



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE



# CARACTERIZACION DEL TALENTO HUMANO DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

## INFORME FINAL

Bogotá, Junio de 2013



# **CARACTERIZACION DEL TALENTO HUMANO DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA**

## **INFORME FINAL**

Los conceptos, opiniones, análisis, conclusiones y recomendaciones, son de exclusiva responsabilidad de los autores del estudio y no comprometen ni representan el punto de vista oficial o los criterios del SENA o de la Universidad Nacional de Colombia



## **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

Gina Parody D'Echeona /Directora General

María Magdalena Forero Moreno | Directora del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo

Aida Luz Martínez Gemade | Coordinadora Grupo de Normalización, Certificación y Gestión de Talento Humano /Dirección General

### **Asesores de la Dirección General SENA**

Oscar Armando Peteche | Asesor Normalización - Grupo de Normalización, Certificación y Gestión de Talento Humano - Dirección General

Nicolás Otálora Rodríguez | Asesor para los Estudios de Caracterización  
Dirección del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo

## **CONSEJO EJECUTIVO - MESA DEL SECTOR SALUD**

Dr. Carlos Eduardo Jurado Moncayo  
Presidente Mesa Sectorial Salud  
Director Cámara de Salud  
Asociación Nacional de Empresarios de Colombia  
ANDI//DC

Dr. Jaime Arias - Jorge Duarte  
Vicepresidente Mesa Sectorial Salud  
Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral  
ACEMI//DC

Dra. Stella Páez de Bolívar  
Presidente del Colegio Nacional de Bacteriólogos CNB  
Vocal Regional D.C

Sr. Ober de Jesús Castañeda  
Escuela de Mecánica Dental del Valle LTDA  
EMDV LTDA// Vocal Regional Valle

Dr. Hernán Darío Vallejo Restrepo  
Cooperativa de Profesionales de la Salud  
PROSALCO// Vocal Regional Antioquia

Dr. Teófilo Ruiz  
Director de Planeación y Gestión Comercial  
Hospital Universitario CARI  
//Vocal Regional Atlántico

Dr. Ricardo Jiménez  
Fundación Autónoma de las Américas  
Fundación Autónoma de las Américas // Vocal Regional Risaralda

Dr. Luis Carlos Ortiz  
Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud/ Ministerio de Salud y Protección  
Social//Invitado especial DC

Dra. Ruth Yelítza Rubio  
Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud/ Ministerio de Salud y Protección  
Social//Invitado especial DC

Dr. Santiago Luna  
Coordinador Programas de Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano  
Ministerio de Educación Nacional-MEN//Invitado especial DC

Dr. Miguel Ángel Ceballos  
Subdirector Centro de Formación Servicios a la Salud  
SENA/Regional Antioquia

Dr. Gerardo Arturo Medina Rosas  
Subdirector Centro de Formación de Talento Humano en Salud  
SENA/ Regional Distrito Capital

Marisol Moreno Cartagena  
Gestora Mesas Sectoriales-Grupo de Normalización, Certificación y Gestión del Talento  
Humano/Dirección General SENA

María Elena Zuleta  
Asesora Mesa Sectorial Salud  
Regional Antioquia

Ruth Mireya Suárez Porras  
Asesora Mesa Sectorial Salud  
Regional Distrito Capital

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**  
**Sede Bogotá**

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA**

INVESTIGADORES PRINCIPALES

Carlos Alberto Agudelo Calderón. MD., M. Sc.

Juan Carlos García Ubaque. MD., Ph. D., M. Sc.

Rocío Robledo Martínez. OD. M. Sc., Ph. D. (c)

Carlos Hernán Caicedo. Ing., M. Sc., Ph.D. (c)

INVESTIGADORES ASOCIADOS

Ana Milena Ortega. Trabajadora Social

Alejandra Valenzuela. Fisioterapeuta. M. Sc.

Andrea del Pilar Mayorga. Enf., M. Sc.





## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	13
1. ANÁLISIS DE CONTEXTO .....	15
1.1. Contexto Internacional .....	15
1.1.1. La época actual de globalización como marco de referencia .....	15
1.1.2. Tendencias en los enfoques educativos en salud .....	22
1.2. Tendencias y Situación de Salud .....	25
1.2.1. Aspectos demográficos .....	26
1.2.2. Demografía y salud .....	27
2. SISTEMA DE SALUD .....	39
2.1. Desarrollo y Problemáticas del SGSSS .....	39
2.1.1. Panorama general .....	39
2.1.2. Tipo de sistema de salud .....	40
2.1.3. Componentes del SGSSS .....	41
2.1.4. Regulación, competencia y mercado .....	46
2.1.5. Arreglos institucionales en curso .....	48
2.1.6. Financiamiento .....	48
2.1.7. Logros del modelo de competencia regulada .....	55
2.1.8. Problemas relevantes del SGSSS .....	57
2.1.9. Sistema de Salud, talento humano y mercado laboral .....	61
3. MERCADO LABORAL Y TALENTO HUMANO .....	63
3.1. Mercado Laboral de Salud .....	63
3.1.1. Características generales .....	63
3.1.2. Mercados en el sector salud .....	64
3.1.3. Especificidades del mercado laboral de salud .....	65
3.1.4. Regulación y estructuración .....	68
3.1.5. Remuneración o salarios .....	73
3.2. Talento Humano en Salud .....	74
3.2.1. La cuantificación del talento humano .....	74
3.2.2. Distribución geográfica .....	76
3.3. Algunos Perfiles Ocupacionales Actuales y sus Problemáticas como Expresión de Problemas del Talento Humano .....	77
3.3.1. Administración en salud .....	77
3.3.2. Fisioterapia .....	78
4. ENTORNO OCUPACIONAL .....	80
4.1. Base de Datos sobre Habilitación del Ministerio de Salud y Protección Social .....	81
4.1.1. Capacidad instalada de prestadores .....	81
4.1.2. Capacidad instalada de prestadores. Oferta por Departamento .....	82
4.1.3. Capacidad instalada de prestadores. Habitantes por cama .....	84
4.2. Caracterización Ocupacional del Sector Salud .....	85
4.2.1. Perfil de los empleadores encuestados .....	86
4.2.2. Procesos identificados. IPS. EAPB. Gobiernos locales .....	87
4.2.3. Cargos misionales identificados .....	91
4.2.4. Cargos identificados por vinculación y sexo .....	102
4.2.5. Subcontratación de procesos .....	108
4.2.6. Priorización de procesos .....	107
4.2.7. Nivel salarial y antigüedad .....	107
4.2.8. Nivel de formación ocupacional .....	109
4.2.9. Investigación e innovación .....	112

4.2.10. Perspectiva de los cargos identificada por los empleadores .....	114
4.2.11. Seguridad y salud en el trabajo .....	117
4.2.12. Perspectiva ambiental de los empleadores .....	118
4.3. Análisis de Recurso Humano – Entorno Ocupacional.....	118
4.3.1. La organización y distribución de los recursos humanos en salud .....	119
4.3.2. La Atención Primaria en Salud en contexto.....	125
4.3.3. La doble práctica en el sector de la salud.....	135
4.3.4. La cobertura en lugares apartados .....	136
4.3.5. La remuneración y los incentivos.....	138
4.3.6. Motivación y retención de trabajadores de la salud.....	141
4.3.7. Corrupción en el sistema de salud.....	143
4.3.8. La formación, actualización y desempeño del recurso humano en salud .....	144
4.3.9. Transformación en la prestación de los servicios de salud .....	147
4.3.10. Principios rectores de la acción .....	149
5. ENTORNO AMBIENTAL: CONDICIONES DE TRABAJO .....	154
5.1. Condiciones de Trabajo en el Sector Salud .....	156
5.2. Promoción de la Salud entre Trabajadores de la Salud .....	158
6. ENTORNO EDUCATIVO .....	162
6.1. Resumen de Tendencias y Problemas Educativos .....	162
6.2. Tendencias Centrales en el Período 1980-2000 .....	162
6.2.1. Instituciones .....	162
6.2.2. Programas.....	163
6.2.3. Egresados .....	164
6.2.4. Educación, sector salud y mercado laboral .....	165
6.3. Tendencias Centrales y Características del Sector Educativo en Salud, en el Período 2001-2012.....	166
6.3.1. Instituciones y programas .....	166
6.3.1.1. Encuesta de instituciones .....	168
6.3.2. Pregrados y posgrados.....	171
6.3.2.1. Egresados .....	172
6.3.2.2. Tecnólogos y auxiliares .....	173
6.3.3. Investigación en salud.....	174
6.3.3.1. Panorama internacional de investigación en salud .....	174
6.3.3.2. Panorama de investigación en salud en Colombia.....	174
6.3.3.2.1. Capacidades de investigación .....	176
6.3.3.2.2. Normatividad en investigación en salud .....	176
6.3.4. Perfiles profesionales, competencias y currículos .....	177
6.3.5. Dimensión de políticas .....	179
7. ESTUDIO DE CASO – ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS .....	181
7.1. Experiencias.....	183
7.2. Análisis .....	186
7.3. Desafíos en la Formación de Talento Humano en el Marco de la Ley 1438.....	188
8. PERSPECTIVA DE LOS ACTORES .....	191
8.1. Entrevistas Actores Clave .....	191
8.2. Análisis Textual de Discurso .....	194
8.2.1. Entorno educativo .....	194
8.2.2. Entorno ocupacional .....	198
8.3. Categorías emergentes.....	200
8.3.1. Incertidumbre–sostenibilidad .....	200
8.3.2. Corrupción del sistema .....	201
8.3.3. Humanización .....	201

9. PROSPECTIVA ESTRATÉGICA .....	204
9.1. Sector Salud Como Sector de Alta Tecnología .....	206
9.2. Ejercicio de Escenarios.....	208
9.2.1. Metodología: grupos Delphi .....	208
9.2.2. Resultados ejercicio de escenarios .....	208
10. CONCLUSIONES .....	210
CONCLUSIÓN 1 .....	210
CONCLUSIÓN 2 .....	211
CONCLUSIÓN 3 .....	211
CONCLUSIÓN 4 .....	213
11. RECOMENDACIONES .....	214
RECOMENDACIÓN 1 .....	214
RECOMENDACIÓN 2.....	214
RECOMENDACIÓN 3.....	215
RECOMENDACIÓN 4.....	215
12. ANEXOS .....	217
ANEXO 1: METODOLOGIA Y RESULTADOS.....	217
ANEXO 2: FORMULARIO DE ENCUESTA A EMPLEADORES.....	226
ANEXO 3: FORMULARIO DE ENCUESTA A INSTITUCIONES DE FORMACIÓN .....	236
ANEXO 4: GUÍA ENTREVISTAS.....	239
ANEXO 5: METODOLOGÍA DE ENTREVISTAS CON ACTORES .....	252
ANEXO 6: ENTREVISTAS.....	259
Índice de Tablas	
Tabla 1.1. Comparación de las tasas de crecimiento de 17 países .....	17
Tabla 1.2. América Latina (18 países): personas en situación de pobreza e indigencia, alrededor de 2002, 2010 y 2011 (%).....	19
Tabla 1.3. Proyecciones de población. 2005-2020. Colombia (Base=Censo de 2005) .....	26
Tabla 1.4. Colombia. Proyecciones .....	26
Tabla 1.5. Colombia. Peso Relativo de.....	27
Tabla 1.6. Colombia. Indicadores Demográficos Estimados .....	27
Tabla 2.1. Gasto en salud según fuente financiera .....	41
Tabla 2.2. Tipología de EPS y participación en el mercado, Colombia, 2010.....	43
Tabla 2.3. Consolidación de recursos destinados a la salud. Millones \$. .....	50
Tabla 2.4. Composición de los recursos destinados a salud.....	51
Tabla 2.5. Contratos realizados por las EPS del régimen contributivo .....	54
Tabla 2.6. Población total y afiliada al SGSSS (%). 1993-2010 .....	55
Tabla 3.1. Crecimiento del talento humano .....	67
Tabla 3.2. Sistemas de contratación de médicos .....	70
Tabla 3.3. Distribución del talento humano en salud.....	71
Tabla 3.4. Mediana de salarios nacionales por hora de 16 ocupaciones en salud .....	73
Tabla 3.5. Promedio del ingreso base de cotización (\$).....	74
Tabla 3.6. Distribución del recurso humano, según categorías.....	75
Tabla 3.7. Distribución del recurso humano, según categorías.....	75
Tabla 3.8. Estimación del talento humano en salud de tipo profesional .....	76
Tabla 4.1. Panorama de la capacidad instalada de prestadores de servicios de salud del país 2012. Naturaleza de la Oferta .....	81
Tabla 4. 2. Panorama de la capacidad instalada de prestadores de servicios de salud del país 2012. Oferta por Departamento.....	83
Tabla 4.3. Panorama de la capacidad instalada de prestadores de servicios de salud del país 2012. Habitantes por cama .....	84
Tabla 4.4. Caracterización del Sector Salud.....	86
Tabla 4.5. Caracterización del Sector Salud. Procesos identificados .....	88

Tabla 4.6. Caracterización del Sector Salud. Total de procesos.....	90
Tabla 4.7. Caracterización del Sector Salud.....	91
Tabla 4.8. Caracterización del Sector Salud. Cargos identificados por proceso misional .....	92
Tabla 4.9. Caracterización del Sector Salud. Ocupación de cargos .....	102
Tabla 4.10. Caracterización del Sector Salud. Subcontratación de .....	107
Tabla 4.11. Caracterización del Sector Salud. Priorización de procesos .....	107
Tabla 4.12. Caracterización del Sector Salud. Nivel Salarial y Antigüedad .....	108
Tabla 4.13. Caracterización del Sector Salud. Nivel ocupacional .....	110
Tabla 4.14. Caracterización del Sector Salud. Innovación, Investigación y Automatización .....	112
Tabla 4.15. Caracterización del Sector Salud. Uso de tecnología en los procesos institucionales .....	113
Tabla 4.16. Caracterización del Sector Salud. Perspectiva de los cargos identificada por los empleadores .....	115
Tabla 4.17. Caracterización del Sector Salud. Perspectiva de la salud y seguridad en el trabajo identificada por los empleadores .....	117
Tabla 4.18. Caracterización del Sector Salud. Perspectiva de intervención en salud y seguridad en el trabajo identificada por los empleadores .....	118
Tabla 4.19. Caracterización del Sector Salud. Perspectiva ambiental de los empleadores .....	118
Tabla 6.1. Áreas y programas académicos .....	163
Tabla 6.2. Promedio anual de egresados por período y tasas de crecimiento .....	164
Tabla 6.3. Instituciones Principales de Educación Superior. 2012.....	167
Tabla 6.4. Instituciones Seccionales de Educación Superior .....	167
Tabla 6.5. Programas técnicos laborales.....	167
Tabla 6.6. Análisis Estratégico.....	168
Tabla 6.7. Relaciones entre inscritos, matriculados y egresados, en las IFT .....	170
Tabla 6.8. Relaciones entre inscritos, matriculados y egresados, en las Universidades .....	171
Tabla 6.9. Programas de pregrado de Educación Superior .....	171
Tabla 6.10. Programas de pregrado en Salud.....	172
Tabla 6.11. Programas de posgrado en Salud. 2011 .....	172
Tabla 6.12. Egresados 2001-2008.....	172
Tabla 6.13. Grupos de Investigación relacionados con Salud - 2010 .....	175
Tabla 6.14. Normatividad en Investigación en Salud .....	176
Tabla 7.1. Comparación de indicadores en salud de diferentes modelos de APS.....	187
Tabla 8.1. Relación Entrevistas - Actores. Ciudad de Barranquilla .....	192
Tabla 8.2. Relación Entrevistas - Actores. Ciudad de Bucaramanga.....	192
Tabla 8.3. Relación Entrevistas - Actores. Ciudad de Cali .....	192
Tabla 8.4. Relación Entrevistas - Actores. Ciudad de Cartagena .....	193
Tabla 8.5. Relación Entrevistas - Actores. Ciudad de Medellín.....	193
Tabla 8.6. Relación Entrevistas - Actores. Ciudad de Montería .....	193
Tabla 8.7. Relación Entrevistas - Actores. Ciudad de Neiva .....	193
Tabla 8.8. Relación Entrevistas - Actores. Ciudad de Pasto .....	193
Tabla 8.9. Relación Entrevistas - Actores. Ciudad de Popayán .....	194
Tabla 9.1. Sectores Económicos - Grado de Intensidad Tecnológica.....	206

#### Índice de Figuras

Figura 1.1. Tendencias de la mortalidad en Colombia por complejos epidemiológicos.....	28
Figura 1.2. Tasas de mortalidad según causas individuales seleccionadas. 1998-2011.....	31
Figura 1.3. Tasas de mortalidad y prevalencia según causas.....	32
Figura 1.4. Razón de mortalidad materna (100.000 nv) y Tasa de Mortalidad .....	35
Figura 2.1. Modelo de competencia regulada en un sistema de relaciones complejas .....	47
Figura 2.2. Dinámica del PBI y del gasto en salud (%). 1993-2007 .....	49
Figura 2.3. Flujo de recursos del Sistema de Salud .....	52
Figura 3.1. Mercado laboral de salud: características y relaciones .....	66
Figura 4.1. Distribución del recurso humano por nivel de formación.....	111
Figura 4.2. Distribución del recurso humano por nivel de desempeño .....	112
Figura 9.1. Prospectiva Estratégica .....	204

## INTRODUCCIÓN

El término talento humano tiene numerosos sinónimos: recursos humanos, fuerza de trabajo, etc. Su núcleo conceptual es la ocupación humana. Desde una aproximación simple la ocupación humana permite que las personas satisfagan sus necesidades esenciales para supervivir, ejercer capacidades, experimentar bienestar físico, mental y social y, adaptarse al medio ambiente (1).

Más allá de la semántica elemental del término talento humano, este se fundamenta desde lo filosófico en el concepto de ocupación humana, como proceso que resulta de los desarrollos de las sociedades en su historia y en sus dinámicas, sociales, políticas, culturales y ambientales. El propio Kant sostenía que lo primario en el hombre es la praxis, el hacer (2). En este sentido, la ocupación compromete al menos tres aspectos de lo humano: el ser, el hacer y el llegar a ser (3). La búsqueda de sentido de la existencia del ser por medio del proyecto de libertad torna trascendente la ocupación humana y le confiere un alcance ontológico. Así, "...la ocupación no se configura como un deber ser impuesto sino que somos proyecto de nosotros mismos, somos un proyecto inminente de libertad, que se hace posible a través del ocuparnos." (3)

El estudio realizado por medio de un convenio interadministrativo entre el SENA y la Universidad Nacional de Colombia (Instituto de Salud Pública), se propuso actualizar la información sobre la caracterización del talento humano del sector salud en Colombia.

El estudio se realizó desde la metodología del SENA, basada en los entornos organizacional, ocupacional, educativo, tecnológico, económico y, ambiental. Se utilizaron metodologías cuantitativas y cualitativas, como encuestas, entrevistas, revisión documental y prospectiva. En el Anexo 1 se presentan los aspectos metodológicos del estudio. Para el análisis y organización de la información obtenida se utilizaron dos ejes articuladores: mercado laboral y educación; y, dos ejes organizadores: sistema de salud y talento humano en salud. Esto se refleja en la estructura del documento que presentamos a continuación. En el texto se indica el tipo de fuente utilizada: encuesta, entrevista, base de datos y prospectiva. Cuando no se indica la fuente, se trata de revisión documental, o sea fuente secundaria. Así mismo, debe indicarse que el análisis de la información se adelantó desde una perspectiva crítica y académica.

El documento está compuesto por 11 capítulos y 6 anexos. El capítulo 1 se dedica al análisis de contexto para delimitar de manera apropiada el estudio de caracterización del talento humano. En este capítulo se abordan dos aspectos centrales. El primero de ellos se ocupa del análisis de las tendencias internacionales de la globalización, y algunos de los aspectos relevantes que inciden en los procesos y políticas de los sistemas de salud y de educación. El segundo aspecto presenta una aproximación al análisis de tendencia y situacional de la salud en Colombia, por medio de indicadores convencionales.

En el capítulo 2 se aborda la caracterización del desarrollo y problemáticas del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este sentido se presenta un panorama general del sistema y algunas de sus características clave (tipo de sistema, componentes, regulación, competencia, mercado, financiamiento y otros similares) para terminar con un examen de los logros y los problemas relevantes del sistema de salud.

El capítulo 3 se ocupa del análisis del mercado laboral y el talento humano en salud. Se indica la información cuantitativa disponible sobre el talento humano, los aspectos de regulación y estructuración, y se presentan los hallazgos sobre el mercado laboral en salud que explican gran parte de la problemática actual del talento humano.

En el capítulo 4 se presentan, por una parte, la información de las bases de datos proporcionadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y los resultados del trabajo de campo en los aspectos ocupacionales. Este tipo de información se acompaña de un análisis de contextualización nacional e internacional que facilita la interpretación de los resultados en el ámbito ocupacional

El capítulo 5 presenta de manera sintética los aspectos relacionados con el entorno ambiental de las condiciones de trabajo.

En el capítulo 6 se aborda la presentación y análisis sobre el entorno educativo, con base en la información proveniente de las bases de datos proporcionadas por el Ministerio de Educación, las encuestas y entrevistas realizadas y la revisión documental. Esto permite acercarse a la comprensión de la lectura que hace el sector educativo del mercado laboral en salud.

En el capítulo 7 se presentan los resultados del análisis de caso, consistente en una aproximación interpretativa de tres experiencias de Atención Primaria en Salud-APS en Colombia. Los resultados obtenidos ayudan a comprender cuáles son nuestras fortalezas y debilidades para implementar la estrategia de APS.

El capítulo 8 aborda la perspectiva de los actores y la interpretación que estos hacen de las potencialidades y problemáticas ocupacionales del talento humano. La información y el análisis utilizado son de tipo cualitativo, centrados en entrevistas.

Los resultados del ejercicio de prospectiva se presentan en el capítulo 9 y son útiles para contrastar las opiniones y la información de actores e instituciones.

Los capítulos 10 y 11 recogen las conclusiones y las recomendaciones.

Por último en los Anexos se presentan los métodos y resultados del trabajo de campo.

## **1. ANÁLISIS DE CONTEXTO**

### **1.1. Contexto Internacional**

#### **1.1.1. La época actual de globalización como marco de referencia**

El colapso de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas-URSS, en el año de 1990, abrió las puertas a una transformación global del mundo; en primer lugar, como reordenamiento geopolítico (relaciones de fuerzas políticas y militares mundiales), luego una sucesión de procesos y cambios en la economía y los mercados, así como en los Estados nacionales, las políticas, la cultura y las relaciones internacionales. Estos cambios se encuentran aún en proceso, aunque en algunos de ellos ya son visibles los primeros resultados (4,5). De esta manera, el reordenamiento de las relaciones geopolíticas, condujo a la recomposición de los agrupamientos de las fuerzas internacionales y regionales.

Como antecedente, en la fase posterior a la Segunda Guerra Mundial (1945-1990), se configuró de manera progresiva un esquema geopolítico caracterizado por un mundo bipolar en manos de dos grandes potencias, en medio del equilibrio nuclear estratégico, la multipolaridad política, la rivalidad intercapitalista y la figura dominante de las corporaciones transnacionales (6).

Pero, a partir del año 1991 el esquema geopolítico se transformó profundamente: el mundo se tornó unipolar desde el punto de vista de la política mundial e internacional, con base en el monopolio nuclear, y se generaron nuevos procesos que condujeron a la multipolaridad de bloques de países y la fusión corporativa supranacional. En este marco, el modelo capitalista ha ocupado gran parte de las áreas y los países que antes de 1990 hacían parte del mundo socialista, consolidando el mercado y la economía en el ámbito mundial. El conjunto de estas características ha llevado a un concepto que describe de manera general la fase actual del mundo moderno: la globalización. Esta última es entendida no sólo por su alcance amplio, sino también por la diversidad que encierra en lo económico, social, político, cultural, ambiental, en la comunicación y en lo ideológico. Cada una de estas dimensiones recoge tendencias previas y nuevas, que se articulan de forma compleja (7).

Sin desconocer la complejidad que implica el fenómeno de globalización actual, se destacan los siguientes aspectos o características:

- Reconfiguración de las relaciones y la interacción de la economía, la sociedad, la política, la cultura y la comunicación.
- Acentuamiento de las tendencias previas en la expansión de la producción y los mercados capitalistas.
- Financiarización de las economías, no sólo por el peso decisivo que toma el capital financiero sino también por su predominio progresivo en las inversiones y el crecimiento, frente a la actividad industrial.

- Construcción progresiva de un nuevo marco cualitativo de ordenamiento político, bajo la hegemonía del capital financiero internacional.
- Liberalización comercial y económica en los mercados globales, regionales y bilaterales, debido, en parte, a la especialización previa de los países en el mercado mundial. Esta liberalización involucra asimetrías económicas y productivas entre los países desarrollados y los países en desarrollo y, por ende, son visibles dos resultados, entre otros: proliferación de los tratados de libre comercio-TLC (como un mecanismo para formalizar la libertad de comercio y al tiempo proteger las ventajas competitivas de las partes); y la consolidación y ampliación de los procesos de integración regional de mercados nacionales, en especial en los países en desarrollo.
- Cambios estructurales progresivos, especialmente en los sistemas productivos (organización empresarial y administración, entre otros) y en los tipos y formas de acumulación que avanzan hacia una mayor flexibilidad (8,9).

Así mismo, se deben destacar los aspectos que apuntaron a regular o incidir en la economía y los Estados nacionales de los países en desarrollo, especialmente en América Latina. En su momento se reconocía como "...causa del atraso latinoamericano...las distorsiones macroeconómicas inducidas por las malas políticas. Se pensaba que el Estado estaba sobredimensionado, que las economías eran muy cerradas y que los precios relativos de los distintos mercados estaban marcadamente alejados de sus niveles de equilibrio." (10).

En la lista de componentes de las políticas internacionales de ajuste (el denominado enfoque económico neoclásico ortodoxo), cabe mencionar: privatizaciones, reducción del tamaño del Estado, reestructuración de las políticas y las instituciones públicas y sociales (como los sistemas de salud y educativo), reconversión industrial y flexibilización laboral. Esta agenda de políticas se basó en el Consenso de Washington<sup>1</sup> de 1989 (11) y experimentó numerosas transformaciones y ampliaciones en sus temáticas, dando lugar a sucesivas adaptaciones nacionales y generaciones de reformas, a lo largo de dos décadas. Por consiguiente, las políticas fueron aplicadas de forma muy desigual en los países en desarrollo. Y los resultados son también disímiles.

Esta faceta de políticas de la globalización, centrada en los países en desarrollo, es posiblemente la expresión más cercana a lo que se ha denominado, de manera crítica y aún peyorativa, el neoliberalismo<sup>2</sup>. De esta manera, para algunos actores los términos globalización y neoliberalismo son equivalentes.

---

<sup>1</sup> El Consenso de Washington planteaba las siguientes políticas: 1. Establecer una disciplina fiscal; 2. Reordenamiento de las prioridades del gasto público de áreas como subsidios (especialmente subsidios indiscriminados) hacia sectores que favorezcan el crecimiento, y servicios para los pobres, como educación, salud pública, investigación e infraestructuras; 3. Reforma Impositiva/tributaria; 4. Liberalización financiera, especialmente de los tipos de interés; 5. Tipo de cambio de la moneda competitivos; 6. Liberalización del comercio internacional; 7. Eliminación de las barreras a las inversiones extranjeras directas; 8. Privatización de las empresas públicas; 9. Desregulación de los mercados; 10. Protección de la propiedad privada. Consenso de Washington. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Consenso\\_de\\_Washington](http://es.wikipedia.org/wiki/Consenso_de_Washington). Consultado 14 Diciembre 2012.

<sup>2</sup> "...la *economía neoliberal* no es una categoría de análisis apropiada; en tanto no tiene un estatuto propio, ni en el campo de la teoría económica, ni en el campo de la política económica. Más bien, lo que se reconoce es un *discurso neoliberal*, un fundamentalismo de mercado...que ha tenido repercusiones importantes y de diversa naturaleza en los países en desarrollo...se puede identificar la propuesta neoliberal por su defensa de la secuencia: *libertad* → *eficiencia* → *equidad*, que en el medio académico se conoce como el enfoque procedimentalista del bienestar; a partir del cual se confía en que la dinámica generada por



En retrospectiva, hoy es reconocible un espectro de posiciones y opiniones sobre esta agenda de políticas, desde las que plantean su completo fracaso, tanto en los medios como en los resultados, como aquellas que plantean éxitos relativos.

Las posiciones críticas son de distinto tipo. Algunas de ellas destacan que la relación histórica entre comercio y crecimiento operó débilmente en medio de políticas contradictorias como los incentivos y la apertura. Otro grupo de críticas destaca que el crecimiento centrado en la eficiencia ha demostrado ser insuficiente y no continuo (volátil), y en la medida que no atiende las fallas del mercado ni propicia los cambios estructurales de la productividad, impide a los países superar el atraso económico. Al respecto, la Tabla 1.1 indica los resultados del PIB en la década de implementación de las reformas (10).

**Tabla 1.1.** Comparación de las tasas de crecimiento de 17 países en las fases de crecimiento hacia adentro, "década perdida" y reformas estructurales

	1951-1980	1981-1990	1991-2002
Rep. Dominicana	6,1	2,5	5,5
Chile	3,7	3,2	5,5
Centroamérica	5,1	1,3	3,9
Costa Rica	6,5	2,3	4,6
El Salvador	4,4	-0,3	4,0
Guatemala	5,0	0,9	3,8
Honduras	4,6	2,4	3,1
México	6,6	1,9	3,1
América Latina	4,9	1,4	3,0
Países Andinos	4,9	0,9	2,7
Perú	4,8	-0,8	3,8
Bolivia	3,3	0,2	3,4
Colombia	5,1	3,7	2,4
Ecuador	6,3	1,8	2,3
Venezuela	5,2	-0,5	1,8
MERCOSUR	4,6	1,1	1,9
Brasil	7,2	1,7	2,5
Argentina	3,4	-0,6	2,2
Paraguay	5,4	3,1	1,4
Uruguay	2,3	0,2	1,3
Jamaica	3,9	2,1	0,8

Fuente: Elaboración del autor, sobre la base de cifras de la CEPAL.

Así mismo, se considera que estas políticas no han mejorado la competitividad y han tenido repercusiones sociales negativas, convirtiéndose en uno de los factores que estimularon las crisis y cambios políticos en varios gobiernos de América Latina. En

---

el mercado conduce de manera automática a la eficiencia y a la equidad. La libertad económica, con la cual se da inicio a la secuencia, se expresa en el mercado y la libre concurrencia. En su forma natural los precios y los salarios son flexibles, por lo que cualquier desequilibrio en los mercados de bienes y servicios y de trabajo se corregirá de manera automática, mediante la fluctuación de precios y salarios...Por el contrario, la intervención estatal genera distorsiones que pueden terminar provocando estos males. Baste señalar que un régimen laboral inadecuado y/o la imposición de un salario mínimo pueden incorporar inflexibilidades en el mercado laboral y conducir al desempleo involuntario. Del mismo modo, un gasto público excesivo puede conducir a un desequilibrio fiscal que presiona sobre las tasas de interés y obliga al gobierno a elevar las tasas impositivas, con lo que se desestimula la iniciativa privada." Gaviria MA. Neoliberalismo, "Consenso De Washington" y reformas estructurales en América Latina. Disponible en: <http://www.eumed.net/ce/2005/mgr-neol.htm> Consultado: 10 Diciembre 2012.

desarrollo de esta línea de investigación diversos estudios han llegado a la conclusión de que estos resultados no están en relación directa con la intensidad de las reformas (10,12). Así mismo, de manera reiterada indican que ninguna de estas políticas ha logrado reducir el peso de la economía informal a favor de la economía y el empleo formales, en los países de América Latina.

Otras aproximaciones se han orientado, además de los aspectos anteriores, desde enfoques antiglobalización y antineoliberales. Este tipo de críticas han sido planteadas por Stiglitz, Chomsky y Klein, quienes consideran el Consenso de Washington como un medio para abrir los mercados laborales de los países en desarrollo a la explotación por parte de compañías del primer mundo (13).

Sin desconocer los fracasos manifiestos en la experiencia económica y social de los países de América Latina y la pérdida de impulso de las reformas, algunos autores sugieren que el Consenso de Washington está vivo y vigente. Con algunas excepciones, la mayoría de países de América Latina adoptaron, con diferente intensidad, las políticas de estabilidad macro y de reforma estructural recomendadas (14).

La polémica sobre la globalización es, desde luego, relevante. Sin embargo, independiente de cómo los diferentes puntos de vista utilizan la información disponible, consideramos necesario detenerse en dos aspectos sociales claves y críticos para los países de América Latina: pobreza y desigualdad distributiva. Tomando como base la información de la CEPAL, destacamos algunas tendencias, que a su vez sintetizan el comportamiento de los países en la década de los 2000.

"Durante el año 2011 el PIB de América Latina creció un 4,3%, lo que supuso una expansión del 3,2% del producto por habitante. Aunque de una magnitud inferior al crecimiento per cápita de 2010 (que fue de un 4,9%), este resultado consolida la recuperación regional tras la caída registrada en 2009 (de un 3,0%). Por su parte, el empleo mostró una evolución favorable en la región. La tasa de desempleo promedio se redujo del 7,3% al 6,7% respecto del año 2010. La continuidad de la tendencia a la disminución del desempleo desde 2002, interrumpida solo en 2009, ha permitido que las cifras actuales sean las más bajas desde mediados de la década de 1990 y que casi la totalidad de los países latinoamericanos tenga tasas inferiores al 8%. A su vez, los ingresos reales del trabajo se vieron favorecidos por el mantenimiento de una baja inflación en la mayoría de los países; el promedio de la región alcanzó un 6,9%, apenas 0,4 puntos porcentuales por encima de lo registrado en 2010." (15)

Por otra parte, la CEPAL indica que la proporción de pobreza de 29.4% para el año 2011, en la región, confirma la tendencia a la baja que la ha caracterizado en el último decenio, y los niveles sean los más bajos observados en las tres últimas décadas. La Tabla 1.2 ilustra parcialmente esta tendencia (15).

Así mismo, la CEPAL destaca la problemática crítica que se da en torno a la desigualdad distributiva.

"En la mayoría de los países se observa que un conjunto reducido de la población acumula una gran proporción de todos los ingresos generados, mientras que los más pobres sólo alcanzan a recibir una escasa porción. El promedio simple de los valores de los 18 países de los que se cuenta con información relativamente reciente indica que el 10% más rico de la población recibe el 32% de los ingresos totales,

mientras que el 40% más pobre recibe el 15%. Se observan niveles relativamente altos de concentración en el Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, Honduras, el Paraguay y la República Dominicana, países en que esos porcentajes se acercan al 40% de los ingresos para los más ricos y entre el 11% y el 15% para los más pobres. En Bolivia (Estado Plurinacional de), Costa Rica y Panamá la apropiación por parte de los más pobres resulta similar, pero es algo menor el porcentaje que le corresponde al decil superior. Por su parte, en la Argentina, el Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua y el Perú se registran valores mayores en el extremo inferior de la distribución (un 16% o un 17%) y algo menores entre el 10% más rico (en torno al 30%). En el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de) se da la menor concentración, ya que las proporciones son del orden del 20% al 23% en ambos extremos." (15)

**Tabla 1.2.** América Latina (18 países): personas en situación de pobreza e indigencia, alrededor de 2002, 2010 y 2011 (%)

País	Alrededor de 2002			Alrededor de 2010			2011		
	Año	Pobreza	Indigencia	Año	Pobreza	Indigencia	Año	Pobreza	Indigencia
Argentina <sup>a</sup>	2004	34,9	14,9	2010	8,6	2,8	2011	5,7	1,9
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2002	62,4	37,1	2009	42,4	22,4	...	...	...
Brasil	2001	37,5	13,2	2009	24,9	7,0	2011	20,9	6,1
Chile	2000	20,2	5,6	2009	11,5	3,6	2011	11,0	3,1
Colombia <sup>b</sup>	2002	49,7	17,8	2010	37,3	12,3	2011	34,2	10,7
Costa Rica <sup>c</sup>	2002	20,3	8,2	2010	18,5	6,8	2011	18,8	7,3
Ecuador <sup>a</sup>	2002	49,0	19,4	2010	37,1	14,2	2011	32,4	10,1
El Salvador	2001	48,9	22,1	2010	46,6	16,7	...	...	...
Guatemala	2002	60,2	30,9	2006	54,8	29,1	...	...	...
Honduras	2002	77,3	54,4	2010	67,4	42,8	...	...	...
México	2002	39,4	12,6	2010	36,3	13,3	...	...	...
Nicaragua	2001	69,4	42,5	2009	58,3	29,5	...	...	...
Panamá	2002	36,9	18,6	2010	25,8	12,6	2011	25,3	12,4
Paraguay	2001	61,0	33,2	2010	54,8	30,7	2011	49,6	28,0
Perú <sup>d</sup>	2001	54,7	24,4	2010	31,3	9,8	2011	27,8	6,3
República Dominicana	2002	47,1	20,7	2010	41,4	20,9	2011	42,2	20,3
Uruguay <sup>a</sup>	2002	15,4	2,5	2010	8,6	1,4	2011	6,7	1,1
Venezuela (República Bolivariana de)	2002	48,6	22,2	2010	27,8	10,7	2011	29,5	11,7

**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

<sup>a</sup> Áreas urbanas.

<sup>b</sup> Cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia.

<sup>c</sup> Las cifras de 2010 y 2011 no son estrictamente comparables con las de años anteriores.

<sup>d</sup> Cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú.

Con respecto al coeficiente de Gini, la CEPAL destaca que desde el año 2000 en adelante se ha venido presentando una clara tendencia a la reducción de la concentración del ingreso, una dinámica que ha distinguido al proceso de desarrollo de América Latina en el último decenio y que implica un cambio en la tendencia imperante durante al menos los dos decenios anteriores:

"En efecto, al comparar los resultados recientes con los registrados en torno al año 2002 se constatan mejoras distributivas en la mayoría de países de la región. De 17 países considerados, el índice de Gini se redujo a un ritmo de al menos un 1% anual en nueve. Entre los países que registraron los descensos más significativos se encuentran la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Nicaragua y Venezuela (República Bolivariana de), todos ellos con tasas anuales de reducción del Gini superiores al 2%. Este proceso no se vio particularmente afectado por la crisis económica que se inició en 2008. En el último año, la desigualdad disminuyó en forma moderada, aunque estadísticamente significativa, en la Argentina, el Brasil, Colombia, el Ecuador y el Uruguay, mientras que en los demás países, incluidos aquellos donde el índice de Gini es algo más alto que el observado en 2010, los nuevos resultados no son estadísticamente distintos a los del año precedente."

Sin embargo, pese a estos mejoramientos, la distribución del ingreso en América Latina, continúa siendo de las más desiguales en el mundo. Para concluir, reseñamos tres aspectos específicos.

- Globalización, mundo laboral y mercado

En América Latina, la confluencia de los procesos de globalización comentados, en los marcos legales, económicos y políticos de los países, incidió sobre la fuerza de trabajo, en general, y el talento humano del sector de los servicios de salud, en particular, en aspectos sensibles del mercado laboral: empleo, salarios, especialización y ocupaciones. Por otra parte, se han transformado las políticas laborales en gran número de países, para adecuar los sistemas productivos a la producción flexible, generando tensiones constantes con respecto a las relaciones laborales y sindicales. En tercer término, la implementación progresiva de un nuevo modelo productivo o de acumulación, con sus nuevas formas de organización, administración y producción industrial, cuyos efectos se extienden con alguna rapidez en numerosos países, especialmente con respecto a los niveles de calificación de los trabajadores, los sistemas de trabajo flexibles, la gerencia y el control.

En paralelo con estas tres tendencias, se ha dado un proceso continuo de cambio en la base técnico científica de las empresas, resultado del conocimiento y la investigación, que se ha caracterizado con la denominación genérica de “sociedad del conocimiento” (16). Esta última refuerza las tendencias anteriores en tanto confluye con las mismas en la búsqueda de los cambios positivos de la productividad.

Este aspecto de la productividad es la base de la argumentación de los defensores del modelo. Simplificando al máximo: el incremento de la productividad, tenderá a generar más empleo y crecimiento y, mejores salarios. Por su parte, los opositores al modelo de globalización y sus efectos laborales, señalan que los incrementos de la productividad han avanzado más rápido que los salarios y aún más rápido que el empleo y, que se ha producido un deterioro en el mundo laboral, ocasionado por la precarización en las condiciones de trabajo (contratos temporales, a tiempo parcial y a destajo, tercerización y remuneración desigual para oficios similares, según sectores económicos y género, entre otros) (17,18).

En otra dimensión debe mencionarse que más de dos décadas de transformaciones en el mundo laboral y los sistemas productivos, desde la globalización, le han introducido complejidades importantes a las características, categorías y clasificaciones del talento humano, la ocupación y los oficios. A esto debe agregarse la diversidad empresarial y ocupacional que introdujeron las reformas de los sistemas de salud. En consecuencia, se ha hecho más difícil la caracterización del talento humano en salud. De hecho se presenta un rezago mundial en este aspecto, más intenso en los países en desarrollo, pese a que se han planteado algunos modelos de análisis del recurso humano, como el propuesto por la OMS en el año 2004 (19). Sólo en algunos países desarrollados se examinan las problemáticas de los recursos humanos en salud de forma sistemática y continua (20).

- Globalización, salud y sistemas de salud

La relación entre globalización, salud y sistemas de salud es muy compleja. Involucra interacciones potentes entre lo global y lo nacional, entre las regiones y los países, entre lo individual y lo poblacional. Por definición, esta relación es de multiniveles, gran parte de los cuales no son bien comprendidos o no han sido suficientemente estudiados. Por otra parte, tales relaciones están en medio de dinámicas sociales y políticas de lo global con respecto a lo regional y lo nacional, cuyas direcciones e intensidades son cambiantes y diversas, complementarias o contradictorias. Más allá de la probada relación, en el ámbito internacional y mundial, entre desarrollo, crecimiento y riqueza de los países y, por otra parte, la salud de las poblaciones, valorada usualmente por la esperanza de vida y la mortalidad infantil y materna, los esquemas interpretativos y explicativos suelen ser débiles o problemáticos. Por ejemplo, la comparación entre países considerados libres o democráticos y no libres, con respecto a la esperanza de vida y la mortalidad infantil entre los años de 1970 y el 2000: el incremento de la esperanza de vida y el descenso de la mortalidad infantil es más intenso en los países no libres que en los libres (7). Pero aún en medio de estas debilidades analíticas y metodológicas el conocimiento actual permite a ubicar la salud global y de los países en medio de enfoques interpretativos de múltiples determinaciones, no simplistas ni lineales. Por lo general, las políticas mundiales responden a este esquema: Los objetivos de Desarrollo del Milenio, el nuevo Reglamento Sanitario Internacional, los Determinantes Sociales de la Salud, Salud Global y Salud en todas las Políticas. Incluso, en muchos países se ha emprendido la tarea de incorporar la visión de determinantes de la salud en los enfoques oficiales de planeación y gestión de la salud.

Por las razones aludidas es difícil lograr una apreciación válida de lo que ha ocurrido con la salud de la población en esta fase de globalización. Se han planteado arriba algunas de las características de la globalización, de las políticas y los resultados de las mismas. En el marco de las políticas de reforma estructural y privatizaciones se diseñaron y aplicaron reformas de los sistemas de salud en los países en desarrollo. En América Latina se dio también este proceso, aunque sólo algunos países asumieron el proceso de manera estructural mientras que la mayoría adoptaron transformaciones parciales. Y, unos pocos países tomaron decisiones de reforma en salud en una dirección opuesta a las políticas propuestas por los organismos multilaterales e internacionales. Todos los países de América Latina han realizado varias generaciones de reforma del sistema de salud. Sin embargo, los resultados de estos procesos explícitos de reforma, que pasaron por procesos de política interna de los países, no son fácilmente valorables.

En general, diversos estudios señalan una tendencia global a la mejoría de la salud en el mundo (21,22), cuando esta se valora por la esperanza de vida, la mortalidad infantil y la mortalidad materna. Desde luego, a todos los países no les ha ido igual, pero descontados los extremos, la mayoría de países en el mundo han presentado una evolución positiva del nivel de salud en los últimos 20 años. Sin embargo, al tiempo, la

propia OMS ha identificado un conjunto de problemas persistentes y emergentes, como la tuberculosis y la malaria, las enfermedades crónicas y los traumas. Ambas tendencias aplican también para América Latina.

- Globalización, comercio y salud

La Organización Mundial del Comercio (OMC), entró en vigencia en 1995 e incluyó el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) (23). En este marco pueden ser establecidas normas gubernamentales relacionadas con el comercio (producción y consumo) de bienes y servicios de salud. A diferencia de lo que ha ocurrido en numerosos países, en América Latina la mayoría de países no ha utilizado el AGCS con respecto a los bienes y servicios de salud. En algunos casos este tipo de comercio ha sido incluido en los TLC bilaterales.

### **1.1.2. Tendencias en los enfoques educativos en salud**

Resumiendo, podemos afirmar que las intensas transformaciones que tienen lugar en la sociedad moderna actual, como la globalización, el advenimiento de la sociedad del conocimiento, los cambios en el mundo del trabajo, en los sistemas productivos, en la distribución y circulación de bienes y de conocimiento, afectan de manera profunda los campos educacionales y, en especial, los sistemas de educación superior. La sociedad global actual ha consolidado las economías centradas en los avances científicos, al tiempo que profundiza los desarrollos asimétricos de los países, la inequidad en la distribución de la riqueza entre los países y dentro de los países, la extensión de la lógica del capitalismo y de los mercados, debilitando el papel de los Estados y de lo público-social.

Estas realidades y tendencias, con frecuencia son fuente de interpretaciones paradójicas.

Los modelos económicos o productivos que expresan crecientemente el proceso de globalización (por ejemplo, la producción flexible ya comentada) han creado nuevas exigencias en términos de las capacidades técnicas que se requieren para un desempeño apropiado de los oficios, usualmente interpretadas como competencias laborales. Tales competencias pueden ser alcanzadas por medio de procesos de capacitación y educación. Una interpretación difundida en algunos medios académicos y políticos, plantea que este tipo de desarrollos de la fuerza de trabajo apunta únicamente a generar más ganancia a los empresarios y acentúa la alineación del trabajador, por lo cual condenan al tiempo el concepto de competencias y la educación que apunta a mejorarlas. Esta interpretación reduce la educación profesional y técnica a la formación o capacitación en competencias puntuales. Pero los enfoques o escuelas educativas que utilizan el concepto de competencias le dan un sentido amplio, más allá de lo meramente técnico e instrumental. En otras palabras, escuelas educativas como la cognitiva, la educación basada en competencias, el constructivismo, el aprendizaje significativo y otras, no agotan la metodología de competencias en la adquisición de habilidades instrumentales, sino que aplican sus

enfoques para formar personas capaces –competentes en el sentido laboral-, autónomos, con capacidad de raciocinio, crítica, creación y con valores. En este preciso sentido, los enfoques educativos de enseñanza activa, ven en los retos que provienen del mundo laboral y de la sociedad en globalización, una oportunidad para acrecentar las capacidades, la inteligencia, la autonomía al tiempo con el sentido crítico y social de las personas, y no una mera subordinación a los intereses del capital. Y esto aplica para la formación profesional, técnica y para el trabajo.

Aclarado el sentido y el alcance de los retos que la plantea la globalización a la educación, podemos afirmar que de las tendencias anteriores de la globalización y lo laboral se desprenden numerosas exigencias a las disciplinas y profesiones y por tanto a la educación superior:

- Acrecentamiento de la comunicación y de la producción de servicios, que genera la necesidad de una educación superior de alta calidad con graduandos con competencias de autonomía y creatividad, en campos específicos de conocimientos, visión global y sensibilidad social.
- En el mundo del trabajo se ha conformado un nuevo sistema técnico con cuatro pilares: la informática, la robótica, la telemática y la microelectrónica, acompañado de cambios en las formas de producir, en los productos y en el entorno social del ejercicio profesional. De allí se desprende la necesidad de una formación flexible, con capacidad de movilidad, de decisión, de trabajo autónomo, de capacidad de aprender continuamente y permanecer en la dinámica del trabajo. Igualmente se requiere capacidad de trabajo virtual, interconexión, trabajos organizados en red y temporales, y no sólo en los modelos de trabajo estable y fijo.
- Ante la sociedad global la educación superior debe proveer a los profesionales e investigadores competencias específicas y capacidad para forjar su lugar en la sociedad como ciudadano, apropiarse de la riqueza cultural, comprender y practicar la convivencia, el respeto por los otros, la ética y la estética.
- Ante el nuevo modo de hacer ciencia, producir conocimiento y afrontar problemas complejos, se requiere trabajo interdisciplinario, conocimiento académico y enfoque apropiado de la práctica profesional, uso de innovaciones tecnológicas y capacidad para participar en equipos interdisciplinarios de investigación.

Los sistemas educativos han quedado en medio de potentes fuerzas que pueden circunscribirlos a la formación de una fuerza laboral bien preparada para desempeñarse como agente productivo o de mercado, frente a lo cual debe mantener o ampliar su papel como formadores de capacidad de raciocinio, autonomía, democracia y valores culturales basados en la razón, la estética y la ética.

A continuación presentamos algunas de las escuelas o propuestas educativas para la formación de profesionales, la formación técnica y para el trabajo. Algunas de estas

propuestas se refieren a una profesión determinada, pero pueden ser consideradas de manera amplia.

Con base en la caracterización de las problemáticas a resolver en la fase actual<sup>3</sup>, una primera propuesta (24) plantea que la educación profesional no ha logrado ajustarse a los cambios o desafíos debido al predominio de currículos fragmentados, desactualizados y estáticos que producen graduados centrados en la enfermedad. Los problemas son sistémicos: las competencias no corresponden con las necesidades de pacientes y poblaciones; pobre trabajo en equipo, persistente estratificación del estatus profesional por género, enfoques técnicos lineales sin una comprensión contextual, encuentros episódicos antes que una atención continua; orientación hospitalaria a expensas de la atención primaria; desbalances en el mercado laboral profesional; débil liderazgo para mejorar los sistemas el desempeño de los sistemas de salud.

En el Siglo XX se dieron tres generaciones de reformas educacionales:

- La primera apuntó a currículos centrados en la ciencia
- La segunda introdujo las innovaciones instruccionales basadas en problemas
- La tercera está en curso y se basa en el mejoramiento del desempeño de los sistemas de salud y lograr la cobertura universal, para cual es necesario adaptar las competencias centrales a los contextos específicos, en el marco de los conocimientos globales.

Se requieren reformas instruccionales que conduzcan a los aprendizajes transformados con el fin de pasar de lo informativo a lo formativo. El primero consiste en adquirir conocimientos y habilidades para producir expertos, mientras que el segundo consiste en socializar valores en los estudiantes para producir profesionales y desarrollar atributos de liderazgo para producir agentes de cambio.

Este tipo de transformación envuelve tres saltos:

- De la memorización a la indagación, análisis y síntesis de información para la toma de decisiones.
- Del logro de credenciales profesionales a la adquisición de competencias centrales para el trabajo efectivo en los sistemas de salud.
- De la adopción no crítica de modelos educacionales a la adaptación creativa de recursos globales para atender prioridades locales.

Lo cual incluye los siguientes aspectos:

- Adoptar diseños instruccionales basados en competencias.

---

<sup>3</sup> By the beginning of the 21st century, however, all is not well. Glaring gaps and inequities in health persist both within and between countries, underscoring our collective failure to share the dramatic health advances equitably. At the same time, fresh health challenges loom. New infectious, environmental, and behavioural risks, at a time of rapid demographic and epidemiological transitions, threaten health security of all. Health systems worldwide are struggling to keep up, as they become more complex and costly, placing additional demands on health workers.



- Adaptar las competencias al rápido cambio de las condiciones locales, contando con recursos globales.
- Promover la educación interprofesional y transprofesional para romper los silos profesionales, al tiempo que se fortalecen las relaciones colaborativas y no jerárquicas en grupos efectivos.
- Aprovechar el poder de la tecnología de información para la enseñanza.
- Fortalecer los recursos educacionales con énfasis especial en el desarrollo de las escuelas.
- Promover un nuevo profesionalismo que utilice las competencias como criterio para clasificar las profesiones y que desarrolle valores sobre la responsabilidad social y la rendición de cuentas.

Por otra parte se requiere reformas institucionales para generar interdependencia educativa, lo cual envuelve tres saltos:

- De la educación aislada a educación armonizada con los sistemas de salud.
- De instituciones solitarias a las redes y las alianzas.
- De las preocupaciones centralmente internalistas a la articulación con los flujos globales de contenidos educacionales, recursos de enseñanza e innovaciones.

La reformas instruccionales e institucionales deben adoptar mecanismos de planeación y juntas de educación que tomen en cuenta las dimensiones cruciales, como origen social, distribución de edades, composición por géneros, con respecto a la fuerza de trabajo en salud. Así mismo, se debe extender la academia a los sistemas de salud, coordinándola con redes de hospitales y de atención primaria; Articularse a las redes globales y las alianzas, y; Fomentar la indagación crítica.

Por su parte el Instituto para la Educación Médica Internacional, identificó los siguientes requisitos globales mínimos para la educación médica internacional (25):

Valores profesionales, actitudes, comportamientos y ética (Valores de la profesión y valores de ética y moral, respeto, práctica, etc.)

- Fundamentos científicos de la Medicina
- Habilidades de comunicación
- Habilidades clínicas
- Salud Pública y Sistemas de Salud
- Manejo de la Información
- Análisis crítico e investigación

## **1.2. Tendencias y Situación de Salud**

En un reciente documento, el Ministerio de Salud y Protección Social describe algunos indicadores económicos clave de Colombia, como se indica en el texto, a manera de referencia introductoria (26):

“Colombia cuenta con un PIB per cápita de US\$ 3.236,50 (Banco Mundial, 2010 dólares a precios constantes de 2000), una tasa de crecimiento del PIB de 5,9% (Banco de la República, 2011), su tasa de desempleo es de 11,4% y la inflación de 3,7%. Estos resultados y las tendencias de los últimos años muestran un repunte económico; no obstante, el índice de Gini es de 0,56, lo que muestra una alta concentración de la riqueza. De acuerdo con los estudios adelantados por el Departamento Nacional de Planeación en Colombia para el año 2011, el 40,2% de la población vivía por debajo de línea de pobreza y el 14,4% por debajo de la línea de indigencia.”

### 1.2.1. Aspectos demográficos

Para el año 2012 Colombia tenía una población proyectada total de 46.581.823 habitantes. La población femenina era de 23.584.736 y la masculina 22.997.087. En la Tabla 1.3 se indican las proyecciones de población hasta el año 2020 (27).

**Tabla 1.3.** Proyecciones de población. 2005-2020. Colombia (Base=Censo de 2005)

Año	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020
Total	42.888.592	45.509.584	46.044.601	46.581.823	47.121.089	47.661.787	48.203.405	50.911.747
Hombres	21.169.835	22.466.660	22.731.299	22.997.087	23.264.039	23.531.670	23.799.679	25.138.964
Mujeres	21.718.757	23.042.924	23.313.302	23.584.736	23.857.050	24.130.117	24.403.726	25.772.783

#### Natalidad y fecundidad

Probablemente el indicador más utilizado en Colombia para presentar los aspectos relativos a la fecundidad es la Tasa Bruta de Natalidad (TBN). Sin embargo, este indicador no tiene en cuenta la composición por edad y sexo de la población. Son más precisas la Tasa Global de Fecundidad (TGF) que relaciona los hijos nacidos vivos con las mujeres en edad reproductiva, y la Tasa Bruta de Reproducción (TBR) que considera sólo los nacimientos femeninos. Parece haber acuerdo acerca de que antes de 1960 la TBN, la TGF y la TBR eran altas y estables. Se estima que entre 1960 y 1985 las tres tasas descendieron cerca de un 50 %. La TGF pasó de 6.8 a 3.5 hijos por mujer y la TBN de 50 a 29 nacidos vivos. La TBR pasó de 3.3 a 1.7 hijas. El período de descenso más rápido fue entre 1965 y 1975. En la década de los 90 la TBN descendió a 24, la TGF a 2.8 hijos por mujer y la TBR a 1.3 hijas. En la Tabla 1.4 se presentan las proyecciones de fecundidad hasta el quinquenio 2020-2025 (28).

**Tabla 1.4.** Colombia. Proyecciones de Fecundidad

Período	TBN	TGF	TBR	TNR
2000-05	22.2	2.6	1.3	1.2
2020-25	17.5	2.3	1.1	1.1

#### Grupos de edad

La composición por grupos de edades ha ido modificándose de manera lenta, como se observa en la Tabla 1.5. En cincuenta años, el peso relativo del grupo de menor de 5 años ha descendido en diez puntos, mientras que el de 20 a 59 años se ha incrementado en la misma proporción (28). El grupo de 65 y más años se ha incrementado sólo en 0,3 % entre 1950 y el año 2000, pero hacia el año 2025 se duplicará. Esto sugiere que la

población colombiana está envejeciendo a un ritmo lento y aún el grupo menor de 15 años y el de 15 a 59 años sigue teniendo un peso significativo.

**Tabla 1.5.** Colombia. Peso Relativo de Grupos Poblacionales 1950-2025

Grupos de edad	Años			
	1950	1985	2000	2025
0-4	18	13.3	11	8.3
5-9	13.4	12.9	10.8	8.3
10-14	11.4	11.7	10.3	8.2
15-19	9.9	11.9	9.8	8.1
20-59	41.8	44.4	51.4	53.7
60 y más	5.5	5.9	5.8	13.4
Edad mediana	18.7	20.1	24.2	31.0

### Indicadores globales

La Tabla 1.6 indica los cambios de largo plazo que ha presentado y presentará Colombia, los cuales sugieren que en cuanto al desarrollo demográfico, el país se encuentra en la fase de transición demográfica tardía (28).

**Tabla 1.6.** Colombia. Indicadores Demográficos Estimados 1950-2025. Tasa por mil

Indicadores	Períodos			
	1950-55	1980-85	2000-05	2020-25
TBN	47.3	29.2	22.2	17.5
TGF	6.8	3.5	2.6	2.3
TBM	16.7	6.3	5.7	6.5
E	50.6	67.2	71.1	74.3
TMI	123.3	41.2	31.8	23.3
TNR	2.7	1.6	1.2	1.1
r (%)	2.8	2.1	1.2	1.0

TBN: Tasa bruta de natalidad; TGF: Tasa global de fecundidad; TBM: Tasa bruta de mortalidad; E: Esperanza de vida; TMI: Tasa de mortalidad infantil; TNR: Tasa neta de reproducción; r: Tasa de crecimiento total anual.

### 1.2.2. Demografía y salud

Numerosos estudios indican que Colombia ha presentado en las últimas décadas un conjunto de transformaciones positivas en sus características demográficas y en su estado de salud (29,30). En general, se destacan la caída del crecimiento de la población, de la fecundidad, la mortalidad general y la mortalidad infantil, y el incremento de la esperanza de vida, entre otros. Las características y tendencias demográficas y en salud tienen como referente la estructura de la sociedad, y por tanto, su historia y procesos sociales, políticos y culturales. Así, comparten la cultura y la política moderna (democracia, convivencia, etc.) y sus distorsiones. Para evitar una interpretación sobre determinada, debemos mencionar que si bien la demografía y la salud de una población tienen como referente la misma estructura unitaria de la sociedad, también son influenciadas por factores específicos; por ejemplo, los comportamientos que inciden en la demografía son diferentes, mas no independientes, a los que inciden en salud.

En consecuencia, la demografía y la salud, así como ocurre con la economía, expresan de maneras diversas las problemáticas de la sociedad, en especial las desigualdades e inequidades que se dan en la estructura social.

A partir de las transformaciones positivas señaladas, examinamos tendencias (largo plazo) que expresan en algún grado los efectos de los determinantes sociales (estructuras distales) y nos aproximamos, por medio de algunos indicadores clave, a un análisis de situación, para examinar los efectos de los determinantes proximales, de políticas y del sistema de salud, sobre la equidad y salud de la población.

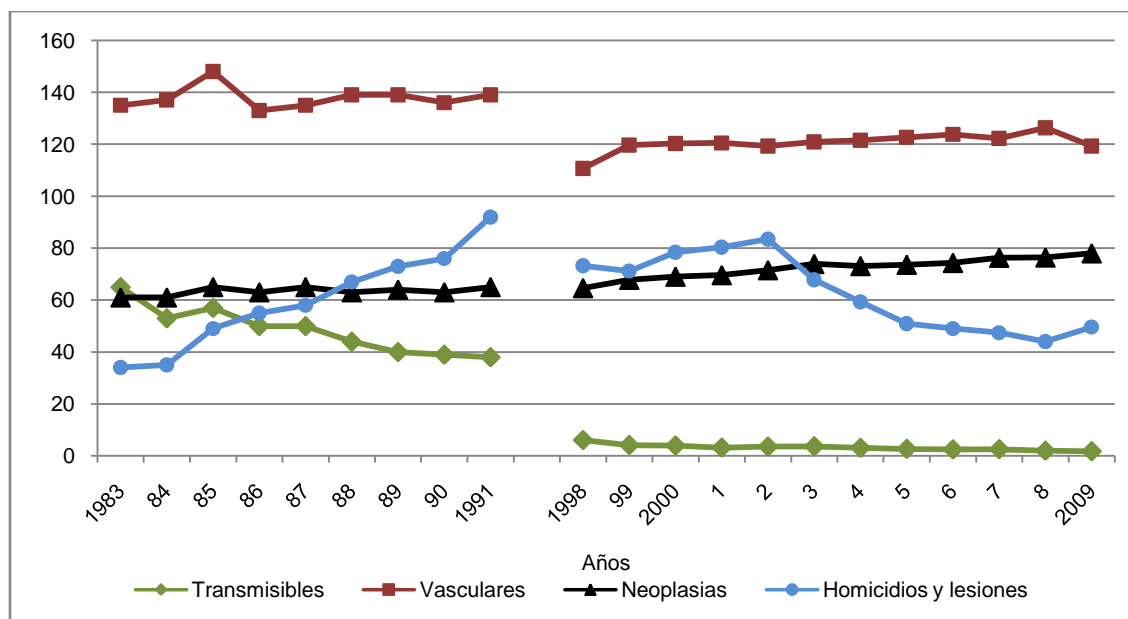
#### Aproximación tendencial

En primer lugar, intentamos construir una visión de tendencias de largo plazo de la mortalidad. Con este fin utilizamos la aproximación basada en la mortalidad según causas agrupadas en complejos epidemiológicos, metodología desarrollada en un estudio del Ministerio de Salud en el año de 1994 (31). Esta metodología permite manejar la mortalidad según las causas que se identifican en los sistemas de clasificación. Las causas que se incorporan en cada complejo están más cerca entre sí, desde el punto de vista epidemiológico, que con respecto a las causas de otros complejos. Del estudio mencionado se utilizaron las tasas de mortalidad de cuatro grandes complejos epidemiológicos, correspondientes al período 1983-1991: transmisibles, vasculares, neoplasias, homicidios y lesiones.

Con la información de diferentes fuentes (29-33), se construyeron series de datos de 1998 a 2009 para los mismos complejos epidemiológicos mencionados. Cada complejo incluye todas las causas que son epidemiológicamente similares, excepto en el complejo vascular, que incluye únicamente el infarto agudo del miocardio, accidentes cerebrovasculares, hipertensión arterial y *Diabetes mellitus*.

La brecha de información de 1992 a 1997 obedece a que no se cuenta con estudios de mortalidad para ese período, compatibles con la metodología utilizada. Esto no impide una aproximación al análisis de las tendencias.

**Figura 1.1.** Tendencias de la mortalidad en Colombia por complejos epidemiológicos 1983-1991; 1998-2009. Tasas por 100 mil habitantes



Las tendencias de largo plazo de los complejos epidemiológicos reflejan mejor que las causas individuales de mortalidad, los impactos de los determinantes sociales, políticos y culturales de la salud y la enfermedad en el país. Esta afirmación la corroboran los resultados de numerosos estudios de mortalidad por patologías individuales, cuando se examinan desde la capacidad explicativa o atribuible de los determinantes sociales y riesgos proximales y distales: los determinantes sociales y los riesgos repiten cuando dos o más causas de muerte tienen proximidad epidemiológica. Por ejemplo, el sedentarismo, la pobreza, el tabaquismo y el sobrepeso como factores explicativos de la mortalidad por hipertensión, infarto del miocardio y cáncer.

En la Figura 1.1 se observa el descenso histórico de la mortalidad provocada por enfermedades transmisibles, de valores intermedios a valores bajos. La mortalidad por enfermedades vasculares presenta una tendencia estable y alta, mayor a 100 muertes por cada 100 mil habitantes. Así mismo, es claro un incremento lento y continuo de las neoplasias malignas, en una franja de valores intermedios (entre 60 y 80 por 100 mil) y un incremento más rápido de los homicidios y lesiones, de valores bajos a valores altos y una posterior caída, a partir de 1998, hasta valores intermedios.

Estos resultados son congruentes con los estudios puntuales de carga de enfermedad y, al tiempo, permiten una aproximación más global a las tendencias en salud en el marco estructural y los procesos de desarrollo de la sociedad, que incorporan o generan determinantes de la salud y enfermedad. El análisis de este tipo de relaciones sobrepasa ampliamente el alcance de este estudio, pero es posible indicar ejemplos. Así, la tendencia estable alta de la mortalidad por enfermedades vasculares, sugiere que su ascenso se inició mucho antes del período considerado, probablemente durante la fase, 50 años atrás, de industrialización y urbanización del país, en el modelo de desarrollo cepalino o de sustitución de importaciones. La tendencia de los otros tres complejos parece estar más fuertemente relacionada con la fase final del

modelo cepalino, las políticas y procesos políticos posteriores al Frente Nacional, la implementación del Sistema Nacional de Salud y su crisis, el surgimiento del modelo de desarrollo poscepalino y la implantación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Pero hay especificidades que dificultan la interpretación. El descenso de las enfermedades transmisibles –centrado principalmente en la caída de la mortalidad infantil urbana provocada por las enfermedades diarreicas, respiratorias e inmuno prevenibles-, no refleja las tendencias de todas las enfermedades denominadas como tropicales, cuyo comportamiento de largo plazo es diferente a la tendencia general. Así mismo, no representa los fenómenos relacionados con las enfermedades infecciosas emergentes ni re-emergentes.

Por otra parte, el veloz incremento de los homicidios, en menos de una década, refleja otros ingredientes en el ámbito social y político. En el Siglo XX es el segundo fenómeno de incremento sustancial de los homicidios. El primero de ellos se dio en la fase política de violencia entre los partidos liberal y conservador tradicionales. Este primer fenómeno se redujo de manera sustancial con la terminación de la fase de violencia política partidista y el papel de pacificación que se dio durante el Frente Nacional. Posteriormente, a pesar del crecimiento económico y el descenso de la pobreza (Tablas 1.1 y 1.2), surgió un nuevo patrón de violencia con dos expresiones principales. Por una parte, la violencia política ligada al conflicto armado y, por otra parte, la violencia urbana o "cotidiana", ligada a la intolerancia o la inseguridad, entre otros aspectos.

En realidad hemos mencionado sólo algunos de los elementos estructurales, desarticulados y sin unidad histórica. No nos hemos ocupado, ni nos ocuparemos, de construir la historia, procesos ni características de las estructuras del país. Tan sólo buscamos destacar que la salud de la población, valorada a través de las tendencias de mortalidad, resulta de un proceso complejo explicado por múltiples determinaciones. Precavidos de intenciones simplistas inadvertidas podemos mencionar seis tipos de determinaciones sobre las tendencias de mortalidad.

- Las transformaciones y políticas que se dan en el contexto internacional.
- Los modelos de desarrollo cepalino y poscepalino
- Las transformaciones demográficas, sociales, institucionales, políticas y culturales.
- Las políticas sociales y de salud
- Los procesos de política, de largo plazo y coyunturales
- La interacción entre los aspectos anteriores, cuya configuración es dinámica y diversa.

Por las razones planteadas, debemos advertir los sesgos interpretativos que acechan cuando se aplica de manera simplista el modelo de transición epidemiológica en sus aspectos clave: descenso de las enfermedades infecciosas e incremento de las enfermedades crónicas, acompañado, en los países en desarrollo, de retardos, contra transiciones, saltos, polarización y otros fenómenos diversos. En Colombia, se han

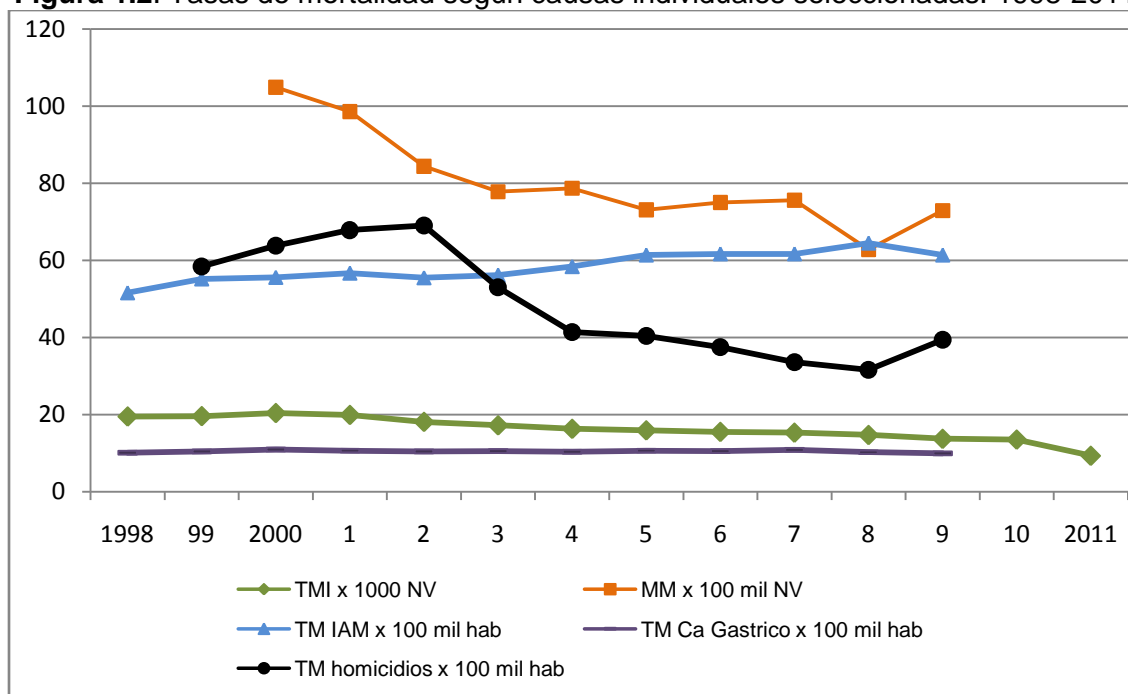
dato varias transiciones en las que confluyen, en diversos momentos de su historia, las influencias del contexto internacional, los procesos y políticas nacionales. Las características e interacciones que se han dado en cada uno de los momentos históricos no han sido suficientemente estudiadas en relación con las tendencias de la salud de la población.

### Aproximación situacional

Desde este marco interpretativo de largo plazo podemos aproximarnos a un análisis de orden situacional. Para ello utilizamos indicadores considerados clave, con base en tasas de mortalidad: infantil, infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, materna, infarto agudo de miocardio, cáncer de estomago y homicidios. Así mismo, se incluyeron la prevalencia de bajo peso al nacer y la prevalencia de la desnutrición global. A continuación se presentan las figuras de estas tasas, correspondientes al período 1998-2011 (32-34).

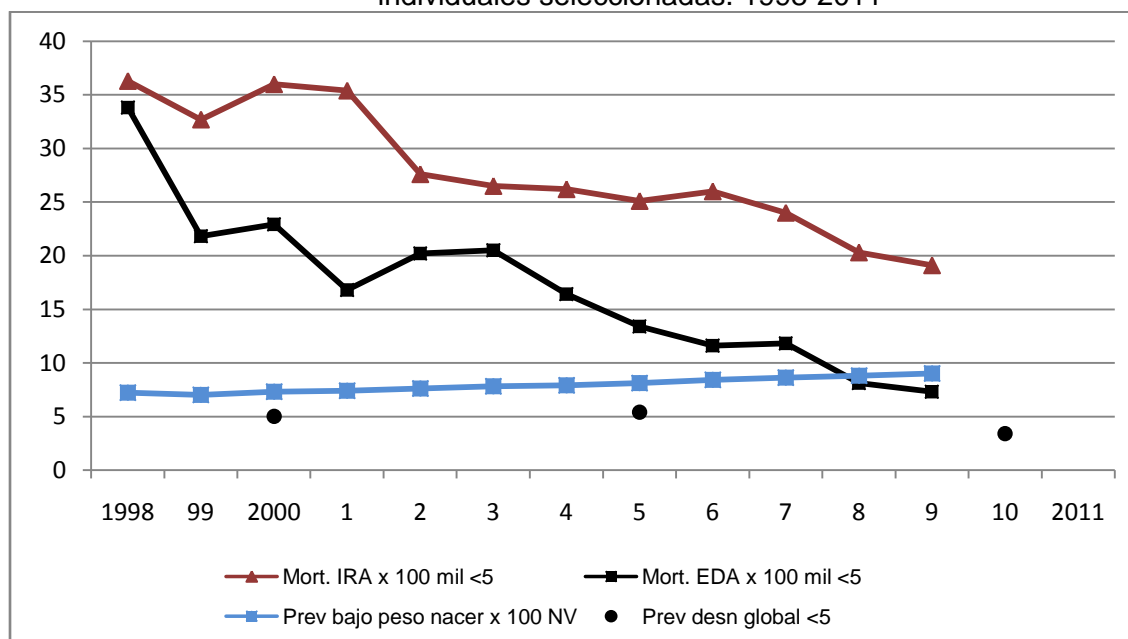
Los datos de un poco más de una década indican el descenso de la mortalidad infantil y más intensamente de la mortalidad materna. La mortalidad por cáncer gástrico se presenta estable y en la franja de valores bajos. La mortalidad por homicidios presenta un incremento hasta el año 2002 y luego un descenso importante hasta valores intermedios, coincidiendo con la tendencia presentada en la Figura 1. Por lo contrario, la mortalidad por infarto del corazón presenta un incremento sostenido de más de diez puntos y con valores altos, aportando de manera significativa a la tendencia general ascendente de la mortalidad por enfermedades de tipo vascular.

**Figura 1.2.** Tasas de mortalidad según causas individuales seleccionadas. 1998-2011



TMI: Tasa mortalidad infantil; NV: nacidos vivos; MM: Mortalidad materna; TM: Tasa mortalidad; IAM: Infarto agudo miocardio; hab: habitantes; Ca Gástrico: Cáncer gástrico

**Figura 1.3.** Tasas de mortalidad y prevalencia según causas individuales seleccionadas. 1998-2011



Mort: Mortalidad; IRA: Infección respiratoria aguda; EDA: Enfermedad diarreica aguda; <5: menores de 5 años; Prev: Prevalencia; desn: Desnutrición; NV: nacidos vivos

La mortalidad por infección respiratoria aguda y por enfermedad diarreica aguda presentó una caída drástica que hace parte de la tendencia descendente de las enfermedades transmisibles. Por su parte, la prevalencia de bajo peso al nacer se incrementa levemente (de 7,2 a 9), mientras la prevalencia de la desnutrición global desciende de 5 a 3,4.

Cuando las tasas de mortalidad se observan en un año específico cada una de las causas se sitúa en una determinada posición de orden. Esto usualmente se interpreta como una expresión situacional de la mortalidad o de las problemáticas consideradas. Este tipo de aproximación es equívoca. Así, por ejemplo, en el año 2009 el infarto del miocardio ocupó el primer lugar, los homicidios ocuparon el segundo lugar y luego, en su orden, los accidentes cerebrovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes (32). De tal manera que, para el año 2009, la individualización de las causas condujo a dos grandes complejos, vasculares y homicidios. En otras palabras la situación de salud sería idéntica a las tendencias ya descritas.

#### Aproximación a los resultados en salud

Se presenta una aproximación a los resultados en salud, utilizando dos recursos metodológicos: desempeño del sistema en la reducción de las desigualdades y características y comportamiento de algunos indicadores de salud (35).

En Colombia, algunos estudios se han ocupado de examinar las desigualdades sociales y/o las inequidades que resultan de la falta de justicia social. En estos estudios



se relaciona la distribución de indicadores sociales como los ingresos, la pobreza, la educación, el estrato social, la ubicación rural-urbana y otros, con respecto a algunos indicadores de salud, como la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad (31,36,37). Un segundo tipo de estudios se ha ocupado de la relación entre distribución del ingreso y el avance del sistema de salud, en términos de afiliación, gasto y subsidio en salud. Este tipo de estudios tienen como antecedentes análisis más amplios que se han ocupado de la pobreza, la distribución de los ingresos y de la equidad (38-40). Aunque desde 1993 en adelante la distribución general del ingreso en Colombia no ha mejorado de manera sustancial, se ha indicado que el nuevo sistema de salud contribuyó a que el ingreso de la población más pobre se incremente en promedio en un 45 %, mientras que el subsidio en el gasto en salud para el grupo más pobre de la población pasó de 0,42 a 1,3% y llegó a representar el 45% del ingreso de los hogares del quintil 1 (41,42).

Por otra parte, algunos estudios se ocupan de identificar las desigualdades en la distribución del gasto y del subsidio en salud. Un estudio publicado en 1998 (43) reveló que para 1997 el gasto público social en salud, realizado en entidades del Estado, por quintiles de ingreso, se distribuyó de manera uniforme en el caso de la hospitalización, a favor de los dos primeros quintiles o más pobres en el caso de los servicios de maternidad y a favor de los quintiles 4 y 5, de mayor ingreso, en los casos de las cirugías, la consulta médica y odontológica, el laboratorio y los servicios de terapias. En el primer caso se sugiere como explicación que las intervenciones más complejas suelen realizarse en los hospitales universitarios que son mayoritariamente públicos; en el segundo caso, se aduce que los más pobres tienen en promedio más niños y que los ricos prefieren los servicios de maternidad privados. En el tercer caso, el gasto se concentra en los mayores ingresos debido a que estos sectores demandan servicios más costosos y menos necesarios que no están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Otros estudios se ocupan de las desigualdades e inequidades en el acceso, utilización y calidad de los servicios de salud. Estos incluyen usualmente servicios de consulta externa, hospitalización, exámenes de laboratorio y medicamentos (44-47). Con respecto al efecto de la afiliación en el año 2003, el Coeficiente de Gini pasó de 0,587 a 0,553. Según el tipo de afiliación, en el mismo año, en el régimen subsidiado, el Gini pasó de 0,461 a 0,391, o sea, se redujo 0,07. Los autores explican los resultados por los subsidios cruzados entre la población del régimen contributivo; por el punto de solidaridad de los afiliados al régimen contributivo; y, los subsidios al régimen subsidiado y los vinculados (48). Todo lo anterior sugiere resultados positivos con respecto a la cobertura, el acceso a consulta, la protección financiera y el salario. Pero, una vasta experiencia sugiere que, incluso en los países desarrollados y en aquellos que han logrado la universalidad en el sistema de salud desde décadas atrás, persisten problemas de equidad en la atención que deben ser afrontados. Si bien es aceptado que los sistemas de salud benefician la salud de la población, es motivo de discusión que tanto inciden (49-52), debido a las múltiples determinaciones de esta última (53-58).

En la línea de la reflexión anterior, la aproximación al análisis de los resultados e impactos en salud, incluye, por una parte, los aspectos que reflejan el desarrollo del sistema de salud en el marco de las funciones que está llamado a cumplir en la provisión de servicios curativos, preventivos y de promoción, el financiamiento pro-equidad y la dirección o rectoría del sistema, en el entendido que estos aportan al mejoramiento de la salud individual y poblacional. Por otra parte, se utilizan indicadores de tendencias generales y específicas de bienestar y salud en las que el sistema de salud puede jugar un papel significativo. En este caso, los resultados e impactos, positivos o negativos, pueden ser atribuidos al sistema de salud sólo de manera parcial. Con este alcance, varios indicadores pueden ser utilizados, dependiendo de la disponibilidad de información. Por ejemplo, esperanza de vida, desarrollo humano, línea de pobreza, y otros similares (59). En la provisión de servicios, numerosos autores coinciden en que se han producido mejoras en el acceso a los servicios de atención (consultas ambulatorias, atención de urgencias y hospitalizaciones). Así mismo, se ha configurado y consolidado un modelo de Atención Primaria centrado en el primer nivel, que incluye atención clínica por medio de consulta electiva, prevención (detección temprana y protección específica), promoción, vacunación, control prenatal y atención en el parto. Algunos indicadores ilustran estos resultados: En el lapso 2007-2009 se había logrado 0.95 consultas persona/año (p/a); 1.8 de otros servicios ambulatorios p/a; y, 0.35 servicios preventivos p/a (en todos los casos sin tomar en cuenta los controles). Por otra parte, se había logrado una cobertura del 92 al 99% en vacunación (3 dosis) en DPT y Polio, BCG y Sarampión; en el control prenatal y la atención del parto por personal entrenado o institucional (59-65).

En los últimos 12 años se han presentado tendencias decrecientes en la mortalidad materna e infantil (Figura 1.2). Una parte no cuantificada de estas tendencias positivas puede atribuirse al SGSSS, ya que este incide en el control prenatal, la atención del parto y puerperio, y el control del recién nacido, así como algunos mecanismos de protección específica en el primer año de vida.

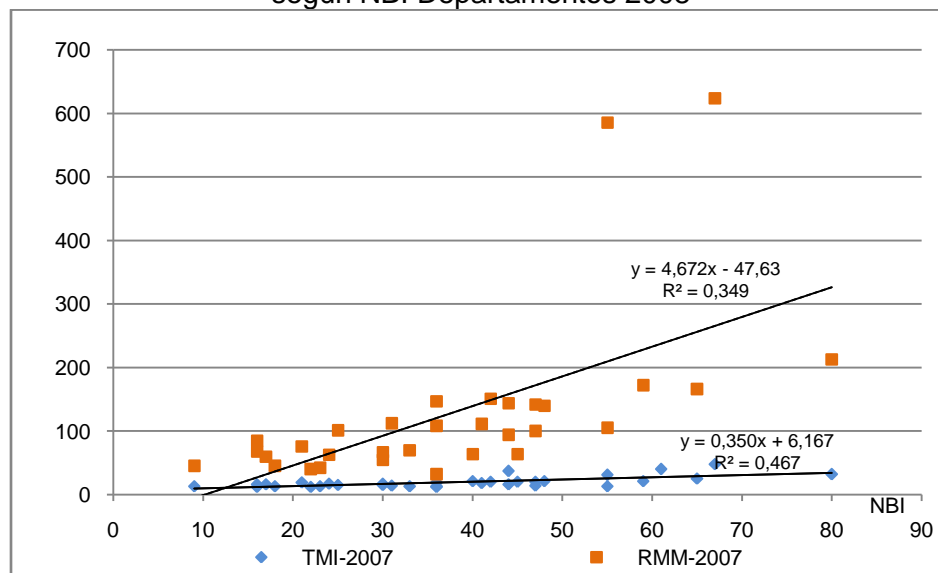
A pesar de estos indicadores positivos, persisten las diferencias entre los Departamentos. En la Figura 4 se percibe una relación directa y positiva entre pobreza, medida por el NBI, y las tasas de mortalidad infantil y materna de los Departamentos.

La interpretación del incremento de la prevalencia de bajo peso al nacer (Figura 1.3) no es simple. Los datos desagregados por Departamentos indican que la prevalencia del bajo peso al nacer se ha incrementado más intensamente en aquellos en los cuales ha disminuido la mortalidad infantil, se ha incrementado el control prenatal y la atención del parto por personal preparado o institucional, mientras que la prevalencia del bajo peso al nacer se ha mantenido en los Departamentos que no presentan las características mencionadas. Dado que los Departamentos del primer grupo son los más desarrollados y con mayor peso poblacional, se ha sugerido que el incremento del indicador probablemente se debe a un mejor registro del mismo (34).

Por último, debe indicarse que la mortalidad por Tuberculosis ha descendido de 3.0 a 2.5 por 100 mil habitantes, entre los años 2000 y 2007 (34). Sin embargo, en el mismo

lapso de tiempo se han mantenido relativamente estables las tasas de detección y curación de los casos de tuberculosis.

**Figura 1.4.** Razón de mortalidad materna (100.000 nv) y Tasa de Mortalidad Infantil (1.000 nv) de 33 Departamentos 2007, según NBI Departamentos 2008



Por último, numerosos retos se coligen de la aproximación realizada: en el ámbito demográfico, con respecto a las políticas, el sistema de salud y el talento en salud. Estos retos serán examinados una vez consideremos la experiencia del SGSSS.

## REFERENCIAS

1. Wilcox A. An occupational theory of human nature. Second Edition. Thorofare, N.J.: Slack Incorporated; 2006.
2. Kant I. Crítica de la razón pura (1781). Ediciones Colihue Clásica; 2007.
3. Trujillo A, Sanabria L, Carriozosa L, Parra E, Rubio S, Uribe J, Rojas C, Pérez L, Méndez J. Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2011.
4. Garay LJ. Globalización y crisis. ¿Hegemonía o corresponsabilidad? Bogotá: TM Editores, Colciencias; 1999.
5. Sato E. A agenda internacional depois da Guerra Fria: novos temas e novas percepções. Rev. Bras. Polít. Int. 2000; 43 (1): 138-169.
6. Agudelo CA. América Latina: La libertad negada. Centro de Investigaciones y Educación Popular. Bogotá: CINEP; 1981.
7. Franco A. Salud Global. Política pública, derechos sociales y globalidad. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2010
8. Polanyi K. La gran transformación. Crítica del liberalismo económico. Madrid: La Piqueta; 1997.
9. Amin S. El capitalismo en la era de la globalización. Barcelona: Paidós; 2000.
10. Moncayo JE. Resultados de las reformas del consenso de Washington en los países andinos: estabilización incompleta, profundización de los desequilibrios sociales y crecimiento precario. Economía y Desarrollo. 2003; 2 (1): 73-95

11. Williamson J. From reform agenda to damaged brand name. *Finance & Development*. 2003; 40 (3): 10-13.
12. Paunovic I. Growth and Reforms in Latin American and the Caribbean in the 1990s. *Serie Reformas Económicas 70*, Santiago de Chile: CEPAL; 2000.
13. Stiglitz J. *El malestar en la globalización*, Bogotá, D.C.: Santillana; 2002.
14. Lora E. Disponible en: <http://www.dinero.com/opinion/articulo/se-acabo-consenso-washington/161657> Consultado 12 Diciembre 2012
15. CEPAL. *Panorama social de América Latina*; 2012.
16. Amézquita C. *Panorama de la sociedad de la información en América Latina (2000-2007)*. Revista Facultad de Ciencias Económicas. *VVII (2)*: 151-170.
17. Tomasina F. Los problemas de salud en el mundo del trabajo y su impacto en salud. *Crisis financiera actual*. Revista de Salud Pública (Bogotá). 2012; (Sup. 1): 56-67.
18. Zerda-Sarmiento. A. Crisis y transformaciones del trabajo en el nuevo modelo de acumulación. *Revista de Salud Pública (Bogotá)*. 2012; (Sup. 1): 68-83.
19. World Health Organization. *A guide to rapid assessment of human resources for health*. Geneva;2004.
20. PAHO-USAID. *Public health workforce. Selected literature review*. HR Series 46. Washington, D. C.; 2006
21. OPS. *Salud en las Américas*. 2007. Washington, D. C.: OPS; 2007.
22. WHO. *World Health Statistics*. 2012. France: WHO; 2012.
23. Timmermans K. Developing countries and trade in health services: which way is forward? *Int. J. Health Serv*. 2004; 34 (3): 453-466.
24. Frenk J, Chen L, Bhutta Z, Cohen J, Crisp N, Evans T, et. al. Health professionals for a new century: transforming Education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. Published online November 29, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
25. Comité Central, Instituto para la Educación Médica Internacional. *Requisitos globales mínimos esenciales en educación médica*. New York, USA; 2005.
26. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. *Sistema de Salud en Colombia*. En: *Sistemas de salud en Suramérica*. Instituto suramericano de gobierno en salud. UNASUR; Mayo 2012. pp 350-439
27. DANE. Dirección de Censos y Demografía. *Proyecciones de población. Estimaciones de población con base en el censo de 2005*. Disponible en; [http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=75&Itemid=72](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=72) Consultado Diciembre 2012.
28. Martínez CG, Escobar GM. *Colombia: Proyecciones de Población. 1950-2025*. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Departamento Nacional de Planeación, Centro Latinoamericano de Demografía; 1989.
29. Ruiz M, Flórez C, Fresneda O. *Población y equidad en Colombia. Análisis de situación*. Vol. 1. Colombia: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2006
30. Ministerio de la Protección Social-Instituto Geográfico Agustín Codazzi. *Atlas de la Salud*. Colombia: Imprenta Nacional de Colombia; 2008.
31. Ministerio de Salud de Colombia. *La salud en Colombia. Diez años de información*. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1994.
32. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud. *Indicadores básicos. Situación de Salud*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
33. Latorre ML, Barbosa S. *Avances y retrocesos en la salud de los colombianos en las últimas décadas*. En: Bernal O, Gutiérrez C (Comp.). *La salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones*. Bogotá: Universidad de los Andes; 2012
34. *Así vamos en salud. Cómo va la salud en Colombia. Reporte anual 2010*. Bogotá; 2011
35. Agudelo CA, Cardona J, Ortega J, Robledo R. *Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas*. *Ciênc. saúde coletiva*; 2011 ; 16(6): 2817-2828.
36. Whitehead M. *Los conceptos y principios de la equidad en la salud*. OPS, OMS. Colombia: Programa de Desarrollo de Políticas de Salud; 1991 (Serie Traducciones nº. 1).
37. Roemer M. *National health systems as market intervention*. *J Public Health Policy* 1989; 10(1):62-77.
38. DANE, OPS. *La mortalidad en Colombia según condiciones de vida*. *Estudios Censales no 16*. Santafé de Bogotá: DANE; 2000.

39. Ocampo JA, compilador. Historia económica de Colombia. 4ª. ed. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo; 1994. Sánchez F, compilador. La distribución del ingreso en Colombia. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores, Departamento Nacional de Planeación; 1998.
40. Vélez CA. Gasto social y desigualdad. Logros y extravíos. Santafé de Bogotá: Departamento de Planeación, Misión Social; 1996.
41. Sánchez F, Núñez JM. La ley 100/93 si llegó a las personas de menores ingresos. Revista Via Salud, Tercer Trimestre 1999; 9:6-12.
42. Vivas J, Tarazona E, Caballero C, Marrero N. El sistema Nacional de Salud. Colombia: Fedesarrollo, Organización Panamericana de la Salud; 1988. Colombia. Ministerio de Salud. Informe de actividades 1999-2000 al Honorable Congreso de la República. Bogotá: Ministerio de la Salud; 2000.
43. Sarmiento A, Delgado LC, Reyes CA. Gasto público en servicios sociales básicos en Colombia. Santafé de Bogotá: Misión Social-DNP, UNDP, UNICEF; 1998.
44. WHO-Karolinska-Harvard. Comparative analysis of the National Drug Police. Bogotá, Colombia; 1997.
45. Mejía S, Velez A, Buriticá O, Arango M, Del Rio J. La política farmacéutica nacional en Colombia y la reforma de la seguridad social: acceso y uso racional de medicamentos. Cad Saude Publica 2002; 18(4):1025-1039.
46. Giraldo JC. Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud percibida por los usuarios. Defensoría del Pueblo. Bogotá, Colombia; 2000.
47. Martínez P, Rodríguez LA, Agudelo CA. Equidad en la Política de Reforma del Sistema de Salud. Rev. Salud Pública (Bogotá) 2001; 3(1):13-39.
48. Flórez CE, Soto VE, Acosta OL, Karl C, Misas JD, Forero N, Lopera C. Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Bogotá: Fundación Corona, DNP, Universidad de los Andes, Universidad del Rosario; 2007.
49. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008 [consultado 2010 Junio]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/en](http://www.who.int/social_determinants/en)
50. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. British Medical Journal 2003; 327:1129.
51. Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J, editores. The effectiveness of health impact assessment. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 [consultado Junio 2010]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstract/effectiveness-of-health-impact-assessment-the>
52. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007. [documento en Internet]. [consultado 2010 Jun.]. Disponible en: <http://www.who.int/healthsystems/strategy/en>
53. The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005. [documento en Internet]. [consultado Junio 2010]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/ehr2005>
54. Rutstein D. Measuring the quality of medical care: a clinical method. N Eng J Med 1976; 294:582-588.
55. Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: Nuffield Trust; 2000. [documento en Internet] [consultado Junio 2010]. Disponible en: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomm/files/21404avoidablemortality2.pdf>
56. Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, editors. Health and social organization. London: Routledge; 1996. p. 71-93.
57. Equity. Geneva: World Health Organization; 2009. [documento en Internet]. [consultado Junio 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en>
58. Philipa M, Allin S, Masseria C, Hernández-Quevedo C, McDaid D, Mossialos E. Health in the European Union. Trends and analysis. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization; 2009.
59. Glassman AL, Escobar ML, Giuffrida A, Giedión U, editores. Salud al alcance de todos: una década de expansión del seguro médico en Colombia: Washington, D.C: Inter-American Development Bank and Brookings Institution; 2010.
60. Trujillo J, Portillo E, Vernon JA. The impact of subsidized health insurance for the poor: evaluating the Colombian experience using propensity score matching. International Journal of Health Care Finance and Economics 2005; 5(3):211-239.

61. Gaviria A, Medina C, Mejía C. Evaluating the impact of health care reform in Colombia: from theory to practice. Documentos CEDE; 2006.
62. Gaviria A, Palau MD. Nutrición y salud infantil en Colombia: determinantes y alternativas de política. Coyuntura Económica 2006; 36(2):36-49.
63. Téllez MF. El Régimen Subsidiado en Salud: ¿Ha tenido un impacto sobre la pobreza? [tesis de grado]. Bogotá: Universidad de los Andes; 2007.
64. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2006-2011. Estado Comunitario: Desarrollo para Todos; 2007.
65. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI). Cifras e indicadores del Sistema de Salud 2009. Bogotá: Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral; 2011.

## 2. SISTEMA DE SALUD

### 2.1. Desarrollo y Problemáticas del SGSSS

Antes que una descripción del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS pretendidamente exhaustiva, a continuación intentamos aproximarnos, con una visión selectiva, a las instituciones y los arreglos institucionales que permiten interpretar aspectos clave (1,2) del sistema de salud y caracterizar el mercado laboral. En pocas palabras, Goodin (3) plantea que los agentes individuales y los grupos persiguen sus proyectos en un contexto con raíces históricas, constreñido colectivamente, el cual toma la forma de instituciones, normas y roles socialmente construidos, y conductas socialmente prescritas<sup>4</sup>. Los constreñimientos preservan, representan y distribuyen recursos de poder a diferentes individuos y grupos, mientras que las acciones individuales y grupales, contextualmente constreñidas y socialmente moldeadas, son el motor que conduce la vida social.

#### 2.1.1. Panorama general

El Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en Colombia, fue creado para reemplazar al Sistema Nacional de Salud-SNS, en medio del proceso de descentralización política y administrativa del país, en curso desde mediados de la década de los 80. Esta doble característica de origen marcó su historia hasta hoy.

Con respecto a la primera característica, se trataba de superar un sistema de salud completamente segmentado y fragmentado entre el SNS, el Instituto de Seguros Sociales, la Caja de Previsión Nacional y decenas de Cajas de Previsión de orden Departamental y municipal, y decenas de Cajas de Compensación; un sistema de asistencia pública, calificado como ineficiente, clientelista, altamente inequitativo y con una pobre cobertura real. El diseño inicial del SGSSS, incorporado en la Ley 100 de 1993, se caracterizó como “competencia regulada”, una combinación de mercado y regulación, basada en un esquema de mezcla pública privada y de contrato público entre el Estado y los aseguradores-administradores del seguro. El Estado asumió el papel rector, pero se pretendió liberarlo de las funciones de aseguramiento y prestación de servicios que fueron asumidas, en un esquema de regulación, mercado y competencia, por entidades públicas y privadas con y sin ánimo de lucro. Por otra

---

<sup>4</sup> Las instituciones son entendidas como espacios y como reglas de juego, en la que los actores sociales desenvuelven sus prácticas (mercado, partidos políticos, iglesias, escuela, policía, universidad y el propio Estado, entre muchos otros). El enfoque neoinstitucional sostiene que entre los mercados y su supuesta eficiencia, de una parte, y entre la intervención y su supuesta equidad, de otra, están las instituciones. Son éstas últimas las que definen qué tanto funcionan los mercados y qué tanto redistribuye la intervención. Por ello el estudio de las instituciones es indispensable para entender los resultados reales que surgen tanto de los mercados como de la intervención. Por otra parte, las instituciones operan como mecanismos de minimización de los costos de transacción, o sea los costos asociados a las interacciones económicas humanas. Los costos de información, los costos de intermediación, los costos del fraude y del oportunismo, o los costos que nacen de la incertidumbre, de la disminución del riesgo a través de los seguros y los problemas de una selección adversa y de las dudas morales, son considerados costos de transacción. El enfoque neoinstitucional suele examinar la sociedad desde un nivel macro, constituido por el medio institucional y las normas o reglas de juego que constriñen las acciones de los agentes y las encausa para su convivencia; y, desde un nivel micro en el cual operan las instituciones de gobierno sobre los agentes económicos, como los mercados, los cuasi mercados y las estructuras jerárquicas de contratación tales como empresas y burocracias públicas.

parte, apuntó a un sistema integrado de aseguramiento, agrupando las anteriores formas de afiliación en tres grandes regímenes: contributivo, subsidiado y especial. Si bien esto unificó el sistema de salud, no logró eliminar del todo la segmentación (diferentes fuentes financieras, para clientelas específicas) ya que se conservó una clientela escindida de la población y con recursos financieros propios en el régimen especial, que subsiste hasta hoy, con peso decreciente frente a la afiliación total del sistema; y el régimen subsidiado que generó y mantuvo una población semi-segmentada por cerca de 18 años, en la medida que su financiamiento estaba ligado a un paquete de servicios, o POS, desigual con respecto a la población en el régimen contributivo. El lento y penoso avance del sistema hacia la cobertura universal facilitó la superación de esta problemática, pero le abrió el caudal a otra que aún debe ser resuelta: la sostenibilidad del sistema. Si bien aún se requerirá un tiempo apreciable para que la cobertura universal, con beneficios iguales para todos, opere de manera efectiva, según la necesidad de la población y en un sano esquema de sostenibilidad, estamos ahora más cerca de los principios universalistas planteados en la Ley 100 /93 y retomados en la Ley 1438/11.

En la segunda característica, la Ley 10 de 1990 abrió la puerta para la descentralización del sistema de salud, y la Ley 100 dio los primeros pasos en ese sentido, por medio de un sistema de salud concebido con una institución descentralizada, generando un conjunto de instancias y relaciones para ajustar y articular el papel del Ministerio, los Departamentos y los municipios. Sin embargo, la relación entre el sistema de salud y la descentralización se resolvió sólo de forma parcial, en especial en los aspectos financieros, tal como fueron organizados por la Ley 60 de 1993. En realidad, resultó un enmarañado sistema de relaciones, flujos financieros y responsabilidades institucionales que dificultaron la operación del sistema y el logro de los objetivos misionales. Se han requerido muchos años y desarrollos legales para precisar, corregir y simplificar las relaciones entre niveles de gobierno e instituciones, sin que aún se haya logrado culminar esta tarea.

En el cauce de estas dos grandes tendencias se perfilaron y especializaron las instituciones y los actores; y, por otra parte, se crearon e implantaron un conjunto de reglas, expresadas en un creciente universo de Decretos y normativas. Al tiempo, este complejo esquema de normas destinadas a regular la operación y la misión del sistema de salud, en cierta medida facilitó las condiciones para el desarrollo de comportamientos inapropiados y la corrupción de algunos actores, especialmente en sus funciones como agentes de mercado. Pese a estas problemáticas y la fragmentación de los servicios con respecto al régimen subsidiado, en el largo plazo el sistema ganó en integración.

Para examinar el modelo de competencia regulada desde el punto de vista institucional, abordamos varios aspectos o dimensiones (4,5): naturaleza del sistema de salud, organización o componentes del sistema, regulación y mercados, financiamiento, logros y problemas relevantes.

### **2.1.2. Tipo de sistema de salud**



El primer aspecto clave a destacar es la naturaleza del sistema de salud, o sea, la decisión que tomó el país con respecto a las fuentes de financiamiento, lo cual refleja la visión social dominante en su momento. La decisión de país mantuvo las fuentes que sostenían el SNS, las cotizaciones y los recursos fiscales, pero las unificó en términos del aseguramiento, dando lugar a un sistema de salud público con un modelo de financiamiento mixto.

El modelo de financiamiento mixto del SGSSS es uno de los más difundidos en el mundo, en especial en los países en desarrollo o de ingresos bajos y medios. En cada país este modelo se ubica en alguna combinación de recursos de seguridad social, obtenidos por medio de cotizaciones y recursos fiscales, originados en los impuestos. Adicionalmente, en cada país el sistema de salud adopta una estructura, una organización y unos arreglos institucionales específicos. En la Tabla 2.1, se observan algunos prototipos de modelo de financiamiento y sus combinaciones (6). Resulta evidente que no hay modelos puros.

**Tabla 2.1.** Gasto en salud según fuente financiera  
Año 2007 o último año disponible

Países	Gasto público %			Gasto privado %		
	Total	Recursos gubernamentales	Seguridad social	Total	Gasto de bolsillo	Seguros privados
Dinamarca	84.5	84.5	0	15.5	13.8	1.6
Reino Unido	81.7	81.7	0	18.3	11.4	1.1
Suecia	81.7	81.7	0	18.3	15.9	0.2
Irlanda	80.7	80.1	0.6	19.3	9.9	8.1
República Checa	85.2	8.3	76.9	14.8	13.2	0.2
Holanda	81.4	5.8	75.6	18.6	6	6.2
Francia	79	5.2	73.8	21	6.8	13.4
Luxemburgo	90.9	20.6	70.3	9.1	6.5	1.7
Alemania	76.9	9	67.8	23.1	13.1	9.3
México	45.2	18.6	26.6	54.8	51.1	3.7
Corea	54.9	12.3	42.7	45.1	35.7	4.1
Turquía	71.4	33.7	37.7	28.6	19.9	0
Suiza	59.3	16.5	42.8	40.7	30.6	9.2
Grecia	60.3	29.1	31.2	39.7	-	-
Austria	76.4	31.6	44.8	23.6	15.4	4.6

En Colombia, en el año 2010 la proporción del gasto público ascendió a 80,5%, del cual las cotizaciones representaron el 26,5%. El gasto privado representó el 19,5%, del cual el gasto de bolsillo significó 15,5% (Ver adelante).

### 2.1.3. Componentes del SGSSS

A lo largo de su historia, el SGSSS ha experimentado ajustes importantes en su estructura, organización y operación. El marco legislativo de estas transformaciones fue proporcionado por tres leyes:

- Ley 715, de 2001, por la cual se derogó la Ley 60 de 1993, se dictaron normas en materia de recursos y competencias y se estableció el Sistema General de Participaciones.

- Ley 1122, de 2007, redefinió el aseguramiento y las condiciones de prestación del SGSSS. Modificó aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.
- Ley 1438, de 2011, replanteó el modelo de atención, con base en la Atención Primaria y las Redes de Atención. Así mismo, modificó el modelo de rectoría y dirección del sistema, pero no aún ha sido desarrollada.

Por otra parte, aunque no se trató específicamente de una norma en relación con la salud, en el año 2012 se aprobó para el país una reforma tributaria en la que se modificó de manera sustancial los aportes empresariales específicos hacia la salud, cuyo impacto resulta en este momento imposible de establecer, pero que obviamente incidirá en el quehacer de los agentes, en particular de las entidades administradoras de planes de beneficio, por lo que desde los ministerios de salud y protección social y de hacienda y crédito público se ha anunciado la próxima presentación al congreso de un nuevo ajuste legislativo al sistema de salud, cuyo texto aún se desconoce.

Otras modificaciones han sido fijadas por medio de un amplio número de Decretos, incluyendo entre otros la definición de los planes de beneficios y la creación del sistema obligatorio de garantía de calidad.

En este marco de transformaciones, los componentes principales del SGSSS venían siendo los siguientes:

- La financiación del sistema proviene de dos fuentes principales. Por una parte, las cotizaciones equivalentes al 12,5% de los ingresos de los trabajadores independientes y pensionados (totalmente a su cargo) y de los asalariados formales (8,5% aportado por los empleadores y 4% de los empleados). De este monto un punto está destinado al régimen subsidiado, en función de solidaridad, que junto con los recursos de origen público y los excedentes de la cotización al descontar los valores per capital de los afiliados a las entidades administradoras de planes de beneficio (que son quienes recaudan las cotizaciones) van directamente al Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA, el cual maneja las subcuentas de solidaridad, compensación, promoción y prevención, y eventos catastróficos.
- Un seguro de salud o Plan Obligatorio de Salud-POS, que constituye un paquete amplio de servicios individuales para los usuarios y beneficiarios. Durante muchos años los afiliados al régimen contributivo ha tenido derecho al POS completo, mientras que en el régimen subsidiado se cubría del 55 al 69% del POS. Desde el año 2012 POS subsidiado se encuentra en proceso de unificación con el POS contributivo. Por otra parte, un seguro colectivo o Plan de Atención Básica-PAB, transformado en el Plan de Intervenciones colectivas-PIC, en manos de las

entidades territoriales (Departamentos-Gobernaciones y Municipios-Alcaldías), como un conjunto de servicios de salud pública de tipo colectivo y ambiental. Estos dos esquemas o paquetes de servicios de distinta naturaleza y alcance, configuran una herramienta para el abordaje individual y colectivo de las problemáticas de salud y sanitarias.

- Una Unidad de Pago por Capitación o UPC, correspondiente al valor que se reconoce al asegurador por cada unidad familiar afiliada al sistema. Este valor lo fija anualmente el Ministerio de Salud y se aplica según los regímenes de afiliación formalmente reconocidos.
- Dos regímenes principales de afiliación al sistema. El régimen contributivo comprende la población que tiene una relación laboral formal, la cual debe cotizar un porcentaje del salario en conjunto con el empleador. El régimen subsidiado comprende a la población que no tiene capacidad de cotizar (desempleados, subempleados, economía informal, etc.) y por tanto recibe un subsidio. Una tercera modalidad son los regímenes especiales, basados en cotizaciones, que cubren a las fuerzas Armadas, los trabajadores petroleros, el magisterio y otros. Una cuarta figura, o régimen vinculado, se aplica a la población que no se encuentra en uno de los tres anteriores regímenes y utiliza un servicio de salud.
- Un conjunto de instituciones –públicas, privadas o mixtas- que cumplen la función de afiliación de la población, aseguramiento (protección del riesgo financiero de enfermar) y de administración del seguro de salud. Según lo expresa un documento del Ministerio de Salud y Protección Social (4), las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB (antiguas EPS), presentaban en el año 2010 el siguiente perfil:

**Tabla 2.2.** Tipología de EPS y participación en el mercado, Colombia, 2010

Tipo	Contributivo		Subsidiado		Total		% Total	
	EPS	Total afiliados	EPS	Total afiliados	EPS	Total afiliados	% EPS	% afiliados
Adaptadas	2	64.848	0	0	2	64.848	2,99	0,16
Mixta	1	2.240.953	0	0	1	2.240.953	1,49	5,65
Públicas	0	0	4	3.437.057	4	3.437.057	5,97	8,67
Privadas	21	15.737.575	45	18.169.445	60	33.907.030	89,55	85,52
Total	24	18.043.376	49	21.606.502	67	39.649.878	100,00	100,00

Cabe aclarar que 7 de las 21 EPS privadas en el régimen contributivo y 38 de las 45 privadas en el régimen subsidiado, corresponden a instituciones privadas sin ánimo de lucro. Por otra parte, 5 de las 21 privadas en el régimen contributivo y 23 de las 45 privadas en el régimen subsidiado, son Cajas de Compensación Familiar.

