auxiliares y técnicos profesionales cotizan por un monto promedio inferior a 2 SMMLV, los tecnólogos lo hacen por un valor ubicado entre 2 y 4, mientras que los profesionales lo hacen por un monto señalado entre 4 y 6.

Discusión

Dado que la información corresponde a un período de tres años, no es posible establecer tendencias en la estructura o condiciones del talento humano, pero sí muestra unas características importantes del talento humano en salud de nuestro país: personal sanitario joven, con una clara profundización de la feminización, poco desarrollo del segmento de tecnólogos y técnicos profesionales, entre otros.

El hecho de que el pago de los aportes del personal sanitario se concentre en Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca es un elemento más de la distribución desequilibrada e inequitativa del talento humano, con el impacto que tiene en el acceso y la continuidad de los servicios de grandes grupos de población. Esto, sin desconocer que el pago de aportes no es *per se* una evidencia de la ubicación geográfica de quien cotiza o del lugar donde ejerce su profesión u ocupación.

La información también permite unas aproximaciones interesantes a temas relacionados con el vínculo laboral y los ingresos del personal

sanitario: se observa que cerca del 30% cotiza como independiente, es decir, no tiene un vínculo laboral con un empleador, situación más evidente en el nivel profesional, donde el 36% de los cotizantes presenta esta condición.

Llama la atención el aumento del IBC del talento humano en el período analizado (2010-2012), por varios aspectos: i) el IBC constituye una aproximación, verificable en el tiempo, de los salarios e ingresos reales de las personas; ii) el incremento registrado del IBC es significativamente superior a la variación del salario mínimo legal y del IPC durante el mismo período; iii) este incremento es generalizado en todos los niveles de formación –auxiliares, técnicos, profesionales– y en todas las profesiones.

El hecho de que los mayores incrementos se presenten en el nivel tecnológico y técnico profesional puede interpretarse como una primera señal del reconocimiento que tiene este recurso humano en nuestro sistema de salud, que tiene tan escaso espacio tanto en el sistema de formación como en la prestación de los servicios.

Esta situación se presenta en un período en el que ocurren múltiples hechos que de una manera u otra han incidido en esta situación: i) se culmina el proceso de unificación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado; ii) se logra una cobertura de afiliación en salud de más del 96% de la población colombiana; iii) se profundizan las medidas tendientes a agilizar el flujo de recursos en el sistema de salud; iv) se expiden normas que buscan controlar el uso indiscriminado de las formas de vinculación, como las leyes 1429 de 2010¹⁰ y 1438 de 2011¹¹, el Decreto 2025 de 2011¹², así como pronunciamientos de las Cortes y los órganos de control, entre otros.

Al relacionar esta información con la proveniente de otras fuentes,



es razonable inferir que la evolución del sistema de salud en los últimos años ha propiciado unas condiciones que incentivan una mayor demanda de profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud, que se traducen en mayores oportunidades de empleo e incrementos salariales reales generalizados en los dos años analizados.

Lo anterior no puede ocultar grandes diferencias en las condiciones laborales y de ejercicio entre profesionales, técnicos y auxiliares y en el interior de estos, y la subsistencia de importantes segmentos de este personal que ejercen su profesión u ocupación bajo condiciones no deseables.

Los resultados presentados contribuyen a aumentar la información disponible alrededor de la distribución y composición del talento humano en salud en Colombia, haciendo aún más evidente la necesidad de avanzar en el Sistema de Información para el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud como eje fundamental para la formulación e implementación de política.

Referencias bibliográficas

1 Anand, S., Barnighausen, T. Human resource and health outcomes: cross-country econo-

mic study. *The Lancet* 2004; Volumen 364: pp. 1603-09. OPS/OMS Metas Regionales.

- 2 Gilles, Dussault, Carl-Ardy, Dubois. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources for Health* 2003. <http://www.humanresources-health.com/content/1/1/1>.
- 3 OPS/OMS. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. 27a Conferencia Sanitaria Panamericana y 59a Sesión del Comité Regional. Washington, D.C. octubre del 2007.
- 4 Declaración de Kampala y prioridades para la acción internacional. Ginebra, OMS y Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario.
- 5 Decreto 1875 de 1994. "Por el cual se reglamenta el registro de los títulos en el área de la salud, expedidos por las Instituciones de Educación Superior".
- 6 Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional y departamental desagregado por área, sexo y grupos quinquenales de edad. DANE, 2013.
- 7 Planilla Integrada de Aportes a la Seguridad Social (PILA). Ministerio de Salud y Protección Social.
- 8 COLOMBIA. BANCO DE LA REPÚBLICA. Salario Mínimo Legal en Colombia. Serie histórica.
- 9 COLOMBIA. BANCO DE LA REPÚBLICA Índice de precios al consumidor (IPC) Colombia, con cifras provenientes del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).
- 10 Por la cual se expide la Ley de Formalización y Generación de Empleo". República de Colombia.
- 11 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". República de Colombia.
- 12 COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1233 de 2008 y el artículo 63 de la Ley 1429 de 2010".