- Unas Instituciones Prestadoras de Servicios-IPS, públicas y privadas. Estas instituciones están clasificadas según su complejidad tecnológica, recursos humanos y servicios: primer nivel, segundo, tercer y cuarto nivel de atención. Todos los hospitales públicos se han convertido en Empresas Sociales del Estado-ESE, lo cual les permite un margen de autonomía y pueden aplicar el derecho privado en su operación. Información reciente sobre los prestadores de servicios se encuentra en

un documento del Ministerio de Salud y Protección Social (4), que transcribimos textualmente:

“A noviembre de 2011, en el país se encuentran habilitados 45.868 prestadores de servicios de salud (1.180 públicos, 9.835 privados y 27.865 profesionales independientes), que prestan servicios a través de 48.150 sedes. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud corresponden a 11% del total de instituciones prestadoras habilitadas y a 29% de las sedes de prestación de servicios de IPS. Entre las 1.180 instituciones públicas se encuentran las 1.080 instituciones de carácter territorial o nacional, las demás corresponden a instituciones públicas pertenecientes a otras instancias (fuerzas militares o de otras EPS naturaleza privada, etc.).

Actualmente, existen 66 mil camas habilitadas (44% son camas ubicadas en hospitales públicos) y la oferta de camas especializadas de alta complejidad es provista especialmente por la oferta privada. Al revisar la infraestructura de quirófanos, salas de partos y servicios de urgencias, se encuentra claras diferencias en la distribución de estas instalaciones según la naturaleza jurídica de las instituciones: cerca de 70% de las salas de partos y servicios de urgencias están ubicados en instituciones públicas<sup>20</sup> y 86% de las salas de parto habilitadas en municipios que no son capitales de departamento están ubicadas en IPS públicas. Más de 75% de los quirófanos habilitados se encuentran en instituciones prestadoras privadas o mixtas, lo cual podría estar asociado a que 68% están ubicados en municipios capitales y solo 32% en municipios no capitales, donde las condiciones del mercado no generan incentivos para operar quirófanos en IPS privadas.

Cabe destacar que en el período de 2002 a 2010, se destaca el crecimiento de la capacidad instalada en los hospitales de primer nivel en camas de observación, consultorios médicos y unidades de odontología, con reducción en este tipo de instituciones de los quirófanos, los cuales se incrementaron en los hospitales de segundo y tercer nivel, con adecuación de la capacidad instalada al portafolio de servicios definido por las entidades territoriales.

La tendencia de la oferta pública se orienta a concentrarse en los servicios de urgencias y ambulatorios, tales como consulta externa y salud oral. Hay decrecimiento en la participación en los servicios hospitalarios y es limitada en servicios de baja complejidad, como lo evidencia el decrecimiento del número de mesas de parto. Sin embargo, se debe destacar que la producción hospitalaria muestra importantes crecimientos y mayores niveles de eficiencia, que pueden estar asociados al incremento en la cobertura del sistema general de seguridad social y a las acciones de fortalecimiento institucional. Con excepción de los partos, en todos los servicios se ha presentado un crecimiento de producción de los hospitales públicos.

La ocupación de las camas hospitalarias en las instituciones públicas muestra una tendencia positiva, con una mayor ocupación en el primer nivel, que pasó de 33,6 a 40,6, y en segundo nivel, que pasó de 68,3 a 79,5.”

- Un campo de política pública y de acción en salud pública. Numerosas instituciones públicas tienen funciones y responsabilidades en salud pública: Ministerio de Salud, entidades territoriales, institutos de investigación, etc.

En el SGSS la salud pública, como es usual, incorpora las acciones colectivas dirigidas a los grupos de población y el ambiente, agrupadas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Por otra parte, se encuentran un conjunto de acciones a cargo de las IPS, centradas en la prevención y promoción individuales, las cuales desde 2003 se orientan por medio de Normas y Guías de detección temprana y protección específica de alcance nacional. Es necesario mencionar que la Salud Pública está principalmente a cargo de los municipios y Departamentos y,

como ocurre con el régimen subsidiado, estos entes territoriales aportan recursos propios.

- Unas estructuras u organismos que deben asumir las funciones de dirección, regulación y rectoría del sistema. Durante años operó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS. La Ley 1122 derogó este Consejo y creó la Comisión Reguladora de la Salud-CRES que recientemente fue abolida por el Gobierno Nacional. En consecuencia el Ministerio de Salud asumió la función de dirección del sistema de salud. Por otra parte, las Secretarías o Direcciones de Salud de los Departamentos y Municipios conservan algunas funciones de dirección, de vigilancia y control del sistema de salud en su territorio, especialmente con respecto al régimen subsidiado.
- Un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud –SOGCS, que cuenta con cuatro componentes (6):

*Sistema único de habilitación* (Decreto 1011/06 Art. 6). Normas sobre las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB, para habilitar los servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.

*Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.* El mecanismo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

*Sistema único de acreditación.* El conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

*Sistema de información para la calidad.* Define un conjunto de indicadores de monitoría del sistema aplicables a las instituciones prestadoras de servicios de salud y a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado.

El SOGCS se encuentra en proceso de implementación, aunque el componente de habilitación está vigente y es aplicado a todas las IPS en operación. El SOGCS es un elemento clave en la configuración de los mercados que se dan en el SGSSS y con respecto al mercado laboral de salud.

- Unas instituciones de orden nacional que cumplen la función de inspección, vigilancia y control del sistema, representadas por la Superintendencia Nacional de Salud y el instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA.
- Unas entidades públicas con diferentes niveles de especialización y con funciones mixtas en relación con la formulación de políticas, la prestación de servicios y la

inspección, vigilancia y control, entre las que se incluyen el Instituto Nacional de Salud-INS, el Instituto Nacional de Cancerología-INC, el Instituto Dermatológico, entre otros

- Una profusa normatividad que regula los organismos e instancias anteriores y la operación del sistema de salud.

#### **2.1.4. Regulación, competencia y mercado**

El diseño del SGSSS como “competencia regulada” corresponde a un esquema de organización y operación basado en la mezcla pública-privada, la competencia, los mercados y la regulación. Pero estos elementos no pesan de igual manera. Por su parte, el término mercado evoca los aspectos comerciales, la productividad, la competitividad y la rentabilidad. Una vez más, en el SGSSS, estos elementos no se dan manera uniforme, ni en todo el sistema, sino de manera diversa y en espacios específicos. Un ejemplo es la existencia de un mercado de servicios de salud que involucra a los prestadores de servicios y un mercado de aseguradores. Estos dos mercados operan débilmente en medio de las reglas de afiliación, falta de movilidad de los usuarios, la integración vertical y la oferta hospitalaria pública.

El SGSSS está regulado normativamente y en su operación –independiente de que las instituciones reguladoras lo hagan bien o mal. El valor de la UPC, los contenidos del POS y el sistema de tarifas, son de origen normativo, establecidos y modificados, por la CRES, en su momento, y por el Ministerio de Salud. Así mismo, la orientación global del sistema –dirección y rectoría- está a cargo del Ministerio de la Protección Social y las Secretarías de Salud Departamentales y Municipales. De otra parte, no se permite la selección de población con base en riesgos, al menos formalmente.

Las instituciones a cargo de la dirección del sistema son públicas, y las demás son públicas y privadas y pueden operar como agentes de mercado. Las relaciones entre unas y otras se realizan por medio de un conjunto muy amplio de reglas de carácter legal, por la UPC-sistema de capitación global- y el POS. Podría considerarse que se dan también algunas relaciones de mercado entre los agentes, principalmente por medio de los sistemas de tarifas –fijadas fuera del mercado- , los contratos, y por la rentabilidad de administradores y aseguradores, que puede acrecentarse apelando a los incentivos de eficiencia de los agentes en condiciones promedio de calidad. Lamentablemente, esta condición que hace parte de la Ley 100 y está asentada en las mejores tradiciones económicas, fue convertida en una herramienta para acrecentar ganancias, con base en comportamientos inapropiados, como la negación de servicios aceptados y necesarios, entre muchos otros mecanismos que no se desprenden de la eficiencia ni de del funcionamiento del mercado.

Por otra parte, las funciones de dirección, rectoría y regulación, se complementan con la función de articulación normativa y funcional del sistema; esta última se encuentra en un punto intermedio entre la dirección pública y el mercado, y entre el financiamiento y

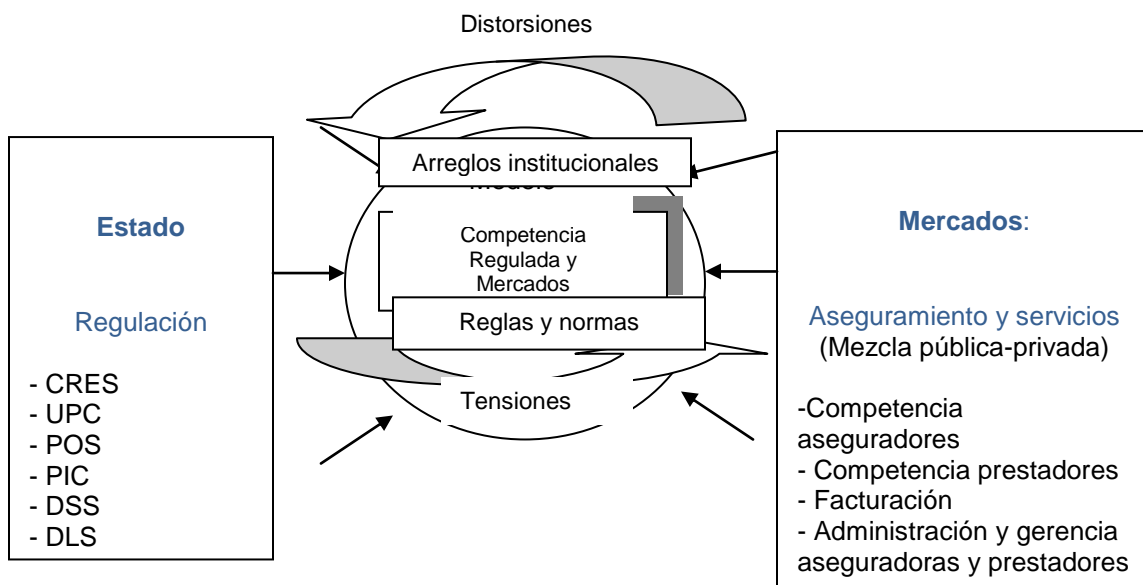
la prestación de servicios, a cargo de las instituciones aseguradoras. Así entendida, la articulación corresponde a las instituciones dedicadas a la “organización y gerencia del consumo de la atención-OMCC” (7,8). Esta función abarca también las funciones de agregación de demanda y representación de consumidores que se asignan a lo que se conoce como el “patrocinador” en los modelos de competencia administrada y a la protección del “principal” en la teoría de la agencia.

Estas formas de articulación del sistema generan, a su vez, una relación entre la gestión pública como derecho de afiliación y la gestión privada como mecanismo operacional mediante el cual se desarrolla el concepto de aseguramiento en salud.

Por las razones planteadas, el modelo de competencia regulada de Colombia no encaja bien con el pluralismo estructurado (9), que se centra en establecer reglas de juego para equilibrar intereses entre los actores del sistema, ni con el modelo de competencia administrada (10), que procura la autorregulación del mercado encaminada a ofrecer planes de salud baratos y de buena calidad.

En una perspectiva más amplia, la estructura y el alcance del SGSSS pueden ser representados como un sistema de relaciones complejas entre Estado y el mercado, lo público y lo privado, como se indica en la Figura 2.1.

**Figura 2.1.** Modelo de competencia regulada en un sistema de relaciones complejas



Debe destacarse que el SGSSS está en medio de potentes fuerzas, correspondientes a los intereses de los actores, que generan distorsiones y tensiones. No siempre es posible equilibrar estas influencias.

Quizás un concepto que refleja el modelo de competencia regulada es el de cuasimercado (11). Sojo plantea al respecto:

"En el marco de diversas combinaciones pública privadas, los cuasimercados tienen como objetivo consolidar la responsabilidad social y pública en el disfrute de la salud como derecho ciudadano, mediante un mejor uso de los recursos y una atención de calidad, asociados con el uso de criterios de desempeño. El Estado, en cualquier caso, mantiene la función de financiamiento y se deslinda la función prestadora, mediante la transformación de las entidades públicas en instituciones sin fines de lucro u organizaciones públicas semiindependientes, o la participación privada en la prestación... Por su parte, en el caso de sistemas de salud articulados en torno al aseguramiento, se promueve la competencia entre aseguradores... Los cuasimercados constituyen sistemas particulares de relaciones de intercambio económico que se sustentan en principios, en un marco regulatorio y en un sistema de incentivos, y tienen implicaciones respecto de la morfología del sector social en que se desarrollan, plasmada en la separación de funciones. Por lo tanto, suponen relaciones que tienen una relativa permanencia en el tiempo, tales como las que se expresan en el establecimiento de contratos de gestión."

### **2.1.5. Arreglos institucionales en curso**

La Ley 1438 de 2011 determinó la constitución y contratación de redes integradas de servicios. Estas redes deben entenderse como el conjunto de organizaciones articuladas que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud, individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales y continuos a una población definida. Así mismo, la Ley mencionada dispuso implantar la Atención Primaria como modelo de atención y fundamento del sistema, orientado a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

En Colombia existen algunas experiencias en la conformación de redes de servicios y de Atención Primaria, que pueden servir como modelos para definir los aspectos específicos de estas dos estrategias, de tal manera que puedan ser reglamentadas e implementadas. En el presente documento se presentan como estudio de caso algunas experiencias de Atención Primaria para destacar las enseñanzas que podrían ser consideradas.

La implementación y desarrollo de las redes integrales de atención y de la Atención Primaria producirá efectos en la organización, los arreglos institucionales y el talento humano del sistema de salud. Otro tanto puede afirmarse con respecto a la iniciativa que ha tomado el Ministerio de Salud de implantar en la planeación de salud el enfoque de los determinantes sociales de la salud y los anuncios de ajuste planteados desde el Ministerio de Salud y Protección Social.

### **2.1.6. Financiamiento**

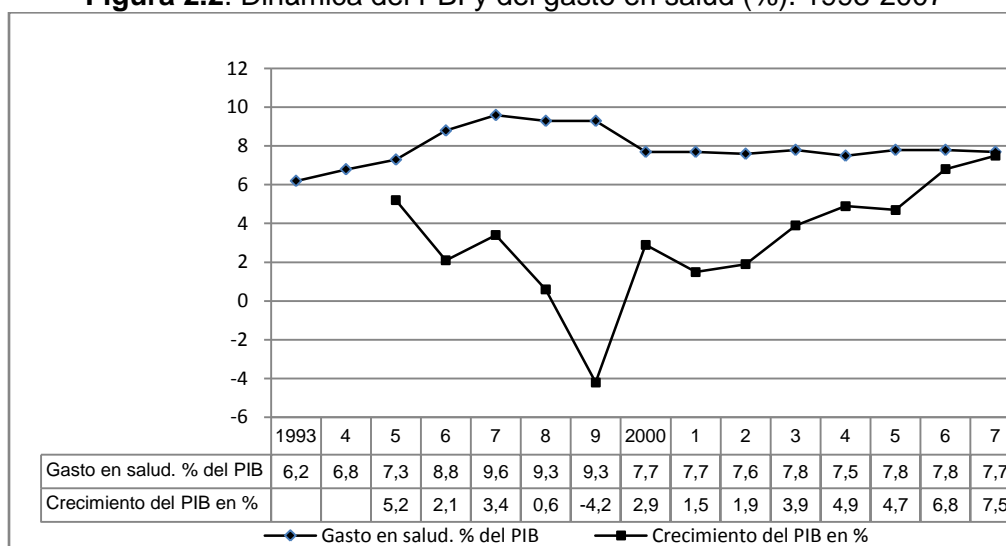
Como ya se mencionó, las dos fuentes principales de financiamiento del SGSSS son las cotizaciones de empleadores y empleados, y los recursos fiscales de orden nacional, Departamental y municipal. Con las cotizaciones se financiaba el régimen contributivo y se aportaban importantes recursos al régimen subsidiado. En tanto la cotización está atada al trabajo, la magnitud de los recursos que se obtienen por esta vía, está gobernada en gran parte por el empleo en el sector formal de la economía y los niveles salariales; es debilitada por el desempleo, la informalidad, la evasión y elusión de las cotizaciones. Por otra parte, desde el año 1991 las transferencias a las regiones se calculaban como una parte de los ingresos corrientes de la nación (ICN).



Este criterio se modificó por medio de la Ley 715 de 2001, que separó la estimación de las transferencias de los ICN. Se ha indicado que tal modificación redujo las transferencias a los Departamentos y municipios en un 12% del PIB, en el período de 2002-2009 (12).

Es posible visualizar algunas tendencias del financiamiento del SGSSS, utilizando los indicadores básicos de gasto en salud y crecimiento del PIB (13) como se indica en la Figura 2.2. En el año 2007 el PBI de Colombia ascendió a \$ 357,4 billones (precios corrientes) ó 100,7 billones a precios constantes de 1994. Por otra parte, hacia el año 2006 el gasto per cápita ascendió a 536 dólares corrientes (14).

**Figura 2.2.** Dinámica del PBI y del gasto en salud (%). 1993-2007



Las tendencias del PBI y del gasto en salud se dieron en un contexto macro de dificultades. En la fase inicial del SGSSS se produjo la caída del PIB, en el lapso de 1994 a 1999. Del año 2000 en adelante el PIB tiende a recuperarse, pero en el período de 2002 a 2007 el nivel salarial se ajustó hacia abajo como resultado de la política de flexibilización laboral y el desempleo tuvo un valor promedio superior al 15%. Por otra parte, cerca del 52% de la población se encontraba en situación de pobreza y la informalidad económica se situó por encima del 50% (15-19).

Los aspectos anteriores sugieren con fuerza la configuración de escenarios poco favorables para el desarrollo del SGSSS. Sin embargo, la afiliación y el gasto en salud se incrementan en todo el período considerado y, de manera más intensa, durante la crisis económica de 1997 a 1999. Probablemente este último incremento corresponde a la fase de crecimiento rápido de la afiliación al régimen contributivo, aún en medio de la crisis económica, explicado probablemente por el incentivo que se generó con la cobertura familiar adoptada en la Ley 100/93. Del año 2003 en adelante el régimen subsidiado crece más intensamente y el gasto en salud tiende a estabilizarse. Pero mientras que en la primera fase de incremento del gasto en salud el SGSSS mantiene

el equilibrio financiero y la sostenibilidad, no ocurrió lo mismo del año 2007 en adelante, fase en la que se da el mayor crecimiento del régimen subsidiado.

En las Tablas 2.3 y 2.4 se consolida la información financiera correspondiente a los años 2007 a 2010, tomadas de Núñez y Zapata (20).

**Tabla 2.3.** Consolidación de recursos destinados a la salud. Millones \$. Precios constantes de 2010

Entidad ejecutora	Fuentes	Variación %									
		2007	2008	2009	2010	2011	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	
1. Min. Protec. Social, CONPES social	Presupuesto General de la Nación	5.536.826	5.425.538	6.348.956	7.707.259	8.074.357		-0,90	17,30	17,50	
2. Entidades territoriales	Recursos de las entidades territoriales	3.759.139	3.468.631	3.569.739	3.500.732 *	3.399.992 *	-7,70	2,90	-2,40	-2,40	
3. Fosyga	Cotizaciones, paripassu, impuesto a las armas, cajas de compensación	13.204.498	14.536.807	17.505.600	20.006.514	22.987.485 *	10,10	20,40	14,30	14,90	
4. Regímenes especiales	Recursos regímenes especiales		1.503.813	1.569.782	1.680.765 *	1.777.409 *		4,40	7,10	5,80	
5a. Otros	Recursos salud privados Medicina prepagada	1.908.801	2.121.389	2.547.351	2.657.506	2.765.298 *	11,10	20,10	4,30	4,10	
	GRAN TOTAL 1+2+3+4+5+6	24.409.263	27.056.177	31.541.427	35.552.777 *	39.004.540 *	10,80	16,60	12,70	9,80	
	Como porcentaje del PIB	5,00	5,40	6,20	6,70	7,10	7,00	14,90	8,00	6,60	
5b. Otros	Gasto de bolsillo**		6.513.884	6.513.884 *	6.513.884 *	6.513.884 *					
	Total + Gasto de bolsillo	24.409.263	33.570.061	38.055.311	42.066.661 *	45.518.424 *		13,40	10,50	8,20	
	Como % del PIB	5,00	6,70	7,50	7,90	8,30	32,80	11,70	5,90	5,10	

\* Proyecciones.

\*\* El gasto de bolsillo se calculó a partir de la ECV 2008.

Fuente: Cálculos propios con datos del DNP, Ministerio de Hacienda, Fosyga, Superintendencia Financiera, Ecopetrol, Sanidad Militar, FOMAG, Banco de la República, Unisalud.

En la Tabla 2.3 se observa que el Fosyga es la entidad que maneja más recursos y ha presentado un crecimiento promedio anual de 14,9% en términos reales. Por otra parte, los recursos que destinan las entidades territoriales (sin incluir lo girado por el gobierno por medio del Sistema General de Participaciones) han disminuido, mientras que los de la medicina prepagada se han incrementado. En general, los totales destacan el incremento de los recursos destinados a salud y del gasto en salud, incluyendo los gastos de bolsillo, cercano al 35% en términos reales, de 2007 a 2011. Esto último podría ser explicado por el incremento de los recobros al Fosyga, por el esfuerzo para lograr la universalidad en la cobertura y en los servicios y, el incremento inercial de los costos en salud.

En la Tabla 2.4 los recursos estatales o gubernamentales incluyen los recursos administrados por el Fosyga, las cotizaciones, las entidades territoriales, el SGP, los regímenes especiales y el Presupuesto General de la Nación. Los recursos privados agrupan la medicina prepagada y el gasto de bolsillo.

**Tabla 2.4.** Composición de los recursos destinados a salud  
Millones \$ de 2010

	2008	2009	2010
Recursos privados	23,90	21,20	19,50
Cotizaciones	27,80	26,90	26,50
Recursos públicos	48,30	51,90	54,0
Total recursos	33.570.061	38.055.311	42.066.661 *
Porcentaje del PIB	6,70	7,50	7,90

\* Proyección.

Fuente: Cálculos propios con datos del DNP, Ministerio de Hacienda, Superintendencia Financiera, Ecopetrol, Sanidad Militar, FOMAG, Banco de la República, Unisalud.

Tomada de Núñez J, Zapata JG. La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano. Dinámica del gasto y principales. Retos de cara al futuro. Fedesarrollo; 2012

Desde el inicio de la década de los 2000 la proporción de los recursos gubernamentales en la financiación y el gasto en salud ha sido dominante. Hacia el año 2003, los recursos y el gasto público representaron el 84,6% del gasto total, del cual el 44,9% fue de cotizaciones. El gasto privado representó el 15,4% del cual 7,7% correspondió a gasto de bolsillo (16-18).

En el 2009, los recursos de tipo público representaron el 78,8% del total, de los cuales el 26,9% fueron cotizaciones y el gasto gubernamental descendió a 26,1%. El gasto privado representó 21,2% del total, del cual correspondió al gasto de bolsillo el 17,1%. En el año 2010 la proporción del gasto público ascendió a 80,5%, del cual las cotizaciones representaron el 26,5%. El gasto privado descendió a 19,5%, del cual el gasto de bolsillo representó el 15,5% (20).

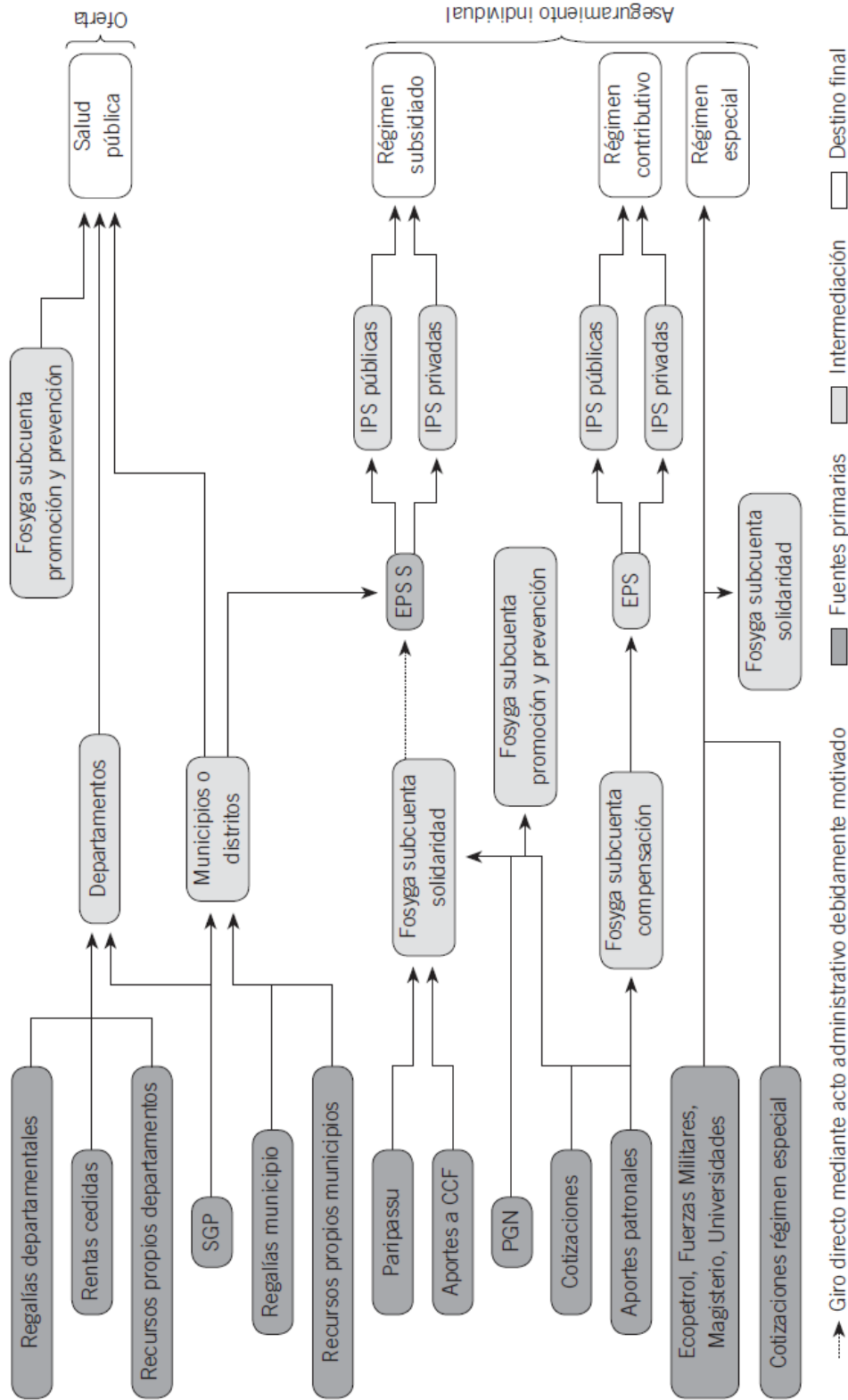
Los datos anteriores reflejan con cierta claridad que el gasto en salud, y su incremento constante, ha sido sostenido principalmente con recursos públicos, de diferente fuente.

Este aspecto es clave en el examen del SGSSS desde el punto de vista institucional, ya que refleja las relaciones que se han establecido entre los componentes y actores del sistema.

En la Figura 2.3 se ilustra el flujo de recursos (20).

**Figura 2.3.** Flujo de recursos del Sistema de Salud

Figura 2.3. Flujo de recursos del Sistema de Salud



Uno de los estudios sobre los flujos financieros del sistema de salud sugiere cuatro circuitos independientes entre sí. Estos circuitos involucran los regímenes contributivo y

subsidiado, la Red pública de las IPS que atienden a los ciudadanos no afiliados a ninguno de los dos regímenes básicos del sistema y finalmente, el circuito de recursos correspondiente a la salud pública (21). Más allá de los circuitos se observa un conjunto de actores que entran en relación en diferente sitio y momento de la producción de servicios para la población. En la figura son evidentes los siguientes actores: la Nación, los municipios y los Departamentos; Ecopetrol, fuerzas Militares, Magisterio y Universidades; las Cajas de Compensación Familiar, el Fosyga, las EPS o EAPB y las IPS; y los grandes actores: empleadores, trabajadores formales e independientes. La Figura 2.3 indica las relaciones entre estos actores por las cuales se da el flujo financiero, y si bien tales relaciones son necesarias, el esquema puede ser engañosamente simple. En la realidad cada punto de relación e intersección puede estar al tiempo en medio de una enmarañada normatividad para ciertos aspectos y vacíos para otros, que lo convierten en escenario de comportamientos inapropiados de los actores y agentes, y de la corrupción.

#### Cadena de valor y rentabilidad del sector salud

La cadena de valor es una metodología de análisis de costos, desarrollada por Porter (22). Se estudiaron los costos de la EPS del régimen contributivo. Se examinaron los agentes que prestan los servicios y se utilizaron los estudios de suficiencia del Ministerio de Salud, con base en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), en la cual se encuentran los procedimientos e intervenciones que realizan las EPS en Colombia. Para el análisis de rentabilidad se utilizó el Retorno sobre el Capital Invertido.

En cuanto al total de contratos, se encontró que el 58,6% correspondía a contratos por evento, el 34,6% por capitación y el 6,8% contratos para actividades de promoción y prevención.

En cuanto a quien se contrata, el resultado fue el siguiente

**Tabla 2.5.** Contratos realizados por las EPS del régimen contributivo (%)

Tipo de contrato	Otras redes	Red propia	ESE
Evento	86	8	6
Capitación	61,4	11	27,6
P & P	93,2	6,8	

Los resultados obtenidos en el estudio mencionado se presentan de manera textual (22):

“...los procedimientos en *consulta médica* son los que representan un mayor porcentaje del gasto total de las EPS en el país durante todo el periodo de estudio. La composición del gasto en salud de las EPS muestra que las *consultas médicas* y las *operaciones sobre el aparato digestivo* han mantenido relativamente estable su participación en el gasto en los últimos años, mientras que los *medicamentos* y los *procedimientos de atención en salud* han perdido importancia relativa en el mismo.

Los resultados muestran, además, que los procedimientos en *laboratorio clínico* han presentado un crecimiento elevado en el gasto y que conjuntamente con la *consulta médica* agrupan más del 50% del total de actividades que realizan las EPS. La *consulta médica* y el laboratorio son la base de toda la actividad de promoción y prevención y los programas de atención a las enfermedades crónicas. Es

quizás por esto que encontramos que la demanda inducida en las actividades de la consulta y el *laboratorio clínico* puede estarse presentando como un efecto de las actividades de gestión del riesgo en salud, lo cual incrementa el gasto de las EPS; pero tiene un efecto benéfico sobre la salud de los afiliados.

Al descomponer el crecimiento del gasto en salud en los componentes de precio y cantidad (número de actividades prestadas), se encuentra que en general predomina una mayor frecuencia de prestaciones de servicios de salud; lo cual puede ser consecuencia de dos cosas: i) la maduración del sistema de salud se acompaña de un mayor conocimiento de la población acerca de la forma de acceder a los servicios de salud. Este fenómeno es reportado en la literatura y debe ser tenido en cuenta a la hora de establecer las políticas públicas referentes al financiamiento de los servicios de salud; y ii) un efecto de demanda inducida por parte de las EPS en Colombia; la cual se genera como resultado del proceso de aseguramiento y gestión del riesgo en salud, a través de la búsqueda activa de pacientes con patologías crónicas, por medio de los programas de promoción y prevención.

Al respecto, los resultados son concluyentes dado que tanto en los *procedimientos de atención en salud*, la *consulta médica*, los exámenes de *laboratorio clínico* y los otros *procedimientos*, el factor que mayor preponderancia tiene para explicar el incremento en el gasto es el número de actividades prestadas, y dado que estos rubros representan más del 80% del gasto total, este factor se constituye como el principal componente a la hora de explicar el crecimiento del gasto en salud que se ha presentado entre 2006 y 2008. Estos hallazgos son un claro indicio de que el aseguramiento en Colombia se ha traducido, no solamente en mayor cobertura en salud, sino en acceso real a los servicios de salud. Así mismo, sobre el gasto en medicamentos los estudios de suficiencia mostraron una leve disminución en el gasto en el período de estudio, vale la pena aclarar que este gasto se refiere únicamente al gasto POS. Esta es una consecuencia lógica de la no actualización del POS, lo que condujo a la obsolescencia del plan de beneficios en muchos aspectos, entre ellos los medicamentos.

Cuando se realiza el análisis de rentabilidad del sector salud, se encuentra que los resultados son bastante sensibles al indicador de rentabilidad utilizado. Por lo tanto, cobra relevancia el análisis realizado puesto que incorpora diversos indicadores de rentabilidad, lo cual permite obtener un panorama más amplio de las condiciones en que se encuentra el sector. Sin embargo, cuando se compara el mismo indicador (la rentabilidad operativa), es claro que las EPS son las entidades menos rentables del sector, y que sectores como el de Hospitales y Clínicas y las Instituciones de Ayudas Diagnósticas presentan las mayores rentabilidades del sector seguidos de los Laboratorios.”

### 2.1.7. Logros del modelo de competencia regulada

#### Universalidad, equidad y calidad

Tomó un poco más de 15 años llegar a una cobertura que puede considerarse como universal. El proceso fue lento pero sostenido, primero con base en el crecimiento de la afiliación al régimen contributivo y, a partir del año 2003, a expensas del régimen subsidiado (Tabla 2.6). Desde el año 2010, el régimen subsidiado de salud contaba con más del 50% de la población afiliada, superando en más de 7 puntos al régimen contributivo (9) y se estima que para el año 2011 la cobertura poblacional del SGSSS alcanzó como mínimo el 95%, o sea, más de 44 millones de personas se encontraban afiliadas.

**Tabla 2.6.** Población total y afiliada al SGSSS (%). 1993-2010\*

Variables	Años						
	1993	1997	2000	2003	2006	2009	2010
Población total (27)	36.208.244	38.646.043	40.282.217	41.847.421	43.405.387	44.977.758	45.509.584

Total afiliado al SGSSS %	23,7	57,1	56,5	61,3	82,7	93,4	92,8
Régimen Contributivo %	22,4	38,9	32,9	33,0	33,4	37,8	40,2
Régimen Subsidiado %	-	18,2	23,6	28,4	45,0	51,1	47,9
Regímenes Excepción %		0,0	0,0	0,0	4,3	4,5	4,7
No afiliados %	76,3	42,9	43,5	38,7	17,3	6,6	7,2

\* Afiliados compensados en el régimen contributivo y cupos financiados en el régimen subsidiado. Los datos de afiliación son aproximados

De los 18 millones de afiliados al régimen contributivo del año 2010, el 46,9% correspondió a cotizantes del sistema, el 53% a beneficiarios y el 0,2 a afiliados adicionales. La densidad familiar del régimen contributivo es de 2,13. El régimen contributivo tiene sus mayores coberturas en los Departamentos y Distritos de más alto nivel económico, principalmente urbanos y, en general, con mejor dotación de infraestructura (8).

Aunque las tendencias no son uniformes en el tiempo, el incremento de la cobertura del SGSSS se distribuyó en proporciones semejantes en los diferentes grupos de edad, con predominio de la población menor de 15 años. Con respecto a los sexos, al menos hasta el año 2005 no se presentaron diferencias significativas en la afiliación (23). Así mismo, la afiliación y aseguramiento presentó un incremento en todos los niveles educativos y una reducción significativa de las diferencias entre ellos. Las relaciones entre el incremento de la cobertura del seguro de salud y la distribución del ingreso, especialmente la pobreza, se expresan en aspectos relativamente bien documentados. La afiliación al SGSSS se ha incrementado en todos los quintiles de ingreso, pero más intensamente en los quintiles de menor ingreso, en los cuales predomina el régimen subsidiado. En el año 1995 la población ubicada en el quintil de más altos ingresos tenía un nivel de afiliación cincuenta puntos porcentuales más alto que la del quintil más pobre. En el año 2008 esta diferencia se había reducido a 12 puntos porcentuales. Mientras en el año 2007 el 14% de la población con ingresos altos no estaban afiliados, el 43% de la población con ingresos bajos carecían de seguro de salud (24- 26). Sin embargo, la Encuesta de Calidad de Vida de 2008 encontró que el 81% de la población perteneciente al quintil de menores ingresos se encontraba afiliada al sistema. En el año 2005 la afiliación al SGSSS en el área urbana ascendía al 71,2 %, mientras que en el área rural era de 59,5 %. Sin embargo, el incremento de la cobertura se ha dado con mayor velocidad en el área rural, lo que llevó a que las diferencias entre mayores y menores coberturas urbano-rurales se redujeran de 4,5 veces a 1,2 veces, entre los años de 1995 y 2005 (27). Otro tanto ocurrió con las diferencias entre las regiones más desarrolladas y menos desarrolladas, y con las coberturas regionales cuyas diferencias disminuyeron de 2,4 a 1,35 veces. Así, por ejemplo, mientras la capital Bogotá alcanzaba una cobertura de 79,9 % en el año 2005, la región Atlántica se situaba en un 59% (28). Por último, debido a que el régimen subsidiado predomina en el sector rural, el incremento en el aseguramiento en este régimen ha sido el principal motor para disminuir las diferencias regionales y urbano-rurales. En conexión con la cobertura se consideran el acceso a los servicios y la calidad de los mismos. La afiliación ha permitido el acceso a la primera consulta y la atención primaria.

Así mismo la calidad de la atención el SGSSS ha avanzado en términos de habilitación de instituciones y guías de práctica y en la construcción del Sistema de Garantía de Calidad. Se carece de estudios para abordar estos asuntos de manera global en el



sistema de salud. Hay, sin embargo, evidencia puntual de calidad deficiente en servicios específicos, que tocan aspectos como los servicios diagnósticos de laboratorio e imágenes, el acceso a especialistas y el suministro de medicamentos.

### **2.1.8. Problemas relevantes del SGSSS**

Se presentan a continuación algunos de los problemas relevantes del SGSSS. Para ello utilizamos información secundaria de estudios que han descrito o documentado tales problemas, estudios que han sido sometidos a revisión sistemática y cuya calidad de evidencia ha sido aceptable (7). En consecuencia omitimos la descripción detallada de tales problemas.

#### Rectoría

El SGSSS no ha logrado consolidar una rectoría vigorosa en el ámbito nacional. Esta función, reservada al Ministerio de Salud y las Secretarías de Salud de los Departamentos y los municipios ha experimentado un debilitamiento progresivo (7,21,22).

#### Comportamiento de actores y agentes

Los comportamientos inapropiados de los actores del sistema son más generalizados de lo que se cree, más allá del riesgo moral y la selección adversa que operan en pequeña escala. Pero sólo algunos de ellos han sido caracterizados y parcialmente comprendidos. En la esfera de la contratación de los prestadores de servicios por parte de las EAPB, se han individualizado este tipo de problemas. Ya se mencionó un comportamiento que ha afectado el sistema de salud: la negación de servicios para ahorrar costos y maximizar excedentes, tergiversando el sentido de una administración eficiente. Así mismo, con frecuencia la intermediación y el papel que cumplen las EAPB como agentes administrativos y de mercado limita el flujo de recursos y genera retrasos en los pagos, dando lugar a carteras que impiden la operación de los prestadores. Por otra parte, en ocasiones la contratación de los prestadores que deben conformar la red de atención no reúne las condiciones apropiadas de integralidad con respecto a los niveles de complejidad o las condiciones geográficas que dificultan el acceso. Como se ha planteado, otros comportamientos inapropiados no han sido documentados de manera suficiente, aunque algunos resultan claros, como la tendencia a aumentar la oferta, muchas veces de manera innecesaria, de servicios que aparecen como más rentables desde la perspectiva económica y que en Colombia corresponden a los denominados de alto costo (21,23,24).

Los comportamientos de los actores corresponden a un complejo mapa de intereses económicos y gremiales de cada uno de ellos, evidentes en momentos en que se agudizan los problemas o se desarrollan procesos de reforma o modificación del SGSSS. Así por ejemplo, es claro que las entidades territoriales de salud y los hospitales públicos o ESE, desean que se eliminen las EPS del régimen subsidiados

con el fin de asumir de manera directa el manejo de los recursos respectivos (28). Otro tanto ocurre con los intereses del gremio médico y los sindicatos con respecto a los recursos del régimen contributivo.

### Costos de transacción

Aunque no hay certeza ni se han cuantificado los costos de transacción que operan en el SGSSS, es posible hacer una aproximación a los mismos a partir de la configuración estructural de sistema, los actores, agentes y flujos financieros. En teoría el modelo de competencia regulada tiende a reducir los costos de transacción en la medida que reduce el riesgo y la incertidumbre, así como los procesos de información y negociación que se dan en torno a los contratos, los precios, las tarifas, el paquete de servicios, y similares.

Por otra parte, los costos de transacción generados por la articulación e intermediación de los aseguradores, los costos de la competencia en los mercados de servicios y de aseguramiento y los costos ocasionados por los comportamientos inapropiados o malas prácticas (por ejemplo, la no autorización de servicios aceptados y pertinentes, la oportunidad de pago, los servicios no POS, los recobros, la doble facturación, etc.), pueden ser apreciables y superar con creces las reducciones ya comentadas. Incluso, podría afirmarse que estos costos hacen parte de los riesgos y realidades que amenazan la sostenibilidad del sistema de salud (16-18,20,21,24).

### Sostenibilidad

Durante gran parte de su historia y hasta el año 2008, el SGSSS presentó un relativo equilibrio entre ingresos y gastos y, por tanto, sostenibilidad presente y futura. Esto, en medio de un proceso económico oscilante, con frecuentes momentos negativos que incidieron en los ingresos del sistema y, por otra parte, la política y la tendencia lenta y continua de incremento de la afiliación y la cobertura, que generó una presión sostenida sobre el gasto en salud.

Desde el punto de vista estructural, el alto grado de informalidad de la economía siempre ha sido un factor negativo para el sostenimiento del sistema de salud. Esta realidad opera como un obstáculo para conformar un núcleo de afiliados al régimen contributivo suficientemente amplio y fuente principal de financiamiento del sistema de salud, como se suponía en el diseño inicial del modelo. Por otra parte, no se ha logrado implementar mecanismos apropiados para afiliar a los trabajadores no formales. Se estima en 2,5 millones el número de personas que podrían pagar contribuciones y no lo hacen (19). A esto debe agregarse una tasa de desempleo persistentemente alta que contribuye a estrechar la base de cotización al sistema de salud.

Desde el año 2007, la afiliación al régimen contributivo entró en una fase de crecimiento lento y tiende al estancamiento relativo. En el año 2010 este régimen representó sólo el 40% del total de la afiliación (Tabla 2.4). Así mismo, al tiempo con la caída en la tasa de afiliación se ha producido una moderada tendencia de crecimiento

de los beneficiarios frente a los cotizantes. Adicionalmente, los recursos del contributivo son minados como consecuencia de los fenómenos de elusión y evasión. Se estima que estos fenómenos responden a la falta de incentivos que estimulen a los empleadores a afiliarse a los empleados, a declarar los ingresos reales y a reportar la base de cotización de manera adecuada. En consecuencia, todas estas problemáticas han generado una dinámica de crecimiento precario de los recursos del régimen contributivo.

Por su parte, el régimen subsidiado se ha expandido sin cesar, lo que ha contribuido al logro de la universalidad, pero al tiempo ha generado presión sobre los recursos del Fosyga y los recursos fiscales. Estos últimos no han crecido al mismo ritmo, ni intensidad.

Por último, en los años recientes se ha agregado un nuevo ingrediente que afecta el crecimiento inercial de los costos en salud, debido a las nuevas tecnologías de atención que inciden en la atención en ambos regímenes.

Todos los elementos presentados sugieren, por tanto, que si bien hasta el año 2008 se mantiene el equilibrio de ingresos y gastos del sistema de salud y la sostenibilidad del mismo, esta y aquel, son frágiles.

A partir del 2008 la situación del SGSSS se desplaza a la insostenibilidad, principalmente por dos tipos de problemas. En primer lugar, la tasa de crecimiento de los recobros al Fosyga. Los recobros por servicios y medicamentos no POS pasaron, según estimativos del gobierno, de alrededor de \$600.000 millones en 2007 a \$2,4 billones en 2010. Esta situación ha sido provocada no sólo por el comportamiento inapropiado de varios actores, tanto en el aseguramiento como en la prestación de servicios, sino también por la no actualización del POS. Y es evidente que pone en riesgo la sostenibilidad del régimen contributivo y de paso, con la reducción de la solidaridad, la misma sostenibilidad del régimen subsidiado.

En segundo lugar, la igualación acelerada del POS provocará al menos dos efectos: Una apreciable expansión en el gasto, que acrecentará la carga fiscal; Desestimulo al régimen contributivo, ya que será posible recibir los mismos beneficios en el régimen subsidiado. De lo cual se desprende un número mayor de personas aspirando a subsidios inmerecidos en el régimen subsidiado y la disminución de sus recursos vía caída de la solidaridad del régimen contributivo (15-18,20,24,25).

### Descenso y recuperación de la salud pública

Es posible presentar, en líneas gruesas, una aproximación a las fases de desarrollo de la salud pública, y una aproximación a logros y problemas, como se indica a continuación. Una primera fase (1993-2000) abarca desde la aprobación de la Ley 100 y la implementación inicial del SGSSS. Este proceso se da en un marco normativo previamente aprobado de descentralización política y administrativa. En esta fase, en ausencia de un régimen de transición, la rectoría nacional de la salud pública quedó a la deriva; los Departamentos y municipios debieron construir sus propios esquemas y

prácticas de rectoría. Los efectos de este proceso en la salud pública fueron negativos, en especial en aquellas problemáticas que en el anterior SNS se habían organizado y desarrollado como programas verticales nacionales, como los de control de las enfermedades tropicales, de la tuberculosis, la vacunación y otras similares (7).

La segunda fase (2001-2006) se inició con la Ley 715 de 2001 que reordenó la distribución de recursos entre la Nación y los municipios, acoplándola a los flujos de los recursos de salud, por medio del Sistema General de Participaciones. En general, durante esta fase se fortaleció progresivamente la capacidad de gestión y de dirección de la salud pública en los Departamentos y municipios, lo cual incidió de manera positiva en las actividades de control de las enfermedades transmisibles e inmuno prevenibles, con resultados disímiles. A partir del año 2003 se diseñaron las Normas y Guías que orientan las acciones de prevención y promoción individuales y se incorporaron en el Plan Obligatorio de Salud, lo cual permitió a las EPS e IPS implementarlas y colocar recursos específicos en aquellas.

La tercera fase (2007 en adelante) se inició con la reforma parcial de la Ley 100, por medio de la Ley 1122 de 2007 y la expedición del Plan Nacional de Salud Pública-PNSP (Decreto 3039 de 2007), obligatorio para todos los agentes e instituciones. Este Plan definió las responsabilidades políticas en salud pública, a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del SGSSS, las cuales deberían complementarse con las acciones de otros sectores, definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los planes de desarrollo territoriales. El PNSP se formuló en torno a cinco ejes de política (promoción de la salud y la calidad de vida; prevención de los riesgos; recuperación y superación de los daños en la salud; vigilancia en salud y gestión del conocimiento, y; gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública) que se despliegan en objetivos, estrategias y metas, lo cual permite identificar resultados y aproximarse a la valoración de los impactos en salud. En otros términos, el PNSP generó al tiempo una oportunidad de fortalecimiento de la salud pública y un escenario para rescatar la rectoría nacional y territorial. En el presente se está formulando el nuevo Plan Nacional de Salud Pública.

#### Dificultades de los hospitales

Gran parte de los hospitales del país presentan dificultades cíclicas, especialmente los hospitales públicos. Algunas de las problemáticas han sido identificadas de la siguiente manera (20,21):

- Los retardos en los pagos por parte de las EPS generan frecuentes situaciones de iliquidez y dificultades para el pago del personal y de los proveedores, lo que incide negativamente en la operación.
- Con frecuencia, hasta el 90% de los hospitales reportan a la Superintendencia Nacional de Salud egresos superiores a los recaudos, lo cual sugiere dificultades para el sostenimiento institucional.

- La inadecuada articulación en la oferta general de servicios, en términos de acceso a los diferentes niveles de complejidad y la calidad de los mismos, produce efectos en la demanda y la utilización de los servicios hospitalarios.
- Manejo institucional ineficiente. Es largo el listado de problemas de eficiencia que han sido detectados en el manejo de los hospitales, en especial las ESE. Estas ineficiencias tocan cada uno de las grandes áreas que plantea la OMS: productos y servicios, medicamentos, manejo financiero, calidad de la atención, etc. (29)
- Corrupción.

Ausencia de una política de medicamentos para el sector salud

Un estudio de Fedesarrollo se plantea la siguiente problemática:

"... no se ha reglamentado una política clara de precios de medicamentos; en forma casi coincidente con el aumento de las tutelas y la aparición de los Comités Técnico Científicos (CTC), y la transición de una política de control de precios hacia un régimen de libertad vigilada. De este modo, el incremento en los precios de los medicamentos biotecnológicos, cobrados en su gran mayoría mediante CTC, es una de las principales razones que explica el desfinanciamiento del régimen contributivo." (20).

Con esta apreciación coincide el Departamento Nacional de Planeación, que plantea en un documento Conpes:

"El problema central de la situación farmacéutica nacional lo constituye el acceso inequitativo de la población a los medicamentos y el riesgo de la calidad de la atención. Las causas de este problema se han clasificado en cinco grandes categorías: el uso inadecuado de los medicamentos, las dificultades de disponibilidad y de transparencia en la información, la ineficiencia en el gasto, la oferta y suministro insuficiente de medicamentos y las debilidades en la rectoría y el sistema de vigilancia." (21)

### **2.1.9. Sistema de Salud, talento humano y mercado laboral**

El abordaje y análisis institucional del SGSSS ha mostrado que este, quizás por su complejidad, se encuentra profusa y ampliamente estructurado por medio de reglas o normas. Este abordaje facilita la aproximación al talento humano y el mercado laboral del sector salud. Se ha planteado que el modelo de competencia regulada incluye justamente los ámbitos del mercado y de la regulación. La relación de estos dos ámbitos, entendida como un proceso en el tiempo, enmarcado en el contexto nacional e internacional, permite comprender gran parte de las dinámicas, logros y problemas del sistema de salud. Los mercados de aseguramiento y de servicios conforman la base del mercado laboral y este, a su vez es el escenario del talento humano en salud. ¿Cuáles son las características del mercado laboral en salud? ¿Cómo ha sido el proceso de conformación y desarrollo del talento humano en salud en Colombia? En el siguiente capítulo se abordan estos aspectos y se intenta responder las preguntas.

## **REFERENCIAS**

1. March J, Olsen J. El redescubrimiento de las instituciones. La base organizativa de la política. México: Fondo de Cultura Económica; 1997.

2. Hall P, Taylor R. (1996) Political Science and the three new institutionalisms. *Political Studies*. Diciembre 1996; 44 (5): 936- 957.
3. Goodin R. *The theory of institutional design*. Cambridge: Cambridge University Press;1996.
4. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. *Sistema de Salud en Colombia*. En: *Sistemas de salud en Suramérica*. Instituto suramericano de gobierno en salud. UNASUR; Mayo 2012. pp 350-439
5. Chernichovsky D. What Can Developing Economies Learn from Developed Economies? *Health Policy*, 1995, 32, 79-91.
6. Chernichovsky D. Pluralism, Choice, and the State in the Emerging Paradigm in Health Systems. *The Milbank Quarterly*, 2002, 80, 1, 5-40
7. Agudelo CA, Cardona J, Ortega J, Robledo R. *Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas*. *Ciênc. saúde coletiva*; 2011 ; 16(6): 2817-2828.
8. Paris V, Devaux M, Wei L. Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries. *Organisation for Economic Cooperation and Development*. OECD health working papers No. 50. DELSA/HEAWD/HWP(2010)1; 28-Apr-2010.
9. Londoño JL, Frenk J. *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina Documento de Trabajo 353*. Banco Interamericano de Desarrollo; 1996.
10. Enthoven A.. *Managed competition of alternative delivery systems*. *Journal of Health Politics, Politic and Law*. 1998; Number 13.
11. Sojo A. *Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica*. Naciones Unidas, CEPAL, ECLAC. *Serie Políticas Sociales*, 39. Santiago de Chile; 2000.
12. Espitia JE. *La financiación del sistema de seguridad social en salud*. *Economía Colombiana* 2010; 330: 9-17.
13. Banco de la República. *Información Económica [Internet]*. Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/estad/dsbb/ctanal1sr.htm> Consultado 22 Agosto 2010.
14. World Health Organization (WHO). *World Health Statistics*. Ginebra: WHO; 2009. 2009; 328:9-27.
15. Steiner R, Orlando G. ¿Porqué se requieren reformas al mercado laboral y al sistema pensional? *Economía Colombiana* 2009; 328:9-27.
16. Barón-Leguizamón G. *Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003: composición y Tendencias*. *Rev Salud Pública (Bogotá)* 2007; 9(2):167-179.
17. Restrepo M. *La reforma al financiamiento de la salud en Colombia*. En: Titelman D, Uthoff A, compilador. *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud*. Tomo II Santiago de Chile:Fondo de Cultura Económica & Cepal; 1999.
18. Barón-Leguizamón G. *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento*. Ministerio de la Protección Social-Departamento Nacional de Planeación. Bogotá, D.C:Impresol Ediciones; 2007.
19. Colombia. Ministerio de Salud. *Programa de la Universidad de Harvard. La reforma de salud en Colombia y el Plan maestro de implementación*. Informe Final de la Misión de las ESP Universidad de Harvard. Santafé de Bogotá: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud-BID; 1996.
20. Núñez J, Zapata JG. *La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano. Dinámica del gasto y principales. Retos de cara al futuro*. Fedesarrollo; 2012.
21. Gonbaneff Y, Torres S, Gómez C, Cardona J, Contreras N. *Laberinto de recursos en el sistema de salud, según proyecto 052. Estudio de la Universidad Javeriana. DNP -documento 287.. Serie Archivos de macroeconomía*. Bogotá; Julio de 2005.
22. Porter ME, Teisberg EO. *Redefining health Care. Creating value-based competition on results*. Boston, Massachusetts, Estados Unidos de América: Harvard Business School Press; 2006.
23. Flórez CE, Soto VE, Acosta OL, Karl C, Misas JD, Forero N, Lopera C. *Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano*. Bogotá: Fundación Corona, DNP, Universidad de los Andes, Universidad del Rosario; 2007.
24. Glassman AL, Escobar ML, Giuffrida A, Giedión U, editores. *Salud al alcance de todos: una década de expansión del seguro médico en Colombia*: Washington, D.C: Inter-American Development Bank and Brookings Institution; 2010.

25. Trujillo J, Portillo E, Vernon JA. The impact of subsidized health insurance for the poor: evaluating the Colombian experience using propensity score matching. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 2005; 5(3):211-239.
26. CEPAL. Panorama social de América Latina; 2012.
27. Encuesta Nacional de Salud, 2007, ENS 2007. Ministerio de la Protección Social, MPS. Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Bogotá Enero 2009
28. El Tiempo. Febrero 10 de 2013; p. 13.
29. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010.

### **3. MERCADO LABORAL Y TALENTO HUMANO**

#### **3.1. Mercado Laboral de Salud**

El mercado laboral en salud es un referente central del talento humano. Este último se encuentra en medio de unas relaciones complejas entre el sector salud y el sector educativo, más específicamente entre el SGSSS y las instituciones formadoras del recurso humano en salud.

Desde el punto de vista económico, el mercado laboral o mercado de trabajo, significa concurrencia de la demanda del talento humano y oferta de la población que aspira a un trabajo remunerado. Podemos entenderlo también como un esquema de relaciones de mercado entre empleadores y personas que buscan trabajar en actividades remuneradas en el sector salud.

Destaquemos algunas de las características del mercado laboral de salud en Colombia.

##### **3.1.1. Características generales**

El mercado laboral de salud de Colombia presenta dos características generales que deben ser mencionadas. En primer lugar, son bien conocidas las especificidades de los mercados de servicios de salud con respecto a otros mercados, como lo plantearon Mushkin y Arrow, años atrás (1,2).

Resumiendo, algunas de estas especificidades son:

- Mercado imperfecto.

- Ausencia de racionalidad de los usuarios, debido a la falta de información
- Ignorancia del paciente sobre su enfermedad, la respuesta apropiada a la enfermedad en función de su intensidad y gravedad.
- Externalidades de servicios por su alcance colectivo (prevención y promoción).
- Incertidumbre sobre la enfermedad y el producto o resultado de los servicios.
- Asimetría en la información, entre prestadores y usuarios. Los primeros tienen el conocimiento y la información y la monopolizan. Esto da lugar a una relación principal-agente.
- Muchos de los servicios son socialmente necesarios.

Por otra parte, en medio de sus especificidades, el mercado laboral de salud, comparte con otros mercados algunos de los determinantes de los mismos, pero se diferencia en otros. Esto, por cuanto la estructura de los diferentes mercados, entendida como el conjunto de características, procesos, contratos e instituciones que configuran los procesos de producción e intercambio y la formación de precios en un sector específico, tienen aspectos comunes entre diferentes mercados, pero también numerosas diferencias.

Algunos de los elementos determinantes, en los cuales pueden presentarse similitudes o diferencias entre los mercados, son:

- Estructura demográfica y macroeconómica
- Políticas nacionales de desarrollo
- Marco de regulación legal, social y económica
- Instituciones reguladoras
- Tipo, configuración y concentración de empresas o entidades que generan la oferta de bienes y servicios.
- Grado de transacción de los bienes y los servicios.
- Mecanismos de transacción.
- Tipo, configuración y concentración de entidades o personas que consumen bienes y servicios.

En cuanto a su finalidad, el mercado laboral en salud es muy diferente con respecto a los mercados en los cuales se transan bienes de consumo. Si bien la salud puede considerarse como un bien económico y ser valorada como tal, esta no es su única dimensión ya que representa además un valor irremplazable, individual, físico, subjetivo, mental y vivencial y, también un valor social y cultural. Por estas razones la salud no puede ser colocada en el mercado ya que se trata de un bien meritorio. Otras son las consideraciones sobre los servicios de salud que pueden operar en mercados comerciales, en cuasimercados o en mercados de bienes colectivos públicos, de acuerdo con la amplia y heterogénea experiencia de los países en el ámbito mundial.

### **3.1.2. Mercados en el sector salud**

En el sector salud de Colombia, comandado por el SGSSS, se presentan varios mercados que se han construido durante la existencia del sistema de salud y presentan



sus propias tendencias, dificultades y relaciones. En la medida que un mercado es diferente de otro por los actores, agentes y bienes que concurren, según el tipo de oferta y demanda, no es difícil identificar los mercados que operan en el sector salud, sin pretender una caracterización exhaustiva:

- Mercado de servicios de salud: incluye a todos los actores y agentes y a la población que requiere la atención y accede a los servicios. Este mercado podría subdividirse en otros: instituciones prestadoras de servicios, mercado farmacéutico y mercado tecnológico.
- Mercado de aseguramiento: incluye las EAPB (incluidas las administradoras de riesgos profesionales), los prestadores de servicios, las entidades territoriales y los usuarios. En este mercado la relación entre los usuarios y los aseguradores es diferente a la que gobierna la relación entre aseguradores y prestadores.
- Mercado financiero: Incluye el Estado, el Fosyga, los cotizantes, los aseguradores, las entidades territoriales y los prestadores de servicios.
- Mercado tecnológico: Incluye empresas productoras y comercializadoras de tecnología médica y hospitalaria, aseguradores y prestadores.
- Mercado de servicios de apoyo.

La estructuración de estos mercados, la relación entre ellos y su papel en términos de la pertenencia a un sistema de salud, están dadas por el marco legal e institucional creado por la Ley 100 de 1993 y sus desarrollos posteriores, especialmente los contratos (3). Como ya se ha planteado en la aproximación al SGSSS (Capítulo 2), este sistema es complejo y está ampliamente estructurado y regulado, de tal manera que los mercados existentes en el mismo están constreñidos a las reglas de juego institucionales.

En la medida que los empleadores y los contratos de trabajo se encuentran en cada uno de los mercados comentados, el mercado laboral se superpone en cada uno de ellos. Podría afirmarse que el mercado laboral de salud en Colombia resulta de la sumatoria de los contratos de trabajo existentes en cada uno de los mercados. Se trata de un mercado de relaciones complejas y bidireccionales con los otros mercados.

### **3.1.3. Especificidades del mercado laboral de salud**

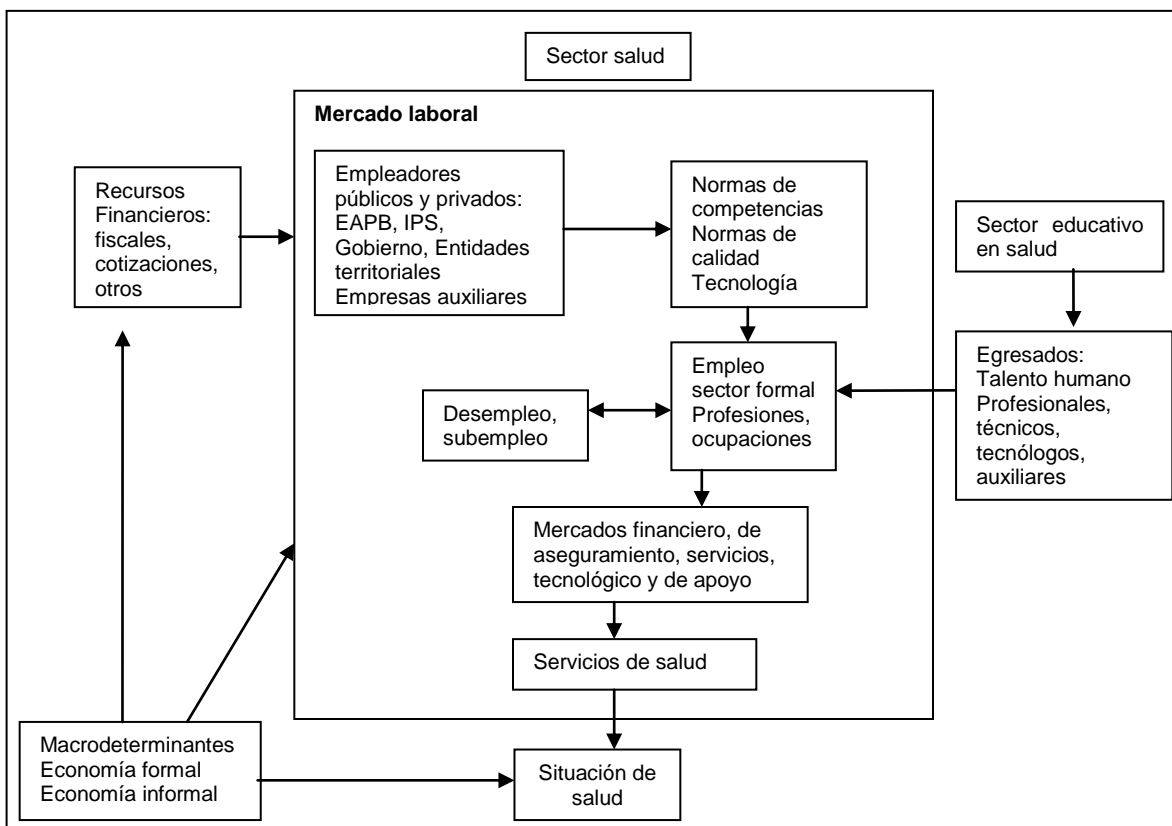
En la Figura 3.1., se presenta, desde la perspectiva macro y microeconómica, una aproximación estructural a las características y relaciones del mercado laboral de salud en Colombia.

La figura no refleja otros aspectos que han incidido en el mercado laboral durante casi dos décadas, como el modelo de aseguramiento y la descentralización. Pero, debe destacarse que el mercado laboral de salud está ampliamente formalizado. En la figura se ha intentado destacar las relaciones entre los empleadores y el sector educativo que inciden en el mercado laboral, el empleo y el desempleo, el cual se distribuye en los mercados de prestadores, aseguradores, etc., para producir los servicios que son

utilizados por la población. En un plano más general se encuentran los macro determinantes de la salud, los recursos financieros y la situación de salud.

Como aspecto positivo, el desarrollo del SGSSS dio lugar, en una década, al incremento sustancial y la diversificación del recurso humano empleado en salud. El avance hacia la universalización en la cobertura generó, como era de esperar, un crecimiento relativamente rápido de recursos, servicios y talento humano. Es indispensable detenerse en este punto.

**Figura 3.1.** Mercado laboral de salud: características y relaciones



En primer lugar, las aproximaciones para cuantificar la fuerza de trabajo laboral en salud son precarias. Estos ejercicios deben tener en cuenta al menos las características centrales del mercado laboral de todos los sectores del país, en los momentos a comparar. Como una muestra presente, en representación del período del año 2000 al 2011, en este último año se registraba, en la población de 15 a 64 años, un desempleo total de 10,7% (7,9% en hombres y 14,3% en mujeres) (4). El mismo año y grupo de edad, la tasa de empleo era de 65,1% (78,2% hombres y 52,6% mujeres). Sólo el 26,1% de la población de 15 a 64 años, había completado secundaria, mientras que el 19,1% tenía secundaria incompleta.

En ese marco general, dos estimaciones del talento humano en salud existente en el año 2000 indican cifras diferentes, pero próximas. Un primer estudio planteó que el país contaba con 216.582 personas empleadas en el mercado laboral, aunque el

estudio advierte que esta cifra no incluye el personal administrativo (91,92). Un segundo estudio planteó que en el año 2000 se contaba con 245.980 personas (5). Un tercer documento, apoyándose en información del Ministerio de Salud, indica para el año 2011 un mercado laboral en salud conformado por 422.596 personas (6). Debemos advertir que en este último documento no se describe la metodología utilizada para la estimación.

Los datos anteriores indican que el mercado laboral en salud creció a una tasa del 7% anual, del año 2000 al 2011, contribuyendo al empleo en el país. Si bien todas las categorías ocupacionales o profesiones se incrementaron, las categorías de técnicos y profesionales crecieron más intensamente, como se indica en la Tabla 3.1. A su vez, los auxiliares representan alrededor del 91% de la categoría técnicos y auxiliares.

**Tabla 3.1.** Crecimiento del talento humano  
2000-2011

Categorías	2000	2011	Incremento 2000-2011 %
Técnicos y auxiliares	93.035	186.744	200,7
Profesionales	152.945	235.852	154,2
Total	245.980	422.596	

Fuente: (6)

El incremento del recurso humano en el SGSSS es simultáneo con un proceso que presenta dos facetas: diversificación de los puestos de trabajo y cargos en las instituciones y empresas del sector salud, en los niveles directivos, administrativos y operacionales; por otra parte, multiplicación y diversificación de las profesiones y ocupaciones, en todos los niveles (profesional, técnico-tecnológico y auxiliar).

Desde la demanda del mercado laboral, la comparación de los programas de formación especializada de las principales escuelas de medicina, enfermería y odontología con respecto a la estructura funcional o básica de cargos en una muestra de IPS, mostró que estas dos facetas no necesariamente coinciden o se corresponden, ya que las profesiones clínicas especializadas se han diversificado más intensamente que los cargos respectivos en las instituciones prestadoras. Esta situación proviene, al menos en parte, de la dinámica de las escuelas de formación profesional especializada, aspecto que se examina adelante. En este caso, no siempre las escuelas, como se cree, van atrás de las tendencias ocupacionales.

Consideremos dos niveles de desarrollo del talento humano. En los egresados o profesionales ha predominado de manera absoluta la diversificación hacia la especialización y la sub especialización en el área clínica. En la actualidad se cuenta con más de 40 especialidades y subespecialidades en medicina, odontología y enfermería, la mayoría de las cuales tienen una demanda un poco superior a la oferta. En mucho menor grado se han diversificado estas profesiones hacia la práctica general, familiar y comunitaria y la Atención Primaria. Esto parece deberse, en gran parte, a la demanda del modelo de atención curativa predominante, basado en la atención hospitalaria, la tecnología y los medicamentos, que pone el énfasis en el manejo especializado. Esto, a su vez, está conectado con el sistema de gestión y

garantía de calidad, que impone requisitos de disponibilidad de recursos humanos especializados para habilitar los hospitales y los servicios de salud.

En el nivel de pregrados, la demanda institucional ha incidido selectivamente en el mercado laboral. La comparación de la demanda actual y esperada hacia el año 2011, con respecto a la oferta de recursos humanos, sugiere una demanda actual adecuada y una situación futura de déficit de recursos humanos en los casos de medicina y enfermería (6). Con respecto a la odontología y las terapias se ha presentado una menor demanda y una posible tendencia al desempleo cíclico. Esta realidad contrasta con las proyecciones realizadas hacia el año 2001 (7) que indicaban una persistente y notable diferencia de la oferta de recursos humanos con respecto a la demanda, en el período 2000 a 2020.

En cambio, en el caso de los técnicos y auxiliares, ha predominado la tendencia a la proliferación de nuevas profesiones y ocupaciones. Esta tendencia se dio con tal intensidad y produjo tal variedad de profesiones a partir del año 2000, que pronto fue necesario reducir los 13 perfiles de auxiliares a 5 (Decreto 3616 del 10 de octubre de 2005).

### **3.1.4. Regulación y estructuración**

Quizás los aspectos específicos centrales del mercado laboral son aquellos que tienen relación con la regulación y la estructuración del mismo. De acuerdo con lo planteado arriba, el mercado laboral incorpora los puestos de trabajo, según la estructura funcional de las instituciones y, el talento humano. A diferencia de lo que ocurre con el SGSSS, el mercado laboral de salud, no obstante superponerse a los demás mercados existentes en el sistema de salud, está ampliamente desestructurado, lo cual incluye la regulación legal. Esto, por cuanto las regulaciones del SGSSS que modulan las políticas misionales de las instituciones inciden parcialmente en el mercado laboral. Por otra parte, el principal factor regulador del mercado laboral es el marco legal que proporcionan las normas del Código Sustantivo del Trabajo, de alcance general y efectos sobre los contratos de trabajo, diferentes en los sectores público y privado. Sin embargo, este marco legal no es suficiente para normalizar y armonizar las relaciones entre empleados y empleadores, en las condiciones de diversidad institucional, de mercados y de las transacciones complejas que se dan en el SGSSS.

La desestructuración del mercado laboral se genera y se expresa al menos en tres ámbitos distintos.

#### **Profesiones y ocupaciones en el SGSSS**

Ya se ha indicado el intenso crecimiento y diversificación del talento humano en salud en los años posteriores al 2000. Ahora debemos agregar que no hay evidencia alguna con respecto a la planificación estatal de tal proceso, ni se adoptaron políticas públicas reconocibles. Así mismo, no se dieron los desarrollos esperados al marco normativo general creado por la Ley de Talento Humano (Ley 1164 de 2007). Por lo contrario,

entre los actores del sistema predomina la impresión de que las respuestas a las necesidades ocupacionales del SGSSS fueron intuitivas o se basaron en aproximaciones incipientes al mercado laboral. En otras palabras, parece claro que el crecimiento y diversificación del talento humano se dio como una respuesta espontánea, proceso en el cual los actores no encontraron un referente general normativo, ni de políticas públicas. Esta carencia se expresa en otras características del mercado laboral:

- Desequilibrios persistentes en la relación oferta y demanda de los recursos humanos y sus diferentes categorías ocupacionales.
- El perfil cuantitativo del recurso humano en reloj de arena, profesionales en un extremo y auxiliares en el otro (7).
- Una creciente falta de equivalencia o de normalización horizontal de las profesiones en los diversos mercados.
- Carencia de estímulos efectivos a la calidad y la productividad del talento humano.
- Concentración del recurso humano en los centros urbanos más desarrollados, sin contrapesos efectivos.
- Débil producción, análisis y divulgación de información útil para la toma de decisiones relacionadas con el personal de salud.

Ciertamente, se han emprendido esfuerzos significativos frente a estas tendencias espontáneas. Por una parte, está el papel que ha cumplido el SENA en el estudio de estas problemáticas, las propuestas de política para normalizar ocupacionalmente el talento humano y el desarrollo de las normas de competencias laborales en salud. Se han producido 143 normas de competencias que corresponden, en su gran mayoría, al nivel de desempeño auxiliar y algunas de nivel profesional. Por otra parte, la Ley de Talento Humano introdujo un conjunto de normas que permitirían avanzar en la regulación, la normalización y clasificación del Talento Humano. Cabe mencionar, entre otras, el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud como escenario de concertación e iniciativas de reglamentación, y las medidas orientadas a la certificación y recertificación del talento humano. Estas iniciativas, sin embargo, no han contado con el desarrollo ni la implementación requeridas.

Como dos manifestaciones específicas del problema en consideración tenemos, por una parte, el ejercicio “liberal” de las profesiones de salud, especialmente la medicina, y el caso conflictivo de las auxiliares de enfermería.

Ciertamente el ejercicio independiente de la medicina ha decaído, pero está lejos de desaparecer. Se practica aún por médicos individuales y por grupos, asociaciones y pequeñas empresas de médicos que comparten gastos y reciben ingresos de acuerdo con la demanda especializada. En este esquema el gran cambio se dio del pago individual o familiar por servicios, al pago por una EPS o entidades de medicina prepagada, generalmente de acuerdo con tarifas institucionales, lo que se refleja en la caída histórica del gasto de bolsillo.

Por su parte, las auxiliares de enfermería a quienes se les exige un nivel de formación mínima de técnico laboral y con frecuencia de técnico profesional, en el mercado laboral no se les reconocen este nivel de formación y son remunerados como simples auxiliares. Por tanto, aspiran a este tipo de reconocimientos, lo cual choca con los criterios de contratación que predominan en el mercado laboral y genera todo tipo de resistencias de los actores del sistema frente a las instituciones de formación para el trabajo.

Dos últimos aspectos, cuyo peso es difícil de establecer, han contribuido a mantener las condiciones que desestructuran el mercado laboral:

- La renuencia a desempeñar el papel de agencia con respecto al usuario que tienen diversos actores del sistema.
- La frecuente parálisis u oposición a los procesos de modernización laboral, que provienen de las posiciones dominantes o hegemónicas en la defensa de los intereses de actores o de gremios (7).

### Contratación laboral

Los contratos en el mercado laboral se rigen por las normas del Código Sustantivo del Trabajo. En el sector público pueden utilizarse las figuras de servidor público o empleado oficial, y en algunos casos aplican las normas de la carrera administrativa. En la experiencia internacional de los sistemas de salud se encuentran múltiples sistemas de contratación laboral. Los modelos mejor documentados corresponden a los sistemas de contratación de los médicos, pero la misma variedad aplica a las demás profesiones. En la Tabla 3.2 se ilustra la variedad de sistemas contractuales, tomando como ejemplo algunos países (8).

**Tabla 3.2.** Sistemas de contratación de médicos

País	Contratación de médicos	
	Atención ambulatoria	Atención hospitalaria
Canadá	1. Independientes; 2. Asociaciones médicas a nivel provincial	1. Pago por servicios prestados
Estados Unidos	1. Pago por servicios	1. Pago por servicios prestados; 2. Asalariados; 3. Pago por porcentaje de servicios
Reino Unido	1. Capitación; 2. Pago por acto médico; 3. Asalariados (especialistas)	1. Pago por acto médico
Suecia	1. Asalariados; 2. Capitación	1. Asalariados
Argentina	1. Capitación; 2. Pago por acto médico; 3. Diagnósticos relacionados; 4. Mixta	1. Capitación; 2. Pago por acto médico; 3. Diagnósticos relacionados; 4. Mixta
Chile	1. Pago por acto médico	1. Pago por servicio
Costa Rica	1. Capitación	1. Capitación; 2. Pago por actividad
Colombia	1. Salario; 2. Capitación; 3. Por servicio prestado	1. Salario (entidades públicas); 2. Pago por servicio y honorarios (entidades privadas)

Esta variedad en la contratación ha resultado de una vasta experiencia en los sistemas de salud en el mundo, intentando equilibrar los intereses de los actores y el control de costos. Cada una de estas modalidades tiene un uso apropiado, y unas condiciones en las cuales puede operar sin distorsiones. En Colombia, con frecuencia estas modalidades se han prestado para todo tipo de distorsiones, afectando a las

instituciones y a los empleados (9), como se desprende de los datos de la Tabla 3.3, en los que predomina la contratación a término fijo o por orden de trabajo.

**Tabla 3.3.** 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%
<b>Total</b>	<b>2,85%</b>	<b>26,11%</b>	<b>31,20%</b>	<b>39,84%</b>	<b>100,00%</b>

1 Profesionales y auxiliares del área de salud inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud-REPS; 2 Profesionales y auxiliares del área de salud no inscritos en el REPS; 3 Profesionales y auxiliares del área de salud cuyo empleador está inscrito en el REPS; Profesionales y auxiliares del área de salud cuyo empleador no está inscrito en el REPS  
Fuente: Cálculos realizados por la dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, con base en la información de registros expedidos por las Direcciones Departamentales de Salud y de las bases de datos de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, PILA

Pero, el factor que más ha contribuido en los últimos años a la desestructuración del mercado laboral ha sido el sistema de cooperativas de trabajo asociado que se desarrollaron ampliamente en todo el país y se convirtieron en una especie de intermediarios contratistas entre las IPS y los empleados. Se estima que el 31,8% de los trabajadores de la salud se encuentran vinculados mediante contrato de trabajo formal, el 66% por modalidades de contratación propias de la flexibilización laboral, especialmente las cooperativas de trabajo asociado, mientras que el 3% ejerce su profesión de manera independiente.

El Ministerio de Salud es contundente al valorar este tipo de experiencias (6):

“El problema regulatorio subyace en las implicaciones de la descentralización y autonomía que se permitió en los mercados de servicios de salud y la configuración de tipo empresarial sobre las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que impulsó la Ley 100/93, tanto para hospitales privados, como para hospitales públicos, a través de la configuración de Empresas Sociales del Estado que se definió para las IPS públicas. El mecanismo de contratación dominante en el sistema colombiano para los servicios de mediana y alta complejidad para la fuerza de trabajo es la de contratación por prestación de servicios (contratos no laborales), acoplada a la estrategia de externalización de la selección y vinculación a través de cooperativas o empresas agrupadoras de recursos humanos. Se buscó reducir las plantas de personal y las obligaciones financieras de largo plazo que implicaban para los hospitales públicos y privados la carga de prestaciones asociadas a incentivos y bonificaciones. El sistema, durante los años 2002 a 2008, llevó a cabo un saneamiento de los hospitales públicos de mediana y alta complejidad, lo cual implicó la reestructuración de su planta de personal con la liquidación prestacional de trabajadores y su recontractación externalizada, que se realizó en su mayor parte a través de mecanismos de cooperativas”.

De acuerdo con el estudio mencionado, este tipo de contratación genera algunos problemas en particular, derivados de la débil vinculación de los recursos humanos a la institución hospitalaria y la implantación de un modelo productivista con implicaciones prospectivas sobre la calidad de los servicios. Esta situación tiende a cambiar nuevamente, a través de la orientación de nuevas políticas, hacia la contratación de

planta de los recursos humanos y la generación de estabilidad laboral, como lo plantea la Ley 1438 de 2011.

“Otro aspecto relevante proviene del sistema de pago imperante en el modelo colombiano, el pago por evento, que se ha impuesto en el sistema hospitalario. Este sistema alinea los incentivos del hospital hacia la facturación con los incentivos de los médicos contratados a destajo para incrementar sus ingresos a través de la inducción de la demanda. Este problema complejo afecta al sistema colombiano en su estructura financiera. La solución provendrá de la implantación de diferentes mecanismos de pago que desarticulen los incentivos acoplados hacia la inducción de la demanda. Sin embargo, las experiencias en el país de pagos de grupos relacionados y pagos por desempeño son limitados, aun cuando existen experiencias interesantes que podrían posibilitar aplicaciones extensivas a nivel nacional”.

La práctica de estas cooperativas introdujo distorsiones severas en las relaciones entre los actores y, de alguna manera, se convirtió en un obstáculo para el desarrollo del mercado laboral. Las cooperativas fueron prohibidas por la Ley 1438 de 2011, pero intentan revivir de diversas maneras.

### Servicio Social Obligatorio-SSO

Como fue definido por la Ley 1164 de 2007, el Servicio Social Obligatorio en Salud estará orientado a:

- a) Mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud, especialmente en poblaciones deprimidas urbanas y rurales o de difícil acceso a los servicios de salud.
- b) Estimular una adecuada distribución geográfica del talento humano en salud.
- e) Propiciar espacios para el desarrollo personal y profesional del talento humano que inicia su vida laboral en el sector salud. Están obligados a prestar este servicio los egresados de los programas de educación superior del área de la salud.

El campo de aplicación del SSO se ha ampliado más allá de las entidades territoriales, las Empresas Sociales del Estado y las IPS, hasta instituciones de investigación, de bienestar social, educativas y de otros tipos.

El SSO ha sido concebido como una herramienta que amplía la cobertura de los servicios de salud, especialmente en las regiones más pobres y hace parte del esquema de incentivos del Estado, como las becas crédito. Sin embargo, el SSO experimenta un conjunto de limitaciones que provienen de la desarticulación sectorial entre salud y educación y de la desestructuración del mercado laboral. Su papel e impacto social se pierde en gran parte debido a la ausencia de un esquema de incentivos que combine la labor asistencial con el desarrollo horizontal y vertical de los recursos humanos en el sistema de salud y el sistema educativo.

### Flexibilidad, articulación y coordinación

El SGSSS ha sido poco flexible para adecuarse a la diversidad y especificidades regionales de la situación de salud. Complementariamente, la débil rectoría del



Ministerio de Salud y Protección Social, reproducida de allí hacia abajo en toda la cadena de mando territorial, genera tensiones en la coordinación misional del sector salud, o sea, en la relación entre actores y los diversos mercados que operan en el sector salud. A esto debe agregarse la relación laxa entre las instituciones del Estado que contribuye poco a superar la desarticulación sectorial, entre salud y educación. El mercado laboral queda en medio de estas inflexibilidades, desarticulaciones y tensiones, en un círculo perverso que reproduce sus debilidades.

### 3.1.5. Remuneración o salarios

En los estudios del 2000-2001 (5,7), se identificaron diferencias ligeras entre los profesionales de Medicina de instituciones públicas y privadas. El ingreso o salario promedio mensual estaba alrededor de \$1.649.194.

Los salarios promedios mensuales, según las profesiones, eran del siguiente tipo:

- Odontólogos: \$1.295.227.
- Auxiliares de higiene oral: \$534.506
- Bacteriología: \$1.224.688 en el sector público y \$753.933 en el sector privado.
- Enfermeros profesionales: \$1.000.000.
- Auxiliares de enfermería: \$556.545.
- Terapistas físicos y respiratorios: \$867.601
- Fonoaudiología: \$1.245.689 en el sector público y 1,94 veces superior en el sector privado.
- Terapistas ocupacionales: \$1.030.832 en el sector público y \$792.567 en el sector privado.
- Administración (profesional): \$1.534.258.

Con respecto a las especialidades médicas los profesionales de Medicina interna, tenían los niveles salariales más altos, con un salario básico mensual de \$4.169.069.

#### Remuneraciones actuales

Un estudio comparativo, publicado en el 2013 (10), encontró que el

“... ranking salarial de 16 grupos ocupacionales de RHS es bastante similar en todos los países. En general los médicos tienen los más altos y los trabajadores de atención personal los más bajos salarios medios. Los niveles salariales varían en gran medida para los profesionales de Enfermería y Partería. Los gerentes de salud tienen menores ingresos que los médicos en todos los países examinados excepto en seis... Además, cuando existe un alto porcentaje de mujeres en ciertas profesiones hay una baja en su rango salarial.”

**Tabla 3.4.** Mediana de salarios nacionales por hora de 16 ocupaciones en salud, desviación estándar, mínimo y máximo

	Standardized hourly wages (USD)				Ratios and correlations		Occupations with valid observations (n)
	Mean wage	SD mean wage	Min. wage	Max. wage	Ratio max/min wage	Correlation with overall wage rank	
Netherlands	25.91	12.27	17.65	64.90	3.68	0.88	16
United Kingdom	25.53	10.62	12.93	54.95	4.25	0.84	16
United States	25.06	16.71	10.54	71.01	6.74	0.87	14
South Africa	23.58	11.73	5.52	49.59	8.98	0.87	15
Belgium	22.03	14.79	12.17	72.85	5.98	0.91	16
Germany	19.53	5.25	12.14	29.85	2.46	0.69	15
Sweden	18.86	4.13	15.26	29.97	1.96	0.68	11
Spain	16.19	5.98	8.01	32.59	4.07	0.81	15
Finland	14.59	4.66	10.77	28.66	2.66	0.86	14
Chile	13.50	7.53	5.53	33.23	6.01	0.88	15
Colombia	11.71	5.50	6.07	26.49	4.37	0.54	15
Mexico	11.49	4.81	4.70	21.51	4.57	0.65	16
Czech Republic	10.64	2.42	7.03	14.41	2.05	0.81	15
Argentina	9.89	3.26	4.60	16.07	3.50	0.85	16
India	7.69	4.87	2.45	17.68	7.22	0.50	14
Belarus	7.54	2.86	2.73	13.11	4.80	0.75	16
Brazil	6.20	4.03	2.00	19.31	9.66	0.91	16
Poland	4.93	1.34	2.77	7.68	2.77	0.67	14
Russian Fed.	4.12	1.72	1.90	7.17	3.79	0.73	15
Ukraine	3.25	0.90	1.83	4.67	2.55	0.48	16
Total	14.06	10.55	1.83	72.85	39.81		300

Source: Data from the *WageIndicator* survey 2008–2011 (weighted within countries), aggregated for 16 HRH occupations in 20 countries (n=300 occupation/country cells, which are not weighted across countries for the size of the national population or the national HRH workforce).

En el ámbito nacional, la fuente más actualizada es el propio Ministerio de Salud y Protección Social. Tomando como base el ingreso base de cotización para el pago de aportes a la seguridad social, se estimaron los ingresos promedios como se indica en la Tabla 3.5.

**Tabla 3.5.** Promedio del ingreso base de cotización (\$) del talento humano en salud. 2011

Nivel de formación	Mujeres	Hombres	General
<b>Auxiliares</b>	<b>677.608</b>	<b>787.053</b>	<b>692.287</b>
<b>Técnicos</b>	<b>970.578</b>	<b>1.186.250</b>	<b>1.033.700</b>
<b>Profesionales</b>	<b>1.515.204</b>	<b>2.307.706</b>	<b>1.735.988</b>
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 realizados por la dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, con base en la información de registros expedidos por las Direcciones Departamentales de Salud y de las bases de datos de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, PILA

## 3.2. Talento Humano en Salud

### 3.2.1. La cuantificación del talento humano

Un estudio del año 2001 encontró 216.587 personas en el sector salud (91,92,97), de las cuales el 24% eran médicos, el 13% odontólogos y el 10% profesionales de enfermería. Con una población de 40.836.901, estimada para el año 2000, la relación recursos humanos y población, por cada 1.000 personas se indica en la Tabla 3.6.

**Tabla 3.6.** Distribución del recurso humano, según categorías ocupacionales. Año 2000

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

Fuente: Cálculo Cendex. No se incluye personal administrativo

Otro estudio, encontró, para el año 2000, un total de 245.980 personas en el sector salud (11).

**Tabla 3.7.** Distribución del recurso humano, según categorías ocupacionales. Año 2000

Recurso Humano	Número
Médicos	50.855
Odontólogos	30.396
Enfermeros	23.063
Nutricionistas	5.825
Bacteriólogos	17.608
Auxiliares de enfermería	82.406
Promotores de salud	2.351
Gerontólogos	1.330
Técnicos en radiología	898
Terapistas físico	7.254
Terapistas ocupacional	4.059
Terapistas respiratoria	3.181
Óptometras	2.428
Fonoaudiólogos	6.946
Técnicos instrumentación quirúrgica	2.411
Técnicos laboratorio clínico	1.032
Técnicos mecánica dental	2.426
Técnicos auxiliares de enfermería	1.511
<b>Total</b>	<b>245.980</b>

Fuente: Proyecto Modelo de oferta y demanda de recursos humanos en salud en Colombia. Ministerio de Salud - PARS; Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, 2000.

En este último estudio los profesionales eran 152.945 (62% del total); los técnicos eran 8.278 (3%) y los auxiliares 84.757 (35%). Las relaciones recursos humanos, población se encontraron de la siguiente manera: médicos 11,6 por 10 mil habitantes; odontólogos 7,2; enfermeros 7,8; bacteriólogos 3,8; nutricionista 6,6 y auxiliares de enfermería 23,6.

Son evidentes las diferencias en los datos proporcionados por los dos estudios anteriores, que provienen de las diferentes metodologías utilizadas, las profesiones y ocupaciones incluidas y otros aspectos.

Varios años después, se publicaron otros estudios y aproximaciones. Dos de ellos cuantifican el talento humano en salud (98-100). Se utilizó información de tres bases de datos: Tarjetas profesionales de médico expedidas por el Ministerio de la Protección Social, Compensación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Registro de profesionales en enfermería dispuesto por la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC). En estos estudios se logró registrar 70.845 profesionales, de los cuales 19.816 (28%) correspondió a Enfermería y 51.029 (72%) a medicina. Se advierte que el número de médicos identificados no corresponde al total de los mismos, ya que sólo el 79,6% registran ingresos base de cotización al SGSSS. Se estimó en su momento que el 20,4% de los médicos se encontraban afiliados a regímenes especiales, estaban desempleados, fuera del país o no estaban realizando aportes al SGSSS.

La más reciente aproximación a la cuantificación del talento humano corresponde al año 2011. El informe presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social en UNASUR (6) señala que (p. 407):

“Para el año 2011 el contingente de personal de salud se estima en 422.601 de los cuales 186.744, el 44,2%, corresponde a la categoría de técnicos y auxiliares y 235.857 profesionales”

La distribución del talento humano de tipo profesional se indica en la Tabla 3.8.

**Tabla 3.8.** Estimación del talento humano en salud de tipo profesional Colombia, 2011

Profesión	Nº	Nº prof. / 10 mil habitantes
Medicina	77.473	16,83
Enfermería	42.295	9,19
Odontología	39.738	8,63
Nutrición y dietética	6.771	1,47
Terapias	39.980	8,68
Bacteriología y laboratorio clínico	21.122	4,59
Optometría	4.091	0,89
Química farmacéutica	4.387	0,95
<b>Total</b>	<b>235.857</b>	<b>51,22</b>

Fuente: Recursos Humanos de la Salud en Colombia, Balance Competencias y Prospectiva, CENDEX, 2008

Con estas mismas proporciones (profesionales por 10 mil habitantes), el talento humano en salud de tipo profesional sería de 238.592 personas, para el año 2012

### 3.2.2. Distribución geográfica

Otro aspecto del sistema de salud, largamente reconocido como crítico y negativo, es la distribución geográfica del talento humano. Sin embargo, la información disponible al respecto es del año 2000. El talento humano en salud sigue la misma tendencia de la población y el desarrollo del país: concentración continua y creciente en los grandes centros urbanos, produciendo un cierto grado de exceso de recursos, transitorio y oscilante, en tales ciudades y un enorme déficit en las ciudades intermedias y

pequeñas. Esta tendencia ha dado lugar a enormes diferencias en la relación de las diversas profesiones de salud con respecto a la población, cuando se comparan las grandes ciudades con las ciudades intermedias, y éstas con las pequeñas ciudades y las áreas rurales.

Esto se debe, en gran parte, a que los factores que determinan la distribución geográfica de los recursos humanos en salud, se concentran de igual manera que los factores socioeconómicos. Un estudio realizado en el año 2000 planteó esta situación de la siguiente manera (11):

“El modelo de regresión logística de incentivos para el país, identificó el estrato socioeconómico, el ser profesional especializado, el tiempo de egresado y la existencia de problemas de orden público, como variables asociadas con el hecho de estar o no laborando en un municipio pequeño. Al realizar este análisis se observó como la variable estrato socioeconómico (estrato no alto) se encuentra asociada con la estancia en los municipios pequeños, lo cual coincidió con el modelo global y en cuatro regiones (costa atlántica, Antioquia y Chocó, eje cafetero, y Tolima-Huila). La categoría ocupacional también se encontró asociada en cuatro regiones (Santanderes, Antioquia y Chocó, Orinoquia y Amazonia, Tolima-Huila) y en el modelo global, aunque debe ser tenido en cuenta que en todas no coincidieron las mismas categorías y en algunos casos la asociación fue con profesionales y, en otros, con el hecho de ser auxiliar o técnico profesional, con asociaciones positivas o negativas”.

Diez años después, persisten o se acrecientan estas desigualdades, o sea, una distribución espacial del recurso humano inapropiada, inequitativa con las poblaciones más pobres y nociva para el desarrollo del talento humano, como lo indican las cifras manejadas por el Ministerio de Salud y Protección Social (6).

También se han presentado propuestas de diverso tipo para afrontar esta situación. Una de ellas propuso un amplio sistema de incentivos para atenuar estas desigualdades (7). Entre otros aspectos se propusieron: política estatal para promover una distribución geográfica adecuada, movilidad del recurso humano, apoyo efectivo de los organismos públicos, caracterización y definición de zonas, transferencia de habilidades, unidades de planeación, colegiaturas de profesionales, etc. Cabe anotar que este tipo de propuestas no han sido adoptadas por el Estado.

### **3.3. Algunos Perfiles Ocupacionales Actuales y sus Problemáticas como Expresión de Problemas del Talento Humano**

Presentamos dos perfiles ocupacionales, como ejemplo de las condiciones laborales que tienden a predominar con el talento humano diferente de las profesiones más reconocidas del sistema de salud (Medicina, Odontología y Enfermería).

#### **3.3.1. Administración en salud**

El primer caso corresponde a los Administradores en Salud, formados y egresados como profesionales. En un reciente estudio del perfil socio-laboral se tomó información de 356 egresados del programa, en el período de 1999 a 2008 (12). Se encontró que el grupo de profesionales, principalmente mujeres, contaba con una edad promedio de

32,5 años. En su mayoría tenía experiencia laboral profesional después de haberse graduado y con vínculo laboral al momento de la encuesta. El 12,1% reportó estar desempleado. El principal sector de la economía donde laboraban era el de servicios, seguido de la construcción. Las formas de contratación se distribuyeron por igual entre el contrato a término indefinido y el contrato a término fijo. El 51,1% laboraba en entidades privadas y el 29,2% en entidades públicas. El cargo más frecuentemente desempeñado durante su historia laboral fue el administrativo, seguido del operativo. Para la mayoría, sus ingresos salariales no superan los 4 Salarios Mínimos Legales Vigentes (SMLV).

### 3.3.2. Fisioterapia

En un reciente estudio, se obtuvo información de 27 profesionales en Fisioterapia, vinculadas a hospitales públicos (ESE) de la Red Distrital manejada por la Secretaría de Salud de Bogotá (13). Se encontró que el 77% tenía de 26 a 40 años. El 74% del total era egresado del año 2001 en adelante. El 85% le había tomado menos de un año encontrar el primer empleo y al 11% de uno a dos años. El 74% estaba vinculado por medio de un contrato de prestación de servicios, el 7% por medio de un contrato a término fijo y el 15% con un contrato a término indefinido. El 89% se desempeñaba en cargos de profesional o asistencial. El 52% recibía una remuneración mensual de 1 a 3 salarios mínimos y el 48% de 4 a 5 salarios mínimos.

En estos dos casos o ejemplos, se ponen de presente dos aspectos centrales que tienden a generar precariedad ocupacional: el tipo de vinculación laboral y el nivel salarial.

## REFERENCIAS

1. Arrow, K. 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 53.
2. Mushkin SJ. 1962. Health as an investment. *Journal of Political Economy* 70
3. Williamson O. 1989. Las instituciones económicas del capitalismo. México, Fondo de Cultura Económica.
4. Bid-Sociómetro. Disponible en: <http://www.iadb.org/research/sociometroBID/tables.cfm?lang=es&indicator=5> Consultado: Diciembre 2012
5. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma-PARS, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Oferta y demanda de recursos humanos en salud en Colombia. 1999-2001. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2007.
6. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Sistema de Salud en Colombia. En: *Sistemas de salud en Suramérica*. Instituto suramericano de gobierno en salud. UNASUR; Mayo 2012. pp 350-439
7. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. Programa de apoyo a la reforma. Unión temporal Pontificia Universidad Javeriana-CENDEX, Fedesarrollo, Family health foundation. *Los Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, Competencias y Prospectiva*; 2001.
8. Alvarez B, Lobo F, Pellisé L. *Sistemas de pago a proveedores de servicios sanitarios en países latinoamericanos y de la OCDE. Organización y gestión de sistemas y servicios de salud*. Madrid, España: OMS; 1998.p. 59.

9. Garcia JC, Agudelo C. Algunas Relaciones entre las Finanzas, los Sistemas de Pago y la Prestación de Servicios, en Hospitales de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Rev. Salud pública (Bogotá). 2002; 4 (2): 128-148.
10. Tjldens K, de Vries DH, Steinmetz S. Health workforce remuneration: comparing wage levels, ranking, and dispersion of
11. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma-PARS, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Oferta y demanda de recursos humanos en salud en Colombia. 1999-2001. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2007
12. Mejía LM, Nieto E, Arboleda G, Montoya ML. Perfil socio-laboral de los profesionales en Administración en Salud de la Universidad de Antioquia 1999-2008. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2012; 30(2): 152-162
13. Valenzuela A. Ámbito laboral de los y las fisioterapeutas vinculados a la red pública de atención en salud de Bogotá-2012. Tesis de Grado. Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; 2012.

#### 4. ENTORNO OCUPACIONAL

Investigar los aspectos ocupacionales del sector salud resulta esencial para la evaluación y el ajuste de políticas. Sin embargo, con alguna frecuencia el campo investigativo de la salud no se desarrolla de manera adecuada, ya sea por falencia de apoyo financiero, por la dispersión de los investigadores o, por ambas.

Cuando las decisiones se fundamentan en investigación es frecuente la obtención de resultados efectivos. Por ejemplo, en Australia una revisión sobre la importancia y el impacto de la investigación en servicios de salud (1) mostró la eficiencia de diferentes métodos, como son la herramienta de clasificación de mezcla de casos para explicar la variación en estancia hospitalaria y costos, los ensayos de atención coordinada para conocer las necesidades locales y probar de qué manera la unión de fondos nacionales y locales mejora la prestación de servicios, la costo-efectividad farmacéutica y planificación del personal, para asegurar un equipo entrenado, buscando aumentar la flexibilidad y la productividad.

La investigación actual (2), evidencia que los principales problemas que afectan al sector salud, en relación con los recursos humanos, son la disponibilidad de un apropiado número de trabajadores, la productividad de los recursos, la distribución geográfica y la calidad de los servicios prestados, entre otros. En este sentido, uno de los mayores obstáculos para la búsqueda y desarrollo de nuevas políticas en salud es la falta de datos sobre los trabajadores de la salud y sus salarios. Sin embargo, la información disponible en diversos lugares permite señalar que, a pesar de la gran heterogeneidad entre los países, es común encontrar que la mayor cantidad de trabajadores de la salud se encuentran en los lugares de mayor oferta de servicios (no necesariamente más necesidad) y si los países apuntan a incrementar su fuerza de trabajo en salud, la carga de enfermedad se modificará favorablemente como resultado del cambio de la morbilidad, mortalidad y discapacidad.

Este estudio, desde la perspectiva del recurso humano en el entorno ocupacional, se realizó mediante diferentes métodos: revisión bibliográfica, revisión de bases de datos suministradas por los sectores relacionados, encuestas y entrevistas semiestructuradas a actores clave y ejercicio de prospectiva, teniendo en cuenta la estrategia de Atención Primaria en Salud que el país decidió adoptar, la cual considera el trabajo en Redes y la Participación Social<sup>5</sup>.

A continuación se presentan los resultados, teniendo en cuenta cada uno de estos aspectos y el análisis al cual da lugar el examen de los datos.

---

<sup>5</sup> Lamentablemente, no fue posible tener acceso a la base de datos de oferta del recurso humano en salud, ya que si bien está establecido que todo trabajador de la salud debe inscribirse ante el ente territorial del municipio en el que espera ejercer su actividad laboral, este registro no se encuentra actualizado. Según la información brindada por el responsable del Ministerio de Salud y Protección Social, existe una base de datos de cerca de medio millón de registros, la cual está en fase de depuración que se espera pueda estar terminando en segundo semestre de 2013.



#### 4.1. Base de Datos sobre Habilitación del Ministerio de Salud y Protección Social

A partir de la base de habilitación suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con corte al 17 de Octubre de 2012, se efectuaron los resúmenes que se presentan a continuación.

##### 4.1.1. Capacidad instalada de prestadores

**Tabla 4.1.** Panorama de la capacidad instalada de prestadores de servicios de salud del país 2012. Naturaleza de la Oferta

TIPO NATURALEZA	JURIDICA			TOTAL	NATURAL	TOTAL GENERAL
	Mixta	Privada	Pública		Privada	
Amazonas		4	1	5		5
Antioquia	2	175	136	313	19	332
Arauca		5	5	10		10
Atlántico		139	28	167	4	171
Bogotá D.C		306	29	335	13	348
Bolívar		102	46	148	13	161
Boyacá		48	108	155	4	160
Caldas	1	47	30	78	4	82
Caquetá		21	7	28	2	30
Casanare	1	30	6	37		37
Cauca		41	22	63	5	68
Cesar		48	28	76	7	83
Chocó		14	5	19		19
Córdoba		57	32	89	1	90
Cundinamarca		45	50	95		95
Guainía			1	1		1
Guaviare		3	2	5		5
Huila		43	41	84		84
La Guajira		24	19	43		43
Magdalena		63	34	97	2	99
Meta		66	17	83	1	84
Nariño		43	64	107	2	109
Norte de Santander		52	16	68		68
Putumayo		23	11	34	1	35
Quindío		27	17	44	5	49
Risaralda		49	16	65	2	67
San Andrés y Providencia		2		2		2
Santander		72	82	154	4	158
Sucre	2	54	28	84	3	87
Tolima		43	50	93	3	96
Valle del cauca		234	59	293	7	300
Vaupés			1	1		1
Vichada			3	3		3
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>6</b>	<b>1.880</b>	<b>993</b>	<b>2.879</b>	<b>102</b>	<b>2.982</b>

Fuente: Cálculo propio a partir de la Base de datos de capacidad instalada Octubre 17 de 2012. Ministerio de Salud y Seguridad Social

Se destaca que el 33.3% de los prestadores son de naturaleza pública, sin embargo esta cifra tiene notorias variaciones en el país, así por ejemplo, el estado es único proveedor de servicios de salud en zonas como Vaupés, Vichada y Guainía, mientras que en Bogotá solo representa el 8.3% de la oferta.

Al analizar en detalle esta situación es posible vislumbrar que la oferta privada sigue el mapa de desarrollo económico que incide en el aseguramiento. A este respecto es importante considerar cuál puede ser la mezcla pública-privada más adecuada, para el país, ya que no parece apropiado que el sector público asuma de manera exclusiva los servicios en los lugares menos atractivos o rentables, máxime si se acepta el papel de regulador que se le asignó desde el diseño del sistema.

#### **4.1.2. Capacidad instalada de prestadores. Oferta por Departamento**

**Tabla 4. 2.** Panorama de la capacidad instalada de prestadores de servicios de salud del país 2012. Oferta por Departamento

NIVEL RECURSO	1			2			3			(en blanco)			TOTAL		
	AMBULANCIAS	CAMAS	SALAS	AMBULANCIAS	CAMAS	SALAS	AMBULANCIAS	CAMAS	SALAS	AMBULANCIAS	CAMAS	SALAS	AMBULANCIAS	CAMAS	SALAS
Amazonas				2	88	5					21	8	2	109	13
Antioquia	150	1.133	128	28	1.720	65	1	478	13	170	5.300	329	349	8.631	535
Arauca	10	60	2	7	211	9				5	29	4	22	300	15
Atlántico	29	202	25	8	249	16	1	390	7	72	3.430	259	110	4.271	307
Bogotá D.C	28	229	10	21	1.154	37	18	2.647	91	481	8.192	490	548	12.222	628
Bolívar	22	530	52	5	242	13		195	10	66	1.858	99	93	2.825	174
Boyacá	130	154	15	35	483	30	1	205	7	49	498	36	215	1.340	88
Caldas	47	558	39	12	156	14	2	131	6	28	1.053	50	89	1.898	109
Caquetá	20	174	16	5	150	8				18	239	20	43	563	44
Casanare	22	223	19		113	5				84	61	5	106	397	29
Cauca	84	316	60	2	194	5	1	250	5	35	436	26	122	1.196	96
Cesar	42	609	39	9	391	19				35	671	57	86	1.671	115
Chocó	3	191	34							12	511	31	15	702	65
Córdoba	44	350	36	9	516	18				32	1.097	54	85	1.963	108
Cundinamarca	93	702	64	37	936	38				56	1.125	40	186	2.763	142
Guainía				1	57	6							1	57	6
Guaviare	5	44	2	3	78	3				7			15	122	5
Huila	69	312	40	11	265	17	1	349	10	47	579	45	128	1.505	112
La Guajira	7	192	19	4	297	12				22	620	32	33	1.109	63
Magdalena	48	350	49	9	214	16	1	316	7	34	1.360	93	92	2.240	165
Meta	54	395	33	9	455	15				138	675	47	201	1.525	95
Nariño	106	358	68	8	206	10	2	207	2	29	1.425	84	145	2.196	164
Norte de Santander	67	269	38	20	249	17	3	369	11	28	773	69	118	1.660	135
Putumayo	19	129	10	11	235	9				34	90	8	64	454	27
Quindío	24	120	14	3	139	3	3	282	7	18	542	28	48	1.083	52
Risaralda	6	168	13		188	5	2	292	8	33	720	59	41	1.368	85
San Andrés y Prov.										3	125	9	3	125	9
Santander	126	734	96	16	588	20	3	364	11	73	2.086	138	218	3.772	265
Sucre	40	363	28	11	357	11				24	923	45	75	1.643	84
Tolima	80	463	44	22	425	19	2	504	6	69	742	42	173	2.134	111
Valle del cauca	108	670	56	20	711	27	4	562	24	257	4.912	396	389	6.855	503
Vaupés				1	32	4							1	32	4
Vichada	4	70	9	3	25	4					12	1	7	107	14
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1.487</b>	<b>10.068</b>	<b>1.058</b>	<b>332</b>	<b>11.124</b>	<b>480</b>	<b>45</b>	<b>7.541</b>	<b>225</b>	<b>1.959</b>	<b>40.105</b>	<b>2.604</b>	<b>3.823</b>	<b>68.838</b>	<b>4.367</b>

Fuente: Cálculo propio a partir de la Base de datos de capacidad instalada Octubre 17 de 2012 Ministerio de Salud y Seguridad Social

En cuanto al número de camas, ambulancias y salas y dado que en ninguno de los Departamentos fue posible establecer con certeza a qué nivel de servicios está sirviendo esta oferta, no es posible efectuar un análisis confiable acerca de la suficiencia o la conveniencia de la distribución de la misma. Sin embargo, es razonable intuir que, al igual que en la oferta general, es muy probable que haya una desviación de la oferta hacia aquellos servicios que potencialmente brindan la mayor rentabilidad económica a sus oferentes, la cual esencialmente está asegurada por el estímulo tarifario que en la actualidad privilegia los servicios especializados de mayor complejidad, en particular en lo relacionado con el diagnóstico y las intervenciones, relegando a un segundo plano las actividades primarias, encargadas de prevenir que las situaciones de salud se compliquen. Esto crea un círculo vicioso que dificulta incidir en el perfil de morbilidad, mortalidad y discapacidad de la población.

#### 4.1.3. Capacidad instalada de prestadores. Habitantes por cama

**Tabla 4.3.** Panorama de la capacidad instalada de prestadores de servicios de salud del país 2012. Habitantes por cama

DEPARTAMENTO	CAMAS	POBLACION ESTIMADA 2012	RELACION HABITANTES POR CAMA
Amazonas	109	73.699	676,14
Antioquia	8.631	6.221.817	720,87
Arauca	300	253.565	845,22
Atlántico	4.271	2.373.550	555,74
Bogotá D.C	12.222	7.571.345	619,48
Bolívar	2.825	2.025.573	717,02
Boyacá	1.340	1.271.133	948,61
Caldas	1.898	982.207	517,50
Caquetá	563	459.515	816,19
Casanare	397	337.886	851,10
Cauca	1.196	1.342.650	1.122,62
Cesar	1.671	991.584	593,41
Chocó	702	485.543	691,66
Córdoba	1.963	1.632.637	831,71
Cundinamarca	2.763	2.557.623	925,67
Guainía	57	39.574	694,28
Guaviare	122	106.386	872,02
Huila	1.505	1.111.947	738,84
La Guajira	1.109	874.532	788,58
Magdalena	2.240	1.223.875	546,37
Meta	1.525	906.805	594,63
Nariño	2.196	1.680.795	765,39
Norte de Santander	1.660	1.320.777	795,65
Putumayo	454	333.247	734,02
Quindío	1.083	555.836	513,24
Risaralda	1.368	935.910	684,14
San Andrés y Prov.	125	74.541	596,33
Santander	3.772	2.030.775	538,38
Sucre	1.643	826.780	503,21
Tolima	2.134	1.396.038	654,19
Valle del cauca	6.855	4.474.369	652,72
Vaupés	32	42.392	1.324,75
Vichada	107	66.917	625,39
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>68.838</b>	<b>46.581.823</b>	<b>676,69</b>

Fuente: Cálculo propio a partir de la Base de datos de capacidad instalada Octubre 17 de 2012  
Ministerio de Salud y Seguridad Social

A diferencia de otros países del mismo tipo que Colombia, una cama por cada 676.7 habitantes, es una relación baja, aún con una población mayoritariamente joven. Departamentos como el Cauca apenas alcanzan a una cama por cada 1122,6 habitantes. Aún en Bogotá está por debajo del promedio, que cuenta con una cama por cada 619.5 habitantes.

#### **4.2. Caracterización Ocupacional del Sector Salud**

A continuación se presentan los resultados del trabajo de campo (información primaria), obtenida por medio de encuesta (Anexo 2).

De acuerdo con el análisis preliminar, los empleadores del sector salud pueden ser clasificados en cuatro categorías: en primera instancia, la más tradicional, corresponde a las entidades en las que se brinda atención y cuidado a la salud (hospitales, centros de salud, consultorios, etc.), las cuales están definidas genéricamente como “instituciones prestadoras de servicio” (IPS); En segundo lugar, está el componente gubernamental encargado de la definición de políticas, la organización y la regulación del sector. Está constituido según el grado de descentralización, desde el gobierno nacional hasta los gobiernos locales de orden municipal; En tercer lugar y como categoría emergente de la reforma, están las entidades encargadas de la administración de los recursos y el aseguramiento de la población, definidas como “entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB)”; Finalmente, han aparecido en el sector algunas organizaciones de carácter privado que vienen desempeñando actividades complementarias y emergentes en el sector, casi siempre vinculadas a las tres ya mencionadas por medio de mecanismos como el outsourcing o la contratación directa, siendo quizá las más destacadas los procesos de auditoría médica de cuentas y los de apoyo en la gestión de la calidad. Sin embargo, solo se tomaron en consideración las tres primeras ya que el cuarto grupo no está aún claramente delimitado e identificado y su desempeño suele ser oscilante según la contratación que se le realiza.

En el trabajo de campo se observó un eventual desinterés y apatía con respecto a la gestión de los recursos humanos<sup>6</sup>. Esto se explica, probablemente, por la crisis que vive el sector, exclusivamente relacionada con los aspectos financieros y económicos y, por ende, la mayor parte de esfuerzos estratégicos y tácticos se concentran en estos campos. Sin embargo, es claro que los buenos resultados en salud siguen estando fundamentados en la adecuada interacción entre los usuarios del servicio y el equipo humano encargado de brindarlos, no solo por aspectos obvios como la confianza y la adherencia al tratamiento, sino porque es este equipo el encargado de decidir acerca de la correcta utilización de las herramientas tecnológicas, de las que dependen en

---

<sup>6</sup> A pesar de todos los esfuerzos que se realizaron, tanto por el equipo de la Universidad Nacional, como por los colaboradores del SENA, hubo un relativamente bajo volumen de respuesta y en muchos de los casos se evidenció un importante grado de displicencia en el proceso de asignación de la cita, en la atención de la visita o en la entrega de la información, igualmente el hecho de que en una buena proporción de respuestas la información suministrada fue incompleta, ya sea porque no se disponía de la misma o porque estaba “dispersa” al interior de la organización y quien fue delegado para atender la visita no disponía de ella o no le resultaba “fácil” ubicarla o consolidarla.

mayor grado los costos en salud. Por ello, la primera preocupación de todos los agentes del sistema debería estar enfocada hacia las variables que están incidiendo en el desempeño que se observa entre los trabajadores del sector.

#### 4.2.1. Perfil de los empleadores encuestados

Como se aprecia en la tabla 4.4, se obtuvo respuesta de 45 instituciones prestadoras de servicio, de dos entidades administradoras de planes de beneficios y de tres gobiernos locales.

**Tabla 4.4.** Caracterización del Sector Salud  
Perfil de los Empleadores Encuestados

	IPS	EAPB	GOBIERNO LOCAL
<b>TOTAL</b>	45	2	3
PUBLICAS	15		3
PRIVADAS	28		
MIXTAS	2		
ENTRE 11 Y 50 TRABAJADORES	5		1
ENTRE 51 Y 200 TRABAJADORES	11		2
SUPERIOR A 200 TRABAJADORES	29	2	
MENOS DE 2 AÑOS	3		
ENTRE 2 Y 4 AÑOS	2		
MAS DE 4 AÑOS	40	2	3
PERTENECE A GREMIOS O ASOCIACIONES	15	2	1
PERTENECE A UN CLUSTER O CADENA PRODUCTIVA	6	1	
ESTA CERTIFICADA POR SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	14		
<b>APLICA EL CONCEPTO DE COMPETENCIA LABORAL EN LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS</b>	33	2	2
<b>HA LLEVADO A CABO PROCESOS DE CERTIFICACIÓN DE TALENTO HUMANO POR COMPETENCIAS LABORALES</b>	9	1	2

Fuente: Encuesta a Empleadores 2012

La mayoría de la IPS tiene más de 4 años de funcionamiento, vincula un número grande de trabajadores y dice aplicar el concepto de competencia laboral en la gestión de recursos humanos, aunque solo el 20% menciona haber llevado a cabo procesos de certificación de talento humano por competencias laborales. Una relativamente baja proporción pertenece a gremios o asociaciones (33.3%), o a un cluster o cadena productiva (13.3%), lo que puede estar indicando un importante nivel de desconfianza con sus pares, la excesiva concentración en los procesos internos o el desconocimiento de las oportunidades competitivas que abre este tipo de estrategias. Igualmente, es relevante que muy pocas entidades (31.1%), están certificadas en sistemas de gestión de la calidad, lo cual debe ser una alarma para las autoridades, en relación con los intereses ciudadanos, máxime si se considera que el muestro por conveniencia se centró en las entidades que son consideradas como más representativas del sector.

En lo referente a las EAPB y los gobiernos locales la situación es ligeramente mejor, pero no puede considerarse como representativa del sector.

#### 4.2.2. Procesos identificados. IPS. EAPB. Gobiernos locales

Al considerar los procesos identificados (Tablas 4.5 y 4.6), destaca la falta de uniformidad en las instituciones, tanto en la denominación como en los alcances que se pueden intuir de los mismos; así, por ejemplo, en las IPS se identifican de 2 a 7 procesos estratégicos, de los cuales el 84,4% incluye las acciones de direccionamiento, pero solo el 44,4% menciona la actividad clínica como un proceso de la gestión estratégica institucional. En orden descendente de aparición se mencionan otros procesos como gestión, calidad, mercadeo, planeación, control e investigación – docencia; este último, el menos reconocido por todos. Los Gobiernos locales que atendieron la encuesta no identifican con claridad sus procesos estratégicos, mientras las EAPB son más simples en su identificación, pero no incluyen temas clave para su actividad, como la gestión del riesgo financiero, la garantía de acceso a la atención o el acompañamiento a la calidad de los servicios, entre otros.

En el nivel misional las IPS identifican de 1 a 14 procesos, y la mayor coincidencia se presenta en el tema de urgencias, aspecto que probablemente tiene que ver con el énfasis en los pacientes agudos, lo cual debe llamar la atención sobre el grado de preparación institucional para afrontar los problemas crónicos asociados al envejecimiento poblacional. También es importante la muy baja frecuencia con la que se mencionan aspectos esenciales para el sistema de salud, tales como la salud pública, la investigación, la información y atención al usuario, las acciones de gestión de la red o la educación, lo que reafirma la eventual pérdida de vista del propósito del sistema.

En los Gobiernos locales la dispersión es mayor y se incluyen algunos temas que, aunque tienen relación con algún aspecto de la salud, por especialización y competencia, quizá sería mejor asumirlos desde una perspectiva interinstitucional. Es el caso de la movilidad, el ordenamiento territorial o la gestión cultural. Las EAPB muestran mayor concreción, aunque curiosamente ninguna señala los aspectos de calidad, lo cual está en concordancia con la situación señalada por otros investigadores que llaman la atención frente a la excesiva atención en los aspectos de financiamiento, en detrimento de los temas de servicio y calidad, que son nucleares para un sistema de salud.

En cuanto a los procesos de apoyo, en las IPS se señala de manera prioritaria el tema de la infraestructura y los recursos físicos (algunas entidades los mencionan de forma separada o reiterativa por lo que se supera el tamaño de la muestra), también se indica el talento humano, la gestión financiera y los aspectos tecnológicos, informáticos y de comunicaciones y, con menor frecuencia, otros procesos que incluyen lo jurídico, lo documental, la contratación y el mercadeo.

De manera preocupante llama la atención que 39 de las 45 IPS incluyan en los procesos de apoyo los aspectos clínicos, cuatro los de calidad y dos la docencia e investigación, ya que estos últimos deberían ser considerados como misionales y, en

algunos casos, aún como estratégicos. Esto permite reiterar lo que ya se señaló en el sentido de que el sector parece haber perdido y relegado su perspectiva misional y se encuentra absorto en los aspectos financieros y económicos del sistema.

**Tabla 4.5.** Caracterización del Sector Salud. Procesos identificados por los encuestados



	SUBPROCESOS IDENTIFICADOS	IPS	EAPB	GOB. LOCAL
<b>ESTRATEGICOS</b>	PROCESOS MAXIMO	7	2	2
	PLANEACION	13		1
	GESTION	26	1	
	MERCADEO	14	1	
	DIRECCIONAMIENTO	38	1	
	CALIDAD	15	1	
	ACTIVIDAD CLINICA	20		
	CONTROL	7		
	INVESTIGACION - DOCENCIA	2		2
<b>MISIONALES</b>	PROCESOS MAXIMO	7	4	7
	AFILIACION/ADMISION/ASEGURAMIENTO	5	1	2
	GESTION DE LA RED O LOS SERVICIOS	3	3	2
	GESTION DEL RIESGO		1	1
	INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO	6	2	1
	SALUD PUBLICA-INVESTIGACION	8		2
	URGENCIAS Y EMERGENCIAS	40		2
	CALIDAD			1
	GESTION AMBIENTAL			1
	EDUCACION	3		1
	GESTION CULTURAL			1
	INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL			1
	MOVILIDAD			1
	ORDENAMIENTO TERRITORIAL			1
	HOSPITALIZACION	30		
	APOYO DIAGNOSTICO	21		
SERVICIOS AMBULATORIOS	35			
CIRUGIA-PARTOS	23			
OTRAS ACTIVIDADES CLINICAS	42			
<b>APOYO</b>	PROCESOS MAXIMO	7	5	7
	JURIDICO	9	1	2
	TALENTO HUMANO	30	2	2
	TECNOLOGIA, INFORMATICA Y COMUNICACIONES	20	2	1
	CONTRATAACION	3		1
	GESTION DOCUMENTAL	4		1
	GESTION FINANCIERA	30	1	2
	PARTICIPACION COMUNITARIA			1
	GESTION INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS FISICOS	55	2	
	PROCESOS CLINICOS	39		
	PROCESOS ADMINISTRATIVOS	4		
	GESTION DE LA CALIDAD	4		
	MERCADEO	2		
DOCENCIA-SERVICIO-INVESTIGACION	2			
<b>EVALUACION</b>	PROCESOS MAXIMO	5		1
	CONTROL INTERNO	4		1
	MEJORA CONTINUA	2		1
	SISTEMA DE CALIDAD	16		
	REVISORIA FISCAL	1		
	AUDITORIA DE PROCESOS	9		
	SISTEMAS ISO, OHSAS, ETC	1		
	PACIENTE TRAZADOR	1		
	SEGUIMIENTO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	2		
	ORGANISMOS GUBERNAMENTALES DE CONTROL	1		
	ACREDITACION EN SALUD	1		
	NO PRECISA	8		

Fuente: Encuesta a Empleadores 2012

Finalmente se destaca la muy baja frecuencia de identificación de procesos de evaluación, tanto en IPS como en EAPB y gobiernos locales. Esto puede significar que no se están realizando o que, aunque se realizan, no son reconocidos por quienes tuvieron a su cargo el diligenciamiento del instrumento, lo que en cualquiera de los casos puede resultar preocupante desde la perspectiva administrativa que señala que lo que no se evalúa no se mejora.

**Tabla 4.6.** Caracterización del Sector Salud. Total de procesos identificados por los encuestados

INSTITUCION	PROCESOS MISIONALES
IPS 1	5
IPS 2	7
IPS 3	7
IPS 4	2
IPS 5	4
IPS 6	2
IPS 7	1
IPS 8	6
IPS 9	14
IPS 10	2
IPS 11	5
IPS 12	7
IPS 13	9
IPS 14	7
IPS 15	5
IPS 16	5
IPS 17	1
IPS 18	4
IPS 19	12
IPS 20	4
IPS 21	6
IPS 22	2
IPS 23	3
IPS 24	8
IPS 25	8
IPS 26	4
IPS 27	12
IPS 28	8
Gobierno local	2
EPS	6
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>168</b>

Fuente: Encuesta a Empleadores 2012

### 4.2.3. Cargos misionales identificados

En cuanto a la identificación de los cargos incluidos dentro de los procesos misionales (Tabla 4.7), llama la atención la enorme variabilidad entre las instituciones, la cual con frecuencia no guarda relación con la cantidad de colaboradores o de procesos identificados. Esto podría ser interpretado como una eventual “ruptura” en la gestión del recurso humano institucional. Es así como algunas entidades solo identifican de 1 a 5 cargos, mientras que otras alcanzan un gran detalle al señalar de 136 a 177, aunque al hacer un análisis detallado se encuentran solo 87 y 16, respectivamente.

**Tabla 4.7.** Caracterización del Sector Salud.  
Total de cargos misionales identificados

INSTITUCION	CARGOS MISIONALES
IPS 1	19
IPS 2	13
IPS 3	9
IPS 4	25
IPS 5	9
IPS 6	3
IPS 7	12
IPS 8	10
IPS 9	13
IPS 10	7
IPS 11	21
IPS 12	9
IPS 13	15
IPS 14	5
IPS 15	6
IPS 16	35
IPS 17	10
IPS 18	64
IPS 19	15
IPS 20	7
IPS 21	56
IPS 22	136
IPS 23	9
IPS 24	6
IPS 25	10
IPS 26	59
IPS 27	27
IPS 28	13
IPS 29	37
IPS 30	11
IPS 31	9
IPS 32	1
IPS 33	177
IPS 34	7
Gobierno local 1	5
Gobierno local 2	5
Gobierno local 3	9
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>884</b>

Fuente: Encuesta a Empleadores 2012

Este aspecto es importante porque permite intuir la existencia de una fuerte tensión entre el mundo de la educación, en el que los perfiles son relativamente pocos, y el mundo laboral, en el que la definición de los cargos no guarda relación con la formación recibida por los trabajadores. Quizá por esto los empleadores insisten con frecuencia en que deben hacer grandes esfuerzos e inversiones en “re-entrenamiento”. En todo

caso, por simplicidad y coherencia, es conveniente que se generen y desarrollen estrategias orientada a lograr una mayor concertación entre todos los agentes interesados en potenciar el desempeño del recurso humano en salud. Sin desconocer las especificidades y particularidades de cada una de las instituciones, se requiere una mayor armonía del mundo laboral con los programas de formación, capacitación y actualización de los presentes y futuros colaboradores.

Resulta importante resaltar en las Tablas 4.8 y 4.9, que los procesos misionales incluidos por los encuestados en este segmento del instrumento guardan poca o ninguna relación directa con los identificados previamente en el componente de procesos. Esto reafirma la idea de una eventual ruptura en la conceptualización y gestión del recurso humano en las instituciones de salud.

La Tabla 4.8 permite reiterar la multiplicidad de denominaciones que reciben cargos equivalentes, denominaciones que no permiten tener una idea clara de la actividad real y la eventual ubicación de personas en procesos que no parecen tener relación directa con la formación de base. O al contrario, el nombre del cargo sugiere una formación que no tiene el trabajador. Aunque los ejemplos abundan, sólo se resaltan algunos por su significancia: aparece el cargo de “medico intensivista” o “internista” o “enfermera especialista”, clasificados como “administrativo”; o cargos denominados como “asistencial” o “especialista” o “ACU banco de sangre” que no permiten detallar su acción.

**Tabla 4.8.** Caracterización del Sector Salud. Cargos identificados por proceso misional

CARGO	PERMANENTE		TEMPORAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
<b>ADMINISTRATIVO</b>	<b>108</b>	<b>161</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
ADMINISTRADOR	0	0	0	0
ADMINISTRATIVO	45	23	0	0
AUXILIAR ADMINISTRATIVO FACTURACION	0	1	0	0
AUXILIAR DE ENFERMERIA	9	84	0	0
Camillero	4	0	0	0
CONTADURIA	0	0	0	0
COORDINADOR CAMILLEROS	1	0	0	0
ENFERMERA (O)	3	21	0	0
ENFERMERA ESPECIALISTA	0	2	0	0
FACTURADOR	0	0	0	0
GERENTE	0	0	0	0
GESTOR NEONATOLOGIA	1	0	0	0
GESTOR U.C.I.	1	0	0	0
MEDICO	8	4	0	0
MEDICO INTENSIVISTA	13	5	0	0
Médico Internista	2	0	0	0
NEONATOLOGO	3	0	0	0
NO INDICA	17	16	0	0
Pediatra	1	5	0	0
SECRETARIA	0	0	0	0
<b>ADMISIONES</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUXILIAR DE FACTURACIÓN Y ADMISIONES	0	0	0	0

CARGO	PERMANENTE		TEMPORAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
AUXILIAR DE ADMISIONES	2	17	0	0
AUXILIAR DE CITAS MEDICAS	1	1	0	0
COORDINADOR DE ADMISIONES Y AUTORIZACIONES	0	1	0	0
ORIENTADOR DE URGENCIAS	2	5	0	0
RECEPCIONISTA	0	1	0	0
<b>AMBULATORIOS</b>	<b>81</b>	<b>214</b>	<b>70</b>	<b>10</b>
ADMINISTRATIVO	0	7	0	0
ASISTENCIAL	1	3	0	0
AUX CONSULTORIO ODONTOLOGICO	0	7	0	0
AUXILIAR AREA DE LA SALUD	1	5	0	0
AUXILIAR DE FACTURACIÓN Y ADMISIONES	0	0	0	0
AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	98	0	6
AYUDANTE DE SERVICIO	0	3	0	0
Camillero	7	0	0	0
Cardiólogo	1	0	0	0
Coordinador	0	4	0	0
Dermatólogo	0	1	0	0
Endocrinólogo Pediatra	0	1	0	0
ENFERMERA (O)	2	24	0	1
ESPECIALISTA	14	2	51	0
Fisiatra	6	2	0	0
Gastroenterólogo	1	0	0	0
Genetista	1	1	0	0
INFORMADORA	0	0	0	0
MEDICO	13	8	0	0
MEDICO ESPECIALISTA	9	1	19	3
Nefrólogo Pediatra	0	1	0	0
Neumólogo Pediatra	0	1	0	0
NEURO-PEDIATRA	3	5	0	0
Neuropsicólogo	1	5	0	0
Nutricionista	0	3	0	0
Odontólogo	0	2	0	0
Ortodoncista	0	1	0	0
Otorrinolaringólogo	0	1	0	0
Pediatra	0	0	0	0
PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	7	6	0	0
Psicólogo Clínico	0	4	0	0
Psiquiatra	1	2	0	0
Reumatólogo Pediatra	0	1	0	0
SECRETARIA	0	10	0	0
Supervisor de servicios ambulatorios	0	1	0	0
Técnico de electros	0	1	0	0
TERAPISTA	0	3	0	0
Urólogo pediatra	1	0	0	0
<b>APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTO TERAPEUTICO</b>	<b>123</b>	<b>363</b>	<b>1</b>	<b>22</b>
ACU BANCO DE SANGRE	0	1	0	0
ADMINISTRATIVO	7	13	0	0
AUX CENTRAL ENTERAL Y LACTARIO	0	6	0	0
AUX DE SERVICIOS GENERALES	0	2	0	0
AUXILIAR AREA DE LA SALUD	1	3	0	0

CARGO	PERMANENTE		TEMPORAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
AUXILIAR DE ENFERMERIA	0	53	0	2
AUXILIAR DE ESTERILIZACION	1	1	0	0
AUXILIAR DE FARMACIA	4	16	0	0
Auxiliar de laboratorio	0	11	0	2
AYUDANTE DE SERVICIO	5	12	0	0
Bacteriólogo	29	48	0	3
Coordinador	1	1	0	0
COORDINADOR DE GESTION DE CALIDAD	0	2	0	0
COORDINADORA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	0	1	0	0
COORDINADORA INSITITUTO DE REHABILITACION	0	1	0	0
ENFERMERA (O)	0	8	0	0
ENFERMERA ESPECIALISTA	0	11	0	0
FARMACIA	4	3	0	0
FISICO MEDICO	1	0	0	0
Fisioterapeuta	2	40	0	7
Fonoaudiólogo	0	3	0	4
Gestor comunitario	0	1	0	0
GESTOR LABORATORIO CLINICO	0	1	0	0
GESTOR NUTRICION	0	1	0	0
GESTOR PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA	0	1	0	0
GESTOR SERVICIO FARMACIA	1	0	0	0
Instrumentador	0	2	0	0
JEFE BANCO SANGRE	0	1	0	0
JEFE LABORATORIO CLINICO	0	1	0	0
MEDICO ESPECIALISTA O SUBESPECIALISTA	31	10	0	0
Nutricionista	0	8	0	0
PROFESIONAL	2	3	0	0
PSICOLOGO	0	1	0	0
QUIMICO FARMACEUTICO	1	2	0	0
Radiólogo	5	7	0	0
SECRETARIA	0	15	0	0
Tecnólogo en imágenes diagnosticas	22	26	0	0
Terapeuta ocupacional	0	1	1	4
TERAPEUTA RESPIRATORIA	6	42	0	0
TRANSPORTADOR RX	0	4	0	0
<b>ASEGURAMIENTO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
NO INDICA	0	0	3	4
<b>ASISTENCIAL/PROCESOS MISIONALES</b>	<b>944</b>	<b>2.717</b>	<b>147</b>	<b>328</b>
ASISTENTE CLINICO	22	19	0	0
ASISTENTE PROFESIONAL	5	5	0	0
ASISTENTE TECNICO	13	7	0	0
AUDITOR SALUD	5	2	0	0
AUX ASISTENCIAL	26	0	0	0
AUX DE FISIOTERAPIA	1	1	0	0
AUX DE LABORATORIO	2	13	1	7
AUX DOMICILIARIO	0	4	0	0
AUX TECNICO	33	40	0	0
AUX UCI	0	5	0	0
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	6	9	25	50
AUXILIAR AREA DE LA SALUD	35	114	47	165

CARGO	PERMANENTE		TEMPORAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
AUXILIAR DE ENFERMERIA	84	888	6	31
AUXILIAR DE ESTERILIZACION	0	8	0	0
AUXILIAR DE FARMACIA	12	8	2	2
AUXILIAR DEL PROGRAMA DE GESTION DE CIRUGIA	0	0	0	0
Bacteriólogo	2	23	0	5
Camillero	16	0	0	0
CONDUCTOR	1	0	0	0
COORDINACION ENFERMERIA	0	2	0	0
Coordinador	7	13	0	0
COORDINADOR ASISTENCIAL	3	5	0	0
COORDINADOR COMITES	0	1	0	0
COORDINADOR INFECCIONES	1	1	0	0
COORDINADOR QUIROFANOS	0	0	0	0
ENFERMERA (O)	26	284	4	52
ENFERMERO HEMODINAMIA, CARDIO, ENDOSCOPIA, RADIOLOGIA	0	0	0	0
ENFERMERO PARA HOSPITALIZACION	0	0	0	0
ENFERMERO PARA UCI, UCE, CIRUGIA, URGENCIAS	0	0	0	0
EPIDEMIOLOGO	0	0	0	0
FACTURADOR	12	26	0	0
Fisioterapeuta	0	20	1	0
Fonoaudiólogo	0	1	0	0
GERENTE	2	0	0	0
INFECTOLOGO	0	0	0	0
Instrumentador	8	38	0	0
JEFA DE OFICINA ASESORA	0	1	0	0
JEFE AREA	2	7	0	0
MEDICO	110	100	7	3
MEDICO ESPECIALISTA	449	929	52	7
MEDICO ESPECIALISTA O SUBESPECIALISTA	20	10	0	0
MEDICO GINECOOBSTETRA	8	2	0	0
Nutricionista	0	4	0	0
Odontólogo	1	0	0	0
Pediatra	11	13	0	0
PERFUSIONISTA	0	0	0	0
PROFESIONAL	3	17	0	4
PROFESIONAL ESPECIALIZADO	2	7	0	0
PSICOLOGO	0	0	0	0
Psiquiatra	1	1	0	0
QUIMICO FARMACEUTICO	1	5	0	0
SECRETARIA	0	4	0	0
SUBGERENTE FINANCIERO Y ADMINISTRATIVO	0	1	0	0
SUBGERENTE PRESTACION DE SERVICIOS	1	0	0	0
Supervisor	0	31	0	0
TECNICO ADMINISTRATIVO	2	3	0	0
TECNICO MEDICINA NUCLEAR	0	0	0	0
Tecnólogo en imágenes diagnosticas	6	6	2	2
TERAPEUTA RESPIRATORIA	0	8	0	0
TERAPISTA	4	30	0	0
TESORERO GENERAL	1	0	0	0
TRABAJADOR SOCIAL	0	1	0	0

CARGO	PERMANENTE		TEMPORAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
<b>ATENCION DEL PACIENTE HOSPITALIZADO</b>	<b>277</b>	<b>1.216</b>	<b>30</b>	<b>84</b>
ADMINISTRATIVO	2	7	0	1
ASISTENCIAL	8	37	0	0
AUX DE NUTRICION	1	3	0	0
AUX DE TERAPIA	1	0	0	0
AUXILIAR AREA DE LA SALUD	2	31	0	0
AUXILIAR DE ENFERMERIA	66	649	7	34
Camillero	9	0	0	0
Coordinador	2	2	0	0
ENFERMERA (O)	13	199	2	20
ENFERMERA ESPECIALISTA	0	19	0	0
FACTURADOR HOSPITAL UCI	0	6	0	0
Infectólogo Pediatra	1	0	0	0
LOGISTICA	0	5	0	0
MEDICO	35	32	2	2
MEDICO ESPECIALISTA O SUBESPECIALISTA	82	69	0	0
MEDICO GINECOOBSTETRA	3	2	0	0
Médico Internista	3	1	0	0
Nutricionista	0	1	1	0
Pediatra	15	12	0	0
PROFESIONAL ASISTENCIAL NO MEDICO	13	63	0	0
PSICOLOGO	2	4	0	3
Psiquiatra	0	0	12	6
QUIMICO	0	1	0	0
RECEPCIONISTA	0	3	0	1
REGENTE FARMACIA	0	2	0	0
SECRETARIA	1	44	0	0
Supervisor	1	4	0	1
Tecnólogo en imágenes diagnosticas	14	18	0	0
Terapeuta ocupacional	1	0	0	0
TERAPEUTA RESPIRATORIA	2	1	5	1
TERAPISTA	0	1	1	15
<b>ATENCION DEL PACIENTE ONCOLOGICO</b>	<b>29</b>	<b>94</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUXILIAR DE ENFERMERIA	0	2	0	0
AYUDANTE DE SERVICIO	0	2	0	0
ENFERMERA (O)	0	2	0	0
ENFERMERA ESPECIALISTA	0	1	0	0
FISICO MEDICO	1	1	0	0
MEDICO ESPECIALISTA O SUBESPECIALISTA	13	16	0	0
PROFESIONAL ASISTENCIAL NO MEDICO	13	63	0	0
SECRETARIA	0	2	0	0
Tecnólogo en imágenes diagnosticas	0	0	0	0
TECNOLOGOS EN RADIO TERAPIA	2	5	0	0
<b>ATENCION FARMACEUTICA</b>	<b>3</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUXILIAR DE FARMACIA	3	11	0	0
COORDINADOR FARMACIA	0	1	0	0
PROFESIONAL	0	1	0	0
REGENTE FARMACIA	0	3	0	0
<b>ATENCION INTEGRAL EN SALUD</b>	<b>95</b>	<b>307</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUXILIAR DE ENFERMERIA	11	191	0	0



CARGO	PERMANENTE		TEMPORAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
AUXILIAR DE FARMACIA	7	4	0	0
Auxiliar de laboratorio	0	10	0	0
Bacteriólogo	1	17	0	0
Camillero	1	0	0	0
ENFERMERA (O)	4	47	0	0
Fisioterapeuta	0	1	0	0
MEDICO	22	6	0	0
MEDICO ESPECIALISTA	44	13	0	0
Nutricionista	0	6	0	0
PROMOTOR SOCIAL	0	5	0	0
PSICOLOGO	0	1	0	0
PSICOPEDAGOGA	0	1	0	0
QUIMICO FARMACEUTICO	0	1	0	0
Tecnólogo en imágenes diagnosticas	5	4	0	0
<b>ATENCION MEDICO CLINICA</b>	<b>25</b>	<b>94</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUX ESTAR INFANTIL	0	1	0	0
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	8	0	0
AUXILIAR ADMINISTRATIVO FACTURACION	0	4	0	0
AUXILIAR DE ENFERMERIA	0	39	0	0
Camillero	2	0	0	0
Cirujano pediátrico	3	0	0	0
COORDINACION ENFERMERIA	0	5	0	0
COORDINADOR MEDICINA INTERNA	1	0	0	0
ENDOCRINOLOGO	1	0	0	0
ENFERMERA (O)	1	12	0	0
ENFERMERA ALTA COMPLEJIDAD	0	1	0	0
ENFERMERA (O) PROGRAMA MADRE CANGURO	0	1	0	0
Genetista	0	1	0	0
GESTOR ENFERMERIA	0	1	0	0
GESTOR MEDICINA INTERNA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	0	0	0
GESTOR PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	0	1	0	0
HEMATOLOGO	1	1	0	0
HEMATO-ONCOLOGIA	1	0	0	0
Infectólogo Pediatra	0	1	0	0
MEDICO FAMILIAR	2	0	0	0
Médico Internista	7	3	0	0
MEDICO NEFROLOGO	1	0	0	0
Neumólogo Pediatra	0	1	0	0
NEURO-PEDIATRA	0	1	0	0
Nutricionista	0	1	0	0
ONCOLOGO	1	0	0	0
Pediatra	2	4	0	0
PSICOLOGO	0	1	0	0
REUMATOLOGO	0	1	0	0
SECRETARIA	0	1	0	0
TERAPEUTA RESPIRATORIA	0	3	0	0
TRABAJADOR SOCIAL	0	2	0	0
<b>ATENCION QUIRURGICA</b>	<b>270</b>	<b>611</b>	<b>39</b>	<b>22</b>
ADMINISTRATIVO	1	1	0	0
ANESTESIOLOGO	8	13	0	0

CARGO	PERMANENTE		TEMPORAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	15	0	0
AUXILIAR ADMINISTRATIVO FACTURACION	5	16	0	0
AUXILIAR AREA DE LA SALUD	0	5	0	0
AUXILIAR DE ENFERMERIA	25	244	0	10
AUXILIAR DE ESTERILIZACION	3	7	0	0
AUXILIAR DE FARMACIA	1	10	0	0
AYUDANTE DE SERVICIO	9	9	0	0
Camillero	9	0	0	0
CIRUJANO DE MANO	0	1	0	0
Cirujano General	1	4	0	0
Cirujano maxilofacial	2	0	0	0
Cirujano pediátrico	2	1	0	0
Cirujano plástico	3	2	0	0
Coordinador	2	0	0	0
COORDINADOR PROCESOS QUIRURGICOS	0	2	0	0
COORDINADORA DE FONOAUDIOLOGIA	0	1	0	0
ENFERMERA (O)	6	62	1	2
ENFERMERA ESPECIALISTA	0	1	26	0
ENFERMERO (A) PERFUSIONISTA	0	1	0	0
ESPECIALISTA	0	30	0	0
FACTURADOR	0	1	0	0
GESTOR CIRUGIA PLASTICA	0	1	0	0
GESTOR INFECTOLOGIA	1	0	0	0
GESTOR MAXILOFACIAL	1	0	0	0
GESTOR NEUMOLOGIA	1	0	0	0
GESTOR NEUROCIRUGIA	1	0	0	0
GESTOR OFTALMOLOGIA	0	1	0	0
GESTOR ORTOPEDIA Y CIRUGIA DE MANO	0	1	0	0
GESTOR SALAS DE CIRUGIA	1	0	0	0
GESTOR UROLOGIA	0	1	0	0
INFECTOLOGO	0	1	0	0
Instrumentador	35	60	0	6
JEFES INSTRUMENTADORAS	10	28	0	0
MEDICO	5	1	0	1
MEDICO ESPECIALISTA	0	0	12	3
MEDICO ESPECIALISTA O SUBESPECIALISTA	82	23	0	0
MEDICO GINECOOBSTETRA	7	12	0	0
MEDICO NEUMOLOGO	0	1	0	0
Neurocirujano	3	1	0	0
NEUROLOGO	0	1	0	0
OFTALMOLOGO	1	0	0	0
Ortopedista	24	8	0	0
Pediatra	2	4	0	0
PROGRAMADOR DE CIRUGIA	1	0	0	0
SECRETARIA	0	14	0	0
Supervisor	0	1	0	0
TECNICO(A) NEUROFISIOLOGIA	0	2	0	0
Tecnólogo en imágenes diagnosticas	14	18	0	0
TERAPEUTA RESPIRATORIA	0	1	0	0
UROLOGO	3	5	0	0

CARGO	PERMANENTE		TEMPORAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
<b>ATENCION URGENCIAS</b>	<b>198</b>	<b>591</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
ADMINISTRATIVO	3	14	0	0
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	0	1	0	0
AUXILIAR ADMINISTRATIVO FACTURACION	1	14	0	0
AUXILIAR AREA DE LA SALUD	0	3	0	0
AUXILIAR DE ADMISIONES	1	2	0	0
AUXILIAR DE ENFERMERIA	24	254	4	6
AYUDANTE DE SERVICIO	10	7	0	0
Camillero	9	1	0	0
ENFERMERA (O)	13	104	1	0
ENFERMERA ESPECIALISTA	0	2	0	0
FACTURADOR DE URGENCIAS	0	2	0	0
INFORMADORA	0	0	0	0
LOGISTICA	10	4	0	0
MEDICO	77	67	1	1
MEDICO COORDINADOR DE URGENCIAS	1	0	0	0
MEDICO ESPECIALISTA	0	0	0	0
MEDICO ESPECIALISTA O SUBESPECIALISTA	18	20	0	0
MEDICO FAMILIAR	0	1	0	0
Médico Internista	2	0	0	0
Pediatra	2	2	0	0
PROFESIONAL ASISTENCIAL NO MEDICO	13	63	0	0
SECRETARIA	0	10	0	0
Tecnólogo en imágenes diagnosticas	14	18	0	0
TERAPEUTA RESPIRATORIA	0	2	0	0
<b>AUXILIARES</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>0</b>
NO INDICA	0	0	25	0
<b>BANCO DE SANGRE</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUXILIAR DE ENFERMERIA	0	0	0	0
Bacteriólogo	0	0	0	0
DIRECTORA DE BANCO DE SANGRE	0	0	0	0
<b>CONSULTA - HOSPITALIZACION - CIRUGIA - URGENCIAS</b>	<b>64</b>	<b>568</b>	<b>105</b>	<b>60</b>
AUXILIAR	5	65	0	0
AUXILIAR DE ENFERMERIA	13	271	0	0
AUXILIAR DE FARMACIA	0	0	0	0
Bacteriólogo	0	5	0	0
Camillero	0	0	0	0
ENFERMERA (O)	4	172	0	0
ESPECIALISTA	0	0	105	60
Fisioterapeuta	0	11	0	0
MEDICO	28	29	0	0
MEDICO ESPECIALISTA	0	0	0	0
PSICOLOGO	0	3	0	0
QUIMICO FARMACEUTICO	0	1	0	0
REGENTE FARMACIA	0	1	0	0
SERVICIO FARMACEUTICO	8	6	0	0
Tecnólogo en imágenes diagnosticas	6	1	0	0
TERAPEUTA RESPIRATORIA	0	0	0	0
TRABAJADOR SOCIAL	0	3	0	0
<b>CUIDADOS CRITICOS Y ESPECIALES</b>	<b>9</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

CARGO	PERMANENTE		TEMPORAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
ADMINISTRATIVO	1	0	0	0
MEDICO	8	25	0	0
<b>CUIDADOS DE HERIDAS Y OSTOMIAS</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
ENFERMERA ESPECIALISTA EN CUIDADO DE HERIDAS	1	0	0	0
<b>EDUCACION E INVESTIGACION</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	0	2	0	0
COORDINADOR CALIDAD	0	1	0	0
JEFE DE INVESTIGACION	1	0	0	0
JEFE DOCENCIA	0	1	0	0
<b>EGRESO DE PACIENTES</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUXILIAR DE ESTADISTICA Y ARCHIVO	1	7	0	0
COORDINADOR ESTADISTICA Y ARCHIVO	0	1	0	0
<b>EMERGENCIAS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
NO INDICA	0	0	0	0
<b>ENFERMERIA</b>	<b>3</b>	<b>31</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUXILIAR DE ENFERMERIA	3	28	0	0
ENFERMERA (O)	0	3	0	0
<b>GASTROENTEROLOGIA</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUXILIAR DE ENFERMERIA	0	2	0	0
<b>LOGISTICA</b>	<b>33</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
LOGISTICA	33	13	0	0
<b>MISIONAL</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
NO INDICA	5	7	0	0
<b>NUTRICIÓN Y DIETÉTICA</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUX DE ALIMENTACION	0	9	0	0
AUX DE BODEGA	1	0	0	0
AUX DE NUTRICION	0	2	0	0
AUXILIAR DE ENFERMERIA	0	0	0	0
COORDINADOR SERVICIO DE ALIMENTACION	0	1	0	0
Nutricionista	0	3	0	0
<b>ODONTOLOGIA</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUXILIAR DE ODONTOLOGIA	0	2	0	0
Odontólogo	3	2	0	0
<b>PACIENTE SEGURO</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
ENFERMERA (O)	0	1	0	0
<b>PATOLOGÍA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUXILIAR DE PATOLOGÍA	0	0	0	0
CITOHISTOTECNOLOGO	0	0	0	0
MEDICO ESPECIALISTA EN PATOLOGÍA	0	0	0	0
<b>PRESTACION Y DESARROLLO DE SERVICIOS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
NO INDICA	0	0	3	4
<b>PROMOCION Y PREVENCION</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUXILIAR AREA DE LA SALUD	0	3	0	0
ENFERMERA (O)	0	3	0	0
<b>PROTECCION SOCIAL</b>	<b>3</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUX CENTRAL ENTERAL Y LACTARIO	0	1	0	0
AUX DE SERVICIOS GENERALES	0	2	0	0
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	0	1	0	0
AUXILIAR DE ENFERMERIA	0	2	0	0
CONDUCTOR	2	0	0	0

CARGO	PERMANENTE		TEMPORAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
COORDINADOR (A) CENTROS SOCIO SANITARIOS	0	1	0	0
ENFERMERA (O)	0	1	0	0
ENFERMERA(O) RURAL	0	1	0	0
MEDICO	0	1	0	0
MEDICO A.S.O.	0	1	0	0
Nutricionista	0	1	0	0
Odontólogo	1	0	0	0
PSICOLOGO	0	1	0	0
SECRETARIA	0	1	0	0
TERAPEUTA RESPIRATORIA	0	1	0	0
TRABAJADOR SOCIAL	0	2	0	0
<b>RECEPCION SIAK</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
TRABAJADOR SOCIAL	0	2	0	1
<b>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	3	0	0
<b>REHABILITACIÓN FÍSICA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Fisioterapeuta	0	0	0	0
Fonoaudiólogo	0	0	0	0
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE	0	0	0	0
<b>RIESGOS PROFESIONALES</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
NO INDICA	0	0	0	0
<b>SALUD AMBIENTAL</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
APOYO A LA GESTION	14	2	0	3
PROFESIONAL	2	0	0	0
PROFESIONAL ESPECIALIZADO	1	0	0	0
<b>SALUD PUBLICA</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>25</b>	<b>35</b>
APOYO A LA GESTION	0	0	0	2
NO INDICA	0	1	15	15
PROFESIONAL	0	0	10	18
PROFESIONAL ESPECIALIZADO	0	2	0	0
<b>SEGURIDAD SOCIAL</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>10</b>
APOYO A LA GESTION	0	0	0	5
PROFESIONAL	1	0	4	5
<b>SERVICIO AL USUARIO</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
JEFE DE ATENCION AL USUARIO	0	1	0	0
TRABAJADOR SOCIAL	0	1	0	0
<b>TECNICOS LABORALES</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>23</b>	<b>2</b>
NO INDICA	0	0	23	2
<b>TERAPIA FISICA</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Fisioterapeuta	0	2	0	0
<b>TERAPIA RESPIRATORIA</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
TERAPEUTA RESPIRATORIA	2	1	0	0
<b>TRANSVERSALES</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
NO INDICA	0	2	0	0
<b>TRATAMIENTO DEL DOLOR Y MEDICINA PALIATIVA</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
PSICOONCOLOGÍA	0	1	0	0
<b>UCI ADULTO</b>	<b>14</b>	<b>34</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUXILIAR DE ENFERMERIA	2	30	0	0
ENFERMERA (O)	4	4	0	0
Médico Internista	8	0	0	0

CARGO	PERMANENTE		TEMPORAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
<b>UCI NEONATAL</b>	<b>3</b>	<b>26</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUXILIAR DE ENFERMERIA	1	15	0	0
ENFERMERA (O)	1	5	0	0
Pediatra	1	6	0	0
<b>URGENCIAS ADULTOS</b>	<b>21</b>	<b>52</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUXILIAR DE ENFERMERIA	3	21	0	0
Cirujano plástico	1	1	0	0
COORDINADORA DE ENFERMERIA URGENCIAS	0	1	0	0
ENFERMERA (O)	7	7	0	0
JEFE DE URGENCIAS	1	0	0	0
MEDICO	4	9	0	0
MEDICO GINECOOBSTETRA	3	2	0	0
Médico Internista	1	6	0	0
Ortopedista	1	5	0	0
<b>URGENCIAS PEDIATRICAS</b>	<b>9</b>	<b>27</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
AUXILIAR DE ENFERMERIA	0	12	0	0
ENFERMERA (O)	2	2	0	0
MEDICO	4	9	0	0
Pediatra	3	4	0	0

Fuente: Encuesta a Empleadores 2012

#### 4.2.4. Cargos identificados por vinculación y sexo

Por sexo se destaca que de los 10.690 trabajadores que las organizaciones encuestadas afirman tener vinculados, el 78%, (8.340), son mujeres. Esta proporción se conserva en todos los cargos y procesos, con excepción de las actividades médicas y algunas administrativas y de logística en las que hay aún una leve mayoría de hombres. Otros estudios aclaran que cuando se hace este análisis incluyendo la edad de los trabajadores, la diferencia se presenta a expensas de los mayores, ya que entre los médicos jóvenes las mujeres son claramente mayoritarias.

**Tabla 4.9.** Caracterización del Sector Salud. Ocupación de cargos identificados por vinculación y sexo

CARGO	PERMANENTE		TEMPORAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
Auxiliar de enfermería	253	2.883	17	89
Enfermera (o)	86	961	8	75
Médico especialista	502	943	83	13
Medico	314	291	10	7
Profesional asistencial no medico	39	189	0	0
Auxiliar área de la salud	39	164	47	165
Médico especialista o sub especialista	246	148	0	0
Secretaria	1	101	0	0
Instrumentador	43	100	0	6
Bacteriólogo	32	93	0	8
Tecnólogo en imágenes diagnosticas	81	91	2	2
Fisioterapeuta	2	74	1	7

CARGO	PERMANENTE		TEMPORAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
Administrativo	59	65	0	1
Auxiliar	5	65	0	0
Terapeuta respiratoria	10	59	5	1
Pediatra	37	50	0	0
Auxiliar de farmacia	27	49	2	2
Auxiliar técnico	33	40	0	0
Asistencial	9	40	0	0
Auxiliar administrativo	9	39	25	50
Supervisor	1	36	0	1
Enfermera especialista	0	36	26	0
Auxiliar administrativo facturación	6	35	0	0
Terapeuta	4	34	1	15
Ayudante de servicio	24	33	0	0
Especialista	14	32	156	60
Jefes instrumentadoras	10	28	0	0
Facturador	12	27	0	0
Nutricionista	0	27	1	0
No indica	22	26	69	25
Logística	43	22	0	0
Profesional	8	21	14	27
Auxiliar de laboratorio	0	21	0	2
Coordinador	12	20	0	0
Asistente clínico	22	19	0	0
Auxiliar de admisiones	3	19	0	0
Medico ginecoobstetra	21	18	0	0
Auxiliar de esterilización	4	16	0	0
Ortopedista	25	13	0	0
Anestesiólogo	8	13	0	0
Auxiliar de laboratorio	2	13	1	7
Psicólogo	2	11	0	3
Trabajador social	0	11	0	1
Médico internista	23	10	0	0
Profesional especializado	3	9	0	0
Químico farmacéutico	2	9	0	0
Auxiliar de alimentación	0	9	0	0
Asistente técnico	13	7	0	0
Radiólogo	5	7	0	0
Jefe área	2	7	0	0
Auxiliar de estadística y archivo	1	7	0	0
Auxiliar central enteral y lactario	0	7	0	0
Auxiliar consultorio odontológico	0	7	0	0
Coordinación enfermería	0	7	0	0
Servicio farmacéutico	8	6	0	0
Profesional servicio social obligatorio	7	6	0	0
Neuro-pediatra	3	6	0	0
Facturador hospital uci	0	6	0	0
Regente farmacia	0	6	0	0
Medico intensivista	13	5	0	0
Asistente profesional	5	5	0	0
Coordinador asistencial	3	5	0	0

CARGO	PERMANENTE		TEMPORAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
Urólogo	3	5	0	0
Orientador de urgencias	2	5	0	0
Tecnólogos en radio terapia	2	5	0	0
Auxiliar de nutrición	1	5	0	0
Neuropsicólogo	1	5	0	0
Auxiliar uci	0	5	0	0
Promotor social	0	5	0	0
Odontólogo	5	4	0	0
Cirujano general	1	4	0	0
Auxiliar domiciliario	0	4	0	0
Fonoaudiólogo	0	4	0	4
Psicólogo clínico	0	4	0	0
Recepcionista	0	4	0	1
Transportador rayos X	0	4	0	0
Cirujano plástico	4	3	0	0
Farmacia	4	3	0	0
Psiquiatra	2	3	12	6
Técnico administrativo	2	3	0	0
Apoyo a la gestión	14	2	0	10
Fisiatra	6	2	0	0
Auditor salud	5	2	0	0
Genetista	1	2	0	0
Auxiliar de servicios generales	0	4	0	0
Auxiliar de odontología	0	2	0	0
Coordinador de gestión de calidad	0	2	0	0
Coordinador procesos quirúrgicos	0	2	0	0
Facturador de urgencias	0	2	0	0
Neumólogo pediatra	0	2	0	0
Técnico(a) neurofisiología	0	2	0	0
Camillero	57	1	0	0
Cirujano pediátrico	5	1	0	0
Neurocirujano	3	1	0	0
Físico medico	2	1	0	0
Médico familiar	2	1	0	0
Auxiliar de fisioterapia	1	1	0	0
Auxiliar de citas medicas	1	1	0	0
Coordinador infecciones	1	1	0	0
Hematólogo	1	1	0	0
Infectólogo pediatra	1	1	0	0
Terapeuta ocupacional	1	1	1	4
Acu banco de sangre	0	1	0	0
Auxiliar estar infantil	0	1	0	0
Cirujano de mano	0	1	0	0
Coordinador (a) centros socio sanitarios	0	1	0	0
Coordinador calidad	0	1	0	0
Coordinador comités	0	1	0	0
Coordinador de admisiones y autorizaciones	0	1	0	0
Coordinador estadística y archivo	0	1	0	0
Coordinador farmacia	0	1	0	0
Coordinador servicio de alimentación	0	1	0	0



CARGO	PERMANENTE		TEMPORAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
Coordinadora de enfermería urgencias	0	1	0	0
Coordinadora de fonoaudiología	0	1	0	0
Coordinadora de imágenes diagnosticas	0	1	0	0
Coordinadora instituto de rehabilitación	0	1	0	0
Dermatólogo	0	1	0	0
Endocrinólogo pediatra	0	1	0	0
Enfermera alta complejidad	0	1	0	0
Enfermera (o) programa madre canguro	0	1	0	0
Enfermera(o) rural	0	1	0	0
Enfermero (a) perfusionista	0	1	0	0
Gestor cirugía plástica	0	1	0	0
Gestor comunitario	0	1	0	0
Gestor enfermería	0	1	0	0
Gestor laboratorio clínico	0	1	0	0
Gestor nutrición	0	1	0	0
Gestor oftalmología	0	1	0	0
Gestor ortopedia y cirugía de mano	0	1	0	0
Gestor pediatría y neonatología	0	1	0	0
Gestor psiquiatría y psicología	0	1	0	0
Gestor urología	0	1	0	0
Infectólogo	0	1	0	0
Jefa de oficina asesora	0	1	0	0
Jefe banco sangre	0	1	0	0
Jefe de atención al usuario	0	1	0	0
Jefe docencia	0	1	0	0
Jefe laboratorio clínico	0	1	0	0
Medico S. S. O.	0	1	0	0
Medico neumólogo	0	1	0	0
Nefrólogo pediatra	0	1	0	0
Neurólogo	0	1	0	0
Ortodoncista	0	1	0	0
Otorrinolaringólogo	0	1	0	0
Psico oncología	0	1	0	0
Psicopedagoga	0	1	0	0
Químico	0	1	0	0
Reumatólogo	0	1	0	0
Reumatólogo pediatra	0	1	0	0
Subgerente financiero y administrativo	0	1	0	0
Supervisor de servicios ambulatorios	0	1	0	0
Técnico de electros	0	1	0	0
Auxiliar asistencial	26	0	0	0
Conductor	3	0	0	0
Neonatólogo	3	0	0	0
Cirujano maxilofacial	2	0	0	0
Gerente	2	0	0	0
Auxiliar de bodega	1	0	0	0
Auxiliar de terapia	1	0	0	0
Cardiólogo	1	0	0	0
Coordinador camilleros	1	0	0	0
Coordinador medicina interna	1	0	0	0

CARGO	PERMANENTE		TEMPORAL	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
Endocrinólogo	1	0	0	0
Enfermera especialista en cuidado de heridas	1	0	0	0
Gastroenterólogo	1	0	0	0
Gestor infectología	1	0	0	0
Gestor maxilofacial	1	0	0	0
Gestor medicina interna y seguridad del paciente	1	0	0	0
Gestor neonatología	1	0	0	0
Gestor neumología	1	0	0	0
Gestor neurocirugía	1	0	0	0
Gestor salas de cirugía	1	0	0	0
Gestor servicio farmacia	1	0	0	0
Gestor UCI.	1	0	0	0
Hemato-oncología	1	0	0	0
Jefe de investigación	1	0	0	0
Jefe de urgencias	1	0	0	0
Medico coordinador de urgencias	1	0	0	0
Medico nefrólogo	1	0	0	0
Oftalmólogo	1	0	0	0
Oncólogo	1	0	0	0
Programador de cirugía	1	0	0	0
Subgerente prestación de servicios	1	0	0	0
Tesorero general	1	0	0	0
Urólogo pediatra	1	0	0	0
Administrador	0	0	0	0
Auxiliar de facturación y admisiones	0	0	0	0
Auxiliar de patología	0	0	0	0
Auxiliar del programa de gestión de cirugía	0	0	0	0
Citohistotecnólogo	0	0	0	0
Contaduría	0	0	0	0
Coordinador quirófanos	0	0	0	0
Directora de banco de sangre	0	0	0	0
Enfermero hemodinamia, cardiología, endoscopia, radiología	0	0	0	0
Enfermero para hospitalización	0	0	0	0
Enfermero para Uci, Uce, cirugía, urgencias	0	0	0	0
Epidemiólogo	0	0	0	0
Informadora	0	0	0	0
Médico especialista en patología	0	0	0	0
Médico especialista en medicina del deporte	0	0	0	0
Perfusionista	0	0	0	0
Técnico medicina nuclear	0	0	0	0
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>2.350</b>	<b>7.267</b>	<b>481</b>	<b>592</b>

Fuente: Encuesta a Empleadores 2012

Es importante que solo para el 10%, (1.073), se le señala una vinculación temporal con la institución. Esto último no parece concordar con otras investigaciones y la percepción que existe, con respecto a que todavía una buena parte de la vinculación se realiza por medio de mecanismos diferentes al contrato de trabajo en el sector privado o a la relación legal y reglamentaria en el sector público (Ver Tabla 3.3.). Sin embargo, no es

posible, con un grado aceptable de certeza, afirmar o negar este hecho a partir de la información disponible en este momento.

#### 4.2.5. Subcontratación de procesos

Como se evidencia en la Tabla 4.10, veintiséis de las IPS encuestadas, (57.8%), reconoce estar subcontratando procesos, en su mayoría en relación con actividades de apoyo, (92.3%), y solo 17, (65.4%), en actividades misionales. De manera curiosa, porque no es frecuente, dos entidades registran estar subcontratando procesos estratégicos.

**Tabla 4.10.** Caracterización del Sector Salud. Subcontratación de procesos por los encuestados

SUBPROCESOS IDENTIFICADOS		IPS	EAPB	GOB. LOCAL
SUBCONTRATA PROCESOS	ENTIDADES QUE SUBCONTRATAN	26		2
	ADMINISTRATIVOS O DE APOYO	24		2
	MISIONALES	17		
	ESTRATEGICOS	2		

Fuente: Encuesta a Empleadores 2012

#### 4.2.6. Priorización de procesos

Al momento de priorizar y ordenar los procesos misionales (Tabla 4.11), también se registra una enorme variabilidad y falta de coherencia con las respuestas previas, lo que hace muy difícil identificar un patrón.

**Tabla 4.11.** Caracterización del Sector Salud. Priorización de procesos

PROCESO MISIONAL		1	2	3	4	5	6
EAPB	ASEGURAMIENTO	1	1				
	GESTION DEL RIESGO	1					
GOB. LOCAL	SALUD PUBLICA	2	1				
	LABORATORIO DE SALUD	1					
IPS	CUIDADO CRITICO	8	1	5	4	1	
	SERV. AMBULATORIOS	6	5	1	2	1	
	HOSPITALIZACION	3	9	6	2		
	CIRUGIA Y PARTOS	2	3	3	2	1	2
	APOYO DIAGNOSTICO	1	2	1	5	3	
	DOCENCIA - INVESTIGACION		1	2			
	NO ESPECIFICA	7	2	2		7	4
	PROCESOS ADMINISTRATIVOS	4	4	3	2	2	2
NO IDENTIFICA	14	18	22	28	30	37	

Fuente: Encuesta a Empleadores 2012

#### 4.2.7. Nivel salarial y antigüedad

En cuanto a la antigüedad y los salarios (Tabla 4.12), las EAPB no reportaron información y los gobiernos locales lo hicieron de manera incompleta y no conclusiva. A pesar de esta situación, se puede mencionar que la diferencia entre los distintos niveles y entre los salarios mínimos y máximo de los informantes es relativamente pequeña. Esto sugiere una clara diferencia con el sector privado, en el que los empleos con menor requerimiento de estudio o formación, tienen un salario menor que en el sector público, mientras que los que tienen mayor requerimiento tienen un salario mayor al que les reconoce el sector público. En consecuencia, se pueden generar dificultades de retención y motivación o problemas de doble vinculación.

**Tabla 4.12.** Caracterización del Sector Salud. Nivel Salarial y Antigüedad

<b>NIVEL</b>	<b>SALARIO Y ANTIGÜEDAD</b>	<b>IPS</b>	<b>EAPB</b>	<b>GOB. LOCAL</b>
<b>DIRECTIVO</b>	SALARIO MINIMO	6.035.300		3.000.000
	SALARIO MAXIMO	30.982.000		5.519.519
	ANTIG. MINIMO	1		
	ANTIG MAXIMO	28		
<b>ALTA GERENCIA</b>	SALARIO MINIMO	3.253.000		
	SALARIO MAXIMO	20.000.000		
	ANTIG. MINIMO	2		
	ANTIG MAXIMO	29		
<b>GERENCIA MEDIA</b>	SALARIO MINIMO	2.000.000		
	SALARIO MAXIMO	14.167.500		3.232.664
	ANTIG. MINIMO	1		
	ANTIG MAXIMO	33		
<b>SUPERVISION</b>	SALARIO MINIMO	1.037.300		2.000.000
	SALARIO MAXIMO	9.239.000		3.176.213
	ANTIG. MINIMO	1		
	ANTIG MAXIMO	38		
<b>OPERATIVO</b>	SALARIO MINIMO	567.000		2.000.000
	SALARIO MAXIMO	10.929.976		2.500.000
	ANTIG. MINIMO	0		
	ANTIG MAXIMO	40		
<b>ASISTENCIAL</b>	SALARIO MINIMO	567.000		
	SALARIO MAXIMO	20.791.000		
	ANTIG. MINIMO	0		
	ANTIG MAXIMO	40		

Fuente: Encuesta a Empleadores 2012

En las IPS se evidencia una enorme variabilidad, resultando importante el hecho de que el término “nivel asistencial” presenta problemas como categoría de ordenamiento, ya que en el sector público se refiere habitualmente a los empleos que requieren menor nivel de formación y con frecuencia no desempeñan acciones misionales. En el sector salud el mismo término se refiere a aquellos trabajadores que brindan la atención directa al paciente y por ende tienen una clara connotación misional, ya que son los responsables de la asistencia en salud. Algo similar ocurre con el “nivel operativo” en el que algunas instituciones incluyeron a los profesionales médicos de mayor formación, por lo cual en el primer y segundo caso, el salario promedio más bajo está dado por el salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV) y el más alto equivale a 36,7 SMMLV y 19,3 SMMLV, respectivamente.

En los niveles de supervisión, gerencia media, alta gerencia y directivo las diferencias entre el salario más bajo y el más alto fueron de 8.9, 7.1, 6.1 y 5.1 veces respectivamente, mientras que a nivel global el salario más alto, ubicado en el directivo, equivale a 54,6 SMMLV. Situación que permite destacar que, aunque en el sector salud los requerimientos de conocimiento y experiencia y, por ende, los tiempos de formación son mayores que en otros sectores, en términos generales los salarios son con frecuencia inferiores.

En cuanto a la antigüedad en el cargo y como era de esperarse, hay rangos muy amplios, que obviamente resultan menores para los cargos de responsabilidad y dirección (posiblemente por los mayores tiempos de formación y experiencia requeridos). Aunque este componente sugiere relativa estabilidad en el sector, permite señalar las limitadas posibilidades de “carrera” del mismo, ya que, por obvias razones, es muy poco probable que alguien que ingresa a una IPS para desempeñar labores operativas directamente relacionadas con la atención al paciente, por ejemplo un camillero o auxiliar pueda “avanzar” en la institución para llegar a un cargo como médico especialista. Es aún menos posible que quienes ingresan con alto nivel de formación, por ejemplo los médicos especialistas o sub especialistas, contar con posibilidades reales de ascenso, salvo que se considerara como un avance de carrera dejar a un lado las labores de atención directa al paciente para optar por tareas administrativas, lo cual, en términos generales, no es bien visto en el sector.

Todo esto indica que se requiere una mayor creatividad para que este concepto de “hacer carrera” en las entidades del sector salud, pueda implementarse como herramienta en la adecuada gestión del recurso humano.

#### **4.2.8. Nivel de formación ocupacional**

Con respecto al nivel de formación (Tabla 4.13, Gráfico 4.1), se evidencia que más del 70% del personal de las entidades encuestadas cuenta con estudios superiores, lo cual obviamente es indispensable para un sector como el de la salud. Posiblemente, este nivel debe incrementarse, lo que implicará un costo económico importante que debe ser considerado por los planificadores del sector, máxime si, como se mencionó

previamente, los salarios pueden resultar comparativamente bajos frente a otros trabajadores con nivel de formación y responsabilidad social menor.

**Tabla 4.13.** Caracterización del Sector Salud. Nivel ocupacional

<b>NIVEL OCUPACIONAL</b>	<b>FORMACION</b>	<b>IPS</b>	<b>EAPB</b>	<b>GOB. LOCAL</b>
<b>DIRECTIVO</b>	DOCTORADO	4		
	MAGISTER	14		1
	ESPECIALIZACION	51		5
	PROFESIONAL	45		1
<b>ALTA GERENCIA</b>	DOCTORADO	4		
	MAGISTER	10		
	ESPECIALIZACION	76		
	PROFESIONAL	28		
<b>GERENCIA MEDIA</b>	DOCTORADO	2		
	MAGISTER	22		
	ESPECIALIZACION	112		14
	PROFESIONAL	178		3
<b>SUPERVISION</b>	MAGISTER	5		
	ESPECIALIZACION	147		
	PROFESIONAL	436		65
	TECNICO PROFESIONAL	7		3
	TECNOLOGO	4		
<b>OPERATIVO</b>	MAGISTER	5		
	ESPECIALIZACION	396		
	PROFESIONAL	791		52
	TECNICO PROFESIONAL	1.452		10
	TECNOLOGO	339		
	TECNICO LABORAL	865		31
	OTRO	309		
<b>ASISTENCIAL</b>	DOCTORADO	3		
	MAGISTER	21		
	ESPECIALIZACION	1.049		
	PROFESIONAL	1.912		
	TECNICO PROFESIONAL	1.087		44
	TECNOLOGO	288		2
	TECNICO LABORAL	1.256		
	OTRO	1.081		36
<b>TOTAL</b>	<b>DIRECTIVO</b>	114		7
	<b>ALTA GERENCIA</b>	118		0
	<b>GERENCIA MEDIA</b>	314		17

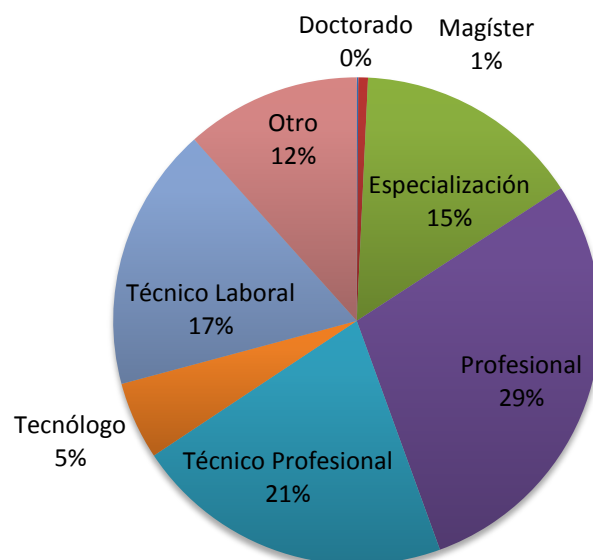
NIVEL OCUPACIONAL	FORMACION	IPS	EAPB	GOB. LOCAL
	SUPERVISION	599		68
	OPERATIVO	4.157		93
	ASISTENCIAL	6.697		82
<b>GRAN TOTAL</b>		<b>11.999</b>	<b>0</b>	<b>267</b>

Fuente: Encuesta a Empleadores 2012

Resulta importante destacar que aunque el sector salud es intensivo en la utilización del conocimiento, en Colombia los empleadores no parecen reconocer este hecho ni propician la generación de conocimiento. Esto se deduce del bajo nivel de vinculación de personal con títulos de doctorado o de maestría, que apenas alcanza el 1% del total de trabajadores de las entidades encuestadas.

Esto también resulta importante si se considera que entre las prioridades del país se encuentran los temas de ciencia, tecnología e innovación y hay un esfuerzo por fortalecer la formación del recurso humano en los niveles avanzados. Los profesionales con formación avanzada al parecer están siendo vinculados en el sector educativo a nivel universitario, sin que hasta el momento el sector productivo los acoja de manera decidida.

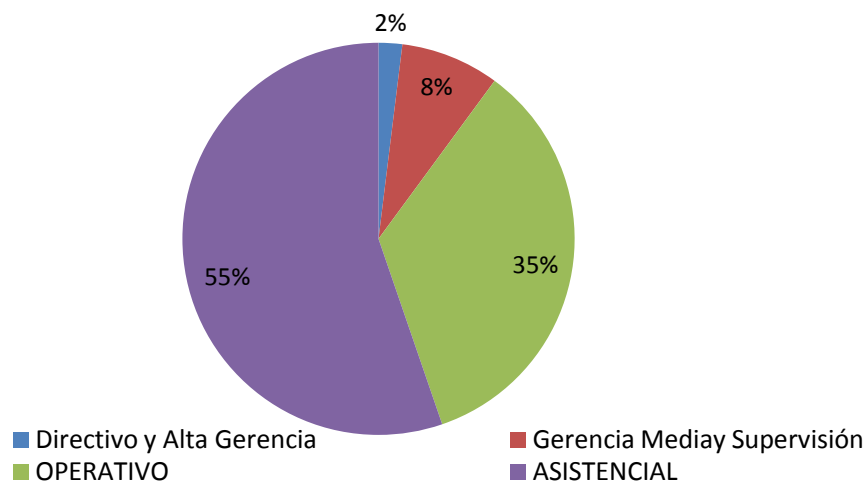
**Figura 4.1.** Distribución del recurso humano por nivel de formación



Fuente: Encuesta a Empleadores 2012

Al revisar la distribución del recurso humano por nivel ocupacional (Gráfico 4.2), se encuentra que, contrario a lo que se cree, el 90 % de los trabajadores de estas instituciones es catalogado en el nivel operativo o en el asistencial.

**Figura 4.2.** Distribución del recurso humano por nivel de desempeño



Fuente: Encuesta a Empleadores 2012

#### 4.2.9. Investigación e innovación

Los datos recolectados acerca de la investigación y la innovación (Tabla 4.14), reiteran lo que ya se expresó en el sentido de que la investigación no parece ser una prioridad en el sector. Sólo una entidad reportó poseer una patente y solo 14 sostuvieron destinar algún presupuesto para la investigación.

Esto se reitera al considerar que en casi todos los casos el presupuesto asignado a los temas de desarrollo tecnológico es menos del 5% del total del presupuesto institucional y que no siempre se destina a temas específicos de la salud, a tal punto que la mayor parte de innovaciones que se reportan corresponden al área administrativa.

**Tabla 4.14.** Caracterización del Sector Salud. Innovación, Investigación y Automatización



TIPO DE ENTIDAD	IPS	EAPB	GOBIERNO LOCAL
<b>MARCAS PROPIAS, PATENTES O SIMILARES</b>	5	1	
PATENTES	1		
MARCAS PROPIAS	1		
LICENCIAS	2		
DERECHOS DE AUTOR	1	1	
<b>INVESTIGACION-DESARROLLO TECNOLOGICO</b>	14	1	1
PRESUPUESTO < 5%	11		1
PRESUPUESTO > 5 < 10%	1	1	
PRESUPUESTO > 10%	1		
NO INDICA	1		
AREAS CLINICAS	7		1
MEDICAMENTOS	3		
SOFTWARE	1	1	
NO ESPECIFICA	3		
<b>INNOVACION</b>	17	2	1
TERAPEUTICA	5		
DIAGNOSTICA	2		
TELEMEDICINA	1		
ADMINISTRATIVA	8	2	1
NO ESPECIFICA	1		
<b>AUTOMATIZACION</b>	19		
ROBOTS	2		
MONITOREO Y VENTILACION	2		
TELEMEDICINA	2		
HISTORIA CLINICA	1		
OTROS	5		
EQUIPOS DE COMPUTO	7		

Fuente: Encuesta a Empleadores 2012

Algo similar ocurre con el uso de la tecnología (Tabla 4.15), en la que la mayor parte de la misma no se reconoce ni identifica y, la que se reconoce e identifica, es mencionada principalmente en relación con los temas de sistemas de cómputo, e información y comunicación, relegando a un segundo o tercer lugar lo atinente a los aspectos misionales de atención al paciente y la comunidad en los campos de la promoción de la salud y la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad.

Igualmente es importante señalar que en este “desinterés” no hay diferencia entre las tecnologías duras y las tecnologías blandas.

**Tabla 4.15.** Caracterización del Sector Salud. Uso de tecnología en los procesos institucionales

TECNOLOGIA BLANDA		PROCESO 1	PROCESO 2	PROCESO 3	PROCESO 4	PROCESO 5	PROCESO 6
IPS	SISTEMAS DE INFORMACION	19	20	17	12	11	5
	HERRAMIENTAS CLINICO ASISTENCIALES	4	1	2	1	1	1
	NO IDENTIFICA	22	24	26	32	33	39
EAPB	SISTEMAS DE INFORMACION	2					
	HERRAMIENTAS CLINICO ASISTENCIALES						
	NO IDENTIFICA						
GOB LOCAL	SISTEMAS DE INFORMACION	2					
	HERRAMIENTAS CLINICO ASISTENCIALES	1					
	NO IDENTIFICA						
TECNOLOGIA DURA		PROCESO 1	PROCESO 2	PROCESO 3	PROCESO 4	PROCESO 5	PROCESO 6
IPS	EQUIPOS DE COMPUTO Y SIMILARES	13	13	7	5	5	1
	EQUIPO BIOMEDICO	13	8	10	9	5	4
	NO IDENTIFICA	19	24	28	31	35	40
EAPB	EQUIPOS DE COMPUTO Y SIMILARES	2					
	EQUIPO BIOMEDICO						
	NO IDENTIFICA						
GOB LOCAL	EQUIPOS DE COMPUTO Y SIMILARES	2					
	EQUIPO BIOMEDICO	1					
	NO IDENTIFICA						

Fuente: Encuesta a Empleadores 2012

#### 4.2.10. Perspectiva de los cargos identificada por los empleadores

La Tabla 4.16 presenta las perspectivas institucionales en relación con las proyecciones y necesidades de formación para los cargos identificados. De nuevo llama la atención la pobre identificación que tienen las instituciones encuestadas con las políticas y las realidades del sector. Destaca que no aparece ningún cargo que pudiese asumir de manera específica los retos que plantea el enfoque de salud pública para las acciones frente a la atención primaria en salud, el envejecimiento poblacional, el incremento de la proporción de la población con alguna discapacidad o el modelo de atención en redes fundamentada en la ya mencionada atención primaria en salud.

Tampoco aparece la identificación clara de nuevas ocupaciones, lo cual puede tener relación con la deficiente definición de los cargos actuales, indicada líneas atrás.

**Tabla 4.16.** Caracterización del Sector Salud. Perspectiva de los cargos identificada por los empleadores

CARGOS SOLICITADOS	INSTITUCIONES	CAPACITAR	CERTIFICAR	ACTUALIZAR	TRANSFORMAR	DESAPARECER	CRECE	ESTABLE	NUEVO
Audidores en salud	3	1		1	2		1		1
Auxiliar consultorio odontológico	1						1		
Auxiliar de enfermería	17	9	6	6	4	2	8	4	
Auxiliar de enfermería cirugía	1	1	1	1					1
Auxiliar de enfermería urgencias	1	1	1	1	1				
Auxiliar de farmacia	2	2	1	1			1		
Auxiliar salud	4	1	1	1	1		3	1	2
Auxiliares administrativos	15	5	1	3	4		4	5	2
Ayuda diagnostica	7	3	3	1	1	1	1	2	1
Bacteriólogo	2	1	1				1	1	
Camilleros	1							1	
Consulta externa	2	2					2		
Electro-fisiólogo	1								1
Enfermero	20	9	5	6	5		9	6	
Enfermero especialista(a)	2	1					1	1	1
Fisioterapia	1						1		
Ingenieros biomédicos	1	1	1	1					
Ingenieros de informática	1	1	1	1					
Instructores terapias	1	1					1		
Instrumentador	1	1	1	1	1		1		
Medico coordinador	1	1	1						
Médico especialista	10	4		3	4		6	2	3
Médico especialista hemodinamia	1								1
Médico especialista internistas	1					1			
Médico especialista intervencionistas	1						1		
Médico especialista medicina nuclear	1								
Médico especialista oncólogo	1								1
Médico especialista patólogo	1							1	
Médico especialista psiquiatría	3	1					2	1	
Médico especialista radiólogo	1	1							
Médicos	24	11	5	8	5		10	6	1
Médicos subespecialistas	1	1						1	1
Odontólogo	1						1		
Para todos los cargos misionales	5	1	1		3		2		1

CARGOS SOLICITADOS	INSTITUCIONES	CAPACITAR	CERTIFICAR	ACTUALIZAR	TRANSFORMAR	DESAPARECER	CRECE	ESTABLE	NUEVO
Profesional directivo	2	1			1		2		
Profesionales	9	7	2	5	3		1	3	
Psicólogo	4	1					2	2	
Químicos farmacéuticos	3	2	1	1	1		1		
Regente farmacia	3	3	1	2			1		
Secretarias	2	2	1	1				1	
Técnicos	4	3	2	4	3				
Técnicos asistenciales	1						1		
Terapeuta ocupacional	2	1			1		1		
Terapistas	2				1		1	1	
Trabajadora social	4	1			1		1	1	1
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>30</b>	<b>81</b>	<b>37</b>	<b>48</b>	<b>42</b>	<b>4</b>	<b>68</b>	<b>40</b>	<b>18</b>

Fuente: Encuesta a Empleadores 2012

Así mismo, destaca que no se evidencia una clara perspectiva de incremento de servicios o acciones, lo cual puede estar reflejando la crisis financiera y económica del sector. A pesar de que las necesidades en salud son crecientes no se vislumbren opciones reales de crecimiento.

#### 4.2.11. Seguridad y salud en el trabajo (Ley 1562 de 2012)

En los temas de Salud y Seguridad en el trabajo (Tablas 4.17 y 4.18), se puede destacar que persiste un enfoque clásico de la salud ocupacional, centrado en los aspectos relativos al ambiente de trabajo y con intervenciones tradicionales por medio de controles en la fuente y uso de elementos de protección personal. No responde necesariamente a la prioridad establecida para los peligros, ni a las posibilidades de promoción de la salud en los lugares de trabajo y de hospitales saludables, así como otros peligros que se han identificado de manera específica para los trabajadores del sector, como la violencia en el lugar de trabajo o el síndrome de quemarse en el trabajo, entre otros.

**Tabla 4.17.** Caracterización del Sector Salud. Perspectiva de la salud y seguridad en el trabajo identificada por los empleadores  
1=Mecanismo más utilizado; 3=Mecanismo menos utilizado

PELIGROS		INTERVENCIÓN EN LA FUENTE			INTERVENCIÓN EN EL MEDIO			INTERVENCIÓN EN LAS PERSONAS			RESULTADO			
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	FUENTE	MEDIO	PERSONAS	
CATEGORIA	GRUPO DE FACTORES													
	AMBIENTE DE TRABAJO	CONDICIONES FÍSICAS	9	16	10	18	9	7	11	10	13	69	79	66
		CONTAMINANTES QUÍMICOS Y BIOLÓGICOS	19	5	9	14	11	8	19	8	6	76	72	79
CONDICIONES DE SEGURIDAD		14	8	11	10	17	6	20	5	8	69	70	78	
CARGA DE TRABAJO	CARGA FÍSICA (ESTÁTICA Y DINÁMICA)	13	8	12	10	9	13	17	10	6	67	61	77	
	CARGA MENTAL	12	6	15	6	14	11	14	6	11	63	57	65	
CONTENIDO DEL TRABAJO	ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO	18	10	7	9	12	11	7	8	18	81	62	55	
	COMUNICACIÓN	16	11	8	10	12	10	13	7	13	78	64	66	
	ESTILOS DE SUPERVISIÓN	15	10	9	11	11	11	10	7	16	74	66	60	
TOTAL		116	74	81	88	95	77	111	61	91	577	531	546	

Fuente: Encuesta a Empleadores 2012

**Tabla 4. 18.** Caracterización del Sector Salud. Perspectiva de intervención en salud y seguridad en el trabajo identificada por los empleadores  
1= Más prioritario; 8= Menos prioritario

PELIGROS		PRIORIDAD								PUNTAJE
CATEGORIA	GRUPO DE FACTORES	1	2	3	4	5	6	7	8	
AMBIENTE DE TRABAJO	CONDICIONES FISICAS	12	5	8	4	3	2	1	4	223
	CONTAMINANTES QUÍMICOS Y BIÓLOGICOS	26	3	4		1	1	3	2	268
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	16	12		5	3		2	2	255
CARGA DE TRABAJO	CARGA FISICA (ESTÁTICA Y DINÁMICA)	7	8	7	3	4	5	2	2	206
	CARGA MENTAL	12	2	6	5	4	2	4	2	203
CONTENIDO DEL TRABAJO	ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO	8	3	13	2	5	5	3	1	215
	COMUNICACIÓN	7	8	5	3	5	7	4	1	207
	ESTILOS DE SUPERVISIÓN	10	3	3	5	1	8	4	6	186

Fuente: Encuesta a Empleadores 2012

#### 4.2.13. Perspectiva ambiental de los empleadores

Finalmente, en el tema ambiental (Tabla 4.19), y quizá por un sesgo normativo, el enfoque parece estar centrado en lo relativo a los residuos sólidos hospitalarios, dejando en un segundo plano lo que tiene que ver con vertimientos y con otros impactos ambientales que potencialmente pueden producir las actividades propias del sector.

**Tabla 4.19.** Caracterización del Sector Salud. Perspectiva ambiental de los empleadores

	IPS	EAPB	GOBIERNO LOCAL
<b>ACCION AMBIENTAL</b>	33		3
RESIDUOS	16		
ENERGIA	3		
AGUA Y VERTIMIENTOS	2		
NO ESPECIFICA	12		3

Fuente: Encuesta a Empleadores 2012

#### 4.3. Análisis de Recurso Humano – Entorno Ocupacional

Con el fin de contextualizar los resultados obtenidos en el trabajo de campo, se presenta un análisis de información secundaria, del ámbito nacional e internacional. Así mismo, se han tenido en cuenta los resultados de la revisión bibliográfica y del ejercicio

de prospectiva. Adicionalmente, se ha utilizado como marco de análisis la estrategia la Atención Primaria en Salud, el trabajo en Redes y la Participación Social adoptadas como políticas en el país.

#### **4.3.1. La organización y distribución de los recursos humanos en salud**

Las organizaciones del sector salud, tienen a su cargo establecer las relaciones entre los trabajadores y los usuarios del sector, las cuales están influenciadas por la disponibilidad de recursos, la tecnología y los contextos local y regional. Las teorías del comportamiento organizacional, permiten comprender por una parte como las personas se hacen parte de una organización y por otra el comportamiento, la orientación y la organización de grupos de interés y su influencia en el mejoramiento de las condiciones de trabajo. Los hallazgos evidencian que en estas organizaciones el trabajo es altamente variable, complejo, exigente y reactivo, y con frecuencia urgente y no diferible, por lo que requiere un ambiente adecuado para el desarrollo, especialización y diferenciación de las actividades propias del trabajo (3). Adicionalmente estas organizaciones compiten por los recursos que suelen ser insuficientes y deben hacerlo en el contexto de un fuerte ambiente político, que afecta la autonomía y control y puede comprometer los temas clínicos, afectando la gestión global.

Expertos señalan que hay al menos tres problemas en el desarrollo de las estrategias multilaterales para el fortalecimiento de los recursos humanos en salud: Falta de compromiso político, limitaciones en la financiación y falta de coordinación, que favorecen salarios bajos e inequitativos, con una fuerza de trabajo súper especializada concentrada en centros urbanos y déficit de personal para los centros generales de salud.

Debido al trabajo tan variable, complejo y exigente de este sector, es necesario disponer de equipos interdisciplinarios para la atención de un paciente y formar organizaciones grandes para la atención primaria, lo que a su vez implica una mayor dirección y consolidación de los servicios para poder ofrecer una atención integrada. Por lo anterior, las directivas del sector deben incorporar a su actividad estrategias y teorías de organización que clarifiquen los roles y tengan en cuenta las habilidades de cada trabajador, para favorecer el correcto funcionamiento y permitir organizaciones capaces de adaptarse al entorno variable e inestable en el cual se encuentran; de manera que las directivas ejercen un liderazgo que determinara la forma en la que las personas reaccionaran a los procesos de cambio.

Por esta razón y para afrontar de manera eficiente y oportuna los eventos asociados al proceso salud - enfermedad de los grupos humanos, resulta fundamental el papel de los trabajadores de la salud, sin embargo, y como ya se mencionó, es frecuente que se presentan situaciones de escasez de este tipo de personal, dificultándose la ejecución de planes y programas clave, como la asistencia adecuada del proceso de embarazo, parto, puerperio y lactancia, la inmunización de las poblaciones, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más prevalentes y la atención de

emergencias y desastres entre otros procesos trascendentales para la salud de la población.

Frente a estos eventos, la investigación disponible evidencia que la densidad de los trabajadores de salud resulta importante en la comprensión de las variaciones de diferentes indicadores del estado de salud, en particular en las tasas de mortalidad materna e infantil y en la coberturas de inmunización, igualmente que los trabajadores de la salud aportan credibilidad al sistema de prestación de servicios por parte de la población en general y brindan soporte a la investigación y gestión de nuevo conocimiento, además de ser soporte en la logística necesaria para el funcionamiento de los sistemas.

Un cálculo preliminar de la OMS en 2006 señaló que existe un déficit de 4,3 millones de trabajadores de la salud a nivel global, manifestándose más gravemente en África subsahariana, sudeste asiático y América latina y el Caribe. En muchos de los países en los que la situación es más compleja, se evidencia el fracaso de las políticas y planes, señalándose como factor crítico, la falta de infraestructura sanitaria y estabilidad política.

En la situación de los trabajadores del sector se evidencia problemas de formación y capacitación, bajos niveles salariales, deficientes condiciones de trabajo y ausencia de regulación eficaz de la migración de estos profesionales; se suele ejemplificar este panorama señalando que si todos los médicos que durante los últimos 30 años han sido formados en Etiopía siguieran trabajando en esta nación, habría casi un médico por cada 10.000 habitantes, mientras que Reino Unido hay un médico por cada 450 habitantes.

Por ende y tal y como se establece en la declaración de Kampala y en la declaración del primer foro mundial sobre recursos humanos para la salud, resulta esencial la implementación de acciones específicas para garantizar la calidad y cantidad del recurso humano en salud, particularmente mediante estrategias que aumenten la inversión en formación y actualización del conocimiento y en la mejora en las condiciones de remuneración y trabajo de estos grupo.

En este sentido el informe “Scaling Up, Saving lives” (4), señala que con una acción internacional concertada se evitaría una escasez mundial de personal sanitario esencial para lograr un sistema de salud que funcione y permita el acceso a la atención, precisa que se requiere talento humano en salud con niveles de formación adecuada y se encuentre motivado por buenas condiciones laborales. Igualmente destaca la experiencia de países como Etiopía, Brasil e India, en los que se ha prestado una especial atención a este aspecto y señala algunas acciones como respuesta clave, entre las que se destacan la búsqueda y planeación de oportunidades globales para una ampliación masiva del número de trabajadores de la salud, la evaluación del tipo de personal que se debe incorporar al sistema específico de cada país, la formulación de un conjunto de estrategias y principios rectores para la formación y actualización del talento humano en salud, un importante aumento y articulación de la financiación



nacional e internacional para la salud, la delimitación de plazos para la ejecución de los planes y la medición y monitoreo de los avances y dificultades del proceso.

De otra parte y teniendo en cuenta la complejidad y las resistencias que se pueden presentar, sugiere a los países disponer de aproximadamente una década, para las etapas de planificación, desarrollo y adaptación de las propuestas y la consecución de los recursos con un marco económico favorable y de largo plazo, con lo que se podrían lograr resultados significativos en 2020, insistiendo en que este esfuerzo no solo debe ser desarrollado por los países de menor ingreso, sino también en el primer mundo ya que dado el envejecimiento de sus poblaciones, implica importantes necesidades de cuidado crónico. Reconoce que cada país debe desarrollar su propia hoja de ruta para educar y entrenar a su fuerza de trabajo en salud. En dicha propuesta se identifican nueve factores críticos agrupados en tres categorías a tener en cuenta:

### **Compromiso político y buen gobierno**

- Liderazgo del más alto nivel en la formulación de políticas encaminadas a identificar y afrontar las necesidades en salud de la población y las necesidades educativas de los trabajadores de la salud.
- Colaboración alrededor de un plan nacional de salud que incorpore entre otros participantes al sector educativo, los trabajadores y los niveles de financiación (incluidos en todos los aspectos tanto la sociedad en general, como el sector privado).
- Inversión financiera significativa y de largo plazo que garantice la implementación y sostenibilidad de los programas de educación y entrenamiento de los trabajadores de la salud, así como los fondos para infraestructura, materiales y maestros.

### **Planeación de la fuerza de trabajo**

- Programación a corto y largo plazo de los fondos financieros y la fuerza de trabajo suficiente para suplir las necesidades en salud a partir de una clara definición de prioridades en salud de la población.
- Distribución adecuada y proporcionada de grupos de trabajo dentro de los territorios y entrenamiento apropiado a trabajadores de la salud para reconocer necesidades en salud, propiciando una mezcla de habilidades y competencias complementarias al interior de los equipos de trabajo.
- Expansión significativa de programas de educación con búsqueda de candidatos idóneos para suplir la producción suficiente de profesionales, observando que las instituciones de formación cuenten con la infraestructura, equipos y maestros adecuados y generando mecanismos eficaces para la inserción oportuna en el sistema de salud de los nuevos profesionales calificados.

### **Entorno Propicio**

- Adecuados sistemas de información, capacitación y actualización para la fuerza de trabajo en salud, con monitoreo y evaluación: Información precisa y a tiempo de los

sectores laborales, educativos y de salud para brindar información acerca del estado y el desarrollo de los grupos de trabajo en salud, y que a su vez puedan ser usados para monitorear y evaluar el proceso.

- Gestión y liderazgo efectivo de los sistemas de salud y educación que faciliten el adecuado desarrollo de las labores desempeñadas por el grupo de trabajo en salud.
- Fortalecimiento de la capacidad del mercado laboral para proveer condiciones laborales adecuadas para el buen desempeño de los trabajadores de la salud y para retener, sostener y aumentar el personal, basado no en la oferta y demanda de servicios, sino en el perfil epidemiológico que determina las necesidades en salud propias de cada región.

Ahora bien, si los países van a desarrollar estrategias que permitan identificar las necesidades en salud de sus poblaciones y proveer un personal de salud diverso para afrontarlas, es importante que consideren la posibilidad de hacerlo por medio de al menos cuatro grupos de acción:

- **Personal de salud comunitario:** miembros del grupo poblacional con un entrenamiento aproximado de un año que les permita desarrollar diversas tareas y actividades de promoción y prevención para enfrentar las situaciones de salud - enfermedad de mayor prevalencia en la zona, con la ventaja de que conocen y comprenden las necesidades y expectativas de su comunidad. Este recurso debe ser seleccionado, capacitado y supervisado por profesionales de la salud, así como por los miembros de su comunidad e idealmente debe gozar de remuneración acorde con su actividad.
- **Personal de salud de nivel medio:** Son trabajadores con una formación técnica en un área específica a los que con el debido entrenamiento se les pueden delegar algunas tareas específicas en la atención y el cuidado e incluyen auxiliares de enfermería, asistentes médicos, agentes de salud, funcionarios clínicos y asistentes farmacéuticos, entre otros, los cuales desempeñan su labor en puestos y centros de salud con apoyo y supervisión y un incentivo apropiado, además de oportunidades de desarrollo laboral.
- **Personal de salud de nivel alto:** Médicos, enfermeras, odontólogos, terapeutas, nutricionistas y farmacéutas entre otros responsables del desarrollo satisfactorio de los planes y programas de salud, por lo que deben contar con condiciones laborales adecuadas y oportunidades para su desarrollo profesional.
- **Administración y personal de apoyo:** Está compuesto por gerentes, administradores, y todo el personal cualificado en gestión y soporte institucional.

Debe considerarse que además de contar con ministerios e instituciones débiles muchos países se encuentran con obstáculos para mejorar sus sistemas de salud debido a los problemas con respecto a los trabajadores de este sector, los cuales incluyen un suministro insuficiente, mala distribución, falta de formación en especialidades específicas y baja moral, explicada por malas condiciones de trabajo y

bajos salarios en relación con otros profesionales con niveles similar de formación, existiendo situaciones como por ejemplo que la contratación no está basada en el merito, no hay incentivos para la capacitación, la retención se realiza a través de mecanismos de escalafón basados esencialmente en la antigüedad en el cargo, hay muy pocos premios o estímulos a los méritos profesionales y la remuneración no tiene relación con la productividad.

En una evaluación en tres países suramericanos (5), se encontró que Chile ha impulsado la presencia de personal sanitario mediante mecanismos como el pago de incentivos, la reducción de la jornada laboral, la modificación de las modalidades contractuales y la rotación de personal en áreas remotas, apoyada en la inserción laboral del cónyuge y la inmigración de personal especializado; en Perú se evidencia un incremento significativo en la oferta de educación para la salud que está produciendo graduados por encima de la capacidad financiera de absorción por parte de los servicios de salud, pero curiosamente sigue siendo insuficiente para satisfacer la demanda social para este campo, por lo que las instituciones siguen abriendo mas y mas espacios de formación agravando el desfase entre el mundo laboral y el mundo de la educación sanitaria, y finalmente en Bolivia se presentan dificultades para el cambio debido a la resistencia sindical a la implementación de acciones como la evaluación del desempeño.

Se admite pues, que los trabajadores de la salud se encuentran en una crisis por sobrecarga laboral, stress, mercado global exigente, falta de inversión y sistemas de salud ineficientes, asociados a los procesos acelerados de urbanización y de migración. El aumento de la inequidad y la destrucción del medio ambiente, además de ser un factor determinante del desarrollo económico se puede catalogar como una ofensa ética y moral que atenta contra la seguridad humana, por lo que se genera una responsabilidad global para afrontar las posibles soluciones, siendo el número de trabajadores de la salud y su nivel de habilidades, conocimientos y competencias un indicador directamente relacionado con el estado de salud (6).

Con respecto al fenómeno de migración de trabajadores en salud (7), puede tener aspectos positivos al ser una opción para cubrir el déficit de personal de salud en ciertos países así como ayudar a los países que tienen sobreoferta de personal y a nivel individual puede ofrecer mejores oportunidades, pero tiene aspectos negativos al aumentar el déficit en ciertos países si no se tiene control. A pesar de los datos que se tienen no es posible determinar un panorama sobre el flujo de trabajadores entre los distintos países, se debe señalar que las razones que les incitan a estos trabajadores a migrar varían dependiendo el caso, pero en conjunto incluyen aspectos como, mejores condiciones laborales, mayores salarios y estabilidad política, entre muchas otras.

Igualmente es importante precisar que las migraciones internas, que se presentan con más frecuencia de las zonas rurales a las urbanas, no han sido por ahora objeto de interés marcado como si lo son las migraciones internacionales, que en la mayoría de veces se da desde países pobres hacia países ricos, impulsada por mejores condiciones laborales, tanto desde la perspectiva de mejor remuneración económica,

como por mejores oportunidades de carrera, mayor satisfacción laboral, estabilidad y seguridad, al igual que por razones familiares y sociales y situaciones de riesgo para la vida y la integridad personal.

Al estudiar este fenómeno en Europa (8), se encuentra que es muy importante estudiar e intervenir tanto la migración, como el reclutamiento. El balance ingreso-egreso varía según el país y la época de la que se esté tratando y que para el migrante la decisión depende de la posibilidad de encontrar mejores condiciones laborales, salarios más altos, mejores recursos del sistema de salud, oportunidades de educación y estabilidad política que se asocia con un ambiente seguro; igualmente inciden las oportunidades de viajar; la adaptación al nuevo país, la cercanía geográfica con el país de origen, las costumbres y el idioma el cual repercute en el reconocimiento y aprendizaje de los procesos específicos de la institución y el país receptor.

Desde la perspectiva ética, las migraciones de trabajadores de la salud benefician injustamente a los países receptores, porque deben invertir menos dinero y esfuerzo en formación de personal calificado para suplir sus necesidades, afectando a los países de origen en la formación de nuevos profesionales y en la atención de la población que queda desprotegida por la falta de personal competente.

Para controlar este fenómeno, se han venido postulando la generación de una serie de reglamentaciones entre países que regulen la movilidad, así como esfuerzos de retención en los países de origen y un comportamiento más ético en los de destino mediante convenios interinstitucionales. Frente a este problema surge un conflicto entre el interés social y el derecho individual, por lo que no basta una legislación restrictiva, aunque sea adoptada a nivel internacional, sino que se requieren estrategias que propicien el que se entienda y provea la salud como bien global que favorezca tanto el retener el talento humano en los países de origen como la búsqueda de la autosuficiencia en los países de destino.

En el primer caso se pueden adoptar medidas de protección en campos como la remuneración, la mejora de entornos de trabajo, los sistemas de apoyo, los incentivos no financieros, el servicio rural después de graduación y el reembolso, mediante permanencia, del costo de la educación pública. Igualmente es necesario contemplar programas específicos para apoyar los esfuerzos tendientes a renovar la fuerza laboral, aumentar la inversión en capacitación y formación y centrarse en trabajadores de origen en las comunidades locales.

En el segundo campo se pueden formular códigos de práctica<sup>7</sup> que promuevan el autocontrol de los países que reclutan personal de salud, que incluyan medidas como no contratar personal o poner tope en el visado para trabajadores que venga de países con insuficiencia de personal del sector salud, también crear desde los países receptores fondos de reinversión para la educación y para mejorar la infraestructura de

---

<sup>7</sup> En la 63ª Asamblea Mundial de la Salud WHA63.16, (Mayo de 2010) se adoptó el Código de Prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud. Se cuenta con la Resolución de la REMSAA XXXII/468 de abril de 2011, sobre Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud.

los países de origen y fomentar el desplazamiento de los pacientes hacia estos lugares (turismo médico).

En cualquiera de los casos debe mejorarse la producción de conocimiento útil al respecto ya que la planificación de las inversiones del talento humano requiere herramientas adecuadas para evaluar las situaciones y la inversiones presentes y futuras y para diseñar, aplicar, monitorizar y evaluar las estrategias y los resultados de tal manera que pueda alcanzar una importante reducción de la brecha entre teoría y práctica y suscitar el intercambio de información y conocimiento entre los diferentes países. Igualmente promover el conocimiento en este campo teniendo como meta construir una base de datos en recursos humanos en salud basada en la evidencia, la cual puede tomar como modelo la base de datos de Cochrane.

Debe considerarse que los esfuerzos para mejorar el fondo de donantes enfrentan grandes retos, uno es la coherencia y coordinación política para su manejo, otro es la armonización de las inversiones con los programas locales, siendo aconsejable ubicar la fuerza de trabajo como punto de enlace. La desviación de los recursos y la deficiente rendición de cuentas y la falta de objetivos definidos y concretos relacionados con los problemas prioritarios, también deben tenerse en cuenta como característica presente en la problemática.

El entorno macroeconómico resulta vital para el desarrollo de la fuerza laboral, en este sentido se deben generar políticas locales de contratación, educación y formación para el recurso humano en salud, que progresivamente disminuyan la dependencia y logren que el recurso se forme y permanezca en su lugar de origen.

Finalmente, la otra cara de la moneda, destacada por algunos autores (9), es la comprensión de la atención en salud como un fenómeno global y en este sentido la posibilidad de que los médicos en formación y los recién graduados, puedan desarrollar acciones en lugares apartados de su país de origen o en lugares de gran necesidad fuera de este. Esto permitiría sensibilizarse respecto a las necesidades en salud y al regresar podrían compartir su experiencia, ayudando a tomar conciencia. En el año 2005 el instituto de Medicina de Estados Unidos recomendó establecer a nivel federal un servicio de salud global para enviar a profesionales en la mitad de su carrera al extranjero para ayudar a aumentar las respuestas locales a enfermedades como el SIDA, la tuberculosis y la malaria; también propuso otorgar becas y reembolsos parciales de préstamos y fomentar asociaciones para el cuidado de la salud; además de crear cámaras de compensación de empleos en salud global.

#### **4.3.2. La Atención Primaria en Salud en contexto**

La atención primaria en salud (APS), entendida como un tipo de atención ambulatoria, directamente accesible por los pacientes, situada en la comunidad a la que sirve y con un enfoque sobre el individuo en su situación social y personal, cuyos principios son la combinación de capacidades y el brindar a los servicios de baja complejidad control sobre otros niveles de atención, genera un potencial considerable en la modificación

favorable del perfil de morbilidad, mortalidad y discapacidad, sin embargo análisis efectuados en Europa (10), señalan que no se está haciendo un buen trabajo, probablemente porque no hay alguien “detrás del timón” apoderándose de la estrategia. Esta situación se expresa con una baja sensibilidad a las necesidades de la población y en falta de coherencia y coordinación en la atención, lo cual resulta particularmente importante cuando la especialización y subespecialización de los profesionales conduce a fragmentación de la atención en salud, tratamientos innecesarios, necesidades insatisfechas o inadecuadamente tratadas, amenazas a la seguridad del paciente y aumento en costos.

Resulta prioritario fortalecer los esquemas de integración y de coordinación ampliada, que incluyan la funcionalidad de una red de servicios asistenciales, sociales y educativos debidamente articulados que permita un uso más eficiente de los recursos, sin embargo este propósito enfrenta barreras como el hecho de que los objetivos operacionales no son siempre compartidos, o que la división del trabajo está lejos de ser perfecta, o la falta de comunicación entre todos los participantes en la atención es muy frecuente, o el que la salud pública y la salud curativa son mundos aparte y finalmente que suelen ser notorias las malas relaciones laborales, así que resulta prioritario la generación de incentivos por trabajar en equipo que estimulen la creación de cadenas o redes integradas de atención.

Se considera que la disciplina central en la APS es la práctica general o la medicina familiar y que sus características claves son: atención generalizada (toda la población, sin exclusión), primer contacto de atención (disponibilidad de los servicios), orientación según el contexto del paciente (tener en cuenta circunstancias del paciente), continuidad (cobertura de las necesidades del paciente), integralidad. En cuanto a los servicios comprenden diagnóstico, curación, rehabilitación y apoyo, así como promoción y prevención en colaboración con otras disciplinas debidamente organizadas para el desarrollo de un trabajo en equipo eficaz, resaltando en particular la importancia del primer contacto de la atención profesional al paciente, ya que es en este punto donde la identificación general del problema se lleva a cabo y hay que brindar información oportuna, confortar o aconsejar, al tiempo que pueden requerirse procedimientos diagnósticos que generalmente van seguidos de tratamiento, decisiones que se toman junto con los pacientes, ya que su motivación y posibilidades son determinantes del éxito. Dependiendo del tipo de tratamiento, puede ser necesario involucrar otras disciplinas, requiriéndose nuevamente de una adecuada coordinación para evitar la duplicación y salvaguardar la continuidad del tratamiento (entendida como el grado en el cual los eventos de atención son percibidos por el usuario como un proceso coherente, conectado y consistente con las necesidades y el contexto personal).

Una revisión del desarrollo de servicios integrados de APS (11), plantea que no existe un modelo ideal para ello y que la combinación de modelos puede ser útil dependiendo de los resultados que se espera obtener en cada caso particular; igualmente debe ser claro que cualquier cambio que se pretenda realizar en las organizaciones participantes requerirá tiempo y estabilidad, para su afianzamiento, además resulta fundamental para

la eficacia del esfuerzo que la cadena de mando equilibre aspectos como participación social, liderazgo clínico, economías de escala e integración con los servicios de atención secundarios, a la vez que se enfoca en todo lo relacionado con los objetivos principales del cambio, sin dejar de lado el impacto que sobre los usuarios y la comunidad va teniendo el mismo.

También se señalan algunos aspectos que la evidencia ha mostrado como claves en el éxito de estas iniciativas:

- El control de fondos a través de alguna forma de contratación o la planificación, que incluya responsabilidad y acuerdos de gobernanza adecuados
- Esquemas de organización que incorporen mecanismos de integración en red, con estabilidad y sostenibilidad, que generen confianza e incluyan gestión de la cultura organizacional y los sistemas de información.
- Inversión en infraestructura y tecnología como ruta para mejorar el acceso, la equidad, la calidad y eficiencia en la atención, por supuesto ligada a altos estándares de calidad y a rendición social de cuentas.
- Trabajo multidisciplinario y en equipo, centrado en hacer frente a las enfermedades crónicas, apoyado en la transferencia y la sustitución de competencias, el cambio de comportamiento profesional, la identificación de factores de riesgo y un mayor empoderamiento para la autogestión por parte los pacientes, viéndose muy afectado por la escasez de personal y de redes de servicio.
- La participación y apropiación de la comunidad en las iniciativas, que deben estar centradas en fortalecer el primer contacto, la continuidad, la integralidad y la coordinación.

Se insiste en que en la operatividad de los sistemas de APS resulta crucial el financiamiento, el mecanismo de asignación del médico al paciente o grupo familiar, la estandarización de los procesos de remisión a los niveles secundarios de atención y el mecanismo de pago a los proveedores de servicios de APS, este último aspecto resulta vital como instrumento para potencializar el logro de los objetivos del sistema, por lo que ha sido objeto de atención en Europa (12), en donde básicamente se ha intentado que no se centralicen los presupuestos destinados a la salud, que se priorice la calidad de la atención de los pacientes sobre el éxito económico de la gestión administrativa, que en conjunto con los profesionales se incluyan las variables financieras en la toma de decisiones clínicas, que se minimice el riesgo de burocratización de los procesos y finalmente que se prevean y controlen las fallas y riesgos que cualquier modelo que se elija.

Algunas experiencias a este respecto son:

En **Inglaterra** se incorporó el "fundholding" que permitió a los médicos generales recibir un presupuesto fijo para pagar por los servicios que inicialmente incluían, además de la atención profesional, los medicamentos y la hospitalización no urgente de pacientes y que poco a poco ha ido abarcando servicios más complejos. Este esquema ha gozado de gran credibilidad, lo que permitió que la población atendida por este

mecanismo pasara del 7% en 1991 a más del 50% en 1997. Luego se introdujeron los "Total Purchasing Pilots" (TPP) y los "GP comissioning groups" para comprar servicios altamente especializados. Finalmente y en la búsqueda de disminuir los costos transaccionales asociados los "Primary Care Groups Trusts" (PCGs) reemplazaron a estos dos entre 1999 y 2002, esquema en el que la afiliación era obligatoria en el marco de la autoridad local de salud, luego en Abril de 2002 los "Primary Care Trusts" se establecieron como organizaciones independientes a través de Inglaterra, convirtiendo a la atención primaria en el centro de la toma de decisiones y la estrategia de salud local.

En **España** se destaca la experiencia de Cataluña en donde se puso a prueba una división comprador-proveedor, que facilito cierto grado de racionalización organizativa y mejora de la regulación de un sistema en el que 60% de las camas eran de propiedad de las organizaciones privadas y públicas no pertenecientes a las autoridades regionales de salud, luego se desarrollo una forma de "fundholding" con entidades de base Asociativa (EBA) en la que un grupo de médicos y enfermeras recibían un presupuesto, que incluía sus servicios así como las pruebas diagnosticas, tratamiento y derivaciones a especialistas, para una cantidad determinada de pacientes. Las evaluaciones comparativas mostraron balances positivos para los dos modelos, con cierta favorabilidad para los equipos EBA que consumían menos pruebas diagnosticas y referían menos los pacientes a especialistas, con el valor agregado de incluir cierto nivel de competencia de la que ha beneficiado el sistema en su conjunto.

En cuanto a la antigua **Unión Soviética** no se produjeron resultados estables en el tiempo porque aunque se asignaban presupuestos definidos a policlínicas que debían administrarlos para una determinada población, teniendo como deber autofinanciar la prestación si los requerimientos eran mayores a lo esperado, la drástica reducción de presupuestos con este fin ha implicado la necesidad para los usuarios de asumir pagos de bolsillo por el servicio.

En **Finlandia** la reforma permitió a los municipios actuar como compradores de servicios, privilegiando los presupuestos prospectivos mediante mecanismos de licitación, impactando positivamente los costos en atenciones asociadas por ejemplo a problemas de salud mental o de consumo, que frecuentemente son realizados por entidades sin ánimo de lucro, o para la atención especializada en la que para los lugares remotos se hace la compra a proveedores privados a quienes se les exige el desarrollo de consultorios de extensión para abarcar servicios como cardiología o gastroenterología, sin embargo estos esquemas representan sólo cerca del 0,2% del presupuesto de la atención especializada.

En **Estonia** en 2002, de la financiación per cápita, el 18,4% fue excluido con destino a la APS, que asumió actividades como cirugía menor, fisioterapia, radiología básica, endoscopias de rutina y pruebas bioquímicas.

En **Italia** el proyecto *imola* vincula equipos médicos y les reconoce incentivos como para cubrir áreas homogéneas con el objetivo de mejorar la atención al aplicar la



medicina basada en la evidencia produciendo importantes cambios frente a los tratamientos.

En **Suecia**, por medio de impuestos a los sistemas de salud, se estableció una red que diera una amplia cobertura de especialistas para así crear un sistema integrado.

En síntesis la implementación de pago a los proveedores de servicios de APS debe estar enfocada a alcanzar:

- **Mejoras organizacionales**, orientadas a conseguir disminuir el aislamiento entre las pequeñas prácticas, promover la participación de los ciudadanos en la planificación y gestión del sistema, superar los cuellos de botella, aumentar la eficiencia y racionalidad en el uso de los recursos, disminuir los tiempos y facilitar alianzas entre los grupos de APS, con aumento de la asignación de recursos, presupuesto descentralizado y generación de incentivos que garanticen el compromiso con el logro de las metas del sistema.
- **Atenciones más flexibles**, mediante una gama de servicios ampliada a los más sensibles, garantizando cobertura, acceso, oportunidad y resolutivez, apoyándose para tal fin en la comunicación electrónica, con objeto de poder adaptarse y responder de manera rápida a las necesidades tradicionales así como a las emergentes.
- **Calidad de la atención**, evidenciada como adherencia, mejoras significativas en la relación costo-efectividad de la atención y por sobre todo mejores resultados en salud.

Para esto, y frente a la política y estándares de servicio que se implementen, debe considerarse el efecto que el mecanismo de pago y la tarifa pueden llegar a tener en la conducta del proveedor, en el acceso y la calidad del servicio y en los costos del sistema. Es importante que al momento de la implementación se eviten los problemas que pueden resultar comunes para estos mecanismos, como por ejemplo el incremento irracional en los costos de transacción, las acciones para eludir de manera directa o indirecta el riesgo financiero, los incentivos perversos para aumentar o disminuir, de manera injustificada, el acceso a especialistas, a pruebas diagnósticas o a acciones terapéuticas.

También debe tenerse en cuenta en los procesos de implementación los problemas de gobernanza del sistema por una pobre alineación entre políticas y prácticas o por delegación no controlada de responsabilidades públicas, los capitales de corto plazo que buscan obtener ganancias muy rápidas e injustamente elevadas, a partir de los recursos del sistema, el desestimulo de acciones clave para el sistema de salud como la enseñanza y la investigación, las alianzas entre proveedores para limitar la acción y el control social y los riesgos de corrupción y politiquería que implican una inadecuada asignación y utilización de recursos.

Ahora bien, independientemente del mecanismo de pago es importante señalar que en los sistemas de salud fundamentados en esquemas de seguros, resulta relevante el denominado riesgo moral, que los individuos al hacer un balance prefieran pagar por un seguro y que luego sobre utilicen el mismo con el fin de aprovechar que gran parte del costo es asumido por la aseguradora, en cumplimiento de la hipótesis de maximización de la utilidad.

Una investigación al respecto (13), basada en datos obtenidos de familias de seis estados diferentes de EUA entre los años 1974 y 1977 a las cuales se les distribuyó aleatoriamente catorce planes diferentes de seguros, tomando como variables dependientes los datos de uso de los servicios de salud y la escogencia de seguros y como variables independientes lo referente a cada plan de seguros, medidas del estado de salud, gastos anticipados y otras como la edad, el sexo, la raza y el tamaño del grupo familiar, encontró que existen familias que tienen nivel de coaseguramiento de 100% que tienden a exceder el límite de su plan de póliza obteniendo atención completamente gratis, mientras que cuando ese porcentaje de coaseguramiento disminuye, también lo hace el uso de los servicios de salud, razón por la que desde la perspectiva de los aseguradores se postula la idea de la cobertura promedio de las pólizas de seguros con las aseguradoras y programas del gobierno alcanzaría un nivel óptimo si solo cubriera cerca de un 70% de los costos de la atención, implicando por supuesto dificultades reales en relación con la pérdida de la ventana de oportunidad para el diagnóstico y tratamiento de muchas situaciones de salud que son de interés en la perspectiva de la salud pública.

También debe considerarse que algunas variables inherentes a la sociedad, como el comportamiento de las personas, o los medios económicos, hacen difícil la calidad de la APS, por ende es necesaria una excelente y continua preparación de los equipos asistenciales que deben conocer las herramientas y a la vez ser críticos de ellas, lograr una rápida aceptación por parte de los habitantes del territorio y entender la versatilidad y varianza del sistema de salud en el que desarrollan su actividad.

En este contexto se debe recordar que hay tres componentes de interés para el éxito de esta estrategia: primero los pacientes, centrando la atención en sus potencialidades, en segundo lugar los trabajadores del área de la salud y finalmente las políticas en salud y sus planificadores, si se logra que estos tres grupos trabajen de manera mancomunada en la búsqueda de propósitos comunes, no es una utopía pensar en un sistema de salud con calidad.

Ahora bien, por cercanía y facilidad el primer grupo a abordar es el de los trabajadores, articulando la reglamentación del ejercicio profesional, la legislación y las políticas de servicios de salud y el desempeño específico, pudiéndose utilizar para tal fin estrategias de reunión y concertación como foros, conversatorios, talleres, auditorias y grupos de estudio entre otros, buscando aunar y evaluar los esfuerzos.

Igualmente se debe dar un rol más protagónico al paciente, brindándole la oportunidad de intervenir de manera informada y decisoria en el cuidado de su salud, buscando,

ahora sí, el compromiso de los decisores en la asignación de recursos adecuados para cubrir los costos de la calidad, relacionados con el mejoramiento de los proveedores, las instalaciones y los procesos de atención.

En Europa (14), en 1992, se inició un fuerte trabajo por la calidad que incluyó el establecimiento de normatividad a este respecto y el uso de herramientas que permitieran lograr el cumplimiento de los estatutos promulgados, para tal fin se contó con encuestas e seguimiento a los pacientes y sistemas informáticos para monitorizar el desempeño. Las estrategias hasta ahora implementadas incluyen:

- Grupos de revisión de pares: Habitualmente colegas (no más de diez) que se reúnen periódicamente con el fin de establecer criterios, recolectar información y evaluarse los unos a los otros en busca de determinar cuál es la mejor conducta a seguir y generar las condiciones para lograr el mejor resultado posible.
- Visitas de práctica: Se basa en realizar un acompañamiento al desempeño del equipo en el cual se evidencian las condiciones en las cuales debe desarrollar su actividad y se generan las recomendaciones pertinentes. Esta herramienta demanda tiempo y costos elevados ya que normalmente la visita la hacen varios profesionales a la vez, sin embargo sus resultados son muy buenos ya que permite repensar las acciones y mejorar la atención.
- Guías de manejo médico: fundamentadas en análisis de costo – efectividad, buscando garantizar un cubrimiento equitativo de las necesidades en salud. Su mayor reto se presenta en relación con la adherencia y seguimiento, que en los mejores escenarios solo ha alcanzado a ser del 67%.
- Auditorias: Habitualmente corresponden a unas revisiones sistemáticas del cuidado y de la implementación de criterios específicos de cambio.

Estos esfuerzos han evidenciado que se requieren recursos tanto económicos como de personal, estructuras de soporte (comités profesionales, actividades específicas de entrenamiento y educación y técnicas de mejoramiento de calidad, entre otras) y acciones concretas que estimulen a los trabajadores a interesarse por el mejoramiento de la calidad.

Es importante señalar que en Europa la búsqueda de la calidad no se ha dado de manera uniforme, sino que hay aprendizajes en lugares concretos que han ido expandiéndose y ayudado al resto del territorio a superarse, por lo que se puede hablar de niveles de avance así:

**Primer nivel:** habitualmente países que iniciaron trabajos desde finales de los ochenta y ya incluyen el desarrollo políticas de mejoramiento soportadas en un marco legal y un sistema de acreditación formal:

- **Dinamarca:** En los noventa cumplían con los criterios mencionados, y muchos de sus médicos generales hacían parte de programas de auditorías. Para 1995 crean los comités de mejora de la calidad y se logra que los médicos generales se agrupen en una misma asociación nacional que desarrolla guías de atención,

unificando así conocimiento y práctica. En este periodo también incorporaron las visitas de práctica para el mejoramiento de la calidad.

- **Finlandia:** Aunque estrictamente no tenían unas políticas nacionales y un marco legal totalmente desarrollado ya habían incorporado programas de entrenamiento orientados hacia la calidad, en los que además de proveer educación continuada a los médicos se efectuaba retroalimentación con el paciente. Igualmente incorporaron en esta fase guías nacionales.
- **Islandia:** Creo un esquema de acreditación formal, promovido por el gobierno y las organizaciones privadas, incorporo grupos de revisión de pares y encuestas a pacientes, además de sistemas de información, que sirvieron como base para la formulación de objetivos anuales de mejoramiento.
- **Holanda:** Incorporó una ley de autonomía profesional en la que se destaca la obligatoriedad de la re-acreditación para continuar con el ejercicio de la práctica médica y un avance significativo en el reconocimiento de los derechos de los pacientes, igualmente hizo una implementación de guías y de grupos de revisión de pares.
- **Suecia:** Para el mejoramiento de la calidad estableció un comité nacional encargado de asignar fondos, principalmente dirigidos a auditorias, generó una ley que estableció el entrenamiento continuo e integro también las quejas y puntos de vista de los pacientes.
- **Reino Unido:** En los setenta grupos de médicos generales ya usaban auditorias y en los ochenta el colegio real de médicos generales estableció que se debían incorporar revisiones de desempeño como parte integral de la vida profesional. En 2003 se produce un mayor incentivo al mejoramiento de la calidad al establecer que los honorarios de los médicos generales serían proporcionales al logro de metas y a la evaluación hecha por los pacientes.

**Segundo nivel:** Corresponde a países que desarrollan sus sistemas en una etapa posterior y que con frecuencia han alcanzado menores niveles de desarrollo:

- **Austria:** Los grupos de revisión de pares se comienzan a desarrollar en 1994 y utilizan guías médicas para la evaluación.
- **Bélgica:** Las guías de manejo médico y los grupos de revisión de pares hacen parte del sistema de mejoría desde 1995 y su participación es obligatoria para obtener la acreditación.
- **Francia:** Genera una agencia de desarrollo de guías y métodos de evaluación y solo hasta 1997 establece un sistema de soporte y comienzan a realizarse auditorias. Desde 2002 se establecen programas que buscan apoyar la

participación voluntaria en actividades de auto-evaluación y se implementa en el pregrado medico cátedras acerca de cómo mejorar la calidad.

- **Alemania:** Desde 1997 utilizan grupos de revisión de pares basándose en guías de práctica médicas
- **Irlanda:** Desde 1999 utiliza la figura de grupos de revisión de pares.
- **Italia:** Para 1996 contaba con un limitado número de guías, en su mayoría por médicos especialistas y desde 1997 la sociedad italiana aseguradora de calidad ha promocionado los grupos de revisión de pares.
- **Portugal:** Desde 1998 cuenta con indicadores de desenlace de la atención y ha buscado premiar a los centros médicos con mayor calidad generando un incentivo que promueva la mejoría a nivel nacional. Se han desarrollado guías de manejo médico.
- **Suecia:** En 1995 contaba con cerca de 180 líderes de grupos de revisión de pares y en 1996 se obligo por norma a los proveedores de servicios de salud a implementar programas de mejoramiento de la calidad.

**Tercer nivel:** Implica principalmente a los países de Europa central, en los que el manejo de la práctica médica no cuenta con un desarrollo amplio y los sistemas de salud pre-existentes son algunas veces obsoletos:

- **Croacia:** Busca involucrar a la sociedad para asegurar la calidad de la práctica, los médicos de familia desarrollan actividades voluntarias de auditoría y de grupos de revisión de pares. Los talleres y las conferencias cobran un papel importante, y hay entrenamiento a los médicos locales por parte de expertos Holandeses.
- **República Checa:** Aunque viene trabajando desde los noventa, a partir de guías de manejo médico, no estableció estrictamente los procesos de calidad en la práctica médica general.
- **Estonia:** El entrenamiento para médico general se establece en 1991 y para 1995 comienzan las reuniones para discutir la mejoría de la calidad.
- **Polonia:** En 1992 se establece el colegio de médicos de familia.
- **Eslovenia:** Para 1991 se generan varias reformas en el sistema de salud, hasta 1994 los médicos generales basan sus métodos de mejora en grupos de revisión de pares.
- **Turquía:** Las actividades del mejoramiento de calidad sólo comienzan hasta la entrada del nuevo milenio. Incluyen la administración de encuestas y la creación de un grupo base para la recolección de información.

Como ya se mencionó, estos países buscan el desarrollo de estándares comunes para el mejoramiento de la calidad de los sistemas y lograr aumentar el rol de los pacientes en la creación de políticas y evaluación de la calidad, igualmente su experiencia ha mostrado que el entrenamiento de los trabajadores es parte fundamental de la buena calidad del sistema, para lo cual se trabaja en la búsqueda de unificación de criterios, con implementación de acuerdo con el contexto particular de cada país.

Ahora bien y aunque hay variaciones muy importantes entre países, con fines académicos se puede afirmar que en Europa se observan tres modelos de sistemas de salud (15), los tipo seguridad social (sistema Bismarck), los basados en impuestos (sistemas Beveridge) y los públicos tipo soviético (sistema Semashko), en todos ellos se aprecia que desde los noventa se presenta un reajuste en las tareas asignadas a los servicios de cuidado primario y secundario, siendo relevante el esfuerzo por dar al nivel primario un rol más relevante que el de intermediario hacia la atención avanzada, sin embargo, el salario reconocido a los médicos de atención primaria no es el mejor, por lo que estos profesionales prefieren optar por especializarse lo más pronto posible con la idea de lograr mejores ingresos y horarios de trabajo más cómodos, convirtiéndose en un reto la disminución de la brecha salarial entre estos grupos.

La experiencia en Europa muestra también que otros retos importantes para la APS tienen que ver con la capacidad resolutoria del punto de contacto de los usuarios con el sistema, el trabajo interdisciplinario, el mantenimiento de la salud de los pacientes con enfermedades crónicas, los programas de cuidado en casa o en instituciones día de los adultos mayores y de los pacientes con algún grado de discapacidad y la coordinación y continuidad de la atención en las redes de servicio por medio de los sistemas de referencia y contra referencia. Son también retos de la APS, el seguimiento de los pacientes en los niveles más complejos de atención y del trabajo colaborativo en lugar del tradicional enfoque competitivo, acciones para las que se considera que la práctica de la Medicina general y de la Enfermería avanzada son el núcleo, debiéndose por ende trabajar intensamente en la preparación y adecuación de este recurso para afrontar los desafíos que se imponen.

Los aspectos de coordinación, orientados a garantizar accesibilidad orientación información, continuidad y solución de impases, al tiempo que se realiza control sobre los costos del sistema y sobre la calidad, han sido asumidos en Europa de diferentes modos, entre los que se destaca:

- **Francia:** Planteó la exigencia a las aseguradoras de la formación de redes para la atención de la población que requería atención de alto impacto y la creación del *carnet de santé*, como una forma de llevar el registro de la historia médica de cada paciente
- **Croacia:** Se ha enfocado con la implementación de grupos de práctica clínica de naturaleza monovalente (solo conformado por médicos generales) y polivalente (mezcla de especialistas y médicos generales, fusionando cuidado primario y

secundario) y se propuso la formación de policlínicas que favorecieran el trabajo en equipo y por tanto la disminución de los errores en el ejercicio clínico, experiencia que ha acarreado costos no cubiertos por las aseguradoras.

- **Holanda:** Se propone un cambio de práctica individual en medicina general por grupal, en la que se constituyen equipos para coordinar, para la regulación de la prescripción de medicamentos, para el cuidado de una población específica en horas no hábiles y para acciones extramurales, entre otros, que pretenden eliminar la brecha entre cuidado primario y secundario.
- **Reino Unido:** Organizó fideicomisos de cuidado primario, que pretenden unir este con el cuidado comunitario en busca de una mejor interacción con los usuarios.

Mención especial merece en este campo los esfuerzos para afrontar la atención de necesidades de salud biológicamente específicas de las mujeres dentro de los centros de salud (16), para lo cual es necesario generar practicas que logren eliminar barreras de cualquier tipo para ofrecer atención a las mujeres de acuerdo a sus necesidades y para reconocerlas como parte importante del sistema de salud.

#### **4.3.3. La doble práctica en el sector de la salud**

Otro frente de discusión es la mezcla de servicios públicos y privados más adecuada y por ende la posibilidad de que el personal se desempeñe de manera alternativa o simultanea en ambos escenarios. Al respecto, un estudio efectuado en zona rural de Uganda (17), donde el servicio es esencialmente público y comunitario, señaló que la inconformidad de la población en relación con los proveedores públicos está dada por aspectos como horarios reducidos, tiempos de espera y distancias más largos, variabilidad de un centro a otro y gastos no médicos previos al acceso, lo que ha generado cierta preferencia por los proveedores privados, destacando que la infraestructura, equipos, habilidades y capacitación del personal, así como el fácil acceso, son los aspectos más frecuentemente reconocidos como determinantes de esta situación.

Ahora bien, aunque los trabajadores de la salud consideran importante su actividad por la responsabilidad social, la realización personal, la satisfacción personal y el prestigio, entre otros, sin embargo los salarios insuficientes y las condiciones de trabajo con problemas de estabilidad y calidad, entre otras razones, hacen que estos recurran a estrategias de “afrontamiento individual” como la combinación de trabajos, el ausentismo, los llamados comportamientos depredadores, la apropiación indebida de fármacos y la remisión de pacientes para prácticas fuera del sistema, entre otras, con el fin de mejorar su ingreso.

Aunque todos ellos merecen un análisis especial, se destaca el tema del pluriempleo, que en el caso del personal asistencial puede significar que este se reorienta hacia campos que le resultan más rentables como las medicinas alternativas o que se orienta hacia otras ramas en el campo de la salud como la investigación, la administración o la

enseñanza, o que desarrolla actividades de ingreso económico no relacionadas con la salud, o que se mantiene en la misma práctica de la salud pero en diferentes sitios. El impacto de esta situación incluye los comportamientos predatorios (prescripciones que generan una demanda adicional de sus propios servicios) en detrimento de los intereses del sector, las instituciones, los pacientes y los colegas, deslegitimando así la prestación de servicios y reduciendo la muy necesaria confianza entre el usuario y el proveedor.

También se pueden generar conflictos de interés (con excepción de las actividades investigativas, educativas y administrativas, que suelen tener un efecto positivo en los dos primeros casos y neutro en el último), la fuga de cerebros, el ausentismo y la fatiga, que limitan la cantidad y calidad de los servicios, la pérdida de recursos y el que implica todos los anteriores, un alto nivel de corruptibilidad del sector, expresada como el uso privado de los bienes y capacidades públicas.

Para afrontar esta situación las investigaciones (18), han señalado que no suele funcionar la idea de que es una cuestión de ética individual o que es solo un problema de corrupción, ya que esto minimiza la complejidad del problema y conduce a medidas como la legislación restrictiva y el incremento sin concertación de salarios, que poco ayudan en la solución ya que los médicos no parecen estar dispuestos a renunciar a la autonomía profesional y a sus ingresos adicionales.

Se recomienda entonces la realización de debates abiertos al respecto, que permitan organizar los servicios de una manera más diáfana y predecible, generar incentivos por trabajo en zonas deprimidas o por el desempeño laboral, proporcionar un ambiente social (usuarios, compañeros y jefes) y un clima de “valores profesionales” que refuerce la adopción de una conducta profesional aceptable mediante la presión de grupo, tanto entre los trabajadores, como entre los proveedores y directivos del sector. Finalmente, el aspecto central, frente al cual se debe crear conciencia colectiva, se encuentra alrededor de que tipos de ejercicio privado se pueden permitir con el fin de minimizar los conflictos de intereses y qué mecanismos de regulación se pueden utilizar para compensar las deficiencias en la regulación de tipo legal, de tal manera que se garanticen, tanto para el sector privado como para el público, canales múltiples e independientes de rendición de cuentas a los ciudadanos.

#### **4.3.4. La cobertura en lugares apartados**

Para lograr el acceso a la salud en lugares remotos se han planteado diversas estrategias, entre las que se destaca la generación de estímulos directos a los trabajadores para que decidan desempeñar su trabajo allí y el recurrir a los denominados trabajadores comunitarios en salud.

En el primer aspecto y con base en la literatura existente (19), se puede decir que los factores que influyen en la decisión de los trabajadores de salud, respecto a desempeñar o no sus labores en sitios remotos, incluyen el entorno individual (condiciones familiares, procedencia del trabajador y edad, entre otros), las condiciones



locales de vida (vivienda, servicios públicos básicos, opciones de movilidad, transporte, etc.); el entorno laboral (factor salarial, infraestructura, recursos, situación de riesgo laboral, relación con colegas y jefes, entre otros), el entorno nacional (situación política y del sistema) y el entorno internacional (condiciones que se ofrecen en otro lugar). Por esto las estrategias que se proponen para atraer o mantener a los profesionales en las zonas de origen incluyen el entrenamiento (es decir, especializar al personal para trabajar allí), crear incentivos y mejorar las condiciones de trabajo y de vida.

En el segundo aspecto, los trabajadores comunitarios en salud, (CHW, en inglés), son entendidos como colaboradores con los que, por medio de actividades de promoción de la salud y programas de tamizaje, se pretende llegar a poblaciones que no tienen acceso directo a los servicios, han sido de interés en las últimas décadas y aunque los resultados aún no son concluyentes, la evidencia científica apunta a que en general son efectivos en lo que hacen dependiendo de 5 aspectos (20): cercanía a las poblaciones objetivo para garantizar impacto en el acceso, conocimiento de las patologías más prevalentes, estado de salud, costos y actitud hacia el cambio, tanto en los equipos de salud como en la administración del sistema y en las poblaciones beneficiarias.

Los determinantes del éxito de los programas de trabajadores de salud comunitarios son (21):

- **Factores socioeconómicos y políticos:** Muchos programas de trabajadores de salud comunitarios han surgido y se ha mantenido en situaciones de transición política y movilización popular, sin embargo, debe evitarse que estos colaboradores se conviertan en fuente de soporte o apoyo político para los gobiernos locales o en agentes de división social.
- **Factores comunitarios:** La ubicación de la comunidad y la infraestructura pueden tener profundos efectos sobre el impacto de los programas de agentes de salud comunitarios, por lo que su movilización puede desempeñar un papel importante en la mejora de la situación de salud en aspectos muy puntuales que deben ser identificados e informados oportunamente a fin de no crear falsas expectativas. Es importante señalar que el éxito de este enfoque se ha asociado a la implementación de mejores hábitos de higiene y a un mayor acceso a la prestación de servicios de salud a través de la mejoría de la identificación de señales de alarma y de los medios de transporte local.
- **Factores del sistema de salud:** Un factor determinante de la efectividad de los programas de los trabajadores comunitarios de la salud, es su relación con los servicios de salud formales. Los profesionales de la salud suelen percibir a los trabajadores comunitarios como ayudantes humildes que deben ser tratados como asistentes en los establecimientos de salud. Esta percepción de superioridad del personal de salud puede ser problemática a la hora de cumplir funciones conjuntas. Además esta rivalidad también puede llevar a disputas sociales y deterioro de la comunicación con una creciente falta de respeto. Sin una comunicación adecuada,

las expectativas que tiene la comunidad en los trabajadores de la comunidad se pierde en el sistema de atención de salud. También los trabajadores comunitarios pueden perder su propio valor dejando a un lado sus actividades preventivas, intentando seguir las actividades de tratamiento de enfermedades de los profesionales, en donde su desempeño en cuanto a tratamiento es limitado.

- **Factores organizacionales:** Los donantes internacionales y las políticas macroeconómicas afectan el gasto en salud global y la equidad en el acceso a servicios eficaces. La creación de suficiente "espacio fiscal" para permitir a los gobiernos a financiar los sistemas de salud ha sido reconocida como una de las prioridades para el desarrollo político. Por este motivo, los incentivos financieros y la remuneración sirven como motivación para el ingreso de trabajadores comunitarios nuevos y la permanencia de los mismos, dando más estabilidad al programa. Sin embargo la combinación con un enfoque no financiero también mejora el rendimiento del programa. Las estrategias no financieras incluyen elementos de identificación visual (insignias, camisetas, etc.), la adquisición de habilidades, competencias, y un horario flexible.

Se ha demostrado que la supervisión de apoyo conduce a los beneficios esperados, al menos en el corto plazo, y que los sistemas de control bien organizados tienen el potencial para mejorar la motivación y brindar desarrollo profesional, pero debe tenerse en cuenta que el elemento más importante de la supervisión es garantizar el flujo bidireccional de información. Y que es vital que el supervisor actúe como un modelo a seguir.

Finalmente y aunque el papel de los trabajadores comunitarios es relevante y oportuno en el aumento de la cobertura de intervenciones esenciales por ejemplo para la supervivencia infantil y otras prioridades de salud, hay que tener en cuenta que estos no pueden proporcionar atención integral a todas las necesidades de salud de la comunidad y por ende se debe insistir en que la vinculación de trabajadores comunitarios de la salud no debe utilizarse como excusa para no abordar las prioridades de salud que requieren habilidades más avanzadas para su resolución.

#### **4.3.5. La remuneración y los incentivos**

Un debate muy interesante para el sector es el papel que el médico debe cumplir en el sistema de salud y el grado de especialización que debe tener (22). Mientras para algunos los médicos deben alcanzar cada vez un mayor nivel de especialización y centrar su accionar en la atención individual de los pacientes, relegando en otras disciplinas y espacios la atención desde la perspectiva poblacional, asignándole al médico general la posición de regulador de la demanda (gatekeeper) mediante mecanismos de acceso diferenciado, otros enfoques, en contraste, insisten en que debe fortalecerse el rol y reconocimiento de la practica general y redefinir el accionar de los médicos hacia el liderazgo, la gestión y la coordinación del equipo de salud y ampliar su enfoque de lo individual hacia lo colectivo en relación con las familias y

poblaciones a cargo, mejorando en todos los casos la capacidad resolutive del nivel de acceso.

Desde la perspectiva del sistema, la evidencia parece favorecer la segunda posición, sin embargo esto representa nuevos retos desde la perspectiva educativa, salarial y organizacional. Es así como el problema de la remuneración del personal ha sido señalado como componente de algunas deficiencias en el rendimiento en la prestación de los servicios de salud, particularmente en su componente público y es de creencia común que tanto profesionales clínicos como administradores practican frecuentemente comportamientos “predatorios”, con el fin de presionar a los pacientes para que asistan a consultas privadas y demanden más medicamentos y procedimientos, sin embargo algunos análisis han señalado (23), que ante los bajos salarios, estos trabajadores buscan aumentar su ingreso y recurren a las que se han denominado “estrategias individuales de resistencia”, como formas de lidiar con ciertas condiciones insatisfactorias de vida y de trabajo y lograr sus intereses y aspiraciones.

La principal de estas estrategias esta en relación con el tiempo dedicado como consecuencia de tener empleos simultáneos para obtener más ingreso, así que se ha vuelto “aceptable” que un número importante de profesionales no cumplan su jornada en las instituciones públicas de salud, lo que implica, entre los clínicos, una disminución en el personal disponible para la atención y entre los administradores deficiencia en la implementación y desarrollo de los programas y servicios a su cargo, además del posible “conflicto de intereses” cuando los objetivos y políticas de la organización privada no son congruentes con la agenda y fines de las instituciones públicas y por mecanismos de control institucional se privilegian los primeros.

La segunda corresponde a la denominada “fuga de cerebros” que consistente en incapacidad de retener a la persona indicada en el lugar donde se necesita, e incluye tanto la migración entre países, como la movilización del recurso de lo rural a lo urbano, de lo público a lo privado y de lo necesario socialmente a lo rentable económicamente.

Ante esta situación la respuesta falla en no reconocer lo obvio: que los trabajadores están reaccionando individualmente a la brecha entre sus expectativas y lo que el contratante les puede ofrecer, lo cual no se soluciona simplemente con incrementos significativos de los salarios, para el caso del sector público de la salud, ya que, además de difícil desde la perspectiva presupuestal, no restaura la identificación social con el propósito del servicio público, así que resulta conveniente un mayor esfuerzo, desde la perspectiva cultural, en alinear los objetivos públicos con los privados en materia social, generando condiciones para lograr colectivamente las aspiraciones de las diferentes profesiones que interactúan en este campo.

Debe por tanto ser claro que las diferencias salariales intervienen en la motivación, el rendimiento y la moral del equipo, de tal manera que cuando el sueldo es bajo en términos absolutos, los trabajadores buscan complementar su ingreso con otras actividades como proporcionar sus servicios a otro empleador, participar en otras actividades generadoras de ingresos, lograr honorarios informales de los usuarios o

buscar ingreso extra de su mismo contratante. Por esto los responsables de establecer la remuneración deben considerar, además de las variables de costo de vida, oferta-demanda y precios de mercado, las percepciones de injusticia y desconfianza en el sistema y los sentimientos de incoherencias que pueden afectar la lealtad y compromiso de los empleados del sistema de salud.

Un estudio en África Subsahariana (24), encontró que la oportunidad e integralidad en el pago, la simplicidad en la estructura salarial, un sistema de remuneración equitativo y progresivo en relación con la carrera laboral del individuo, asociados a un ajuste entre la combinación de competencias y la asignación de tareas (que trabajadores altamente calificados se concentren en las tareas clínicas, de formación y de supervisión más complejas), son factores muy influyentes en la motivación, el desempeño y la retención de los trabajadores de la salud. Igualmente que se deben incluir adecuadas condiciones de trabajo, mejoras en la calidad en la supervisión, abordaje en el puesto de trabajo de los problemas de salud y seguridad y condiciones de vida familiar favorables las zonas más apartadas (particularmente corregir la falta de buenas escuelas), así como incentivos no financieros, que influyan de manera positiva en la satisfacción laboral y la promoción profesional.

En la implementación de un modelo de APS en Tanzania (25), se idearon políticas de motivación dirigidas al personal de salud que incluyeron: educación continuada; estructuras y criterios de promoción laboral cada cierto tiempo; otorgar vivienda y campañas de apreciación del desempeño laboral personal; igualmente se esforzaron en lograr un incremento de la comunicación dentro de los diferentes niveles del sistema para garantizar el aprendizaje y la corrección de errores cometidos, para tal fin asignaron las tareas de supervisión a los equipos de manejo de salud. A estos trabajadores luego se les indago acerca de la motivación y satisfacción en el desempeño de sus actividades en relación con el enfoque de APS, a lo cual respondieron que los incentivos monetarios son necesarios pero no suficientes en el mejoramiento de la motivación del personal en salud y que hay 3 temas emergentes a considerar: a. División del trabajo; b. Entrenamiento, supervisión y retroalimentación; y c. Promoción laboral.

En el Tema de División del trabajo se mencionó cómo la falta del personal mínimo necesario para el funcionamiento de las instituciones ocasionaba aumento de la carga laboral por empleado; esa situación también hacía posible que personal no entrenado para ciertas actividades terminara actuando más allá de sus posibilidades (ej: enfermeras atendiendo consultas médicas) y que personal sobre calificado realizara labores “menores” (ej: médicos haciendo labores de Aseo). Un último aspecto que arrojó éste tema fue el malestar manifiesto de los trabajadores de la salud que se sentían apostando con la salud de los pacientes al carecer de métodos confirmatorios de laboratorios y otras ayudas diagnósticas por lo que terminaban ofreciendo tratamientos basados en la experiencia acumulada con los años de trabajo más que uno de precisión o certeza (Mayor entrenamiento formal, mayor y mejor adecuación de la infraestructura local).

En el eje b. se menciona cómo la falta de ayudas diagnósticas obliga la remisión de la mayoría de los pacientes y la mala organización del sistema de remisiones de pacientes impide la comunicación adecuada, el seguimiento a los pacientes y posterior retroalimentación entre los trabajadores ubicados en los diferentes niveles del sistema la cual es necesaria para incrementar el nivel de experticia y corrección de posibles errores cometidos en la atención sanitaria. La necesidad de una mayor formalización de los conocimientos aplicados en la prestación del servicio fue evidente para obtener una mejor calidad. También se recalcó la absoluta necesidad de una mejor y positiva supervisión por parte de los entes distritales encargados de romper la cadena de perpetuación de debilidades institucionales, brindando mayor retroalimentación, supervisión sistemática y positiva para que todo redunde en obtener la confianza de la población evitando así que se salten pasos en la atención en salud.

En el último eje, concerniente a la promoción laboral, se dejó manifiesto por parte de los trabajadores la urgencia del establecimiento de claras metas y tiempos de promoción laboral con sus correspondientes aumentos salariales y transparencia en los ascensos.

#### **4.3.6. Motivación y retención de trabajadores de la salud**

Como ya se mencionó, entre los factores que contribuyen a la escasez de personal sanitario calificado se señalan la falta de planificación, presupuestos limitados para la salud, la migración de trabajadores de la salud, el bajo número de graduados, las oportunidades limitadas de empleo, los bajos salarios, las malas condiciones de trabajo, el débil apoyo y supervisión, la deserción del sector y las limitadas oportunidades de desarrollo profesional.

Internacionalmente se ha recomendado la existencia de 2.5 trabajadores de salud (médicos o enfermeras) por cada 1.000 personas ya que se reconoce que cuando los trabajadores de salud son escasos, los servicios de salud y los resultados sanitarios se afectan negativamente, y aunque en algunos países se fomenta la migración de los trabajadores, dado que los ingresos enviados a sus familiares (remesas) superan el costo directo de formación y se considera como un ingreso fijo y sostenido, en el caso del sector salud el beneficio señalado no resulta tan claro, por lo que se postulan estrategias para retener y motivar a estos trabajadores (26), en las que se considera que se debe enfatizar el desarrollo de una sólida reputación profesional, la estabilidad en el empleo y más oportunidades de formación y progresión académica.

Se recomienda estimular la contratación a tiempo completo y el compromiso ético de servir efectivamente durante la totalidad de la jornada contratada a cambio de estímulos financieros (salarios y prestaciones) y no financieros (mejoras en el entorno de trabajo, posibilidades de carrera y educación continua, reclutamiento rural con obligación de retorno para los aspirantes a estudiar en alguno de los campos de la salud y condiciones diferenciales de género (horarios y jornadas flexibles), entre otras.

Retener trabajadores en salud calificados es un reto para los países en desarrollo, principalmente ante las cargas de trabajo, que con frecuencia resultan excesivas, y ante situaciones que afectan la moral de estos equipos, llevándolos a considerar la migración como una opción válida para mejorar la calidad de vida, la seguridad y el desarrollo profesional.

Una revisión sistemática de motivadores financieros y no financieros (27), (entendidos como aquellos capaces de influir en la voluntad individual para mantener ciertos esfuerzos en pro de un objetivo específico) encontró siete motivadores mayores, la recompensa financiera en salarios y beneficios, la posibilidades de desarrollo en la carrera tales como especialización o promoción, manejo institucional en relación con la existencia de un clima laboral en el que hayan relaciones positivas con los administradores y compañeros, infraestructura hospitalaria, principalmente en condiciones físicas y ambiente laboral, disponibilidad de recursos en el hospital en equipos y suministros médicos, reconocimiento personal y/o apreciación de la comunidad, los colegas y los jefes y, finalmente, actualización profesional por medio de educación continuada (cursos y seminarios).

Dicho estudio destaca que el motivador financiero, aunque es muy potente, debe ser acompañado de una mezcla de los otros para ser efectivo y que contrario a lo que se supone, los bajos salarios son fuertes desmotivadores sólo si se perciben asociados a una carga laboral aumentada.

El desarrollo en la carrera está asociado al orgullo que genera el percibir avance profesional. El rol de la administración y manejo institucional se relacionó con la existencia de un jefe o administrador con buenas cualidades de liderazgo y relaciones inter personales. La disponibilidad de infraestructura y suministros médicos aunque no son un motivador muy potente, su ausencia si es un desmotivador altamente poderoso, ya que le impide al trabajador realizar su tarea a cabalidad y reduce su capacidad de agenciar la salud de sus pacientes. El reconocimiento o aprecio tiene un impacto muy positivo en el aumento de la autoestima, en la sensación de utilidad a la sociedad y en la confianza en el mismo. La educación y capacitación continuada son percibidas como una ayuda al progreso individual que permite al trabajador en salud tomar más deberes y responsabilidades, aunque resulta mucho más eficaz en trabajadores jóvenes.

Finalmente esta investigación precisa que impacto logrado en el uso de estos motivadores tiene estrecha relación con el contexto institucional y el sistema de salud local, así como con la presencia simultánea de otros factores motivadores o desmotivadores para el personal, sean estos de carácter general o individual, no obstante lo cual, mejoras significativas en el sistema de salud, acompañadas de beneficios financieros, aparecen como un motivador muy útil.

De otra parte, una investigación en Ghana (28), señaló que en la mayoría de los casos de insatisfacción de los trabajadores de la salud está relacionada con bajos salarios, dificultad para suplir necesidades básicas, problemas de vivienda, falta del equipo, herramientas y materiales adecuados para trabajar y escasez del personal. Los

resultados obtenidos apoyan la idea que la baja calidad de los servicios de salud es debida a todos los obstáculos que los trabajadores de salud deben afrontar para cumplir con su tarea, los cuales frustran y desmotivan y no pocas veces pueden conducir al síndrome de trabajador quemado.

#### **4.3.7. Corrupción en el sistema de salud**

El sistema de salud es susceptible a la corrupción debido a que éste recibe el flujo de grandes cantidades de dinero y aunque esta situación se presenta en todos los países, su impacto es muy notorio en aquellos que se encuentra en vías de desarrollo, en donde los recursos públicos escasean y por ende hace muy difícil que se logre un crecimiento suficiente del sistema y un desarrollo adecuado de la sociedad.

En estricto sentido, corrupción no es solamente el aceptar sobornos y cambiar decisiones por dineros, bienes o oportunidades, hay muchísimas otras formas de corrupción más sutiles, y en las cuales es médico puede llegar a incurrir sin siquiera notar que su criterio está siendo alterado por un tercero, por ende puede involucrar desde sobornos por un proveedor privado para ganar un contrato ofertado por el gobierno, pasando por el mal uso de los recursos para lograr un beneficio privado, el uso de locaciones públicas para el desarrollo de la práctica particular, el trabajar menos del horario al que se está contratado o el pago a individuos o instituciones en dinero o especie, hecho por fuera de los canales oficiales de pago, llegando hasta incluso la exigencia de pagos particulares por parte de los usuarios para garantizar una mejor atención en servicios ya cubiertos por el sistema de salud, implicando en últimas que un segmento de la población deja de acceder a la atención, a pesar de estar teóricamente cubierta, y debe por ende recurrir a servicios complementarios lo que favorece la desigualdad y fomenta la pobreza.

Por el riesgo asociado de corrupción, merece una mención especial el tema de los insumos (medicamentos, equipos y materiales) en todas sus fases tanto en la selección, como en la adquisición y distribución, resultando esencial fijar reglas claras, principalmente para el sector privado en su actividad de promoción, y contar con un gobierno institucional fuerte, con disponibilidad y análisis oportunos de la información, de la misma manera debe contarse con una logística suficiente para evitar el robo, la falsificación y la reventa en todas sus formas.

De otra parte resulta importante precisar que la percepción de corrupción depende de la conciencia colectiva y del balance entre política y oportunidades económicas propias para cada persona o grupo de interés (29). Llama la atención que en Europa se considera a las instituciones de salud entre las más corruptas siendo el pago por fuera de las políticas oficiales o “bajo cuerda” el problema más común, es decir el abuso de roles o recursos públicos en busca de una ganancia particular, aunque no sea reconocida como corrupción o se considere incluso como un elemento cotidiano de la

actividad laboral. Uno de los problemas del pago informal es que es muy difícil de diferenciar entre un soborno y un regalo ya que en muchos países es culturalmente aceptado que el paciente ofrezca regalos al médico en forma de demostrar gratitud, y sin esperar ningún beneficio o repercusión a cambio.

Las estrategias para combatir la corrupción son muchas veces sencillas pero necesitan la participación concertada de sociedad, gobierno, sector privado, profesionales y trabajadores de la salud, pacientes y usuarios, utilizando diversos métodos que requieren de soporte logístico y económico. Entre las soluciones que se han propuesto esta la disminución del tamaño del componente público, mejoras sustanciales en los sistemas de información, contables y de control, el incremento en los salarios de los trabajadores, el endurecimiento de las sanciones legales por corrupción, cambios en el sistema de pagos que generen estímulos en la dirección correcta para mejorar el rendimiento y desempeño, sin embargo cualquiera que sea la mezcla de estrategias que se seleccione, es muy importante la transformación cultural y la participación social.

#### **4.3.8. La formación, actualización y desempeño del recurso humano en salud**

La deficiencia en el ejercicio de la práctica clínica de los médicos en los países en los que los salarios son bajos o medios, es un problema particularmente urgente, debido a que muchos pacientes niños o adultos mueren prematuramente cada año, a pesar de las muchas opciones terapéuticas que existen. Para algunos autores (30), los determinantes que más tienen relación con la calidad del ejercicio de los médicos son los relacionados con aspectos individuales como el conocimiento, la motivación, el salario y la experiencia, entre otros, igualmente están los relacionados con los pacientes y sus patologías. Se destaca el papel que juegan los sistemas de salud y sus políticas y las condiciones locales para el ejercicio profesional, en particular la gestión de los recursos humanos en salud, cuya pobre gestión ha desencadenado una distribución geográfica inequitativa, disminución en el desempeño de los sistemas e informalidad asociados a los cambios y transiciones que pueden afectar las motivaciones y comportamientos de estos trabajadores.

Se evidencia entonces un mal desempeño que los usuarios identifican por la mala calidad de la atención, la espera prolongada, la ausencia y el desperdicio de tiempo por parte de los profesionales, el oportunismo, la informalidad y la ilegalidad, aspectos que aunque suelen ser reconocidos, terminan justificándose con la sobrecarga laboral y la falta de recursos para trabajar.

A este respecto, un estudio en Etiopia (31), identificó como problema principal la transición del sistema de salud, asociada a bajos salarios, problemas de infraestructura y pocos recursos para trabajar y para desarrollar las habilidades adquiridas, destacando la importancia de la estabilidad laboral y el entrenamiento, así como la necesidad de un enfoque ético para el desempeño, que limite el afán de lucro de los agentes privados e impacte aspectos informales asociados a la corrupción como la “ley



del silencio” que cobija a muchos centros y profesionales, y un marco regulatorio estable que oriente las metas y el desempeño del sector, con un especial énfasis en la gestión de los recursos humanos.

Se han realizado estudios con el fin de evaluar el impacto de diversas medidas para mejorar el trato de los trabajadores de la salud hacia los pacientes (32), encontrando que estos esfuerzos han tenido impacto en el tiempo total empleado por los usuarios en las instalaciones sanitarias, así como en una actitud más amable y respetuosa que incluye mejoras en la calidad de las explicaciones, así como en la disponibilidad de medicamentos y de los servicios, sin embargo se señala que pueden persistir dificultades en estos aspectos si no se abordan los eventuales conflictos internos de los equipos de trabajo, particularmente cuando se minimiza o se niega su existencia, por tal motivo en estas intervenciones resulta prioritario que se trabaje en mejor comunicación e integración funcional entre los miembros del personal y una mayor apertura para discutir y resolver problemas por sí mismos.

Hay seis aspectos a considerar en el desempeño y la interacción con las comunidades del recurso humano en salud (33), los cuales se enfocan desde la perspectiva de recurso o capital:

- Humano: Comprende las habilidades y conocimiento de la labor que tiene el trabajador para ejercer dentro de su área local.
- Físico: Incluye toda la infraestructura que pueda ser requerida para la óptima prestación del servicio.
- Financiero: Corresponde al flujo de dinero para atender las necesidades, sostenerse y desarrollarse.
- Social: Tiene relación con espacios de membrecía en grupos formalizados y las relaciones de confianza, reciprocidad e intercambio, así como las normas y tareas que reúnen a un grupo en específico alrededor de un propósito compartido.
- Cultural: Es tanto el conocimiento que se adquiere por medio de educación, socialización, entrenamiento e intercambio con pares y otros miembros del grupo, como la expresión particular de los valores, creencias, costumbres y prácticas que dan identidad al trabajador dentro de la comunidad o área local en la que se encuentra ejerciendo.
- Simbólico: es la forma en la que las acciones son reconocidas y percibidas como legítimas y aprobadas por una sociedad y por ende generan prestigio, reputación y reconocimiento y por ende le confieren cierto grado de poder al trabajador de la salud.

En este enfoque el capital social y cultural tienen relevancia especial en los trabajadores en salud por su cercanía con las dinámicas de la comunidad, que implica una mayor comprensión de sus necesidades y una gran responsabilidad al gestionar y distribuir los recursos disponibles, aspecto del cual depende en gran parte el buen desenlace de la atención, resultando crítico cuando se debe ejercer en ambientes y comunidades con escasos recursos, en las que con frecuencia deben sobrepasar su labor, movilizando recursos y capacidades propias para generar redes que les sirvan

de apoyo para afrontar el reto creciente, lo que genera un importante riesgo de quemarse en el trabajo, lo cual se evidencia en el estudio efectuado en Tanzania en el que se encontró que:

- La falta de personal implica la toma de decisiones por parte de trabajadores no calificados, asociado a un alto grado de errores y estrés.
- Las deficiencias de capital físico evidencian la debilidad del sistema, particularmente en lo relativo a suministro de medicamentos y procesos de referencia y contrareferencia.
- Los problemas financieros impactan el acceso a trabajadores y servicios calificados y a medicamentos.
- La escasez en el capital cultural es suplida parcialmente por los trabajadores mediante sus vínculos con otros centros y colegas con los que intercambian conocimiento, sin embargo implican con frecuencia la búsqueda de opciones de entrenamiento y de oportunidades de tener otra ubicación laboral.
- Las deficiencias de capital social para sobrellevar los problemas laborales es una constante en este estudio e implica impactos negativos en las relaciones con la comunidad y en las tareas que complementan el servicio médico.
- El componente simbólico, resulta esencial en el nivel de abogacía, mediación y comunicación entre comunidades.

Las adecuadas condiciones de trabajo en una organización de salud generan que los trabajadores cooperen con lo que deben hacer y rindan en ello para lograr y asegurar la calidad en la atención, la investigación (34), evidencia que los trabajadores de la salud señalan que persiste la falta de oportunidades para participar en la toma de decisiones sobre políticas que los afectan y la falta de atención por parte de las autoridades respecto a lo que ellos proponen, igualmente que se mantienen algunas diferencias de género dadas principalmente por un tratamiento inferior y mayores restricciones en la autonomía y los ascensos hacia las mujeres.

En la evaluación de la calidad percibida del servicio se incluyen aspectos como: *Tiempo gastado en el servicio*, que va desde el ingreso hasta el egreso y que incluye la suma de los tiempos de espera, tanto para la atención, como para recibir un reporte y los tiempos de atención directa por cualquier colaborador de la institución, la *Comunicación entre proveedores y usuarios*, en particular en lo relacionado con el contenido y estilo y la búsqueda y solución de inquietudes y su impacto en la comprensión y adherencia a las instrucciones recibidas así como al tratamiento, al profesional y a la entidad prestadora, *la actitud del proveedor* en aspectos como la empatía, la confidencialidad y privacidad, *la provisión de servicios*. En aspectos como su existencia y disponibilidad, encontrando en Kenia (35), de manera particular los pacientes resienten fuertemente cuando perciben una actitud negligente por parte del prestador, siendo importante desarrollar un interés sincero de los proveedores en hacer su trabajo y entrenamiento para conocer las necesidades de los usuarios, identificando así deficiencias en habilidades e infraestructura, planteando la importancia de contar con soporte y ayuda externos, especialmente por parte del sistema de salud.

#### 4.3.9. Transformación en la prestación de los servicios de salud

A manera de síntesis se destaca que las reformas a los sistemas de salud, que han sido promovidas y apoyadas por diferentes organismos de ayuda internacional y entidades multilaterales, sobre todo en las últimas décadas del siglo pasado, han centrado sus esfuerzos en la introducción de mecanismos de mercado y la participación más activa del sector privado. Sin embargo, independientemente de los argumentos técnicos que la soportan y los resultados obtenidos, la evidencia (36) ha mostrado que el interés de lucro que orienta las acciones de muchos de los agentes en estos modelos, conlleva la desviación de los recursos hacia actividades con mayor potencialidad de rendimiento y utilidad económica, lo que implica problemas importantes de coordinación e integración en la atención, con resultados menos favorables en el control de enfermedades de interés en salud pública y en el costo y acceso a los servicios.

Se recomienda tomar acciones que propendan por el desarrollo, fortalecimiento y mantenimiento de la autonomía del paciente y el médico, de la participación social a todos los niveles y de las funciones de regulación y control del sector público, principalmente a nivel local, teniendo en cuenta que los resultados en salud no dependerán solamente de las acciones y eficiencia de este sector, sino que también están relacionadas con el crecimiento económico, la reducción de la pobreza y el impacto positivo en problemas estructurales como la corrupción, el clientelismo y la toma de decisiones políticas a favor de grupos privilegiados.

Debe recordarse a este respecto, que la dirección de las organizaciones, cuya actividad está relacionada esencialmente con la toma de decisiones, la división de las tareas y la búsqueda del cumplimiento de los objetivos institucionales, en el caso del sector salud, está influenciada por el entorno regulatorio y financiero y por las autoridades que lo manejan.

Algunos autores (37), destacan que, por los problemas de coordinación, muchos países han venido abandonando total o parcialmente los modelos que se estimularon durante el último cuarto del siglo pasado y que estaban centrados en la introducción de mecanismos de mercado y que reemplazaron los modelos jerarquizados que existieron previamente y que en la actualidad están optando por mecanismos de redes, centrados en la interacción eficaz entre partes interdependientes.

Al respecto se debe precisar que la evidencia sugiere que los trabajadores de la salud y sus organizaciones están más motivados y se desempeñan mejor en esquemas de este tipo, sin embargo también estos enfoques deben enfrentar algunos retos los cuales en su mayoría están dados por la excesiva dependencia del ambiente colaborativo (que se torna crítica con la presencia de problemas de comunicación o de cooperación). La “jerarquía” ejercida por miembros con mayor poder o prestigio (posición dominante) y la falta de confianza (justificada o no) al interior del equipo o con los agentes externos, requiere de mecanismos de regulación (centrados en la

responsabilidad y el autocontrol) y de financiamiento que generen una vigilancia de estos riesgos, igualmente el cambio en la cultura (creencias y prácticas compartidas) que lleve a la mejor comprensión de las herramientas adoptadas.

Por esto debe considerarse que los aspectos determinantes para introducir un cambio significativo en la prestación de servicios de salud son (38):

- **Perfil de salud:** Que incluye la realidad demográfica, la situación de morbilidad, mortalidad y discapacidad de la población objetivo y las condiciones de oferta de los servicios sanitarios.
- **Contexto Político y Políticas Públicas:** El posicionamiento en la agenda pública de los temas de salud, el papel de los diferentes grupos de interés (stakeholders) y el ordenamiento legal vigente, resultan esenciales para garantizar el éxito de cualquier ajuste o reforma, la cual resulta del adecuado ejercicio de la capacidad regulatoria de los diferentes niveles del estado como representantes y mediadores de los intereses sociales.

A este respecto, una revisión de la literatura (39), que abordó el impacto de la descentralización en el recurso humano en salud, teniendo en cuenta tres perspectivas: los administradores locales, las autoridades nacionales y los trabajadores directos de salud, señala que este es un problema de gran complejidad ya que sus resultados dependen en gran medida del modo en que se establezca, la manera en que los cambios afectan a los actores civiles del estado, el tamaño del país, la estabilidad jurídica, el nivel político que se maneja y los aspectos salariales. Este proceso también se ve afectado por la actuación de los administradores locales en un contexto de descentralización el cual depende del rango y del nivel jerárquico en el que se encuentren y del tipo de obligaciones que asuman, sin embargo las tres preocupaciones que se resaltan son la provisión de los servicios, la actuación correcta y eficientes de empleados y que se cuente con un personal administrativo eficiente y adecuado; en cuanto a los trabajadores directos de la salud su respuesta a la descentralización depende de factores como su situación familiar y económica, las oportunidades que se le ofrezcan para su desarrollo profesional, la estabilidad del empleo y el nivel salarial, entre otras; y en el caso de los líderes nacionales su trabajo pasa de ser el administrador del sistema a encargarse de las políticas públicas, la planeación estratégica, la vigilancia de las unidades descentralizadas y el control de los agentes, por lo que la inercia y la resistencia al cambio aparecen como elementos centrales.

Con respecto a la **Disponibilidad de recursos** tanto humanos, como financieros y de infraestructura, siendo el primero el que más fácilmente se excluye de los análisis, se considera con frecuencia que este determina el éxito o fracaso, ya sea por lo difícil y costoso de su preparación o por su actitud y costumbres históricas.

En este sentido, los posibles mecanismos para garantizar su compromiso con el cambio incluyen capacitación (Instrucción específica con el fin de incrementar el rango

de servicios que pueda ofrecer el equipo), sustitución (cambio de uno o más miembros del equipo de salud con el fin de reducir costos y aumentar la calidad de la atención), delegación (asignación de tareas a estudiantes o aprendices con supervisión de un profesional del equipo) y renovación (contratar personal nuevo y capacitado, para actualizar el conocimiento del equipo de trabajo y los procedimientos establecidos). Cualquiera que sea la mezcla de mecanismos elegida es esencial que se cuente, sin excederse en el número, con una cantidad suficiente y bien capacitada de trabajadores.

La **Percepción de los usuarios** con respecto a la favorabilidad frente a los cambios, dependerá de las expectativas previas, que en el caso del servicio de salud se relacionan con el acceso con calidad a los medios necesarios para lograr un diagnóstico y tratamiento oportunos, además de los incentivos que esperan y que dependen del contexto social.

Por este motivo en el sistema resulta clave la cantidad de movimientos que debe realizar para lograr su propósito y la forma como se realizan, valga decir, los cambios en el médico o equipo tratante, las interconsultas dentro o fuera de la institución y las remisiones a mayor complejidad que deban efectuarse, por esto en el centro del debate debe ubicarse la capacidad resolutoria y la permanencia del equipo inicial de contacto, de tal manera que no se perciba solo como una traba burocrática establecida para impedir el acceso al nivel en el cual si se pueden resolver sus problemas.

En este contexto, resulta importante señalar que el éxito en la expansión de la fuerza laboral de salud parece estar asociado a un sistema de educación y formación flexible y centrado en las prioridades de salud de la población, que vincula eficazmente la enseñanza, la prestación de servicios y la investigación y que se apoya en políticas y un sistema regulatorio que enfatiza la calidad en ambos campos.

#### **4.3.10. Principios rectores de la acción**

Se recogen como principios rectores de la acción los que se recomiendan en el ya citado informe de la OMS “Scaling Up, Saving Lives”:

*Atender las necesidades sanitarias de los países e integrar la educación y la formación en el sistema de salud*

Los programas de educación y formación en salud deben preparar a los futuros trabajadores para las responsabilidades que enfrentarán cuando presten su servicio, por ende la competencia central que debe desarrollarse es la capacidad de respuesta de manera flexible, económica y confiable a las necesidades de salud de la población, lo que implica una adecuada mezcla de teoría y práctica que facilite la adquisición de los conocimientos, habilidades y actitudes más relevantes para solucionar los problemas comunes de salud, entre los que se destacan las infecciones, la mortalidad asociada a eventos prevenibles y la creciente incidencia de la enfermedad crónica y la enfermedad mental, incluyendo un adecuado enfoque de salud pública y atención primaria de salud.

*Aumentar la equidad y la eficiencia de escala a través de la innovación en el diseño curricular y su ejecución*

Aunque no se encuentran suficientemente documentadas las deficiencias en los enfoques actuales de los programas de formación de los trabajadores para el sector salud, si se mencionan como dificultades el exceso de especialización en las disciplinas científicas y clínicas, la falta de relevancia para la práctica real de la salud y la falta de integración entre los profesionales en formación, así como el énfasis en el conocimiento teórico y la práctica en hospitales de mayor complejidad, lo que puede implicar una baja capacidad de los graduados para hacer frente, de manera eficaz, a las necesidades de la población en la vida real, particularmente donde hay pocos recursos y un acceso limitado a equipos y tecnología.

Igualmente es objeto de discusión la presencia en el currículo de material que eventualmente no es aplicable o relevante en forma directa para enfrentar los problemas de salud prevalentes y en este sentido en algunos niveles se interroga la posibilidad de repensar, racionalizar y concretar mejor los planes de estudio a fin de acortar su duración y acelerar la producción de personal sanitario.

*Mejorar la calidad a través del liderazgo y la colaboración*

Muchos docentes y líderes académicos, a pesar de ser talentosos y dedicados, trabajan en circunstancias muy deficientes, por lo que resulta casi imposible contar con ambientes de aprendizaje efectivo o con recursos y herramientas para la innovación, la toma de decisiones y la gestión institucional, por lo que se recomienda la búsqueda de estrategias para mejorar la colaboración y el intercambio de información con otros sectores y entre líderes de la formación del recurso humano en salud, incluyendo, entre muchas posibilidades, las redes de socios académicos entre países, espacios virtuales para la consulta abierta y asesoramiento sobre problemas específicos, y asociaciones más sistemáticas con vínculos globales de aprendizaje y apoyo. En este contexto algunos de los propósitos son:

- Mejorar la accesibilidad y reducir la deserción entre profesores y estudiantes, con iniciativas como ayuda financiera, vivienda de calidad, políticas que promuevan la participación de estudiantes procedentes de entornos desfavorecidos, mejora de la equidad del sistema de salud para proveedores y pacientes, oportunidades de becas en campos de interés y la presencia de instalaciones y recursos educativos de las instituciones más prestigiosas en comunidades rurales y urbanas desfavorecidas, entre muchas posibles.
- Integrar la formación inicial y la formación continua, Mediante estándares periódicos y obligatorios de actualización que garanticen la cualificación y el perfeccionamiento de los conocimientos y competencias, los cuales en lo posible deben ser financiados por las entidades que integran el sistema de salud, de tal manera que sean gratuitos para los trabajadores en ejercicio.

- Desarrollar plataformas educativas comunes para los diferentes tipos de personal de salud, en las que se asuman los conocimientos y aptitudes generales que necesitan los trabajadores de la salud de diferentes disciplinas, contribuyendo así a la flexibilidad y la integración.
- Mover el aprendizaje a la comunidad, la salud pública y la atención primaria pueden ser el enfoque unificador para la renovación curricular, dando espacio para que los estudiantes puedan, con una supervisión y acompañamiento adecuados, completar su aprendizaje en sitios satélite ubicados en las zonas rurales y remotas que permita una interacción eficaz con la comunidad mediante la educación modular y el aprendizaje en la acción.
- Aumentar el uso de tecnologías de la información y la comunicación, A la luz de las cifras de penetración en el mundo, las TIC pueden representar un enfoque prometedor para mejorar el acceso a la educación de estudiantes y trabajadores de la salud, particularmente mediante el uso de tecnología satelital en zonas remotas, debe considerarse eso si la necesidad de disociar el tiempo y la distancia de las actividades de aprendizaje y la capacidad de los alumnos para estudiar mientras entregan el servicio, como principales características un programa basado en la Internet. Sin embargo y a pesar de las innovaciones tecnológicas y de comunicación, debe tenerse presente que la principal herramienta de un sistema de atención en salud es el contacto entre el paciente y el equipo responsable de su atención, por ende todas estas ayudas deben supeditarse y orientarse hacia la eficacia y calidad de este encuentro, ya sea porque mejoren las habilidades y conocimientos del equipo y de esta manera su capacidad de acción o porque incrementen en el paciente su poder de decisión, dentro de un ambiente de dialogo personal, abierto y franco (40). Por esto además de las muy necesarias competencias tecnológicas en las que se deben formar a estos trabajadores, se deben hacer mayores esfuerzos tendientes a garantizar el correcto uso e implementación de la información disponible para lograr una comunicación eficaz y asertiva.
- Mejorar la educación a través de programas de garantía de calidad, como parte de la preocupación por la calidad en la formación y la atención y por el enfoque en auditoría y acreditación institucional o de programa, durante las últimas décadas una ola de organismos de certificación ha hecho su aparición, sin embargo debe tenerse en cuenta que el objetivo último de la garantía de calidad en educación tiene relación con el nivel de los graduados asegurando al público que un programa prepara realmente profesionales competentes para las prioridades de salud del país, prevé la responsabilidad institucional y le permite guiar los cambios futuros.
- Fortalecer la capacidad institucional, mediante nuevos enfoques para la financiación, la ampliación del número de profesores cualificados, la mejora de las asociaciones que permita el aprovechamiento del hermanamiento y las alianzas y la exploración de enfoques regionales para su trabajo, maximizando el uso de la

capacidad existente en el país. La escasez de maestros calificados persiste por las mismas razones subyacentes a la deficiencia de personal sanitario: malas condiciones de trabajo, bajos salarios y pobre promoción profesional, por lo que debe abordarse de manera similar. Los elementos esenciales para el éxito de las alianzas tienen relación con la similitud de la visión institucional, el desarrollo de confianza institucional, la voluntad de establecer y promover a largo plazo intercambios bilaterales y la calidad y la profundidad de las relaciones interpersonales y sus beneficios incluyen además la posibilidad de economías de escala y la combinación de recursos para desarrollar programas capaces de satisfacer necesidades más globales, con esfuerzos que ya están en curso como la formación del profesorado o el acceso a bancos de datos y la traslación de conocimientos basados en la colaboración Cochrane.

Recientemente, una comisión de 20 líderes profesionales y académicos de diversos países, se reunieron para desarrollar una visión compartida y una estrategia en común para la educación en medicina, enfermería y salud pública y señaló (41), la importancia de trabajar en dos frentes:

**Aprendizaje transformacional:** Como resultado de reformas instructivas orientadas a pasar del aprendizaje informativo (conocimiento y habilidades de experto) al formativo (socialización basada en valores profesionales) y de este hacia el desarrollo de cualidades de liderazgo que permitan contar con verdaderos agentes de cambio. Implica por ende superar la memorización de hechos para avanzar en la investigación, el examen y la síntesis de información útil para la toma de decisiones. Bajo este modelo más que credenciales profesionales se buscan evidencias que comprueben que se han adquirido las competencias necesarias para trabajar en equipo; ser efectivo en el marco del sistema de salud; adaptar de forma creativa recursos globales para enfrentar situaciones locales; promover la educación inter y trans profesional, establecer relaciones de colaboración no-jerárquicas favoreciendo el desempeño de equipos efectivos y utilizar el poder de las tecnologías de la información para construir valores centrados en la responsabilidad social

**Interdependencia en la educación:** Fundamentada en reformas institucionales, que favorezcan el paso de un modelo centrado en sí mismo, a la armonización entre sistema de salud y educación, el canje de instituciones independientes a redes, alianzas y consorcios y el logro del aprovechamiento de los contenidos educativos, recursos de enseñanza e innovaciones globales, permitiendo el abordaje local de la situación de salud y sus determinantes e integrando como sistema académico a los centros de formación, las redes de hospitales, las unidades de atención primaria y los demás niveles de sistema, con el fin de construir redes globales que faciliten el avance del conocimiento.

## REFERENCIAS

1. Hall J.P, Viney R.C. National health reform needs strategic investment in health services research. Health Care. 2008; 188(1):33-35.



2. Castillo-Laborde C. Human resources for health and burden of disease: an econometric approach. *Human Resources for Health*. 2011; 9(4):1-11
3. Mickan S, Boyce R.A. Organizational behavior: understanding people in healthcare organizations. En: *Key Topics in Healthcare Management, understanding the big picture*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2007:164-179
4. Crisp N, Gawanas B, Sharp I: Training the health workforce: scaling up, saving lives. *The Lancet* 2008, 371:689-691
5. Urcullo G, Von Vacano J, Ricse C, Cid C. Health Worker Salaries and Benefits: Lessons from Bolivia, Peru and Chile. Final Report. Geneva: OMS; 2008. Disponible en: [http://www.who.int/alliance-hpsr/projects/alliancehpsr\\_healthworkersalaries\\_bitran\\_finalreport.pdf](http://www.who.int/alliance-hpsr/projects/alliancehpsr_healthworkersalaries_bitran_finalreport.pdf). Acceso 21/01/2013
6. Chen L, Evans T, (Coordinadores). Human resources for health: overcoming the crisis. Washington. Joint Learning Initiative. Harvard University's Global Equity Initiative. 2004
7. Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Vujicic M, Adams O, Dal Poz M. Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004; 82 (8): 595- 600
8. Buchan J: Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? In *Human resources for health in Europe* Edited by Dubois CA, McKee M, Nolte E. Berkshire (UK) – New York (USA); Open University Press; 2006, 41-62.
9. Panosian C, Coates T.J. The New Medical "Missionaries" — Grooming the Next Generation of Global Health Workers. *The New England Journal of Medicine*. 2006; 354 (17): 1771-1773.
10. Boerma W, Coordination and integration in European primary care. En: Saltman R, Rico A, Boerma, W, (Editors). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press; 2006. p 3-21
11. Smith J.A. and Ovenden C. (2007) Developing integrated primary and community health services: what can we learn from the research evidence? Counties Manukau District Health Board and the Health Services Research Centre, Victoria University of Wellington. Disponible en: <http://www.middlemore.org.nz/Funded-Services/PrimaryCare/documents/literaturereviewreport.pdf>
12. McCallum A, Brommels M, Robinson R, Bergman S-E, Palu T. The impact of primary care purchasing in Europe: a comparative case study of primary care reform. In: Saltman R, Rico A, Boerma W editor. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in the European primary care*. Maidenhead: Open University Press; 2006;p. 125–128
13. Manning W.G, Marquis M.S. Health insurance: the tradeoff between risk pooling and moral hazard. *Journal of Health Economics*. 1996; 15: 609-639
14. Baker R, Wensing M, Gibis B: Improving the quality and the performance of primary care. In *Primary care in the driver's seat?*. Edited by Saltman R, Rico A, Boerma W. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies Series; 2006:203-226
15. Boerma WGW: Mapping primary care across Europe. In *Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care*. Edited by Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. Open University Press; 2006:22-49
16. Östlin P. Transforming health systems and services for women and girls. Paper presented at: United Nations Division for the Advancement of Women Expert Group Meeting: The Impact of the Implementation of the Beijing Declaration and Platform for Action on the Achievement of the Millennium Development Goals. November 11-13, 2009; Geneva, Switzerland. Disponible en: [http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/impact\\_bdpfa/EP5%20-%20Ostlin\\_final.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/impact_bdpfa/EP5%20-%20Ostlin_final.pdf)
17. Konde-Lule J, Gitta S.N, Lindfors A, Okuonzi S, Onama V. ON, Forsberg B.C. Private and public health care in rural areas of Uganda. *BMC International Health and Human Rights*. 2010; 10(29):1-8
18. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Human Resources for Health*. 2004; 2(14), disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-2-14.pdf>
19. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T: Staffing remote rural areas in middle and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res* 2008, 8:19.
20. Swider S., Outcome Effectiveness of Community Health Workers: An Integrative Literature Review. *Public Health Nursing*. 2002; 19(1):11-20
21. Haines A, Sanders D, Lehmann U, Rowe A.K, Lawn J.E, Jan S, Walker D.G, Bhutta Z. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *Lancet*. 2007; Vol. 369: 2121-2131
22. Saltman R. Drawing the strands together: primary care in perspective. In: Saltman R, Rico A, Boerma W, editors. *Primary care in the driver's seat?* Berkshire: Open University Press; 2006. p.68-84.
23. Van Lerberghe W, Conceição C, Van Damme W, Ferrinho P. When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002; 80 (7): 581-584
24. McCoy D, Bennett S, Witter S, Pond B, Baker B, Gow J, Chand S, Ensor T, McPake B. Salaries and incomes of health workers in sub-Saharan Africa. *Lancet*. 2008; 371: 675–681
25. Manongi R., Marchant T., Bygbjerg I. Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective. *Human Resources for Health* 2006, 4(1):6
26. Henderson LN, Tulloch J. Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries. *Hum Resour Health* 2008;6:18
27. Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S, Wyness L, Blaauw D, Ditlopo P. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2008; 8:247
28. Agyepong I.A, Anafi P, Asiamah E, Ansah E.K, Ashon D.A, Narh-Dometey C. Health worker (internal customer) satisfaction and motivation in the public sector in Ghana. *International journal of health planning and management*. 2004; 19: 319–336.
29. Vian,T. Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Medicine,Health Policy and Planning, Oxford Journals*. 2008, 23(2):83-94.
30. Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG (2005) How can we achieve and maintain high quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet* 366: 1026–1035.
31. Lindelow M, Serneels P: The performance of health workers in Ethiopia: results from qualitative research. *Soc Sci Med* 2006, 62:2225-2235
32. Onyango-Ouma W, Laisser R, Mbilima M, et al. An evaluation of Health Workers for Change in seven settings: a useful management and health system development tool. *Health Policy Plan* 2001; 16 (suppl 1): 24-32.

33. Gross K, Pfeiffer C, Obrist B. "Workhood" a useful concept for the analysis of health workers resources? An evaluation from Tanzania. *BMC Health Services Research*. 2012; 12(55):1-12
34. Vlassoff C, Fonn S. Health Workers for Change as a health systems management and development tool. *Health Policy and Planning*. 2001; 16(Suppl. 1): 47–52.
35. Onyango-Ouma W, Thiongo F, Odero T, Ouma J. The health workers for change impact study in Kenya. *Health Policy Plan* 2001; 16 (suppl 1): 33-39.
36. Unger J, De Paepe P, Ghilbert P, Soors W, Green A. Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries. *International Journal of Integrated Care*. 2006; 6:1-20
37. Boerma W, Rico A. Changing conditions for structural reform in primary care. In: Saltman R, Rico A, Boerma W, editors. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press; 2006. p. 50-
38. Sibbald, B., Laurant, M., Scott, A.: Changing task profiles. In: Saltman, R.B., Rico, A., Boerma, W. (eds.) *Primary Care in the Driver's Seat? Organisational Reform in European Primary Care*, pp. 149–164. Open University Press, Berkshire (2006)
39. Kolehmainen-Aitken RL: Decentralization's impact on the health workforce: Perspectives of managers, workers and national leaders. *Human Resources for Health* 2004, 2(5).
40. Kvist, M., Kidd, M.: The role of new information and communication technologies in primary care. In: *Primary care in the driver's seat?* Open University Press (2006) 227-243
41. Frenk J, Chen L, Bhutta Z, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al . Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011, 28(2): 337-341.

## 5. ENTORNO AMBIENTAL: CONDICIONES DE TRABAJO

“La ocupación en el sentido amplio o el trabajo en un sentido más restrictivo se presentan como un escenario muy fecundo en el que se desarrolla la mayor parte de la vida de las personas, siendo con frecuencia el principal ordenador de las mismas” (1), es un factor fundamental en el fomento de la salud de los pueblos, siempre y cuando se lleve a cabo en unas condiciones que garanticen al trabajador el mantenimiento de su salud y bienestar.

El trabajo, considerado motor del desarrollo social (2), representa una de las actividades más importantes para las sociedades modernas, ya que además de satisfacer las principales necesidades económicas y de supervivencia de sus asociados, es vital para el desarrollo individual, concepto que se verifica con los estudios sobre el estado de salud de los desempleados (3). Por esto es fácil comprender que las acciones desarrolladas con la intención de mejorar los índices de salud de los trabajadores, identificar las posibles fuentes de riesgo para la salud en el trabajo, con el fin de evitarlas, controlarlas o mitigarlas y adecuar la relación hombre trabajo, es un imperativo del desarrollo.

El análisis de las consecuencias de la interrelación hombre y trabajo debe considerar que los efectos no se producen en abstracto sino que resultan del desempeño de una tarea concreta, en la que se consideran los riesgos laborales como la posibilidad de sufrir un accidente o enfermedad relacionable con la ejecución de una actividad específica y que la identificación de los peligros y evaluación de los riesgos, así como su control necesita ser implementado cuidadosamente (4); sin embargo la noción de riesgo laboral resulta insuficiente por cuanto se centra en el efecto (accidente o enfermedad), por esto se ha buscado redefinir con la expresión “condiciones de trabajo”, que incluye el conjunto de variables que delimitan la realización de la tarea y el entorno en que ésta se ejecuta, o como lo señala el grupo académico de la maestría en

salud y seguridad en el trabajo de la Universidad Nacional de Colombia: “condiciones del ambiente intralaboral, que en conjunto con las condiciones extralaborales y personales determinan el proceso salud enfermedad de los trabajadores y su capacidad laboral” (5).

Las condiciones intralaborales incluyen aspectos de tipo ambiental, entre las que se mencionan los factores físicos (ruido, vibraciones, temperaturas, radiaciones, iluminación y presión barométrica, etc.), los agentes químicos (polvos, humos, neblinas, gases y vapores), los agentes biológicos (bacterias virus, hongos, artrópodos, protozoos, plantas y animales, que al estar en contacto con el organismo pueden desencadenar enfermedades infectocontagiosas, reacciones alérgicas o intoxicaciones), y los elementos relacionados con la seguridad física, los cuales consideran los materiales y condiciones de los espacios de trabajo que pueden incidir en la accidentalidad, tales como instalaciones locativas, aparatos, herramientas y maquinaria e instalaciones hidráulicas, sanitarias y eléctricas, entre otros:

En segunda instancia están los aspectos relacionados con las **condiciones en las que se ejecuta la tarea**, las cuales se analizan desde la perspectiva de la carga física y la carga mental que el trabajo implica o dicho de otra manera desde el requerimiento corporal y psicológico al que se ve sometido un trabajador durante su actividad laboral y que se expresa como fatiga. La carga física, cuyo efecto, bajo condiciones inadecuadas, se relaciona con alteraciones músculo-esqueléticas, corresponde al esfuerzo muscular requerido para la tarea, el cual puede ser dinámico (secuencia de tensión y relajamiento muscular) o estático (contracción muscular continua y sostenida). La carga mental se entiende en relación con los elementos cognitivos y perceptivos relacionados con la actividad, así como con las reacciones emocionales generadas y sus efectos negativos se expresan como adinamia, irritabilidad, depresión, ansiedad, cefalea y otras alteraciones fisiológicas.

En tercer lugar se incluyen las **condiciones de la organización** que tienen que ver con la estabilidad del empleo, el ritmo de trabajo y las jornadas, así como el rol del trabajador, los procesos de comunicación y los estilos de mando, además de la estrategia, la estructura y la cultura organizacional, que igualmente están incidiendo en la salud y seguridad de los trabajadores (6).

Las condiciones extralaborales corresponden a aquellos aspectos que, aunque externos al espacio de trabajo, tienen impacto en la salud y el bienestar del trabajador e incluyen principalmente el desempeño de los roles extralaborales (trabajar en una doble jornada o vinculación, estudiar simultáneamente a trabajar y desarrollar múltiples actividades domésticas, entre otras) y los que están relacionados con la situación económica, social y familiar y los posibles conflictos que de allí se deriven (7).

Los aspectos individuales tienen relación con la respuesta adaptativa de los trabajadores ante la múltiple exposición a la complejidad de situaciones labores y extralaborales mencionadas, que generan una susceptibilidad individual dependiente de los mecanismos compensatorios y las estrategias de afrontamiento, lo que a su vez

depende fuertemente de sus experiencias de vida y sus conflictos internos (8), al igual que de la edad, el género, el estado previo de salud mental y física, en última instancia lo que hace a un individuo diferente de los demás y que en primera instancia tiene relación con características genéticas, edad, género y personalidad y en segunda con aspectos que la persona recibe y modifica durante su vida, como el estado de salud, la motivación, autoestima y habilidades y el nivel de formación.

### **5.1. Condiciones de Trabajo en el Sector Salud**

Los trabajadores sanitarios son todos aquellos que ejecutan acciones con el propósito principal de mejorar la salud de otras personas; Según la Organización Mundial de la Salud se calcula que en el mundo puede haber cerca de 60 millones de trabajadores sanitarios de los cuales las dos terceras partes es personal asistencial y el resto corresponde a personal auxiliar y administrativo) (9).

Por circunstancias actuales de las instituciones de salud, estos trabajadores presentan un mayor riesgo de sufrir accidentes y enfermedades ocupacionales debido a que afrontan una mayor variedad de riesgos, sean relacionados directamente con la tarea, como por ejemplo pinchazos de agujas, lesiones de la espalda, alergias al látex o violencia y estrés, por mencionar solo algunos o porque las características organizacionales de los diferentes sistemas sanitarios tienden a originar sobrecarga de trabajo, bajo nivel salarial y falta de reconocimiento social y por tanto se afecta la moral y el rendimiento de estos trabajadores y se produce deterioro en la prestación de los servicios y desconfianza en la población del sistema de salud, generando un círculo vicioso, al que se suman otros factores extralaborales e individuales que también tienen efectos particulares en las condiciones de salud y trabajo de estas personas.

Por tal razón entre las prioridades señaladas por la OMS a este respecto, están la generación de condiciones de trabajo seguras y apropiadas, así como la mejora de estructuras administrativas, salarios y recursos (10). Contexto en el que es importante tener en cuenta que la actividad sanitaria en general y en hospitales en particular, es vista socialmente no sólo como un trabajo sino también como una vocación (11), una forma de vida, que tiene sus propios valores y tradiciones, que dan origen a determinados comportamientos, hábitos y costumbres que son decisivos para actuar frente a las enfermedades, pero que además pueden ser o no saludables, seguros o inseguros, para aquellos que la desarrollan.

También es pertinente insistir en que los servicios de salud en el trabajo o para trabajadores, incluyen la promoción de la salud, la protección ante riesgos específicos y las actividades de vigilancia de los factores de riesgo y las condiciones de salud de los expuestos, por lo que es necesario mantener un enfoque multi o interdisciplinario de evaluación y control de riesgos y peligros para la salud (12).

En este sentido y cuando se efectúa una revisión de los principales factores de riesgo a los que se encuentran expuestos los trabajadores hospitalarios, se encuentra que en el

ambiente intralaboral hay presencia de agentes físicos tales como radiaciones ionizantes, elementos eléctricos y niveles de ruido, vibración y temperatura inadecuados. En cuanto a contaminantes químicos se encuentran agentes corrosivos, irritantes, asfixiantes, anestésicos, narcóticos y cancerígenos provenientes de sustancias de limpieza y desinfección, como jabones, detergentes, bactericidas y antisépticos, de reveladores químicos y solventes, de metales pesados como el mercurio, de esterilizantes como el glutaraldehído y el óxido de etileno, de gases anestésicos diversos y de elementos quimioterapéuticos como drogas antineoplásicas y citotóxicos. Se presentan también riesgos relacionados con la exposición a posibles contaminantes biológicos como los virus de las distintas variedades de hepatitis y el HIV, la influenza y el citomegalovirus, entre muchos, así como bacterias del tipo del bacilo de Koch. Estos son riesgos significativos para los trabajadores de la salud en general, que han llevado a incorporar diversas prácticas de bioseguridad que aunque logran disminuir el riesgo, no lo eliminan por completo.

Mención especial merece entre los aspectos de seguridad los niveles de violencia a los que cada vez más están expuestos los trabajadores de este sector (13), los cuales tienen que ver con agresión física de personas no provenientes del entorno de trabajo y niveles de discriminación y provocación proveniente de compañeros y superiores, los cuales impactan negativamente la calidad en la atención(14) puesto que resultan, de forma inmediata y duradera, nocivos sobre las relaciones interpersonales y la organización del trabajo(15).

En cuanto a la carga de trabajo y por la frecuencia de este tipo de alteraciones, en muchas instituciones ha sido necesario implementar sistemas de prevención de desórdenes musculoesqueléticos (16), no solo asociados a la intensidad del esfuerzo (17), sino también a los cambios organizacionales en el sector (18).

De otra parte, la carga mental parece estar asociada al imperativo de dar contestación inmediata y adecuada, con informaciones complejas, numerosas y constantemente diferentes, a demandas que suponen la aplicación de conocimientos científicos y técnicos, propios de este sector, generándose interferencias en el cumplimiento de funciones, sobrecarga de trabajo y finalmente conflicto de roles, encontrándose que los trabajadores de la salud presentan indicadores de estrés ocupacional más altos que otro tipo de profesionales (19), repercutiendo en la satisfacción laboral y en su desempeño en el trabajo.

En relación con la organización del trabajo en el sector salud, resulta claro que esta actividad implica la atención 24 horas al día todos los días del año, por lo cual aparece el trabajo a turnos y nocturno, cuyos efectos negativos en la salud han sido descritos e inciden en la salud de los trabajadores y en la seguridad de los pacientes (20, 21)

Adicionalmente en las últimas dos décadas y como resultado de las reformas al sector han aparecido dos factores más de demanda hacia estos trabajadores, uno por la vía de los distintos esfuerzos en el mejoramiento de la calidad, que han terminado generando diversos niveles de presión en estos trabajadores y otro por la vía de la

flexibilización laboral (22), que modifica la adscripción de los trabajadores a un puesto de trabajo estable y por otra parte genera la vinculación de estos trabajadores a través de subcontratos o de servicios temporales, lo que conlleva una ampliación en las horas trabajadas, incremento en los niveles de estrés e insatisfacción por la sensación de pérdida de control.

Ahora bien, en las investigaciones se encuentra que tradicionalmente hay dos grupos profesionales de enorme interés en el trabajo del sector: los médicos y las enfermeras, entre los primeros se destaca que cada vez con mayor frecuencia reportan que no disponen de tiempo suficiente para desarrollar sus actividades y que su accionar es cada vez más controlado por criterios de costo y no de calidad de la atención lo que implica mayores niveles de estrés que potencialmente afecta la seguridad de los pacientes (23) y vuelve a generar mayores niveles de estrés, que afecta su vida extralaboral en aspectos como la alimentación, el descanso y el esparcimiento y aún el consumo aumentado de tabaco, alcohol y otros psicoactivos, habiendo trabajos particulares para algunas especialidades como la anestesiología (24).

En el personal de enfermería se menciona que además de los riesgos mencionados, las responsabilidades personales y de la organización tienen impactos indeseados en su salud (25,26)

## **5.2. Promoción de la Salud entre Trabajadores de la Salud**

La promoción de la salud abarca una amplia gama de servicios, incluida la información de la salud, educación para la salud, bienestar y programas de salud de los empleados. Sin embargo, los directivos en ocasiones no saben cómo documentar y demostrar la contribución de éstos a los objetivos del hospital (27).

Las herramientas utilizadas para medir el impacto de los programas de promoción de la salud pueden ser desde un simple registro hasta sofisticados sistemas de información, lo importante es que reflejen cómo ayuda éste a las operaciones del hospital, al ahorro de dinero en la institución, y a la mejora en el ambiente de trabajo y la calidad de la atención (27).

Por esto al momento de implementar un programa de esta naturaleza debe considerarse que las personas tienen creencias y comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad que se derivan de fuerzas culturales, así como de sus experiencias individuales y percepciones (28), por ende la comprensión e incorporación de ésta información han demostrado ser esenciales para el éxito de los programas de comunicación y promoción de la salud, ya que la promoción de la salud se centra tanto en los individuos como en los factores contextuales que dan forma a las acciones de las personas con el objetivo de mejorar el bienestar, es decir que la promoción de la salud va más allá de la educación en salud, hace hincapié en el análisis y desarrollo del potencial de salud las personas (29), se incluye la realización de una serie de políticas y actividades en los lugares de trabajo, diseñadas para ayudar a los empleadores y trabajadores en todos los niveles, a aumentar el control sobre su salud y a mejorarla,

favoreciendo la productividad y competitividad de las empresas y contribuyendo al desarrollo económico y social de los países (30), Un lugar de trabajo saludable es un lugar donde todos trabajan juntos para lograr una visión consensuada de la salud y el bienestar de los trabajadores y la comunidad circundante (31).

En la 60ª Asamblea Mundial de la Salud de 2007 (32), se acordó que cualquier plan de acción relacionado con la salud de los trabajadores debería incluir prevención de los riesgos ocupacionales, la protección y promoción de la salud en el trabajo y una mejor respuesta de los sistemas de salud para los trabajadores, de tal manera que el lugar de trabajo se convierte en un espacio para intervenciones de salud pública. Además, el segundo objetivo del plan de acción global para la salud de los trabajadores 2008 – 2017 propuesto en la asamblea está relacionado directamente con la protección y promoción de la salud en el lugar de trabajo; para lo cual una estrategia fundamental es introducir prácticas laborales y medidas de organización del trabajo sanas y una cultura de promoción de la salud en el lugar de trabajo, así como establecer mecanismos que promuevan la salud en el lugar de trabajo y en los que se consulte con los trabajadores y cuente con su participación (33).

La OMS (34), también recomendó cinco estándares de calidad para la promoción de la salud en los hospitales, uno de los cuales hace referencia a la necesidad de establecer condiciones para el desarrollo de estos sitios como lugares de trabajo saludable; y los indicadores propuestos para evaluar éste estándar serían el ausentismo del personal y las lesiones relacionadas con el trabajo, y otros indicadores complementarios tales como el porcentaje de personal que fuma o que participa regularmente en actividades de promoción de la salud dentro del hospital, la puntuación en la escala de Burnout y las tasas de retención y rotación del personal (35,36).

Cornett y O'Rourke (37), que analizaron dos modelos de promoción de la salud que unen los atributos de un entorno de trabajo saludable y además proveen la estructura para guiar la capacidad organizacional señalan que la visión compartida a futuro de crear un lugar de trabajo saludable requiere tener en cuenta dos aspectos: primero, el rol profesional basado en la práctica y segundo, la capacidad organizacional para crear un ambiente de trabajo donde el rol profesional basado en la práctica sea valorado.

Se destaca la importancia de contar con un liderazgo fuerte para implementar un programa de promoción de la salud dirigido a trabajadores de las instituciones de salud, a este respecto Davidson-Rada y col (38), señalan que los educadores de salud tienen las habilidades necesarias para diagnosticar y planificar programas, pero no tienen una buena comprensión de las cuestiones de trabajo y los riesgos, mientras que las enfermeras tienen una amplia experiencia asistencial, pero pueden carecer de las capacidades para ver a los trabajadores en el contexto del medio ambiente total, y los gerentes que pueden comprender al tipo de población e implementar los cambios necesarios, con frecuencia no se les facilita hacer un enlace con los antecedentes médicos de cada trabajador, finalmente que los consultores externos, que probablemente son capaces de aportar nuevas ideas tomadas de otras organizaciones similares y pueden tener excelente iniciativa y coordinación de eventos, suelen ser

costosos y en muchos casos no son familiares para los trabajadores, por lo que en cada instancia debe evaluarse la conveniencia de optar por una u otra alternativa.

Se insiste en que el personal debe prestar el servicio en óptimas circunstancias, lo que incluyen desde el equipamiento hasta las aptitudes y conocimientos. Por lo que se puede afirmar que si se ofrece a los trabajadores un adecuado medio de trabajo, que cubra los requerimientos necesarios para un buen desempeño, junto a horarios justos para cada trabajador, que se traduzcan en ingresos suficientes para el desarrollo de su vida familiar y social, además de diseños ergonómicos de las unidades y espacios de trabajo, entonces se puede esperar un trabajador adaptado al desempeño de sus labores y por supuesto con un menor desarrollo de patologías relacionadas al oficio.

## REFERENCIAS

1. García-Ubaque, J. Promoción de la salud en los lugares de trabajo: una oportunidad por desarrollar. *Av.enferm.* 2009; 27 (1): 124-129.
2. Senn A. Las teorías del desarrollo a principios del siglo XXI. *Cuadernos de Economía.* 1998; 29: 72-100.
3. García-Ubaque J, Riaño-Casallas M, Benavides-Piracón J. Informalidad, desempleo y subempleo: Un problema de salud pública. *Rev. salud pública.* 2012; 14 (suppl.1):138-150.
4. O'Donovan M. Risk management and the medical profession. *Journal of Management Development.* 1997; 16(2): 125-133.
5. Lozada M, Guerrero J, García-Ubaque J, Modelo de Gestión integral de la salud ocupacional en el hospital universitario. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007. p. 13
6. Riaño M. Gestión de la seguridad y salud en el trabajo en hospitales públicos bogotanos de alta complejidad: una perspectiva estratégica. Tesis de Maestría. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia, Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo; 2009.
7. Guerrero J. Enfoque Psicosocial de la Relación Salud Trabajo (EP-ST). Línea de Investigación. Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo, Universidad Nacional. Manuscrito. Bogotá; 2010.
8. Guerrero J. Salud mental y trabajo en tiempo de cambio organizacional. *Revista Colombiana de Psicología.* Bogotá. 1995; 3: 100-108.
9. Organización Mundial de la Salud. Colaboremos por la salud. Informe sobre la salud en el mundo. OMS; 2006.
10. World Health Organization. Working together for health. Carpeta promocional. Belgium; 2005. p. 8.
11. Rivero-Serrano O. La vocación humanística: motivación permanente para el estudiante de medicina. *Gac. Méd. Méx.* 2004; 140(1): 55-57.
12. Rogers B, Haynes C. A study of hospital employee health programs. *Journal of the American Association of Occupational Health Nurses [AAOHN J].* 1991; 39 (4):157-166.
13. Organización Panamericana de la Salud. Salud y seguridad de los trabajadores del sector salud. Manual para gerentes y administradores. OPS; 2005. p. 58.
14. Cervantes G, Cantera L, Blanch JM. Violencia hacia profesionales de la salud en su lugar de trabajo. Incidentes violentos notificados por internet en Catalunya entre 2005 y 2007: resultados de un estudio piloto. *Archivo Prevención de Riesgos Laborales.* 2008; 11(1): 14–19.
15. Arroyuelo O. La violencia psicológica en el lugar de trabajo en el marco de la Unión Europea. *Revista de relaciones laborales Lan Harremanak.* Universidad del País Vasco. 2007; 7: 279–297.
16. Jarrard MR, Goldman R, Loomis H, Susan C, Atkins EH. Methods of Prioritizing and Measuring Occupational Health Risks Utilizing Hospital Back Injury Data: Development of Composite Comparative Statistics. *Journal of Occupational & Environmental Medicine.* 1997;.39(9):882-888.
17. Rogers B. Health hazards in nursing and health care: an overview. *American Journal of Infection Control,* 1997; 25(3): 248-261.



18. Limpscomb J, Trinkoff A, Brady B, Geiger-Brown J. Health care system changes and reported musculoskeletal disorders among registered nurses. *American Journal of Public Health*. Agosto de 2004; 94 (8):1431–1435.
19. Kelsy L, Amason P. Intercultural communication between patients and health care providers: An exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress and anxiety. *Health communication*. 2001; 13 (4): 449 – 463.
20. Fernández T. Excessive work hours of physicians in training in El Salvador: putting patients at risk. *PLOS Medicine*. July 2007; 4 (7).
21. Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y, Yokoyama E, Uchiyama M. Daytime sleepiness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses. *Journal Of Advanced Nursing [J Adv Nurs]*. 2005; 52 (4). 445-53.
22. Burke RJ. Survivors and Victims of hospital restructuring and downsizing: who are the real victims? *Internacional Journal of Nursing Studies*. 2003; 49: 930-909.
23. Hickman D. The effect of health care working conditions on patient safety. Agency for healthcare research and quality. Evidence report/technology assessment. 2003; 74.
24. Barragán A, Barragán AN, Ramírez O. La salud y el ambiente laboral entre los anesestiólogos: contexto social y laboral. *Revista médica del Hospital General de México*. 2000; 63 (4): 247–253.
25. Rogers B, Travers P. Heart & Lung: Overview of work-related hazards in nursing: health and safety issues. *The Journal Of Critical Care [Heart Lung]*. 1991 Sep; 20 (5): 486-97.
26. de Castro AB, Cabrera SL, Gee GC, Fujishiro K, Tagalog EA. Occupational health and safety issues among nurses in the Philippines. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*. 2009 Apr; 57 (4): 149-57.
27. Kernaghan SG. Keeping health promotion in the pink. Documentation can show how programs contribute to hospital goals. *Health Progress (Saint Louis, Mo.)*. 1990 Jul-Aug; 71 (6): 85-7.
28. Hyder A, Morrow R. International public health: diseases, programs systems and policies. Chapter 2. Culture, behavior and health. Jones and Bartlett Publishers. United States of America; 2006. p. 41.
29. Groene O, García-Botero M. Health promotion in hospitals: evidence and quality management. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2005.
30. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Relatoría taller estrategia de promoción de la salud de los trabajadores en América Latina y el Caribe. Temas: empresas, centros y puestos de trabajo saludables anexo no. 6: estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo de América latina y el Caribe. Costa Rica; 2007.
31. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. Regional guidelines for the development of healthy workplaces; 1999.
32. World Health Organization. Sixtieth world health assembly sixtieth world health assembly. Geneva, 2007. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA60-REC3/A60\\_REC3-en1.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60-REC3/A60_REC3-en1.pdf). Consultado en Enero de 2013.
33. Organización Mundial de la Salud. Salud de los trabajadores: proyecto de plan de acción mundial. Informe de la Secretaria; 2007.
34. World Health Organization. Standard for health promotion in hospitals; 2004.
35. World Health Organization. Standards for health promotion in hospitals: development of indicators for a self-assessment tool. Workshop. Spain; 2003.
36. Grone O, Juul JS, Garcia-Barbero M. Standards for health promotion in hospitals: self-assessment tool for pilot implementation. World Health Organization. Spain; 2004.
37. Cornett P, O'Rourke M. Building Organizational Capacity for a Healthy Work Environment Through Role-Based Professional Practice. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2009; 32(3): 208-220.
38. Davidson-Rada M, Davidson-Rada J. Who should run worksite health programmes in hospitals. *New Zealand Health & Hospital [N Z Health Hospital]*. 1992;44 (3): 16-19.

## **6. ENTORNO EDUCATIVO**

### **6.1. Resumen de Tendencias y Problemas Educativos**

De acuerdo con Isaza, en las últimas décadas del siglo XX, las políticas educativas en América Latina, a veces concretadas en reformas y otras en acciones de la administración del Estado, han introducido un cambio de lógica. Se transita desde el modelo moderno universalista e integrador dirigido a la formación de ciudadanos, centrado en el papel del Estado como garante de la igualdad de oportunidades educativas, a un modelo más individualista y diferenciador, dirigido a la formación de trabajadores-productores y centrado en el papel del mercado como garante de la libertad de elección de unos consumidores de servicios educativos entre ofertas diferenciadas. Esta transición se concreta en los diferentes niveles interrelacionados, desde los más generales (políticas y nuevos actores supranacionales), hasta los más particulares (administración del Estado y gestión de centros educativos) (1).

Por lo tanto, las reformas educativas como actos de gobierno, es decir, como acciones a través de las cuales el Estado establece elementos para orientar las políticas de la educación, son el resultado de un proceso complejo en el que intervienen componentes internos y externos a la realidad social y educativa de un país.

Entre los actores supranacionales que comienzan a tener injerencia en la definición de líneas de política pública a nivel de países latinoamericanos en lo referente a políticas educativas, el primer grupo a destacar es el de los organismos internacionales de crédito, tales como el Fondo Monetario Internacional o el Banco Mundial, éste, a finales de la década del 80, fija una dirección para las políticas educativas de los países endeudados. “Plantea reducir el gasto público y aumentar el recaudo fiscal para pagar los intereses de la deuda y sugiere descentralización administrativa en educación, al igual que el fomento de escuelas privadas o que éstas sean financiadas por las comunidades” (2).

### **6.2. Tendencias Centrales en el Período 1980-2000**

#### **6.2.1. Instituciones**

La implementación de la Ley 30 de 1992 y la Ley 100 de 1993, estimularon un conjunto de transformaciones en el sistema de educación superior de salud del país, que pueden ser visualizadas por fases. Así, de 1984 a 1999 el número de instituciones de educación en áreas de la salud, de carácter universitario se incrementó de 37 a 83 (3), de un total de 270. El mayor incremento se dio en la región central del país, que pasó de 17 instituciones en 1984, a 39 en 1999. El incremento de las instituciones fue significativamente superior en el sector privado, que pasó de 21 a 54 instituciones (257%), mientras que el sector público pasó de 19 a 29 (152%). De las 83 instituciones de salud, el 34,9% eran públicas y el 65,1% del sector privado (3). Del mismo total,

57,8% eran universidades, seguidas por instituciones universitarias con el 9,6% y las instituciones técnicas con el 6,1%.

De manera más específica, el incremento de las Facultades del área de la salud se dio de la siguiente manera:

Facultades	Años	
	1984	1999
Medicina	20	37
Odontología	15	34
Enfermería	12	17
Bacteriología	9	11
Fisioterapia	5	16
Fonoaudiología	3	10
Terapia ocupacional	2	9
Terapia respiratoria	4	5

### 6.2.2. Programas

La oferta de los programas de salud se incrementó en 177% de 1994 a 1999. En el caso de los programas de pregrado el incremento fue de 78 a 216.

En 1999, las 83 instituciones mencionadas anteriormente ofrecían un total de 2.305 programas para diferentes profesiones (3). De éstos, 602 eran de salud (26.1%). Al nivel de pregrado le correspondía el 35.9% y a postgrado el 64.1%, lo cual contrastaba con la distribución de la totalidad de los programas, en la que los pregrados representaban el 51% y los posgrados el 49%. Esto sugiere que en el sector de la salud, ya desde la década de los 90, se generó una tendencia de incremento más intenso de los posgrados. Es también evidente la tendencia a la concentración de los programas: el 50% de los mismos se ubicaba en la región central del país

De manera más general, en 1999 el 39% de los programas de educación formal de pregrado y posgrado, correspondía al área médica. La distribución de los programas según las áreas académicas se refleja en la tabla siguiente.

**Tabla 6.1.** Áreas y programas académicos

ENFASIS ACADEMICO		ESTRUCTURA EDUCATIVA FORMAL	
1	ADMINISTRACION Y SEGURIDAD SOCIAL	166	14%
2	BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO	17	1%
3	CIENCIAS BASICAS	21	2%
4	CITOHISTOLOGIA	5	0%
5	ENFERMERIA	80	7%
6	FARMACIA	17	1%
7	FONOAUDIOLOGIA	26	2%
8	GERONTOLOGIA	12	1%
9	INSTRUMENTACION QUIRURGICA	20	2%
10	LABORATORIO OPTICO	1	0%
11	LABORATORIO Y MECANICA DENTAL	8	1%
12	MEDICINA	447	39%
13	NUTRICION Y DIETETICA	9	1%
14	ODONTOLOGIA	102	9%
15	OPTOMETRIA	10	1%
16	OTRAS	6	1%
17	PROMOCION Y PREVENCION	54	5%
18	RADIOLOGIA Y/O IMAGENOLOGIA	10	1%
19	SALUD OCUPACIONAL	42	4%
20	SALUD PUBLICA	31	3%
21	SISTEMAS DE INFORMACION	1	0%
22	TERAPIA FISICA	37	3%
23	TERAPIA OCUPACIONAL	18	2%
24	TERAPIA RESPIRATORIA	13	1%
	TOTAL	1.153	100%

Fuente: ASCOFAME, ASSALUD Y OTROS. 2000.

En el año de 1999, la distribución regional de los programas se indica a continuación.

- Medicina: El 43% de los programas se concentraba en la región central y el 57% en las demás regiones con proporciones similares.
- Odontología: El 39% se concentraba en la región Central, 8% en la región Centro Occidente, 22% en la Costa Atlántica y 11% en la región Sur Occidente.
- Enfermería: El 29% de los programas se concentraban en la región Centro y Costa Atlántica.
- Bacteriología: El 42% de los programas se encontraban en la región Central.
- Nutrición y Dietética: Los programas estaban distribuidos en partes iguales en las regiones Central, Centro Occidente y Costa Atlántica.
- Terapias: El 48% de los programas estaban ubicados en la región Central.

### 6.2.3. Egresados

En las tablas a continuación se ponen en relación los datos de egresados de varias profesiones, en un período de largo plazo.

**Tabla 6.2.** Promedio anual de egresados por período y tasas de crecimiento

	Profesión	Años			
		1961-1970	1971-1980	1981-1990	1991-2000
Promedio anual de egresados	Médicos Cirujanos	423	757	1881	2222
	Enfermeros profesionales	128	422	820	1003
	Auxiliares de Enfermería	718	1788	2033	4038
	Odontólogos	161	370	1043	1549
	Bacteriólogos	311	327	484	732
	Nutricionistas Dietistas	128	114	166	209
Tasa de crecimiento de egresados (%)	Médicos Cirujanos		44,1	59,8	15,3
	Enfermeros profesionales		69,6	48,5	18,2
	Auxiliares de Enfermería		59,9	12,0	49,7
	Odontólogos		56,5	64,5	32,7
	Bacteriólogos		4,9	32,4	33,9
	Nutricionistas Dietistas		-12,2	31,3	20,7

Fuente: Proyecto Modelo de oferta y demanda de recursos humanos en salud en Colombia. Ministerio de Salud - PARS - Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, 2000.

#### 6.2.4. Educación, sector salud y mercado laboral

Cabe destacar al menos tres tendencias simultáneas y articuladas en el desarrollo institucional y de los programas de salud, entre los años de 1980 y el 2000. Estas tendencias están en relación directa con los procesos ya descritos en el análisis del mercado laboral, en el marco de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS.

En primer lugar, es claro que se produce un incremento en el número de las instituciones universitarias o de educación superior y sus respectivos programas académicos, intensificado por los efectos de la Ley 30 de 1992 y la implementación del SGSSS. Gran parte de este incremento se centra en la formación profesional, en pregrados y posgrados. A su vez, el crecimiento de programas fue más intenso en el nivel de los posgrados, en especial los orientados a las especialidades en las diversas áreas de atención clínica. Así mismo, una porción muy pequeña de estos posgrados apuntan a la formación en ocupaciones relacionadas con la gestión del sistema de salud: gerencia, economía, legislación, auditoría, seguridad social, garantía de calidad, administración en salud, administración hospitalaria y otras similares (4).

Al lado de la tendencia anterior y en conexión con la misma, se dan dos procesos adicionales: por una parte, el desarrollo de modalidades de capacitación, para profesionales y para posgraduados, orientados a la actualización, perfeccionamiento y adiestramiento en ocupaciones, oficios o funciones específicas. Esta opción de programas, hoy agrupados bajo el concepto de formación continua, se concentró en los diplomados y otros tipos complementarios de cursos cortos. Por otra parte, ya eran visibles algunas instituciones y programas orientados a la formación no profesional, identificada con términos como formación de auxiliares, técnica, técnica laboral y tecnológica, en áreas como enfermería, administración, estadística, droguería y otras. Pero estas instituciones y programas tenían un peso marginal en el contexto educativo en salud.

En segundo lugar, el incremento centrado en la formación profesional se diversifica en términos de profesiones y de especialidades, especialmente en profesiones como la medicina, la enfermería y la odontología.

En tercer lugar, el incremento se da al tiempo como un proceso de concentración de instituciones, programas y recursos de todo tipo, en las áreas de mayor desarrollo urbano, especialmente en las grandes ciudades y algunas ciudades intermedias.

Al final de este período, hacia el año 2000, comienza a operar una demanda incipiente pero creciente de los prestadores de servicios por personal auxiliar y técnico, para ocupar cargos que debían corresponder a ocupaciones y no, como hasta entonces, a funciones desempeñadas por personal formado en condiciones empíricas (4). Esta demanda laboral de los prestadores de servicios creó las condiciones para el surgimiento de nuevas ocupaciones que sirven de base para los desarrollos de instituciones y programas en el siguiente período. Esta demanda fue respondida inicialmente por las escasas instituciones y programas que ya estaban involucradas en la formación de personal auxiliar y técnico.

Todo lo anterior sugiere que los desarrollos y adaptaciones de las instituciones educativas de salud dedicadas a la formación profesional y posgraduada, en relación con la demanda laboral de las instituciones del sistema de salud, se han dado con ritmos e intensidades diferenciales entre ellas y con respecto a las instituciones que asumieron, en su momento y posteriormente, la formación de personal auxiliar y técnicos. Pero unas y otras han estado en conexión con las necesidades laborales y ocupacionales del sistema de salud. Pero, es también claro que ya desde ese momento, las respuestas en el sector educativo obedecen a lecturas y decisiones institucionales de tipo individual, sin la orientación o la regulación específica ni suficiente del Estado. Así mismo, las tendencias y procesos indicados, confirman que la expansión del recurso humano no profesional en el mercado laboral se dio a partir del año 2000.

### **6.3. Tendencias Centrales y Características del Sector Educativo en Salud, en el Período 2001-2012**

#### **6.3.1. Instituciones y programas<sup>8</sup>**

Las tendencias previas de crecimiento, diversificación y concentración de los pregrados se mantienen en el período considerado.

Con base en la información entregada por el Ministerio de Educación, se presenta la información para el año 2012.

---

<sup>8</sup> La investigación en este estudio, desde la perspectiva del recurso humano en el entorno educativo, se realizó mediante diferentes métodos: bases de datos, revisión bibliográfica, revisión de bases de datos suministradas por los sectores relacionados, encuestas aplicadas, entrevistas semiestructuradas a actores clave y ejercicio de prospectiva.

**Tabla 6.3. Instituciones Principales de Educación Superior. 2012**

Universidades	Oficiales	Oficiales Acreditadas	Privadas	Privadas Acreditadas	Total
	32	7	49	13	81
Institución Técnica Profesional	Oficiales	Oficiales Acreditadas	Privadas	Privadas Acreditadas	
	9	0	29	0	38
Institución Tecnológica	Oficiales	Oficiales Acreditadas	Privadas	Privadas Acreditadas	
	12	0	40	0	52
Institución Universitaria	Oficiales	Oficiales Acreditadas	Privadas	Privadas Acreditadas	
	27	1	90	1	117
Total	80		208		288

Fuente. Bases de Datos. Ministerio de Educación Nacional- 2012. Procesamiento de los autores

**Tabla 6.4. Instituciones Seccionales de Educación Superior**

Universidades	Oficiales	Oficiales Acreditadas	Privadas	Privadas Acreditadas	Total
	20	6	28	1	48
Institución Tecnológica	Oficiales	Oficiales Acreditadas	Privadas	Privadas Acreditadas	
	6	0	0	0	6
Institución Universitaria	Oficiales	Oficiales Acreditadas	Privadas	Privadas Acreditadas	
	1	0	3	0	4
Total	27		31		58

Fuente. Bases de Datos. Ministerio de Educación Nacional- 2012. Procesamiento de los autores

Para el año 2012, la base de datos del Ministerio de Educación muestra que hay 326 programas de pregrados, 801 de posgrados y 13 inactivos.

Con respecto a las instituciones de formación para el trabajo y el desarrollo humano en salud, el Ministerio de Educación reportó 321 instituciones en el año 2012, con un total de 868 programas, como se indica en la Tabla 6.5.

**Tabla 6.5. Programas técnicos laborales**

Programas Técnico Laboral	No.
Auxiliar en Enfermería	334
Salud Oral	156
Salud Pública	94
Servicios Farmacéuticos	165
Auxiliar Administrativo en Salud	119
Total	868

Fuente. Bases de Datos. Ministerio de Educación Nacional- 2012. Procesamiento de los autores

Este tipo de programas tienen una intensidad horaria de 1.600 horas mínimo y 1.800 horas máximo y un total de egresados durante los años 2010, 2011 y 2012 de 35.092

### 6.3.1.1. Encuesta de instituciones<sup>9</sup>

#### Investigación, medios tecnológicos, acuerdos institucionales

Se cuantificaron 258 grupos de investigación, de los cuales 116 estaban registrados en Colciencias y 142 no lo estaban. Del total de grupos sólo tres estaban vinculados a las IFT, como grupos registrados en categoría C de Colciencias. Las Universidades contaban con 113 grupos registrados, de los cuales 2 en categoría A1, 5 en categoría A2, 13 en categoría B, 35 en categoría C y 58 en categoría D.

#### Medios tecnológicos

Con respecto a los medios tecnológicos con excepción de una IFT que no proporcionó la información, las 17 instituciones restantes afirman contar con medios tecnológicos básicos para la labor académica

Un total de 9 instituciones afirmaron contar con acuerdos académicos en el ámbito nacional e internacional. Seis instituciones informaron no contar con acuerdos interinstitucionales, todas correspondientes a las IFT. Tres instituciones no proporcionaron información al respecto. Sólo las Universidades cuentan acuerdos en el ámbito internacional. Los acuerdos corresponden a convenios interinstitucionales, convenios docencia-servicio, contratos y acuerdo de voluntades.

#### Análisis estratégico, mercado laboral y prospectiva

A continuación se indican las frecuencias de las variables de análisis estratégico

**Tabla 6.6. Análisis Estratégico**

Análisis Estratégico			
Opciones	¿En los dos últimos años se han realizado ejercicios de análisis estratégico para identificar tendencias educativas en salud en el país y el mundo?	¿En los dos últimos años se han tenido en cuenta las características ocupacionales del mercado laboral en salud para el ajuste y adaptación de los programas académicos?	¿En los dos últimos años se han realizado ejercicios de prospectiva para identificar condiciones y oportunidades laborales y ocupacionales en el SGSSS y sus implicaciones para la formación y los programas académicos?
	No. (%)	No. (%)	No. (%)
Nunca	3 (16.7)	-	2 (11.1)
Algunas veces	4 (22.2)	3 (16.7)	3 (16.7)
Ocasionalmente	3 (16.7)	2 (11.1)	3 (16.7)
Frecuente	5 (27.7)	10 (55.5)	6 (33.3)
Sin información	3 (16.7)	3 (16.7)	4 (22.2)

<sup>9</sup> La encuesta se aplicó a 18 instituciones educativas en salud. En Instituciones Universitarias se aplicaron 4, en Instituciones de Formación para el Trabajo (IFT) 14. Por su naturaleza jurídica, 5 correspondían a instituciones públicas y 13 a instituciones privadas. Las Universidades encuestadas, contaban con programas tanto de pregrado como de posgrado y de educación continua.



Total	18	18	18
-------	----	----	----

No hay diferencias significativas en las proporciones entre las Universidades y las IFT

Programas nuevos que deberían abrirse en los próximos cinco años

Universidades:

- Pregrados en Psicología, odontología, ingeniería biomédica, fisioterapia, bacteriología y nutrición.
- Posgrados: Doctorado en ciencias clínicas, Especializaciones en Enfermería Oncológica y Enfermería Pediátrica

IFT

- Pregrados: Auxiliar enfermería, administración, Hotelería y turismo

Diseño de las asignaturas de los programas de pregrado.

- ¿Se aplica el enfoque educativo basado en competencias?

El comportamiento en este aspecto es similar para los dos tipos de instituciones. Tres (18.8%) instituciones aplican algunas veces el enfoque de competencias y 13 (81.2%) lo hacen en forma frecuente. Dos instituciones no respondieron la pregunta.

- ¿Conoce las normas de competencia laboral desarrolladas por la Mesa Sectorial de servicios a la salud?

De las 16 instituciones que respondieron, 15 (93.8%) las conoce y las aplica y sólo una universidad manifestó no conocerlas.

Programas académicos

Se identificaron 100 programas de los cuales 25 correspondían a Universidades.

En el caso de las Universidades, predominan los programas profesionales o pregrado, de Medicina, Odontología y Enfermería, y las correspondientes especialidades médicas o especializaciones de diverso tipo.

Ejemplos de las especialidades (posgrados) encontrados: Estomatología Pediátrica, Ortodoncia, Cirugía Maxilofacial, Endodoncia, Periodoncia, Anestesiología y Reanimación, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, Enfermería Nefrología Y Urología, Enfermería en Cuidado Critico. Por otra parte, se encontraron las especializaciones en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social, Epidemiología.

En el caso de la IFT, se presenta una gran diversidad de programas académicos. Los característicos de estas instituciones son los programas de formación de técnico laboral, pero abundan los diplomados y los cursos de capacitación de todo tipo.

Ejemplos de programa de técnico laboral encontrados:

Auxiliar de Enfermería, Auxiliar en Salud Oral, Servicios Farmacéuticos, Salud Pública, Auxiliar Administrativo en Salud, Atención y Educación a la Primera Infancia, Administración General con Énfasis en Facturación.

Ejemplos de otros cursos: Diplomado Atención de Enfermería en UCI Adultos, Diplomado Atención de Enfermería Neonatal, Diplomado en Entrenamiento PAI, Diplomado en Manejo de Tiendas Naturistas, Diplomado Operativo de Vacunación, Diplomado de Facturación en Servicios de Salud, Diplomado de Medicamentos, Capacitación en Soporte Vital Básico, Guía Comunitario en Salud, Cuidador de la Primera Infancia, Cuidador del Adulto con Limitada Autonomía, Curso de Estandarización en la Toma de Citología, Curso de Soporte Vital Básico, Curso De Primeros Auxilios, Curso de Actualización en Enfermería, Capacitación en Actualización en el Proceso de Esterilizar Artículos y Productos, Capacitación en Atención Integral al Usuario en la Unidad Quirúrgica, Atención Integral al Usuario en la Unidad de Cuidado Crítico, Cualificación por Competencias en Ayudas Oftalmológicas, Curso Básico de Protección Radiológica y Bioseguridad, Taller Manejo y Conservación de los Alimentos, Curso Básico de Inyectología y Monitoreo de Glicemia.

Tipos de programa

El 92,2 % de los programas era de tipo presencial y el resto semi presenciales, incluyendo dos programas de Universidades, de Especialista en gerencia de servicios de salud y en Epidemiología. No se encontraron programas virtuales.

Indicadores de proceso y resultado

Se ha tomado como base la información elemental de inscritos, matriculados y egresados para establecer las proporciones entre las mismas, como indicadores de los procesos y resultados de las instituciones educativas estudiadas. Se obtuvo la información para los años de 2010, 2011 y 2012. La relación matriculados/inscritos refleja la experiencia del mismo año de la medición, pero la relación de egresados/matriculados, refleja la experiencia de las cohortes que ingresaron años atrás, su permanencia y la matrícula del año de la medición. Esta última relación expresa dos variables dinámicas cuya tendencia y variación anual puede ser semejante o divergente. Es por tanto un indicador de tendencia y situación, cuya interpretación en cada institución requiere un análisis sobre los procesos específicos.

A continuación se indican los porcentajes obtenidos

**Tabla 6.7.** Relaciones entre inscritos, matriculados y egresados, en las IFT

Programa	Técnico Laboral Auxiliar de Enfermería	Técnico Laboral Auxiliar en Salud Oral	Técnico Laboral en Atención y Educación a la Primera Infancia
2010 Matriculados/Inscritos	97.7	95.6	88.2
2010 Egresados/matriculado	41.6	65.8	26.7
2011 Matriculados/Inscritos	98.1	97.1	95.7
2011 Egresados/Matriculados	58.9	65.0	42.0
2012 Matriculados/Inscritos	80.0	95.6	86.9
2012 Egresados/matriculado	72.2	73.1	79.2

**Tabla 6.8.** Relaciones entre inscritos, matriculados y egresados, en las Universidades

Programa	2010 Matriculados/Inscritos	2010 Egresados matriculado	2011 Matriculados Inscritos	2011 Egresados matriculado	2012 Matriculados Inscritos	2012 Egresados matriculados
Medicina	89,7	13,4	63,9	8,9	59,2	14,9
Enfermería	19,9	81,0	13,7	53,3	23,0	38,6
Anestesia	34,5	30,0	13,5	57,1	7,1	50,0
Ginecología y Obstetricia	83,3	20,0	38,5	40,0	20,4	20,0
Medicina Interna	31,7	23,1	15,1	23,1	18,1	20,0
Pediatría	25,3	40,0	32,2	26,3	27,5	15,8
Cirugía General	33,3	25,0	53,3	25,0	21,6	25,0

Como era de esperar se aprecian diferencias significativas en este tipo de indicadores entre los dos tipos de instituciones.

### 6.3.2. Pregrados y posgrados

Para conservar una perspectiva de tendencia, recogemos la información que presenta el Cendex sobre la evolución de largo plazo de los programas de pregrado (4).

**Tabla 6.9.** Programas de pregrado de Educación Superior

Profesión	1974	1990	2006	2009
Medicina	11	21	41	58
Odontología	4	11	18	39
Enfermería	12	19	38	56
Bacteriología y Lab. Clínico	5	9	12	24
Nutrición 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

El panorama de programas de pregrado hacia el año 2011 se indica en la tabla siguiente (5).

**Tabla 6.10.** Programas de pregrado en Salud

PREGRADO	OFICIAL	PRIVADO	TOTAL	%
Bacteriología	6	10	16	5,5
Enfermería	21	36	57	19,8
Fisioterapia	7	25	32	11,1
Fonoaudiología	5	9	14	4,9
Ingeniería Biomédica	0	1	1	0,3
Medicina	20	39	59	20,5
Medicina Veterinaria	18	21	39	13,5
Microbiología	2	0	2	0,7
Nutrición y Dietética	7	3	10	3,5
Odontología	5	29	34	11,8
Química Farmacéutica	4	2	6	2,1
Terapia Ocupacional	3	8	11	3,8
Terapia Respiratoria	0	6	6	2,1
Salud Ocupacional	0	1	1	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>190</b>	<b>288</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema Nacional de Información de Educación Superior – SNIES Enero 2012

Por su parte, los programas de posgrado en salud, para el año 2011, se indican en la Tabla 6.11. (5).

**Tabla 6.11.** Programas de posgrado en Salud. 2011

POSGRADO	ESPECIALIZACIÓN – ESPECIALIDAD		MAESTRÍA		DOCTORADO		TOTAL	
	NÚCLEO BÁSICO	OFICIAL	PRIVADO	OFICIAL	PRIVADO	OFICIAL		PRIVADO
Bacteriología		2	4	2			8	
Ciencias Farmacéutica				4		2	6	
Enfermería	17		15	2	1	1	36	
Medicina	203		262	17	11	11	3	507
Medicina Veterinaria	8		8	2	2	1		21
Nutrición y dietética	2		2	3				7
Odontología	24		42	1	1			68
Optometría, otros programas de ciencias de la salud			5		3			8
Terapias	3			1	1			5
Salud Ocupacional	5		13	3	3			24
Salud Pública	16		33	11	10	2		72
<b>TOTAL</b>	<b>280</b>		<b>384</b>	<b>44</b>	<b>32</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>756</b>

Fuente: Sistema Nacional de Información de Educación Superior – SNIES Enero 2012

### 6.3.2.1. Egresados

Los egresados durante el período de 2001 a 2008, se indican en la Tabla 6.12.

**Tabla 6.12.** Egresados 2001-2008

GRADUADOS 2001 A 2008								
PROGRAMA	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
MEDICINA	2.393	2.606	3.061	3.201	3.037	3.069	3.073	2.260
ENFERMERÍA	1.704	1.704	2.097	2.315	2.185	2.104	2.302	1.936
ODONTOLOGÍA	1.802	1.741	1.535	1.384	1.222	993	1.117	986
BACTERIOLOGÍA	775	778	820	802	731	828	840	812
QUIMICA FARMACÉUTICA	79	128	108	178	197	197	208	77
SICOLOGÍA	3.184	3.620	4.069	3.506	4.114	5.233	4.976	4.550
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	200	206	226	185	281	167	239	167
Fuente: Observatorio Laboral MEN. Consulta julio 14 de 2009								
Relación enfermeras/médico	71,2%	65,4%	68,5%	72,3%	71,9%	68,6%	74,9%	85,7%

### 6.3.2.2. Tecnólogos y auxiliares

A partir del año 2000 se presenta una tendencia intensa de crecimiento de las instituciones y los programas orientados a la formación de tecnólogos y auxiliares o, más propiamente, programas de formación para el trabajo y los derechos humanos.

En el año 2007 se inició la emisión de conceptos bajo los requerimientos del Decreto 3616 de 2005 y posteriormente el Decreto 4904 de 2009. Del total de 1.926 programas presentados a la CITHS desde 2007, para el 2011 se habían registrado 1.758 programas de Formación para el Trabajo y Derechos Humanos, de los cuales 1.171 contaban con concepto favorable.

Para el año 2011, teniendo en cuenta los cinco programas de Auxiliares en Salud, comentados en el Capítulo de Talento Humano, más otros programas diversos, los Departamentos con mayor número de programas con concepto favorable eran: Valle con 177, Bogotá con 137, Antioquia con 101 y Córdoba con 85.

Según los programas, la situación es como se indica a continuación.

Auxiliar en Enfermería: 401 programas que correspondían al 34% del total, de los cuales el Valle del Cauca contaba con 63, Bogotá con 38, Córdoba con 30 y, Cesar con 29;

Auxiliar en Servicios Farmacéuticos: 199 programas que correspondían al 17% del total, de los cuales el Valle del Cauca contaba con 27, Cesar con 24, Bogotá con 21 y Antioquia con 17.

Auxiliar en Salud Oral: 176 programas que correspondían al 15% del total, de los cuales el Valle del Cauca contaba con 34, Bogotá con 21, Antioquia con 18 y Córdoba con 16.

Auxiliar Administrativo en Salud: 140 programas que correspondían al 12%, de los cuales Antioquia contaba con 19, Valle con 18, Bogotá con 17 y Córdoba con 13.

Auxiliar en Salud Pública: 112 programas que correspondían al 9% del total, de los cuales Bogotá contaba con 16, Antioquia con 13, Valle con 12 y Cundinamarca con 11.

### **6.3.3. Investigación en salud**

#### **6.3.3.1. Panorama internacional de investigación en salud**

En correspondencia con la caracterización de la globalización presentada en el Capítulo 1, se indican a continuación algunos rasgos centrales del contexto generado por la economía de conocimiento, que se ha convertido en el nuevo marco de la investigación en todas las áreas.

En un estudio reciente para identificar una agenda de investigación en salud (5) fue posible precisar algunas de las tendencias de investigación en salud en términos de su relevancia académica, social, nacional e internacional; así como su pertinencia futura y viabilidad para el desarrollo investigativo. Los resultados obtenidos destacan como tendencias relevantes de investigación, en el ámbito internacional y nacional, los siguientes temas:

- Tecnologías en Salud Humana;
- Neurociencias,
- Salud y Trabajo,
- Salud Materno Perinatal e Infantil,
- Desafíos de la Bioética,
- Enfermedad Crónica,
- Enfermedades Infecciosas emergentes y reemergentes
- Situaciones de emergencias y desastres,
- Salud mental,
- Salud pública
- Producción y transferencia de conocimiento.

#### **6.3.3.2. Panorama de investigación en salud en Colombia**

Como ocurre en gran parte de los países la investigación institucional en salud en Colombia es ampliamente diversa. La información sobre los tipos de proyectos, las fuentes de financiamiento y similares se encuentra en las instituciones que investigan, no está disponible de manera oportuna y no está agrupada en bases de datos en el ámbitos de las ciudades o las regiones. Por tanto, se trata de una información importante pero dispersa, de tal manera que, en su forma actual, resulta poco útil para los análisis de tendencia y caracterización.

Con base en la información institucional de Colciencias es posible una aproximación a algunas de las características de la investigación en salud en Colombia. En un estudio realizado por Salazar (6) a través de 37 años de financiamiento de la investigación en

Salud en Colombia (1970-2007), se observó predominio del financiamiento de proyectos de investigación sobre enfermedades infecciosas, transmisibles, infantiles y de la nutrición. Los enfoques predominantes fueron los básico-clínicos, investigación biomédica, clínica, epidemiológica y de sistemas de salud. En el mismo análisis este autor muestra que la investigación sobre lesiones (violencia, trauma y accidentes) no ha sido relevante en el contexto de la financiación. Sin embargo, en ese mismo periodo de tiempo se fortalecieron los grupos de investigación y se dio paso a nuevos temas y enfoques de investigación (7).

Debe advertirse que estas temáticas resultan de los proyectos aprobados por Colciencias, de acuerdo con tres líneas de acción que ha planteado de tiempo atrás: Investigación básica biomédica, investigación clínica e investigación en salud pública. Con base en estas líneas Colciencias define las prioridades que esta institución ha establecido en sus respectivas convocatorias. Por tanto, reflejan sólo una parte de las temáticas de investigación en salud.

#### 6.3.3.2.1. Capacidades de investigación

Una forma de valorar la capacidad de investigación consiste en examinar los grupos de investigación. No hay dudas con respecto a que el inventario de grupos de investigación que mantiene Colciencias por medio de la plataforma Scienti, es el más completo del país. Con base en la información de 2010 de esta plataforma, se obtuvieron los resultados que se indican a continuación.

**Tabla 6.13.** Grupos de Investigación relacionados con Salud - 2010

ÁREA	GRUPOS	%
Administración hospitalaria	4	0,15
Agronomía	112	4,23
Biofísica	3	0,11
Biología general	134	5,06
Biomedicina	2	0,08
Bioquímica	24	0,91
Botánica	21	0,79
Ciencia y tecnología de alimentos	53	2
Ciencias	12	0,45
Demografía	6	0,23
Ecología	91	3,43
Educación	494	18,64
Educación física	22	0,83
Enfermería	60	2,26
Farmacia	30	1,13
Farmacología	5	0,19
Física	134	5,06
Fisiología	8	0,3
Fisioterapia y terapia ocupacional	42	1,58
Fonoaudiología	8	0,3
Genética	43	1,62

ÁREA	GRUPOS	%
Ingeniería Agrícola	12	0,45
Ingeniería Biomédica	36	1,36
Ingeniería química	59	2,23
Ingeniería sanitaria	50	1,89
Inmunología	7	0,26
Medicina	426	16,08
Medicina Veterinaria	52	1,96
Microbiología	63	2,38
Morfología	2	0,08
Nutrición	8	0,3
Odontología	51	1,92
Parasitología	9	0,34
Psicología	201	7,58
Química	139	5,25
Recursos forestales e ingeniería forestal	15	0,57
Recursos pesqueros e ingeniería de pesca	14	0,53
Salud Colectiva	127	4,79
Zoología	28	1,06
Zootecnia	43	1,62
<b>TOTAL</b>	<b>2650</b>	<b>100</b>

#### 6.3.3.2.2. Normatividad en investigación en salud

Varios documentos estructuran la política de investigación en salud en Colombia. Esta reglamentación se presenta en la Tabla 6.12.

**Tabla 6.14. Normatividad en Investigación en Salud**

Normatividad	Planteamiento general
Ley 84 de 1989	Mecanismos de utilización de animales con propósitos experimentales y investigativos en facultades de medicina, de veterinaria, de zootecnia o ciencias afines.
Resolución 8430 de 1993	Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, requisito para el desarrollo de la actividad investigativa de la salud en Colombia.
Ley 972 de 2005	Normas para mejorar la atención por parte del Estado Colombiano de la población que padece enfermedades ruinosas o catastróficas.
Ley 1090 de 2006	Se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico, bioética y otras disposiciones.
Ley 1122 de 2007	Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Ley 1164 de 2007	Disposiciones en materia del talento humano en Salud.



Ley 1286 de 2009	Fortalece el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología en Colombia y mantiene algunos de los articulados del decreto 585 de 1991 que define los distintos programas nacionales de investigación.
Ley 1295 de 2009	Se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del SISBEN.
Decreto 398 de 2010	Actualización de los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado.

#### 6.3.4. Perfiles profesionales, competencias y currículos

Algunos estudios han planteado de manera reiterada discrepancias o inconsistencias entre los perfiles de los egresados de las instituciones educativas en salud y las competencias requeridas para el desempeño de los cargos en las ocupaciones del sistema de salud (4). También se han planteado discrepancias entre el perfil de los egresados y las necesidades sociales, políticas y epidemiológicas del país. Y, en tercer lugar, se plantea la ausencia de respuesta educativa a los nuevos desarrollos ocupacionales del sistema de salud, o sea, la necesidad de introducción de nuevos perfiles

El primer problema es de adecuación apropiada de los programas formativos con respecto a las necesidades ocupacionales de las instituciones, lo que sugeriría que las instituciones educativas no tienen en cuenta las necesidades ocupacionales, están encerradas en sí mismas o, simplemente son descuidadas en exceso. De manera más precisa: “El balance entre los perfiles curriculares y ocupacionales obtenido mediante un indicador de efectividad, estableció que la oferta educativa no se adecua al mercado de servicios, encontrando una brecha entre la formación y el trabajo...” (4)

El segundo problema remite a la pertinencia de los programas, mientras que el tercer problema sería de falta de capacidad para el análisis de tendencias y débil sentido de oportunidad.

En todo caso, en su momento, los estudios indicados, abundaron en propuestas para suplir las debilidades en las tres problemáticas comentadas<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Así, por ejemplo, propuestas para ajustar los currículos educativos a las necesidades ocupacionales: “Solución de problemas, relaciones interpersonales, sistemas, toma de decisiones, bienestar social, salud, manejo de nómina, liquidaciones y autoliquidación, conocimientos de formatos y formularios, ley 100, afiliaciones, ley 50, seguridad social en el campo de la salud ocupacional, orientación de fondos de pensiones y cesantías, manejo de personal, actualidad, formación integral, secretariado general, derecho laboral, parte operativa del sistema, sentido del servicio en seguridad social, diferencia en los procesos de las entidades públicas y privadas encargadas de la seguridad social, utilización de servicios adicionales, caja de compensación, sistematización para seguridad social (programas existentes), interpretación de leyes, políticas actuales, promoción y prevención, relaciones industriales, oportunidades y debilidades de la nueva legislación, servicios que prestan las entidades que laboran en el campo de la seguridad social, derechos de los trabajadores y deberes de los empleadores, criterios en la selección de proveedores, mercadeo y ventas.” (4) También contamos con propuestas para ajustar la formación a las necesidades sociales y epidemiológicas del país: Reorientar los perfiles profesionales (medicina, odontología, terapias, bacteriología y nutrición) y de auxiliares. Para cada uno de ellos se cuenta con un menú temático específico. Y también tenemos propuestas de las nuevas profesiones y especialidades que sería necesario crear (medicina del trabajo, medicina familiar, administración en salud y economía de la salud).

### ¿Cómo interpretar este tipo de afirmaciones?

Lo primero a mencionar es que no se debe considerar como un problema simple y exclusivo de las instituciones educativas, ni se debe considerar a estas últimas como un todo único. Este tipo de desajustes debe mirarse también desde el mercado laboral en salud cuya desestructuración genera dificultades e impide una adecuada lectura de las necesidades ocupacionales. En realidad, las ocupaciones y cargos son definidos de manera particular por cada institución prestadora o aseguradora. Por otra parte, el ejercicio de lectura del mercado laboral por parte de las instituciones formativas, sigue siendo individual por la carencia de marcos regulatorios integradores. Por último, ha incidido de manera contundente la desarticulación entre el sector de la salud y el sector educativo.

No hay duda alguna con respecto a que este tipo de propuestas, dirigidas a la gestión educativa (creación de nuevos programas) o a la modificación de los currículos, han sido útiles, y gran parte de ellas han sido adaptadas y adoptadas por escuelas de todas las áreas. Pero, aún hoy, siguen siendo unilaterales. En la realidad el desarrollo de nuevos programas y la transformación de los ya existentes se han dado bajo la influencia de múltiples factores, si bien el proceso es todavía insuficiente.

- El incremento y diversificación de los programas de formación profesional y de las especialidades. Esta formación universitaria es de un alcance mucho más amplio que exclusivamente en competencias laborales. Este último tipo de competencias, en el ámbito clínico, básico o de salud pública, tienden a ser genéricas, poco específicas para ligarse a un único tipo de cargo o ocupación. Esto no es un problema, ni debe generar una brecha con los perfiles ocupacionales, a menos que estos obedezcan a un esquema voluntarista de decisiones aisladas y particulares, o siga prevaleciendo el escaso interés de las instituciones de salud en la gestión del talento humano. De hecho, por iniciativas de las asociaciones de Facultades, en diversas profesiones se han llevado a cabo, de tiempo atrás, procesos continuos de ajuste de los currículos, para adecuarse a las necesidades de la población, del sistema de salud o del conocimiento (8).
- El rápido incremento de las instituciones de formación para el trabajo y por tanto de los egresados. Si bien la formación de auxiliares debe ser integral, está centrada en competencias laborales, o el saber hacer. Otro tanto puede afirmarse de los tecnólogos y los técnicos profesionales.
- La intersección del mercado laboral, el sistema de salud y el sector educativo, cuyos horizontes y límites no son bien comprendidos, ha generado potentes estímulos que benefician tanto a las instituciones de salud como a las educativas, pero, las respuestas se han dado de manera desorganizada e individualizada, sin coordinación horizontal ni vertical entre tipos de instituciones.
- Los procesos de acreditación de calidad de las Universidades, cuantitativamente insuficiente, ha mostrado que la mayoría de los programas de formación

profesional y posgraduada son altamente pertinentes, con respecto a las necesidades sociales y las necesidades de conocimiento.

- La formación apropiada en competencias laborales específicas que no corresponden a profesionales, puede ser proporcionada por medio del proceso de trabajo hasta cumplir los requisitos de las respectivas normas técnicas y luego puede ser validada por instituciones educativas, tipo SENA. En otras palabras, no es siquiera necesario que los programas de formación de tipo formal incluyan en sus contenidos académico todas y cada una de las competencias técnicas requeridas por un determinado perfil ocupacional.

### **6.3.5. Dimensión de políticas**

Quizás el más grave problema que incide y es afectado por la desestructuración del mercado laboral y la desarticulación entre el sector de la salud y el sector educativo en salud, es la carencia de un esquema integrador o al menos de coordinación efectiva entre los diferentes tipos y niveles de formación del talento humano. Este problema se ha percibido desde hace más de una década y la respuesta política requerida sigue siendo la misma: la organización de un sistema de educación en salud por ciclos y por niveles escalonados de formación, desde los niveles auxiliares hasta los niveles posgraduados, con fronteras e incentivos claramente definidos para incidir en la oferta de los programas, de acuerdo con las necesidades de la población y del sistema de salud.

## **REFERENCIAS**

1. Isaza G. Aspectos generales de las Políticas, Reformas, y Cambios Educativos. Maestría en Educación de la Diversidad. Universidad de Manizales; 2011
2. Libreros D. (Comp.). Tensiones de las políticas educativas en Colombia. Balance y perspectivas. Bogotá, D. C.: Universidad Pedagógica Nacional; 2002.
3. República de Colombia. Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA. Caracterización ocupacional del sector de la seguridad social en salud en Colombia; Octubre de 2001
4. Cendex. Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias, prospectiva. Tercera Edición; 2009.
5. Universidad Nacional de Colombia. Agenda: Salud y Vida. Plan Global de Desarrollo 2010 – 2012. Programa: Prospectiva Universidad Nacional. Proyecto: Agendas de Conocimiento Universidad Nacional; Agosto 2012.
6. Salazar HJ. Evaluación del impacto del financiamiento de la investigación en salud en COLCIENCIAS. 1970 – 2007; 2009.
7. Lizarazo P. Síntesis a partir de una visión sobre planes de desarrollo y políticas públicas regionales y nacionales. Documento preliminar para discusión. Bogotá; 2011.
8. Ospina JE, Giraldo D. El análisis de las reformas curriculares en las Facultades de Medicina de Colombia. IV. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá; 1999.



## 7. ESTUDIO DE CASO – ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS

El presente presenta el estudio de caso múltiple de carácter retrospectivo de los modelos en salud basados en la estrategia de APS, planteados en el departamento de Santander, la ciudad de Barranquilla y la ciudad de Bogotá.

La idea central de esta revisión es identificar las enseñanzas, correspondencias, diferencias y retos de las propuestas de APS anteriormente mencionadas y su proyección en el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, específicamente en el campo del desempeño del Talento Humano en Salud.

La Conferencia Internacional sobre Atención primaria en Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue uno de los eventos de política de salud internacional más relevantes de la década de los 70.

En los años 70, el panorama económico y político era crítico caracterizado por democracias inestables, dictaduras militares, guerra fría y regímenes totalitaristas.

Con respecto a los Sistemas de Salud se evidenciaba un aumento en los costos, servicios ineficientes y de escasa calidad, restricciones en los presupuestos públicos los cuales se veían impactados también por el desarrollo de nuevas tecnologías y los cambios producidos en el rol del estado.

Teniendo como base estos antecedentes, la Organización Mundial de la Salud, OMS, en el marco de la Conferencia Internacional de Alma-Ata, promovió y adoptó la APS como estrategia central para alcanzar el objetivo de “Salud Para Todos” (1).

Desde entonces, el mundo y la APS han cambiado drásticamente, las reformas en América Latina de los sistemas de salud en los últimos 30 años han tenido resultados limitados, contradictorios y en algunos casos negativos.

El enfoque original de la APS, se vio afectado por las dinámicas de los sistemas desvirtuándose así lo proclamado en la conferencia de Alma-Ata. Se configuraron en el campo de su desarrollo diferentes enfoques a saber: el enfoque de APS Selectiva caracterizada por un número limitado de servicios, restringido a eventos prevalentes de gran repercusión y a un conjunto de actividades de servicios dirigida a los pobres, característico de países en desarrollo; un segundo enfoque entendiendo la APS como el nivel primario de atención de un sistema de servicios de salud, característicos de los países europeos; como tercer enfoque la APS se entiende desde la mirada de los derechos humanos, dejándose así de lado la Atención Primaria de Salud Integral proclamada en Alma Ata, estrategia concebida para la organización de los sistemas de salud y promover la salud (2)

Inspiración para fortalecer conceptos de la Atención Primaria de Salud, han sido los lineamientos de la Promoción de la Salud desde la promulgación del carta de Ottawa en

1986 y las conferencias Internacionales que le siguieron, la declaración de Bogotá («Promoción de la Salud y Equidad» 1992), la declaración de Yakarta (Lineamientos para la promoción de la salud en el siglo XXI. “Nuevos actores para una nueva era” 1997), Conferencia de Promoción de la Salud realizada en México, D.F (“Promoción de la salud: hacia una mayor equidad, de las ideas a la acción”), y la carta de Bangkok (el goce del más alto nivel alcanzable de salud, es uno de los más fundamentales derechos de cada ser humano sin distinción de raza, género, edad, religión, creencia política, condición social o económica 2005).

En 2003, con motivo del 25º aniversario de la Conferencia de Alma Ata, y a solicitud de sus Países Miembros, la OPS decidió examinar de nuevo los valores y principios que décadas atrás inspiraron la Declaración de Alma Ata, a fin de formular sus futuras orientaciones estratégicas y programáticas en Atención Primaria de Salud (2). Los lineamientos para la APS resultantes de este nuevo examen se plasmaron en el año 2007, en el documento “Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición” el cual plantea una visión renovada de los sistemas de salud basados en APS.

Insta a un nuevo examen de los determinantes fundamentales de la salud y del desarrollo humano, al convencimiento de que la salud debe ocupar un lugar central en la agenda para el desarrollo, entendiendo como desarrollo no meramente el crecimiento económico, sino como un concepto multidimensional. Parte del reconocimiento de la salud como una capacidad humana básica, un requisito para que los individuos realicen sus proyectos de vida, un elemento indispensable en la construcción de las sociedades democráticas y un derecho humano.

La APS renovada se propone como metas lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población, enfrentar los nuevos desafíos epidemiológicos, superar la incoherencia de los diferentes enfoques de APS, el reconocimiento de la APS como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud. Una Atención Primaria polivalente y resolutive, competente para dar respuesta a pacientes complejos y para considerar la salud en conjunto, y que por ello coopere con otros servicios, socio-sanitarios y extra-sanitarios atendiendo a sus atributos básicos de accesibilidad, coordinación, integralidad (capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población) y longitudinalidad (seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios, médico y enfermero)(3).

En nuestro país la Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSS, tiene por objeto “El fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la Estrategia Atención Primaria en Salud” y plantea la orientación del Sistema en términos de “generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud”. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el

marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población, unificación de los planes de beneficios, universalidad del aseguramiento, garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país (4).

El artículo 12 plantea adoptar la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. Enuncia igualmente que la Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Con respecto a la formación del talento humano en salud el artículo 98 de la ley declara que “el Gobierno Nacional establecerá los lineamientos para poner en marcha un sistema de formación continua para el Talento Humano en Salud, dando prioridad a la implementación de un programa de Atención Primaria para los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que deberá implementarse en forma progresiva. Concurrirán para este efecto las entidades territoriales, las sociedades científicas, los centros de formación superior y media y los empleadores”.

Teniendo como marco las directrices de la APS renovada propuestas por la Organización Panamericana de Salud, OPS, y los lineamientos de la ley 1438 del 2011 de nuestro país, se asume que el enfoque adoptado por Colombia para la reforma del SGSS del país el de la APS integral y renovada de desarrollo integral de servicios de salud.

El estudio de casos presentado en este documento se enmarca en el enfoque asumido por la ley 1438 de Colombia. Pretende aproximarse al análisis de las posibilidades de implementación de la APS en el sistema colombiano y principalmente con respecto a los desafíos en la formación de talento humano en el marco de la reforma, con orientación en atención primaria en salud, promoción de la salud y medicina familiar y comunitaria. La indagación relacionada con respecto los modelos en salud basados en la estrategia APS, corresponden a información secundaria y se describen a continuación:

## **7.1. Experiencias**

Departamento de Santander

A continuación se presenta la esquematización del proceso de implementación del modelo de Atención Primaria en Salud en el Departamento de Santander.

Este modelo tiene como objetivo “mejorar la situación de salud de los santandereanos, mediante la integración de esfuerzos de los diferentes actores del SGSSS, organismos relacionados con el sector salud, ONG y otros sectores, propiciando una cultura de salud que permita anticipar riesgos, orientar los servicios de salud hacia la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la atención integral con un enfoque familiar y comunitario” y su implementación se llevó a cabo mediante equipos provinciales.

Se plantea como propósito central “fortalecer los procesos de la prestación de servicios de Salud en forma integral para el cumplimiento de las competencias Departamentales y Municipales”, por lo cual, la Secretaría de Salud de Santander desde el año 2002 ha implementado un Modelo de Atención, basado en la Atención Primaria de Salud (APS), que permite actuar sobre las desigualdades e inequidades existentes en el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de eliminar barreras de acceso y mejorar la prestación de los servicios de salud” (5).

El departamento adoptó la definición de APS planteada en la declaración de Alma Ata de 1978 y se propone abarcar todos los actores del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) regionalizando el proceso con el fin de disminuir las barreras geográficas de acceso.

Inicialmente y teniendo como fin la implementación del modelo se realizaron reuniones de “sensibilización y concertación de compromisos” con los actores del Sistema, con respecto al modelo de atención basado en APS. Este proceso fue liderado por el equipo gestor departamental y la puesta en marcha del modelo estuvo a cargo de las alcaldías quienes a su vez gestionaron el compromiso de las EPS.

Los compromisos de las EPS e IPS consistieron en reorientar la prestación de los servicios hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con un enfoque familiar y comunitario, garantizar la red de servicios, cofinanciar y capacitar el talento humano necesario.

Los integrantes de los equipos provinciales y los docentes del departamento de salud fueron capacitados mediante convenio institucional con la Universidad de Toronto además se contó con el soporte constante de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, para la consolidación del modelo.

El modelo considera “la participación comunitaria como el eje central y articulador de la estrategia, busca que la comunidad conozca sus deberes y derechos, haciendo uso de ellos, a través de las redes de apoyo social y la conformación de la red de líderes en cada municipio, con el fin de vincularlos en las etapas del proceso de APS” (5).

Otras de sus características se denominada Regionalización busca “Garantizar la oportunidad de la atención en salud mediante la atención por niveles y el fortalecimiento del sistema de referencia y contrareferencia, la asistencia técnica, asesoría y capacitación, a través de los equipos provinciales que se ubican en las cabeceras provinciales, los cuales son coordinados desde el nivel departamental para que interactúen con los equipos municipales de forma directa” (5).



El modelo plantea como retos en su proceso de consolidación garantizar el acceso a los servicios de salud a todos los santandereanos en el año 2015, eliminando las barreras de acceso geográfico y social; arraigar la estrategia APS en un plan decenal; mejorar los indicadores de salud pública; solidificar alianzas estratégicas con los diferentes actores del SGSSS y otros sectores y contar con talento humano capacitado en salud familiar y comunitaria en el ámbito departamental y municipal.

#### Ciudad de Barranquilla

Este modelo tiene como objetivo “desarrollar iniciativas para promover estilos de vida saludables, prevenir las enfermedades y en caso de que ocurran, enfrentarlas tempranamente”.

Los equipos de este modelo se encuentran conformados por talento humano de carácter interdisciplinario y nace de la necesidad de reducir los elevados indicadores de morbilidad y mortalidad que presentaba la ciudad. Para su desarrollo se llevó a cabo un proceso de descripción y priorización de los problemas y necesidades del distrito, identificación de los factores que contribuían con los mismos y presentación de una serie de estrategias para su resolución; requirió la articulación de la red pública y privada de prestadores de servicios de salud (6).

Culminación, consolidación y sostenibilidad del modelo de APS propuesto, mejoramiento tecnológico, cobertura, calidad y oportunidad del sistema de información en salud, mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio y la salud pública; mejoramiento de los indicadores de salud, mayor apropiación comunitaria del modelo, apoyo a la formación de mejores individuos con mejor calidad de vida y la reorganización de la Secretaría de Salud Distrital, asumiendo las nuevas competencias para el fortalecimiento de los procesos de inspección, vigilancia y control (6).

Bogotá D.C.

En el año 2004 el Gobierno de Bogotá decidió poner en práctica la estrategia de APS con enfoque integral en el marco de la Política Distrital de Salud 2004-2008. La política se diseñó con el propósito de garantizar el derecho a la salud de la población, especialmente de los sectores en desventaja social, y alcanzar el más alto grado posible de salud haciendo énfasis en la equidad en salud, en la solidaridad social y en la autorresponsabilidad ciudadana. El enfoque filosófico y conceptual que ayudó a definir las características y operación de la estrategia formulada para Bogotá, fue el de Atención Primaria Integral de Salud, APIS (7).

Este modelo tiene como objetivo “acercar los servicios de salud a las familias más vulnerables de la ciudad y mejorar su calidad de vida, mediante la identificación conjunta de las necesidades de las familias, la organización integrada de la respuesta sectorial y abogacía para la movilización de otros actores sociales en torno a la construcción de respuestas que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de las familias” (6).

Para la implementación del modelo se conformaron equipos básicos denominados de salud familiar y comunitaria (EBSFC) y equipos de salud complementarios (ESC); previamente se realizó un diagnóstico profundo de la situación de salud, se identificaron necesidades y se capacitaron y formaron los equipos de atención

En el año 2006 el enfoque de Atención Primaria Integral de Salud en desarrollo para Bogotá fue influido por la discusión sobre la renovación de la APS (PAHO/WHO, 2007), que impulsó la OPS/OMS con motivo de la celebración de los 25 años de la declaración de Alma-Ata (OPS/OMS, 2003), y de la reunión de Montevideo (OPS/OMS, 2005) (7).

El programa de implementación de la APS en la ciudad de Bogotá se realizó a partir del 2004, mediante el programa Salud a Su Hogar (SASH) y desde el 2008 mediante el programa Salud a Su Casa (SASC) y enfoque de gestión pública de los derechos sociales desarrollado por la dirección de Salud Pública (EPSVS). La estrategia de APS/EPCVS fue formulada y ha sido implementada por los dos gobiernos Distritales que fueron elegidos para los períodos de los años 2004-2007 y 2008-2011 (8).

El análisis de la estrategia de Salud a Su Hogar (SAHS) y su conformación de equipos básicos de salud con asignación de población por microterritorios y constituidos por agentes comunitarios, médicos y enfermeras con orientación de trabajo familiar y comunitario, muestra, que esta se ha venido debilitando a lo largo del tiempo quedando reducidos a la implementación segmentada del programa SASC, un programa de agentes comunitarios de salud en el que se transformó SASH. Igualmente, el análisis de la implementación muestra que los avances orientados a vincular a las Empresas Promotoras de Salud (EPS del régimen contributivo y subsidiado) y a la red privada en esta iniciativa han sido prácticamente nulos, pese a los esfuerzos de desarrollar, en los años 2004 y 2005, una política de contratación y prestación de servicios con base en la APS que incluyera a los diversos actores del SGSSS (8).

Se esperaba que los equipos conformados inicialmente por dos promotores o gestores de salud, un técnico medioambiental, una enfermera y un médico, pudiesen implementar la APS de manera integral, impactando las condiciones de vida y la participación individual y comunitaria, pero dada la no posibilidad financiera para su sostenimientos, estos quedaron integrados por los promotores o tradicionales gestores de salud, quienes desarrollan actividades de caracterización y seguimiento de familias, demanda inducida y actividades de promoción y prevención de la Resolución 412, un técnico de salud medioambiental y un médico y una enfermera, quienes tienen que compartir sus actividades con la atención médica asistencial, sin tener asignación exclusiva al programa. La mayoría de los equipos se les asignan varios microterritorios.

## 7.2. Análisis

En los modelos estudiados y sus diferentes experiencias se refleja la no apropiación conceptual de la APS integral y los procesos necesarios para su implementación. La

APS es asumida como acciones de promoción y prevención y la conformación de los equipos que tienen a su cargo para el desarrollo de la estrategia evidencia este enfoque limitado.

Igualmente, “se podría afirmar que los modelos colombianos se han enfocado sobre todo en la cobertura y en la atención de las personas afiliadas al régimen subsidiado” (6), en contraste con otros países existe una cobertura universal de la población y se garantiza el acceso a un único plan de beneficios del sistema de salud.

La implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en el marco del actual SGSSS se encuentra limitada, a pesar de los lineamientos mandatorios de la ley 1438, debido a las características propias del sistema el cual divide a la población de acuerdo a su capacidad de pago y carece de normatividad y recursos necesarios para su implementación. Igualmente se hace evidente la no integración de acciones individuales y colectivas, no existe un vínculo real entre la APS, la Salud Pública y Promoción de la Salud y no existe una propuesta firme para realizar la atención en salud desde la articulación de redes, continuidad y complementariedad. El modelo de APS debiera ser una estrategia eficaz para superar el fraccionamiento actual de nuestro sistema y de la prestación de servicios a los ciudadanos.

Esperar que la Estrategia de APS, pueda lograr vencer los problemas estructurales de un sistema requiere de condiciones sociales, políticas y económicas que respalden su desarrollo integral. En la siguiente tabla se presentan indicadores de algunos modelos de salud en de Colombia y otros países.

**Tabla 7.1.** Comparación de indicadores en salud de diferentes modelos de APS

Indicador	España	Holanda	Brasil	Colombia	Santander	Barranquilla	Bogotá	Suba
Población total (miles de hab.)	44 486	16 528	191 972	45 012	1913,444	1193,952	6778,691	1044,006
Cobertura (%)	99	UNIVERSAL	70	92 (I)	59,8	58	42,5612	10013
Número de camas hospitalarias por cada 10 000 hab.	34	48	24	10	15	IND	13,5	IND
Densidad de médicos por cada 10 000 hab.	38	39	17	14	IND	IND	IND	IND
Expectativa de vida al nacer en años	81	80	73	75	72,8	72,4	75	77,43
Porcentaje de población que vive con menos de 1 dólar al día	.....	.....	5,2	16	9,1	IND	2,6	1,6
Cobertura de la atención prenatal (% al menos 4 visitas)	.....	.....	88	83	96,8	98,3	98,2	IND

Indicador	España	Holanda	Brasil	Colombia	Santander	Barranquilla	Bogotá	Suba
Porcentaje de partos atendidos por personal de salud cualificado	.....	.....	97	96	99,4	98,9	99,5	IND
Tasa de mortalidad en menores de 1 año por 1000 nacidos vivos	4	4	18	16	9,9	10,75	13,2	16,1
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1000 nacidos vivos	4	5	77	75	39,9	47	44,6	52,1

Tomada con modificaciones de La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones / compiladores Óscar Bernal, Catalina Gutiérrez. Bogotá: Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno, Ediciones Uniandes, 2012.

Aunque estos indicadores no dependen exclusivamente de la implementación de la APS, se puede apreciar la diferencia teniendo como parámetros de explicación de estas diferencias, la composición demográfica, la localización geográfica, la situación sociopolítica, el modelo de desarrollo, la capacidad institucional de los Estados, la capacidad organizativa de la sociedad y las características idiosincrásicas de cada uno de los lugares, entre otros factores (6).

Los casos estudiados revelan la intención de conformar equipos multidisciplinarios de “alcance médico” lo cual no garantiza que haga parte de estos profesionales en medicina en incluso enfermería, lo cual no se ajusta a los lineamientos de la APS renovada.

Se hace necesaria la formación de recurso humano calificado en salud, que permita la implementación de la estrategia de APS en el país y la conformación de equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios de atención, conformados por médicos generales, enfermeras, especialistas en medicina familiar y comunitaria y profesionales de la salud especialistas en áreas clínicas con orientación hacia la APS.

La Formación de Talento Humano con orientación a APS se considera un factor álgido para el desarrollo de la APS, más aún cuando los equipos conformados y capacitados para la implementación de la estrategia, dadas las políticas salariales y de contratación, se ven sometidos a la pérdida de la vinculación institucional, generándose una alta rotación y pérdida del recurso competente.

### 7.3. Desafíos en la Formación de Talento Humano en el Marco de la Ley 1438

Los recursos humanos “son el componente esencial de los sistemas de salud, pero están inadecuadamente preparados para trabajar en contextos basados en APS” (2).

Esto implica conocimientos no sólo sobre aspectos clínicos de la atención sino acerca de la epidemiología comunitaria, gestión, integración y coordinación de recursos, mejoramiento de calidad y la promoción de la salud, ciencias sociales, ambientales y conductas relacionadas con la salud y el desarrollo comunitario (7).

Es necesario capacitar al talento humano en salud, para brindarles las competencias para realizar las actividades de APS, bajo estándares de alta calidad, de manera que los profesionales cuenten con la capacidad de formar parte de los equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios superando la tradición de formación netamente clínica y hospitalaria

Se requieren escenarios de aprendizaje orientados a la APS que permitan no solo la adquisición de competencias en aspectos asistenciales ambulatorios, sino que se produzca un verdadero intercambio con la comunidad, es evidente la falencias de programas de formación con enfoque de APS y Promoción.

Puede condicionar negativamente la elección de los estudiantes de medicina, hacia el ejercicio de la profesión dirigido a la estrategia de APS, el estigma que aún existe considerando las especialidades clínicas como un sello de éxito profesional en contraposición a dedicar su carrera a la atención primaria.

Es imperativa la instauración de políticas que fomenten la atracción de estudiantes hacia la APS, definiendo una mejor escala salarial para la captación y retención de éstos profesionales, especialmente si serán ubicados en zonas alejadas.

Los roles de profesores y modelos son importantes durante su formación de pregrado.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud 1978. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Salud para Todos. OMS; 1978.
2. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, 2007.
3. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Organización panamericana de la salud. Informe mundial de salud 2008. La atención primaria de salud Introducción y panorámica. Más necesaria que nunca
4. República de Colombia. Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSS
5. Modelo de Atención Basado en Atención Primaria de Salud, Experiencia en Santander Martha Helena León Franco, Alba Nury Ramírez Cano, Luz Marina Uribe Rivera, Secretaría de Salud de Santander. Documento Institucional.
6. La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones / compiladores Óscar Bernal, Catalina Gutiérrez. -- Bogotá: Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno, Ediciones Uniandes, 2012.
7. Atención Primaria Integral de Salud, estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. Román Vega Romero, Naydú Acosta Ramírez, Paola Andrea Mosquera Méndez, Ofelia Restrepo Vélez, Liliana Alejandra Chicaiza Becerra, Mario García Molina, Sandra Catalina Olaya. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá D. C., Colombia, 2009

8. Aprendiendo de la Experiencia de APS en Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. COLCIENCIAS, Secretaría de Salud de Bogotá D.C., Pontificia Universidad Javeriana, Universidad de Ottawa. 2011

## 8. PERSPECTIVA DE LOS ACTORES

### 8.1. Entrevistas Actores Clave

Se realizaron entrevistas semiestructuradas dirigidas a actores clave pertenecientes a dos sectores, el sector educativo referido a los oferentes de programas y el sector de empleadores concerniente a la Entidades Administradoras de Planes y Beneficios y Entes Territoriales, correspondientes al Entorno Educativo. Estos sectores conciernen a los Entornos Educativo y Ocupacional definidos previamente en el estudio. Para llevar a cabo la exploración se diseñó una guía que permitió conducir el curso de las entrevistas.

Se desarrollo un estudio exploratorio de enfoque cualitativo cuyo interés en el objeto de estudio se enmarca en la caracterización del talento Humano en Salud. Se definieron como categorías de abordaje para el sector educativo, la calidad de la formación, la empleabilidad del recurso humano, la pertinencia en la formación, reorientación de perfiles profesionales, servicios profesionales y la prospectiva considerada.

Para el sector de empleadores a su vez se definieron como categorías de abordaje, la demanda de recursos humanos, áreas de desempeño, políticas salariales e igualmente la prospectiva con respecto al sistema.

Como producto del trabajo de campo emergieron categorías a tener en cuenta como son la percepción de incertidumbre, la corrupción del sistema, sostenibilidad y legalidad.

La entrevista contó con una ficha que permitió recoger información básica con respecto al entrevistado, Institución, cargo, facultad, dependencia, hora y fecha de la entrevista, otros de acuerdo al caso.

Los criterios de la definición de categorías obedecieron a pautas relacionadas con los requerimientos del convenio y sus objetivos, la experiencia de estudios previos y el conocimiento de la práctica del talento humano en el sector.

En total se realizaron 30 entrevistas, en la ciudades de, Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Cartagena, Medellín, Montería, Neiva, Pasto y Popayán

Se definieron como actores a entrevistar en cada una de las ciudades, funcionarios pertenecientes a los sectores educativo oferentes de programas (decano, vicedecano académico, delegado, otros) y de empleadores del sector salud, Entidades Administradoras de Planes y Beneficios y Entes Territoriales.

Dado que el método de recolección de los datos corresponde al propio de una investigación cualitativa (entrevista semiestructurada), la muestra de entrevistados se define a conveniencia, pues al contrario del método de las encuestas realizadas en un

número de personas considerado como representativas de la población según criterios estadísticos, la entrevista con actores consiste en sostener un diálogo con una persona seleccionada sobre la base de orientaciones (preguntas en gran parte abiertas) definidas en una guía de entrevista, hasta obtener saturación de datos correspondientes.

Los hallazgos producto de la lectura de las entrevistas se clasificaron teniendo como base las categorías de abordaje del estudio. Posteriormente y respondiendo al enfoque cualitativo del estudio se procedió al análisis de los discursos desde un nivel textual. Finalmente se hicieron algunas interpretaciones teniendo en cuenta los datos Institucionales de los entrevistados. Se consideraron categorías emergente una vez se llevó a cabo la lectura de los textos. A continuación se presenta una relación del número de entrevistas a actores clave según institución

- IPS-ESE : 9
- EPS: 4
- Universidades: 5
- Escuelas de formación del trabajo: 3
- Universidades: 5
- Secretarías de Salud: 4

Las tablas siguientes presentan una relación de las entrevistas realizadas por ciudad e Institución

**Tabla 8.1.** Relación Entrevistas - Actores. Ciudad de Barranquilla

BARRANQUILLA – CARACTERIZACIÓN TALENTO HUMANO		
ENTREVISTA No.	INSTITUCIÓN - SECTOR	ACTOR - DEPENDENCIA
1	IPS Universitaria de Barranquilla	Dirección Talento Humano
2	Escuela de formación para el trabajo INCANTEC	Coordinación de Programas de la Escuela de formación
3	Hospital Niño Jesús ESE	Dirección Talento Humano
4	Secretaria de Salud Pública Departamental.	Líder programas de Salud Pública

**Tabla 8.2.** Relación Entrevistas - Actores. Ciudad de Bucaramanga

BUCARAMANGA – CARACTERIZACIÓN TALENTO HUMANO		
ENTREVISTA No.	INSTITUCIÓN - SECTOR	ACTOR - DEPENDENCIA
5	Universidad Industrial de Santander	Decanatura
6	Secretaria de Salud Departamental	Subdirección Administrativa
7	Escuela de Formación en Salud “EFORSALUD”	Coordinación Académica

**Tabla 8.3.** Relación Entrevistas - Actores. Ciudad de Cali

CALI – CARACTERIZACIÓN TALENTO HUMANO		
ENTREVISTA No.	INSTITUCIÓN - SECTOR	ACTOR - DEPENDENCIA
8	Clínica Versalles	Dirección Talento Humano Clínica Versalles



9	Secretaria de Salud Municipal de Cali	Secretaría de Salud Municipal
10	COMFENALCO	Dirección Talento Humano
11	Universidad del Valle	Vicedecanatura Académica Programa de Medicina

**Tabla 8.4.** Relación Entrevistas - Actores. Ciudad de Cartagena

CARTAGENA – CARACTERIZACIÓN TALENTO HUMANO		
ENTREVISTA No.	INSTITUCIÓN - SECTOR	ACTOR - DEPENDENCIA
12	Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS)	Subdirector Departamento
13	EPS COOMEVA	Gerencia COOMEVA
14	ESE Hospital Local Cartagena	Coordinación Recursos Humanos

**Tabla 8.5.** Relación Entrevistas - Actores. Ciudad de Medellín

MEDELLÍN – CARACTERIZACIÓN TALENTO HUMANO		
ENTREVISTA No.	INSTITUCIÓN - SECTOR	ACTOR - DEPENDENCIA
15	Hospital San Pablo Tobón Uribe	Jefatura División Administrativa

**Tabla 8.6.** Relación Entrevistas - Actores. Ciudad de Montería

MONTERÍA– CARACTERIZACIÓN TALENTO HUMANO		
ENTREVISTA No.	INSTITUCIÓN - SECTOR	ACTOR - DEPENDENCIA
16	Universidad de Córdoba	Decanatura Ciencias de la salud
17	Clínica Zayma	Dirección Recurso Humano

**Tabla 8.7.** Relación Entrevistas - Actores. Ciudad de Neiva

NEIVA – CARACTERIZACIÓN TALENTO HUMANO		
ENTREVISTA No.	INSTITUCIÓN - SECTOR	ACTOR - DEPENDENCIA
18	CESALUD, Escuela de Formación de Talento Humano	Coordinación Programas
19	Secretaría Departamental del Huila	Asesoría Secretaría Departamental del Huila
20	Universidad Sur Colombiana	Coordinación de investigación
21	Hospital Hernando Moncaleano Perdomo	Cordinación de Garantía de la Calidad

**Tabla 8.8.** Relación Entrevistas - Actores. Ciudad de Pasto

PASTO – CARACTERIZACIÓN TALENTO HUMANO		
ENTREVISTA No.	INSTITUCIÓN - SECTOR	ACTOR - DEPENDENCIA
22	EPS - SANAR	Jefatura Gestión de Talento Humano
23	Hospital departamental de Nariño	Coordinación de talento humano Hospital Departamental de Nariño
24	Secretaría de Salud de Pasto	Coordinación Salud Pública

PASTO – CARACTERIZACIÓN TALENTO HUMANO		
ENTREVISTA No.	INSTITUCIÓN - SECTOR	ACTOR - DEPENDENCIA
25	IPS, Pasto	Asesor Talento humano
26	Universidad de Nariño	vicepresidente académico de la universidad de Nariño

**Tabla 8.9.** Relación Entrevistas - Actores. Ciudad de Popayán

POPAYÁN – CARACTERIZACIÓN TALENTO HUMANO		
ENTREVISTA No.	INSTITUCIÓN - SECTOR	ACTOR - DEPENDENCIA
27	Escuela Formación paramédicos EMS	Coordinación Académica
28	Clínica la Estancia	Coordinación Talento Humano
29	Escuela de Capacitación de la Gobernación del Cauca	Dirección
30	Hospital San José Popayán	Jefatura de Planeación

## 8.2. Análisis Textual de Discurso

Los hallazgos producto de la lectura de las entrevistas, se sistematizaron y clasificaron teniendo como base las categorías de abordaje del estudio y las categorías emergentes. Las categorías emergentes encontradas son transversales a los dos sectores, ocupacional y educativo.

### 8.2.1. Entorno educativo

Calidad de la formación

Las Universidades que hicieron parte del estudio, aseguran seguir los procesos normativos de acreditación exigidos por el Ministerio de Educación Nacional.

La Universidad de Córdoba reporta específicamente que su programa de enfermería recibió una acreditación de alta calidad y por su parte la Universidad Industrial de Santander – UIS- reporta que en la actualidad los 5 programas de pregrado están acreditados y tienen su registro calificador.

Las Escuelas de Formación para el Trabajo también aseguran que los programas ofertados se encuentran certificados o en proceso de certificación. Es necesario anotar que la información recibida por parte de las escuelas de formación provenía de los directores o coordinadores de la Institución cuyo discurso se enfocó en mostrar las bondades de las mismas.

Los entrevistados de la mayoría de las Instituciones tanto del Entorno Educativo como del Ocupacional, coincidieron en que había una sobreoferta de programas de las

escuelas de formación para el trabajo, principalmente auxiliares de enfermería.

Estas Instituciones también aseguran que las personas quienes han recibido su formación en el SENA, poseen las competencias suficientes para desempeñarse laboralmente en los servicios para los cuales son contratados

En el discurso de los actores entrevistados, emerge una categoría de análisis de tipo cualitativo referente al talento humano en salud, la cual abarca aspectos relacionados con su calidad humanística, actitud y vocación.

El nivel de inglés exigido por las Universidades varía de acuerdo a la Universidad y sus políticas de internacionalización se encuentran en procesos incipientes de implementación. Algunas universidades ofrecen procesos de pasantía a nivel de internado para el programa de medicina en ciudades como México.

Las Escuelas para la Formación del Trabajo no exigen un nivel de inglés como requisito para graduarse del programa, dicen estimular a sus estudiantes con respecto a la importancia de su formación en inglés. En la ciudad de Bucaramanga se encuentran especialmente preocupados por esta situación ya que ha sido declarada zona franca, y se presenta una necesidad inminente en este aspecto.

A la pregunta realizada a las Universidades, para el caso universidades públicas, con respecto a si tienen o no en cuenta para sus egresados los problemas laborales del sector, expresan que cuentan con dependencias de coordinación de egresados. Por su parte las Escuelas de Formación para el Trabajo argumentan que todos sus egresados son ubicados laboralmente lo cual no corresponde a lo manifestado por los actores de otras instituciones y entornos.

Aparece con vehemencia la problemática del gran volumen de aspirantes a las universidades públicas en sus programas de salud a nivel de pregrado y de especialización. La UIS reporta que a la especialización de cirugía se presentan 100 aspirantes y se admiten 2.

En cuanto a los escenarios de práctica tanto para estudiantes de pregrado como de posgrado se reporta igualmente la problemática de deficiencia de los mismos.

La UIS por ejemplo cuenta por decreto con el Hospital Universitario de Santander, como la principal universidad que puede hacer uso del Hospital como campo de práctica, pero expresan que la dinámica y políticas propias del hospital no permite que este funcione a cabalidad como hospital universitario y aunque compiten con dos universidades privadas, la práctica se encuentra asegurada en la medida de que el decreto esté vigente, pero existe el riesgo de su derogación por parte de la Asamblea Departamental.

Los actores del estudio manifiestan que existe una cifra importante de escuelas de medicina y de programas de salud que no garantizan los escenarios de práctica de sus estudiantes ni a nivel de pregrado como tampoco a nivel de especialización clínica.

Declaran que ha deficiencia de especialistas clínicos en todas las áreas en la mayoría de las regiones del país, principalmente médicos internistas y sus respectivas subespecialidades (neumología, nefrología, endocrinología, etc.) y que se van a necesitar bastantes especialistas en medicina familiar.

La Universidad del Valle – UV- declara que para formar especialistas se requiere de recursos tecnológicos, físicos y de docencia. Igualmente declara que se necesita un hospital funcionando y que el Hospital Universitario del Valle se encuentra en decadencia dados los procesos políticos reinantes. La preocupación de los programas no se encuentra centrada en la organización de la Universidad la cual funciona bien sino en la organización y administración del Hospital Universitario.

Esto genera rotación y migración del talento humano en salud, principalmente médicos generales, pues una vez vinculados laboralmente en las instituciones prestadoras de servicios y después de obtener ahorros suficientes, se desplazan a otras ciudades en busca de acceder a un programa de especialización clínica y allí se quedan. Además las diferencias salariales que existen entre las regiones y ciudades de Colombia es importante, donde se concentra la tecnología y las oportunidades de especialización los salarios son mucho mejores lo cual resulta atractivo para mejorar su calidad de vida y la de sus familias.

Empleabilidad del recurso humano, pertinencia en la formación, reorientación de perfiles profesionales

Tanto el Sector educativo como el sector de empleadores consideran que es importante formular una política de desarrollo de talento humano en salud para el país. Declaran que no existe una regulación para la formación del talento humano a nivel técnico profesional y que al sector educativo también se introdujo la lógica del mercado. Los programas son vistos como un negocio y la oportunidad de obtener recursos y afirman se han creado escuelas y programas de manera indiscriminada.

Como se había enunciado antes, reportan, que hay una deficiencia de especialistas y subespecialistas en las áreas de medicina y enfermería y una sobreoferta de profesionales en las áreas de bacteriología, fisioterapia, odontología, enfermería y en programas técnicos de auxiliares en salud. En algunas regiones de manera muy puntual se presenta escasez de profesionales en las áreas de nutrición y enfermería.

Expresan que los profesionales de enfermería no se encuentran motivados en adelantar estudios de especialización pues sus salario son muy bajos y la carga laboral muy alta, por lo cual también se presentan dinámicas de migración y rotación del talento humano perteneciente al gremio

También enuncian que por el contrario existe carencia de técnicos en auxiliares administración de salud, auxiliares en administración de salud pública, regente en farmacia, pero que estos campos no son conocidos ni despierta interés en los demandantes de programas de formación y que cuando se encuentra por ejemplo un técnico auxiliar en administración de salud, no posee las competencias para desenvolverse en el cargo. Igualmente en las áreas de apoyo, admisiones, facturación, atención al usuario, cuentas médicas,

Argumentan que no existe una regulación clara de cuantos profesionales técnicos y tecnólogos de la salud debe haber en los diferentes servicios de acuerdo al número de camas o de pacientes, ni tampoco se conoce la distribución de los mismos en las diferentes regiones de Colombia, que los entes rectores no se compadecen de las necesidades de las regiones

El sector de empleadores solicita recibir capacitación con respecto a la formación en competencias laborales y como evaluarlas y monitorearlas

Cuando se abordó a los entrevistados con respecto a si existía o no diálogo entre las Instituciones formadoras de talento humano y las instituciones de empleadores se evidenció que este existía solo en la medida de la celebración de los convenios de escenario de práctica de los estudiantes.

Las universidades exponen que este diálogo no se da como una idea de formación sino de contraprestación de beneficios con las IPS públicas y privadas con las que se tiene convenio, las cuales solicitan la formación continuada ofreciéndose entonces cupos gratis para cursos específicos y congresos organizados por la facultad de salud.

## Prospectiva

Al Indagar la categoría denominada en el estudio “prospectiva” la cual aborda la temática de cómo la proyección del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS- ley 1438, implica nuevos desarrollos en los programas de salud las instituciones formadoras respondieron de manera diversa lo cual además de situar hallazgos diferentes generó una categoría emergente denominada “Incertidumbre” la cual se desarrollará ampliamente en un acápite posterior.

Las universidades y escuelas de formación para el trabajo respondieron estar preparadas para los cambios sin embargo otros sectores afirman que la deficiencia de formación de auxiliares en salud pública y las mismas auxiliares de enfermería no tienen competencias para desenvolverse en esta campo. No poseen conocimiento para hacer un abordaje desde la integralidad.

En su discurso la Universidad del Valle afirma “A nuestro estudiantes le gusta es la sangre, el atender un parto, la cirugía, y esto de APS casi no les gusta, ¿cierto? qué

control de niño sano y AIEPI, eso casi no les gusta, entonces nosotros hemos hecho los ajustes correspondientes en nuestros programas académicos”

Las Universidades reconocen que se debe dar un viraje al enfoque de la educación de los estudiantes de pregrado de los programas de salud, un viraje hacia la educación en salud pública y tratar de superar la educación meramente hospitalaria y medicalizada.

En Barranquilla se está implementando un modelo en la IPS Universitaria cuya estrategia consiste en promover demanda inducida de los caminantes hacia los pasos, en los pasos se hace toda la atención básica de medicina y enfermería y las especialidades de apoyo, y posteriormente en caso de necesidad remite a la atención hospitalaria. También se encuentra en proceso de formalizar alianzas con las universidades para que los estudiantes de los programas de salud hagan parte de esos procesos, estudiantes de 4º semestre, 6º semestre que ya tienen unas competencias básicas.

Las Instituciones no cuentan con políticas de investigación y no se ha estimulado la investigación en la mayoría de las regiones del país

### **8.2.2. Entorno ocupacional**

Demanda de recursos humanos, áreas de desempeño

Como se describió anteriormente el diálogo entre Instituciones formadoras de talento humano y el sector de empleadores, no existe, por lo menos no en términos de demanda de recursos humanos, áreas de desempeño o definición de perfiles profesionales de acuerdo a las necesidades del sector, perfiles epidemiológicos.

El entorno ocupacional como se viene reportando en este estudio plantea escasez de médicos especialistas en todas las áreas de la medicina. En la región Nariño deben solicitar a diferentes ciudades este tipo de profesionales y en Santander no existen profesionales para atender necesidades epidemiológicas como son la enfermedad de Chagas y la Tuberculosis.

Por otro lado en la ciudad de Cartagena los actores entrevistados objetan que en la ciudad “hay tres facultades abiertas en la ciudad, donde están sacando un promedio de 45 odontólogos de manera semestral, y la oferta laboral en realidad para este tipo de profesionales es ninguna”; “hay cualquier cantidad de profesionales de la salud y vemos que sigue habiendo facultades y siguen sacando profesionales al mercado donde no hay plaza para ellos”.

Con respecto a los médicos expresan que hay tres facultades de medicina en la ciudad de Cartagena y aunque aún se encuentra para ellos un mercado laboral, se presenta el agravante de que los salarios son muy bajos, en un promedio de \$2.500.000, lo cual desmotiva su desempeño y migran a otras ciudades, también se encuentran trabajando a destajo.

En la ciudad de Barranquilla también objetan que existe una diferencia salarial muy alta entre la región atlántica y las demás regiones del país, la causa afirman es la sobreoferta de algunos cargos “por ejemplo, encontramos que en auxiliares de enfermería y jefes de enfermería hay una oferta grandísima en el medio de esos perfiles, principalmente porque hay muchos institutos, hay muchas universidades graduando mucha gente, entonces tenemos ese inconveniente, que se nos sobresaatura el medio. Entonces, se hace una convocatoria para auxiliar de enfermería, y perfectamente llegan 400 hojas de vida; o se hace una convocatoria para jefe de enfermería, y llegan 50 hojas de vida” y esta situación se va agravada para los médicos dadas las nuevas cohortes de egresados de la Universidad San Simón, cohortes de 60 a 120 médicos”.

Los actores de los entornos educativo y ocupacional recomiendan que se ejerza también un control desde el momento en que se genera la tarjeta profesional y hacer una relación y proyección de recurso humano.

#### Políticas salariales – modalidades de vinculación

Las modalidades de contratación del talento Humano en salud reportadas por los actores entrevistados, varían de Institución a Institución y de región en región. Reportan vinculación de carrera administrativa, de planta, contrato a término indefinido, órdenes de servicio y a través de agremiaciones como sociedades científicas o sindicatos que ofrecen sus servicios o empresas aliadas. Reconocen con preocupación la problemática de la exigencia normativa de que la mayoría de los funcionarios deben ser vinculados de planta, pues no existe según su apreciación recursos y que en muchas instituciones la mayor modalidad de contratación es por órdenes de servicio

Expresen en algunas regiones diferencias salariales entre las personas del talento humano vinculados como de planta y los que se encuentran por órdenes de Servicio, resultando menos favorecidos estos últimos.

Muchos hospitales no pueden aumentar su nómina razón por la cual se ve incrementada la contratación por órdenes de servicio o a través de agremiaciones sindicales teniendo esta última como desventaja que la vinculación del trabajador no es permanente

Los especialistas trabajan en varios sitios y su contratación es por orden de servicios, como trabajadores independientes o se le paga por procedimiento

Cuando se indagó al sector de empleadores con respecto a la cualificación de servicios del Talento Humano de la Institución, algunos expresaron que al personal de planta y carrera administrativa se le hace una evaluación anual de desempeño reglamentada normativamente y quienes se encuentra laborando por contrato de órdenes de servicio se evalúa en términos de cumplimiento y a través de interventorías.

Se declara también la problemática a nivel de secretarías departamentales en la contratación normatizada a través de la función pública, en la cual personal del talento humano concursó para los cargos de técnicos y tecnólogos, ganaron el concurso y están laborando en ellos, pero en el transcurso del tiempo ya se han profesionalizado y ejercen funciones a nivel profesional, pero su salario corresponde al de técnico o tecnólogo.

### Prospectiva

Al igual que las Instituciones Formadoras para el Talento Humano, los Empleadores del Sector Salud, también dicen estar preparadas para los cambios a futuro en el marco del SGSS

Las EPS mencionan que están muy fortalecidas en Promoción y Prevención a pesar de las críticas evidentes que los estudios han realizado sobre el tema.

La Secretaría Municipal de Barranquilla señaló que próximamente realizarán una prueba piloto en el municipio y que tienen un programa de APS en el municipio de Usiacuri, con equipos que harán abordaje comunitario.

En el plan de gestión de la ciudad de Cartagena, a partir del 2013, se tiene contemplado un programa de salud domiciliaria el cual abarca las áreas de vacunación, control de crecimiento y desarrollo programas de PyP y con la modalidad de la existencia de un médico de cuadra que conozca la población, infancia adolescentes, gestantes, etc. con el fin de que los pacientes asistan al hospital en caso de urgencia

## **8.3. Categorías emergentes**

### **8.3.1. Incertidumbre–sostenibilidad**

Esta categoría surge de la incertidumbre percibida que genera la proyección del SGSSS y el impacto que pueda tener en entorno educativo y ocupacional.

Una de las preocupaciones que saltaron a la mesa es el mandato de tener que ingresar a todo el personal de talento humano en salud en la modalidad de planta, argumentan que sus instituciones no tienen los recursos para soportar la carga laboral. En el caso de los hospitales las “EPS subsidiadas contratan a los hospitales son tarifas muy bajitas”.

Las escuelas de formación para el trabajo objetan que si los sectores de salud y educación no tienen claros sus lineamientos entonces, que la opción planteada en reuniones de prospectiva es “tomar esa posibilidad de incertidumbre y adaptarla a los programas”



Las Universidades declaran que no es posible formar un buen talento humano en salud “si las Instituciones encargadas no tiene un plan de salud definido para formar talento humano en salud”

### **8.3.2. Corrupción del sistema**

No solo refiriéndose al sector salud sino también al sector educativo, los actores se preguntan “¿Cuál es el control y vigilancia que se está ejerciendo sobre las Instituciones formadora de talento humano en salud?”, “¿Cualquiera puede abrir una institución de este tipo sin ningún control?”. Mientras que por ejemplo en la escuela de capacitación del valle del Cauca la formación se toma el doble de otras escuelas de formación, estas últimas acortan ostensiblemente los programas con el fin de ubicarlos en horarios nocturnos o de fin de semana.

También objetan que la vinculación laboral del talento humano en salud se encuentra profundamente permeada por el clientelismo y la “politiquería”, especialmente en las temporadas relacionadas con las campañas políticas. Esto se presta para que en las Instituciones existan cargos innecesarios.

Plantean que los fondos del sistema son desviados en vez de ser invertidos en el talento humano en salud, pues según sus palabras “el talento humano satisfecho y bien remunerado genera motivación y sentido de pertenencia”, “el derecho al trabajo va implícito con el derecho a una remuneración justa, a un trabajo digno”

Consideran que se está finalizando la década denominada "La década de los recursos humanos en salud" llamado de Toronto 2006 - 2016 y en Colombia no se ha hecho nada por mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de la salud.

Finalmente se quejan de los continuos cambios normativos del sistema que no conducen a resoluciones de problemáticas, en sus palabras “Mire, se están haciendo cambios, hace rato, hace años, veníamos oyendo que se van a hacer cambios, pero los cambios no son estructurales, los cambios son únicamente remiendos nada mas, ¿si? ¿Y quién es el gran beneficiado de todo esto? Las EPS, el intermediario, no son ni los médicos, ni los odontólogos ni las enfermeras ni mucho menos el paciente, que ahora lo llaman usuario, ese, es el intermediario, el de las EPS, que tienen, y pues que acumulan el dinero y tienen dinero hasta para hacer otras cosas distintas a la salud. Pero ¿Dónde está la reforma estructural que esperamos dentro del sistema? Por ningún lado”.

### **8.3.3. Humanización**

Fue evidente esta inquietud por parte de los actores entrevistados tanto del sector educativo con del sector ocupacional con respecto a la humanización de la atención que tiene que ver no solo con el trato al paciente, sino también con el trato al talento humano en salud.

Los actores pertenecientes a los dos entornos manifiestan que “se ha perdido la ética profesional” y que esto obedece en parte a que el trabajador de la salud no está recibiendo ni un trato ni un salario digno. Pero que independientemente de esta condición el trabajador de la salud no debe perder su vocación, su ética y que las instituciones formadoras de salud no se están ocupando de esta problemática.

Instan a las instituciones formadoras a generar estos principios y valores en el talento humano en salud pues independientemente del salario, si no se cultiva esta actitud pues se verá lamentablemente afectado el ejercicio vocacional, en palabras de uno de los entrevistados “si yo no estoy contento con lo que recibo, mejor estudio algo más rentable o busco otro trabajo porque este no me satisface porque si hoy reciben un millón y no los satisface, y adquieren mejor salario en un año ya tampoco le va a satisfacer, entonces se vuelve un círculo vicioso que nunca los va a satisfacer porque nos movemos en un mundo macroeconómico, globalizado donde a medida que tienen poder adquisitivo gastas y quieres mas”

En Cartagena y la región Caribe, los actores enfatizaron en la importancia del trato humanizado, pues según su percepción, culturalmente se muestra mayor recurrencia de esta actitud, solicitando a las Instituciones formadoras de talento Humano que hagan una selección de sus estudiantes teniendo en cuenta este aspecto actitudinal, uno de los actores opina, “Hoy vemos mucha gente que está estudiando la carrera pero no por vocación como lo hacían antes, que era esa vocación del sentido del trabajo. No, yo no sé ni por qué lo estudian, porque ni plata da. Pero lo estudian, vienen y no tienen ese sentido de atender a un anciano, del hacer, eso no se les ve en el corazón, está el médico platero o trabajador de la salud, el que trabaja para que le paguen el turno, el médico que no le importa la vida del otro, no sabe que tiene una responsabilidad de una vida humana en sus manos, no les interesa. El llegar tarde, el saber que tienen a unos usuarios esperándolos, él sencillamente no viene, el ausentarse. Eso tristemente se ve en todos los niveles, tanto profesionales como técnicos”.

Consideran que no solo los procedimientos de atención directa al paciente son importante, también se debe reflejar un trato humanizado en actividades tales como recepción al usuario, recepción de órdenes, asignación de citas opinando “pero eso se lo tienen que decir de una manera adecuada para que el usuario entienda, comprenda y se sienta bien, y sepa lo que va a hacer, y en eso es, esas son de las cosas más difíciles de manejar aquí con el personal”.

La ESE Niño Jesús de Barranquilla cuentan con un programa de humanización de todo el talento Humano que trabaja en su institución, este es el distintivo de la Institución, por lo cual son reconocidos regionalmente y afirma que los resultados han sido óptimos.

Finalmente instan a no olvidar el componente humano del estudiante “él tiene que estudiar día a día con todas sus dificultades y hablamos que el profesional no es

humano y resulta que su formación tampoco es humana, cuando va a la universidad, ya a los veinte tienen un hijo, una serie de inconvenientes que la universidad no está viendo entonces se forman en un ambiente en el que no encuentran apoyo y luchan contra viento y marea para obtener un título, pero obviamente no se vincula con eso, entonces por eso su favor humano se entorpece y por eso no llegan con el amor y la dulzura con la que deberían atender a su gente, su pueblo, sino con rencores adquiridos ya lamentados por las dificultades que tienen” “las dependencias de bienestar social están de decoración, no ve uno a la universidad, principalmente a la pública, no la ve preguntando por el tiempo libre, por el deporte que le gusta, practique que lo ayuda a fortalecer sus buenas ideas, no veo un componente de bienestar universitario”

## 9. PROSPECTIVA ESTRATÉGICA

La gestión es un proceso conversacional, el cual debe originar aprendizajes organizacionales, rutinas y desarrollo de la cultura aplicando el ciclo de control o PHVA y alineando las distintas dimensiones. Parte este enfoque de identificar los eventos portadores de futuro, formaliza unos propósitos desarrollados de la idea de emprendimiento, los despliega hasta los procesos; al igual que establece, mantiene y mejora los procesos permanentes e inherentes a la organización.

El ciclo PHVA o Ciclo de Control (planear, hacer, verificar y actuar) dota a la gestión de un conjunto de instrumentos que ayudan a establecer unos fines o qué y unas estrategias o cómo; lo mismo que permite monitorear o controlar de forma continua la ejecución y el desempeño e introducir ajustes ante anomalías. Tal ciclo de control tiene cuatro etapas y seis fases en la conceptualización de Ishikawa (1), como se representa en la gráfica 6.1. Esta muestra tanto los elementos básicos, como la modelización de las relaciones y articulaciones dentro del esquema de gestión.

Se caracterizan seis componentes de la gestión organizacional:

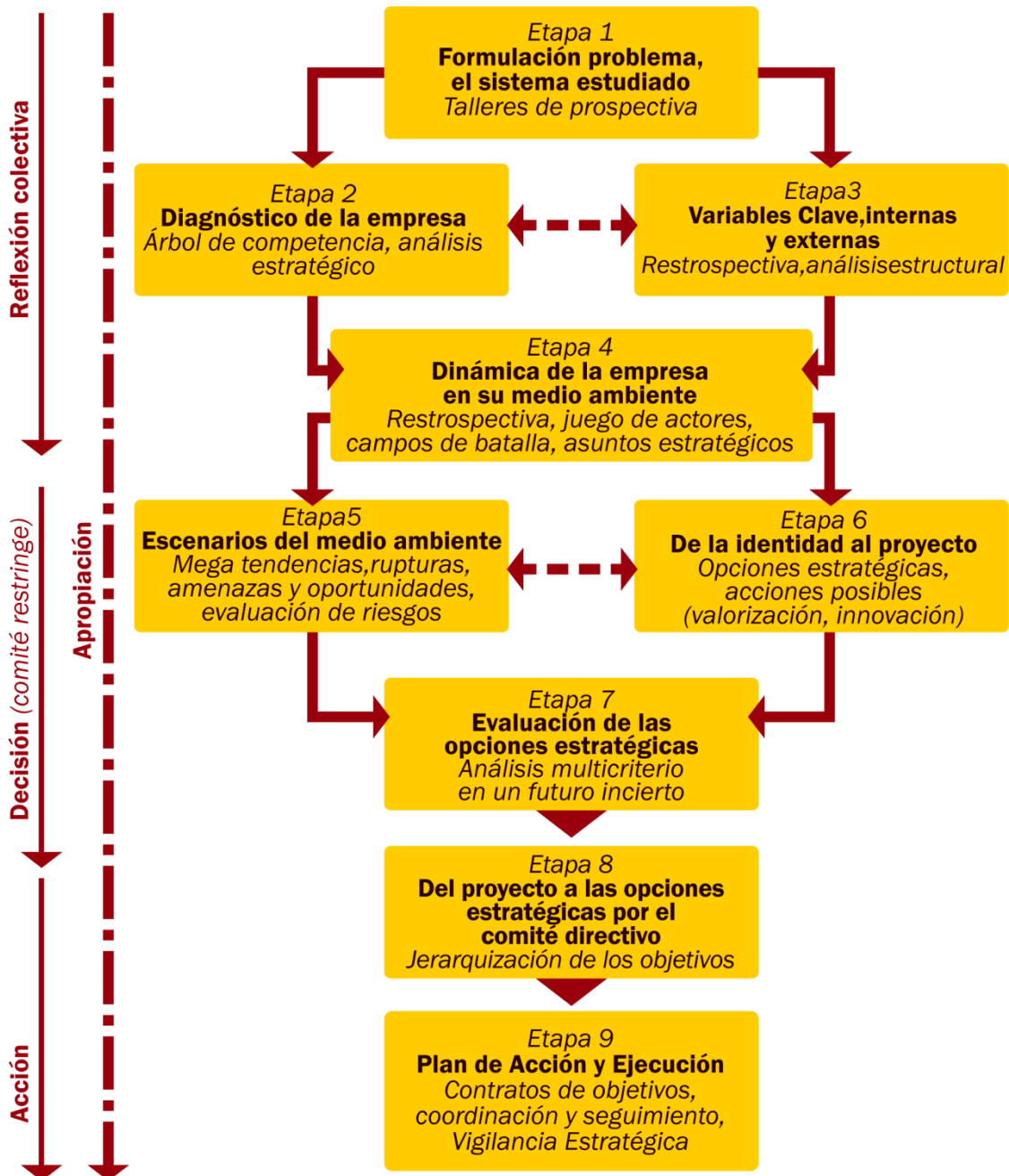
- Análisis prospectivo
- Plataforma estratégica
- Despliegue
- Alineamiento
- Procesos
- Rutinas, Aprendizaje y Cultura.

Debe destacarse que al girar el ciclo PHVA se establecen “Nudos Decisionales” o direcciones de trayectorias de acción entre varias alternativas posibles; porque al gestionar se generan decisiones.

El análisis prospectivo identifica hechos portadores de futuro, es decir, eventos, comportamientos, tendencias, técnicas, teorías, investigaciones o descubrimientos que en el horizonte temporal puedan afectar el entorno o el sector en el cual se desempeña una organización, modificando los supuestos en los cuales está apoyado el direccionamiento estratégico.

En general para el análisis prospectivo se cuenta con dos conjuntos de técnicas: cualitativas y cuantitativa (2). Entre las primeras están: Análisis de Fuerzas, Análisis Morfológico, Delphi, Escenarios, Evaluación Tecnológica, TKJ y Ariole. Entre las cuantitativas están: Matriz de Impactos Cruzados, Matriz de Insumo-Producto, Modelos de Simulación y Proyecciones. Los grandes conjuntos de técnicas: cualitativas y cuantitativa identifican las variables clave de futuro, establecen los actores claves y establecen por ejemplo los futuros, procedimiento que debe permitir fortalecer las opciones estratégicas (3).

**Figura 9.1.** Prospectiva Estratégica



La Aproximación Integral a la Prsopectiva Estratégica

Fte: GODET Y DURANCE. La Prospective Stratégique. Dunod. Paris 2008. Pag. 28.

La Plataforma Estratégica o conjunto de definiciones de los grandes “*Qué*” de la organización y de los grandes “*Cómo*” expresados en las metas finales comunes (4). El punto de partida es el análisis de los escenarios que se han construido en el análisis prospectivo.

La plataforma estratégica se construye sobre las competencias, las cuales no tienen una definición única; resultan de la gestión global de los recursos y de las capacidades, o del conjunto de cualificaciones y tecnologías asociadas a las estrategias que ponen a funcionar las capacidades (5). La identificación de competencias se adelanta (6), primero analizando la cadena de valor, es decir, las distintas actividades necesarias para desarrollar la misión organizacional. Y segundo estableciendo las bases de tales actividades, es decir, los costos, el valor agregado, la gestión de vínculos y la robustez de las competencias

### 9.1. Sector Salud Como Sector de Alta Tecnología

La antigua OTA (Oficina de Evaluación Tecnológica del Congreso de Estados Unidos) definió la tecnología de la salud como “los medicamentos, dispositivos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica y los sistemas organizacionales y de soporte al interior de los cuales se provee dicha atención” (7). Los equipos ó dispositivos son cualquier instrumento o software, para uso humano que no ejercen su acción por medios farmacológicos, inmunológicos o metabólicos (8).

**Tabla 9.1. Sectores Económicos - Grado de Intensidad Tecnológica**

ALTEC	MEDIATEC	BATEC 2	BATEC 1	
Software/TICs	Metalmecánica, maquinaria y equipo	Textil-confecciones	Agroindustria (carne y productos lácteos)	Tabaco, algodón y fique*
Salud		Cuero, calzado y marroquinería	Ganado (carnes y lácteos)	Flores*
Farmacéutica	Equipo de transporte	Agroindustria e Industria de alimentos y bebidas	Avicultura y porcicultura	Palmas de aceite*
Equipos e instrumentos industriales y científicos	Ind. Química	Pulpa, papel, cartón, editoriales y artes gráficas	Pesca y acuicultura	Maderas y productos forestales maderables
Petroquímica y plásticos	Generación de energía	Artesanías y joyería	Frutas*	Biodiversidad
Biocombustibles	Consultorías/ Servicios profesionales	Forestales no maderables y productos de la biodiversidad	Hortalizas*	
			Caña (de azúcar y panelera*)	Minería
Energía alternativa	Transporte, logística y comercio	Muebles y productos de madera	Cereales y leguminosas*	Joyería
Captura de CO <sup>2</sup>		Chocolatería y confitería	Plátano y Banano*	Minería (oro-piedras preciosas)
Territorios para la educación y el conocimiento		Construcción y materiales de construcción	Papa y otros tubérculos*	Petróleo y gas
Biotecnología en salud, alimentos y sector químico			Café*	Turismo y ecoturismo
			Cacao*	Caucho*

**Nota:** Los sectores señalados con \* fueron agregados en un solo sector denominado Agrícola

Fuente: Colciencias-Acosta y Arroyo (2006) y Colciencias-Fraccia, 2006

La tecnología sanitaria (8), se entiende como la aplicación de la ciencia y el conocimiento a las innovaciones que mejoran la calidad de vida. Se piensa entonces en

la atención basada en una medicina clínica, con orientación científica por el uso de un método propio centrado en “el Ensayo Clínico”, y soportado en un trípode robusto (9) conformado por:

- Los Departamentos Académicos de Ciencias Básicas, como biología molecular y física
- La Alta Tecnología Ingenieril que provee Técnicas Diagnósticas y Terapéuticas basadas en microelectrónica e informática
- El Hospital Moderno; con la Plataforma Tecnológica Clínica y el soporte de Telecomunicaciones.

El sector salud es intensivo en tecnologías pero la incorporación de tecnologías en las Instituciones de Prestación de Servicios no responden a la lógica fordista (10), es decir que no se ajustan a lo establecido por la Ecuación de Cobb-Duglas, sobre sustitución de personas por tecnologías; razón por la cual las innovaciones no reemplazan mano de obra; por el contrario se agregan de manera acumulativa al trabajo humano, disminuyendo a veces la productividad general del sector y de las organizaciones del mismo. Pero aumentando la precisión mediante la disminución de los riesgos asociados al nivel de invasión o de incertidumbre sobre el estado de salud del cuerpo humano.

Es decir, la gestión de tecnologías en salud demanda la articulación de personas, recursos tecnológicos y procesos teniendo como puntos críticos la oportunidad en la Información, posibilidad de alcanzar la personalización de los recursos, los servicios y las intervenciones de salud; calidad de la atención y la intervención y participación creciente de los pacientes y del público.

Las organizaciones de Alta Tecnología están comprometidas con procesos y servicios basados en la aplicación sistemática de conocimientos científicos y tecnológicos; u operan con procesos, productos y servicios donde la tecnología se considera nueva o innovadora; usualmente generan sus propias tecnologías. Se ubican sobretodo en el sector de los servicios y emplean rutinariamente tecnologías de frontera. Tales organizaciones contribuyen (11), incrementando el empleo de calidad, generando valor agregado, innovando, mejorando el valor bursatil y aportando la creación de cluster.

Fundamentalmente, son organizaciones de conocimiento tecnológico, que incorporan saber científico y se vinculan con organizaciones de investigación y con universidades. Se han establecido dos elementos claves en la caracterización de alta tecnología: El porcentaje de Investigadores en la nómina; y el porcentaje del presupuesto asignado a la Inversión en Investigación y Desarrollo.

El hospital es un megasistema interdependiente de los servicios prestados por su plataforma tecnológica clínica; pero los diferentes sistemas componentes no tienen una relación directa entre ellos. Como ocurre en el funcionamiento de algunos de los servicios de apoyo de urgencias tales como radiología, laboratorio clínico; o del servicio de cirugía que tienen alta interacción con la unidad de cuidados intensivos. En estos las

acciones de los servicios de emergencia, tales como las técnicas de reanimación, suelen ser prioritarios; pero tan solo representan una parte mínima del volumen del total de actividades realizadas por estos servicios.

## **9.2. Ejercicio de Escenarios**

### **9.2.1. Metodología: grupos Delphi**

El método DELPHI es una consulta individual y colectiva a expertos cuyo resultado se promedian y socializan entre expertos para permitir la discusión y la reflexión sobre las calificaciones. El resultado final es el promedio del cuestionario revisado entre todos.

Sus características principales son:

- Método exploratorio
- Cuantitativo/cualitativo
- Opinión grupal
- Virtual
- Con expertos
- Anonimato
- Proceso dirigido
- Basado en retroalimentación
- Consenso

Las fases desarrolladas:

- Conformación del grupo de expertos e invitación.
- Reunión de expertos.

### **9.2.2. Resultados ejercicio de escenarios**

Las nuevas competencias y los nuevos oficios

- Gestión Administrativa en Salud
- Telesalud
- Gestión de Tecnologías para la Administración de Conocimientos
- Expertos en Seguimiento Domiciliario de Pacientes
- Atención Domiciliaria
- Especialistas en Geriatria
- Especialistas en Salud Mental
- Explorar las nuevas necesidades sociales que requieran afectar las competencias
- Ampliar los escenarios a otros dominios como el Campo Comunitario
- Revisar los cinco perfiles que se adoptaron por el Gobierno hace unos pocos años
- Reestructurar el procedimiento de asignación de cargos para el Servicio Social Obligatorio



### La articulación entre los distintos niveles de formación

- Definir un marco de armonización y articulación
- Debe hacerse a través de la definición de competencias
- Revisar los sistemas de incentivos actuales, tanto de remuneración como de avance entre niveles
- Transversalizar los niveles de formación
- Articular los niveles de formación

### REFERENCIAS

1. Ishikawa K. Introducción al Control de Calidad. Díaz de Santos. Madrid; 1994. p. 43.
2. Miklos T. Planeación Prospectiva. Limusa. México; 2002. p.112.
3. Godet M. De la Anticipación a la Acción. México: Alfaomega; 1995. p. 35.
4. Falconi V. Gerenciamento pelas Diretrizes. Sao Paulo: QFCO; 1996. p. 32.
5. Hamel P. Compitiendo por el Futuro. Barcelona: Ariel; 1998. p. 266.
6. Johnson S. Dirección Estratégica . Madrid: Prentice Hall; 2001. p. 142.
7. Ministerio de la Protección Social Colombia. Decreto 4725 de 2005, Art. 2.
8. Garcia P. Medicina Virtual. Debate. Madrid ; 1997. p. 81.
9. Misas G. Aspectos Económicos de la Educación Superior en América Latina. En: UN. Seminario Latinoamericano sobre Educación Superior, Análisis y Perspectiva. Bogotá; 2002. p. 78.
10. Camacho P. Incubadoras de Empresas de Base Tecnológica. Barranquilla: UniNorte; 2002. p. 84.
11. Bolland H. Las Empresas del Futuro. México. D.F: Oxford; 2001. p. 19.

## 10. CONCLUSIONES

En el presente estudio de caracterización del talento humano en salud en Colombia se aplicó la metodología de entornos del SENA, teniendo en cuenta dos ejes articuladores, mercado laboral y educación; y dos ejes organizadores, sistema de salud y talento humano en salud.

Si bien los entornos facilitan agrupar un número importante de factores determinantes del talento humano en salud, los ejes permiten introducir criterios de jerarquización y organización del análisis de la información. Esto ha resultado clave en la organización del presente documento, ya que cada uno de los factores que inciden sobre el talento humano tiene una historia, unas tendencias, unas fortalezas y debilidades y, sobre todo, se expresan en una estructura institucional cuya interacción con otras suele ser compleja. De esta manera, los resultados del estudio, las conclusiones y las recomendaciones apuntan a mejorar las perspectivas del talento humano en salud, desde una posición realista, en el marco legal actual, buscando potenciar el desarrollo institucional.

### CONCLUSIÓN 1

Gran parte de los logros y problemas del actual SGSSS pueden ser interpretados como resultados de decisiones centradas en los intereses institucionales o como respuestas a las necesidades suscitadas en los mercados.

El Sistema de Salud Colombiano está altamente regulado pero con una Rectoría débil y evidencia, con algunas limitaciones, importantes logros en el campo de la universalidad y la equidad. Sin embargo tiene tres problemas estructurales y funcionales. El primero de ellos se refiere al modelo de atención, centrado en la atención curativa, con énfasis en el manejo hospitalario, basado en la tecnología y los medicamentos. El crecimiento de los servicios se ha dado con mayor rapidez en los de tipo especializado, de mayor composición tecnológica y en el uso de los medicamentos. Este crecimiento no se ha acompañado del fortalecimiento del primer nivel de atención ni del modelo de Atención Primaria clínica del sistema de salud. Incluso, aún está pendiente la implementación de la Atención Primaria y la organización de las redes integrales de atención de la ley 1438 de 2011.

El segundo problema tiene que ver con la pérdida de sostenibilidad del sistema cuyas causas son múltiples; el tercer problema se relaciona con los comportamientos inapropiados de los agentes y actores –algunos legales y otros no- que han ido en claro detrimento de los objetivos del sistema y frente a los cuales se ha intentado una respuesta de control. Esta respuesta ha contribuido notoriamente a complejizar todos los procesos y las relaciones internas y externas del sistema, lo que ha incrementado los costos de transacción y la percepción de inseguridad financiera y legal, creando, en consecuencia, una espiral creciente de costos que a su vez afectan la sostenibilidad.

Por último, la reforma del sistema de salud que ha encarado el actual gobierno, apunta, en líneas generales, a reordenar los arreglos institucionales, centralizar los recursos financieros y redefinir el esquema de beneficios.

## CONCLUSIÓN 2

En los últimos 12 años el talento humano en salud se ha incrementado y se ha diversificado de manera importante, especialmente en los recursos humanos de auxiliares y profesionales. Se ha acentuado el predominio de estos dos tipos de recursos humanos en la fuerza de trabajo, con respecto a los técnicos y tecnólogos, fenómeno planteado desde los estudios del año 2000. Así mismo, se ha acentuado la concentración geográfica del recurso humano, que afecta ya no sólo a las áreas rurales, sino también a las ciudades pequeñas. Al tiempo, es sorprendente la debilidad de la gestión del talento humano en salud, lo que se atribuye a un conjunto de aspectos. Uno de ellos es el modelo de contratación laboral predominante, renuente a la vinculación a término indefinido o de planta; pero se han identificado otros: las condiciones de trabajo impuestas por las IPS, la carencia de estímulos hacia las escasas competencias no especializadas en la atención clínica; la debilidad de estímulos a la calidad, que proviene de la tergiversación de los requisitos del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud; una gerencia no centrada en la eficiencia sino en las tarifas; así mismo, los efectos del modelo de atención curativo y los vacíos en la implementación del modelo de Atención Primaria y de redes integrales, lo que no ayuda al sistema de salud ni a los cambios de los esquemas de las escuelas, en la formación de pregrado y posgrados.

El mercado laboral en salud, modelado desde el sistema de salud, pone en evidencia un avance notorio hacia la profesionalización y en la actualidad está formalizado de manera importante. Sin embargo, se trata de un mercado desestructurado y, curiosamente, no cuenta con un marco regulatorio fuerte como el del sistema de salud. Son numerosas las manifestaciones de este fenómeno, de las que mencionamos sólo algunas: el sistema de contratación predominante, la falta de estandarización o normalización de las profesiones y ocupaciones en el sistema de salud (clasificación, homologación horizontal, ciclos verticales, entre otros aspectos); la ausencia casi total de planeación y de estímulos adecuados para el desarrollo de la carrera de los trabajadores en las diferentes profesiones y ocupaciones, razón por la que posiblemente aquellos muestran niveles importantes de insatisfacción y fatiga, así como poca voluntad para apoyar el logro de los objetivos y la calidad del sistema. Ciertamente, como se ha planteado, en medio del bosque normativo y regulador del SGSSS, el mercado laboral es un claro de ¡sálvese quien pueda!

## CONCLUSIÓN 3

El sector educativo en salud se encuentra en medio de dos tensiones. Por una parte, reconoce las necesidades de la población que se desprenden de la situación de salud

del país, las cuales sirven de referente teórico, metodológico y estratégico para alinear el diseño de sus procesos y perfiles educativos. Pero no logra hacer una lectura apropiada de las necesidades del sistema de salud y sus instituciones que, a su vez, interpretan desde su propia óptica las necesidades de la población y las respuestas a la misma. En otras palabras, el sector educativo, interpreta las necesidades de la población, guardando las diferencias de enfoque existentes entre las instituciones públicas y privadas, pero no logra leer en forma apropiada los mensajes enmarañados y necesidades laborales y ocupacionales que provienen, ocasionalmente, del mercado laboral y de servicios, ampliamente desestructurados. Por otra parte, está la tensión entre la finalidad de la educación superior que forma no sólo en competencias laborales sino también en competencias intelectuales y culturales, y las necesidades cotidianas de las profesiones y ocupaciones, basadas en competencias específicas. Seguramente, la formación profesional y posgraduada de tipo universitaria, proporciona también algunas competencias laborales específicas, pero siempre habrá un campo de conocimientos y habilidades que se adquieren en el trabajo cotidiano.

Ciertamente la respuesta del sector educativo a los retos planteados por el crecimiento y diversificación del mercado laboral ha sido relativamente pobre y poca innovadora, en particular en lo relativo a la educación superior. Quizás por esta razón se señala un crecimiento en la oferta de programas cuyos egresados no siempre son captados por el sector productivo y cuando lo son, se percibe algún grado de insatisfacción de empleadores y empleados con respecto al nivel de desempeño y de reconocimiento.

En consecuencia, antes que una brecha simple y directa entre necesidades ocupacionales y perfiles curriculares, se trata de un problema que tiene tres aristas, en la relación entre necesidades de la población, mercados en salud e instituciones educativas. En las condiciones actuales, casi que cada institución del sector salud y del sector educativo hace una lectura independiente de los mercados, las necesidades y los problemas de salud y, toma decisiones en consecuencia. Se ha planteado que esta situación es resultado de una excesiva confianza en el mercado, combinada con la débil orientación del Estado y las escuelas.

Frente a los nuevos retos tenemos al menos una situación problemática. La experiencia del SGSSS ha llevado a un fortalecimiento de la Atención Primaria como primer nivel de atención clínica, en la forma de la política de P&P (prevención y promoción de la salud), pero al tiempo, se ha producido un debilitamiento extremo de la Atención Primaria en su vertiente de atención familiar y comunitaria. Ahora que debe emprender este camino, como lo exigen las normas legales, no cuenta con suficiente capital humano, recursos, ni la experiencia para lograr éxito en el corto plazo.

De acuerdo con la experiencia de los países que han logrado éxitos en la implementación efectiva de la Atención Primaria, las estrategias se han centrado en el desarrollo de posgrados en Atención Primaria, Salud Familiar y similares, que se han encargado de formar el personal requerido. Las opciones basadas en profesionales no especializados son útiles en el corto plazo. Y adquieren importancia cuando se articulan a decisiones estratégicas basadas en posgrados en los modelos de atención

básica. En Colombia no contamos con las escuelas preparadas para formar este tipo de recurso humano, salvo unas pocas excepciones que no podrían dar cuenta de las necesidades de todo el país. Las respuestas educativas a este problema toman tiempo para generar efectos reconocibles sobre el mercado laboral, aún si partimos del supuesto irreal según el cual las escuelas reconocen el vacío existente y de manera voluntaria desarrollan con suficiente intensidad los nuevos programas de formación en Atención Primaria y sus variantes, en los pregrados y posgrados.

Adicionalmente, está pendiente una discusión más amplia y profunda que permita identificar las dificultades y consecuencias para las instituciones, los gremios y el país, las decisiones que deben conducir a la adopción plena del modelo de competencias y de los ciclos propedéuticos que enlacen la formación técnica y profesional.

#### CONCLUSIÓN 4

A pesar de la existencia de instancias y algunos mecanismos que permiten la relación entre los sectores de salud y de educación, predomina la desarticulación, con consecuencias negativas para ambos. Por esta razón, las necesidades y respuestas son inapropiadamente expresadas y tramitadas, del mercado laboral al educativo y viceversa. Esta situación dificulta de manera importante la lectura apropiada y oportuna de las necesidades del mercado laboral y la comprensión y adecuación en la demanda al sector educativo.

## 11. RECOMENDACIONES

### RECOMENDACIÓN 1

Es recomendable, a propósito de la nueva iniciativa de reforma del SGSSS, un proceso de concertación entre los actores, orientado a recuperar los propósitos esenciales del sistema y a simplificar los mecanismos de relación entre ellos, de tal manera que el enfoque general pueda ser dirigido a mejorar los logros y a garantizar su sostenibilidad.

### RECOMENDACIÓN 2

Puede ser razonable estudiar en profundidad la posibilidad de establecer algunas de las medidas mencionada por la literatura y examinadas previamente en relación con los estímulos salariales y no salariales al desempeño, así como estimular o generar la discusión entre los diferentes agentes sobre un marco de comportamiento para el mercado laboral en salud.

Especial interés reviste el tema del modelo de cualificación de recursos humanos en salud, en particular con respecto al enfoque de competencias como el eventualmente más adecuado.

También, en relación con las demandas y los enfoques del sistema, es importante tener en cuenta el surgimiento de retos que pueden llevar a perfiles ocupacionales nuevos o la modificación del nivel de exigencia de los actuales; entre estos eventos se pueden mencionar los procesos de envejecimiento poblacional, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y situaciones de discapacidad, el creciente nivel de exigencia con respecto a la participación social en salud y el ejercicio pleno de los derechos de los pacientes, el avance de las llamadas medicinas alternativas, el enfoque adoptado de Atención Primaria en Salud y de servicios en redes de atención, la exigencia de mayor integralidad y calidad de los servicios, y otros similares.

Ninguno de estos caminos será útil y eficaz, sino se emprende un esfuerzo consistente de normalización del mercado laboral y se abordan las debilidades y problemas que afectan al talento humano. En este sentido, puede ser importante considerar como alternativa viable para el mercado laboral en salud la homologación horizontal de cargos y cargas con otros sectores de la economía, de tal manera que al efectuar un comparativo de requerimientos de formación y responsabilidad, estos trabajadores no perciban un comportamiento desigual contra ellos. Se debe evaluar la conveniencia de incidir positivamente en una mayor estructuración y eventualmente una regulación más intensiva del mercado laboral en salud. Como parte de esta tarea es necesario encarar el diseño de un marco regulatorio basado en incentivos salariales y no salariales que ayude a la calidad de la atención y favorezca una mejor distribución geográfica del recurso humano en salud.

En un marco como el que se ha planteado tiene sentido y perspectiva de eficacia proponerse la cualificación y actualización del recurso humano en términos de competencias laborales explícitas y, por otra parte, identificar y formular el estatus de desarrollo de las profesiones y ocupaciones emergentes en el SGSSS.

Numerosas instancias ya existentes, como la Mesa Sectorial en salud y la Comisión Reguladora del Talento Humano podrían asumir funciones y tareas en el sentido expuesto, para adelantar los estudios pertinentes y diseñar propuestas de políticas. Pero, es posible que se requiera un nuevo desarrollo normativo de alto nivel para sacar adelante este tipo de iniciativas como política de Estado, en el marco de las adecuaciones legales del sistema de salud.

### RECOMENDACIÓN 3

Se requiere fortalecer el enfoque educativo basado en competencias y su correlato de aprendizaje significativo. En especial, el Ministerio de Educación debe proponer y promover la adopción de este enfoque, en el marco de autonomía de las Universidades.

El propósito anterior no será alcanzado si no se generan mecanismos, canales y métodos de comunicación bidireccional, entre el mercado laboral y de servicios y, el sector educativo. Un aspecto específico a estudiar, precisar e implementar consiste en las estrategias que deben utilizarse para ajustar la alineación entre educación y trabajo, entre perfiles curriculares y las competencias laborales específicas, sin reducir la formación universitaria a tales competencias.

Por otra parte, es indispensable alinear la regulación con los incentivos. De tiempo atrás se requiere incidir sobre la educación superior vía egresados por medio de estímulos económicos y morales, que estimulen el ejercicio profesional no especializado. Esto, su vez, debe incluir una relación virtuosa con el servicio social obligatorio que debe hacer parte del esquema de incentivos, como lo han implementado algunos países de América Latina.

Por último, antes que dejar el desarrollo de posgrados en Atención Primaria y similares en manos de iniciativas aisladas, se requiere una sólida iniciativa estatal para involucrar a las Universidades en la creación e implementación de tales programas, en actividades de capacitación y recertificación: incentivos especiales, canalización de recursos, sistemas de premios, programas de cooperación y otros mecanismos del mismo tipo.

### RECOMENDACIÓN 4

Puede resultar importante el fortalecimiento y la generación de espacios como la Mesa Sectorial de Salud, que favorezcan el relacionamiento e intercambio de información más eficaz entre los interesados, de tal manera que sus esfuerzos tengan un mayor

impacto en la concertación, definición, implementación y evaluación de las políticas sectoriales en general y de talento humano en particular.

Pero es necesaria una iniciativa de mayor aliento para replantear la relación, comunicación y formalización de decisiones, con respecto a las condiciones del mercado laboral y la formación del sector educativo. Es posible concebir una instancia, comité, comisión o similar con fuerza legal para recomendar políticas de articulación y coordinación, así como con respecto a las recomendaciones planteadas en los puntos anteriores.



## **12. ANEXOS**

### **ANEXO 1: METODOLOGIA Y RESULTADOS**

#### **1. METODOLOGÍA**

Los aspectos metodológicos del proyecto se abordaron desde las metodologías de estudios de caracterización y de entornos del SENA relacionados a continuación:

##### **1.1. REVISIÓN DOCUMENTAL Y DE BASES DE DATOS**



###### **1.1.1. REVISIÓN DOCUMENTAL**

Se consultaron las siguientes fuentes

- Documentos referenciados por el SENA
- Documentos relacionados con el talento humano en salud en el marco del SGSS
- Índices: Medline, Scielo, Thompson, Scopus

Se consideraron criterios de búsqueda: caracterización de contexto internacional y nacional, tendencias y retos de la formación en salud, marco normativo de la educación superior.

La organización y sistematización de los hallazgos producto de la revisión documental se realiza mediante el uso de la ficha diseñada para tal fin la cual se presenta a continuación:

 Servicio Nacional de Aprendizaje SENA  Universidad Nacional de Colombia - Facultad de Medicina-Instituto de Salud Pública Actualización de la caracterización del talento humano del sector salud en Colombia Convenio Interadministrativo 027/2012							
Ficha No. 2							
Tipo	Libro. Cap. Libro	Revista Seriada	Boletín, folleto, etc	X	Sitio Web	Otro	
Vol.							
No.			2				
Página							
Fecha			Diciembre de 2010				
ISSN							
ISBN							
Internet	http://						
Editorial							
Ciudad/País							
Institución	Ministerio de la Protección Social -Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos						
Título	Situación laboral de los profesionales en medicina y enfermería en Colombia: aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al SGSSS						
Autores	Diego Antonio Restrepo Miranda; Luis Carlos Ortiz Monsalve						
Resumen <b>Objetivo:</b> Describir la situación laboral de los profesionales en medicina y enfermería en Colombia, a partir de la información contenida en la base de datos de compensación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). <b>Materiales y métodos:</b> se revisó la información contenida en tres bases de datos: Tarjetas profesionales de médico expedidas por el Ministerio de la Protección Social (MPS), Compensación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y Registro de profesionales en enfermería dispuesto por la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC). Finalmente se describió el ingreso en algunos países, de acuerdo con la información presentada por la OIT. <b>Resultados:</b> El IBC promedio mensual observado para los profesionales en medicina y enfermería fue de \$2.361.847 y \$1.734.282 respectivamente. Según el grupo etario, las personas mayores de 60 años reportan el mayor IBC para las dos profesiones. El 21,16% de los profesionales se encuentra concentrado entre los 30 y 34 años. <b>Discusión:</b> El nivel de ingreso observado para medicina, es similar al presentado en un estudio anterior. Para el caso de enfermería, los resultados difieren en un 16% respecto a un estudio previo de ACOFAEN.							

### 1.1.2. REVISIÓN BASES DE DATOS

La obtención y revisión de las bases de datos se gestionó mediante la solicitud escrita a las instituciones relacionadas y haciendo búsquedas en los sitios web. Las instituciones y sitios considerados son:

#### Ministerio de Salud y Protección Social

- Base de datos de habilitación de IPS y personas
- Ministerio de Salud
- Bases de datos de Registros Profesionales
- Bases de datos de Escuelas para Formación para el Trabajo que cuentan con formación para el trabajo

#### Ministerio de Educación

- Base de datos de instituciones de educación superior en salud, según tipo, municipio, programas, e indicadores de proceso y resultados.

#### Superintendencia de Salud

- Base de datos de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB.

#### Páginas WEB

- Página Web del Observatorio del Ministerio de Educación.
- Página Web de la Asociación Nacional de Entidades de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano ([www.asenof.org](http://www.asenof.org))
- Página Web de la Superintendencia de Salud, especialmente de EAPB de marzo de 2012.

## **1.2. RECOLECCIÓN INFORMACIÓN (PRIMARIA)**

### **1.2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA MUESTRA**

La aproximación analítica en seis entornos, corresponde a dos grandes sistemas: educación y salud. Estos tienen diferencias significativas y al interior de cada uno de ellos se presenta una gran variabilidad. Adicionalmente, se partió de un conocimiento parcial de cada uno de los sistemas. En estas condiciones el abordaje general es de tipo cualitativo, cuya meta principal es descubrir significados y realidades múltiples, pero al tiempo se busca, en lo posible, validar cuantitativamente algunas de ellas. Por esta razón, el proyecto adoptó una aproximación investigativa mixta, cualitativa y cuantitativa, y un enfoque de muestra teórica o intencional, complementada con métodos de una muestra por cuotas.

La muestra teórica o intencional se utilizó para identificar las fuentes de la información cualitativa y cuantitativa que debe ser recolectada. En el muestreo teórico el proceso de la recolección de datos buscó maximizar y minimizar las diferencias en grupos de comparación para obtener conceptos, categorías y teorías. El analista conjuntamente selecciona, codifica y analiza su información y decide qué información escoger luego y dónde encontrarla para desarrollar su teoría tal como surge. El muestreo intencional es útil para cualificar.

En nuestro caso los grupos ya estaban definidos (por ejemplo, Universidades, instituciones de formación para el trabajo, IPS, etc.). Sin embargo, se utilizaron los mismos criterios del muestreo teórico o intencional para responder las preguntas sobre los grupos necesarios, cuándo utilizar más de uno, etc.: saturación teórica, corte de información y profundidad del muestreo teórico. Aunque definimos el tamaño esperado de la muestra, el criterio para juzgar cuándo cesa el muestreo de diferentes grupos pertinentes a una categoría es la saturación teórica de esa categoría. Saturación

significa que ninguna información adicional se hallará por la cual sea posible desarrollar propiedades de la categoría.

De manera complementaria se utilizará el muestreo por cuotas para establecer la participación de los grupos en la muestra, como se indica de manera específica.

#### Criterios generales para la muestra

Para obtener información sobre los seis entornos, en los dos grandes sistemas ya mencionados se identificaron los siguientes criterios generales para la muestra:

- Diversidad regional del país (de acuerdo con las regiones establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para las redes de salud)
- Cuantificación aproximada de las instituciones de salud y educativas en el país
- Distribución territorial de las instituciones educativas en salud e instituciones de salud
- Concentración de las instituciones educativas en salud y las instituciones de salud, de tal manera que se reflejen las diferencias en los sistemas y la variabilidad institucional.

Con base en estos criterios se identificaron las siguientes regiones y ciudades:

ZONA	CIUDADES
Caribe	Barranquilla
	Cartagena
	Montería
Centro	Bogotá
	Ibagué
	Tunja
Sur occidente	Neiva
	Cali
	Popayán
	Pasto
Nororient	Bucaramanga
	Pamplona
	Cúcuta
Cafetera	Medellín
	Pereira

#### 1.2.2. DISEÑO INSTRUMENTOS Y GUÍAS

Se diseñaron dos formularios de encuesta para aplicar a instituciones educativas y a empleadores. Así mismo, se diseñó una guía para las entrevistas. El formulario de encuesta a empleadores se probó en los Hospitales El Tunal y Simón Bolívar de

Bogotá. Este formulario se envió también al SENA y a la Mesa Sectorial. El formulario de encuesta a instituciones educativas se probó en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia y la guía de entrevista se probó en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Con base en las pruebas y las recomendaciones recibidas se procedió a hacer el ajuste de los formularios y la Guía.

El formulario de encuesta a Empleadores, la encuesta para las Instituciones del Talento Humano en Salud y la Guía de entrevistas se anexan al presente documento.

Para efectos de salud pública y servicios ambulatorios se aplicó el instrumento en secretarías o gobiernos locales.

### 1.2.3. TRABAJO DE CAMPO

La aplicación de encuestas y la concertación de citas para las entrevistas, contó con el apoyo de Instructores del SENA en las respectivas ciudades. Los Instructores y/o sus delegados, quienes distribuyeron personalmente los instrumentos en cada una de las instituciones.

Previa a la presentación del personal de apoyo para el trabajo de campo se enviaron cartas institucionales a cada una de las entidades solicitando la participación en el proyecto e informando las características y lineamientos del convenio.

## 1.3. INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los datos recogidos en las encuestas se organizaron y sistematizaron en una base datos Excel, cuyos cuadros de salida se determinaron teniendo en cuenta las variables de los instrumentos aplicados.

Los hallazgos producto de las entrevistas semiestructuradas se organizaron y sistematizaron teniendo como lineamientos los propios de la categorización del análisis hermenéutico de textos utilizando para ello el programa Atlas-Ti

## 1.4. EJERCICIO PROSPECTIVA

Se organizará y realizará un ejercicio de prospectiva con expertos en sistemas de salud y en análisis ocupacional.

El análisis prospectivo identifica hechos portadores de futuro, es decir, eventos, comportamientos, tendencias, técnicas, teorías, investigaciones o descubrimientos que en el horizonte temporal puedan afectar el entorno o el sector en el cual se desempeña una organización, modificando los supuestos en los cuales está apoyado el

direccionamiento estratégico. En este sentido, las problemáticas de las dimensiones laborales y ocupacionales del sector de la salud pueden ser examinadas desde la prospectiva.

## **2. RESULTADOS**

### **2.1. REVISIÓN DOCUMENTAL Y DE BASES DE DATOS**

#### **2.1.1. REVISIÓN DOCUMENTAL**

Se ha realizado una revisión documental extensa, de los textos, artículos y sitios Web relacionados con el tema. Se ha conformado una base de datos de todos los documentos revisados, ordenados numéricamente. Así mismo, se han elaborado fichas resumen de los documentos más relevantes.

La información respectiva y las bases de datos se encuentran aún en proceso y se entregarán con el informe final.

#### **2.1.2. BASES DE DATOS**

Se enviaron las cartas de presentación y solicitud a las instituciones involucradas. Se llevaron a cabo las reuniones con los funcionarios asignados para esta tarea.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

##### Ministerio de Salud

- Base de datos de habilitación de IPS y personas. La base recibida es fragmentaria.
- Base de datos de registros profesionales. Recibimos la estructura de la base de datos. No hemos recibido la base de datos como tal, que se encuentra en proceso de depuración.
- Base de datos de la Escuelas de formación para el Trabajo que cuentan con concepto favorable. No hemos recibido la base de datos.

##### Ministerio de Educación

- Base de datos de instituciones de educación superior en salud, según tipo, municipio, programas, e indicadores de proceso y resultados. Recibimos una base de datos con información general, sin especificar las de salud ni los indicadores solicitados.

##### Superintendencia de Salud

- Base de datos de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB. No se ha recibido la base de datos.

#### Páginas WEB

- Página Web del Observatorio del Ministerio de Educación.
- Página Web de la Asociación Nacional de Entidades de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (www.asenof.org)
- Página Web de la Superintendencia de Salud, especialmente de EAPB de marzo de 2012.

## 2.2. RECOLECCIÓN INFORMACIÓN (PRIMARIA)

### 2.2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA MUESTRA

El ejercicio de aplicación de los criterios definidos en la metodología permitió la selección de la muestra de instituciones. El número total se incrementó de manera significativa en el caso de las IPS para contar con suficientes reemplazos

A partir de esta primera identificación de ciudades se procedió a establecer el tamaño esperado de las muestras de instituciones y las cuotas por grupos. El resultado obtenido se indica a continuación.

TOTALES POR CIUDAD					
CIUDAD	UNIVERSIDADES	IPS	EAPB	ESCUELAS DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO	GOBIERNOS LOCALES
Barranquilla	2	22	0	3	2
Bogotá	3	50	8	10	2
Bucaramanga	2	18	0	2	2
Cartagena	2	20	2	6	2
Cali	2	30	1	5	2
Medellín	2	29	2	2	2
Montería	1	10	2		2
Neiva	2	5	0	2	2
Pasto	1	13	1	2	2
Pamplona	1	1	0		1
Pereira	1	11	0	2	2
Popayán	1	9	1	3	2
Tunja	2	4	0	3	2

Totales	22	222	20	40	14
---------	----	-----	----	----	----

### Criterios específicos - Muestreo

La selección de las IPS se realizó con base en los siguientes criterios:

- Número de camas adultos
- Número de camas obstetricia y Pediatría
- Número de camas salud mental
- Número de camas en cuidados intensivos e intermedios

Para las EAPB se tuvo en cuenta número de afilados

Para las Instituciones de Educación Superior se utilizaron los criterios:

- Instituciones con programas de salud diversos y consolidados
- Instituciones con programas emergentes

Las Escuelas de Formación para el Trabajo se seleccionarán, las adscritas a ASENOF.

### 2.2.2. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En coordinación con el SENA se conformó el equipo de apoyo, (instructores y aprendices) para la aplicación de las encuestas en las diferentes ciudades

El día 13 de noviembre 2012 se realizó videoconferencia por la plataforma de Elluminate, con el fin de hacer la capacitación para la aplicación de los instrumentos, posteriormente se enviaron vía correo electrónico las bases de datos que con la muestras de Instituciones a aplicar las encuestas y las cartas de presentación del proyecto

El equipo de Instructores del SENA quienes apoyaron el trabajo de campo, coincidieron en referir las dificultades para el desarrollo del mismo, pues las Instituciones se resistían a participar en el estudio, presentando como argumentos hechos tales como que se encontraban en proceso de cierre de actividades de fin de año y contaban con poco tiempo para el diligenciamiento de los instrumentos; no estaban dispuestos a dar información la cual era considerada como confidencial o simplemente no había interés en el proceso

Durante el trabajo de campo se hizo evidente el desorden Institucional, los instrumentos pasaban por varias dependencias y muchos de ellos finalmente no fueron localizados y nadie se hizo responsable por su diligenciamiento



La resistencia al proceso también se pudo observar, en la contraprestación que exigían algunas entidades con respecto al costo beneficio que podían obtener del estudio, también se evidenció un temor en dar información, ya que en algunas entidades preguntaban si esto podía acarrear sanciones por parte del Ministerio de Salud o que implicaciones tenía el dar la información solicitada.

A continuación se presenta una relación de los instrumentos aplicados y diligenciados en las diferentes ciudades y las instituciones correspondientes. Es necesario señalar que se espera recibir en el transcurso de esta semana y la próxima los instrumentos que están pendientes por recoger en las diferentes Instituciones que han pedido plazo para su entrega. Estos corresponden a las ciudades de Tunja, Montería y Cali. Se esperan aproximadamente 20 encuestas más

TOTAL DE INSTRUMENTOS APLICADOS POR CIUDAD						
CIUDAD	UNIVERSIDAD	IPS	EAPB	ESCUELAS DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO	GOBIERNOS LOCALES	TOTAL
BARRANQUILLA		10				10
BOGOTÁ	3	2		3		6
BUCARAMANGA		4		1		5
CARTAGENA	1	8		1		10
CALI	1	1				2
MEDELLÍN		7				7
MONTERÍA						
NEIVA	1	2		2		5
PEREIRA		2				2
PASTO		8	1	2	1	12
PAMPLONA		1				1
POPAYÁN	1	3	1	2	1	8
TUNJA						
TOTAL-PARCIAL	7	48	2	11	2	68

A continuación se presenta una relación del número de entrevistas a actores clave según institución

- IPS-ESE : 9
- EPS: 4
- Universidades: 5
- Escuelas de formación del trabajo: 3
- Universidades: 5
- Secretarías de Salud: 4

## ANEXO 2: FORMULARIO DE ENCUESTA A EMPLEADORES

### IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

#### 1. DATOS GENERALES

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_

Tipo de Organización y Naturaleza:

<input type="checkbox"/> Institución Prestadora de Servicios	<input type="checkbox"/> Pública
<input type="checkbox"/> Entidad Administradora de planes de beneficio	<input type="checkbox"/> Privada
<input type="checkbox"/> Entidad Gubernamental	<input type="checkbox"/> ONG
Otra Cual _____	<input type="checkbox"/> Otra Cual _____

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona entrevistada: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Dirección Electrónica: \_\_\_\_\_

Teléfono y extensión: \_\_\_\_\_

**2. El número de trabajadores de la Empresa incluyendo la sede principal y sucursales es:** (señale con una x)

- 10 trabajadores o menos
- Entre 11 y 50 trabajadores
- Entre 51 y 200 trabajadores
- Superior a 200 trabajadores

**3. La empresa tiene de conformada:** (señale con una x)

- Menos de 2 años
- Entre 2 y 4
- Más de 4

**4. ¿Su empresa pertenece a gremios o asociaciones empresariales?** (señale con una x)

- SI
- NO

**5. Si la respuesta es SI, indique a cuál de ellos:** (señale con una x)

- Gremios Cooperativas
- Asociaciones
- Sociedades Agrícolas Transitorias-SAT
- Otra, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**6. ¿Pertenece su empresa a un clúster o cadena productiva?**

- SI
- NO pase a la 8

**7. Si la respuesta es SI, indique a cuál o cuales**

---

**8. ¿Su empresa ha sido certificada por sistemas de gestión de la calidad?** (señale con una x)

- SI
- NO pase a la 9

**9. Si la respuesta es SI, indique en cuáles normas:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ISO 9001            | <input type="checkbox"/> OSHAS 18000                     |
| <input type="checkbox"/> ISO 14001           | <input type="checkbox"/> BPA O EUREGAP                   |
| <input type="checkbox"/> ISO/IEC 17025       | <input type="checkbox"/> RSE                             |
| <input type="checkbox"/> Otra, ¿Cuál?: _____ | <input type="checkbox"/> NTCGP 1000 (entidades públicas) |

## ASPECTOS OCUPACIONALES

10. *Su empresa aplica el concepto de competencia laboral a la gestión de recursos humanos?*

- SI  
 NO pase a la pregunta 13

11. *¿Han llevado a cabo procesos de certificación del talento humano por Competencias Laborales?*

- SI  
 NO pase a la pregunta 13

12. *Si la respuesta es SI, enuncie las normas o referentes utilizados:*

---



---

13. *Describa la misión de su empresa (Misión: Es lo que la empresa hace (a qué se dedica) y a quién sirve con su funcionamiento):* Ejemplo: brindar servicios de salud (cuales), administrar planes de beneficios (cuales), brindar servicios al sector salud (cuales), etc..

---



---

14. *Cite los procesos (áreas funcionales) que hay en la empresa, según si son estratégicos, misionales y de apoyo (utilice mas renglones si lo requiere)*

Nivel Estratégico	Nivel Misional	Nivel de Apoyo	Nivel de Evaluación

15. *¿Subcontrata algunos de estos procesos?*

- SI  
 NO pase a la pregunta 17

16. *Cuales procesos o actividades subcontrata?*

*Misional* \_\_\_\_\_  
*Estratégico* \_\_\_\_\_  
*Apoyo* \_\_\_\_\_  
*Evaluación* \_\_\_\_\_

17. **Enuncie los procesos de nivel misional en orden secuencial tal y como se ejecutan en la empresa:**

---



---



---



---

En el cuadro que sigue, por favor coloque el **número de trabajadores** según su nivel de educativo en cada categoría organizacional de la empresa y señale el rango salarial para cada nivel (considere el promedio de ingreso mensual del colaborador):

	Directivo	Alta Gerencia	Gerencia Media	Supervisión	Operativo	Asistencia I /Apoyo
Doctorado						
Magíster						
Especialización						
Profesional						
Técnico Profesional						
Tecnólogo						
Técnico Laboral						
Otro						
Nivel salarial mínimo						
Nivel salarial máximo						
Rango de Antigüedad						

18. **En el siguiente cuadro relacione los cargos que desempeñan cada proceso misional, indique su función y el número de trabajadores según sean permanentes o temporales, enunciando los niveles educativos exigidos y las actuales necesidades de capacitación o de actualización (utilice hojas adicionales en caso de requerirlo)**

PROCESO MISIONAL	CARGO	N° DE TRABAJADORES				Nivel educativo exigido	Necesidades de capacitación	FUNCIONES
		Permanente		Temporal				
		Hom.	Muj.	Hom.	Muj.			

PROCESO MISIONAL	CARGO	N° DE TRABAJADORES				Nivel educativo exigido	Necesidades de capacitación	FUNCIONES
		Permanente		Temporal				
		Hom.	Muj.	Hom.	Muj.			

### ASPECTOS TECNOLOGICOS

19. *Relacione las principales líneas de negocio de la empresa: (una por cada renglón)*

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

20. *Enuncie los productos y/o servicios que ofrece la empresa según la línea de negocio:*

LINEA	PRODUCTOS

21. *¿A qué mercado están dirigidos los productos y/o servicios que desarrolla su empresa? (señale con x una, dos o todas)*

- Local
- Nacional
- Internacional

**22. Si comercializa en el mercado internacional, especifique en cuáles regiones:** (Seleccione máximo 3 opciones y califíquelas, teniendo en cuenta que 3 es la mayor puntuación y 1 la menor)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> C.A.N.                    | <input type="checkbox"/> Unión Europea |
| <input type="checkbox"/> Mercosur                  | <input type="checkbox"/> Asia          |
| <input type="checkbox"/> Centroamérica y el Caribe | <input type="checkbox"/> África        |
| <input type="checkbox"/> E.U y Canadá              | <input type="checkbox"/> Oceanía       |

Otros, ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

**23. El acceso a los mercados internacionales le implica:** (Seleccione máximo 3 opciones y califíquelas teniendo en cuenta que 3 es la mayor puntuación y 1 la menor)

- Mayor velocidad de innovación
- Reducción de los costos de producción
- Ampliar Infraestructura física
- Capacitación del RR.HH.
- Gestión del Talento Humano
- Actualización y renovación tecnológica
- Vincular especialistas para los procesos misionales
- Mejorar y ampliar el portafolio de productos
- Certificar competencias Laborales
- Incorporar procesos logísticos relacionados con almacenamiento, transporte y distribución de los productos
- Otro, ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**24. ¿Qué tipo de clientes contratan sus servicios o adquieren sus productos con mayor frecuencia?** (Máximo 3 opciones, 3 es la mayor puntuación y 1 la menor)

- Industrias manufactureras
- Empresas de servicios
- Comercializadoras nacionales
- Comercializadoras internacionales
- Empresas importadoras
- Empresas multinacionales o extranjeras
- Otro, ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**25. Los canales más frecuentes que utiliza para colocar sus productos en el mercado son:** (Seleccione los que utiliza)

- Venta Directa
- Cadenas especializadas
- Distribuidores mayoristas
- Comercializadores internacionales
- Comercio Electrónico
- Otro, ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**26. Enuncie la(s) tecnologías que se utilizan en la empresa especificándolas por proceso misional.**

PROCESO MISIONAL	TECNOLOGIAS BLANDAS (Conocimiento y software)	TECNOLOGIAS DURAS (Equipos, maquinas, herramientas, etc.)

**27. ¿Dispone su empresa de patentes, marcas propias, etc?**

- SI
- NO pase a la 31

**28. Si la respuesta es SI, indique cuáles:**

- Contratos de licencia
- Franquicias
- Contratos de representación
- Patentes
- Derechos de autor
- Registro de marca
- Otro, ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**29. ¿Realiza su empresa actividades de investigación y Desarrollo Tecnológico?**

- SI
- NO pase a la 33



**30. Si la respuesta es SI, el monto que destina a ello es:**

- 5% o menos del presupuesto anual de la empresa
- Hasta 10% de presupuesto anual de la empresa
- Hasta 25% del presupuesto anual de la empresa
- Más del 25% del presupuesto anual de la empresa

**31. ¿Sobre qué áreas realiza esta investigación?**

---



---



---

**32. ¿En el último año se ha introducido en la empresa alguna innovación en producto o proceso?**

- SI
- NO pase a la 36

**33. Si la respuesta es SI, indique sobre cuáles productos o procesos:**

---



---



---



---



---



---



---



---

**Teniendo en cuenta la información a que tiene acceso sobre las tendencias de su sector, su conocimiento del mismo y las expectativas, en un horizonte de cinco años, cuáles tecnologías considera serán utilizadas en los procesos misionales?**

PROCESO MISIONAL	EQUIPO AUTOMATIZADO	HERRAMIENTAS MANUALES


34. Mencione los cargos de los procesos misionales que usted considera se podrían ver afectados por cambios tecnológicos y señale con X el tipo de atención que va a requerirse para la cualificación del Recurso Humano.

CARGO	TIPO DE ATENCIÓN CUALIFICACIÓN DEL RECURSO HUMANO			
	CAPACITACIÓN	CERTIFICACIÓN COMPETENCIAS	ACTUALIZACIÓN	OTRO

35. ¿Cómo cree usted que se comportarán los cargos misionales ante la incorporación nuevas tecnologías? Señale con una X

NOMBRE DEL CARGO	COMPORTAMIENTO				
	SE TRANSFORMA	DESAPARECE	CRECE	QUEDA ESTABLE	CARGO NUEVO

**ASPECTOS AMBIENTALES**

**36. ¿Frente a los peligros asociados a las condiciones de trabajo, indique la priorización que se ha hecho en su empresa? Califique de mayor a menor en cuanto a prioridad de abordaje (1 más prioritario y 8 menos prioritario) y a mecanismo de intervención (1 mecanismo más utilizado y 3 mecanismo menos utilizado).**

		Prioridad de Intervención	MECANISMO DE INTERVENCION		
			Fuente (cambios en los procesos)	Medio (cambios en el medio de trabajo)	Trabajador (EPP)
<i>AMBIENTE DE TRABAJO</i>	<i>Condiciones Físicas</i>				
	<i>Contaminantes químicos y biológicos</i>				
	<i>Condiciones de seguridad</i>				
<i>Carga de Trabajo</i>	<i>Carga Física (estática y dinámica)</i>				
	<i>Carga mental</i>				
<i>Factores Psicosociales</i>	<i>Organización del trabajo</i>				
	<i>Comunicación</i>				
	<i>Estilos de supervisión</i>				

**37. ¿En relación con el impacto que las actividades de la empresa genera en el medio ambiente señale los principales aspectos que se están interviniendo.**

AREA DE INTERVENCION	INTERVENCIONES REALIZADAS

**ANEXO 3: FORMULARIO DE ENCUESTA A INSTITUCIONES DE FORMACIÓN**



**CARACTERIZACION DEL ENTORNO EDUCATIVO**  
Formulario de Encuesta a Instituciones de Educación



Fecha de aplicación	Día	Mes	Año	Numero de orden
1. Identificación				
1.1. Carácter académico de la Institución de educación:				
Institución Tecnológica Profesional		Institución Tecnológica	Institución Universitaria o Escuela Tecnológica	Universidad
Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano				
1.2. Nombre de la Institución				
1.2 Nit				
1.3 Dirección			1.4 Teléfono	
1.5 Ciudad				
1.6. Sedes en otras ciudades				
1.7. Nombre de la persona que responde instrumento				
1.8. Cargo			1.9. Dirección electrónica	
2. Naturaleza jurídica de la institución:				
2.1 Publica		2.2. Privada		
2.1.1. Establecimiento público		2.2.1. Corporación		
2.1.2. Ente Universitario Autónomo		2.2.2. Fundación		
		2.2.3 Institución de economía solidaria		
3. Identificación de programas:				
*anteponer en la tabla el numero de la identificación del programa según corresponda, antes de la denominación del mismo				
3.1. Pregrado		3.2. Posgrado		3.3 Educación continua

3.1.1. Programa técnico profesional 3.1.2. Programa tecnológico 3.1.3. Programa profesional	3.2.1 Posgrado 3.2.2. Especialización técnica profesional 3.2.3. Especialización tecnológica 3.2.4. Especialización profesional 3.2.5. Especialidad médico-quirúrgica o clínica 3.2.6 Sub especialidad médico-quirúrgica 3.2.7 Maestría 3.2.8. Doctorado	3.3.1. Capacitación 3.3.2. Diplomado 3.3.3. Otro
---	---	--

No	3.4 Denominación	3.5 Facultad Otro	3.6 Título que Confiere	3.7. Tipo de Programa			3.8. Duración			3.9. Inscritos			3.10 Matriculados			3.11 Egresados			3.12 Segundo Idioma		
				Presencial	Semi Presencial	Virtual	Anual	Semestral	Intensidad horaria	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	SI	NO	Otro

**4. INVESTIGACIÓN**

4.1. Grupos según categorías

TOTAL	A1	A	B	C	D	Registrados	No registrados
<b>4. .2 EGRESADOS Y MEDIOS</b>							
4.3. ¿En la actualidad cuanta la institución con un programa de egresados?							
SI						NO	
4.4 ¿Cuenta con medio tecnológicos?							
SI						NO	
4.5. Cuales :							
4.6 ¿La institución en la actualidad hace parte de acuerdo o tratados? Si _____ No _____							
4.7. Si la respuesta es afirmativa, que en qué temas y de qué tipo:							
4.8. ¿En los dos últimos años se han realizado ejercicios de análisis estratégico para identificar tendencias educativas en salud en el país y el mundo?							
Frecuente		Algunas veces		Ocasionalmente		Nunca	
4.9 ¿En los dos últimos años se han tenido en cuenta las características ocupacionales del mercado laboral en salud para el ajuste y adaptación de los programas académicos?							
Frecuente		Algunas veces		Ocasionalmente		Nunca	
4.10. ¿En los dos últimos años se han realizado ejercicios de prospectiva para identificar condiciones y oportunidades laborales y ocupacionales en el SGSSS y sus implicaciones para la formación y los programas académicos?							
Frecuente		Algunas veces		Ocasionalmente		Nunca	
4.11. ¿En los próximos cinco años que programas académicos nuevos deberían abrirse?							
4.11.1.Pregrado:							
4.11.2. Posgrado:							
¿En el diseño de las asignaturas de los programas de pregrado se aplica el enfoque educativo basado en competencias?							
Frecuente		Algunas veces		Ocasionalmente		Nunca	
¿En el diseño de las asignaturas de los programas de posgrado se aplica el enfoque educativo basado en competencias?							
Frecuente		Algunas veces		Ocasionalmente		Nunca	
¿Conoce las normas de competencia laboral desarrolladas por la Mesa Sectorial de servicios a la salud?							
Las conoce y las aplica en la actualización o ajuste de los programas académicos			Las conoce pero no las aplica			No las conoce	

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

## ANEXO 4: GUÍA ENTREVISTAS



### ACTUALIZACION DE LA CARACTERIZACION DEL TALENTO HUMANO DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA – 2012

#### GUÍA DE ENTREVISTA A ACTORES CLAVE

En la presente guía de entrevista, dirigida a actores clave y con fines de actualización de la caracterización del talento humano del sector salud en Colombia, se definieron dos sectores de aproximación, el sector educativo referido a los oferentes de programas y el sector de empleadores concerniente a la Entidades Administradoras de Planes y Beneficios y Entes Territoriales, correspondientes al Entorno Educativo. Estos sectores corresponden a los Entornos Educativo y Ocupacional definidos previamente en el estudio.

Se definieron como categorías de abordaje para el sector educativo las siguientes:

- Calidad de la formación
- Empleabilidad del recurso humano, pertinencia en la formación, reorientación de perfiles profesionales.
- Prospectiva

Se definieron como categorías de abordaje para el sector de empleadores las siguientes:

- Demanda de recursos humanos, Áreas de desempeño
- Políticas salariales
- Prospectiva

La entrevista contará con una ficha que permitirá recoger información básica con respecto al Entrevistado, Institución, cargo, facultad, dependencia, hora y fecha de la entrevista, otros de acuerdo al caso.

A continuación se relacionan algunos aspectos específicos relacionado con cada una de las categorías de los respectivos sectores y a las posibles preguntas a las que darían lugar.

Los actores clave a entrevistar y las instituciones correspondientes se determinarán una vez se tenga la muestra definitiva del estudio

## **1. OFERENTE DE PROGRAMAS – ENTORNO EDUCATIVO**

### **1.1. CALIDAD DE LA FORMACIÓN**

- Políticas de calidad de control de la educación.
- Política frente a los procesos de acreditación
- Política la internacionalización y bilingüismo
- En los procesos de formación de posgrado a nivel de Maestría y Doctorado, tienen como referente las problemáticas actuales del sector salud
- Tienen en cuenta los problemas laborales y ocupacionales del sector salud
- Cómo se ubica la institución con respecto a la competitividad
- Percepción sobre competencias laborales
- Formación tecnológica

### **1.2. EMPLEABILIDAD DEL RECURSO HUMANO, PERTINENCIA DE LA FORMACIÓN, REORIENTACIÓN DE PERFILES PROFESIONALES.**

- Tienen comunicación con los prestadores
- Evalúan si el tipo de programas está de acuerdo con la necesidades laborales del sector
- Como impactan las condiciones de necesidades laborales del sector los planes curriculares.
- Considera se deben eliminar, mantener o crear programas nuevos de pregrado y posgrados y cuáles serían los criterios.

### **1.3. PROSPECTIVA**

- Proyección del Sistema de Salud y como afecta la educación

## **2. ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES Y BENEICIOS – ENTES TERRITORIALES – ENTORNO OCUPACIONAL**

### **2.1. DEMANDA DE RECURSOS HUMANOS, ÁREAS DE DESEMPEÑO**

- Definición de la planta, cantidad y cargos definidos en relación con el sector educativo
- Los perfiles profesionales están a acordes con las necesidades de desempeño de los mismos.
- Los perfiles profesionales están acordes con los necesidades de salud y del perfil epidemiológico de la Región?



- Existe comunicación con las Instituciones formadoras de talento Humano en relación a la necesidad de formaciones específicas, considera que se deben crear nuevos programas, disminuir o eliminar?
- 
- Cuentan con políticas, de cualificación de servicios del Talento Humano de la Institución
- 

## 2.2. POLÍTICAS SALARIALES

- Modalidad de vinculación laboral predominante (empleados de planta, prestación de servicios, otros)
- Estándares para la definición salarial (Formación, Experiencia, Áreas de trabajo, Competencias laborales)
- Existen diferencias salariales entre la vinculación directa, empleados de planta o prestación servicios, cual es el promedio del salario de un profesional con vinculación directa, y otro por prestación.
- Demanda por unidad de empleo

## 2.3. PROSPECTIVA

- Proyección del Sistema de Salud y como afecta la educación  
Han identificado desarrollos en los programas de salud, para lo que se espera en el SGSSS.

## INSTITUCIONES SELECCIONADAS

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS				
No.	No	CIUDAD	IPS	NIT
1	1	Barranquilla	ASOCIACION CLINICA BAUTISTA	890100271
2	2	Barranquilla	CLINICA CENTRO S.A	802021332
3	3	Barranquilla	CLINICA JULIO ENRIQUE MEDRANO LEON	830106376
4	4	Barranquilla	CLINICA MURILLO - INVERCLINICAS S.A.	802020128
5	5	Barranquilla	CLINICA REINA CATALINA & CIA LTDA	800179966
6	6	Barranquilla	CONGREGACION DE HERMANAS FRANCISCANAS MISIONERAS DE MARIA	890102140
7	7	Barranquilla	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NIÑO JESUS DE BARRANQUILLA	802006728
8	8	Barranquilla	FUNDACIÓN "SANTO TOMAS DE VILLANUEVA" IPS SEDE NORTE	900213194
9	9	Barranquilla	FUNDACION CAMPBELL	900002780
10	10	Barranquilla	FUNDACION HOSPITAL UNIVERSITARIO METROPOLITANO	890108597
11	11	Barranquilla	FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL S.A. CLINICA EL PRADO	800050068
12	12	Barranquilla	HOSPITAL UNIVERSITARIO C.A.R.I. E.S.E. SEDE ALTA COMPLEJIDAD	800253167

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS				
No.	No	CIUDAD	IPS	NIT
13	13	Barranquilla	IPS CLINICA DE LA COSTA LTDA	800129856
14	14	Barranquilla	IPS CLINICA DEL CARIBE	890100275
15	15	Barranquilla	IPS UNIVERSITARIA SEDE CAMINO EL BOSQUE DE MARIA	811016192
16	16	Barranquilla	IPS UNIVERSITARIA SEDE CAMINO SIMON BOLIVAR	811016192
17	17	Barranquilla	IPS UNIVERSITARIA SEDE CAMINO UNIVERSITARIO DISTRITAL ADELITA DE CHAR	811016192
18	18	Barranquilla	KATZWEINGORT Y CIA LTDA CLINICA LA MERCED	800094898
19	19	Barranquilla	ORGANIZACION CLINICA BONNADONA PREVENIR S.A.	800194798
20	20	Barranquilla	ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A	890102768
21	21	Barranquilla	RESURGIR CASA DE REPOSO LTDA.	802000430
22	22	Barranquilla	VILLA 76 INSTITUTO DE PSICOTERAPIAS	800006690
23	1	Bogota	CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLOGICAS CLINICA SAN DIEGO S.A. CIOSAD S.A.	830099212
24	2	Bogota	Clínica Cardio 100 SAS	900386760
25	3	Bogota	CLINICA DE MARLY	860002541
26	4	Bogota	CLINICA DE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	860015905
27	5	Bogota	CLINICA DEL COUNTRY IPS	830005028
28	6	Bogota	CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.	860090566
29	7	Bogota	CLINICA FUNDADORES	860066191
30	8	Bogota	CLINICA INFANTIL COLSUBSIDIO	860007336
31	9	Bogota	CLÍNICA JORGE PINEROS CORPAS	830106376
32	10	Bogota	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	830113849
33	11	Bogota	CLINICA NUEVA	860010783
34	12	Bogota	CLINICA PALERMO	860006745
35	13	Bogota	CLINICA PARTENON	800085486
36	14	Bogota	CLINICA REINA SOFIA	800149384
37	15	Bogota	CLINICA RETORNAR	800160827
38	16	Bogota	CLINICA SAN JUAN DE DIOS	860027393
39	17	Bogota	CLINICA SANTA BIBIANA	830106376
40	18	Bogota	CLINICA SANTO TOMÁS S.A	860001475
41	19	Bogota	CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA	800149384
42	20	Bogota	CLINICA UNIVERSITARIA EL BOSQUE	830138802
43	21	Bogota	CLINICA VASCULAR NAVARRA LTDA / CLINICA NAVARRA	800247537
44	22	Bogota	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	899999032
45	23	Bogota	ESE HOSPITAL SANTA CLARA	860020188
46	24	Bogota	FUNDACION ABOOD SHAO	860006656
47	25	Bogota	FUNDACION CARDIO INFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	860035992
48	26	Bogota	FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA	899999123
49	27	Bogota	FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS	860007373
50	28	Bogota	FUNDACION PARA LA SALUD Y LA VIDA FUNDASALUD	900181824

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS				
No.	No	CIUDAD	IPS	NIT
51	29	Bogota	FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA	860037950
52	30	Bogota	HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL	830041314
53	31	Bogota	HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E-CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS	800216883
54	32	Bogota	HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL E.S.E.	800209488
55	33	Bogota	HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL ESE SEDE CALLE 80	830077688
56	34	Bogota	HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSE	900098476
57	35	Bogota	HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL ESE	800197177
58	36	Bogota	HOSPITAL MEISSEN II NIVEL ESE SEDE PRINCIPAL	800220011
59	37	Bogota	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	830040256
60	38	Bogota	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	800196939
61	39	Bogota	HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE	800216303
62	40	Bogota	HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E.	800196433
63	41	Bogota	HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL ESE UNIDAD DE MEDICINA INTERNA	830077617
64	42	Bogota	HOSPITAL UNIVERSITARIO BARRIOS UNIDOS-MEDERI	900210981
65	43	Bogota	HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	860015888
66	44	Bogota	HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR-MEDERI	900210981
67	45	Bogota	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	860015536
68	46	Bogota	INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO - CLINICA MONTSERRAT	860007400
69	47	Bogota	INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT	860013874
70	48	Bogota	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	899999092
71	49	Bogota	Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José	899999017
72	50	Bogota	SOCIEDAD DE ENFERMERAS PROFESIONALES LTDA	860400547
73	1	Bucaramanga	CENTRO MEDICO DANIEL PERALTA SA CLINICA BUCARAMANGA	890200138
74	2	Bucaramanga	CLINICA CHICAMOCHA SA	890209698
75	3	Bucaramanga	CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	890208758
76	4	Bucaramanga	CLÍNICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA S.A.	890208104
77	5	Bucaramanga	CLINICA SALUDCOOP BUCARAMANGA	830106376
78	6	Bucaramanga	CLINICA SALUDCOOP CAÑAVERAL	830106376
79	7	Bucaramanga	CLINICA SAN PABLO SA	890211722
80	8	Bucaramanga	CORPORACION HOGARES CREA	890212042
81	9	Bucaramanga	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA	890202024
82	10	Bucaramanga	ESE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO	890200500
83	11	Bucaramanga	FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	890212568
84	12	Bucaramanga	FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SDER FOSCAL	890205361
85	13	Bucaramanga	HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	800084206
86	14	Bucaramanga	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	900006037
87	15	Bucaramanga	INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DEL ORIENTE	800012323

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS				
No.	No	CIUDAD	IPS	NIT
88	16	Bucaramanga	IPS CAPRECOM CLINICA COMUNEROS	899999026
89	17	Bucaramanga	LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA	900240018
90	18	Bucaramanga	SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.	900073081
91	1	Cali	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE COMFAMILIAR ANDI IPS COMFANDI EL PRADO	890303208
92	2	Cali	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFENALCO VALLE	890303093
93	3	Cali	CENTRO MEDICO IMBANACO CMI	890307200
94	4	Cali	CENTROS Y SERVICIOS DE UNIDAD DE REHABILITACION	900324452
95	5	Cali	CLINCA LOS FARALLONES S.A SEDE CARRERA 46	800212422
96	6	Cali	CLINICA AMIGA	890303208
97	7	Cali	CLINICA BASILIA S.A.	805016107
98	8	Cali	CLINICA COLOMBIA ES	900242742
99	9	Cali	CLINICA COLSANITAS S.A SEBASTIAN DEL BELALCAZAR	800149384
100	10	Cali	CLINICA COMFANDI TEQUENDAMA	890303208
101	11	Cali	CLINICA DE OCCIDENTE	890300513
102	12	Cali	CLINICA ESENSA	830037741
103	13	Cali	CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	890301430
104	14	Cali	CLINICA REY DAVID	830023202
105	15	Cali	CLINICA SALUDCOOP CALI NORTE	830106376
106	16	Cali	CLINICA SAN FERNANDO	890300516
107	17	Cali	CLINICA SANTIAGO DE CALI	890330348
108	18	Cali	CLINICA VERSALLES HOSPITALIZACION	800048954
109	19	Cali	CLUB NOEL	890399020
110	20	Cali	Corporación Comfenalco Valle Universidad Libre	900330416
111	21	Cali	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	890399047
112	22	Cali	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE	890304155
113	23	Cali	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	890303461
114	24	Cali	FUNDACION VALLE DEL LILI	890324177
115	25	Cali	HOSPITAL ISAIAS DUARTE CANCINO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	805028530
116	26	Cali	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	890303841
117	27	Cali	HOSPITALITO INFANTIL NIÑO DIOS	805001267
118	28	Cali	ORGANIZACIÓN MENTE SANA LTDA	805002355
119	29	Cali	SOCIEDAD CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO	805023423
120	30	Cali	UNIDAD DE SOPORTE HEMATOONCOLOGICO	805017350
121	1	Cartagena	CEMIC - CLINICA DE SALUD MENTAL	806009230
122	2	Cartagena	CENTROMEDICO CRECER LTDA	806004548
123	3	Cartagena	CLINICA BLAS DE LEZO S.A.	890400693
124	4	Cartagena	CLINICA CARTAGENA DEL MAR S.A.	806008439

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS				
No.	No	CIUDAD	IPS	NIT
125	5	Cartagena	CLINICA MADRE BERNARDA COMUNIDAD DE HERMANAS FRANCISCANAS MISIONERAS DE MARIA AUXILIADORA	860028947
126	6	Cartagena	CLINICA MADRE BERNARDA COMUNIDAD DE HERMANAS FRANCISCANAS MISIONERAS DE MARIA AUXILIADORA	860028947
127	7	Cartagena	CLINICA MADRE LAURA S.A.S	830501250
128	8	Cartagena	CLINICA SOL DE LAS AMERICAS	900492937
129	9	Cartagena	E.S.E HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS	806010305
130	10	Cartagena	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO	806001061
131	11	Cartagena	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE	900042103
132	12	Cartagena	FUNDACION CENTRO COLOMBIANO DE EPILEPSIA Y ENFERMEDADES NEUROLOGICAS	900269029
133	13	Cartagena	FUNDACION CLINICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS	900123159
134	14	Cartagena	FUNDACION SIMON SANTANDER	900045673
135	15	Cartagena	HOSPITAL BOCAGRANDE S.A	890480020
136	16	Cartagena	HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA	890480135
137	17	Cartagena	NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE	900279660
138	18	Cartagena	SANTA CRUZ DE BOCAGRANDE, CLINICA DE ESPECIALIDADES DE LA MUJER	806008356
139	19	Cartagena	SEDE ARROZ BARATO	806010305
140	20	Cartagena	SOCIEDAD SAN JOSE DE TORICES S.A	900304958
141	1	Medellín	CENTRO CARDIOVASCULAR COLOMBIANO CLINICA SANTA MARIA	811046900
142	2	Medellín	CENTRO DE ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL DE ANTIO	890985405
143	3	Medellín	CLINICA ANTIOQUIA S.A.	800190884
144	4	Medellín	Clínica Comfenalco Antioquia	890900842
145	5	Medellín	CLINICA DEL PRADO S.A.	890938774
146	6	Medellín	CLINICA EL ROSARIO SEDE EL TESORO	890905843
147	7	Medellín	CLINICA JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA	830106376
148	8	Medellín	CLINICA MEDELLIN S.A	890911816
149	9	Medellín	CLINICA PSIQUIATRICA NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZON	860007760
150	10	Medellín	CLINICA SALUDCOOP MEDELLIN	830106376
151	11	Medellín	CLINICA UNIVERSITARIA BOLIVARIANA	890902922
152	12	Medellín	CORPORACIÓN PARA ESTUDIOS EN SALUD CLINICA CES	890982608
153	13	Medellín	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE CALDAS	890907215
154	14	Medellín	E.S.E. HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN LUZ CASTRO DE GUTIERREZ	890904646
155	15	Medellín	E.S.E. HOSPITAL LA MARIA	890905177
156	16	Medellín	E.S.E. HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL	890906347
157	17	Medellín	E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA	890905166
158	18	Medellín	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGUÍ	890980066

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS				
No.	No	CIUDAD	IPS	NIT
159	19	Medellín	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ	890985703
160	20	Medellín	Fundación Clínica del Norte	900421895
161	21	Medellín	FUNDACION HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL	890900518
162	22	Medellín	HOSPITAL PABLO TOBON URIBE	890901826
163	23	Medellín	INVERSIONES MEDICAS DE ANTIOQUIA S.A. CLINICA LAS VEGAS	800044402
164	24	Medellín	IPS DE UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA IPS UNIVERSITARIA SEDE CLINICA LEON XIII	811016192
165	25	Medellín	NUEVA CLINICA SAGRADO CORAZON S.A.S	900408220
166	26	Medellín	PROMOTORA MEDICA LAS AMERICAS S.A	800067065
167	27	Medellín	SALUD MENTAL INTEGRAL SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA	811005113
168	28	Medellín	SOCIEDAD MEDICA ANTIOQUEÑA S.A. SOMA	890903777
169	29	Medellín	UNIDAD HOSPITALARIA DE BELEN HECTOR ABAD GOMEZ	800058016
170	1	Montería	CENTRO CARDIO INFANTIL I.P.S	900090247
171	2	Montería	CLINICA CENTRAL OHL LTADA	900082202
172	3	Montería	CLINICA DE TRAUMAS Y FRACTURAS ULISES HERRERA SANCHEZ ESPECIALISTA ASOCIADOS	812005130
173	4	Montería	CLINICA MONTERIA S.A.	891001122
174	5	Montería	CLINICA ZAYMA LTDA	800074112
175	6	Montería	FUNDACION AMIGOS DE LA SALUD	812005522
176	7	Montería	HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERIA	891079999
177	8	Montería	HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERIA	891079999
178	9	Montería	ONCOMEDICA S.A	812007194
179	10	Monterita	PSIQUIATRAS ASOCIADOS. I.P.S LTDA	812007286
180	1	Neiva	CLINICA MEDILASER S.A.	813001952
181	2	Neiva	CLÍNICA SALUDCOOP NEIVA	830106376
182	3	Neiva	CLINICA UROS LTDA.	813011577
183	4	Neiva	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA	891180268
184	5	Neiva	SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD S.A.	813005431
185	1	Pamplona	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA	890501019
186	1	Pasto	AMPARO DE ANCIANOS SAN JOSE	800020591
187	2	Pasto	CENTRO MEDICO VALLE DE ATRIZ E.U.	830504400
188	3	Pasto	CLINICA DE ESPECIALIDADES LAS AMERICAS	900335692
189	4	Pasto	CLINICA NUESTRA SEÑORA DE FATIMA	891200032
190	5	Pasto	FUNDACION CRISTIANA EL SHADDAI	800141575
191	6	Pasto	FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO	891200209
192	7	Pasto	HNAS. HOSPITALARIAS DEL SAGDO. CORAZON DE JESUS HOSPITAL MENTAL NUESTRA SRA. DEL PERPETUO SOCORRO	860007760
193	8	Pasto	HOSPITAL LOCAL CIVIL	900091143
194	9	Pasto	HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO	891200274

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS				
No.	No	CIUDAD	IPS	NIT
195	10	Pasto	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO	891200528
196	11	Pasto	NUEVA CLINICA MARIDIAZ	900266811
197	12	Pasto	PROFESIONALES DE LA SALUD S.A. "PROINSALUD S.A."	800176807
198	13	Pasto	SALUDCOOP CLINICA LOS ANDES S.A.	814003898
199	1	Pereira	CLINICA COMFAMILIAR	891480000
200	2	Pereira	CLINICA LOS ROSALES S.A	891409981
201	3	Pereira	CLINICA SALUDCOOP PEREIRA	830106376
202	4	Pereira	Clinica San Rafael	900342064
203	5	Pereira	CMS PINARES MEDICA	900112820
204	6	Pereira	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE	800231235
205	7	Pereira	ESE HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA	891412134
206	8	Pereira	Fundación Clínica Cardiovascular del Niño de Risaralda	900283694
207	9	Pereira	HOSPITAL DEL CENTRO	816005003
208	10	Pereira	Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda S.A	800082446
209	11	Pereira	INSTITUTO PROINTEGRACION DE LA SALUD MENTAL LTDA - IPIS LTDA	816001608
210	1	Popayán	CLINICA DE SALUD MENTAL MORAVIA	817007452
211	2	Popayán	Clínica de Salud Mental Nueva Esperanza SAS	900536939
212	3	Popayán	CLINICA LA ESTANCIA S.A	817003166
213	4	Popayán	CLÍNICA SALUDCOOP POPAYÁN	830106376
214	5	Popayán	FUNDACIÓN CRISTIANA EMANUEL	800163894
215	6	Popayán	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA	891501676
216	7	Popayán	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	891580002
217	8	Popayán	SALUD MENTAL CASABLANCA SAS	900370651
218	9	Popayán	UCI DUMIAN POPAYAN	805027743
219	1	Tunja	CLINICA MEDILASER	813001952
220	2	Tunja	CLINICA SALUDCOOP TUNJA	830106376
221	3	Tunja	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA	891800982
222	4	Tunja	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA	891800231

NO	No.	CIUDAD	EAPB
----	-----	--------	------

NO	No.	CIUDAD	EAPB
1	1	BOGOTÁ	COMPENSAR
2	2	BOGOTÁ	LA NUEVA EPS
3	3	BOGOTÁ	FAMISANAR
4	4	BOGOTÁ	CAPITAL SALUD
5	5	BOGOTÁ	CAFESALUD EPS S.A
6	6	BOGOTÁ	CAPRECOM S.A
7	7	BOGOTÁ	SALUD VIDA
8	8	BOGOTÁ	SOL SALUD EPS S.A
9	1	CALI	COOMEVA
10	1	CARTAGENA	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS
11	2	CARTAGENA	COPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZNA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA E.S.S
12	1	MEDELLIN	EPS SURAMERICANA
13	2	MEDELLIN	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ANTIOQUIA COMFAMA
14	1	MONTERIA	COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA COMPARTA
15	2	MONTERIA	EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E.S.S EMDISALUD ESS
16	1	PASTO	ASOCIACIÓN MUTUAL DE EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSANAR E.S.S
17	1	POPAYAN	ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD

CIUDAD	UNIVERSIDAD
BARRANQUILA	UNIVERSIDAD DEL NORTE
	UNIVERSIDAD LIBRE
BOGOTÀ	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
	UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
	UNIAGRARIA
BUCARAMANGA	UNIVERSIDAD DE SANTANDER
	UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER -UIS
CALI	UNIVERSIDAD DEL VALLE
	UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
CARTAGENA	Universidad de Cartagena
NEIVA	UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
	UNIVERSIDAD SUR COLOMBIANA
PASTO	UNIVERSIDAD DE NARIÑO
Popayán	Universidad del cauca
TUNJA	UPTC
	UNIVERSIDAD BOYACA



NO.	ESCUELAS DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO				
	INSTITUCIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN	TELÉFONO
1	CENTRO DE ESTUDIOS PARA LA SALUD	VALLE DEL CAUCA	GUADALAJARA DE BUGA	CALLE 3 N° 11-43	2363611
2	CORPORACION TECNICA DE SALUD Y SISTEMAS	CESAR	VALLEDUPAR	CLL 18 13-59 BARRIO GAITAN	: 5712169
3	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO	BOGOTÁ	BOGOTÁ D.C	CLL 63 SUR 77G-43	7800282
4	EMERGENCY MEDICAL SERVICE PARAMEDICOS LIMITADA. PARAMÉDICOS EMS LTDA	CAUCA	POPAYÁN	CLL 5A N° 1-97	8208010-8208020
5	ESCUELA COLOMBIANA DE CIENCIAS EN SALUD	CAQUETÁ	FLORENCIA	CRA. 11 N° 9 - 42	4355307
6	ESCUELA COLOMBIANA DE CIENCIAS EN SALUD	PUTUMAYO	MOCOA	AV SAN FRANCISCO B. LA ESMERALDA	(8)4295484
7	ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA	BOGOTÁ	BOGOTÁ D.C	CLL 26 SUR 33-33	7137097
8	ESCUELA DE ENFERMERIA CLINICA BLANCA	VALLE DEL CAUCA	CALI	CRA. 7BIS N° 19-42	8802283/8832687
9	ESCUELA DE MECÁNICA DENTAL BOLAÑOS	VALLE DEL CAUCA	CALI	CRR 32A 25-62	: 2242257
10	ESCUELA DE MECÁNICA DENTAL DEL VALLE	VALLE DEL CAUCA	TULUÁ	CRR 23 31-37	2244093-2261861
11	ESCUELA DE SALUD COLOMBO AMERICANA	VALLE DEL CAUCA	CALI	CRR 25 6-102 BARRIO EL CEDRO	5140905
12	ESCUELA DE SALUD DEL CAUCA SAS	CAUCA	POPAYÁN	CLL 3 4-00	8244556
13	ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER	HUILA	NEIVA	CALLE 6 N° 12-36	
14	ESCUELA DE SALUD SUR COLOMBIANA LIMITADA	NARIÑO	PASTO	CALLE 20 N° 38-80 AV. LOS ESTUDIANTES	7312816

NO.	ESCUELAS DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO				
	INSTITUCIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN	TELÉFONO
15	ESCUELA DE TECNICOS EN SALUD LIMITADA	CESAR	VALLEDUPAR	DIAGONAL 16A NO 17A-91 BARRIO HERNANDO SANTANA	5746655 - 5709566
16	ESCUELA ENFERMERIA DEL VALLE - EDENV	ANTIOQUIA	MEDELLÍN	CARRERA 43B N° 11-50 2 PISO	4448989
17	ESSALUD C.B	VALLE DEL CAUCA	CALI	GETSEMANI CLL DEL GUERRERO 29-64	6641016
18	INSTITUTO COLOMBIANO DE SALUD ICOSALUD	BOLÍVAR	CARTAGENA	AV. SAN PEDRO DE HEREDIA – SECTOR ALCIDI	6722917/758
19	INSTITUTO DE CAPACITACIÓN DE MECANICA DENTAL UNIDENT	ANTIOQUIA	ARMENIA	AV BOLIVAR # 13 N - 36	7462152
20	INSTITUTO DE FORMACIÓN LABORAL CRUZ ROJA SECCIONAL BOLÍVAR	BOLÍVAR	CARTAGENA	BARRIO ESPAÑA CALLE 30 # 44D-71	6620180
21	INSTITUTO TECNICO DE ADMINISTRACION Y SALUD	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	CRR 46 60-41	3685085
22	INSTITUTO TECNICO DE CIENCIAS DE LA SALUD SANTA CECILIA	VALLE DEL CAUCA	CALI	CALLE 5B4 36-65	557400/5572288
23	INSTITUTO TECNICO DENTAL	BOLÍVAR	CARTAGENA	CALLE 22 NO: 5N22 BARRIO VERSALLES	6601864-4048917
24	LA CORPORACION EDUCATIVA DE COLOMBIA - EFORSALUD	SANTANDER	BUCARAMANGA	CR 27 NO. 48 - 49	6572323
25	POLITÉCNICO DE LA SALUD - CIPET	VALLE DEL CAUCA	CALI	AV 6 NORTE NO 21N-49	5246421

EQUIPO DE APOYO PARA LA APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS EN LAS DIFERENTES CIUDADES

No.	NOMBRE INSTRUCTOR	CEDULA	CIUDAD
1	Nidia Peña	52.497.708	Bogotá
2	Paola María Rojas	60.351.224	Bogotá
3	María Teresa Boada	37.720.869	Bogotá
4	Gloria Marissa Martínez Polo	52.026.822	Bogotá
5	Olga Lucia Lozano Espitia	51.656.743	Bogotá
6	Silvana Sierra Salas	1.130.615.993	Bogotá
7	Matilde del Socorro Rojas	27.433.526	Pasto
8	Ana Dolores Flórez	27 847.160	Pasto
9	Julio Alberto Florian	13.469.057	Cúcuta
10	Durbin Montoya Cañola	43.342.086	Medellín
11	Lorena Naspiran Taramuel	1.085.246.518	Medellín
12	Claudia Elena Restrepo	21.548.775	Medellín
13	Nhora Inés Barrios Acosta	36.164.365	Neiva
14	Norma María Pulido	36.066.901	Neiva
15	Paula Andrea Tose Vergara	25.284.412	Popayán
16	Luz Marina Yacomán	25.284.412	Popayán
17	Yolanda Echeverry	42.091.811	Pereira
18	Fernando Torres Torres	8.565.342	Barranquilla
19	Judy Martinez Florez	37.931.812	Barranquilla
20	Matilde Rovira	39 028 742	Barranquilla
21	Carmen Alicia Zambrano Navarro	63.481.041	Bucaramanga
22	Ruth Estela Tarazona Villamizar	63.542.724	Bucaramanga
23	Olga Granados Torres		Bucaramanga
24	Altagracia Ines Bravo de Ossa		Montería
25	Kira Amaya de Valdeblanquez		Cartagena
26	Oscar Mesa		Cartagena
27	Estrella Izquierdo	31.171.178	Cali
28	Betzaida Cuero Ponce	66.860.544	Cali
29	Nohra Espinal Moreno	29.326.845	Cali
30	Jose Arnulfo Reyes	14.893.162	Cali
31	Vladimir Torres Garcia	14.675.483	Cali
32	Jesus Antonio Sandoval	94.405.635	Cali

## **ANEXO 5: METODOLOGÍA DE ENTREVISTAS CON ACTORES CLAVE**

### **INTRODUCCIÓN**

El presente documento tiene por objeto presentar los resultados de las entrevistas semiestructuradas realizadas a actores clave, en el marco del convenio Interadministrativo celebrado entre la Universidad Nacional de Colombia y el Instituto Nacional de Aprendizaje, SENA, el cual consideró como objeto “Aunar esfuerzos técnicos, administrativos, académicos, humanos y económicos entre el SENA y la Universidad Nacional de Colombia, con el objeto de actualizar el documento de Caracterización del talento humano del sector salud en Colombia”.

Las entrevistas estuvieron dirigidas a actores claves pertenecientes a dos sectores, el sector educativo referido a los oferentes de programas y el sector de empleadores concerniente a la Entidades Administradoras de Planes y Beneficios y Entes Territoriales, correspondientes al Entorno Educativo. Estos sectores corresponden a los Entornos Educativo y Ocupacional definidos previamente en el estudio. Para llevar a cabo la exploración se diseñó una guía que permitió conducir el curso de las entrevistas.

Se definieron como categorías de abordaje para el sector educativo, la calidad de la formación, la empleabilidad del recurso humano, la pertinencia en la formación, reorientación de perfiles profesionales, servicios profesionales y la prospectiva considerada

Para el sector de empleadores a su vez se definieron como categorías de abordaje, la demanda de recursos humanos, áreas de desempeño, políticas salariales e igualmente la prospectiva considerada.

Como producto del trabajo de campo emergieron categorías a tener en cuenta como son la percepción de incertidumbre, la corrupción del sistema, sostenibilidad y legalidad.

La entrevista contó con una ficha que permitió recoger información básica con respecto al entrevistado, Institución, cargo, facultad, dependencia, hora y fecha de la entrevista, otros de acuerdo al caso.

Los criterios de la definición de categorías obedecieron a pautas relacionadas con los requerimientos del convenio y sus objetivos, la experiencia de estudios previos y el conocimiento de la práctica del talento humano en el sector.

En total se realizaron 29 entrevistas, en las ciudades de Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Cartagena, Medellín, Montería, Neiva, Pasto y Popayán

## 1. METODOLOGÍA

### 1.1. TIPO DE ESTUDIO

Se desarrollo un estudio exploratorio de enfoque cualitativo cuyo interés en el objeto de estudio se enmarca en la caracterización del talento Humano en el Sector Salud.

### 1.2. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas practicadas a diferentes actores clave del sector salud de las regiones y ciudades que hacían parte de la muestra del estudio.

En el cuadro siguiente se relaciona las regiones y ciudades que hicieron parte del estudio.

ZONA	CIUDADES
Caribe	Barranquilla
	Cartagena
	Montería
Centro	Bogotá
	Ibagué
	Tunja
Sur occidente	Neiva
	Cali
	Popayán
	Pasto
Nororiente	Bucaramanga
	Pamplona
	Cúcuta
Cafetera	Medellín
	Pereira

Se realizaron entrevistas en las ciudades de Barranquilla, Bucaramanga Cali, Cartagena, Medellín, Montería, Neiva, Pasto y Popayán

En el proceso de entrevistas se obtuvo información relacionada con el entrevistado y la institución a la cual pertenece e información con respecto al interés propio de la investigación.

#### 1.2.1. Población de estudio

Se definieron como actores a entrevistar en cada una de las ciudades, funcionarios pertenecientes a los sectores educativo oferentes de programas (decano, vicedecano académico, delegado, otros) y de empleadores del sector salud, Entidades Administradoras de Planes y Beneficios y Entes Territoriales.

Dado que el método de recolección de los datos corresponde al propio de una investigación cualitativa (entrevista semiestructurada), la muestra de entrevistados se define a conveniencia, pues al contrario del método de las encuestas realizadas en un número de personas considerado como representativas de la población según criterios estadísticos, la entrevista con actores consiste en sostener un diálogo con una persona seleccionada sobre la base de orientaciones (preguntas en gran parte abiertas) definidas en una guía de entrevista.

### **1.2.2. Guía de entrevistas y categorías de abordaje**

Con el fin de conducir el desarrollo de las entrevistas se diseñó una guía de trabajo de campo la cual consideró categorías que centraban la intencionalidad de las preguntas, con el fin de dar soporte metodológico al equipo de trabajo de campo.

Se definieron como categorías de abordaje para el sector educativo las siguientes:

- Calidad de la formación
- Empleabilidad del recurso humano, pertinencia en la formación, reorientación de perfiles profesionales.
- Prospectiva

Se definieron como categorías de abordaje para el sector de empleadores las siguientes:

- Demanda de recursos humanos, Áreas de desempeño
- Políticas salariales
- Prospectiva

A continuación se relacionan algunos aspectos específicos relacionado con cada una de las categorías de los respectivos sectores y a las posibles preguntas a las que darían lugar.

### **1.2.1. Oferente de Programas – Entorno Educativo**

#### **Calidad de la formación**

- Políticas de calidad de control de la educación.
- Política frente a los procesos de acreditación
- Política la internacionalización y bilingüismo

- En los procesos de formación de posgrado tienen como referente las problemáticas actuales del sector salud
- Tienen en cuenta los problemas laborales y ocupacionales del sector salud
- Cómo se ubica la institución con respecto a la competitividad
- Percepción sobre competencias laborales
- Formación tecnológica

### **Empleabilidad del recurso Humano, pertinencia de la formación, reorientación de perfiles profesionales.**

- Tienen comunicación con los prestadores
- Evalúan si el tipo de programas está de acuerdo con la necesidades laborales del sector
- Como impactan las condiciones de necesidades laborales del sector los planes curriculares.
- Considera se deben eliminar, mantener o crear programas nuevos de pregrado y posgrados y cuáles serían los criterios.

### **Prospectiva**

- Proyección del Sistema de Salud y como afecta la educación

### **1.2.2. Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – Entes Territoriales – Entorno Ocupacional**

#### **Demanda de recursos humanos, áreas de desempeño**

- Definición de la planta, cantidad y cargos definidos en relación con el sector educativo
- Los perfiles profesionales están a acordes con las necesidades de desempeño de los mismos.
- Los perfiles profesionales están acordes con los necesidades de salud y del perfil epidemiológico de la Región?
- Existe comunicación con las Instituciones formadoras de talento Humano en relación a la necesidad de formaciones específicas, considera que se deben crear nuevos programas, disminuir o eliminar?
- Cuentan con políticas, de cualificación de servicios del Talento Humano de la Institución

### **Políticas Salariales**

- Modalidad de vinculación laboral predominante (empleados de planta, prestación de servicios, otros)
- Estándares para la definición salarial (Formación, Experiencia, Áreas de trabajo, Competencias laborales)
- Existen diferencias salariales entre la vinculación directa, empleados de planta o prestación servicios, cual es el promedio del salario de un profesional con vinculación directa, y otro por prestación.
- Demanda por unidad de empleo

## **Prospectiva**

- Proyección del Sistema de Salud y como afecta la educación  
Han identificado desarrollos en los programas de salud, para lo que se espera en el SGSSS.

### **1.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Los hallazgos producto de la lectura de las entrevistas se clasificaron teniendo como base las categorías de abordaje del estudio. Posteriormente y respondiendo al enfoque cualitativo del estudio se procedió al análisis de los discursos desde un nivel textual. Finalmente se hicieron algunas interpretaciones teniendo en cuenta los datos Institucionales de los entrevistados.

Se consideraron también para el análisis de la información categorías de abordaje emergentes que arrojó la lectura preliminar de las entrevistas.

## **2. RESULTADOS**

### **2.2. ENTREVISTAS**

Se realizaron en total 29 entrevistas en las ciudades de Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Cartagena, Medellín, Montería, Neiva, Pasto y Popayán. A continuación se presenta una relación del número de entrevistas a actores clave según institución

- IPS-ESE : 8
- EPS: 4
- Universidades: 5
- Escuelas de formación del trabajo: 3
- Universidades: 5
- Secretarías de Salud: 4

### **2.3. RESULTADOS ANÁLISIS TEXTUAL DE DISCURSO**



Teniendo los hallazgos producto de la lectura de las entrevistas, los resultados se clasifican teniendo como base las categorías de abordaje del estudio y las categorías emergentes. Las categorías emergentes encontradas son transversales a los dos sectores, ocupacional y educativo.

### **2.3.1. ENTORNO EDUCATIVO**

#### **2.3.1.1. CALIDAD DE LA FORMACIÓN**

- Políticas de calidad de control de la educación.
- Política frente a los procesos de acreditación
- Política la internacionalización y bilingüismo
- En los procesos de formación de posgrado a nivel de Maestría y Doctorado, tienen como referente las problemáticas actuales del sector salud
- Tienen en cuenta los problemas laborales y ocupacionales del sector salud
- Cómo se ubica la institución con respecto a la competitividad
- Percepción sobre competencias laborales
- Formación tecnológica

#### **2.3.1.2. EMPLEABILIDAD DEL RECURSO HUMANO, PERTINENCIA EN LA FORMACIÓN, REORIENTACIÓN DE PERFILES PROFESIONALES.**

- Tienen comunicación con los prestadores
- Evalúan si el tipo de programas está de acuerdo con la necesidades laborales del sector
- Como impactan las condiciones de necesidades laborales del sector los planes curriculares.
  - Considera se deben eliminar, mantener o crear programas nuevos de pregrado y posgrados y cuáles serían los criterios.

#### **2.3.1.3. PROSPECTIVA**

- Proyección del Sistema de Salud y como afecta la educación  
Han identificado desarrollos en los programas de salud, para lo que se espera en el SGSSS.

### **2.3.2. SECTOR OCUPACIONAL**

#### **2.3.2.1. DEMANDA DE RECURSOS HUMANOS, ÁREAS DE DESEMPEÑO**

- Definición de la planta, cantidad y cargos definidos en relación con el sector educativo
- Los perfiles profesionales están a acordes con las necesidades de desempeño de los mismos.

- Los perfiles profesionales están acordes con los necesidades de salud y del perfil epidemiológico de la Región?
- Existe comunicación con las Instituciones formadoras de talento Humano en relación a la necesidad de formaciones específicas, considera que se deben crear nuevos programas, disminuir o eliminar?
- Cuentan con políticas, de cualificación de servicios del Talento Humano de la Institución

#### 2.3.2.2. POLÍTICAS SALARIALES

- Modalidad de vinculación laboral predominante (empleados de planta, prestación de servicios, otros)
- Estándares para la definición salarial (Formación, Experiencia, Áreas de trabajo, Competencias laborales)
- Existen diferencias salariales entre la vinculación directa, empleados de planta o prestación servicios, cual es el promedio del salario de un profesional con vinculación directa, y otro por prestación.
- Demanda por unidad de empleo

#### 2.3.2.3. PROSPECTIVA

- Proyección del Sistema de Salud y como afecta la educación  
Han identificado desarrollos en los programas de salud, para lo que se espera en el SGSSS.

### 2.3.3. CATEGORÍAS EMERGENTES

#### 2.3.3.1. INCERTIDUMBRE

#### 2.3.3.2. CORRUPCIÓN DEL SISTEMA

#### 2.3.3.3. SOSTENIBILIDAD

#### 2.3.3.4. LEGALIDAD

## ANEXO 6: ENTREVISTAS

### ENTREVISTA No. 1

#### IPS Universitaria de Barranquilla

#### Doctor Mario Alexander Hurtado

**Entrevistador:** Estamos en la IPS universitaria con el Doctor Mario Alexander Hurtado. Doctor, muchas gracias por aceptar esta entrevista. Yo quiero hacerle una serie de preguntas con respecto al talento humano en salud de esta institución, sus áreas de desempeño, políticas salariales y otros aspectos.

**Entrevistador:** las personas que ustedes contratan aquí, hábleme de las características del talento humano en salud que ustedes contratan.

**Entrevistado 1:** Exacto. Mira, nosotros por el modelo que tenemos contratamos el personal mediante empresas aliadas, es el modelo que nosotros venimos trayendo desde Medellín y es con el que hemos trabajado siempre. Tenemos una base de personal, que es personal vinculado, que casi siempre es personal administrativo, y el personal operativo que realiza los procesos misionales está contratado mediante aliados estratégicos, que en este caso prácticamente todos son sindicatos de gremio. Hay unas modificación que hemos venido haciendo y es vinculando unas áreas específicas y que son críticas pues para el éxito de cada uno de los proyectos a la planta de cargos. Por ejemplo, en este momento, para la ciudad de Barranquilla, nosotros estamos en proceso de convocatoria de especialistas en ginecología, en medicina interna y pediatría, porque dentro de contrato que nosotros tenemos, ese es un primer nivel ampliado que nos incluye esas especialidades. Entonces, los estamos vinculando para tener mayor control y garantizar pues como el éxito del proyecto. Sin embargo, el grueso de personal asistencial y de apoyo está contratado mediante aliados estratégicos, no es contratación directa, simplemente se contrata de forma directa al personal administrativo.

**Entrevistador 1:** Bueno, los perfiles profesionales que el sector educativo, ofrece ¿está de acuerdo con la necesidad de los servicios?

**Entrevistado 1:** En cuanto a cantidad hay sobreoferta en el medio de ciertos cargos. Por ejemplo, encontramos que auxiliares de enfermería y jefes de enfermería hay una oferta grandísima en el medio de esos perfiles, principalmente porque hay muchos institutos, hay muchas universidades graduando mucha gente, entonces tenemos ese inconveniente, que se nos sobresaatura el medio. Entonces, se hace una convocatoria para auxiliar de enfermería, y perfectamente llegan 400 hojas de vida; o se hace una convocatoria para jefe de enfermería, para una jefe de enfermería llegan 50 hojas de vida. Entonces, es una sobre oferta que hay en el medio y uno se da cuenta por el personal que sale, por el personal que rota, que es un personal que se va para otras partes, que no se queda como en su ciudad, porque donde le resulte, es una oportunidad. Digámoslo así. Con los médicos se está presentando lo mismo, se está

comenzando a presentar lo mismo a pesar de que, se ve claramente como auxiliares de enfermería y enfermeras, con médicos se está empezando a saturar el medio en la medida en que ya hay otra universidad que está sacando la segunda cohorte en este momento de medicina que es la Simón, entonces se ha ido ampliando la oferta de médicos, y salen 60/120 médicos por universidad cada semestre. Obviamente no, eso no va acorde con la cantidad de profesionales que salen del medio, entonces se va, generando una gran masa de gente que , obviamente, eso afecta la parte salarial, afecta la parte de condiciones laborales ante la cantidad de personas.

**Entrevistador 1:** Si, porque realmente ese es uno de los objetivos de este estudio, decir cuántos somos, cuantos nos graduamos, pero cuantos tenemos la posibilidad de emplearnos, por ejemplo, creo que pasa lo mismo que hay sobreoferta de fisioterapeutas, bacteriólogos.

**Entrevistado 1:** De los paraclínicos, De las especialidades pues que son paraclínicas: psicología, nutrición, trabajo social, bacteriología y fisioterapia; que también son muchas para unos procesos que relativamente requieren poco personal en la medida que se han ido tecnificando. Igual ya, si uno ve en el medio, por ejemplo, los nutricionistas están trabajando en gimnasios.

**Entrevistador 1:** ¿Hay necesidad de especialistas?

**Entrevistado 1:** Especialistas si hay mucha necesidad, es decir, en el sector se tiende a requerir más cantidad de especialistas en la medida en que se va tecnificando la atención. Por ejemplo hay un déficit grandísimo en medicina interna.

**Entrevistador 1:** Lo mismo pasa en todas las ciudades que he visitado, hay déficit de médicos internistas.

**Entrevistado 1:** Un déficit grande en medicina interna. Hay déficit grande en las sub especialidades.

**Entrevistador 1:** ¿Hay déficit en las sub especialidades quirúrgicas?

**Entrevistado 1:** Cirugía general digamos que no, cirugía general si bien es una especialidad que no tiene mucha oferta también por la misma tecnificación, no se ha requerido mucho, pero todo lo que tiene que ver con sub especialidades si se necesita, es decir, las de base, digámoslo así, que están cubiertas, es decir, pediatras, ginecólogos, hay suficientes, pero ya lo que tiene que ver con sub especialidades, que otorrino, neumólogo, reumatólogos, y casi todas las sub especialidades que se derivan de medicina interna son un déficit grande porque hay uno, o dos en el medio.

**Entrevistador 1:** Y bueno, con respecto a los técnicos, que bueno, ya me dices que hay sobre oferta de auxiliares en enfermería, pero ¿les hace falta técnicos? Porque en algunas ciudades aparece que les hace falta técnicos en administración, facturación.

**Entrevistado 1:** Te hablo del caso específico de nosotros ¿Nosotros que encontramos? Que acá en la ciudad de Barranquilla no se había hecho como un proceso previo de cualificación del persona, entonces nosotros encontramos que dentro de esas áreas de apoyo, digámoslo admisiones, facturación, atención al usuario, cuentas medicas, todas esas áreas como de apoyo, el persona no tenía una formación, digámoslo así, de base unificada, es decir, se encontraba desde gente que era bachiller hasta administradores de empresas, economistas, contadores, ingenieros de sistemas, es decir, desde bachilleres hasta profesionales cumpliendo funciones similares dentro de la red. ¿Qué es lo que nosotros hemos tratado de hacer? Empezar como a unificar y a buscar la formación de todos bajo un estándar básico y mismo para todos que es el del técnico en administración que es, digámoslo así, parte del modelo que nosotros traíamos de Medellín, porque por ejemplo para nosotros, desde Medellín, todo el personal de apoyo administrativo, es decir, desde los admisionistas hasta el personal de tesorería, hasta el personal de facturación, el estudio mínimo es el técnico en administración en salud.

**Entrevistador 1:** Bueno. Y ustedes, por ejemplo, ¿Dialogan con los formadores de talento humano? Por ejemplo decir “envíenos hojas de vida” o “necesitamos que nos formen personas con este perfil”.

**Entrevistado 1:** Si, para lo que tiene que ver con formación, si. Para la recepción de personal en este momento no, porque nosotros lo que hicimos fue recibir, digámoslo así, de la red el personal que venía, es decir, nosotros el compromiso que hicimos para comenzar fue: recibimos el personal tal cual viene y garantizamos que el personal se mantenga dentro de la red. Entonces no hemos tenido requerimientos de personal porque, digámoslo así, es un personal que emigro de la empresa anterior a nosotros, pero para lo que tiene que ver con formación si, de hecho pues comenzamos formación de un grupo de caminantes de la salud, que eso son promotores de la salud, ya comenzamos formación con ellos, hay actualmente 90 en formación y se genero un grupo nuevo de otros 30 y ya se solicito para comenzar el año que viene con 100 personas más o menos la formación en auxiliar administrativo en salud.

**Entrevistador 1:** Si. Y estos caminantes de promoción de la salud tienen el enfoque de APS, atención primaria en salud.

**Entrevistado 1:** Atención primaria, correcto. Ellos son los que se encargan de toda la parte de demanda inducida en la población nuestra.

**Entrevistador 1:** Si, como viene ese nuevo reto de la 1438 con la formación del talento humano que tenga que desenvolverse de acuerdo a los lineamientos de APS pues hay un desafío en la formación.

**Entrevistador 2:** No, aquí por ejemplo lo que dicen, aquí hacen muchas mesas sectoriales. Asisten todos los empresarios, asiste el SENA, asisten universidades, en la mesa sectorial se define las nuevas correlaciones.

**Entrevistado 1:** Correcto. Y ese, digámoslo así, es la fortaleza del modelo de Barranquilla, de modelo de atención primaria que empieza con la demanda inducida de los caminantes hacia los pasos, en los pasos se hace toda la atención básica de medicina y enfermería y las especialidades de apoyo, y ya se remite a la parte hospitalaria en los caminos y en los hospitales, digámoslo así, que se busca inducir la demanda y generar estilos de vida saludables desde las casas, con los caminantes. Ahora en el proceso en el que se está es en el de formalizar alianzas con las universidades para que los estudiantes de medicina, los estudiantes de enfermería hagan parte de esos procesos de, digámoslo así, de demanda inducida con los caminantes en las comunidades para, digámoslo así, cualificar esa experiencia en el casa a casa, en el puerta a puerta, es decir, que el estudiante de medicina de 4º semestre, 6º semestre que ya tienen unas competencias básicas, que el estudiante de enfermería, que tiene una parte comunitaria dentro de su formación, que apoyen esos grupo de caminantes y que, digámoslo así, se haga una atención adecuada de acuerdo con las necesidades reales que se tienen en el medio.

**Entrevistador 1:** Bueno, y con respecto con lo que se nos viene con el sistema de salud, los cambios que se suponen deben acercarse, no solo desde la APS, ¿Ustedes ya tienen como un plan de prospectiva, como un plan de contingencia que estén pensando?

**Entrevistado 1:** Igual nosotros tenemos como muchos factores que influyen en eso, es decir, nosotros bien o mal estamos mediados por unos requerimientos específicos que hace el distrito. Al distrito exigimos a nosotros ciertas cosas, nosotros, digámoslo así, tenemos que tener unos procesos de planeación previos que incluyen la adecuación a las normas, a las normas que vienen, a todo el ajuste del sistema, todo lo de la cualificación del personal, todo lo de la unificación de los planes de beneficio, pero igual nosotros, como te digo, tenemos ciertas particularidades aquí en la ciudad que nos llevan a tener que mantenernos dentro de ciertos límites, es decir, nosotros por ejemplo simplemente atendemos régimen subsidiado, a nosotros toda la parte de verificación nos la hace directamente el distrito, las EPS subsidiadas y el ministerio. Entonces, digámoslo así, nosotros estamos como mediados por ese tipo de atención que tenemos, que es un tipo de atención como que un poquito diferente, un poquito *sui generis* a lo que manejan en una entidad común y corriente.

**Entrevistador 1:** Bueno, y háblame de cuáles son las políticas de cualificación que tienen para el talento humano.

**Entrevistado 1:** Mira, nosotros en este momento estamos enfocados a dos cosas. Primero, a la certificación de las competencias porque si bien nosotros recibimos el personal completo, ahora estamos levantando la información de que hay personal de nosotros que se graduó hace 20 años, hace 25 años, que está en proceso ya casi que de jubilación pero de todas maneras tenemos que garantizar que nos cumpla con ciertos estándares y con ciertos requisitos, es decir, es una red que, donde el personal venía con mucho tiempo de trabajo y, digámoslo así, necesitamos hacer como la actualización de ese personal y unificar las estrategias de formación en el personal, es

decir, que todos manejen los mismos perfiles, eso externo. E interno, estamos en un proceso de socialización de todo lo que tiene que ver con las guías y los protocolos internos de la institución que eso ya, digámoslo así, si es un proceso como mas específico de la institución que depende de cómo se hace la difusión de todos esos protocolos, esas guías que se han levantado con base pues en la morbilidad, en la mortalidad y mediante el área de calidad, con los sindicatos de gremio, se hace como un trabajo mancomunado para socializar lo que corresponde directamente al persona acá, personal asistencial. Y en personal administrativo si se manejan como unos procesos básicos y unificados que es como lo que se maneja para todos.

**Entrevistador 1:** Listo doctor, ya por último entonces preguntarle un poquito sobre políticas salariales ¿Cuáles son como los criterios que ustedes tienen para la asignación salarial, hay diferencias entre los que están contratados de una manera, contratados de otra?

**Entrevistado 1:** Mira, la forma de remuneración es diferente, es decir, si bien se puede hacer un paralelo entre la remuneración que se tiene mediante un contrato sindical, con la remuneración que se tiene mediante un contrato de vinculación, un contrato laboral con nosotros, la forma de remuneración es diferente. Hay una realidad, y es que para la ciudad de Barranquilla, por múltiples razones y por múltiples factores, las escalas salariales son menores a las que se tienen en muchas partes del país, es decir, y no es simplemente algo que tenga que ver con la IPS universitaria sino que es algo que está en el medio, es decir, podemos establecer que más o menos un salario en Barranquilla, sea por el tipo de remuneración que sea, sea por prestación de servicios, sea mediante un convenio cooperativo, sea mediante un contrato sindical, es aproximadamente el 70% de lo que está en otras ciudades del país como Medellín, Bogotá, Cali. ¿Por qué? Por la falta de, digámoslo así, de fortaleza de los gremios, porque a pesar de que se tienen muchas entidades que son formadoras, digámoslo así, no están a la vanguardia de lo que tiene que ver con la parte de formación. Entonces, si se ha presentado eso, que la diferenciación salarial es clara, como te digo, esta alrededor del 70% frente a otras ciudades, y eso se evidencia en que si tu , por ejemplo vas a Bogotá, vas a Medellín, vas a Cali, encuentras muchos profesionales y mucho personal que es de la ciudad de Barranquilla, que es de la Costa. Es inmigrante. Y no solamente para la parte laboral, sino para la parte de formación, es decir, gran parte de los estudiantes de universidades del interior son estudiantes de la Costa, no solamente Barranquilla, sino Barranquilla, Valledupar, Montería, etc.

## **ENTREVISTA No. 2**

### **Escuela para la formación el trabajo, INCACTEC, Barranquilla (Inicio incompleto)**

**Entrevistador:** Barranquilla Diciembre 11, nos encontramos en el Incatec, instituto técnico de administración en salud. Mi nombre es Rocío Robledo, yo trabajo en el instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. La Universidad Nacional mediante convenio con el SENA está desarrollando la caracterización del talento humano en salud, para lo cual se han hecho entrevistas a

las universidades, a los empleadores y a las escuelas de formación. Yo le voy a hacer como unas preguntas que tienen que ver con 3 tipos de información. Una con la calidad de la formación, otra con la empleabilidad del recurso humano y una que tiene que ver con la prospectiva. Entonces, la pregunta es ¿Que política tienen ustedes para calidad de control de sus programas?

**Entrevistado 1:** De los programas que ofertamos. Bueno, en este momento ya llevamos cierto tiempo trabajando con las normas técnicas colombianas para precisamente aspirar a certificarnos en calidad. Eso en general para la institución, la NTC 5555, pues todas las actividades han girado en torno a organizar esa parte para que nuestros programas, pues, de algún modo lleven esa certificación de calidad, específicamente, como la mayoría de nuestros programas son de salud entonces hay una norma específica que es la 5663 que aplica para solamente programas de salud, y la 5581 para los programas como por ejemplo cosmetología y estética integral. Entonces, toda esa normatividad, la escuela, la institución la ha tomado pues teniendo en cuenta, digamos, la exigencia del sector productivo y queremos pues formar, en nuestros programas, un recurso humano que realmente se desempeñe adecuadamente en el mercado. Esto ha ayudado a que cada dependencia se haya organizado por proceso, por así decirlo, empezando por la parte de dirección general, la dirección estratégica, entonces ya aquí se ha venido construyendo una política de calidad, se ha hablado ya de unos objetivos de calidad, se ha organizado todas las gestiones por proceso y específicamente nuestro proceso misional, que es la parte académica y de gestión para la comunidad, pues también hemos tratado de que nuestros programas estén actualizados de acuerdo a lo que establecen las entidades sectoriales, los requisitos legales, todo eso. Entonces ese ha sido como que el inicio del trabajo que ha tenido esta escuela. Recientemente tuvimos una auditoría, esa auditoría tuvo lugar el 6 de diciembre, perdón, una pre auditoría porque ya queríamos ver como estábamos para saber si nos podíamos postular a la auditoría de otorgamiento, y pues ese balance general nos deja, inclusive la auditora cuando leyó el informe nos decía “ustedes aparentan un bajo perfil, y allá afuera de pronto nos meten un escenario incluso desde la infraestructura pequeño, como poco imponente, pero adentro lo que ustedes tienen organizado, ellos que tienen experiencia en otras escuelas y en otras empresas, nos dijeron que estaban muy bien organizados con respecto a la parte de los procesos, la documentación.”

**Entrevistado 1:** Nosotros aquí manejamos certificación de calidad de instituciones de formación para el trabajo, que como le dije, son esas tres normas, entonces eso nos dejó, como quien dice, un buen balance porque se señalaron esas fortalezas y por supuesto también se señalaron algunas situaciones de mejorar que ya pues la dirección estratégica las socializará un momento dado para hacer las acciones correctivas y nos dirá cuando nos vamos a presentar para el otorgamiento.

**Entrevistador:** Bueno, ¿Ustedes tienen comunicación con los prestadores o con el sector para saber la posibilidad de la empleabilidad del talento humano que ustedes forman? Pues tengo entendido hay una sobreoferta de auxiliares de enfermería, de enfermeras, ¿Ustedes tienen en cuenta esto?



**Entrevistado 1:** Bien. Nosotros precisamente estamos trabajando en la parte de elaboración, perdón, re diseño particular, es decir, programas que ya tenemos, que ya nos aprobaron hace un tiempo, los estamos tratando de alimentar nuevamente con ya toda la información que hemos recogido para actualizarlo en cuanto al diseño y para ello hemos tenido en cuenta los estudios de mercado, que ya se encarga la parte de mercadeo de hacerlo. Ese estudio de mercadeo involucra de pronto las perspectivas que hay de empleabilidad acá en Barranquilla específicamente. Nosotros tenemos una población de estudiantes que ingresa, que es de aquí de Barranquilla, pero hay una gran población también que viene de los municipio del Atlántico, generalmente estudian por las noches, entonces, ese estudio lo tenemos en cuenta precisamente porque nos hemos dado cuenta que Barranquilla es una ciudad que está en crecimiento y, de hecho así como se está construyendo las urbanizaciones de la parte de vivienda y la parte comercial, también, no es muy grande, pero si también hay nuevas IPS o proyectos de IPS que empiezan a presentar sus proyectos de habilitación y pues eso nos motiva a que, aunque si hay una sobre oferta, por así decirlo, en las escuelas, pensamos que el perfil de auxiliar que nosotros ofertamos, en este momento no tengo aquí, como quien dice, el estudio de egresados que maneja el tema de la comunidad pero dentro de, casi siempre vamos a llamar al egresado para ubicar laboralmente en las solicitudes que nos llega, la gran mayoría de nuestros egresados se logra ubicar en el sector productivo y eso deja algo que pues ya, como evidencia ahorita mismo, no se los puedo mostrar, pero gestión a la comunidad tiene en su plan de egresados precisamente la óptica de estar siempre ubicando en donde están nuestros egresados. Nosotros, particularmente donde llevamos a nuestros practicantes, nos llevamos la gran dicha pues de encontrarnos con ya egresados, ya con auxiliares formados y ellos son precisamente los que en un momento dado nos abren puertas y nos dicen “ay, qué bueno que traigan practicantes acá” Entonces siempre logramos encontrar egresados de nosotros en las diferentes IPS donde llevamos a hacer prácticas. Como todos, si de pronto llega una que otra ocasión de un egresado que no ha conseguido empleo, entonces nosotros tenemos con bienestar institucional un banco de hojas de vida porque a nosotros directamente también nos piden el egresado.

**Entrevistador:** O sea que ustedes tienen comunicación con los prestadores.

**Entrevistado 1:** Si, si. Por ejemplo, la Clínica General del Norte es una de las instituciones que en muchas ocasiones, ya en vez de hacer el anuncio general, nos llama y nos dice “regálenos datos de egresados que tengan este perfil”, entonces nosotros los contactamos, es una labor diaria porque a veces se nos pierde la comunicación en el sentido de que se cambian mucho de teléfono, cosas así, pero tenemos Facebook, tenemos el correo electrónico. El Facebook se ha convertido en una red social importante para acceder a los datos de nuestros egresados también y pues prácticamente mantenemos comunicación mediante el convenio, porque el convenio que tenemos de práctica, al mismo tiempo, nos involucra toda esa posibilidad de empleo de los egresados porque prácticamente es pues con las IPS universitarias que tienen la administración de la república de hospitales. Entonces en estos lugares encontramos muchos egresados ubicados, y pues ya al momento de tener

precisamente el vínculo de docencia servicio, de práctica, pues también nos sirve para ubicar a nuestros egresados. A mí por ejemplo me queda muy fácil a veces cuando estoy manejando lo de la practica y me toca ir a supervisar, ahí mismo encuentro un egresado, y si tengo un ratico que no los veo, venga actualíceme los datos y entonces traemos las encuestas del sector productivo y es fácil encontrar esos daticos.

**Entrevistador:** ¿Ustedes evalúan si el tipo de programas está de acuerdo con las necesidades laborales del sector? Por ejemplo se ha manifestado que hace falta de formación de técnicos en administración en facturación ¿Ustedes tienen en cuenta como esas necesidades del sector en otras para formar su talento humano?

**Entrevistado 1:** Si, en el caso de enfermería, como usted dice, de pronto hay una sobreoferta de las escuelas, pero hay otros programas como por ejemplo en la parte de perfil auxiliar administrativo en salud que bien, eso que me acaba de decir, me hace recordar cuando nosotros ubicamos a los estudiantes de auxiliar administrativo de salud en prácticas precisamente nos señalan la misma situación, a veces es tanta la demanda de este perfil en las diferentes áreas administrativas de las IPS que a veces les tenemos que decir “no, es que ya solo tengo este, y este y este” De hecho nosotros estábamos ofertando, en el horario de la mañana, ese perfil y esa necesidad precisamente nos hizo pensar en la jornada de los sábados también porque hay también una gran parte del personal que ya está trabajando en el área administrativa de facturación de los servicios de salud pero necesita ser formada porque no se han formado, entonces son las mismas empresas las que nos han mandado, o las que nos han llamado “necesito que me formen tanto personal en auxiliar administrativo en salud” Tenemos un diplomado que es de auditoría de cuentas medicas porque también el que ya está formado, o el que ya está en cierta área necesita ese conocimiento en especial. Entonces, ese programa por ejemplo nos está, en este momento, proyectando una visión mucho más amplia para la parte de mercadeo seguir, digamos, ofertándolo a los sectores que lo requieren.

**Entrevistador:** ¿Usted considera que se deben eliminar o disminuir algunos programas, mantener otros, crear nuevos programas?

**Entrevistado 1:** Bueno, ahorita no es de mi conocimiento porque de pronto yo manejo el área específica académica de mi enfermería, mi profesión también es enfermera y de pronto por gestiones hay decisiones que de pronto no manejo, pero la escuela en este momento está decidida a mantener los programas que tenemos, fortaleciéndolos más bien, porque por ejemplo enfermería y salud oral han tenido muy buena acogida, servicios farmacéuticos también tuvo, digamos, en un momento dado la necesidad de retomar muchos elementos de la parte de las nuevas competencias que, la actualización de competencias, eso se tuvo en cuenta en el plan de estudios, o sea, los programas que tenemos en este momento continúan, se mantienen con las posibilidades de mejora que siempre se tengan; tengo entendido que hay una posibilidad de ofertar o fortalecer un poquito los programas de la parte comercial, por ejemplo la parte de asistente administrativo y , vuelvo y le digo, de pronto la parte de mercadeo. Son programas que en alguna ocasión se tuvieron proyectados y de pronto

no se les dio como que la solidez y mantuvimos siempre programas de salud, pero sí creo que la parte de dirección general tiene en cuenta, ahorita mismo fortalece, hacer oferta de otros programas que no son salud sino que ya atienden a otras necesidades del sector.

**Entrevistador:** Bueno, y ya para finalizar, ¿Tienen una proyección a futuro teniendo en cuenta los cambios del sistema de salud y el hecho de que esto les afecta a ustedes como escuela de formación de talento humano en salud?

**Entrevistado 1:** Bien, de acuerdo con lo que se tiene proyectado en la visión, pues nosotros somos una institución que deseamos ofertar programas con calidad, para eso estamos trabajando, casi que el día a día de acá es mantener todo de acuerdo a la normatividad legal y a los requisitos de norma. De acuerdo a lo que está sucediendo en el sector salud, es motivo de análisis, pero como la incertidumbre es, digamos, un poco, ni siquiera las mismas instituciones de salud lo tienen claro, entonces no sabríamos de pronto en este momento, por lo menos en mi nivel, no sabría, no sé, de pronto mi jefe como le pudiera orientar el tema, pero de acuerdo a lo que hemos compartido siempre en reuniones de comité, la proyección es tomar esa posibilidad de incertidumbre y adaptarla a los programas para que el estudiante se adapte, que el estudiante que va a ser futuro egresado pueda ser capaz de adaptarse también a ese cambio, a esa situación cambiante. Eso lo concebimos en la práctica, en la práctica es donde el estudiante, nosotros lo enfrentamos a esa situación precisamente cambiante, y es ahí donde él se da cuenta que lo que se plantea como un ideal en la cátedra, cuando uno lo enfrenta en la práctica se ve involucrado todo ese sistema de valores, de principios, de la ética y tratamos pues siempre tratar de contrastar eso y de plantear en nuestras metodologías de trabajo casos que los pongan a ellos a analizar esa situación y que puedan resolver en un momento dado el caso que se plantea, el problema que se plantee, para que ellos en el sector productivo, o en la práctica primero, luego cuando ya sean trabajadores en el sector productivo, tengan por lo menos la destreza de adaptarse a esas situaciones cambiantes.

**Entrevistador:** Bueno, y ¿Como plantean ustedes esos programas, la parte de humanización en la atención?

**Entrevistado 1:** Bien. Nosotros tenemos un modelo de ética que se da en el primer semestre de la carrera. Dentro del diseño curricular está ubicado en el primer semestre de la carrera como una fundamentación para la toma de decisiones de lo que ellos, del proyecto de vida que ellos empiezan a desarrollar. Pero dentro de cada unidad, de cada modulo que tienen en la carrera, siempre hay contenidos que apuntan hacia la parte ética, y en la práctica, también es de pronto la metodología que le decía de casos que se le plantean para que ellos puedan discernir entre la toma de decisiones. De pronto lo del perfil técnico, no tiene un nivel de toma de decisiones porque más bien son personal operativo, pero ellos si trabajan con el equipo de salud y por supuesto que la fundamentación ética se hace importante, entonces, a la pregunta que me hizo pues realmente tenemos fundamentado, en el diseño curricular, componentes éticos dentro de cada modulo, por ejemplo, administración de medicamentos tiene su

fundamentación éticas, cuidado y recuperación tienen su fundamentación médica, o sea son unidades que hacen parte del contenido. Hemos tratado de ser cuidadosos de que, a pesar de que se dañe en primer semestre la carrera, de manera, digamos transversal, se pueda vivenciar tanto en la teoría como en la práctica parte de esa fundamentación ética. No dejamos de lado, que porque ya vio ética en primero ya no la ve más, al contrario, se hace mucho más importante en cada semestre sobre todo cuando llegan los semestres 3 y 4 que ya es donde ellos salen de estas, por así decirlo, de estas cuatro paredes y empiezan a ver cosas y llegan esos casos, que de pronto lo que hace falta es un poquito que sistematizar, o tomar esas experiencias y hacer proyectos de investigación quizás porque los estudiantes traen muchas cosas, ven muchas cosas, por ejemplo un detalle como de que a uno le enseñan que hay que hacer limpieza de un área antes de hacer función, y ellos ven que el personal auxiliar que ya está recargado de trabajo allá no lo hace, entonces ellos empiezan a cuestionarse “¿Pero será que eso que hace ella está bien, si ella es la empleada, o será que lo que a mí me enseñaron está bien?” Esos dilemas son los que los profesores cogen en su momento y empiezan de pronto a formar, para que los estudiantes se vayan con el conocimiento de que realmente es de acuerdo a como establecen los protocolos y las normas éticas en la institución.

**Entrevistador:** Muchas gracias.

### **ENTREVISTA No. 3**

#### **Hospital Niño Jesús ESE, Barranquilla.**

**Entrevistador 1:** Con respecto a la demanda de recursos humanos y áreas de desempeño ¿Cual es el talento humano que ustedes más necesitan en el sector, que oferta hay, que sobre oferta hay?

**Entrevistado:** Bueno lo que más necesitamos en el sector son médicos, generales y especialistas, en el caso de este hospital toda la línea orientada a parte materno infantil, auxiliares de enfermería, enfermeras; y en la parte administrativa todo lo orientado a técnicos en administración en salud que es como lo que más va orientado a la parte de salud y a otras áreas netamente administrativas como administrador de empresas; también nosotros necesitamos aquí psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas.

**Entrevistador 1:** ¿Cuando ustedes hacen una oferta de trabajo les llegan muchas hojas de vida?

**Entrevistado:** En este momento nuestra planta está congelada entonces las ofertas las hace, a nivel de planta son muy poquitas, no hay oferta de trabajo. Nosotros tenemos contratos, suministro de personal y realmente quien hace las ofertas son las empresas con las que nosotros tenemos contrato. Ya la ESE como tal, ofertas de trabajo no está haciendo.

**Entrevistador 1:** O sea ¿Como es la modalidad de contratación?

**Entrevistado:** La modalidad de contratación, este momento, es a través de una empresa de servicios temporales.

**Entrevistador 1:** Y más o menos cuanto es la proporción entre los funcionarios de planta y los funcionarios pues que son por ese tipo de contratación.

**Entrevistado:** En planta, alrededor, la proporción puede ser un 40% y el resto, 60% está a través de vinculación indirecta.

**Entrevistador 1:** Y cuando ustedes necesitan, por ejemplo, una bacterióloga, ¿Ella se encargan de traerla aquí o ustedes reciben varias hojas de vida y la contactan?

**Entrevistado:** No, eso es directamente a la empresa con quien nosotros tenemos contrato. Nosotros lo que hacemos posteriormente es verificar la idoneidad del personal que nos están suministrando.

**Entrevistador 1:** ¿Como verifican eso?

**Entrevistado:** Con la hoja de vida y los requisitos de habilitación, del sistema único de habilitación.

**Entrevistador 1:** Ya. Cuando, aquí me dicen que esta institución se caracteriza porque es un modelo de humanización ¿Me podría hablar un poco de la experiencia?

**Entrevistado:** Bueno, nosotros, el hospital cuenta con una comunidad religiosa que son la comunidad de Hermanas de Santa Ana y a través del programa de capacitación que hacemos anualmente estamos reforzando todo el tema de humanización en salud y comúnmente lo hacemos con la comunidad de Santa Ana, ellas son las que nos apoyan a realizar las actividades de humanización.

**Entrevistador 2:** Tú sabes que el SENA no cuenta con un programa especial de humanización en la prestación de servicios a la salud.

**Entrevistado:** Si, yo lo sé pero realmente la respuesta con el SENA no ha sido realmente, digamos, 100% a la solicitud que nosotros hemos solicitado, hemos realizado al SENA.

**Entrevistador 1:** ¿Cuales son los lineamientos o criterios de este proceso de humanización que ustedes manejan? O sea, ¿Como humanizan para la atención, que enseñan?

**Entrevistado:** Bueno, realmente son talleres, talleres vivenciales. Por lo general los hacemos fuera de la empresa, hacemos actividades por fuera, en sitios de retiro que contratamos a través de la CURIA y los costos son muy bajos, y ya el desarrollo de los

temas los hace directamente, lo desarrollamos nosotros acá, a través, con las hermanas, ellas organizan los talleres y nosotros le brindamos esas vivencias a los trabajadores, tanto directos como indirectos porque en últimas, lo que nosotros nos interesa es que el paciente este bien atendido, que se le trate con amabilidad, valores agregados, que tenga valores agregados en la atención, no solamente es la parte medica como tal sino es ese ser humano que esta ahí al cual nosotros tenemos ....

**Entrevistador 2:** Me preocupa algo que dijiste y es que ahora mismo en salud tenemos todas las ofertas para satisfacción de todas las empresas y se está cumpliendo con toda la programación que llega, me preocupa el hecho de que comentas que no te habían dado respuesta, pero de todas maneras te hago la oferta, porque hay necesidad que tengan en formación eso.

**Entrevistado:** Nosotros ahorita, hace como 2 meses, 3 meses hicimos una solicitud al SENA de un curso de reanimación cardiopulmonar para auxiliares y de aseo hospitalario pero inicialmente me mandaron un correo donde la persona que yo le mande la solicitud, se lo remití a otra persona y le decía que se pusiera al tanto del asunto, y de ahí no recibí mas respuesta. Entonces lo que si me gustaría conocer, cuales son las directrices porque bueno, digamos, nos trasladamos varias veces al SENA en determinado momento pero no conseguimos como la respuesta.

**Entrevistador 2:** Ahora tienes es que dejar las puertas abiertas, y con seguridad se te van a cumplir. Esta es una cosa que estamos viendo, todas esas necesidades y nos ayuda tu comentario a cada día ser mejores, es lo que queremos nosotros, entonces ten la seguridad que hagas tu solicitud y se te responderá.

**Entrevistado:** Si me gustaría conocer a quien se le dirige la solicitud y todo eso. A Cecilia, a ella se la mande directamente, incluso se le paso por escrito y vía correo, y de ahí pasó a otra persona, ella me contesto vía correo y se la envió a otra persona. Pero bueno, realmente nosotros, aquí precisamente tengo el resultado de la actividad, como tenemos convenio docencia/servicio con las universidades, nosotros aprovechamos pues también esas oportunidades de capacitación en contraprestación con los convenios docencia/servicio que tenemos con la universidad Metropolitana, la Universidad del Norte, con la San Martin y a través de eso también cruzamos cuentas y nos brinda procesos de capacitación.

**Entrevistador 1:** O sea que ustedes dialogan con las instituciones formadoras del talento en salud.

**Entrevistado:** Claro, porque es que nosotros recibimos aquí estudiantes todo el tiempo de medicina, de enfermería, de bacteriología, de fisioterapia, entonces a través de esos convenios nosotros tenemos pues, las personas que están encargadas en las universidades, como aquí en la institución, del desarrollo de los convenios y a través de eso pues hacemos también, ellos nos hacen una oferta de programas de capacitación, o las necesidades que yo tenga más que todo pues se le da a conocer a las universidades y ellos nos montan ya sea los talleres, los seminarios, lo que se necesite

en la institución realmente ellos nos lo monta y ya cruzamos cuentas, lo que pasa es que para nosotros es importante, por ejemplo, que el SENA nos apoye, porque si bien es cierto, en el SENA también es una contraprestación que nosotros hacemos, ya esos aportes se hacen de manera obligatoria y nosotros, por ejemplo, los convenios docencia/servicio nos ha servido para nutrir el hospital en herramientas de trabajo, en contraprestación, como son los computadores, sistemas, tecnologías, entonces en contraprestación las universidades también nos mandan tecnología que nos ayuda a que el hospital sea cada día mejor en su trabajo; por lo menos la Universidad del Norte, a través de los convenios de docencia/servicio nos ha dotado toda la empresa de computadores, entonces actualizar los computadores, a que cada día pues la tecnología sea un poco mas de punta.

**Entrevistador 1:** Bueno, y ¿Tienen políticas de cualificación del talento humano, de servicio del talento humano?

**Entrevistado:** Pues lo que pasa es que nosotros, como entidad del Estado, estamos regidos, en el caso del talento humano, por la 909, que es la ley de carrera administrativa y del empleo público y de sus decretos reglamentarios, entonces la ley misma nos proporciona perfiles, requisitos, competencias, ya por ley están establecidas cuales son las competencias comportamentales, cuales son las competencias de empleado público, cuales son las competencias por nivel jerárquico, entonces ya eso está dado por ley y lo que hace uno es socializarlo y hacerlo cumplir con los empleados, en el caso de nuestros empleados directos. Y con respecto a los empleados indirectos, esta inicialmente, pues exigen los requisitos de habilitación que tiene que ver la idoneidad del profesional, los certificados de estudio, los cursos que siguen sistema de habilitación, la verificación de títulos. Ya toda esa parte del perfil, si nosotros necesitamos 10 médicos en urgencias, esos 10 médicos deben tener este y este y estos requisitos.

**Entrevistador 1:** ¿Existen diferencias salariales entre las personas que están vinculadas de planta y las que están a través de la institución?

**Entrevistado:** Lo que pasa es que nosotros contratamos procesos, no contratamos personas. Entonces ya la remuneración como tal lo define el contratante, la empresa a la cual está vinculado ¿me hago entender? Nosotros, por ejemplo, en un proceso de medicina general nos cuesta determinado monto, ya el valor a pagar es un pacto entre el trabajador y su empresa que lo contrata. La empresa de servicios temporales.

**Entrevistador 1:** ¿Y cuántos médicos generales hay, cuantos especialistas?

**Entrevistado:** Médicos generales tenemos alrededor de 20 médicos, pues nuestros médicos generales por lo general están en urgencias. En los servicios ya de lo que es pediatría, hospitalización, cirugía, es netamente médicos especialistas, médicos especialistas alrededor de 42 médicos especialistas.

**Entrevistador 1:** ¿De qué área?

**Entrevistado:** Pediatría, ginecología, cirugía general, cirugía pediátrica, ortopedia, dermatología.

**Entrevistador 1:** ¿Cual es la que menos, la que no le responde a la población que llega? Ejemplo, hay instituciones que nos dicen que estamos escasos de endocrinólogos, o de médicos internistas.

**Entrevistado:** La verdad es que medicina interna siempre la oportunidad es un poquito más lejitos porque realmente no se encuentra como en el mercado muchos internistas, el motivo es que bueno, eso es como hablar de rato, hablar de rato y está marcado mucho en el sistema de salud que tenemos y la contratación que las EPS subsidiados nos hace a los hospitales públicos, porque puedo hablar de hospitales públicos, no de entidades privadas porque no es mi terreno, pero las tarifas con las que nos contratan las EPS subsidiadas a los hospitales son tarifas muy bajitas. Y si uno se va a Antioquia, donde es un modelo de atención diferente y donde tienen EPS realmente muy seleccionadas, porque en el Atlántico las EPS subsidiadas que nosotros, a las cuales estamos obligadas a contratar, o que ellos nos contraten a nosotros más bien, el trecho es muy amplio, es muy grande. De repente un internista de de Antioquia se gana alrededor de 15/20 millones de pesos en exclusividad en un hospital, aquí la diferencia es muy grande. ¿Y eso que contribuye? Que haya desniveles en que la gente busque opciones de trabajo en lugares donde se les pase mejor, entonces la demanda en caso de internistas está muy marcado en eso.

**Entrevistador 2:** ¿Y lo que hay en exceso, que tú sientes que en el mercado hay muchos técnicos en determinados programas, o en determinadas profesiones, o especialistas que sientes tu que haya mucho en el mercado?

**Entrevistado:** No, realmente como nuestra oferta más grane es la parte materno infantil, yo creo que en este momento, lo que es el Atlántico, más que demandas demasiadas, la gente se está yendo. Nosotros que apenas tenemos residentes de pediatría y de ginecología, y cuando de repente el hospital quiere, cuando ellos terminan de hacer una contratación con ellos, ya se van, se van porque se van en busca de mejores ingresos. El desnivel en el atlántico es muy marcado. Es muy marcado, e incluso nosotros somos el único hospital en el departamento que podemos decir que tiene un recurso humano al día en cuanto a pagos. Directamente a la planta de personal nosotros tenemos mucho sano en que el hospital Niño Jesús no le debe un peso a sus recursos humanos, ni en prestaciones ni en salario, igual al recurso humano indirecto, se mantiene al día con todas sus prestaciones, sus pagos. Mas sin embargo nos es difícil conseguir médicos generales en el mercado porque la gente se va, se va porque uno no puede, digamos, contratar a un medico por determinado valor cuando la EPS paga la consulta de medicina general a 3 pesos, y no lo puede contratar a 3 pesos porque entonces los demás gastos indirectos y la rentabilidad para la empresa es muy ... realmente nuestros profesionales de la salud en el Atlántico están bastante golpeados salarialmente y es el motivo por el cual la gente se va para otras entidades. Nosotros tuvimos un medico general que fue medico. ¿Qué encuentra uno en el mercado para contratar? Recién egresados. Y apenas adquieren 5 o 6 meses de



experiencia, se van en busca de otras oportunidades. La rotación de médicos generales nuestra es muy alta.

**Entrevistador 1:** Además porque quieren especializarse.

**Entrevistado:** Mas que todo por remuneración.

**Entrevistador 1:** Cuando aquí, tienen los médicos generales ¿Dónde se especializan? O sea, aquí las universidades tienen su propio hospital universitario.

**Entrevistado:** No. Las especialidades, pues en el caso puntual de nosotros... A bueno, la universidad del Norte tiene su propio hospital, pero ya la San Martín no tiene hospital propio, la Metropolitana si tiene su hospital propio.

**Entrevistador 1:** Y con la oportunidad de que sus médicos se especialicen.

**Entrevistado:** Si, pero cada año escogen, para cada especialidad, creo que 4 o 3 estudiantes.

**Entrevistador 1:** Y una vez son especialistas, me imagino que se van también, a trabajar a otra parte donde le paguen mejor.

**Entrevistador 2:** La región Atlántico, del estudio que ya estaba dicho pero ahora si lo hemos plasmado, es que hay una diferencia salarial entre regiones.

**Entrevistado:** Si, demasiado, muy marcado.

**Entrevistador 1:** ¿Por qué se da eso?

**Entrevistado:** No, eso tiene que ver con las EPS. Las EPS subsidiadas, lo que nos quieren contratar es a tal tarifa. Eso va en las tarifas que nos contratan los servicios. Como le decía, de repente si a mí me pagan la consulta de medicina general a 2 pesos, yo no le puedo ofrecer al médico general 2 pesos, o sea, tengo que un poquito menos porque y todos los gastos indirectos, y de operación y de todo.

**Entrevistador 1:** Doctora, muchas gracias.

**ENTREVISTA No. 4**  
**Secretaría de Salud Pública Departamental.**

**Entrevistador:** Doctora, este es un proyecto, un convenio que hay entre la Universidad Nacional de Colombia y el SENA, para caracterizar el talento humano en salud. ¿Cuáles son los perfiles de contratación más preponderantes aquí en la secretaria?

**Entrevistado 1:** Pero desde el punto de vista técnico. Aquí los perfiles de contratación, con relación a medio ambiente, son técnicos de saneamiento ambiental, se maneja mucho esa parte del perfil; también técnicos en salud pública estamos manejando acá, de hecho los técnicos de saneamiento ambiental es un grupo numeroso, aproximadamente entre técnicos y educadores en salud hay 90 personas en esta subsecretaría de salud pública como salud pública, tenemos en esta parte de ambiente, todo lo que es la parte de ambiente, zoonosis, la parte de vivienda saludable, todos esos educadores en salud son técnicos aquí en la parte de saneamiento base, todo lo que tiene que ver con la parte de saneamiento base. Para el grupo de el proyecto de salud infantil, nosotros trabajamos con técnicos en salud pública o auxiliares de enfermería que estén capacitados en la estrategia del PAI, para el caso específico del PAI y que además tengan la competencia laboral en la administración de medicamentos, administración de inmunobiológicos, para el caso del PAI. Para hacer la contratación pedimos la certificación que da el SENA, eso es un trabajo que nosotros venimos realizando dirigido con directrices del Ministerio de Salud y ya, de hecho en el departamento, incluyendo el Instituto de Barranquilla y el departamento, tenemos aproximadamente 250 vacunadores certificados en la competencia laboral de administración de inmunobiológicos. Entonces, eso son de pronto los perfiles que más se manejan aquí, todo lo que tenga que ver con la parte de salud pública porque igual para los programas de tuberculosis y lepra también contratamos técnicos en salud pública, y como ellos hacen su énfasis en la experiencia que tienen en el manejo del programa. Además de toda la parte administrativa donde están todos los que manejan el sistema de información, todo lo que tiene que ver con la parte del manejo de informática, son técnicos, hay digitadores, hay compañeros que hacen la parte de análisis y programación de sistemas, que todo ese grupo lo manejan; y desde la parte de medicamentos también, entonces manejamos aquí un promedio, le estoy hablando solo de salud pública, como salud pública, aproximadamente como de 250 personas contratadas.

**Entrevistador:** Problemas de técnicos y también se manejan profesionales.

**Entrevistado 1:** O sea, hablando de la parte por eso le dije de la parte técnica. Con relación a los otros profesionales, hay profesionales de todas las áreas de la salud, hay profesionales en enfermería, tenemos médicos, tenemos especialistas, tenemos trabajadores sociales, tenemos fisioterapeutas, tenemos psicólogos, tenemos odontólogos, bacteriólogos, o sea, del área de la salud, de todas las áreas de la salud e el área profesional, incluyendo las personas con especialización, todo lo que tiene que ver con salud pública, la parte de vigilancia epidemiológica con mucho énfasis en esa parte. Y epidemiológica, todo lo que tiene que ver con vigilancia.

**Entrevistador:** ¿Y usted considera que los perfiles profesionales que forman el talento humano en salud están acorde con las necesidades del sector? Hay sobre oferta, hay déficit.

**Entrevistado 1:** Pues tanto como que haya sobre oferta, pues eso es como relativo, pero realmente aquí se dedican bastantes profesionales del área de la salud, en todos los campos.

**Entrevistador:** Cuando hay una vacante para enfermera jefe ¿Qué tanta oferta llega, hojas de vida, para tertulias de enfermería?

**Entrevistado 1:** Bueno, las auxiliares de enfermería es que hay sobre oferta con relación a las auxiliares de enfermería, y con relación a enfermeras también. De hecho nuestra jefe, la sub secretaria de salud pública es enfermera y ella está trabajando mucho la parte de que cada proyecto, ella le gustaría que fuera liderado por enfermeras, por todo el compromiso, por todo el proceso de enfermería, de pronto esa parte del manejo administrativo y que nosotros manejamos todos los frentes entonces, estamos trabajando mucho pro eso y aspira que para este año, el 2013, pueda tener dentro de los proyectos más libres en el área de enfermería

**Entrevistador:** ¿Y ustedes dialogan con los formadores de talento? Por ejemplo, si ustedes necesitan, tienen una vacante y necesitan una persona, ¿Le piden a las universidades que le envíen hojas de vida o como hacen la convocatoria?

**Entrevistado 1:** Bueno, la convocatoria aquí es directa porque, o sea, a nosotros, estoy hablando de nosotros en los proyectos, nos dejan las hojas de vida directamente, esas hojas de vida son recepcionadas a través de secretario de salud o directamente en la oficina de la gobernación, porque como la demanda es tanto, entonces si necesito una enfermera, por ejemplo, con este perfil y directamente ahí mismo direccionan las hojas de vida.

**Entrevistador:** ¿Cual es la modalidad de vinculación a la secretaria?

**Entrevistado 1:** A través de prestación de servicio. Contrato de prestación de servicio, pero la secretaria tiene unos profesionales de planta dentro de la secretaria como tal,.

**Entrevistador:** ¿La diferencia salarial entre ese de planta y ese prestador de servicio es mucha, poca o baja?

**Entrevistado 1:** Es poca. Porque por ejemplo, aquí un profesional universitario se gana 3'200.000 de planta, y los profesionales universitarios contratados, bueno la diferencia es por el salario integral, pero los profesionales universitarios este año se están ganando 2'900.000, cuando es por prestación de servicio y con el incremento ya dentro de nuestro POA y toda la parte de presupuesto que estamos manejando, se le hizo el incremento del 5%, o sea que le queda más o menos en 3'100.000 o 3'150.000 para el próximo año.

**Entrevistador:** La diferencia es por las prestaciones sociales, y que el salario de la persona por prestación de servicios el mismo tiene que pagar su salud y su pensión y le hacen retención

**Entrevistado 1:** Eso es, pero si de pronto nosotros tenemos la oportunidad de comparar con la oferta que tiene el mercado, pues, aquí podríamos decir que estamos bien.

**Entrevistador:** Si. Y pues ya la última pregunta Doctora es ¿Con respecto a lo que se nos acerca, el sistema general de seguridad social con la directriz de APS según la 1428, como se están ustedes como preparando, proyectando para eso?

**Entrevistado 1:** Bueno, aquí nosotros tenemos un municipio piloto seleccionado, que es el municipio de Lusiacuri, que es donde se va a arrancar con esa prueba piloto para lo que tiene que ver con APS y, obviamente que ante esta demanda pues, como la diferencia que es, la responsabilidad es directamente de los entes municipales, de las instituciones, pero la demanda va a ser mucho mayor porque son equipos descomunales que hay que conformar para poder dar cumplimiento con la 1438. Y desde aquí las directrices se están dando. Nosotros mañana precisamente tenemos una reunión con secretarios de salud municipales, son reuniones que se hacen mensualmente, reuniones descentralizadas, mañana nos toca en el municipio de Luguaco, y en cada una de esas reuniones mensuales se va trabajando esa parte, sobre todo, lo que hay que asumir en relación a la 1438, pero el modelo lo estamos desarrollando.

**Entrevistador:** Y ya pues ¿Que quisiera usted que apareciera en este estudio con respecto a la caracterización del talento humano en salud, que fuera evidente que?

**Entrevistado 1:** Pues definitivamente para el caso nuestro, y la competencia que nos toca, la preparación en salud pública, todo lo que tiene que ver con salud pública que es atención primaria en salud, ahí incluye la promoción y prevención, incluye todos los procesos saludables, ambiente saludable, toda esa parte.

**Entrevistador:** ¿Y tanto a nivel de profesionales como de técnicos?

**Entrevistado 1:** En general. El perfil de las personas en general, sean técnicos o profesionales. Porque igual, por ejemplo, desde que, yo le cuento de la experiencia que yo tengo en el programa de PAI de hace muchos años atrás. Mientras nosotros tenemos una auxiliar de enfermería y, nos toca de de pronto, capacitarla en un programa X, vamos a hablar específicamente de PAI, nos toca esa parte con solo auxiliares de enfermería Pero cuando nosotros tenemos un técnico en salud pública egresado del Sena o de cualquier cosa, ya vienen ellos preparados, es hacer como un recorderis, ubicarlos en el entorno que van a hacer y no nos toca capacitar. Entonces, de ahí definitivamente el perfil salubrista, para nosotros, es indispensable y hace falta.

**Entrevistador:** Doctora, muchas gracias.

**ENTREVISTA No. 5**

**Universidad Industrial de Santander (UIS)**

**Decana: Clara Inés Vargas Castellanos**

**Ingeniería Asistente de la Decana.**

**Entrevistador:** Entonces la primera serie de preguntas tiene que ver con la calidad de formación, entonces quisiera saber si ustedes tienen políticas de calidad de control de la educación.

**Entrevistado 1:** ¿de control?

**Entrevistador:** Sí, o sea como controlan ustedes la calidad para que se mantenga, de los programas.

**Entrevistado 1:** la Vicerrectoría académica y la decanatura de la facultad de salud, que agrupa todos los programas académicos de pregrado y posgrado, es la encargada de ejecutar la política de acreditación de los programas, en este momento los 5 programas de pregrado están acreditados, y tienen su registro calificador; porque nosotros si estamos obligados a la obtención del registro calificador, no como la Nacional que tiene, digamos que tienen el voto de credibilidad de la calidad, por ser la Universidad Nacional de Colombia.

**Entrevistado 1:** Que es un paso más arriba del registro calificado, o sea finalmente, si tienen acreditación es porque cumplen el registro calificado, pero a nosotros nos toca juntos, nosotros no podemos funcionar, ningún programa puede funcionar sin registro calificado. En este momento todos los programas se encuentran al día, en registro calificado tanto los de pregrado como los de posgrado; y en acreditación lo de pregrado. En cuanto a la acreditación de programas de posgrado, en este momento la maestría en epidemiología es nuestro único programa de posgrado que está entrando en este proceso de acreditación por primera vez, nunca ha sido acreditado. Y la vicerrectoría académica motiva y ejecuta la política; todos los programas de la universidad, inclusive no solo de la rama de salud, tienen que entrar en esos procesos de acreditación.

**Entrevistador:** Bueno, entonces ya con eso queda respondida el ítem 2 que es política frente a los procesos de acreditación.

**Entrevistado 1:** Bueno, también tenemos la acreditación institucional, que de hecho es la que nos... La obtenemos porque también todos los programas de la universidad tienen la acreditación institucional.

**Entrevistador:** Con respecto a la internacionalización y el bilingüismo, ¿Cómo lo promueven?

**Entrevistado 1:** Desde la alta dirección, nosotros tenemos, se están ejecutando varios contratos, varios convenios de doble titulación, pero la facultad de salud en particular ha tenido muchas dificultades en esa área, porque ha intentado establecerlos con Francia y con el John Hopkins en Estados Unidos, y la homologación de los títulos es supremamente completa. Yo no soy profesional del área de la salud, yo soy ingeniera industrial, y la titulación en la parte de ingeniería, la doble titulación, es más sencilla. Mientras que aquí, yo lo entiendo ahora que trabajo acá, como se dice... la garantía que da la universidad que forma, en cuanto a los procesos de salud que adquiere ese profesional son muy propios, son muy propios de cada institución. Entonces aun sigue vigente digamos, la actividad, pero ha sido muy difícil porque no logramos estandarizar.

**Entrevistado 2:** Entonces ya los protocolos son diferentes y por eso es que se hace difícil la estandarización. La atención y todo... Y la tecnología nuestra frente a Europa es completamente diferente, van a ver los protocolos que ellos van a hacer son diferentes a los convencionales.

**Entrevistado 1:** Entonces la universidad, ese ha sido el intento. Abajo si hay programas de doble acreditación, acá no los hay, hasta el momento no los tenemos.

**Entrevistado 2:** Y como estados Unidos exige los tres exámenes, ese es un aspecto , y además nadie puede, nadie que haya estudiado acá medicina puede ir a especializarse a Estados Unidos; si no hace esos tres exámenes, homologa la carrera, mejor dicho, la carrera, homologarla es casi que volverla a estudiar.

**Entrevistado 1:** Entonces la universidad, por lo menos para el área de salud que ha sido mucho más complejo, lo que nos ha motivado es a que nuestros currículos se vuelvan más flexibles, lo llaman ellos, la flexibilización y la interdisciplinaridad. De tal manera que dentro de su programa de formación, un estudiante que quiera ir a otra institución, nacional o internacional, pueda hacerlo y su currículo sea flexible para aceptarlo. Entonces, ya si tenemos la experiencia de estudiantes por lo menos que han ido a hacer el internado a otros países, y ha sido la manera como esto se ha trabajado.

**Entrevistado 2:** Mas bien como pasantías, de internado

**Entrevistado 1:** Y la universidad ha sido flexible en la carrera, para todos es igual. Porque de resto no, en salud ha sido muy complicado. El internado completo para la parte de pregrado, en la parte de posgrado entonces se revisa donde van a recibir a ese residente, que institución, y pues ahí obviamente arranca el análisis de que va a ver

**Entrevistado 2:** Y mira, eso sería por ejemplo para la parte de medicina.

**Entrevistado 1:** No, todas, siempre y cuando... Digamos que tenemos unas instancias, entonces, si yo por lo menos soy estudiante de enfermería, y el año de ustedes se llama "docencia de servicio". Entonces, si tú eres de fisio, en ese momento aquí es de 5 años fisioterapia y el último año es como un docente en servicio. Entonces si su consejo de escuela y todas las instancias probatorias, le aprueban salir a salir a

probarse, una vez se han realizado, por eso les digo, el currículo, aun de la otra institución y todo, puede salir. Eso es lo que se ha buscado, currículos más flexibles.

**Entrevistador:** Y a nivel de maestría y Doctorado...

**Entrevistado 1:** Es más sencillo. Sí, mucho, lastimosamente. Nosotros en este momento no tenemos doctorado, pero estamos en la formulación del primer doctorado que es en ciencias Básicas biomédicas. Y ese es, pues a mí me parece más sencillo en el sentido pues en la investigación de la parte clínica. Es en la parte clínica, y como en la práctica, en lo que es ya el ejercicio propio de lo clínico. Ya maestría y doctorado pues uno se acerca es a hacer una investigación, y la investigación les da movilidad.

**Entrevistador:** ¿En la universidad tienen en cuenta los problemas laborales y ocupacionales del sector salud?

**Entrevistado 1:** ¿Del sector salud? Pues en este momento la universidad cuenta con una coordinación de egresados, que está adscrita a la oficina de relaciones exteriores, y además tiene una política de egresados también, emanada del consejo superior que se ha venido ejecutando poco a poco, pudiera ser más grande pero por lo menos ya existe, o sea, en otro tiempo ni siquiera existía. Entonces, ellos han venido haciendo varios análisis, varios ejercicios, incluso del campo laboral de las profesiones que se forman acá, ellos han sido. Nosotros acá como facultad de salud en forma particular, no. Realmente la universidad intenta no tener como duplicidad de esfuerzos, porque si ya tenemos una oficina centralizada en relaciones exteriores, donde se está ejecutando la política de egresados, pues, no tiene sentido que nosotros como facultad de salud hagamos el ejercicio si ya tenemos pues los recursos, entonces todo ha sido concentrado desde allá.

**Entrevistador:** Por ejemplo cuando yo fui a entrevistar el vicedecano de la facultad de odontología, surgió esta observación, cuando yo estudie odontología, entramos 120, nos graduamos 80, 40 se fueron como quedando en el camino, pero me dice que ahora solo reciben 50 o 40. Primero porque ya no contamos con el espacio para impulsar la practica en el San Juan de Dios, y segundo pues porque ya hay demasiados odontólogos, demasiados, entonces no vamos a contribuir a la problemática del desempleo.

**Entrevistado 1:** ¿Tú estudiaste en una universidad pública o privada?

**Entrevistador:** Yo estudie en la Nacional.

**Entrevistado 1:** En la pública. Aquí es más complejo.

**Entrevistado 2:** Porque aquí las facultades de medicina. Fíjate que nosotros si hacemos un análisis del número de estudiantes que se presentan a todos los programas es impresionante, o sea, acá se llenan todos los cupos. Y de alta calidad, en los 5 programas de pregrado, en posgrado las especializaciones médico-quirúrgicas

peor, son dos cupos y se presentan 100.

**Entrevistador:** La universidad pública se rige, y tiene que tener cierto número de cupos y pues todo mundo quiere entrar a la UIS. Que los que no tienen en cuenta, a veces no pueden ir a universidades privadas.

**Entrevistado 1:** Pues la universidad en eso es muy sumisa al ministerio de Educación, porque es que el número de cupos nos lo rigen desde allá. Ellos no van a disminuir la oferta educativa, aun por amor a la oferta laboral. Digamos que es una lucha entre dos ministerios, está el ministerio de educación, que está mostrando que pues tiene que haber oferta educativa, pero a su vez yo entiendo que esta el ministerio de la protección y el ministerio de salud que dice “tenemos que hacer un control de este tipo de profesionales que están saliendo al campo laboral”. Pero yo creo que el que nos ejerce más fuerza es el de educación por tener los cupos abiertos.

**Entrevistador:** No, y realmente el control no se debe dar de esa manera, hay que fomentar las universidades públicas.

**Entrevistado 2:** De hecho acá, hay un índice que para nosotros es clave, que es el índice de deserción, con el cual el ministerio de educación nos castiga mucho en el empleo de recurso, o sea, aquí nadie puede perder algo porque ya es un cupo menos.

**Entrevistado 2:** Y es que uno mira la educación del sector público es muy buena, en cambio uno se va a ver mucha universidad de garaje privada, y la calidad de los profesionales que están saliendo al mercado, todo los descreta la verdad.

**Entrevistado 1:** Si. Yo realmente intento ser muy prudente con eso, pero yo también soy formada en la UIS, y uno sabe que la educación de la universidad pública es de mayor calidad.

**Entrevistado 2:** El control de la calidad uno lo ve afuera, cuando está en el mercado laboral, no se compara. Y dice uno “pero de donde viene esa que no sabe ni donde esta parada”. Algo de las universidades públicas es eso.

**Entrevistado 1:** Ahora, en el área, nosotros tenemos una situación que es particular que es la de los campos de práctica, nosotros en el hospital Universitario Santander somos la principal universidad, eso es por decreto de creación del hospital, ahí digamos que nadie nos saca, pero la relación es compleja porque de todas formas ellos tienen, o sea, ellos son asistenciales; de hecho ellos llegan ahora a una reunión precisamente de eso “hospital universitario”. Hay algunas políticas, y algunas fuerzas ocultas que no permiten del todo que el hospital funcione como tal como hospital universitario. Ustedes estudiaron acá saben que eso es un tire y afloje ahí.

**Entrevistado 1:** Pero nosotros a pesar de que tenemos dos universidades que nos compiten, que han hecho que sea más complejo buscar los sitios de práctica, que pues



la ciudad no es grande.

**Entrevistador:** El hospital es de la UIS?

**Entrevistado 1:** Ser no, ¿es de la UIS? No. Pero desde que se creó el hospital universitario de Santander, que es desde el 2005, en el decreto de creación desde la gobernación quedó que el uso era el principal sitio de prácticas para la UIS. Entonces nosotros tenemos asegurada ahí nuestra practica mientras ese decreto siga vigente, y solo puede tumbarlo la asamblea departamental, eso sería un problema social que no sería bueno. Aunque todos los días nos sacan. Lo típico, que los estudiantes hacen cosas en el hospital, ustedes lo tuvieron que haber vivido, eso ha sido complejo. Pero nosotros sabemos que a nivel nacional tenemos una relación más solida que las que han vivido otras universidades, por lo menos por ahora. Y que si nosotros somos la universidad pública, y ellos son el hospital público.

**Entrevistado 2:** Lo que uno ve acá, no lo ve en ningún lado. Además que uno tiene mucha opción en el hospital universitario donde usted interactúa y puede tener contacto con el paciente. En cambio en la privada, se limita a ver, mas no puede tocar al paciente.

**Entrevistado 1:** Y la otra institución pues que es clave, sobre todo en el pregrado, es el ISABU que es el Instituto de Salud de Bucaramanga. También público, es como la EPS publica pero es de nivel uno y dos de complejidad. Entonces con ellos el convenio no es tan sólido, digámoslo así, pero igual funcionamos. Allá si tenemos que interactuar con la UNAB y la UIS, porque allá también les está dando practicas.

**Entrevistador:** ¿Y ustedes tienen comunicación con los prestadores? ¿Con las EPS's y las IPS's?

**Entrevistado 1:** Con las EPS, no, Con las IPS, sí; con las que tenemos convenios.

**Entrevistado 1:** Por ejemplo porque en las IPS digamos estamos necesitando gente que se forme específicamente, por ejemplo, en control de la calidad a la atención, o que le den ideas de formación.

**Entrevistado 1:** Pero no como una idea de formación. Es una contraprestación. Si, con las IPS, públicas o privadas con las que tenemos convenio, siempre es el dilema de la contraprestación, o sea, la institución está viniendo, la UIS, la universidad trae a sus estudiante, yo le estoy prestando mi pacientes, ¿Qué me da? Generalmente ellos se limitan, más que a solicitar algo nuevo, a la oferta en educación continua que tiene la universidad actualmente. Y ya en lo que es en educación continuada no formal, en varias ocasiones, pues igual nosotros tenemos el recurso calificado que son los docentes, hemos tenido que dictar cursos específicos para las instituciones, y lo vemos como contraprestación en el convenio, que el AIEPI, mortalidad materna... y nos toca ofrecerlos, y en todos los congresos que organiza la UIS, la facultad de salud, hay cupos especiales gratuitos para todas las IPS con las que tenemos convenios.

**Entrevistado 2:** Cuando uno está desde la otra contraparte, las EPS y la secretaria de Salud, mirándolo desde el punto de vista del Tecnológico de Santander, de la parte de Salud Pública, que vienen por medio de nosotros, de Santander, se han hecho en muchas ocasiones convenios con las EPS, con la secretaria de salud, que se han hecho, hay que mirar con las universidades el enfoque de los estudiantes de pregrado sea mucho más hacia la salud pública. Digamos que el estudiante se queda como ahí, porque tiene que saber APS y desenvolverse en un sistema diferente, porque uno cuando está en otra contraparte de EPS.

**Entrevistado 1:** Pero si, ¿ese sería el modelo del sistema general de salud? Eso lo dice la ley, en la 1438 que se sacó 2011, pero la verdad el sistema de salud de Colombia no está enfocado en la persona. Hace sus intentos, está haciendo sus mejores visos. Y ha ido creciendo en el asunto, pero si uno va a la práctica, no es el enfoque, y ahí lo dice.

**Entrevistado 2:** Pero cuando uno está en el otro lado, que es la parte de EPS, ¿Qué encuentra uno? Que en sí, sobre todo el personal médico y mucho administrativo, sale muy limitado a la parte laboral, por ejemplo cuando llegamos a la parte de salud pública, a atender al paciente y la parte tecnológica, y que al médico como que se le olvida donde quedo malaria, donde quedo tuberculosis, no saben el manejo de esas patologías que son sumamente extrañas en nuestra región.

**Entrevistado 1:** De eso, la decanatura ha intentado, , realizar actividades de evaluación de impacto de los programas, además porque eso es requerido también para la parte de acreditación.

**Entrevistador:** Esas es otra de las preguntas, ¿Cómo impacta las condiciones de la institución?

**Entrevistado 1:** Entonces cada programa ha hecho estos estudios de impacto, pero es que yo veo que en el área de salud, todo esta tan interrelacionado que cualquier cambio es muy difícil, porque lo que les decía, si nosotros pensamos en mover el currículo y además a adaptarlo a que efectivamente fuera en APS, yo cada vez que lo leo en la ley, hoy lo leí, de verdad había un momento que decía que el enfoque es la atención es primaria en salud, y pues uno lo lee pero digo “¿esto cuando?”. Esto cuando se dará el viraje, porque ahí hay muchas cosas.

**Entrevistador:** Lo que pasa es que tenemos que superar el modelo de la formación medicalizada en los hospitales para dar el salto a APS, pero tienen que seguir habiendo especialistas, clínicos.

**Entrevistado 1:** Si, por lo menos en el pregrado si se debe hacer. Pero yo si digo es ¿cuando?, porque entonces nosotros nos vamos a las instituciones donde tenemos convenio y ellos ya no están con ese enfoque. Pero si yo formara aquí al estudiante pero él se va a su práctica, y eso no es, entonces por eso te digo que es el engranaje

completo, o sea, yo como universidad puede que le enseñe una cosa, pero si a la hora de la práctica no se encuentra con eso, entonces sigue el problema. Estoy yo incluso también, trayendo a un estudiante con el mismo conflicto que tu presentas. Uno “no, no imagínese profe que usted me formo con tal cosa, yo llegue allá y me encontré con unas cosa completamente distinta”; que es lo que de hecho tú me dices que le sucede a las EPS y las IPS con los profesionales ahorita. Yo creo que debería haber una política ahí más reguladora.

**Entrevistado 1:** Porque te lo digo, si nosotros como Universidad, que para tener los programas de salud requerimos tener los convenios docente- asistenciales, nos encontramos con instituciones docentes asistenciales que como no tienen la APS, pues tenemos el mismo cuento.

## **ENTREVISTA No. 6**

### **Secretaria de Salud Departamental**

### **Subdirectora Administrativa**

### **Bucaramanga**

**Entrevistado 1:** Para las convocatorias en el tema de la secretaria de salud, por ser un ente público, estamos siempre, tenemos que tomar las directrices de la función pública, entonces con ellos, cuando se presentan vacantes, con ellos se le presentan las vacantes correspondientes y a través de la función pública se hace la convocatoria para que cualquier persona en el país se pueda presentar a ocupar esas vacantes. Desde, creo que desde el 2005, se inicio el único proceso que se ha adelantado y que cubría varios cargos, hoy en día ya varios fueron ocupados, mucho personal ya quedo ocupado que concursó y gano el concurso, ocupó los primeros lugares y por eso están en los respectivos cargos. Eso hizo que pues, otras personas que estaban profesionalmente ahí, dejaran de ser empleados y llegaran otras personas a ocupar. ¿El perfil? Pues, su gran mayoría de la secretaria de la salud es muy profesional, tiene muchos profesionales, aun, el personal técnico y auxiliar que por carrera administrativa viene ejerciendo desde hace muchos años aquí en la secretaria, en su gran mayoría son profesionales, ya en este momento, son profesionales. Entonces las calidades de profesional lógicamente son muy superiores en el desempeño laboral a un técnico cualquiera o a un auxiliar, entonces es una gran ventaja, sin embargo, ellos para acceder a un cargo profesional, necesariamente tiene que concursar y ganar ese concurso para ocupar el cargo profesional que se presenta. Es una limitante que ellos tienen porque pues son solo pocos los cargos que salen a concursos, sin embargo el personal está muy capacitado. Son personas que llevan 20 años, 30 años y siguen siendo técnicos o auxiliares pero con una profesionalización ya ellos como persona.

**Entrevistador:** Eso es muy importante doctora, lo que me está diciendo, exactamente ese es el punto del interés de esta entrevista es que usted nos cuente esto porque pues existe una inequidad entre las personas que sean vinculadas de planta, las que

son vinculadas por orden de servicio, entonces ellos quedan vinculados como empleados de planta, con prestaciones y eso.

**Entrevistado 1:** Hay una característica especial: Los empleados que vienen, hablo de los auxiliares y técnicos que desde hace mucho tiempo están ocupando cargos de carrera administrativa en esos niveles, de auxiliares y técnicos, me comentaban que se han presentado para algunos concursos, ahí en la función pública, pero que la función pública, y aun en este momento son profesionales ya, con especializaciones inclusive, pero que la función pública nunca les tiene en cuenta, nunca les valora su experiencia como profesional porque nunca en sus funciones, en sus funciones no, en su cargo siempre dice que usted está ocupando un cargo auxiliar o un cargo de técnico, entonces ellos tienen una desventaja muy grande con el resto del mercado de afuera porque el que está en el mercado y ya es profesional, con el solo hecho de haber tenido una experiencia de dos (2) , tres (3) meses como profesional, les pasa por encima de ellos que llevan diez (10) años siendo profesional en el cargo donde se encuentran, porque no tienen como demostrarlo, la experiencia profesional.

**Entrevistado 2:** O sea, el hecho de que ellos se profesionalizan estando, ocupando una función pública de técnicos, ¿cierto? Estudian y se capacitan, y ejercen funciones porque ellos aportan al proceso dentro de la institución; pero cuando es el momento ya de ellos concursar para un cargo público, no tienen esa misma ventaja porque no tienen como certificar esa experiencia profesional, porque han ejercido y su certificación se les pide como auxiliar o como técnico, no como profesional que ya son. Y ganan igualmente como técnicos o como auxiliares, siendo ya profesionales.

**Entrevistado 1:** Y desempeñándose incluso dentro de las funciones porque hoy en día todas las entidades del estado y todas las entidades son muy profesionales. Ya todo se modernizó tanto, que si usted no es profesional, difícilmente puede desempeñar una tarea, y aquí todo es muy profesional. Entonces esa tarea que ellos cumplen es de profesionales. El auxiliar de hace muchos años, pues ese era el que solamente se encargaba de hacer cartitas, lo de contestar un teléfono, esas cosas, o de archivar que ya casi ni se archiva porque estamos buscando cero papel, y todas esas cosas que hay que hacer ahora, pero el auxiliar de hoy en día es una persona pensante, una persona que direcciona, una persona que trabaja a otro nivel.

**Entrevistado 1:** Los perfiles, a pesar de que sean profesionales, están ocupando cargos técnicos y auxiliares,

**Entrevistado 2:** O sea, a pesar de ser profesionales, están ocupando cargos técnicos, y les pagan como cargos técnicos.

**Entrevistador:** Y muchos técnicos se presentaron como técnicos en la carrera administrativos siendo profesionales, porque también existe ese caso.

**Entrevistado 2:** En el caso de ellos, por lo general concursan porque todavía no tenían el cartón de profesional. En su momento ingreso como técnico porque no era

profesional, pero estando, ya lleva aquí 10-15 años e hicieron su carrera profesional pero no ha habido la posibilidad dentro de la institución para ascender a ocupar un cargo profesional

**Entrevistado 1:** Si, Esa es la razón.

**Entrevistador:** Y la modalidad de vinculación laboral es por concurso, o sea, que sean empleados de planta.

**Entrevistado 1:** Si, que sean empleados de planta. Pues también OPS, o sea de prestación de servicios también, y existe pues porque toda la planta de personal no es capaz con todos los requerimientos de la secretaria, entonces también tenemos personal de prestación de servicio.

**Entrevistador:** ¿Y existen diferencias salariales entre los que están de planta y los que están de orden de servicio?

**Entrevistado 1:** No, no mucha es la diferencia. Porque el que es de orden de prestación de servicios, de pronto, sí tiene un poquito más, eso significa los descuentos que les hacen, los seguros que tienen que pagar, la seguridad, en fin, una cantidad de cosas que no. Aquí no hay esa diferencia que se da, que entonces usted entra por prestación de servicios y llegar a 2 o 3 veces más de lo que gana una persona que esta de planta, no. Es muy parecido el salario, e incluso menos porque con todos los descuentos y pagos adicionales que tiene que hacer.

**Entrevistado 1:** Si, por ejemplo nosotros acá tenemos para un técnico dos millones de pesos, ¿si? Ya para el profesional pues más. Pero es que dos millones significa millón quinientos (1'500.000).

**Entrevistado 2:** Millón quinientos (1'500.000), por la seguridad social y van incluidas ahí las prestaciones, las cesantías, las vacaciones.

**Entrevistado 1:** Y ahí va incluida cesantías, vacaciones, prima, etcétera.

**Entrevistado 2:** O sea, si uno se va a mirarlo a la otra parte, termina uno ganando más o menos igual, o menos.

**Entrevistador:** Y los estándares para la definición salarial son la formación, experiencia, áreas de trabajo.

**Entrevistado 1:** Experiencia, si, y el área donde vayan a ocupar, dependiendo de los perfiles se ubican de acuerdo con las diferentes áreas. Nosotros manejamos todas las áreas porque la secretaria de salud maneja todas las áreas: financieras, la misional, toda la parte misional también, entonces tenemos de todo: Administradores, contadores, abogados, médicos, todo lo del área de salud mas toda la parte administrativa.

**Entrevistador:** Que porcentaje, más o menos, tienen ustedes en relación de planta con OPS's. El porcentaje de personal, teniendo el grande de cuanta es la población general de empleados de la secretaria de salud. Cuanto porcentaje es OPS y cuanto porcentaje es planta.

**Entrevistado 1:** Es planta. A ver, le digo varias cosas. Por ejemplo nosotros manejamos salud pública, que es un área, una subdirección en área de salud pública que es direccionada. Pero subdirección, salud pública, maneja mucha OPS temporal, temporal porque se definen como proyecto, o sea que trabajan con proyectos. Todo lo que es atención, que hay que hacer, primaria allá en los diferentes municipios, por decir algo, se contratan, en ocasiones, se contrata mucha gente; por decir algo, necesitamos 100 auxiliares de enfermería, esos auxiliares de enfermería van a cumplir una labor en todo el departamento durante 6 meses y para, porque se cumplió con ese contrato, ese proyecto que se tenía que hacer y para. No sé si después se vuelva a hacer, o no sé, si sean más poquitos, o sean bastantes, en ocasiones necesito médicos, en otras ocasiones necesito ese personal suelto, es muy frustrante en la parte de salud pública. Pueden haber muchos pero no permanentes, ¿si? Mejor dicho, allá ninguno es permanente. A nivel ya más de secretaria y administrativo, eso es ya más o menos un, las OPS serán pro ahí un 20%, yo creo, de la planta y son personas que apoyan.

**Entrevistador:** Ah ya. Sí, porque ahora salió una ley que no puede haber mayor cantidad de trabajadores contratados por órdenes de prestación de servicios que funcionarios de planta. Que cuando una persona está en un cargo, por mucho tiempo, ya se tiene que ser vinculado de planta.

**Entrevistador:** En la convocatoria del 2005 recibieron muchas hojas de vida por área?

**Entrevistado 1:** Nacional, esa fue una convocatoria Nacional. Pero si llegaron muchísimas.

**Entrevistado 2:** Y usted escoge ahí cual, para que institución quiere, cuando proyecte.

**Entrevistado 1:** Fue mucha gente, y los cargos no son tantos. Y eso a pesar de que en ese entonces no se creía mucho en los concursos, entonces mucha gente, y personalmente no me presento a eso, porque ya es, para que uno presentarse a eso, sin saber si sale, o no sale. Entonces yo eso lo considero muchísimo, hasta ahora se, dura muchísimo para su ubicación.

**Entrevistador:** Seis años, alguien duro seis años en un concurso.

**Entrevistado 2:** Y están ahorita en la lista de elegibles.

**Entrevistado 1:** Pero hoy en día, hoy en día, que ya vieron que eso se ubico, si se presentaron para un concurso, se presentarían infinidad.

**Entrevistado 2:** Seria muchísima gente

**Entrevistado 1:** Porque ya creemos, antes no creíamos. El que se presento, es como desocupado.

**Entrevistador:** Si, porque parte de lo que quiere mirar este estudio es la relación, personas que salen con formación, con título, y que posibilidades tienen de tener un empleo. Entonces, es una de las cosas que espera poder proyectar el estudio en el análisis de todas las bases de datos y ya toda la parte cualitativa son estas entrevistas. Y bueno, doctora, ¿ustedes conversan con las instituciones de formación? Las universidades, tienen algún dialogo como de ustedes hacerles recomendaciones “miren, no necesitamos, la secretaria no...”

**Entrevistado 1:** No, nada.

**Entrevistador:** No, ¿cierto? Es decir, ese nexo no existe. La academia y...

**Entrevistado 1:** Hacer recomendaciones a donde más dirijan sus profesionales, no.

**Entrevistador:** O no formen tantos profesionales en tal área, que ya hay demasiados, o nos están haciendo falta en estas áreas, o se necesita que se cree un...

**Entrevistado 1:** No, y pienso que sería bien pero no.

**Entrevistado 2:** Seria bueno, por ejemplo, desde acreditación donde se están generando las tarjetas profesionales, ver la relación del recurso humano, que tanto hay y que tanto se necesita en nuestro mercado, ¿cierto? Para saber también, y poder decirle “mire, ya el mercado está saturado de tal profesión”, ¿cierto? Paren un poquito, paren un poquito de sacar tanta gente porque es que la gente se profesionaliza y después no tiene donde ir a ocupar vacante.

**Entrevistador: Doctora Muchas Gracias**

## **ENTREVISTA No. 7**

### **Escuela de Formación en Salud “EFORSALUD”**

**Jefe: Leide niño Beltrán, Coordinadora Académica**

**Entrevistador:** Entonces quisiera saber si aquí en esta asociación tienen políticas de calidad o como controlan ustedes la calidad de la educación y cuáles son las estrategias o políticas para controlar la calidad.

**Entrevistado 1:** Nosotros tenemos la política de calidad, la política de atención, de servicio al cliente, usamos una serie de instrumentos y es lo que hacemos; como encuentros grupales que es el acercamiento con el estudiante para revisar el proceso metodológico, del desarrollo de sus clases, del proceso de evaluación, aplicamos un

instrumento, una encuesta de satisfacción estudiantil con relación al desarrollo de su actividad, tanto de la academia como de la practica. hacemos supervisión y seguimiento de los escenarios de practica con el desempeño del docente supervisor del escenario con los coordinadores de los servicios o pisos en donde tenemos estudiantes en rotación en práctica y tenemos instrumentos donde el estudiante manifiesta sus inquietudes con relación al proceso ya sea administrativo académico, o de tipo personal; incluso tenemos algunas situaciones de tipo personal que se manejan desde esa perspectiva, entonces le hacemos seguimiento a cada una de esas actividades, implementamos los planes de mejora buscando entonces garantizar la calidad tanto del servicio educativo formativo como de los otros procesos de la institución

**Entrevistado 2:** Pero también interviene, tenemos un seguimiento muy especial con nuestro egresado, porque hace parte de nuestros procesos a nivel institucional y pues, un punto que quiero mencionar es que nuestra institución se encuentra certificada bajo al sistema de gestión de calidad en cada uno de nuestros programas, además que cuenta con un reconocimiento IQNET que es el reconocimiento que le permite a nuestro egresado, si quiere viajar hacia el exterior, pues contar con un proceso de que le vende y le abre las puertas para entrar a esta homologación, Y pues nuestros egresados pienso que es un control muy importante que tenemos a nivel institucional, ya la institución cuenta con una bolsa de empleo que son las entidades, las clínicas, los hospitales y las diferentes empresas que nos llaman para pedirnos personal egresado y que quieren vincular a nuestros estudiantes, no?

**Entrevistador:** ¿Y ustedes están certificados?

**Entrevistado 2:** Estamos certificados en la norma NTC de calidad 5555, la 5563, la 5581 y pues si son esas

**Entrevistado 1:** A ver, actualmente nuestra institución acaba de hacer un convenio con una institución que maneja el inglés, y es global Teacher, es una entidad de carácter educativo que imparte educación en esta área y pues, ahí hubo un convenio especial, la institución maneja un apoyo educativo para nuestro estudiante activo y él hace parte del otro porcentaje que el cancelaria.

**Entrevistador:** ¿Pero ustedes le piden un nivel de inglés para salir como egresados? ¿O es opcional?

**Entrevistado1:** No, eso es opcional, es como una oportunidad para romper esas barreras de la comunicación.

**Entrevistador:** Es una facilidad económica que le sirve al estudiante

**Entrevistado 2:** La institución hace un aporte económico, y el estudiante hace el otro aporte.



**Entrevistador:** Y eso pues al mismo tiempo está estimulando y promoviendo que los estudiantes se fortalezcan

**Entrevistado1:** Claro, que se fortalezcan mucho en otro idioma.

**Entrevistador:** Eso en cuanto a otro idioma. Y a la internacionalización, por ejemplo, que ellos se pueda proyectar de pronto que puedan tener empleo en otro país.

**Entrevistado 1:** Con la certificación internacional se abren las puertas para poder ofertar laboralmente en otros países.

**Entrevistado 2:** Que era lo que le mencionaba... Todos los estudiantes, incluso la institución, el reconocimiento IQNET es ese reconocimiento a nivel internacional, que le permite que a cualquier estudiante egresado de la institución tenga esa posibilidad

**Entrevistador:** Bueno, ¿tienen en cuenta los problemas laborales y ocupacionales del sector salud? O sea, la empleabilidad de los profesionales del sector salud, pues todos sabemos que es baja, por lo menos....

**Entrevistado 2:** Pues imagínese que vaya sorpresa, pero hoy en día el mismo empleador se encarga de emplear al de formación técnica, ¿no? Que es realmente el estudiante que está más fortalecido en el, en número de competencias, y que logra abordar muchas situaciones en esa parte laboral.

**Entrevistado 1:** Para nosotros una ventaja es que a nuestros estudiantes en segundo y tercer semestre ya nos los contratan laboralmente, entonces rompemos un poquito esa barrera de la certificación, pero ya les empiezan a dar trabajo y en el cuidado de pacientes pues a partir del hecho de que se están formando en nuestra institución. Entonces de alguna manera ellos ya salen de aquí con un espacio laboral abierto

**Entrevistador:** O sea que ustedes tienen un dialogo con los empleadores.

**Entrevistado 2:** Si, en la bolsa de empleo. Si, ya por decir algo, en esta semana recibí, porque manejo la bolsa de empleo, me llamaron de la clínica Santa Teresita, Saludcoop, paciente en casa, 3 entidades de consultores odontológico, y pues centros de estética. Entonces ya son las empresas, las clínicas, los hospitales, los consultorios odontológicos que nos llaman a pedirnos personal egresado de nuestra institución.

**Entrevistador:** O sea que ustedes sienten que competitivamente su institución está muy bien.

**Entrevistado 1:** Si, esta posicionada realmente. Y pues es gracias a la calidad de información, calidad con calidez, que es lo que se exige hoy en día, ¿no? No solo la parte profesional, sino la parte actitudinal, ¿sí? todo lo que tenga que ver con las actitudes blandas, ¿sí? La responsabilidad, la amabilidad con que el estudiante aborde las diferentes situaciones. Todo lo que encierre lo actitudinal.

**Entrevistador:** ¿O sea que ustedes evalúan si los programas que ustedes tienen están de acuerdo con las necesidades laborales del sector y las necesidades de atención en salud en el sector?

**Entrevistado 1:** Nosotros aplicamos el instrumento a egresados, y el instrumento al sector productivo, y notamos que en el sector productivo nuestros egresados son los que más contratación laboral tienen, lo que nos permite mantener el nivel de competencia.

**Entrevistado 2:** Que es la encuesta de satisfacción al sector productivo y a nuestros egresados. Nuestros egresados porque se vinculan rápidamente, y el sector productivo porque identifica el grado de competencias de nuestros estudiantes y tienen aceptación en ellos, eso es una forma de....

**Entrevistador:** Bueno, ¿ustedes consideran que deben eliminar, mantener o crear programas nuevos de acuerdo a las necesidades del sector salud?

**Entrevistado 2:** Precisamente, ya la institución para el próximo semestre, tenemos seis programas nuevos, cuatro en el área de la salud... Perdón, dos en salud, y cuatro en la parte administrativa. Dos en salud, como es el auxiliar administrativo en servicios de salud, el de servicios farmacéuticos; y tenemos también el de contable y finanzas, el de jurídica, el de técnico en banca y el de turismo. Por ahora lo de la zona franca, entonces debemos saber preparar esos espacios.

**Entrevistador:** Por ejemplo, con los egresados, salen cien personas, ¿ustedes como evalúan cuantas se vinculan al mercado laboral y cuantas quedan desempleadas?

**Entrevistado 1:** Con la encuesta del sector productivo, nosotros abordamos recursos humanos del sector productivo, es decir, el jefe de recursos humanos de la clínica, ellos nos revisan cuantos auxiliares de enfermería tienen contratados de planta que son egresados nuestros, y eso es lo que pasamos a estadística.

**Entrevistado 2:** Es la misma encuesta de egresados.

**Entrevistado 1:** Con ellos es que sabemos quienes están vinculados laboralmente.

**Entrevistado 2:** Y el egresado ya sabe si esta sin empleo, porque parte de esa ayuda del egresado, que es que venga y se registra en la bolsa de empleo, entonces si llegase a estar sin empleo llama y se reporta y se registra, y nosotros nos encargamos de decirle que hay esta ubicación laboral, presente su hoja de vida y la misma empresa nos dice; saludcoop por decir algo, ya es el contacto mejor y dice “ya vincule tres, entonces me falta uno entonces sígueme mandando mas hojas de vida para hacer la selección”. Entonces es como un trabajo en equipo, ¿no?

**Entrevistador:** Bueno, ya como para terminar y darle paso a las preguntas de la doctora es, ¿Cómo se proyectan, hacia dónde va el sistema general de seguridad social en salud con la reforma a la ley 1438, y todo lo que estamos viendo y la crisis,

como proyectan ustedes la formación de su talento humano teniendo en cuenta la situación en la que está el sistema? Bueno, esa es una pregunta como de prospectiva que es un poco difícil de responder, pero de pronto aquí la debatimos, la argumentamos...

**Entrevistado 1:** Pues si empezamos, y una de las fortalezas, el inglés. Es un segundo idioma y que nuestro estudiante puede viajar al exterior.

**Entrevistado 2:** En este momento en nuestra ciudad, el mercado se abre. A pesar de las dificultades que hay en el sector público y privado de salud, en la contratación asistencial, nuestra ciudad se está abriendo al mercado, al trabajo con zona franca, que es el auxiliar de enfermería con dominio del segundo idioma, para el efecto de la clínica Carlos Ardila Lülle y su red, y el cuidado del paciente en casa, por todo, precisamente el deterioro del sistema de salud, hay una demanda de acción de tutela en el cuidado de paciente en casa. Entonces, estamos proyectando al estudiante a trabajar en este escenario, la creciente demanda que tenemos en el cuidado del adulto mayor, geriatría; entonces estamos tratando de orientar al estudiante a campos no solamente asistenciales sino que estos puedan proyectarse desde otra perspectiva y les damos herramientas, ellos hacen seminarios de complementación y mantenemos la educación continuada, de tal manera que si tu línea es la asistencial, bueno, entonces enfatiza en el cuidado del paciente crítico; haga diplomados o seminarios de atención en urgencias, el sector industrial también está demandando hoy la población en enfermería, y es a partir de precisamente, la ley en salud ocupacional que obliga a las empresas a tener puestos de primeros auxilios y enfermeros al frente; entonces les damos oportunidades de entrenarse y mantenerse vigentes en el mercado a partir de la capacitación y el entrenamiento, tratando de limitar solamente el campo o radio de acción al escenario asistencial; hay otras líneas de trabajo también.

**Entrevistador:** Si como por ejemplo en la atención primaria en salud, que han proyectado al respecto. Porque la 1438 dice que el nuevo sistema de salud será... tendrá como base los lineamientos de la APS. Entonces un desafío que tenemos las instituciones formadores del talento en salud es formar talento humano capacitado para desenvolverse en ese supuesto nuevo modelo de sistema de salud, entonces que prospectiva tienen al respecto.

**Entrevistado 2:** Nosotros en el momento, en el proceso de formación, los tenemos respaldados a través del entrenamiento en modulo, o cátedra, que reciben por el seminario de énfasis y la parte de salud pública, y a partir de su experiencia práctica, entonces el estudiante puede desenvolverse en ese escenario; incluso ISAU que es la institución con la que mas trabajamos en la parte de promoción y prevención, nos apoya en la contratación de los enfermeros. Ahorita saco la alcaldía un programa y requirió 18 auxiliares de enfermería, entonces para trabajar justo en el cierre de la alcaldía con este escenario de atención primaria en salud. Esperamos irlos formando, y fundamentarlos más en ese proceso porque obviamente el cambio que viene es radical.

**Entrevistador:** Bueno doctora le doy la palabra.

**Entrevistado 1:** Bueno con respecto a la atención primaria en salud, que es el giro que tenemos que darle a la formación, ¿cierto? Porque, sí nos enfocamos desde el punto de vista salud, a la parte de salud pública, pero cuando se está en otro escenario como es el de las IPS, y las EPS, se ve la otra parte que el auxiliar de enfermería no tiene las competencias necesarias, por ejemplo, para afrontar muchas situaciones como es la parte de salud pública desde el abordaje, de la parte de integralidad y no solamente desde el fomento, enfocándose al autocuidado al familiar, a la paciente y a la familia, a su entorno, y en una forma integral, que no nos quedemos, porque muchas veces se pierde el momento de verdad, cuando tenemos al paciente y a su familia enfrente; para educarlos sobre cómo deben cuidar a ese paciente en la casa, y es allí donde debemos fortalecernos para que el profesional que salga, salga con ese enfoque y pueda desenvolverse en su rol como, en la integridad de ese rol nuevo que nos toca asumir, porque nosotros somos los que jugamos un papel muy importante en la parte de la educación desde mi punto de vista de enfermería.

**Entrevistado 2:** Es que estamos viendo que volvemos a los promotores de salud pública. A esa época de la que entrenábamos y capacitábamos promotores de salud y que eran madres de la comunidad, mujeres de la comunidad, hombres de la comunidad, y armábamos esos equipos rurales o extra rurales para hacer actividades por vereda, casa a casa, finca por finca, cuadra por cuadra, puerta a puerta para hacer ese tipo de actividades, y si, en eso tenemos que irnos moviendo también para poderles dar herramientas para que se enfrenten a ese escenario.

## **ENTREVISTA 8**

**Clínica Versalles, Cali**

**Dra. Mónica Herrera**

**Entrevistador:** Hoy es diciembre 7, 2012, estamos con la Dra. Mónica Herrera que hace parte de talento humano de la clínica Versalles. Doctora, gracias por acceder a esta entrevista en el marco de la caracterización del talento humano del Sector Salud e iniciamos con el primer interrogante que es acerca de la formación del talento humano ¿Qué tendría para contarnos en cuanto a esos procesos de formación? La primera sería si ¿Los perfiles que están sacando los formadores, en este caso, las universidades, las escuelas de formación para el trabajo responden a las necesidades de la población en cuanto a perfiles epidemiológicos o hay sobre oferta y saturación en el mercado de ciertos técnicos, tecnólogos, profesionales, especialistas o sub especialistas y déficit en otros?

**Entrevistado 1:** En cuanto a lo que ofrecen pues los centros educativos, pues si es lo que se requiere en el sector para cubrir con las necesidades. En algunas especialidades de médicos hay menos oferta de la que se esperaría per a nivel de especialidades. A nivel ya de técnicos, profesionales, pienso yo que está acorde pues con lo que refiere el servicio.

**Entrevistador:** ¿En qué especialidades usted considera que de pronto debería haber una mayor oferta de formación?

**Entrevistado 1:** En médico internista es el que acá específicamente en la clínica pues se ve limitada en al consecución de estos profesionales para prestar el servicio.

**Entrevistador:** Doctora, en cuanto a la cualificación de los procesos de formación del talento humano ¿considera usted que desde la academia los profesionales están saliendo preparados a nivel científico, con todas sus competencias, y a nivel de cualificación en el servicio en cuanto a si están preparados para atender directamente a este usuario que lo requiere?

**Entrevistado 1:** Pues yo pienso que si a nivel de técnicos, específicamente auxiliares de enfermería, pues tenemos algunos contratiempo pero no podría hacer una generalidad, que van mucho, perdón, parte en lo que es el conocimiento en sí y parte de lo que es la actitud propia para atender el usuario. A nivel de técnicos de auxiliares de enfermería hemos encontrado estas falencias, pero no pensaría yo que se pueda generalizar, yo pienso que es más el tema en las entidades de formación es que están siendo masivas y poco selectivas mas bien, en el personal que forman, entonces quizás pueda que hayan personas que no tengan, no sean idóneas pues para formarse en este tipo de profesión, considero yo que la problemática va mas allá, mas en eso específicamente.

**Entrevistador:** Doctora ¿usted tiene conocimiento si las universidades o las escuelas de formación para el trabajo, particularmente con la IPS, han realizado algún contacto previo para saber cuáles son las necesidades y las demandas que deben formar o si hay estudios a nivel de la región o de la ciudad, o ese tipo de comunicación entre los formadores y los prestadores no se presenta con continuidad?

**Entrevistado 1:** Pues acá si las entidades hacen contacto, mas a nivel profesional para definir eso, definir las necesidades. Si, si han hecho, si han hecho contacto.

**Entrevistador:** ¿Haces seguimiento a los egresados, de pronto cuando están aquí, cierta universidad llega?

**Entrevistado 1:** No, eso si no, nunca que yo sepa lo han hecho.

**Entrevistador:** En cuanto a la vinculación del personal que presta los servicios aquí, ¿Qué predomina más, la prestación de servicios, que modalidad, o la contratación directa, de planta?

**Entrevistado 1:** No, nosotros todo el personal lo tenemos con contrato laboral, el personal asistencial, en cuanto a enfermería, tanto profesional como auxiliar de enfermería, fisioterapeutas, terapeutas y algunos médicos. A nivel de médicos especialistas y algunos médicos generales si se maneja la oferta mercantil como tipo de contratación, o sea, son independientes pero solo es personal médico.

**Entrevistador:** Solo personal médico y con especialidades de acuerdo pues a las necesidades que vaya presentando.

**Entrevistado 1:** O sea que el tipo no presentando, de hecho son profesionales que prestan el servicio permanentemente pero a través de la oferta mercantil. Pero lo que son personal asistencial, que no es personal médico, todo está con contrato laboral directo.

**Entrevistador:** ¿Que nos podría contar acerca de la rotación del personal, esta es alta, esta es baja? Y si se presenta con alta incidencia ¿Cuáles son como esas características, porque se presentan?

**Entrevistado 1:** Es baja, o sea, la rotación es baja realmente. Hay algunos picos de rotación y es mas porque se abre una nueva IPS, o algún nuevo servicio en alguna IPS y les ofrecen un poquito más, pero son picos, no es una constante.

**Entrevistador:** No es una constante. En cuanto a la asignación salarial, doctora, ¿Cuáles son los criterios para hacer esta selección, por formación, por experiencia, por perfil, por competencias laborales?

**Entrevistado 1:** Básicamente por perfiles de cargo es que tienen asignados su nivel salarial.

**Entrevistador:** Nos podría contar, más o menos, ¿Cuál es el promedio de un medico que esté vinculado de forma directa y algún médico que esté vinculado de forma indirecta?

**Entrevistado 1:** Por ejemplo un medico general que tenga un contrato directo por la clínica, su salario esta en 3'600.000, en oferta puede estar los honorarios en 4'500.000, su oferta básica por un número de horas.

**Entrevistador:** ¿La institución como hace los procesos de evaluación y de cualificación del talento humano? ¿Estos se hacen con qué frecuencia, que han encontrado con esas evaluaciones que ustedes hacen para la cualificación del talento humano?

**Entrevistado 1:** Si, básicamente se hace una evaluación de desempeño que se hace cada año, anualmente. Pues generalmente la gente cumple con su perfil, la gente que está al interior de la organización.

**Entrevistador:** ¿Y han encontrado, de pronto, detonante de estrés asociados principalmente a qué? A carga laboral, a responsabilidad frente a su desempeño, ¿Cuáles han sido como esos picos de estrés laboral que se han identificado de acuerdo a esas evaluaciones de desempeño?

**Entrevistado 1:** O sea, en las evaluaciones de desempeño no evaluamos estrés. O sea, nosotros hicimos el año, a final del año pasado, una evaluación de riesgo psicosocial con la universidad Javeriana y tenemos pues una medición de lo que es el

riesgo psicosocial, ahí se detecto pues un nivel de estrés que es propio del sector, porque ninguna de las entidades de salud que presento pues la, que tomaron para la evaluación pues dio menos, o dio diferente. Hay servicios en los que se presenta mayor nivel de estrés como es en urgencias, en UCI.

**Entrevistador:** Que nos podría contar doctora, para ir cerrando esta entrevista, de algún proceso o experiencia que nos quiera contar acerca del proceso del talento humano de aquí, de la cualificación.

**Entrevistado 1:** Acá la clínica tiene, dentro de sus objetivos estratégicos, la medición del clima laboral y el mantenimiento pues obviamente de un clima laboral adecuado. Entonces, precisamente, dentro de esta evaluación estuvo pues la medición del riesgo psicosocial y permanente se hace monitoreo pues del clima laboral. Nosotros tenemos comités primarios mensuales, a través de esos comités también estamos detectando como se siente la gente, y la clínica Versalles le presta mucha atención a esta parte, es decir, la idea es que la gente se sienta bien trabajando porque sabemos que el mismo servicio, en sí, plantea un nivel de estrés alto porque pues es normal, propio del servicio que prestamos. Entonces permanentemente lo que se hace es monitorearlo, y tenemos en el año un programa pues que es precisamente para prevenir el riesgo psicosocial con diferentes actividades motivacionales, y que hagan sentir a la gente pues agradable en su puesto de trabajo, eso es importante.

**Entrevistado 1:** Otro punto, con el tema pues de cuando se prohibieron las cooperativas, que de hecho la clínica pues abolió esta forma de contratación, pero por decir algo, el médico es un profesional que no solo trabaja en una parte, entonces el médico trabaja en 6 partes, pero es que no es un trabajador común y corriente, no es un trabajador de 8 horas, no es un trabajador. Entonces son cosas que es complicado, es complicado manejar porque es que pareciera que no se tienen en cuenta estas situaciones puntuales y están relacionadas precisamente con la gente.

**Entrevistador:** Doctora, algo que considere debamos tener en cuenta y no hayamos abordado dentro de esta conversación

**Entrevistado 1:** No, pues hay muchas cosas, pero realmente no se me ocurriría ninguna puntual. Si, lo único es que yo pienso que es un sector muy específico, muy sensible por la misma actividad económica que desarrolla y considero que se debería mirar como algo así, como es, como algo específico y no como una generalidad, como tratando de meterse pues en una línea general del trabajador, del trabajador porque es que son trabajadores muy diferentes, y se enfrentan a una situación muy diferente.

**Entrevistador:** De acuerdo. Doctora, muchas gracias por acceder a nuestra entrevista.

## Parte 2

**Entrevistador:** Continuamos con la Doctora María Helena que nos va a contar algunas experiencias acerca de los profesionales, técnicos y tecnólogos que de alguna forma

tienen una vinculación en diferentes instituciones y que prestan pues sus servicios aquí en la IPS. Doctora, ¿nos puede contar?

**Entrevistado 1:** Si. Mira Ana Milena, yo te contaba que hay unos casos que son muy específicos y que de pronto valen la pena que se revisen y que se analicen al interior también de un estudio, cuantas personas no hay que tienen accidentes, accidentes automovilísticos, riesgos mayores a accidentes de trabajo relacionados con esa carga laboral que tienen, ¿Pero todo obligado a qué? A que son personas que económicamente no están bien y les toca ir a buscar trabajo en uno y otro lado, y finalmente terminan en procesos, digamos, accidentales que incluso pueden perder la vida, y no solamente es un caso, son muchos casos, lo que pasa es que son caso que no se documentan porque ¿Quién va a documentar un caso de esos? Pero si se documentaran, se encontrarían que hay muchas situaciones, de pronto, que esa misma carga de ese colaborador termina llevándolo a la muerte, o también muchas enfermeras generales, son las que manejan altos niveles de estrés, entonces, tu sabes, una persona que maneje alto niveles de estrés tiene más riesgo de hipertensión arterial, si tiene más riesgo de hipertensión arterial pues más riesgo va a tener de enfermedades cardiovasculares más riesgo de cerebro vasculares. Entonces desde ese punto de vista mira todas las implicaciones que puede tener ¿y cuál es el origen? El sistema, el mal pago de esos colaboradores ¿Qué termina en qué? En algo que va a ser nefasto, y porque es la perdida de esa persona, pero alrededor de esa pérdida de esa persona en la familia, si era parte de ese núcleo familiar que era la persona, que era el aportante en la casa ¿Como quedan todos los demás? Es que eso es un círculo, es un círculo para todos, o sea, todo mundo se afectaría allí, y es una familia más, porque bien, es una familia más sin ingresos porque dependían de esa persona.

## ENTREVISTA 9

**Secretaría de Salud Municipal de Cali**  
**Guillermo Velazco/ Consuelo Mejía**

**Entrevistador 1:** 5 de Diciembre de 2012, estamos en la Secretaría Municipal de Cali con el Doctor. Guillermo Velazco y la Doctora Consuelo Mejía

**Entrevistador 1:** Vamos a hablar acerca de talento humano y todas las percepciones desde la Secretaría y todo lo que nos puedan aportar en cuanto a esto. Buenas tardes Doctores, iniciamos nuestra conversación de acuerdo con los procesos de formación, ya sea profesional, técnica o tecnológica, ¿Qué nos pueden decir ustedes de la dinámica que se presenta, que tengan conocimiento a nivel de la ciudad, de la región o las percepciones a nivel Nacional? Doctor.

**Entrevistado 1:** Veá, lo primero que tenemos que hablar es que en Colombia, a raíz de la Ley 30 liberalizo, digamos, la formación. Eso tiene unos pros en términos estadísticos y tiene unos contras que apenas los estamos descubriendo o los hemos querido descubrir. El primer aspecto, por ejemplo, en el caso mío como medico yo te



puedo decir, en la última reunión que yo estuve en ASCOFAME, el viceministro de educación hablaba que en Colombia habían 68.732 médicos, estoy hablando de hace más de un año. Eso pues en términos estadísticos pues usted lo puede dividir y sacar una tasa por volumen de personas y usted puede decir “si, es que en Colombia tenemos una tasa por tantos médicos, pero Cuba tiene tantos médicos mas, y Venezuela Tal”. Eso en la realidad no aplica. Lo voy a decir sencillamente porque: yo no conozco a la fecha ningún médico, en los 20 años que llevo como ejercicio profesional, 22 años que llevo como ejercicio profesional, que trabaje en un solo sitio, eso es lo primero. Es decir, si nosotros vamos a ser consecuentes con la realidad, nosotros estamos hablando que en Colombia no podemos medir, digamos, la capacidad profesional por el número de médicos sino por el número de ejercicios profesionales o tiempos que en un momento se están ejerciendo. Entonces, eso hace que nosotros tengamos realmente más de 100.000 tiempos de actividades medicas completas realizando actividades profesionales, y eso hace que tengamos asumir un criterio diferente en términos de las tasas, por ejemplo, para medir la situación, el impacto o la necesidad en cada ciudad. Por ejemplo en el caso de las especialidades medicas, o estoy al tanto realmente ya porque hace rato estoy fuera de contexto en términos de las especialidades, pero si por ejemplo, algunas especialidades como anestesiología, eso varía mucho la necesidad dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo una ciudad como Neiva, Armenia o Pereira, tienen unas tasas de X volumen de necesidad de anesestiólogos per cápita, y nosotros en este momento en Cali vamos a necesitar mucho mas per cápita sencillamente porque están haciendo cirugías plásticas y es la tendencia que estamos teniendo. Entonces, por ejemplo, ahora en diciembre es muy difícil conseguir un cirujano plástico en Cali, esa es una situación que se está dando. Lo otro es que se está descontextualizando totalmente el sistema, Colombia ha abierto totalmente, digamos, las oportunidades para la entrada de culturas, tendencias y orientaciones medicas, y eso hace que Colombia en un momento entre a un espacio en términos del conocimiento y la aceptación del consenso científico igual que lo tiene Alemania, igual que lo tiene Cuba, igual que lo tiene cualquier gobierno totalitarista; ese tipo de situaciones se han descuidado completamente y deben tomarse en cuenta, yo creo que esos son los dos temas mas importantes que puedo anotar.

**Entrevistador 1:** ¿Qué consideraría usted que son los criterios de formación para este talento humano que en la medida de lo posible necesitamos que salga cualificado a prestar su servicio?

**Entrevistado 1:** Mire, uno tratar de establecer dogmatismos frente a eso es muy complicado, pero por ejemplo los principios de la formación en salud son los mismos, los principios de, digamos, de un sentimiento social, de responsabilidad, de compromiso frente al paciente, de un sentido frente a la vida respetuoso. Todo ese tipo, de los buenos principios, eso no cambia y no va a cambiar nunca en términos de contexto, lo que si cambia es la tecnología. En este momento, lo que estamos nosotros hablando, hace 20 años, hoy está totalmente desactualizado. Entonces la tendencia en este momento implica que nosotros tenemos que apropiarnos primero por la tendencia mundial que está llegando. Mire ¿Quiénes son los que están, entre comillas,

profesionales gloriosos y que están haciendo, que son los ejemplos para toda la comunidad en salud? Son los profesionales que tienen unas altas especialidades y que están trayendo tecnología, aplican tecnología a altos costos, con altos niveles de retorno en términos de la tasa de inversión. Eso es lo que está, ese es el modelo que se está aplicando y eso nosotros decimos “no, es que eso no debería ser”. Vaya pregunte usted, en cualquiera de las 7 facultades de medicina del Sur Occidente y yo creo que en buena parte del país, a que especialidad están teniendo la gente y fundamentalmente, mientras usted ve un medico, por ejemplo en Colombia, que digamos que puede estar, un médico general, que puede estar en unos ingresos entre, digamos, alrededor de unos 6'000.000 de pesos, trabajando duro, matándose. Eso se lo gana un cirujano plástico en medio día, es decir, estamos hablando que eso es una realidad que no se puede competir y le digo, sinceramente, desafortunadamente los principios, la educación, todo lo que usted quiera, cuando estamos hablando de que el estrato 6 no estudia medicina en ninguna parte del país, el estrato 6 cada día esta bajándose en términos de porcentaje las universidades. ¿En este momento quienes estudian medicina? Estudia el estrato 4 principalmente, después el estrato 5, después el estrato 3, después viene el 6 y viene el 2 y el 1 en la misma medida que tienen oportunidades, pero la realidad es que la salud, nadie del sector salud en este momento es, digamos, se puede mostrar una masa representativa en términos de decir que estamos formando solamente estrato 6, que pagan como estrato 6 es diferente porque es una población mas arribista, y mas arribista quiere decir mas tendiente a todos los mecanismos y digamos, orientaciones capitalistas, si se puede decir, dentro del medio, y eso implica mas generación de inconsistencia en términos de la responsabilidad o de la sensibilidad social, eso es una verdad ineludible. Ahora, ¿Cuántas facultades de medicina tenemos en Colombia? Yo conté 73 en estos días en el listado oficial del sistema, les contaba 135 facultades de psicología, eso es inconsistente. Ahora, ¿Inconsistente porque? Los psicólogos en este momento no tienen trabajo, yo creo que es la especialidad o el área de salud mas descuidada de todo el sistema. La fisioterapia esta exactamente igual, y yo diría que ha ido bajando de los años 80's para abajo, del norte de Colombia para abajo, cada día y llego aquí, ya llego a Cali, entonces son cosas que están; la terapia respiratoria, no tienen donde trabajar las niñas, las niñas en términos generales por ejemplo las instrumentadoras quirúrgicas, no se necesita una más en todo Colombia para los próximos 10 o 15 años, no se necesita una más. Ya hablamos de terapeutas respiratorias, y otra serie de áreas. Por ejemplo, la parte de odontología se mantiene todavía con una buena posibilidad, pero hay mucho odontólogo, demasiado odontólogo desocupado, y uno lo ve en términos del medio. Entonces, la parte de enfermería, la parte de enfermería cayó por esa idea de que había que promover los programas de enfermería, entonces, se crearon una gran cantidad de programas de enfermería en todo el país que en un momento lo que trajeron fue una abundancia de profesionales cuando el sistema se redujo, es decir, mientras un hospital, por ejemplo, por decirle algo, Mario Correa Rengifo, tenia en 5 servicios 5 enfermeras profesionales y trabajaba 24 horas, entonces necesitaba 4 por servicio, necesitaba 20 enfermeras profesionales, lo que hicieron con la transformación fue que se mejoraron los programas de auxiliares de enfermería, las 20 enfermeras que habían las eliminaron totalmente, quedaron solo 5 hasta hace 3 años, esperando que se jubilen, se pensionen, para dejar solamente una en todo el

hospital, el resto auxiliares de enfermería entrenadas. Entonces eso es lo que está pasando en la realidad en Colombia, ahora ¿Qué se está necesitando? Alto nivel de sub especialidades, que eso es lo que en un momento el sector se encamina por una simple situación. La Ley 100 lo que fomentó, principalmente, fue la tendencia hacia la alta tecnología, hacia el alto nivel técnico, le facilita a la gente más pobre el acceso a cirugías de alto nivel, entonces ¿Qué es lo que está pasando? Que las cirugías, trasplantes cardíacos, trasplantes renales, que de hecho mantener un paciente es muy costoso, ahora tienen acceso la gente pobre y eso ha estimulado todas las sub especialidades médicas en términos de ese sector, de esos sectores que en un momento son demandados por una gran cantidad, un gran volumen de profesionales. Pero las áreas básicas están absolutamente muertas, ya en este momento un médico general que mantenga un consultorio privado ya es algo extravagante, los médicos especialistas han bajado sus consultas al 30% y lo mantienen muy pocos, o sea, lo mantienen gracias a aumento de volumen a través de la atención de las EPS's, es decir, yo creo que aquí lo que estamos viendo es una transformación del sector que no se ha dado todavía, y me atrevo a comentar algo: en la misma medida en que se libere el sistema, entremos en la globalización, vamos a tener, no médicos cubanos sino gente de alta tecnología, en la misma medida en que haya más acceso y la Ley 100 todavía no ha dado los pasos que debe dar. La gente dice “no, es que la Ley 100 se está cayendo”, no, yo le puedo decir “la Ley 100 está en el mejor momento de la historia”, jamás el sistema, como sistema, ha estado tan avanzado en los propósitos que se tienen como ahora.

**Entrevistador 1:** Doctor, desde ese sector educativo, Doctores, desde ese sector educativo donde aparentemente estamos trabajando descontextualizados, la pregunta va a si los ministerios, los entes reguladores definitivamente tienen procesos de comunicación, están intercomunicados, saben que queremos los unos con los otros, o son entes que van como en direcciones opuestas en cuanto a la formación y a la prestación de servicio, en este caso, el ministerio de salud y el ministerio de educación, ¿esa convergencia si existe entre los sectores o se puede evidenciar que hay una desarticulación desde el mismo sistema global?

**Entrevistado 1:** Mire, yo no puedo responder sino desde mi punto de vista personal. Yo soy profesor de una universidad y lo que puedo decir es que de pronto, hoy en día exista ASCOFAME como asociación de, digamos, de comunidad científica que está articulando los sistemas, pero como ministerio, yo creo que los ministerios no llegan a las universidades en este momento al sector profesoral ni al sector, digamos, madre/matriz de las universidades, no está llegando, es decir, y yo le diría en términos de contexto, yo le diría que ni pierdan tiempo en ponerse a pretender llegar, tampoco es el sistema. En este momento lo que hay que tratar de liberar son estrategias que en un momento transformen las organizaciones o que las lleven a determinados tipos de orientaciones pero no pretender incidir, yo creo que el sistema descentralizado que tenemos, cada día más descentralizado, cada día más independiente, está en este momento demarcando una transformación de competitividad y competencia donde cada uno verá si puede sobrevivir o no. Yo creo que en este momento pretender volver a tener el papá y la mamá, en términos del estado, es absolutamente, no la gente

imposible, sino inocuo en términos de estrategias. Yo creo que ahora lo que se viene es de pronto una cualificación; en este momento esta, todo el sector educativo está estudiando más, todo mundo está estudiando, todo mundo está investigando mas, todo mundo esta, los sistemas de información en este momento son, yo diría, están montados para que sean perfectos. El país puede darse lujo en muy poco tiempo de tomar decisiones estratégicas para aumentar, disminuir el volumen de estudiantes y en una forma muy sencilla, por ejemplo, aumentando y disminuyendo el volumen de becados a través del ICETEX. Ese es el futuro. El futuro no es otro que ese, el volumen cada día más de personas que tienen aspiraciones a estudiar y quieren estudiar y que en un momento están buscando estudiar a través de préstamos, a través de todo, ese es el único instrumento que le va a quedar al gobierno.

**Entrevistador 1:** Doctor, en cuanto a la cualificación del talento humano, considera usted que si este está cualificado para prestar sus servicios o que necesitamos mejorar, que estrategias necesitamos implementar para que de alguna forma, escuchamos permanentemente quejas de los usuarios, del trato, de la deshumanización, de todo.

**Entrevistado 1:** Mire, yo no puedo hablar del sector porque seria muy atrevido. Yo trabajo en una universidad donde nosotros estamos convencidos que estamos ofreciendo un nivel que esta en este momento muy cercano a lo óptimo, y hasta allí me puedo abstraer, pero lo que sí puedo decir, por ejemplo, es que en este momento la desmitifican de los símbolos mágicos ritualísticos de la sociedad, en términos del símbolo del médico, de la enfermera, de todo el personal de salud ha sido o son en este momento el producto de una necesidad iconoclasta que tiene el país y que ha destruido y cada día destruye. Los muchachos que están llegando a los hospitales son mas retractados, son contratados sin prestaciones sociales, son obligados a sucumbir frente a normas donde ya no hay necesidad de ponerle a alguien “vea, usted porque llego tarde”, no hay necesidad de regañarlo, el sistema electrónico le da las tasas y si no produce y no tiene una rentabilidad y si uno ve las tasas, los indicadores de uso, el tiempo de operación, las quejas que se tienen y los resultados, yo tengo un control absoluto en temas del hospital sin necesidad de moverme de la silla, sin necesidad de levantar la voz y además con una facilidad muy simple: le quito el contrato a quien en un momento determinado falle por alguna cosa porque yo como gerente, que ese es otro amarre, el sistema está perfectamente amarrado con la 1438, los gerentes tienen que presentar control de gestión cada año y tienen que presentar su plan de gestión al inicio y su control de gestión al final. Entonces todo mundo está haciendo barbaridades, por ejemplo, yo me pregunto si la cantidad de glosas que se dan en los hospitales son producto de una casualidad o es la necesidad de aumentar las cuentas por cobrar para habilitar un balance como acabo de darme cuenta en estos días frente a una situación casual que fui a una junta directiva en representación del secretario. Entonces, lo que estamos hablando es un sistema totalmente ajustado, un sistema que en un momento es supremamente agresivo frente a esa personal, esos profesionales donde no los respetan, son una serie de instrumentos que en un momento hay que empezar a establecer unos mecanismos para que en un momento se garantice el respeto y las garantías laborales a este personal, si no, no va a cambiar.

**Entrevistador 1:** Hablando de esas condiciones, ya lo tocábamos así con lo que usted nos está diciendo, doctor, ¿usted tiene conocimiento si la rotación del personal en las diferentes instituciones prestadoras de servicio es alto, bajo, el tipo de vinculación predominante en la prestación de servicios, la vinculación directa a las situaciones, este tipo de situaciones, que nos podría contar?

**Entrevistado 1:** Es muchísimo alto. Le voy a poner por ejemplo casos prácticos, le voy a poner un ejemplo práctico: El hospital piloto de Jamundí en los últimos 4 años ha tenido 5 directores, en los últimos 4 años solamente el personal nombrado permanece, y en este momento todo el personal administrativo es nuevo, creo que el personal asistencial permanecen solo los que están nombrados, el resto, todo ha cambiado. El Isaías Duarte Cancino en los últimos 4 años ha tenido, creo también, 5 directores, no hay estabilidad de la dirección médica, no hay estabilidad de los directores de servicios, no hay estabilidad sino de las personas que están nombradas, entonces ¿De que estamos hablando? Que si usted tiene un recambio en un promedio de año y medio de personal no hay sentido de pertenencia, lo que tenemos son fabricas, entonces las fabricas se manejan por procesos y por resultados y en un momento todo es medible, todo es factible de organizar y los sistemas de calidad están sometidos fundamentalmente a las tendencias técnicas que en un momento se ejecuten dentro de una institución.

**Entrevistado 2:** Tenemos que ver “El Muro” de Pink Floyd, donde salgan todos en salchichitas así.

**Entrevistador 1:** Doctor, en cuanto a esos procesos de rotación, de no continuidad de los procesos, que de alguna forma afectan no solamente al talento humano sino directamente a los usuarios, ¿Por qué se podrían presentar?

**Entrevistado 1:** La palabra se llama “Clientelismo” y la otra se llama “política”. En todos los escenarios públicos está pasando eso, y si usted en un momento quiere que me atreva a comentarle algo, el futuro del sector publico es ninguno. Si en estos momentos vamos a ver los niveles de, digamos, de eficiencia en términos de servicio, yo creo que no, obviamente que ha ganado el sector público, indudablemente ha ganado, pero no puede competir con el sector privado. Mire, la situación, por ejemplo, de partos que se está dando con las nuevas, con las EPS, por ejemplo en Cali, las señoras del distrito de Agua Blanca, hace poco tuve oportunidad de charlar con unas señoras, ellas prefieren tener sus niños en la clínica Versalles que en el hospital Primitivo Iglesias donde atendimos todos partos y donde se atiende y se ha hecho un esfuerzo muy grande. Entonces, lo cierto que estamos hablando es de que ahora la ley también cambio aspectos sociales dentro del sistema de relaciones, hay una oportunidad social, de vinculo social, de salir de la clínica tal a la clínica tal con las nuevas EPS. Ahora, si usted en un momento ve la relación de los partos que atiende una clínica, por ejemplo, la clínica Versalles en Cali con el Hospital San Juan de Dios por ejemplo, o con los hospitales de Nivel I, hay una situación en la cual yo creo que la curva de crecimiento apunta a la entidad privada, entonces, el futuro de esto, donde

son cada día más costosos, las cosas más costosas, donde hay mayor demanda en términos de calidad y servicio de la gente, son muy cuestionadas las condiciones para el sector oficial, y fíjese que no estoy hablando de quiebra, ni de maltrato, ni de gastos ni despilfarro, sino estrictamente las condiciones de prestación de servicio.

**Entrevistador 1:** Doctor, algo que usted considere que no hayamos abordado dentro de esta conversación, de pronto acerca de las instituciones de formación para el trabajo, que salieron en auge, que están formando a los profesionales, a los auxiliares, técnicos y demás, ¿Qué opinión le merece? Si están cualificadas, si también es por tendencias, esta dinámica que se presenta en la formación de las escuelas de formación para el trabajo. ¿Qué nos podría decir de ellas?.

**Entrevistado 1:** Mire, yo no entiendo honestamente cual es la política nacional real detrás de base de ellas. A mí me parece que es sano en lo que se ha hecho, aquí hay una serie de agentes que son indudablemente unos maestros técnicos dentro del proceso social, han transformado la educación para el trabajo. Yo tuve la oportunidad de conocer algo durante un año y medio que estuvimos, o dos años, que estuvimos en frente de eso en la secretaria de salud pública en Cali, hoy las entidades son más organizadas; los dueños, que muchas veces son mercenarios del sistema, han ido transformándose a raíz de la necesidad de estar cualificados, de educarse, de tener personas especialistas en el área, de profesionalizar el personal, mejorar la infraestructura de hospital, etc. Pero todo eso muy bonito, pero cuando usted los mete dentro de los convenios docente/asistenciales, que tienen que tener 10 años de contrato para poder mantenerse, están muertos todos. Entonces ¿A donde los mandaron con ese decreto? Y eso perdóneme, eso fue hecho por expertos. Los obligan a prestar formación en los pueblos, en los sitios aledaños, los sacaron de las ciudades, los sacaron de las ciudades con un decreto que en un momento, para mí, los tiene muertos. En este momento ellos están haciendo convenios por 1 o 2 años máximo y eso no los permite salir, están violando la ley, o con los ancianatos, con los hogares infantiles, que además tienen que tener una resolución para poder hacer convenios, entonces, ellos tienen que habilitarse para poder hacer convenios, entonces, esas instituciones en lo que es salud, están en una situación de total, digamos, desamparo frente a los monstruos que son las universidades. Nosotros mandamos aquí un documento al Ministerio, al Consejo de la Comisión Nacional de formación de recursos humanos tratando de solicitar que se garantizara, digamos, se construyera una normativa donde cada entidad prestara los servicios en la medida que le corresponde, diplomados, etc. Igualmente, hicimos una propuesta para que hubiera una militante de espacios formativos. Ninguna Universidad necesita el área de formación para el trabajo. Nosotros necesitamos que hayan entidades que se desarrollen, el papel de un estado no es controlar, o que en un momento sea la universidad la que tenga la mejor parte porque es más bonita o es más grande sino que los que están teniendo, tienen, esas tendencias educativas y quieren hacerlo se formen, se profesionalicen, se instrumenten y se desarrollen, ese es el papel del estado pensando en 20 o 30 años. Mire, yo veo muy complicado el futuro de esas instituciones. Esas instituciones para poder competir en ese momento van a tener que asociarse para poder competir con los monstruos que si pueden sobrevivir, tienen todo para sobrevivir. Además, otra cosa, el

futuro del sistema no está en la acreditación, la acreditación es una panacea de momento, entre otras cosas, eso no sirve de nada, con todo respeto, eso, yo pertenezco a una universidad donde yo puedo trabajar en procesos de acreditación ¿Sirve? Si, o sea que si es útil, si es útil. Estoy diciendo que eso no sirve para nada desde el punto de vista de la institución, frente a ella, en términos de estructura financiera orgánica, en ese punto es que quiero señalarlo. Mire, la gente que está yendo a una universidad que está habilitada va y se inscribe, y si no está habilitada también se inscribe si tiene fama, esa es la realidad, y se inscribe y se sigue inscribiendo. El problema aquí es la acreditación internacional. Como nosotros no tenemos contactos extranjeros, y eso creo que tiene que venir al ministerio, ¿Cuál es el escenario futuro del sistema educativo? Si nosotros tenemos un escenario futuro del sistema educativo claro, donde nosotros sepamos que vamos a tener que interactuar con personas formadas en diferentes partes del mundo, podemos en un momento mirar que es lo que va a pasar, porque esas entidades de educación para el trabajo que están trabajando para formar gente aquí, para hacer, nosotros tuvimos, y creo que fue nuestro mayor aporte, incidimos para que una institución empezara a hacer acreditación internacional y se fuera del país, o sea sacar la gente del país.

**Entrevistado 1:** Claro, todo. Creo que ese fue nuestro aporte en su momento, pues, de estas instituciones, pero como tal, las instituciones como esta en este momento, con esa normativa, están muertas, no pueden competir.

**Entrevistador 1:** Y sobre los perfiles que ellos sacan, en algunas ciudades, en algunas regiones dicen que el mismo auge de las escuelas de formación para el trabajo, la demanda de estas que cada vez salen más escuelas de formación para el trabajo y que generan saturación en el mercado de ciertos perfiles por tendencias como el auxiliar de enfermería De este tipo de dinámicas de cualificación ¿Usted tiene conocimiento, por ejemplo en Cali, de los perfiles que ellos sacan, las escuelas para formación para el trabajo, en cuanto a competencias?

**Entrevistado 1:** Pues si es irregular. Indudablemente hay unas distancias grandes y nosotros precisamente intentamos hacer, y tenemos un instrumento, lo vamos a incluir, ahí lo tenemos listo para publicar hasta el momento que nos cambiaron funciones aquí, pero tenemos un instrumento completo para hacer evaluación de instituciones en términos de toda la infraestructura organizacional, toda, para tratar de cualificarlas y certificarlas de acuerdo a una escala que esa fue, digamos, la idea de que las entidades compitan y puedan cambiar su escala en la misma medida que mejoran procesos, me parece que eso es una buena estrategia y creo que es una estrategia que empezamos a funcionar aplicar en Cali. No se pudo, no se ha podido llegar. Hemos tenido 4 secretarios de educación en los últimos 2 años, los secretarios de salud cambiaron totalmente las tendencias, pero por ahí es la situación. Ahora el SENA estableció una serie de perfiles que yo creo que eso es lo que defiende el sistema de formación para el trabajo y de auxiliares Yo pienso que medianamente se cumplen.

**Entrevistador 1:** ¿Pero quien en si las regula, quien en si las determina, las supervisa, genera estándares de calidad, de cualificación?

**Entrevistado 1:** Mire, en este momento a raíz de la caída del 3616 que estableció, digamos, esa asociación entre las secretarías de educación y salud, eso cambió totalmente el panorama y eso empujó ese tipo de condiciones a que ellos tuvieran que asumir un papel dentro de un espacio regulado dentro de unos estándares básicos. Con la reforma de la caída del 3616 eso quedó en el aire, eso quedó en el aire, tanto así que nosotros mismos acá cuando tuvimos oportunidad de trabajar en eso quedamos fundamentalmente a la diestra de la voluntad del secretario de turno, entonces, obviamente ni educación ni salud tienen gente disponible, aquí hay muchas cosas que hacer entonces nos cambian funciones. Entonces yo creo que una de las cosas sanas que hizo el ministerio y que puede retomar es reconstruir nuevamente los comités técnicos en términos de salud y educación, retomar las visitas periódicas porque educación las hace, pero no tienen la suficiencia en términos de salud, acá hay mucha gente, nosotros tuvimos la oportunidad de retomar gente, todo el que fuera magister, todo el que fuera profesor universitario, o tuviera un doctorado, alguna cosa, y les colocamos pares académicos, los pares académicos se hicieron visitas, se revisaron algo así como 130 programas. El resultado fue estupendo, para mí fue el resultado fue estupendo, todo se echó a la olla con la reforma a la 3616 y no paso nada, simplemente no paso nada, porque no tiene doliente. Entonces, creo que eso son cosas que pueden hacer en la parte educativa a nivel universitario. Los pares ha funcionado, para nosotros ha sido una muy buena experiencia. En esta oficina que ahora somos de emergencias y desastres, que tenemos competencia para otra serie de cosas, vamos a usar pares para el próximo año en términos de ese sistema porque a nosotros nos parece supremamente bueno.

**Entrevistador 1:** Doctor, ¿Algo que considere usted que debemos tener en cuenta y no se haya abordado dentro de esta conversación en términos de formación, de cualificación de servicios?

**Entrevistado 1:** Mire, la clave de todo sistema educativo son los docentes. Es decir, si nosotros tenemos una buena base docente, podemos transformar el país, pero se necesita impulsar procesos para eso, yo creo que la clave está ahí, la clave está ahí, un docente, pues yo ya no soy un muchacho que empieza a dar clase, ojala lo fuera. Ya uno ya uno puede decirlo con autoridad y suficiencia, quizás, pero para ser docente se necesita estudiar, se necesita formarse, se necesita cualificarse y se necesita querer hacerlo. Entonces, si nosotros tenemos, hay gente que quiere y no puede, y yo conozco mucha gente que quiere pero no puede entrar a la universidad porque no tiene un magister, entonces pienso que hay que buscar la forma de facilitarle a mucha gente que haga pedagogía, que toda esa gente supe calificada del SENA, de todas las instituciones, se faciliten o se aporten a través del ministerio, a cabal de dar una muy buena oportunidad en eso, y por otro lado, se exija a las instituciones que en un momento entremos a cualificarnos, entremos en un escalafón nacional, como los top 1000 por ejemplo que tienen en el mundo, ahora la norma ni siquiera es competencias por, en términos de organización, sino competencia en lo que yo hago, ¿no? Entonces, los sistemas de Best Practice, ya me volvió a la mente, el sistema de Best Practice transformó el mundo, en los Estados Unidos la gente se cualifica sobre esos sistemas,



en Europa se están cualificando sobre esos sistemas, y nosotros no tenemos alternativa, es decir, el esfuerzo que hizo el SENA, que yo si lo valoro, parece que eso, en este momento tiene, aunque mucha gente no se ha dado cuenta, en jaque todo el sistema universitario Colombiano, todo el sistema Universitario colombiano as no nos guste a muchos, y de pronto yo me pregunto la bondad, el beneficio, pero yo no creo que la universidad vaya a entrar directamente a ese sistema, no lo va a hacer, de pronto en la misma medida que la universidad forme doctores, de pronto coge su pregrado y lo estructura sobre competencias nacionales, y eso es la distancia. Mientras no haya toda esa escala de especialistas, magister, doctores, pos doctorados, no va a pasar nada. De pronto puede uno estar equivocado, ahora me atrevo a decir al revés, pero creo que el sistema es bueno, el sistema bueno en la misma medida en que se tenga en cuenta que es un sistema que es conductista, que esta orientad para esquemas normativos, que en momento tiene una serie de beneficios y tiene una serie de limitantes. Sobre ese punto de vista, creo que, eso va a llegar a la universidad porque hay universidades que salen temprano a ofertar.

**Entrevistador 1:** Digamos que en materia de formación de talento humano en salud, el sector no ha sido de apertura para el área de los tecnólogos, ¿sí? Ahora se está haciendo un esfuerzo de incrementar la formación de tecnólogos para salud, por ejemplo, tecnólogo en imágenes diagnosticas, el tecnólogo en medicina nuclear, tecnólogo en regencia de farmacia, tecnólogo en gerontología, en fin, una serie de tecnólogos, ¿usted cree que el sector necesita tecnólogos?

**Entrevistado 1:** El problema grande en este momento no está en que se necesite o no se necesite, la respuesta es que si se necesita, el punto es ahí, el espacio laboral para que esa gente tenga, participe dentro del sistema de flujo de servicios y puedan ser intermediarios de servicios y eso se mantenga, que sea sostenible, ese es el punto, por ejemplo, el caso particular de los tecnólogos de atención pre hospitalaria: si usted está en este momento formando 6.000 médicos, 6.500 médicos en el año, tiene toda infraestructura que tiene capacidad para recibir 3500 médicos, tiene unas necesidades en los hospitales, donde usted cada día entre mas médicos, mas barato se le aproxima, entonces para que va a formar tecnólogos en atención pre hospitalaria si en este momento cada día la mano de obra es mas barata, medica, y cada día usted, la responsabilidad legal, en términos de responsabilidad si no cambia, entonces usted no tiene sino que en un momento mirar los ajustes, y por eso hay médicos contratados por 900.000 pesos, esa es la realidad. Entonces el futuro de ciertas especialidades, de ciertas profesiones médicas es ninguno. Entonces, ahí hay que analizarlo muy bien para mirar las tasas de crecimiento, mirar las competencias a donde se va a orientar, el a vasallaje tan grande que tiene la formación médica en todos los campos. Cada día la gente busca otros espacios, el espacio administrativo, el espacio financiero, salud pública, entonces, ahora por otro lado, las enfermeras que en términos generales son un sector muy fuerte y generalmente muy capaz, se les ha cerrado el espacio, entonces yo creo que en ese sector hay que analizarlo muy bien porque estamos hablando no de un instrumento dentro de un sistema productivo, sino de una persona que aspira a vivir su vida y que hay que garantizarle unas garantías, ofrecerle una garantías mínimas en términos de su desarrollo personal y social, y creo que ahí hay mucho que analizar, yo no puedo de pronto ir más allá porque pues obviamente es muy

atrevido pues hacer comentarios mas allá y creo que he hecho bastantes, pero creo que aquí vale la pena señalarlos en los términos de lo que corresponde. ¿Porque no tocamos otros aspectos ya que tocas? Por ejemplo, la certificación profesional, se cayó con él, por favor se me olvido el numero, 1650 y tal, de 2010, se cayó y ¿Qué era lo que se pretendía? Que es lo que se pretende, porque es que es no ha caído totalmente, yo lo vi, no voy a decir nada, digo el milagro y no el santo, un directivo del ministerio del exterior este año, aquí en Cali, vino y nos visito, en términos de lo que es la normatividad de la educación continuada. ¿Qué es lo que se pretendía? Una re certificación cada 5 años de todos los profesionales ¿pero con qué orientación? Con la orientación de los colegios médicos, ¿entonces qué pasa? Mucha gente está dormida, nosotros nos organizamos, nosotros tenemos, y puedo decir, tenemos 3800 médicos en este momento listos para entrar a romper lo que sea en línea, nosotros organizamos en Cali, por lo menos de una universidad de donde yo trabajo, y donde soy egresado, y todo el mundo empezó a formarse, digamos a prepararse para una guerra, una guerra, esto no es otra cosa; no por miedo, sino porque da la casualidad que hay un centralismo en Bogotá que nosotros aquí lo sentimos. Ahora, un centralismo natural, si esto fuera el centro del país, igual nosotros haríamos exactamente lo mismo, no estoy criticando a las personas sino las condiciones, ¿no? Las condiciones humanas, ese es el punto. Entonces al crearse los colegios médicos y establecerse los colegios profesionales, se establecen una serie prerrogativas donde el colegio médico mayoritario toma posesión y el mando y la directiva del sistema educativo, la pregunta es ¿Quién manda en este momento en la orientación educativa en Colombia? La manda el ministerio de educación, la manda el ministerio de salud o las EPS, esa es la pregunta, entonces, ¿Cómo se le deja a una EPS formar una escuela de salud? “ah no, es que ellos tienen derecho”, si, pero entonces precisamente lo que hay que buscar es que los sectores interactúen, no que se sobrepongan. Cuando usted deja que los sectores se sobrepongan, lo que esta es permitiendo que no haya, digamos, un desarrollo competitivo dentro de un sector, sino que algunos estén apalancados por cierto tipo de beneficios en el tiempo, estoy hablando de la facultad de medicina de Colsanitas, por ejemplo, sin vueltas para que lo entendamos; “ah bueno, que es que está bien”, listo, perfecto, pero es que tenemos que mirarlas es en el tiempo, entonces yo creo que ahí el ministerio tiene que tomar medidas y tenemos que, así como o les hago referencias, yo no estoy de acuerdo, y seguramente mucha gente que son jefes míos, no les gustaría que yo dijera esto y que lo he dicho, yo no estoy de acuerdo con una universidad de la educación para el trabajo, la educación para el trabajo hay que dejársela a la gente que lo hace; “ah que lo hace bien o mal”, déjelo que se desarrolle. Una de las cosas que uno aprende como docente es ofrecerle a la gente que en un momento mueva sus posibilidades “ah, pero es que lo hace mal”, déjelo un tiempo y verá que lo empieza a hacer bien; friéguelo, presiónelo, ayúdelo, permítale que en un momento construya un proceso y la gente lo logra. Ahora, obviamente que los sectores tienen que independizarse para poder, en un momento, entrar a interactuar y poder competir como sector con otros sectores del mundo, es que el punto no es competir con Colombia misma sino con el mundo, entonces nosotros, si permitimos...Obviamente que alguien puede decir “no, es que las universidades privadas son empresas, las EPS’s son empresas” y obviamente uno puede tener acciones en una u otra, hay universidades que son formadas por acciones, hay unas

universidades en el sur Norteamericano, la universidad ... Una universidad que está formada por acciones, que se encuentra en el esquema de valores financiero internacional. Bueno, pero lo cierto es de que aquí lo que estamos hablando es que si bien es cierto que una EPS es una entidad privada, que puede comprar un campo de golf, lo puede comprar, si, porque es que no es la facultad de medicina, o un Resort, ¿Sí? Si en un momento, ¿la plata de donde vino? Entonces lo que hay que buscar son mecanismos de control para que haya independencia, yo creo que ese es el futuro de los ministerios, asociar y definir las políticas nacionales grandes, y en un momento sobre gente, y yo lo veo, el sistema ha cambiado porque hay gente muy capaz, y veo con mucho respeto. Lo único malo para uno es no estar ahí, y disfrutar de ese entorno de alto nivel, eso es lo único malo, pero muy capaz la gente que está trabajando y uno lo ve con mucho respeto y ese es como el esquema, pero sí creo que esas cosas se pueden tocar y se pueden segmentar, y en un momento evitar que en el día de mañana tengamos sectores que están reorientando el sistema en una forma muy cómoda, como está pasando hoy con cierto tipo de orientación educativa con una EPS mandando un sistema educativo, eso no tiene presentación en temas de ningún concepto educativo ni representación, ese concepto no.

**Entrevistador 2:** Ni las sociedades científicas tampoco.

**Entrevistado 1:** Claro que no, por supuesto que no.

## **ENTREVISTA 10**

**Comfenalco, Cali, Valle del cauca**

**Dra. María Helena Castro**

**Entrevistador:** Diciembre 6, 2012. Estamos con la Doctora María Helena Castro de la corporación Comfenalco, Valle del Cauca. Doctora, muchas gracias por acceder a esta entrevista en el marco de la caracterización del talento humano del sector a nivel nacional. Doctora, iniciamos con el tema de la formación de los profesionales técnicos y tecnólogos del talento humano. Iniciamos con la siguiente pregunta ¿Considera usted que las personas que se están formando en el talento humano están acordes a las necesidades de las regiones, en este caso, de la ciudad?

**Entrevistado:** Bueno, yo considero ahí dos, básicamente, son dos preguntas. Una en cuanto a la formación y otra en cuanto a realmente si corresponde a los perfiles que tenemos nosotros en la ciudad. Por un lado yo pienso que en algunas profesiones hay una sobredemanda y en otras estamos escasos de recurso humano. Y por otro lado pienso que la formación que se está dando hoy a estas personas, tanto técnicas como tecnólogos y profesionales, académicamente ha desmejorado mucho comparado con profesionales de pronto de hace un tiempo, los perfiles han venido cambiando.

**Entrevistador:** ¿Ese desmejoramiento obedece, doctora, a conocimiento científico, al trato con el usuario? ¿En qué se ve la desmejora de esta formación?

**Entrevistado:** Por ejemplo en los profesionales, según los casos que uno ve, hoy por hoy, esa falta de liderazgo hace falta mucho en los profesionales. De pronto la parte de toma de decisiones es algo que ha afectado mucho, que ya no es lo mismo y no

solamente porque uno lo perciba sino porque lo perciben muchas personas, sobre todo en estos procesos de selección y cuando uno vincula a las personas se dan cuenta que existen de pronto esas brechas ahí en esa parte, y también en una parte muy importante que ya es sentido de espíritu de servicio, también ha cambiado mucho respecto a cómo veía uno antes a estas personas, profesionales y técnicos.

**Entrevistador:** ¿De pronto esta necesidad sentida o esta situación la evidencian ustedes? O ¿Como hacen el proceso de filtro? ¿A través de las quejas de los usuarios, o simplemente por procesos de cualificación de la evaluación de competencias, evaluación de clima organizacional? ¿Cómo identifican ustedes estas situaciones que se presentan?

**Entrevistado:** A través de alguno de los factores que has mencionado, por ejemplo, en qué sentido, en el desempeño de las personas, en las evaluaciones, también en el programa de PQRS, si porque nosotros nos llega y la mayoría de quejas que a nosotros nos llegan hacen mucha referencia al trato, a las personas. Nos hemos dado cuenta de eso, básicamente en esos espacios de evaluación, en el desempeño de las personas y en esos problemas que muchas veces tenemos quejas y la mayoría no hacen referencia tanto a la parte técnica sino que hace referencia más a esa atención.

**Entrevistador:** A la atención directa de los profesionales en el tema asistencial.

**Entrevistado:** Mas que al usuario, si.

**Entrevistador:** Doctora, devolviéndonos un poquito a los temas de los perfiles, según su conocimiento que esta todo el tiempo de la recepción de hojas de vida, de mirar los perfiles, de ver las necesidades de la institución, ¿Cuales son los perfiles que usted considera en déficit, o sea es decir, que son muy escasos y que es una necesidad eminente para el sector?

**Entrevistado:** Bueno, hablando del área asistencial pues que son para nosotros aquí, los cargos más críticos son los del área asistencial, y te voy a contar las dificultades que hemos tenido en ciertos cargos, digamos así, por ejemplo, nutricionista, es difícil, es un cargo para nosotros muy crítico; otro cargo muy crítico para nosotros es el químico farmacéuta porque realmente en esta región de acá, por estos lados, nosotros no tenemos, la única que esta en este momento creo que es licencia, y licencia apenas esta con sus procesos de formación, los estudiantes irán en tercer o cuarto semestre, pero del resto los químicos que nos llegan tienen que venir o de Medellín, de la Universidad de Antioquia, o tienen que llegar de la Costa que es donde si hay variadas facultades de química farmacéutica.

**Entrevistado:** Si, tenemos, la mayoría de profesionales nuestros, tanto como nutricionistas, vienen de los lados de la costa, como los químicos farmacéuticos vienen de esos lados.

**Entrevistador:** Eso a nivel de profesión. En cuanto a técnicos/tecnólogos, doctora ¿Los perfiles están acordes a las demandas, a las necesidades de la población? ¿O usted considera que sobre oferta en algunas, algunos renglones, algunas especificidades?

**Entrevistado:** No, fíjate que nosotros en técnicos no hemos tenido tanto la dificultad en conseguir el técnico sino en encontrar la persona que realmente de la talla en formación, en número no, porque tú necesitas un técnico administrativo en salud y lo encuentras, pero cuando vas a abrir ese desempeño nada, no tiene las competencias, es más de información. Y otra parte muy importante es que pueden tener la formación pero el componente actitudinal es muy débil, y nosotros buscamos es un equilibrio en esos dos componentes.

**Entrevistador:** Teniendo en cuenta esos factores que está hablando doctora, ¿El nivel de rotación aquí en Confenalco es alto, es bajo?

**Entrevistado:** Es alto, pero lo tenemos especificados ya en algunas áreas, para nosotros la rotación es alta en personal de enfermería y médicos, del resto la planta es muy estable.

**Entrevistador:** ¿Tiene identificado el porqué se presenta esta alta rotación en estas dos áreas?

**Entrevistado:** La oferta laboral, la mejor oferta en otras instituciones es lo que nosotros hemos podido identificar, a pesar de que hemos tratado mejorar y a través, puede no ser económicamente sino de otros incentivos, motivar a la gente y capacitaciones y todo eso, pero igual las personas se mueven mucho al rededor de donde estoy mejor yo salarialmente. Entonces eso es lo que a nosotros nos pasaba, y como te digo, nosotros somos apenas una organización en formación, llevamos 2 años y no podemos ponernos, de pronto, que a nivel de otras instituciones que ya llevan muchos años y que ya económicamente están muy bien como para ofrecernos de colaboradores, lo que se merecen, porque igual nosotros sabemos que merecen un poquito más pero no estamos en este momento en condiciones; tampoco es que seamos de los peores porque nosotros, en el mercado pues, los salarios están en muy promedio con el mercado, pero tenemos instituciones que están mucho más adelante y prefieren llevarse a su gente de experiencia, entonces una persona que formemos acá, tiene experiencia, pero le ofrecen algo mejor y se va.

**Entrevistador:** Doctora, para asignar, para hacer las asignaciones salariales ¿Como cuáles son los criterios que tienen establecido la institución? La formación, las competencias, la experiencia..

**Entrevistado:** De todas maneras aquí se hizo, hace un año, cuando recién inicio la corporación se hizo un estudio de escala salarial, y con base en ese estudio de base salarial, que se contrato una empresa, con base en eso se empezó a trabajar y ya se establecieron los niveles de formación. Entonces se estableció, para los cargos aquí, por lo menos están el director, el sub director, luego están las jefaturas, luego están los

coordinadores, luego están los profesionales, tecnólogos, técnicos, auxiliares y ahí llegamos. Y con base en eso nosotros tenemos ya la escala definida.

**Entrevistador:** Promedio doctora, ¿Cual puede ser el salario de un medico general y uno con una especialización? Promedio.

**Entrevistado:** Lo que pasa es que aquí nuestros médicos trabajan, los médicos especialistas, por productividad, ellos trabajan con base en lo que hagan. Para el médico general, ellos les pagan también de acuerdo a las horas que realicen pero pueden ponerse en promedio más o menos, yo creo que más de 3'000.000 de pesos.

**Entrevistador:** Doctora, en cuanto a vinculación en la organización ¿Que es mas predominante, la vinculación indirecta, sea por prestación de servicios, ya sea gremial u otro tipo de modalidad, o de planta?

**Entrevistado:** Nosotros tenemos varias modalidades de contratación acá. Nosotros por prestación de servicios es la menor, pero tenemos por prestación de servicios, pero tenemos varios modelos de contratación. Un modelo de contratación es el personal vinculado por planta. Las personas vinculadas por planta corresponden a los cargos, a los directivos, a los jefes, sub directores y jefes, esos son los cargos vinculados a nivel de la planta. Las personas, los médicos especialistas, trabajan por productividad, ese es su modelo “yo trabajo, hago esto y esto es lo que me van a pagar”. Tenemos también personas que trabajan con nosotros por asociaciones gremiales, entonces, tenemos la asociación de anesthesiólogos, asociación gremial de pediatras, asociación gremial de ginecólogos, y así sucesivamente, entonces ellos así. Otro grupo que tenemos son las personas que trabajan a través de una empresa misional. En este momento la vinculación la tenemos con CENTEMPO y la mayoría de la población está vinculada a través de ese trabajo indirecto, a través de la CENTEMPO, anteriormente llamada Casa temporal, Centempo que se llama la empresa.

**Entrevistador:** Doctora, cuando se hace esa vinculación como por productos, como decíamos, los especialistas, ellos cuando se les hace el tema de sus pagos, ¿Ellos pagan su seguridad social? ¿O la institución de alguna forma como hace con ese proceso de la seguridad social de ellos, ellos lo pagan a parte como si fueran contratistas y lo pasan como cuentas de cobro por las actividades que realizan?

**Entrevistado:** Si. Eso está dentro del paquete completo se les paga absolutamente todo. También tenemos la modalidad de prestación de servicios, pero tenemos muy pocos, en el momento tenemos solamente 5 y son especialistas, son médicos especialistas por prestación de servicios. Y tú me preguntas ¿Cuales especialidades que tienen agremiaciones? Las sub especialidades donde solamente hay 1 o máximo 2 especialidades, o sea, las más difíciles y donde encontramos muy pocos médicos, esos son los que trabajan por prestación de servicios, por ejemplo, un endocrinólogo, por ejemplo un nefrólogo pediatra, esas son los difíciles, digamos un hematoncólogo, por decir algo, son prestaciones de servicio.

**Entrevistador:** Doctora, de pronto en las evaluaciones que ustedes hacen de desempeño y demás ¿Cual es el, lo que detona el estrés laboral de los prestadores de servicios en la institución, cual es el detonante como de estrés a nivel pues del clima organizacional que digamos que sus estudios hayan podido identificar?

**Entrevistado:** El estudio de clima de nosotros ya antes estamos pensando en volverlo a hacer porque nosotros lo hicimos hace más o menos dos años, y en ese estudio de clima pues arrojé muchos, muchísimos resultados, pero parte de la insatisfacción de las personas aquí era el tipo de, la modalidad que tenían de contratación ¿Y entonces qué pasó? Y en eso hemos nosotros evolucionado de acuerdo a eso, por ejemplo, aquí la gente inicialmente estuvo vinculada a través de una empresa de asociación de trabajo, de una CTA, y eso era un nivel de insatisfacción grande del personal. Hoy por hoy ya no están vinculados a través de ese medio, ya las cooperativas asociadas desaparecieron y ya están los médicos con sus asociaciones gremiales y el resto de personal están con una casa temporal, que es una casa que tiene todo el régimen laboral con todo, entonces todos tienen sus prestaciones, tienen vacaciones, tienen sus licencias, absolutamente todo.

**Entrevistador:** Doctora, cuando se presenta una unidad, una vacante, un perfil que necesiten ustedes cubrir ¿La oferta es alta, es decir, que llegan, bastantes hojas de vida? O al contrario ¿De acuerdo al perfil tienen ustedes que empezar a buscar,?

**Entrevistado:** Depende del cargo. Depende del cargo, si es crítico o no, y depende también de lo que yo te decía, depende de la oferta también, porque por ejemplo, te voy a dar un ejemplo, auxiliares de enfermería hay un pocotón, y siendo un cargo crítico para nosotros en nivel de rotación es muy fácil tener un vacante en auxiliar de enfermería, pero profesionales de enfermería siendo, tantas facultades de enfermería que tenemos aquí, nos cuesta mucho trabajo conseguir los profesionales de enfermería ¿porque? Porque hay una demanda muy alta de auxiliares de enfermería. En la oferta es bien, tenemos 3 universidades, pero la demanda es muy alta, entonces ahí si a nosotros nos cuesta trabajo, y en el caso de los médicos pasa exactamente lo mismo, entonces también nos cuesta trabajo y serían, son cargos críticos que nos toca, de pronto, salirlos a buscar.

**Entrevistador:** Doctora, para finalizar, ¿Algo que nos quiera compartir acerca de, percepción a nivel personal, o de la región, a nivel nacional acerca del talento humano o un proceso que nos quiera compartir acerca del talento humano de la institución?

**Entrevistado:** Mira, en eso de pronto yo soy algo un poquito crítica en referencia a lo del talento humano porque yo tengo varias apreciaciones. Dentro de las apreciaciones yo pienso que, hoy por hoy, se han creado muchas entidades educativas, pero yo pienso que sin control, porque hoy por hoy está importando mas, para las instituciones educativas vincular, vincular y vincular personas como estudiantes, y no hacer un buen proceso de entrevista para estos estudiantes, para mirar si realmente si califican o no. Digamos, el nivel de exigencia es muy poco, porque no les interesa sino sacar los muchachos, graduarlos y que lleguen más, entonces eso está afectando la institución.

A parte de eso, yo pienso que un ingrediente que yo me atrevería a decir que no se está manejando mucho en las instituciones y que hay que manejarlo, y es esa parte de esa atención humanizada, porque eso se ha perdido mucho, entonces se piensa sencillamente que es venir, trabajar, hacer lo que tengo que hacer e irme, pero no tener el concepto, sobre todo en esas instituciones de salud que es tan delicado y que estamos tratando con seres humanos, de tener a esas personas sensibilizadas, muy sensibilizadas a que van a tratar con seres humanos, entonces yo pienso que debería haber algo donde se maneje eso, y que se maneje no solamente porque lo vio en un semestre, en un periodo académico, no, que sea así, transversal. Eso es complicado, eso se ve, y la cantidad de facultades que abre, y abren y abren, y no piensan en que es mejor no tener tantos pero tenerlos bien cualificados, y no tener un montón que a la hora del té salen de acá y no saben nada y muchos quedan por ahí desocupados, o son esas personas que se vinculan a trabajar, tienen 2 meses de trabajo y luego no la reciben en ninguna institución ¿Porque? Porque es una persona que no es buen profesional, o no es buen tecnólogo o no es buen técnico, y parte de esa responsabilidad también lo tienen las personas que son formadoras, que tiene que saber cómo formar, y también a quien formar, y también orientar a las personas, a estos muchachos desde que son estudiantes, si realmente están estudiando lo que quieren, porque tú sabes que hoy por hoy los muchachos están saliendo muy jóvenes del colegio. Entonces un sardino de 14 o 15 años, 16 años entonces sale y quiere estudiar cualquier cosa, y entonces estudio lo que no quiso y se graduó en eso pero ¿De qué le sirvió? De nada, entonces, yo pienso que si hay como que darle un viraje a esa parte de la formación de los estudiantes.

**Entrevistador:** Doctora, me surge otra pregunta pues mirando todo. ¿Usted cree que si existe comunicación directa entre los ministerios, en este caso, entre el TEISALUD, ministerio de la prosperidad social en salud y el ministerio de educación? Cree que existen como, que están trabajando como de manera articulada, ya sea en la prestación de servicio para saber tipo de oferta, demanda, de más perfiles, cuales son las necesidades sentidas que existen ¿Si están trabajando de manera articulada?

**Entrevistado:** No, como lo vemos hoy por hoy, cada uno está trabajando por su lado porque si estuvieran articulados estas cosas no estarían pasando. Por ejemplo, si estuvieran bien articulados, entonces sabrían que el perfil epidemiológico de nuestra población es esta, y entonces a que se inclinaría mas las universidades de acuerdo a la región porque es que el perfil cambia pro región, eso no se tiene en cuenta, entonces, si esta ciudad abrió una facultad de medicina por decir algo, entonces la otra ciudad también lo quiere abrir y puede ser que no sean tantos médicos lo que necesiten sino que sea una empresa, algo mas industrial, y que necesiten más hacia ese sector, no hay una articulación, el ministerio de trabajo debería estar metido ahí, el ministerio de salud bien articulado, eso no se ve. Y que tampoco, pienso, que económicamente, pienso, que esa parte de los salarios, de los colaboradores también es menor comparado con todo el esfuerzo que hacen por hacer una profesión. Y eso incide.



**Entrevistador:** Que también puede incidir hasta en la misma prestación del servicio si yo lo atiendo con alta carga de estrés y me siento, digamos, laboralmente cargado y poco remunerado.

**Entrevistado:** Es que mira, tú lo ves en muchos ejemplos. Si tu preguntaras, hay muchas personas que trabajan en varias partes, entonces, son personas que tienen una carga laboral más grande ¿Y porque tienen que trabajar en mas partes? Pues porque las condiciones económicas le obligan a trabajar en ambas partes. Entonces sería mejor tener esas personas que están en un solo sitio de trabajo, podrían de pronto, menos carga laboral, menos estrés, menos accidentes de trabajo, menos cosas y más satisfechos en su campo de trabajo, pero económicamente la situación no es así, entonces toca hacer eso. Por eso te digo que todo lo que es hacienda, salud, trabajo, todo eso debería trabajar de una manera muy articulada, y eso no se ve. Entonces yo pienso que en esa formación hay muchos factores, hay muchos peros muchísimos factores que influyen.

**Entrevistador:** Que incluyen todo el proceso de cualificación del talento humano. Doctora muchas gracias por brindarnos este espacio, por ofrecer toda esta información que esperamos sea muy importante para el estudio.

**Entrevistado:** Con muchísimo gusto. Para nosotros que mejor que todos estos estudios arrojen unos resultados y sobre esos resultados se trabajen porque hay muchas coas que, yo pienso, que con estos resultados se podrían hacer, redistribuir, por ejemplo, las profesiones, aumentar de pronto la oferta en facultades de unas carreras más que la otra, sensibilizar a las personas en que no siempre tiene que ser la misma carrera, que pueden haber otras cosas que igual son muy productivas, y eso hace mucha parte, mucho tiene que ver con la formación académica en esos niveles de bachillerato, que el muchacho llegue bien orientado a la universidad; y definitivamente también es una responsabilidad de los formadores también, hacer que los muchachos se encanten en el colegio de pronto de las metodologías, las metodologías, las practicas pedagógicas son muy importantes para que el muchacho se encante y estudie porque quiere saber y no estudie porque se quiere graduar, esa es la otra diferencia.

**Entrevistador:** Y en cuanto a, doctora, esto que es bastante importante, sobre el trato digno al adulto mayor y demás, en cuanto al tema de salud mental, la formación y la cualificación del talento humano ¿Qué percepción le merecería a usted?

**Entrevistado:** Es muy pobre pero yo pienso que se afecta, que esta eso mas afectad pro la condición social, o sea, por la misma población porque se están viendo muchas cosas, mucha problemática social que igual indirectamente afecta. Por ejemplo, tu puedes decir “no, yo económicamente estoy bien”, tu puedes estar bien económicamente pero tú te estás sintiendo mal porque ves muchas personas en la calle que no tienen que comer, entonces esa problemática social le está llegando a muchas personas que aun todavía estamos sensibilizados, y esa es la parte eventual, desde ese punto de vista, si la parte social se mejorara, habrían muchas personas que estuvieran bien desde ese punto de vista; y en cuanto a la formación académica, en los

colegios tampoco es que se maneje mucho esa parte, tampoco es que se maneje mucho esa parte. Nosotros por ejemplo, desde, digamos desde la academia, se podría trabajar eso y de hecho se trabajan algunas partes, por ejemplo, cuando los profesores van a los colegios con sus estudiantes y dan toda la cátedra de salud mental a los niños y les enseñan que a controlar el estrés, que muchas cosas, pero les enseñan allí, ellos viven ese momento pero cuando a la calle, ven que al compañerito le pegaron una puñalada, que ven que una bala perdida le mató la hermanita, entonces es un contraste y hay que trabajar las dos partes, trabajar lo académico pero también hay que trabajar la problemática social.

### **ENTREVISTA No 11.**

#### **Director Medico Universidad del Valle, Cali**

**Entrevistado:** Especialistas médicos en todas las especialidades, en unas más que en otras, por ejemplo, en este momento hace mucha falta médicos especialistas en medicina interna, bastantes, y se van a necesitar bastantes médicos especialistas en medicina familiar porque pues el gobierno Nacional tiene la directriz, me parece muy buena, hacer promoción y prevención, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y los médicos familiares son especialistas para hacer eso. Pero, ¿Que sucede? Eso no es fácil decir “ah, pues entonces que forme usted mas especialistas”, no, porque yo necesito los recursos tanto tecnológicos como físicos, como de talento humano para formar mas especialistas. Entonces, necesito tener un hospital funcionando 1ª, y ¿Cómo está el HUV? Lo acabaron, la politiquería lo acabo, se lo acabaron, si, entonces, ¿Cómo hacemos nosotros para formar un buen talento humano en salud si el mismo gobierno no tiene un plan de salud definido para formar talento humano en salud? Usted va a otros país desarrollados, Canadá por ejemplo, uno se alegra, mucho, uno se queda mirando esos hospitales, se queda uno soñando, superdotados funcionando a la perfección, con tecnología, medicamentos muy bien administrados. Entonces, formar médicos allí y especialistas es muy fácil, aquí tenemos que luchar es porque el HUV esté funcionando bien, cosas que a mí no me compete, porque nosotros somos universidades, nos desgastamos básicamente, el desgaste mío y de los profesores mas con el buen funcionamiento del HUV que con el buen funcionamiento de la universidad. Entonces, eso le pregunto de ¿Qué? ¿A que lleva este estudio cuando la realidad es otra? Entonces, yo no puedo decir “el país necesita más especialistas en todas las áreas, vamos a formarlos más”, porque no tengo donde formarlos, ni tengo hospital ni tengo más profesores, la universidad no tiene como darle más cantidad de profesores para formar a esa mayor cantidad de especialistas cada año. Recursos tecnológicos, difícil, también es difícil, en el hospital la tecnología no es de punta, entonces nos toca andar buscando en la fundación Valle de Lili y en Imbanaco y en Dime, que no son residentes, vayan a hacer rotaciones allá para complementar lo que no pueden hacer en el HUV, y esa es otra gestión pues andar buscando en estos sitios, que son de mayor tecnología, y bueno, los tenemos afortunadamente y formamos buenos especialistas, pero que quisiéramos formar mas, quisiéramos formar mas, pero no tenemos los medios.

**Entrevistador 1:** ¿Y a nivel de pregrado Doctor?

**Entrevistado:** A nivel de pregrado es más o menos lo mismo, aunque, el déficit de médicos generales en Colombia no es tan pronunciado como el déficit de especialistas. En Colombia debe haber más o menos cerca de 30.000 médicos generales; lo que pasa, igual que los especialistas, también están mal distribuidos, que todos, yo soy especialista en anestesiología, todos lógicamente buscamos son las grandes ciudades y no quedarnos en los pueblos pequeños, pero el gobierno también debería tener otra política de formación de talento humano en salud en que diga “mire, universidad del valle, fórmeme este médico que es de Tumaco o que es de Buenaventura”. Vuelvo a lo especialista, en anestesia, en ginecología, en medicina interna, lo que sea, lo que necesiten. El gobierno le da una beca a esa persona, lo beca, con la condición de que el mínimo se tiene que ir a trabajar a Tumaco o a Buenaventura el mismo número de años que duró la especialidad, habiéndole dado una beca, pero ellos no lo hacen porque no quieren sacar plata para darle la beca a la persona, entonces, ¿Qué hacemos? Las personas que nosotros formamos son libres e independientes, nadie las puede obligar de irse a Tumaco o a Buenaventura donde hacen falta especialistas, no, que si ellos se quieren quedar en Cali, pues se quedan en Cali. Entonces, el poco recurso que hay de talento humano en salud, al menos estoy hablando de medicina, yo no sé nada de odontología ni de enfermería, eso no es conmigo esas profesiones; el poco recurso que hay esta mal distribuido, pero porque tampoco hay una política estable.

**Entrevistador 2:** Por ejemplo Doctor, pues, la mayoría de la educación en salud tiene un enfoque medicalizado, es una educación hospitalaria, entonces ¿Cómo enfrentar ese nuevo, desafío que nos está planteando la nueva ley, que es un sistema de salud con enfoque de APS, que opina usted de eso Doctor?

**Entrevistado:** No, nosotros estamos lógicamente... A nuestro estudiantes le gusta es la sangre, el atender un parto, la cirugía, y esto de APS y PIP casi no les gusta, ¿cierto? Qué control de niño sano y AIEPI, eso casi no les gusta, entonces nosotros hemos hecho los ajustes correspondientes en nuestros programas académicos y se le está dando al estudiante la parte de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, eso es lo que estamos haciendo.

**Entrevistador 2:** Y porque pues también el gobierno no tiene la política que estimule a los médicos que no estén enfocados en su especialidad clínica pues porque es la que crea, pues va a tener un mejor salario en el futuro, sino que, pienso yo, que haber un incentivo en un futuro para eso médicos que se van por la medicina familiar, la APS, un incentivo económico, que tengan un mejor pago porque el médico como que se dedica a la parte comunitaria y da pesar, “no, es que es un fracasado, no se pudo especializar en una especialidad clínica”.

**Entrevistado:** Eso también es cierto, ¿no? Que de pronto se pensaba anteriormente, se pensaba que las únicas especialidades que valían era la cirugía, la pediatría y la ginecología, pare de contar; las demás eran como de segunda, incluyendo anestesiología. Bueno, eso ha cambiado bastante ya, ya la gente tiene otra forma de

pensar y ya identifica las otras especializaciones medicas con el valor que les corresponde.

**Entrevistador 1:** Doctor ¿Usted considera que el modelo de salud que tiene Colombia en cierta forma no ayuda?

**Entrevistado:** ¿Cual modelo de salud? No, el modelo de salud de Colombia es mercantilista totalmente, la enfermedad es una mercancía.

**Entrevistador 2:** Doctor, por ejemplo, ¿los egresados de aquí de la universidad encuentra, o sea, tienen la posibilidad de rápidamente empezar a trabajar?

**Entrevistado:** Ah sí, rápidamente. Los generales se demoran un poquito más los médicos generales, pero los especialistas, esos, mejor dicho, al día siguiente están trabajando de salir. Ellos encuentran trabajo fácilmente en cualquiera de las áreas, fácilmente se van ubicando.

**Entrevistador 2:** Doctor, no sé que más quiera aportarnos

**Entrevistado:** No, el sistema de salud de Colombia tiene muchas oportunidades de mejoramiento, muchas todavía. Mire, se están haciendo cambios, hace rato, hace años, veníamos oyendo que se van a hacer cambios, pero los cambios no son estructurales, los cambios son únicamente remiendos nada mas, ¿sí? ¿Y quién es el gran beneficiado de todo esto? Las EPS, el intermediario, no son ni los médicos, ni los odontólogos ni las enfermeras ni mucho menos el paciente, que ahora lo llaman usuario, ese, es el intermediario, el de las EPS, que tienen, y pues que acumulan el dinero y tienen dinero hasta para hacer otras cosas distintas a la salud. Pero ¿Dónde está la reforma estructural que esperamos dentro del sistema? Por ningún lado.

**Entrevistador 1:** Que dentro del sistema de integración vertical de los emporios empresariales...

**Entrevistado:** Y pues el sistema de salud en Colombia no será el peor, pero pues hay unos otros que son mucho mejores, incluyendo el de Cuba, y lógicamente otros países pues tienen mucho mejor sistema de salud.

## ENTREVISTA No.12

**Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS), Cartagena**

**Doctor: Dr Arcenio Aguilar .Subdirector**

**Entrevistador:** Doctor, muchas gracias por habernos recibido Doctor, ¿usted considera que las personas que son formadas en salud, en talento humano en salud, responden a las necesidades en salud?

**Entrevistado:** Sí, yo pienso que las universidades en su proceso de formación a este

personal realmente le dan toda la relevancia y le dan toda la importancia que tiene para poderse desempeñar en el sector salud. Por otro lado, yo soy docente universitario y doy fe de lo que le estoy diciendo.

**Entrevistador:** O sea, de la calidad de los programas, de la formación...

**Entrevistado:** Sí

**Entrevistador:** La pertinencia

**Entrevistado:** Sí, en estos momentos acuérdesse que las instituciones educativas de nivel superior están siendo evaluadas permanentemente, primero obtención de registros calificados, después mantenimiento de ese registro calificado, y posteriormente acreditación. En ese orden de ideas, ellas se están preocupando por la formación de esos nuevos profesionales que están dando a la sociedad.

**Entrevistador:** ¿Usted cree que haya una sobreoferta de algunas profesiones en salud, y una deficiencia en algunas profesiones y especialidades?

**Entrevistado:** Sí, yo pienso que hay una sobreoferta en el campo de la bacteriología, realmente no tienen dónde ubicar a este tipo de profesionales. En el área de la medicina todavía encontramos que sí podemos darle una ubicación a estas personas, y odontología tiene algún grado de dificultad, pero sí he hecho un estudio relacionado con lo que me estaba preguntando, y bacteriología está en serias dificultades. Esto se lo digo con conocimiento de causa, tanto que tuve la oportunidad de presentar un programa de bacteriología y no pude defender cómo, que hacía con el recurso humano o con el egresado.

**Entrevistador:** ¿Y el recurso humano en salud que se está formando responde a las necesidades del perfil epidemiológico de la ciudad, del departamento?

**Entrevistado:** Yo pienso que sí. Al hacer revisión de los micro currículum de estos programas, ahí encontramos que realmente existe una pertinencia en ese sentido.

**Entrevistador:** ¿Con el perfil epidemiológico?

**Entrevistado:** Así es, sí señor.

**Entrevistador:** Ustedes se comunican con las instituciones de formación para hacerles sugerencias, para decirles “eliminen programas”, bueno, ¿tienen comunicación?

**Entrevistado:** De pronto la comunicación es directa, permanente y que hace parte de nuestro quehacer diario, pero las mismas instituciones, yo hablo de las instituciones de la ciudad, se acercan a la secretaría de salud de Cartagena, y mantenemos algún tipo de vínculo.

**Entrevistador:** Las personas que están vinculadas aquí a esta institución, ¿más o menos a qué perfiles responden?

**Entrevistado:** Si hablamos del sector salud, tenemos un alto porcentaje, bueno, es diverso, pero tenemos en ese orden de ideas, médicos, odontólogos, enfermeras, bacteriólogos, nutricionistas.

**Entrevistador:** ¿Y cuáles son los criterios de selección de las personas que están vinculadas a la institución?

**Entrevistado:** De todas maneras cada cargo tiene un perfil, entonces es probable que el perfil hable de una especialidad, es probable que el perfil hable de una experiencia para esto. Aquí la planta de personal en un alto porcentaje está por orden de prestación y servicio. Si revisamos la planta del DADIS es realmente pequeña.

**Entrevistador:** O sea que el mayor porcentaje de vinculación es por órdenes..

**Entrevistado:** Ah, órdenes de prestación de servicio, en ese orden de ideas hay un alto porcentaje de personal en provisionalidad, y carreras administrativas realmente son pocas.

**Entrevistador:** ¿Y la diferencia salarial entre los unos y los otros?

**Entrevistado:** Se trata de mantener una relación en ese sentido, órdenes de prestación de servicio acuérdesese que ellos pagan todos sus afiliaciones a salud, pensión, hay una retención, entonces realmente se trata de que sean salarios muy similares.

**Entrevistador:** Equivalentes

**Entrevistado:** Equivalentes

**Entrevistador:** Con respecto a la cualificación de las personas que trabajan en esta institución, ¿como la cualifican?

**Entrevistado:** Realmente hay poca rotación de este personal de orden de prestación de servicios. Al final del periodo de contratación, cada director operativo hace su evaluación y él es quien considera si ciertas personas van a seguir o van a retirarse. Aquí hay personas, funcionarios que están por orden de prestación de servicios que tienen 8 años, 9 años. Y que se hace contratos dos meses al año, en consecuencia, eso es tenido en cuenta

**Entrevistador:** Y ya finalmente, doctor, con respecto a la proyección, al sistema de salud y sus nuevas directrices y sus nuevos cambios, ¿cómo se prepara la institución?

**Entrevistado:** La institución está permanentemente actualizándose en ese sentido, estamos valdría la pena decir que somos piloto en la costa en el tema relacionado a atención primaria en salud, tuvimos esa nominación por parte del Ministerio de Salud,

puesto que nosotros les presentamos un programa bastante serio, ambicioso y ya esto arrancó. Estamos en la fase de ejecución de este programa, de atención primaria en salud.

### **ENTREVISTA 13.**

#### **EPS COOMEVA. Cartagena** **Doctora: Ingrid Carriazo.**

**Entrevistador:** Doctora, muchas gracias por aceptar esta entrevista y quisiera hacerle unas preguntas en el marco de este proyecto. Con respecto a la definición de planta de la EPS, ¿más o menos cuántas personas están aquí empleadas en salud?

**Entrevistado:** En la oficina de Cartagena, 390 personas aproximadamente.

**Entrevistador:** ¿Este personal está vinculado de planta o por orden de servicio?

**Entrevistado:** De planta

**Entrevistador:** ¿Los 390? Qué interesante... bueno, ¿usted considera que los perfiles profesionales del sector salud responden a las necesidades de salud que tienen los colombianos? O sea, los médicos, si hay médicos suficientes, si hacen falta médicos, si hay muchas bacteriólogas...

**Entrevistado:** En Cartagena hay suficiente oferta de médicos generales, pero hay muchas especialidades que no son fáciles de encontrar acá, pues tienen muy poca oferta. Por ejemplo medicina interna es muy poco lo que hay, no alcanza la cuidad con las necesidades que tiene. Hay subespecialidades como endocrinología pediátrica por ejemplo que solamente hay uno, gastroenterología pediátrica. Cartagena tiene esa particularidad.

**Entrevistador:** Y con respecto a las profesiones paramédicas como fisioterapia, bacteriólogas...

**Entrevistado:** Hay también déficit en lo que es salud ocupacional, hay muy pocas nutricionistas, a pesar de que hay una facultad aquí, parece ser que la oferta es alta porque tampoco se consiguen muy fácil. Psicología sí, tiene buena oferta. Pero básicamente las paramédicas son salud ocupacional y nutrición, que sí es difícil conseguir.

**Entrevistador:** Y con respecto a la formación técnica, por ejemplo auxiliar de enfermería, hacen falta, sobran...

**Entrevistado:** No, auxiliares de enfermería y enfermeras hay bastantes. Lo que pasa es que a veces la cultura de la empresa choca con la cultura de las personas, entonces

no encajan muchos en eso. No en la parte del conocimiento sino en lo que la empresa como cultura quiere. Es como la dificultad... aquí en Cartagena.

**Entrevistador:** Por ejemplo ayer o antier estuve en Barranquilla y ellos decían que las políticas, o sea, los salarios en el Atlántico son muy bajos con respecto al resto del país, y que por eso, los especialistas no quieren trabajar en Barranquilla, o incluso las mismas enfermeras se van una vez ya están capacitadas en ciertas áreas como cuidados intensivos, etcétera, entonces aquí con respecto al país, ¿cómo son las políticas salariales?

**Entrevistado:** No, las de nosotros son iguales en todo lado.

**Entrevistador:** ¿Y con respecto al país?

**Entrevistado:** Yo pienso que estamos muy acordes, o sea, no estamos por debajo para nada en lo que nosotros cancelamos.

**Entrevistador:** Y por ejemplo para los técnicos en la parte administrativa, como de facturación y esas áreas, ¿sí están capacitados o les hacen falta?

**Entrevistado :** En eso también hay alguna falencia, o sea, creo que últimamente es que han estado haciendo algunas profesiones técnicas que tienen que ver con la parte de seguridad social, pero en realidad son muy poquitos los que hay, que son los que a nosotros nos atienden las plataformas de servicio, los que atienden el frente del usuario para de pronto entregar las órdenes de servicio, son muy pocos, o sea, eso prácticamente nos toca a nosotros hacerles un buen entrenamiento para que puedan funcionar, porque no vienen con una preparación de estudio.

**Entrevistador:** Esa ha sido como la generalidad en todo el país.

**Entrevistado:** Sí, eso es muy complejo de conseguir. Y no vale la pena sentar a un auxiliar de enfermería en una plataforma para que entregue órdenes, pues no está bien, no es lo que deben hacer.

**Entrevistador:** Y por ejemplo ¿los perfiles profesionales que se ofrecen en la región son adecuado o suficientes de acuerdo al perfil epidemiológico y la problemática de la ciudad, del departamento?

**Entrevistado:** En la parte de medicina general, sí, hay suficiente oferta, pero en la parte de especialidades y sub especialidades no. Igual que la infraestructura de Cartagena es muy pequeña y no alcanzamos a tener la cobertura total.

**Entrevistador:** ¿Ustedes dialogan con los formadores de talento humano para decirles “por favor, envíennos hojas de vida”, o “nos gustaría que incluyeran esto en los programas”, o que crearan nuevos programas?



**Entrevistado:** Sí, pero eso lo hacen directamente la regional, el personal de gestión humana sí hacen ese contacto con las empresas y de hecho nosotros manejamos pasantes, desde antes. Nosotros manejamos eso y estudiantes en práctica con el SENA también. Unos convenios con el SENA, que nos los envían.

**Entrevistador:** Por ejemplo ustedes solicitan una profesional de la salud y les llegan muchas hojas de vida o...

**Entrevistado:** No muchas. No muchas, por eso te digo, hay cosas que son difíciles. La nutricionista es difícil de conseguir, no llegan muchas. Salud ocupacional tampoco llegan muchas. Y toda la parte de auxiliares, o sea, la parte de las auxiliares conseguirlos o los ejecutivos como nosotros los llamamos, de atención son, es complejo.

**Entrevistador:** Doctora, con respecto ya a la última pregunta es esta, con respecto a la proyección del sistema de salud y que vamos a tener un sistema que está bajo la cobertura, concentrada en la atención primaria en salud y todos estos cambios que se vienen, ¿cómo se proyectan ustedes para esta nueva situación?

**Entrevistado:** Nosotros venimos manejando ya la parte de la atención primaria, nosotros tenemos unidades básicas donde prestamos esos servicios directamente, somos muy fuertes en la parte de promoción y prevención, y tenemos al personal calificado para eso, o sea, tenemos las auxiliares, las enfermeras entrenadas por los mismos entes de control, en las políticas y en los programas de promoción específicos. Ellos no vienen con esa formación de hecho, o sea, esa tampoco es una formación que viene de la universidad o de donde estén, eso lo hacemos nosotros aquí, con convenio con los entes de control. Ellos además tienen unas personas especiales que son las que dan esa capacitación. Entonces a todo el personal de salud, médicos, enfermeras, auxiliares e incluso al administrativo se les da ese curso, por ejemplo ayer vi (Institución Amiga de la Mujer y la Infancia) IAMI esas son cosas que sólo se dan por fuera pues, de su formación. ¿Qué más te digo?

**Entrevistador:** O sea, qué tú sugerirías que las instituciones formadoras de talento humano

**Entrevistado:** ¿Incluyeran esos cursos? Sí, sería básico.

**Entrevistador:** Que a ustedes les llegaran ya formados...

**Entrevistado:** Sí, porque esos cursos normalmente demoran aproximadamente, porque tienen una intensidad horaria bastante grande, y para las empresas efectivamente es un costo adicional, y bueno, aparte de que uno lo tiene que cancelar, ellos llegan sin esa formación, pero uno obligatoriamente tiene que hacerla, porque nosotros por ejemplo estamos certificados en IAMI, y pues todo el que entra tiene que tenerla, si no la tienes, te la tengo que dar. Y eso no es solamente lo que uno cancela, sino el tiempo que él se gasta en hacer esa formación. Son como dos meses,

aproximadamente.

## Parte 2

**Entrevistador:** Igualmente con la parte de la humanización, ¿que usted nos podría aportar para el estudio al respecto?

**Entrevistado:** No, por eso te digo, eso tiene que ver mucho con la cultura costeña, los costeños son muy folclóricos en todo lo que hacen, entonces así mismo tratan a la gente y no le dan como la, o sea, puede que ellos sientan que sea importante, pero no lo representan, no lo muestran. Entonces yo pienso que eso tienen que darle mucho, mucho énfasis en la educación que se le imparte a todos los profesionales de la salud, eso tiene que, para ellos achacárselo porque la cultura es diferente, eso tienen que enseñarlo.

**Entrevistador:** Los antioqueños hacen mucho énfasis en la parte de la humanización, independientemente de cuál sea su objetivo o su intención porque igual, es facturar más, pero lo hacen, y realmente...

**Entrevistado :** Ahora imagínatela gente que, por ejemplo, nosotros aquí tenemos aproximadamente como unos 60 muchachos en frente que son los que están recibiendo al usuario, pidiendo las órdenes, dándole la orden de servicio o negándosela porque cuando no se puede entregar, pero eso se lo tienen que decir de una manera adecuada para que el usuario entienda, comprenda y se sienta bien, y sepa lo que va a hacer, y en eso es, esas son de las cosas más difíciles de manejar aquí con el personal.

**Entrevistador:** Y entonces Doctora, ¿cómo qué le pediría usted al sector educativo?

**Entrevistado :** Tienen que hacer mucho énfasis, yo no sé, meter una materia que sea específicamente eso, una cosa que los manejen todo el tiempo y los estén evaluando con respecto a eso, su comportamiento y a la atención que brindan. Al sentido de la integralidad en lo que ellos hacen, porque a veces la gente aquí se expone. Yo no sé, eso tiene que ver mucho con la persona también, que se encasillan en una sola cosa y de ahí no salen y no ven que cuando están trabajando en una empresa es como integrar todo lo que tienen que manejar, y sobre todo en el sector salud, una persona que va enferma cuando va de un puesto a otro a preguntar diferentes cosas cuando tú puedes darle toda la información.

**Entrevistador:** Una persona nunca es tan vulnerable como cuando está enfermo.

**Entrevistado:** Cuando está enferma. Y eso es lo que aquí hay que hacer mucho énfasis en la gente cuando está atendiendo, porque se les olvida. Nosotros tenemos programas también, pero internos, o sea, nos cuesta mucho, nos cuesta mucho capacitar la gente precisamente porque tenemos que gastar mucho tiempo de trabajo en hacer esas cosas.

**Entrevistador:** ¿Usted qué programa crearía por ejemplo a nivel técnico? ¿Hay necesidad de que se formen personas en qué específicamente?

**Entrevistado:** Atención del usuario. Y humanización del servicio.

**Entrevistador:** Interesante. Bueno, muchas gracias.

## **ENTREVISTA No 14**

### **ESE Hospital Local de Cartagena**

**Doctora: Muriel Chamorro**

**Coordinadora Recursos Humanos**

**Entrevistador:** Doctora, muchas gracias por concedernos esta entrevista, realmente es una entrevista muy corta que, para abordar tres categorías principalmente. La primera que tiene que ver con la demanda de recursos humanos y sus áreas de desempeño, la segunda en las políticas salariales y la tercera con la prospectiva del talento humano en el sistema general de seguridad social en salud. Bueno Doctora, usted qué opina con respecto al talento humano que se forma y las necesidades reales del sector.

**Entrevistado:** Bueno, para el tema que nos ocupa que es Cartagena, estamos viendo en el tema puntual delo que son las facultades de odontología, en la actualidad hay tres facultades abiertas en la ciudad, donde están sacando un promedio de 45 odontólogos de manera semestral, y la oferta en realidad para este tipo de profesionales es ninguna; en la ciudad está totalmente limitada la parte de salud oral y hay una cantidad importante que yo no podría procesar, el número, pero hay cualquier cantidad de profesionales y vemos que sigue habiendo facultades y siguen sacando profesionales al mercado donde no hay plaza para ellos. En la parte de médicos, actualmente en la ciudad también hay tres facultades pero sí se ve que hay opciones laborales para ellos. Sin embargo, los salarios del mercado son unos salarios que están en un promedio bastante bajo, están alrededor de los 2'500.000, 2'560.000 en lo que es consulta externa. Se ve mucho el pago a destajo, se está viendo bastante, aunque ya la parte en cuanto a contratación de cooperativas de trabajo asociado, pues las normas han regulado bastante este tema, y ya no se ven modalidades de contrato que no serían las legales. Se está utilizando mucho la modalidad laboral pero los salarios nominales siguen siendo bastante, bastante más bajos. En la ciudad.

**Entrevistador:** Y tienen déficit en, por ejemplo, ¿qué tipo de profesionales?

**Entrevistado::** En médicos. En médicos. Básicamente en esta institución, es por el tipo de usuarios que se atiende. Más que todo que no existan los profesionales en la ciudad, porque demanda hay, y oferta también; pagan médicos. Pero nosotros atendemos toda la parte periférica de la ciudad. Entonces la calidad de usuarios que llegan, en realidad son usuarios irrespetuosos en algunas oportunidades, ya bien sea en la puerta de entrada del sistema donde vemos pandillas, situaciones de peligrosidad importantes que limitan un poco la escogencia de estos centros de trabajo para profesionales en la ciudad. Hoy tenemos cubiertas todas las plazas, pero sin embargo

siempre que existe una renuncia es complicado conseguir el reemplazo, pero es por eso, no porque no existan, porque sí hay profesionales en la ciudad en la parte de medicina, y medicina general. En la parte de odontología hay bastantes, repito: bastante, bastante oferta. El odontólogo de hoy se está especializando en cuestiones que no son su rama, vemos muchos odontólogos en la parte de calidad, en la parte de auditorías, en partes administrativas que en realidad no son su campo porque ellos son asistenciales. Los que hacen de calidad por ejemplo yo creo que 60% son odontólogos, nuestra gerente hoy es odontóloga, casualmente. Pero sí, en odontología hay demasiada oferta para la demanda de la ciudad. En la parte técnica también, lo que es la parte de auxiliares de enfermería, auxiliares... mucha, mucha oferta en la ciudad para en realidad la demanda que hay para estos cargos.

**Entrevistador:** Y fisioterapeutas, terapia...

**Entrevistado:** Peor, peor, hay cargos puntuales como fisioterapia, psicología, nutrición. Primero que, bueno, yo hablo en casos puntuales, que acá es una EPS de primer nivel de atención, donde nuestra oferta es bastante limitada, nosotros por ejemplo no tenemos dentro de nuestro portafolio lo que es... ahora hay un plan de salud mental, pero es relativamente nuevo, y es coyuntural porque obedece a una política de salud pública, entonces es en realidad un programa que estamos ejecutando. Pero no lo estamos haciendo con más de 6, 7 psicólogos. La parte de nutrición no es algo que nosotros vendamos, la parte de fisioterapia tampoco, entonces por lo que yo he podido percibir porque es una percepción personal porque yo no puedo hablar con estadísticas, no son tampoco carreras que se estén demandando así como a un nivel muy alto en la ciudad. Fisioterapia, psicología, nutrición, incluso bacteriología.

**Entrevistador:** ¿Y especialistas en medicina?

**Entrevistado:** Yo en ese campo no podría tener conocimientos más puntuales porque es primer nivel de atención lo que yo manejo en realidad.

**Entrevistador:** Usted cree que los perfiles profesionales están acorde con las necesidades del sector salud?

**Entrevistado:** Lo que pasa es que para el caso puntual de las ESE, lo que fue el año 2005-2006, nosotros somos instituciones relativamente nuevas, ¿sí? Aparecen con la ley 100 pero en realidad empiezan a implementarse a partir del año 2000-2001, pero hay alguna ESE que tienen son 10 años de existencia, esta casualmente tiene 11 años a lo sumo, hay ESES de 12 años, y nosotros casualmente arrancamos cuando los procesos de ajuste institucional, que la idea era que saliera personal de planta, que todo se terciara, ¿sí? Por medio de sourcing de servicios, que uno contrata servicios por medio de, en su momento cooperativas que ya hoy no se está usando, y ellos eran los encargados de administrar los procesos, entonces los perfiles, uno pedía un perfil básico, pero era este tercero el que se encargaba de hacer esa selección, de seleccionar el personal, de contratar el personal, uno pide un perfil básico con una verificación de títulos básica, lo que solicita la habilitación en esta estándar, pero los

perfiles por eso de pronto no han sido como tan bien definidos, porque es a un tercero que le estamos dejando esto. Ya con toda la normatividad que ha salido, las sentencias de la corte, ya que nos están exigiendo plantas, ya permanentes, pienso que eso se puede regularizar. Sin embargo, ya el año pasado el Ministerio sacó una circular conjunta con el Ministerio de Seguridad Social donde decía de que nos daban todavía la gabela de seguir utilizando estas modalidades de contrataciones alternas, y allí está como que ese “puedes hacerlo, pero no puedes hacerlo”. Sin embargo la corte ya ha sido clara, y hay que hacerlo. En el momento en que estas plantas ya sean de un personal que la comisión nacional hagan selecciones puntuales, yo creo que los perfiles se pueden ajustar más a las necesidades de lo que se está requiriendo. Porque vuelvo y repito, hoy está en manos de un tercero, de una empresa privada.

**Entrevistador:** Y a las necesidades del perfil epidemiológico de la región...

**Entrevistado:** Bueno, sí, porque es que en la parte de investigación ya no, o sea, antes no era como tan riguroso que uno estudiara por ejemplo los perfiles epidemiológicos de la ciudad, qué se está necesitando. Hombre, yo le voy a hacer prevención a esto porque esto es lo que se viene presentando. Esa parte investigativa ya no existía. Sin embargo yo hago las últimas recomendaciones que ha hecho la súper, ya las ESE en estos momentos tenemos que estar en la fase de autoevaluación de, para acreditación, y esa primera fase de autoevaluación implica mucha parte de investigación con los convenios de servicio. Yo pienso que se puede empezar ya a hablar un poquito más de perfiles epidemiológicos, de saber qué está necesitando la ciudad, porque actualmente es bastante deficiente. Es bastante deficiente; de pronto se ha montado por ejemplo, un plan de vacunación, pero obedece a políticas nacionales. Bueno, ¿a nivel nacional qué se viene presentando? Entonces uno como que replica el proceso. Y casos muy aislados, de pronto cosas muy puntuales, lo que decía ahorita de salud mental, obedeció a unos problemas que venían presentándose en la ciudad, unos suicidios, en todos los niveles y en todas las edades. Entonces se hizo un plan pero no dirigido a toda la población, sino a los no vinculados. Pero yo pienso que con todos estos adelantos que tiene la norma y que la súper nos está apoyando, creo que ya se va a empezar a hacer investigación y ya se va a atacar lo que se quiere atacar y lo que se debe atacar. Pero de momento, no.

**Entrevistador:** Y ustedes tiene diálogos con los formadores de talento? Con las universidades, “mire, necesitamos esto, no necesitamos, o...”

**Entrevistado::** Bueno, no, nosotros en la actualidad tenemos 20 convenios hasta el servicio vigente, tanto con universidades como instituciones, institutos educativos. Pero la comunicación es básicamente esa relación que existe, ¿cierto? De qué está dando el convenio, cómo se reglamenta, cómo se están comportando los estudiantes, cómo se van a evaluar, pero tanto como nosotros sugerir “Hey, ciérrate esta facultad o abre tal otra”, no, no.

**Entrevistador:** Porque supuestamente no nos compete a ninguno.

**Entrevistado:** No, tristemente, no? Porque sí debería competernos. Bueno, a mí me preguntan y yo ya soy una dura diciendo “ve cerrando esa facultad de odontología, no hay plaza para ellos”, o sea, ¿cuál fue el estudio de mercado que se hizo para abrirlas? Porque dos de ellas son relativamente nuevas. No hablemos de la Universidad de Cartagena porque bueno, es la universidad de la ciudad que tiene trescientos y pico de años y es una facultad que siempre ha existido. Pero estas universidades privadas que las están abriendo, ¿Con qué estudios? ¿A cuenta de qué? ¿Por qué? ¿Quién demanda esos profesionales?

**Entrevistador:** Bueno, la vinculación aquí, ¿cómo es el tipo de vinculación?

**Entrevistado:** Bueno, aquí tenemos una planta de personal relativamente pequeña. Es una planta de personal con un promedio de 89 personas donde en todos nuestros procesos participan un promedio de 1000 colaboradores. Era lo que decía inicialmente, estábamos trabajando con sourcing de servicios, pero ya se está adelantando un estudio de cargas laborales y la idea es que a mediados del 2013, los procesos misionales estén en plan, que sean cargos de carrera ya se les va a presentar el estudio técnico con la comisión nacional para que nos aprueben las plantas, pero hoy estamos trabajando con un sourcing de servicios, básicamente en su gran mayoría, tanto de proceso de apoyo como de aseo y vigilancia, como de proceso admisional, como urgencias, consulta externa, hoy lo están haciendo por medio de terceros.

**Entrevistador:** ¿Ustedes cuentan con estrategias para la cualificación de los servicios, del talento humano?

**Entrevistado::** Bueno, sí claro, cada contrato tiene un interventor, un interventor que hace seguimiento, primero a la ejecución del contrato, ¿no? Que se esté haciendo lo que se contrató, con unas calidades. Hasta el año pasado estuvimos trabajando, no mentiras, a mediados de este año con empresas de servicios temporales. Esas empresas de servicios temporales hacen una evaluación del desempeño de su personal, de manera semestral. Ya en el día de hoy estamos trabajando con el sourcing de servicios donde ellos nos suministran unas horas de profesionales, unas horas médicas, y el interventor hace una verificación, pero él no, como es un tercero, nosotros no nos podemos inmiscuir en ese proceso de manera tan directa, porque se podría ver que ahí lo que en realidad hay es una sustitución patronal, que no la hay. Pero sí, igual como, vuelvo y le repito, en la autoevaluación que se está haciendo para la acreditación lo exigen, de que tanto la E, en este caso la ESE como, las empresas que trabajan, todos estén hablando el mismo idioma en cuanto a evaluación y en cuanto a todo.

**Entrevistador:** Y en cuanto a los salarios, al estándar de salarios...

**Entrevistado:** Bueno, los salarios en Cartagena no son buenos. No son buenos. No sólo se ha comparado el salario del empleado público, del servidor público, un medico de consulta externa está alrededor de los 4 millones algo. Mientras que un médico de las mismas competencias, de las mismas características en una empresa privada está alrededor de los 2'500.000. Como vemos es una diferencia de casi el cien. Ahora,

servidores públicos en Cartagena casi no hay, son muy pocos, los que nosotros tenemos son 15. Pero la ESE Cartagena de Indias en comparación con las otras IPS o los otros centros de la ciudad está un poquito por encima, y no son buenos los salarios. o sea, en Cartagena no se está pagando bien al profesional de la salud.

**Entrevistador:** ¿Eso ha influido en que el profesional se vaya?

**Entrevistado:** Eso ha influido en que el profesional se vaya, en parte. Pero vuelvo y repito, no hay muchas opciones en la ciudad. Entonces no, en la parte técnica también son, una remuneración un poquito superior al salario mínimo, la modalidad de contratación sí es laboral, la persona tiene todas sus prestaciones de ley, afiliaciones a seguridad social, pero en términos generales la remuneración no es buena.

**Entrevistador:** ¿Y en Cartagena hay suficientes especialistas?

**Entrevistado:** Yo en realidad en la parte de especialización no me atrevería a dar una opinión porque no la manejo.

**Entrevistador:** Y Doctora, con respecto con las proyecciones del Sistema General de Salud y sus modificaciones, de atención primaria en salud y todo, ¿cómo se están proyectando ustedes?

**Entrevistado:** Bueno, esta gerencia comenzó su gestión en mayo del 2002, nos va a acompañar hasta marzo de 2016, ¿verdad? Ya tiene su plan de gestión que se empieza a ejercer a partir del 2013, donde lo que se quiere es una especie de salud domiciliaria, donde el personal de salud vaya directamente a la casa del usuario, que el usuario no tenga que estar desplazándose hasta las llamadas UPAS o centros de salud. Hoy en la actualidad nosotros funcionamos en toda Cartagena y su corregimiento con 47 centro de trabajo, donde la gran mayoría son del tipo UPA, del tipo... un nombre que ustedes... del tipo centro de salud pequeño, donde se hace una vacunación, una morbilidad mínima, de repente una salud oral básica. Pero lo que se quiere es cerrar estos puntos pequeños y dejar unos hospitales donde el usuario tenga que dirigirse al hospital pero ya por una urgencia. Lo que es el esquema de vacunación, todos los programas de PyP, crecimiento y desarrollo, sean directamente en su vivienda, que tengan un médico de la cuadra, y que el profesional conozca las necesidades de esa cuadra, sepa cuál es la población, cuál es la población en edad por ejemplo en edad de embarazo, la del adulto mayor, y ataque directamente a eso, que la madre no esté pendiente o que deje pasar el tiempo de las vacunas de los niños, que no participen en los programas de crecimiento y desarrollo, que no se le haga nada de salud oral, porque a veces no tienen claridad sobre esas cosas. Y poder montar unos esquemas epidemiológicos ya puntuales para hacer sobre todo lo que es promoción. Eso es a lo que se apunta, es a lo que desde mi perspectiva, es como lo que se va a terminar manejando a nivel nacional. En eso se está trabajando, sin embargo no es el sistema que actualmente tenemos. Hoy seguimos con los centros de salud piloto, la persona va hasta el lugar, si alguna cosa se referencia hacia otro nivel, pero eso es lo que se quiere, ya no tener tanto centro de trabajo abierto, sino que exista pues el médico o el equipo de trabajo de la cuadra.

**Entrevistador:** Doctora, a nivel técnico y tecnológico hay sobreoferta, hacen falta...?

**Entrevistado:** Mira, hay sobreoferta. Pero una sobreoferta no calificada. En sentido que uno ve muchas, muchas personas, tú vas y pones un clasificado para buscar a un auxiliar de enfermería y te llegan cualquier cantidad, pero personal sin experiencia, personal sin los cursos de ley, personal con unos conocimientos bastante básicos que yo diría mínimos, tú le haces una entrevista mínima de conocimientos técnicos mínimos, “cuáles son los programas de PIP cada cuánto se atiende un hipertenso”, y no saben. No saben. La calidad del personal técnico que está saliendo, por lo que yo he visto porque, aquí no hacemos selección, pero por lo que yo he visto es bastante pobre.

**Entrevistado::** Fuera de que hay sobreoferta, es bastante pobre. Entonces uno encuentra por ejemplo niñas que no saben canalizar. Una persona que no tiene claro un esquema de vacunación. No conocen los biológicos, no saben qué es un esquema de frío. No tienen claridad. O sea, han hecho es de pronto unas prácticas de lo que hicieron en su instituto, que con eso se graduaron, pero bastante deficiencia, bastante deficiencia. Muchas, muchas que uno tiene que hacer demasiada inducción, demasiado entrenamiento como para poner la vida de un usuario en manos de una persona recién egresada, en términos generales. En términos generales, lo que yo he percibido.

**Entrevistador:** Es como general en el país. ¿Y no hacen falta por ejemplo técnicos, auxiliares administrativos...?

**Entrevistado:** Aquí en Cartagena no hay regentes en farmacia, por ejemplo. Aquí lo que se encuentra en la oferta y lo que he visto son auxiliares de farmacia, pero no es lo que nos permiten contratar. Realmente de farmacia no hay facultades aquí, o sea, no hay institutos que lo brinden, perdón. Aquí hay por ejemplo gente que lo ha estudiado, que si no estoy mal en Sucre o en Córdoba, una de esas dos, gente que lo ha estudiado en el interior del país, pero aquí en Cartagena no hay. De regencia en farmacia no.

Entonces usted cree que aquí debería crearse...

Sí

**Entrevistador:** De pronto un programa...

**Entrevistado::** Claro, aquí debería crearse un programa porque no lo hay. Aquí hay una facultad, hay ingeniería química, aquí hay química y farmacia a nivel profesional, pero regentes no. Tú sacas un clasificado para regentes y no lo consigues, no hay. Pero por otro lado tampoco podemos contratar auxiliares, y por otro lado el profesional en química no se deja contratar porque el químico sí tiene campo, y ni siquiera en la ciudad se van, o sea, tienen ofertas laborales, el químico puro, el químico de farmacia, el ingeniero, por lo que he visto tienen mucho campo de acción, porque incluso encontramos carreras donde bueno, tú eres profesional. Pongamos un ejemplo, ciencias económicas. Un economista, un administrador, recién egresado se deja contratar por algo técnico mientras coge experiencia. El químico no. Y hemos ido a las facultades a solicitar químicos para que nos apoyen inicialmente mientras están recién egresados y no, no les interesa. No les interesa Y regentes tampoco hay.



**Entrevistador:** Bueno doctora, y ya qué más así como para finalizar podría aportar a este estudio que se le ocurra que pueda darnos...

**Entrevistado:** Bueno, yo pienso que se han hecho pasos importantes, este gobierno ha hecho pasos importantes primero, en lo que es la contratación. En la parte de contratación porque en la parte de contratación realmente estaba como a una deriva, no había contrataciones que la gente sintiera que iba a tener a un largo plazo una parte y de repente eso también le daba mucho sentido de pertenencia. Contratos de un mes, de dos meses, o sea, unas cosas que en realidad el profesional dice “yo estoy o no estoy”, tristemente. En la parte de calidad de la educación sí me parece que deben reforzar mucho de las competencias técnicas y sobretodo del trato humanizado. Hoy vemos mucha gente que está estudiando la carrera pero no por vocación como lo hacían antes, que era esa vocación del sentido del trabajo. No, yo no sé ni por qué lo estudian, porque ni plata da. Pero lo estudian, vienen y no tienen ese sentido de atender a un anciano, del hacer, eso no se les ve ese corazón en realidad. Yo las inducciones que he hecho con los chicos que están haciendo la rotación, eso no se les ve ese sentido, eso no se les nota. De pronto reforzar eso, porque igual ahí hay unos valores que son de cuna, tú los tienes o no los tienes. Pero yo pienso que para que una persona estudie una carrera de esas, debe hacerse un proceso de selección para que siquiera la estudie. Hoy cualquier universidad pública, tú la inscribes y la estudias, y ya, tienes la plata y la pagas, pagas los semestres. Pero en realidad es la persona para uno formar en salud, yo tengo mis dudas. Porque vuelvo y repito, hay, de pronto los conocimientos técnicos no, pero hay valores, hay principios que la persona nace o los desarrolla desde la cuna y después no hay nada qué hacer. Y tristemente hoy vemos mucho eso. El médico platero, el que trabaja para que le paguen el turno, el médico que no le importa la vida del otro, no sabe que tiene una responsabilidad de una vida humana en sus manos, no les interesa. El llegar tarde, el saber que tienen a unos usuarios esperándolos, él sencillamente no viene, el ausentarse. Eso tristemente se ve en todos los niveles, tanto profesionales como técnicos.

**Entrevistador:** Doctora, muchas gracias.

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>* Entrevistado</li><li>• Entrevistador</li></ul> |
|--|

**ENTREVISTA No.15**  
**Hospital San Pablo Tobón Uribe, Medellín**  
**Entrevistado; Dr. Luis Guillermo Saldarriaga**

- Buenas tardes, el día de hoy estamos reunidos con el doctor Luis Guillermo Saldarriaga, él es el jefe de la división administrativa del Hospital Pablo Tobón Uribe.
- \* Muchas gracias, también buenas tardes, les decía que para nosotros es una oportunidad de hacer también difusión e la actividad nuestra como instituciones de salud, somos prestadores de servicios, la vocación de nosotros es atender a los pacientes en todas las necesidades que ellos tengan, les ofrezco disculpas anticipadas porque en este momento me afecta una gripa que no me permite tener una voz muy nítida pero hare mi mejor esfuerzo. El hospital Pablo Tobón Uribe es una fundación, una entidad sin ánimo de lucro, es una entidad que está apoyada en tres características fundamentales, una tecnología, el humanismo y el conocimiento, tenemos que juntar esos tres elementos para que den un buen resultado en la atención de salud a las personas, no creemos que un hospital sea un edificio bonito ni un conjunto de equipos, esto hace falta el elemento humano, para nosotros es el fundamental, estimular el conocimiento, retener el conocimiento, mejorar el conocimiento internamente es para nosotros el reto permanente, de hecho la gestión humana en el hospital es uno de los pilares en los que se basa la gestión del hospital, desde tiempo atrás más de cuarenta años que tiene de funcionamiento el hospital, su junta directiva definió que todas las personas se vinculan al Hospital Pablo Tobón Uribe mediante la figura de un contrato de trabajo a término indefinido y la explicación es muy sencilla, cuando usted se tiene que sentar con una persona a explicarle otras modalidades y preguntarle a la gente me entendió, vea es que esto no es un contrato de trabajo pero se parece porque tiene esto y esto, me entendió? las personas solamente entienden cuando usted les dice, a usted le vamos pagar cada quince días su salario, las prestaciones sociales que usted va a recibir son las que rigen en Colombia, son las cesantías, la prima de servicios, si usted tiene incapacidad, bueno cuando usted le explica eso a la gente se queda tranquila, tome su contrato de trabajo y aquí el promedio de antigüedad es de más de siete años. La estabilidad es importante y el grado de exigencia también, ya van a ver usted son números, son más de 2000 empleados este momento, personas de las que depende un número importante de miembros de la familia, o sea si ponemos en promedio cuatro personas, por aquí estamos hablando de una población importante, el hospital, además se ha caracterizado por que la gestión humana sea proactiva, siempre ir en busca de las personas para ver sus necesidades, para consultar donde tiene que hacer los ajustes mediante un programa que se llama "Calidad de Vida" se puede llamar salud ocupacional, se puede llamar gestión de riesgos pero para nosotros es más buscar como la gente tiene calidad de vida, entonces por eso el hospital decidió dentro de sus propósitos certificarse oficialmente como una entidad familiar medica responsable, entonces adquirió esa categoría ya formalmente reconocida por la formación Más familia España, un certificado que está precedido por una evaluación auditoria que hace ICONTEC, con base en la auditoria que hizo ICONTEC se revisan todas las políticas de dirección que tiene el hospital en favor de la gente se clasificaron más de veinticinco políticas que están escritas y publicadas para que la gente tenga conciliado el tiempo de trabajo con la vida laboral, por ejemplo una materna acaba de reincorporarse a sus actividades, en hospital cuando la recibe, le dice, esta

semana vas a empezar a trabajar solo media jornada, te vas a dedicar a la lactancia de tu hijo, a pero como así y eso me lo van a descontar? no, esta semana el hospital te la va a regalar, si hay estabilidad en los turnos y no hay cambios de turnos en el personal que porque tengo que irme para esto, si una persona respeta su cuadro de turnos, al cabo de los tres meses el hospital le va a dar un premio, le va a decir, bueno usted por haber respetado turnos le vamos a dar media tarde, o un día o lo que sea, está definido.

- Se incentivan todo el tiempo.
- \* Si pero ese incentivo desde la perspectiva de que somos personas que vivimos en relación con la familia, también tenemos la familia, entonces tenemos que ser buenos miembros de la familia, tenemos que ser unos excelentes servidores en el hospital, pero para que uno pueda ser un excelente servidor, uno no puede pensar que le dice a su colaborador, un momentico allá en la puerta del hospital me deja todos los problemas de su casa, usted aquí viene a trabajar, porque nosotros no podemos como seres humanos partirnos, somos seres humanos integrales y si estamos aquí atendiendo pacientes estamos preocupados con el otro problema que dejamos en la casa, entonces eso hay que conciliarlo, conciliarlo para que la gente pueda educarse, pueda formarse, sobretodo en formación avanzada, en pregrado el hospital no facilita muchas cosas porque ya la complejidad no nos lo permite, pero ya lo que son postgrados, especializaciones, maestrías, se está intensificando mucho y eso en la dirección de la junta directiva también se patrocina, se patrocina casi que al cien por ciento, patrocinios incluso que no son solo en el país, hay gente en este momento por cuenta del hospital pro fuera del territorio colombiano, están en Europa o en Estados Unidos, becados por el hospital y en estancia de dos años o más tiempo al cabo del cual ellos deben reintegrarse a su trabajo dentro del hospital.
- Doctor y ese proceso de cualificación del talento humano y de la gestión humana, para saber que necesitamos cierto tipo de especialista, porque las personas se inclinan por ciertas especializaciones y se abren convenios, como es ese proceso de empezar el tema de la especialización y las subespecializaciones.
- \* Bueno, muy pertinente la pregunta, cuando nosotros empezamos a evaluar aquí dentro de la alta complejidad, quienes estaban trabajando en la atención de cáncer, quienes estaban trabajando en la atención de cardiología y porque? entonces vimos muchas instituciones haciendo cardiología, muchas en la ciudad, muchas, pocos haciendo cáncer, entonces que ha pasado en cardiología, mucha atención, tarifa bajita, el hospital decidió entrar con cancerología porque veía que no se estaba cubriendo bien la población, entonces empezó la formación del personal, después de esos estudios de epidemiología porque el cáncer está creciendo, que presupuestos tenemos, cada vez somos más mayores, lo digo por mí, cada vez más hondos y más enfermos, o sea esas tres cosas están pasando hoy, si uno le dice a una persona, venga cuide aquí a su mama que está hospitalizada, entonces que no es que en mi casa no hay nadie, no hay nadie porque todos trabajamos o porque todos tenemos ocupaciones, o sea el adulto mayor está más viejo, más solo y más enfermo; el cáncer se está padeciendo más, en forma preventiva también se puede impactar de manera más positiva, casi que curativa, entre la atención precoz del cáncer está comprobado que casi que hace cura total, entonces todos estos

desarrollos que hace el hospital están basados en un comportamiento en la epidemiología pero nosotros nos enfocamos a la alta complejidad, la alta complejidad especializada y queremos ir ya a lo que es la atención personal de las personas.

- En este campo doctor, por los estudios epidemiológicos, por la misma organización de la entidad ustedes tienen esa oferta, pero si nos vamos como a los formadores, en aquí, en la ciudad y en la región considera usted que los programas si están a correr con esos perfiles y los perfiles epidemiológicos o definitivamente los profesionales tienen que migrar a otras ciudades, incluso al extranjero a especializarse o subespecializarse, como está la oferta en cuanto a esos programas para capacitar a nuestro talento humano.
- \* Bueno, muy bien la pregunta. Somos un sector y lo digo en el hospital donde usted difícilmente encuentra auxiliares de enfermería, no se encuentra, entonces nos ha tocado formarlas, tenemos un instituto de educación que es el Instituto Pablo Tobón Uribe donde este momento estamos formando cincuenta y ocho auxiliares de enfermería, ya se han formado varias, esas niñas pues nosotros las elegimos, las formamos en la etapa lectivo, en la etapa productiva, la hacen acá ya da mismo se quedan trabajando, o sea una de estas queda ganando un millón doscientos cincuenta mil pesos de salario, más las prestaciones sociales más un veinte por ciento de recargos, una niña que de veintiuno, veintidós años queda ganando mucho más que el papá que está en la casa y que se gana el salario mínimo, esas niñas casi que se vuelven la cabeza de la familia y se les arriman otras familias para vivir del ingreso de ella, es un problema social. Enfermeras, déficit de enfermeras, no se están formando ni en la cantidad ni en la calidad que necesitamos, químico farmacéuticos, tampoco encontramos que el químico farmacéutico tenga la estatura que se requiere hoy en un hospital de esta complejidad para discutirle al médico, de tú a tú, doctor, ese medicamento que usted le está ordenando está equivocado, no le puede mandar eso porque le pasa esta reacción al paciente, el perfil hay que subirlo, el químico farmacéutico no estoy hablando aquí de los químicos, la profesión, hay que elevar el nivel que el químico farmacéutico sea más de vocación asistencial, más ida al paciente, que interactúe con el paciente y le diga usted es una persona que toma estos y estos alimentos, usted tomando estos alimentos está haciendo unos efectos neutralizadores de este medicamento, entonces no le está haciendo ningún efecto, o sea que eduquen al paciente en la farmacología, no lo estamos logrando porque no existe ese recurso, entonces desafortunadamente si nos está tocando invertir en la formación avanzada pro fuera del país, toca mandar a los médicos a que se formen y cuando vienen acá se encuentran con que la gente con la que van a trabajar no está formada entonces nos toca también mandar las enfermeras a que se vayan a formar para que le entiendan al Doctor y cuando se forman ahí sí, vea si no...
- \* Y si no tiene esta tecnología, no funciona, entonces definitivamente se requiere pues como que ese reconocimiento este actualizado, que haya una función de trabajar en equipo, que haya también una remuneración acorde con esos niveles de especialización y de su especialización, en la alta complejidad a nosotros nos llega una cantidad de problemas que nadie ha resuelto, nosotros somos un centro de soluciones de salud, entonces nosotros no servimos para que nos digan, no vea le

voy a mandar 100 amígdalas, a como me las hace, no es que nosotros no estamos preparados para eso, somos una institución dedicada a resolver problemas, tenemos los especialistas aquí y tenemos la tecnología aquí, entonces vulgarmente se dice echen ese chicharrón al fogón, aquí llegan paciente demasiadamente complejos, les voy a dar un ejemplo sencillo porque además yo no soy médico, pero es lo siguiente, un paciente que lo van a amputar en otra institución, porque no hay más remedio, le tienen que cortar la pierna, cuando llega acá los médicos se ponen al tanto y dicen es que se puede salvar por este lado, por este lado, por este lado y el paciente termina sin que lo amputen, eso es una maravilla, una cantidad de recuperaciones que a nosotros nos muestran a través de videos y demás, que se logran hacer por la salud de las personas, son esos logros un poquito anónimos pero que se justifican y valen la pena, entonces poniendo de presente eso no es que nosotros hayamos sido ajenos a lo de las cooperativas de trabajo social, al contacto de gremio, a las otras modalidades o que por prestación de servicio yo hago una sociedad y le facturo, pero al hospital no le gusta eso.

- Doctor y si según estas experiencias el modelo funciona, el modelo de vinculación, de cualificación, el de la gestión, el modelo de la complementación de la formación, porque consideraría usted que no se implementa a nivel del sistema general ?.
- \* Veá, porque somos cortoplacistas, un administrador se equivoca cuando que contratando una mano de obra barata, va a dar muy buen P y G, le va a mostrar a su empresa un muy buen resultado económico, pero no se da cuenta que está destruyendo el valor más importante en el mediano y largo plazo que es el conocimiento, o sea cuando usted está cambiando el personal usted no asegura un conocimiento ni lo mantiene de larga vida, entonces es un error grandísimo, segundo porque no nos digamos mentiras somos egoístas, ay! yo porque le voy a dar a este más de lo que yo puedo tener, entonces les negamos a los otros que ganen lo que puedan ganar, qué más da aquí hay médicos que pueden ganar más que el director porque trabajan y porque le pagan sus honorarios, bueno, se lo ganan porque trabajan, entonces ese modelo yo creo e es simplemente un modelo o negarnos a que haya relaciones a largo plazo, tenemos que tener larga vida con las personas, o sea que una persona entre aquí, haga su vida completa, yo tengo ya aquí veintinueve años de vida en el hospital, le digo que todavía no me he completó cómo funciona el hospital, todos los días aquí hay cosas nuevas, todos los días hay retos, todos los días hay programas, exigencias, cosas nuevas, entonces si por el tiempo que pasara uno dijera, yo ya me asegure, equivocación, no, tenemos que tener personas igualmente motivadas, personas exigidas, pero personas que se sientan estimuladas, es lo que yo digo, cuando una persona se va a vincular al hospital Pablton Uribe es como cuando nosotros como papas pensamos en tener un hijo, tenemos que ser muy responsables, se tiene la vinculación y no es para decirle dentro de dos o tres años, recorte de personal, se van, nosotros no hacemos eso, ni siquiera cuando hemos tomado la decisión de contratar con empresas especializadas de servicios de apoyo, por ejemplo aseo, ni siquiera eso, entonces esas treinta personas que hacen la limpieza aquí, cancele el contrato, no, se va haciendo una cosa paulatina, les vamos contando, el hospital tomo esta decisión, ustedes no se preocupen ninguno va a salir por esta razón, los que quieran se pueden vincular con esta empresa, si no quieren el hospital los

mantienen aquí donde ustedes están, o se promueven o estudian otra cosa y eso ya ha pasado, pero se los decimos, yo creo que lo más importante es que en la empresa le digan que están pensando de uno y para dónde va la empresa.

- Que decisión van a tomar respecto al futuro de esa....
- \* Entonces lo primero que hacemos es reunir a la gente y contarle, pasa esto esto, esto y estamos viendo esto, alguna pregunta, inquietud? la gente está tranquila y así se ha procedido, creo que uno tiene que ser responsable con la gente porque uno no puede engañar a las personas diciéndoles cuentos que mañana o pasado mañana diga me engañaron, eso no era verdad, entonces cuando le hablamos a la gente con claridad, cuando le decimos las cosas como son la gente está tranquila, tienen confianza, yo oigo en algunos sitios, no que los médicos son muy difíciles, aquí no, aquí no porque el médico aquí está vinculado con un contrato de trabajo, con unas horas, nosotros le programábamos al agenda, las reuniones, el director cita a una reunión con todo el personal, todo el mundo está ahí, ah no, que el doctor tal no es tal, porque no está?, ah no es que está en una licencia, ah bueno, debería estar trabajando, o sea aquí hay absolutamente se conoce quien debe estar, y eso genera relaciones de confianza, de credibilidad, de sostenibilidad en el largo plazo, porque las familias también dependen de personas que están en unos empleos donde los capacitamos, donde les enseñamos que les vaya bien, el fondo de empleados, es una actividad, una empresa que apoya también a las personas, entonces todo esto se va sumando para que la gente encuentre que el hospital les brinda calidad de vida.
- Doctor cuando ustedes hacen una convocatoria porque consideran que les falta algún perfil adicional o simplemente contratar una persona más por la demanda, por la razón que fuere, como es este proceso de selección, llegan muchas personas por unidad de empleo, promedio cuantos por ejemplo para un especialista, promedios hojas de vida que ustedes puedan.
- \* Eso es otra cosa, que también hacemos aquí se reciben hojas de vida todo el tiempo, nosotros no ponemos letreros de "no hay vacantes", siempre estamos recibiendo hojas de vida, a través de la página del hospital hay un enlace que dice trabaje con nosotros, entonces ahí la gente matricula su hoja de vida, entonces cuando el hospital abre un proceso, consulta primero que todo cuáles son las personas que estarían en capacidad de desempeñar esa función y hace como un primer filtro, si son cuarenta o cincuenta hojas de vida, hace un primer filtro y de acuerdo con eso se establece un comité de selección de personal, porque decimos en el hospital que aquí no se seleccionan las personas, se eligen, esto es bueno, se eligen entre un grupo de todos muy buenos el hospital elige, elegimos a este que es el mejor y ese proceso se llama elección y el comité de elección siempre está integrado por el jefe inmediato, o sea aquí no le llega una persona, vea es que allá me mandaron esa secretaria paz que trabaje con usted, no señor, si usted va a tener secretaria usted tiene que participar en ese proceso y comprometerse con esa persona porque usted no puede decir mañana, pasado mañana, no es que yo no sabía de donde viene, como a ella la mando el presidente de la junta, no, usted la tiene que conocer, la tiene que ayudar a salir adelante y se tiene que comprometer en que esa persona sea exitosa, o sea ese comité de elección se compromete, no hay votación en el comité de elección, no hay votación, entonces no hay votación

porque en el momento que haya por lo menos uno que diga "yo no estoy de acuerdo" ese es el que va a decir mañana, vio? mire como le fue de mal, no, es por consenso, cuando estamos todos de acuerdo, esa es la persona? todos de acuerdo? listo, la elegimos, cierto? entonces se elige por las mejores capacidades.

- \* Nada de, a mí me llamaron, se estimula también mucho la promoción de las personas dentro de la vinculación laboral en el hospital.
- Hacen sus...
- \* Sus promociones
- Doctor en cuanto a esas alianzas estratégicas, todo lo que hemos venido conversando, considera usted que hay o no hay articulación entre el sistema de salud, las necesidades del sistema, los perfiles epidemiológico, las necesidades de la población, en general, a nivel nacional y entre el ministerio de salud y de educación?
- \* Pues, yo no conozco muy en detalle pero si me parece que hace falta que conversen más, el Ministerio de Salud está presentando unas necesidades de especialistas en determinadas áreas y el Ministerio de Educación esta como formando como con otras necesidades, manejando otros tiempos muy largos, casi que poniendo un poquito de burocracia, lo digo pues respectivamente, que no, no se puede cumplir esta visita hasta dentro de seis, ocho meses, nosotros estamos aplicando dentro de la nueva ley a ser hospital de trabajo como universitario, e estamos empezando ese proceso y ya metimos toda la documentación y el hospital viene como preparándose como responsablemente también, o sea en autoerigirse, entonces primero cumplimos con las normas del sistema único de habilitación de salud, segundo cumplimos, nos sometidos a las normas de acreditación en salud, el ministerio de salud y protección social, a través de Icontec nos hace como la auditoria, entonces ya nos acreditamos en salud, en categoría de excelencia, por segundo ciclo consecutivo, es la única institución de salud ahora en el APIS que está acreditada en categoría de excelencia, con las normas ISO, la 9001, 14000 y 18000 estamos certificados en esas normas en el parámetro responsable, con el imbirá y nos gusta la disciplina de que vengan ojos de afuera y nos miren, porque uno no se las sabe todas, entonces si nos gustaría que entre el ministerio de educación y el ministerio de salud hubiese una mayor cercanía, para que esas políticas, esas necesidades que tiene el ministerio de salud sean avaladas por el Ministerio de Educación, porque uno a veces diga, entonces bueno, porque en esta especialización se formó solo un especialista, sabiendo que se pueden formar tres o cuatro.
- Y las necesidades sentidas ¿Son más amplias?
- \* No nos explicamos porque, otra cosa demasiado desagradable que está pasando el Ministerio de Salud tiene que cuidar también eso, que si este abandonando el ejercicio de alguna especialización en la medicina pro la tarifa, me explico, maternidad, obstetricia pues, y pediatria, las tarifas cada vez, no es que un parto se lo voy a pagar a tanto, es que un parto ya no le voy a pagar sino tanto, entonces que paso la gente ha dicho, no so tiene mucho riesgo, yo me voy a retirar de ahí, este hospital nunca ha tenido maternidad, nunca, pero perdóneme que me voy a devolver a porque, porque consultando la epidemiologia, veíamos que el servicio de maternidad estaba suficientemente cubierto.

- Sobre ofertado.
- \* Si, entonces el hospital dijo, no nos metemos ahí, cardiología, tampoco, allí hay una clínica especializada en cardiología, entonces está cubierta esa necesidad, nosotros nos metimos en cardiología, cuando ya nuestros pacientes que son muy complejos porque todos pueden tener hasta seis, siete, ocho diagnósticos de base, dentro de ellos problemas cardiacos, pero viene una persona con un problema cardiológico y una fractura, nos cae a nosotros, entonces necesitamos cardiólogos que asistan a ese paciente.
- Así está perfectamente organizado para engranar las necesidades y los servicios pues de acuerdo a las necesidades particulares pero sin sobreoferta.
- Si, o sea hace falta que se armen más, que nosotros tenemos gente que dice, aquí llego una niña en la semana pasada, yo acabo de venir como regente de farmacia, yo le dije, aquí no te abro ninguna expectativa porque cada vez el nivel de nosotros está pidiendo más, necesitamos quimicofarmacéuta, entonces ¿Estudió?, si, o váyase a buscar empleo en otra aparte, pues de una vez hay que decirle para...No generar expectativas.
- \* Entonces decimos mucho que las personas aquí, aquí hay participación y ¿Cómo se aprende a participar? participando, ¿Cierto?, el que quiere participar, participa.
- Doctor Saldarriaga, aclarándote lo que te decía ahora, mientras el Doctor estaba hablando con la niña, no solo la parte asistencial, ellos le apuntan a la formación de su talento humano, en convenio con el Sena nosotros venimos acá, damos formación en la parte de técnicos profesionales y de gestión administrativa
- \* Así es. Ellos nos facilitan los espacios, ellos nos ayudan con la integración de los grupos y nos organizan todos, nos facilitan también la etapa productiva de los aprendices y ellos forman a su personal garantizando que todos tengan la certificación necesaria para suplir las necesidades.
- \* Muy buen punto, sí.
- Se podría decir que la entidad genera un modelo solidario, solidario en el sentido de que es solidario con sus colaboradores y con los usuarios, podría ser como un modelo solidario donde todos de alguna forma unen esfuerzos y salen, convergen esas necesidades, esas ofertas y van saliendo a flote todo.
- \* Esque yo le cuento una cosa, mire, haga el ejercicio, oiga usted cómo se siente aquí, la verdad muy bien, a usted le pagan cumplidamente? si, y le pagan muchas prestaciones, ninguna prestación extralegal, aquí no se pagan prestaciones extralegales, ahora la junta directiva probó fue dar una bonificación como por navidad, pero aquí se paga lo de ley, cierto, las cesantías las primas, aquí no hay ni prima de antigüedad, no hay nada de eso, simplemente se le cumple a la gente con eso, si una persona necesita un tiempo que porque tengo que ir a salir con mi mama par alta cosa, bueno se procura que lo pueda hacer, se le procura como que la gente viva un poco su vida también amablemente, es que los seres humanos no necesitamos cosas raras, ni todo es plata, usted le puede pagar a la gente mucha plata y la tiene aburrida, pero usted les paga dignamente, no le sigo que aquí no se les pague, se le paga dignamente la remuneración que está más o menos en el mercado y la gente está contenta
- La gente está satisfecha y hace lo que tiene que hacer acorde y sin necesidad de presionar a que lo haga.



- \* Entonces como se resuelven los problemas, muy fácil, la gente tiene una inquietud, es que no estamos a gusto con estos muebles que tenemos aquí, bueno vamos a mirar, que muebles necesitarían, se les organiza, que sea económico, la laminación, ¿Quedaron bien? ah sí, quedamos bien. Problema resuelto. Y pasa a la siguiente hoja, o sea esa es como la responsabilidad, que la gente pida que le mejoren su silla, que la ventilación, entonces son como meterse uno a la cabeza, lo primero es que usted tiene que tener un sitio de trabajo digno, usted no puede trabajar bajo unas escalas, o al lado de un depósito de pintura, ni tampoco donde usted tenga el extractor de una máquina que le esté zumbando en el oído, son cosas normales, alguien que se queje de eso tiene toda la razón, como va a ser que alguien que trabaje bajo unas escalas le organicen un escritorio, no eso no se hace, con nadie, si eso se lo hace usted al hijo, al hermano, al papa, usted haría eso con su papa o su hermano?, no, entonces porque lo hace con otro, entonces simplemente es como darle un estatus sin lujos, o sea aquí no necesitamos lujos, nadie vive en lujos, se necesitan cosas funcionales y todo es del hospital, todos los servicios, miren otra cosa, aquí no tenemos otros servicios, no que vea rayos x entreguémoselos a estos médicos, laboratorio clínico, lo manejan estos, no, todos del hospital, todos los servicios son manejados por el hospital, todos los equipos son propiedad del hospital, entonces un medico se va de vacaciones que aquí va a estar su remplazo, entonces no van a cerrar el laboratorio? no, tranquilo Doctor, el laboratorio va a seguir funcionando, váyase a sus vacaciones, cierto. Es que aquí no podemos decir que si le da gripa a un médico, entonces se cerró ese servicio, no, no porque esto es un hospital y está abierto a la comunidad y como tal debe estar funcionando independientemente de las personas que estén.
- Doctor, digamos que todo este modelo que ha sido exitoso, que es el único hospital que cuenta con vinculación directa cien por ciento, usted que percepción, que conocimiento tiene a nivel de la ciudad, como están las otras IPS, las otras entidades, en cuanto a eso, si hay tema de clientelismos, si hay temas burocráticos, si hay tema de estabilidad o inestabilidad, ¿Cuál sería la posición?
- \* A ver, yo que conozco, es que hay de todas las modalidades, me se muchas modalidades, todas, entonces nosotros lo que hacemos es que allá robamos gente, que está aburrida la traemos para acá, los que son buenos los vamos trayendo, porque pues nos dan la oportunidad, ah pero si no los contemplan allá, entonces los traemos para acá, si no tienen modalidades que son amigables con la gente, contratos de esos que hay que explicarle mucho a la gente, prestación de servicios, de todo, entonces le explicaban a la gente que eso era lo mismo, que yo le pago esto, eso no es lo mismo, yo no creo en nada, pues con el debido respeto, aquí tenemos algún contrato pero por solicitud directa de los neurocirujanos, ellos dicen, nosotros solo prestamos servicio bajo la figura del contrato \_\_\_\_\_ condición que ellos ponen, pero ellos tienen una agremiación y así lo manejan en todas partes, pero el hospital no es, son ellos quienes, los anestesiólogos, son vinculados en la nómina de nosotros, en todas partes son sociedades, no sé porque les da miedo , francamente, mire, yo oigo a los colegas hablando, que me demandaron que porque eso era honorarios y ese problema aquí nosotros no lo tenemos, aquí gente que se jubila, cuántos años lleva Doctor trabajando? treinta y dos y ya me voy a jubilar y listo, su vida laboral tranquila, sus recargos, otro drama gravísimo, cotizando para

seguridad social con un salario mínimo, ya se van a pensionar con el salario mínimo y son Doctores que están acostumbrados a un sueldo, a ver los de aquí, con todas sus pensiones al día, porque? porque el hospital los obligo a que nada se pagaba por debajo, entonces Doctor si su salario son siete millones, usted sobre siete millones cotiza, ah que como así? si señor esa es la condición y sobre eso la retención en la fuente y sobre eso usted hace su declaración, ahora dice, gracias al hospital, vea mi pensión, vea lo que me llevo de pensión hombre estoy feliz. En los grupos cuando se agremian o cuando se agrupan hacen cotizaciones sobre el salario mínimo, entonces cuando vana pensionarse ya tienen esa dificultad, adicionalmente antes se les permitía que un año antes de que se pensionaran pudieran hacer incremento, pero al norma ya no le permite hacer un incremento superior al veinte por ciento y otro al veinte por ciento, es decir en un año no pueden superar el cuarenta por ciento de los ingresos que traían entonces no pueden hacer esas subidas grandisimas de salarios, de ingreso base de cotización para poder pensionarse con salarios mas bajitos, mira, cuando uno se está diciendo mentiras a sí mismo, pué pierde porque en el largo plazo pues se las cobran, entonces nosotros creemos es en el largo plazo, que buscamos? estabilidad, que el conocimiento se mantenga al orden del día.

- Doctor, que considera de pronto que se nos haya quedado por fuera de este contexto, de esta conversación y nos quiera compartir para finalizar esta entrevista que amablemente nos concedió.
- \* No, creo que, en Colombia tenemos un régimen laboral, que debería tener algunas flexibilidades también desde el punto de vista como de las vinculaciones para que esto no se volviera una camisa de fuerza, por ejemplo nosotros las auxiliares de enfermería que las estamos formando no se pueden contar como aprendices, en el sector salud, entonces a nosotros eso nos implica una carga adicional porque estamos convencidos de la importancia de formar a las personas, pero que tan bueno sería que se nos permitiera que esas niñas cuando se vinculan no nos obliguen a nosotros, a mí me encanta tener estudiantes aquí, me encanta porque ellos le dinamizan a uno todo, pero para el hospital es un costo importante, le pagamos al estudiante un salario mínimo, es una ayuda, pero, y nos ayudan mucho, el estudiante de práctica, pero que tan bueno por ejemplo que en esos detalles pudiéramos tener esa posibilidad de cruzar las auxiliares de enfermería que se forman en el sector salud no se puede, que porque no se admiten, pero ahí es donde yo digo que es cuando esto se les vuelve general para todo el mundo, entonces también quedan experiencias sin valorarse suficientemente, de pronto la posibilidad del convenio con el SENA, porque ahí ellos estarían cubriendo la cuota de aprendices que se les exige para los aportes parafiscales, hay una exigencia por cada determinado número de trabajadores que ellos deben garantizar en la cuota, entonces si ellos están teniendo personal en formación, deberían validarle ese personal que tienen en formación como parte de la cuota, pero de pronto se puede llegar a esto en un convenio de formación, el hospital a eso me refiero con ellos, el hospital tiene su propio centro de formación pero de pronto en un convenio con el SENA se urdiera hacer alguna negociación para que fueran tenidas en cuenta, estos aprendices dentro de la cuota de aportes para fiscales. De alguna forma son alianzas estratégicas que pues en esto hacen que todos de alguna forma se vean

beneficiados, porque pues la idea en el proceso de la cualificación pues es tener acceso a entidades de tanto prestigio, reconocimiento con tecnología de punta, con los mejores servicios, la calidad humana y demás pues que de alguna forma eso hace que se generen unas dinámicas bastantes interesantes en todo el tema de la gestión del talento humano. Ahora por ejemplo vamos a participar en una investigación de Alzheimer que pues el hospital fue evaluado por autoridades americanas y consideraron que podíamos ser el centro de referencia para evaluar esos pacientes, entonces que estamos viendo nosotros, hoy en el mundo se están instalando los mismo equipos que tenemos acá, en Australia, en Alemania, en Canadá, lo mismo, las tarifas allá son diez veces más altas que nosotros pero la tecnología es igual, de hecho vienen los técnicos, que usted de dónde viene? yo vengo de Austria, estaba arreglando un equipo allá y vengo a arreglar este y de ahí para argentina, o sea ellos van andando por el mundo porque son muy pocos equipos y son de muy alta complejidad, ahora vamos a traer otro equipo (un solo equipo vale dos millones y medio de dólares), entonces se va a instalar y son muy pocos equipos de eso en el país, entonces el hospital tiene un pet, vamos a instalar otro resonador, otro equipo de resonancia magnética y son aparatos que ayudan a unos diagnósticos mucho más exactos cierto, no es que sea como el encarnizamiento con la tecnología sino que eso es una necesidad, no es lujo, ya esos aparatos le dicen exactamente a la persona donde tiene otro tumor, no espérese a ver si le sale entonces la gente se va con esa incertidumbre, que donde me de otra metástasis cierto, y yo sin saber, no aquí de una vez con él le hacen el examen completo y vea tiene un tumorcito aquí y otro aquí, el equipo él hace un examen completo, un scanner, eso. Eso es una maravilla que uno pueda decirle a la gente ya con esa exactitud cierto.

- Doctor muchas gracias
- \* Con el mayor gusto, a ustedes por la visita muchas gracias.

**ENTREVISTA No 16**  
**30 de noviembre**  
**Universidad de Córdoba**  
**Decanatura Ciencias de la salud**

**Entrevistador:** Doctora Buenas tardes, agradezco atender a esta entrevista en el marco del proyecto de Caracterización del Talento Humano en Salud, convenio entre el SENA y la Universidad nacional de Colombia, la primera pregunta es: ¿Qué estrategias de calidad de control de la educación tiene la universidad para los programas de salud?

**Entrevistado:** bueno, los programas de la universidad de Córdoba, no regimos por lo establecido por el ministerio de educación nacional con relación a acreditación que es el decreto 1295 donde con base en ello trabajamos todos los procesos de acreditación de los programas que ya se han acreditado y los documentos ya para autoevaluación para renovación del registro calificador de los programas.

**Entrevistador:** Con respecto a las estrategias de internacionalización y bilingüismo pues ¿que nos puede contar?

**Entrevistado:** Bueno, con relación a bilingüismo, nosotros dentro de los programas tenemos inglés como asignatura en 3 niveles en todos los programas, sin embargo, con relación a la internacionalización, estamos un poquito atrasados diría yo, ya hemos tenido pasantías de estudiantes en México, tenemos convenio con otras universidades del exterior y estamos ya dando los primeros pasos, diría, con relación a la internacionalización.

**Entrevistador:** Y pues ahora, como me comentaBA con la maestría en salud pública, pues creo que se le van a abrir muchas más puertas al respecto. En los procesos de formación del recurso humano, del talento humano aquí en la facultad de ciencias de la salud, ¿se tienen en cuenta las problemáticas actuales del sector salud?

**Entrevistado:** Si claro. De hecho, nosotros además de los pregrados, nosotros en la facultad de ciencias de la salud tenemos 4 pregrados que son: enfermería, bacteriología, regencia de farmacia y administración en salud, pero además tenemos 2 especialidades que es: gerencia administrativa de salud y auditoria de la calidad en salud. Entonces, pues sí, es enfocado pues a todas las problemáticas actuales del sector salud por supuesto.

**Entrevistador:** ¿Cómo se sienten ustedes con respecto a la competitividad con otras universidades, otros programas?

**Entrevistado:** No, nosotros nos sentimos bien porque nosotros, por lo menos, el programa de enfermería recibió acreditación de alta calidad, el año pasado ya obtuvimos la renovación de la acreditación de calidad, entonces por lo tanto, estamos como a la par con los programas del país que tienen acreditación de alta calidad. Los demás programas ya están trabajando también para la acreditación, tienen sus registros calificados vigentes y están haciendo todos los procesos de autoevaluación ya para acceder a la acreditación de alta calidad también, entonces nos sentimos muy bien.

**Entrevistador:** Doctora. ¿Ustedes tienen en cuenta la parte de las competencias laborales, la formación tecnológica? ¿Tienen formación en ese nivel?

**Entrevistado:** No, nosotros no. Aquí hay solo un programa que es tecnológico que es el de regencia de farmacia, es tecnológico, los demás son a nivel profesional, y trabajamos con competencias, sí, pero no específicamente como las competencias laborales del SENA no, nosotros trabajamos en otro sentido.

**Entrevistador:** Bueno doctora. El segundo grupo de preguntas tienen que ver con la empleabilidad del recurso humano y la pertinencia de la formación, de orientación de perfiles profesionales ¿Ustedes tienen comunicación con los prestadores, para conocer qué es lo que ellos necesitan, o para saber cuántos, como, con que perfil?

**Entrevistado:** Si, de hecho nosotros, nuestros programas en ciencias de la salud son teórico prácticos y por lo tanto nosotros también tenemos convenios de docencia-servicio con las instituciones de salud de Montería y con otras a nivel Nacional, entonces siempre estamos en permanente comunicación, porque terminado cada semestre, tenemos que hacer evaluación de estos, de cooperativización de cada convenio, entonces estamos en permanente comunicación con los empleadores.

**Entrevistador:** ¿Y ustedes evalúan si el tipo de programas está de acuerdo con las necesidades laborales del sector?

**Entrevistado:** Si, si. Y de hecho nosotros, yo diría, que por ejemplo en enfermería, bueno, en todos los programas nuestros tienen una alta demanda de profesionales. Nosotros, muchas veces, las cohortes no se han graduado y ya la gente tiene empleo, y cuando están haciendo las practicas y las pasantías en los últimos semestres, generalmente las instituciones se quedan con los mejores y siempre tenemos demanda, por ejemplo, el programa de tecnología de regencia de farmacia hoy día tiene egresados, yo diría que en todos los departamentos, porque no hay muchos programas en Colombia entonces siempre están llamando de otras partes, y como dentro de la normatividad, el ministerio reglamentador, el ministerio de salud, ha reglamentado la, digamos, la necesidad de regente de farmacia tanto en las droguerías como en las IPS, entonces ha sido de mucha demanda para ese programa, igual en bacteriología, en enfermería, los egresados nuestros son muy apetecidos.

**Entrevistador:** Me alegra. ¿Considera que se deben eliminar, mantener o crear programas nuevos de pregrado y posgrados?

**Entrevistado:** Bueno, nosotros tenemos en nuestro mismo departamento, tenemos la solicitud de los empleadores y de gente en el municipio de Lórica, por ejemplo, que la universidad de Córdoba tiene una sede, está muy interesado que se abra una extensión del programa de enfermería allá. Con relación a programas nuevos, la gente ha solicitado, la comunidad diría yo, que trabajemos en nutrición y dietética que parece que hay un déficit de profesionales en esta área. También en algunas terapias, tipos de terapias, fisioterapias y esto, de todas maneras se está pensando pues, ya con la nueva administración de la universidad, mirar como estaría, vamos a mirar que se está trabajando ya en el plan de desarrollo de que políticas se van a trazar con relación a eso, pero si hay solicitud de la gente con relación a unos profesionales de la salud.

**Entrevistador:** ¿O sea que usted no cree, por ejemplo, que por lo menos aquí en Córdoba suceda el hecho de que hay muchos profesionales y muy poca demanda, y que se queden desempleados o algo así?

**Entrevistado:** Hasta ahora gracias a Dios no tenemos ese problema.

**Entrevistador:** Que bueno.

**Entrevistado:** Hasta ahora no tenemos ese problema y a veces nosotros abrimos convocatoria de docentes catedráticos, para banco de catedráticos y a veces no hay mucha gente desocupada.

**Entrevistador:** ¿Y como ustedes han pensado, o se han proyectado en la formación, que desafío tienen en la formación del talento humano, teniendo en cuenta los cambios del Sistema de Salud, del sistema, como está cambiando, como se supone que va a cambiar?.

**Entrevistado:** Bueno, nosotros lo que nos permite ir a la par con los cambios es la capacitación permanente, además que nosotros tenemos muy buenas relaciones con la Secretaria de Salud, o sea con los entes departamentales y municipal de salud, entonces, por poner un ejemplo, la política de lo de AIEPI y IAME, nosotros estamos a la par, nosotros estamos incluso capacitando auxiliares de enfermería y personal, tenemos contrato con el Camu, El Amparo, que es de primer nivel para Montería, creo que ese programa va a ser piloto lo de AIEPI comunitario, ya tenemos muchos resultados, llevamos 2 años en eso para mostrar, y ya allí todo el personal está capacitado y se está trabajando también con sectores, con personal que es voluntario en diferentes comunidades y este año se empezó ya con la zona rural también, entonces, con madres comunitarias, con voluntarios.

**Entrevistador:** Y con respecto a lo de EPS, promoción de la salud.

**Entrevistado:** Si también, exacto. Entonces en la medida que nosotros estamos capacitándonos en lo nuevo, estamos incluyéndole a nuestro plan de estudio todo lo nuevo que viene. Nosotros en los programas somos miembros de las asociaciones, por ejemplo, en enfermería de ACOFAEN, en bacteriológica de APROBAC, en regencia también de la ACOPTERFAR, entonces son entidades que van dando como los lineamientos también de las nuevas políticas para la formación.

**Entrevistador:** ¿Doctora, finalmente que aporte nos quiere dar con respecto a la caracterización del talento humano, que sugeriría usted que deberíamos indagar? cuántos somos, quienes somos.

**Entrevistado:** Bueno, de todas maneras yo no he leído la encuesta cuantitativa, pero pienso que también sería bueno como cruzar la información de lo que es la formación con relación a lo de los egresados.

**Entrevistador:** Si, lo vamos a cruzar.

**Entrevistado:** Que por ejemplo, acá hay un observatorio de egresados, que hay un link desde la página web donde se puede mirar cierta información.

**Entrevistador:** ¿Cual es ese link doctora?

**Entrevistado:** En la pagina, [www.unicordoba.edu.co](http://www.unicordoba.edu.co), entonces allí hay un link que tiene que ver con egresados.

**Entrevistador:** Doctora, muchas gracias.

## **ENTREVISTA No. 17**

**Clínica Zayma**

**Montería, Córdoba.**

**Ingeniero Julio Mario Peña.**

**Entrevistador:** Nos encontramos con el Ingeniero Julio Mario Peña y pues a continuación le vamos a hacer esta entrevista. Agradecemos su gentileza y a continuación realizaré una serie de preguntas relacionadas con los objetivos de indagación del estudio. ¿Con respecto a la demanda en recursos humanos cuales son los criterios que ustedes tienen para definir su planta de personal asistencial en salud?

**Entrevistado:** Bueno, eso depende del servicio, pero obviamente se tiene en cuenta la capacidad instalada que tenemos, es decir el número de camas que tienen los servicios, también el volumen de pacientes que atendemos, y en otros casos, como son las UCI, la complejidad del paciente. Entonces podemos decir que en el caso de urgencias pues básicamente se maneja con el número de camas de observación y el promedio de pacientes que atendemos en el mes. Ahorita mismo pues estamos desarrollando estrategias para minimizar ese volumen porque hemos identificado que estamos atendiendo muchos pacientes TRIAGE 3, que es el paciente que no necesita urgencias. Entonces, esa recepción de esos pacientes nos congestionan el servicio, entonces estamos tratando de, con la ayuda de las empresas, tratar de filtrar un poco mas y remitir a ese TRIAGE 3 a la consulta prioritaria. Pero entonces estamos tratando de hacer un estudio más concreto para medir cuales son las necesidades reales de recurso. Ya en las áreas de cirugía ya eso si es más fácil porque tenemos tres quirófanos, las estadísticas nos arrojan que en el turno de la mañana es donde más se presentan, o se programan, las cirugías; tenemos un equipo completo en los tres quirófanos en la mañana, en la tarde también, ya en la noche solo se dejo uno que se presentan solamente cirugías de urgencia. Y los días domingos y festivos también se deja uno porque no se programan cirugías sino de urgencias, mas controlado ahí. Entonces más o menos tenemos; también jugamos con las camas, son 12 camas de UCI que tenemos; y en el último estudio que hicimos hace poquito, recientemente, identificamos que requeríamos de 6 auxiliares de enfermería por turno para atender 10 pacientes, 10 pacientes de diferentes complejidades que se nos acomoda de acuerdo al estudio ese que se hizo. Entonces, en total tenemos 28 auxiliares de enfermería, tenemos un jefe, profesional en enfermería que les hace acompañamiento 24 horas, bueno, se rotan los jefes, y una coordinadora, una jefe de enfermería que está en toda la mañana, todo el día. Eso en cuanto, bueno le estoy hablando todo de enfermería, ya después vamos a ver otro caso que son los médicos. Eso para las UCI. En el servicio de hospitalización se hizo un estudio de tiempo, un ingeniero industrial en práctica, se tomo el trabajo de tomarles tiempos a los pacientes de acuerdo a las 5 principales especialidades o causas de egreso de los pacientes que fueron medicina interna,

ginecología, pediatría, área quirúrgica y no me acuerdo cual era la otra. Bueno, el hizo una muestra en promedio de cuánto tiempo se demoraba un auxiliar de enfermería para atender esos pacientes, entonces, y con base con las estadísticas que teníamos de atención de pacientes se identifico la necesidad de recurso humano, entonces se definió que las tareas que se hacían en el turno de la mañana necesitaban de un mayor apoyo de personal, entonces estamos dejando en un piso, que tiene alrededor de 10 a 15 pacientes 3 auxiliares en ese turno, ya en la tarde bajan las, el numero de tareas porque ya los médicos generalmente en las mañanas es que hacen las rondas, le prescriben y ordenan y mandan estudios, ya en la tarde baja un poquito, no hacen tanta ronda; dejamos 2, en la noche dejamos 2. Eso fue un estudio que hicimos con el ingeniero industrial. Y otra área así de asistencial estamos haciendo ahorita mismo uno con las terapistas, que ya es como un equipo más de apoyo de las tareas de las demás unidades funcionales. En cuanto a los médicos, también esos si los determinamos con base en las estadísticas de volumen de pacientes atendidos y las necesidades de nuestros usuarios, o las necesidades que se identificaban a través de las encuestas o la percepción de los usuarios. En el caso de acá, del servicio de urgencias, hemos ampliado el numero de consultorios, hemos cambiado el modelo de atención de urgencias, más o menos en los últimos dos años, como 3 o 4 veces para tratar de ajustarlo para mejorar la oportunidad. Entonces, siempre probamos ampliando un consultorio, que ampliando el modelo de atención del TRIAGE ubicando personas, intentamos con un medico en el TRIAGE, con un enfermero en el TRIAGE; últimamente estamos ubicando un médico y un auxiliar de enfermería en el TRIAGE para identificar, identificamos que ahí había un cuello de botella para agilizar el servicio. Y también ubicamos un medico en cada sala de observación para que se fuera responsable de agilizar el proceso de atención y definición del paciente y no se nos quedara mucho tiempo en sala de observación que nos congestionaba también las salas y bueno.

**Entrevistador:** ¿Cuántas camas tiene la clínica?

**Entrevistado:** La clínica actualmente tiene 85 camas

**Entrevistador:** Y más o menos cuantos médicos, cuantas enfermeras, cuantos auxiliares?

**Entrevistado:** Auxiliares de enfermería son 119, enfermeros profesionales o jefes hay 27, médicos generales hay 36, terapistas son 9, son mas asistencial los que tenemos. Ya en cirugía, instrumentadores quirúrgicas tenemos 7, 8 con la supernumeraria, en cirugía tenemos 8 auxiliares de enfermería que apoyan recuperación, circulación en los quirófanos, ya que me acuerdo.

**Entrevistador:** ¿Y los médicos principalmente que universidad son?

**Entrevistado:** Bueno, acá la mayoría de los médicos pues son de afuera.

**Entrevistado:** Aquí hay una facultad de medicina, de la universidad del SINU. Si hay una facultad, pero no sé, vienen de afuera bastante, ellos se quedan, no sé si en, como en Cartagena hay bastantes facultades, como que más complicado conseguir plaza del servicio rural y se vienen hasta por acá a hacer el rural y se quedan por acá, entonces



muchos vienen de Cartagena, de la Universidad de Cartagena, de la misma UNISINU de allá, de Barranquilla también tenemos médicos.

**Entrevistador:** ¿ustedes hacen una convocatoria y reciben pocas, muchas o muchísimas hojas de vida?

**Entrevistado:** Bueno, acá la rotación de médicos generales es bastante alta, ese es nuestro cliente estrella, de nuestro proceso de selección porque siempre rota mucho, por la misma naturaleza que quieren ellos irse a especializar, están ahorrando para irse a especializar, presentarse a otras universidades, y trabajan mucho en varios sitios, entonces los que hoy trabajan aquí quieren irse a trabajar en otro lado donde les remuneran mejor, o les ofrecen menor carga horaria, entonces siempre estamos rotando mucho. Entonces generalmente...

**Entrevistador:** ¿y los especialistas?

**Entrevistado:** Bueno, los especialistas ya si son mas, hay escases, podríamos decir de algunas especialidades acá. Entonces son los mismos, en las mismas IPS ya son conocidos.

**Entrevistador:** ¿Y en cuales hay escases, en que especialidades? Cardiovascular, me imagino.

**Entrevistado:** Cardiovascular pues nosotros tenemos 2 médicos, pero ellos también trabajan en otros lados. Bueno, ahí diríamos que urgentólogos no tenemos, intensivistas solo tenemos 2 y esos se dividen que están en todos lados también, no hay neuropediatra, no, hay un poco de cosas que faltan.

**Entrevistador:** Y buenos, ¿ustedes consideran que en su región se están formando profesionales acordes con las necesidades en salud de la población?

**Entrevistado:** Pues diría que se van a especializar en las ciudades más grandes con el ánimo de regresar y no regresan, se concentran allá obviamente por las condiciones que les ofrecen de tecnología, de remuneración, son mejores, entonces es un talón que tenemos ahí.

**Entrevistador:** Ustedes tienen comunicación, por ejemplo, con las instituciones formadoras de talento humano. Por ejemplo, que ustedes llegan a la universidad de Córdoba, a la Universidad Sinú diciendo “mire, necesitamos personas, por favor envíenos hojas de vida”.

**Entrevistado:** Claro, nosotros como tenemos convenio docencia y servicio con ellos, pues es fácil identificar el personal que se puede amoldar a nuestras necesidades, entonces no hay ningún inconveniente en el área de enfermería y auxiliar de enfermería, que tenemos lo estudiantes aquí, entonces esos cargos rotan pero no tenemos la misma dificultad que con el médico general.

**Entrevistador:** Por ejemplo, con respecto a las necesidades del perfil epidemiológico de la región y de la ciudad, ¿Tienen el personal adecuado para atender?

**Entrevistado:** Pues creemos que sí.

**Entrevistador:** ¿Como cuáles son las enfermedades más prevalente aquí?

**Entrevistado:** Las respiratorias, las ERAS, es lo mismo, las enfermedades diarreicas agudas.

**Entrevistador:** ¿Tropicales tienen alguna? Por ejemplo, en Bucaramanga me comentaban que tenían muchos problemas de Chagas, Tuberculosis también.

**Entrevistado:** No, tuberculosis no. Lo que más, la causa de egreso mas, son parto. Aquí nos especializamos en ginecología y obstetricia. La mayoría de nuestros pacientes, los más representativos, son mujeres que vienen a tener a sus bebecitos.

**Entrevistador:** Usted cree que debería haber, en las instituciones formadoras de talento humano en salud ¿Es necesario crear programas nuevos de acuerdo a las necesidades del sector salud, en las necesidades asistenciales del sector salud?

**Entrevistado:** Sí, claro. Se debe reforzar esa cultura de la investigación y de la epidemiología que debería, toda institución, tener su investigador, su epidemiólogo para identificar ese perfil epidemiológico importante, enfocarse por trabajar o por minimizar esas causas de morbilidad, pero no, por acá no tenemos.

**Entrevistador:** O sea que tú crees que se deberían crear programas en epidemiología. Ahora se va a crear, creo, la maestría en salud publica en la Universidad de Córdoba.

**Entrevistado:** Si, desde hace rato están que la sacan.

**Entrevistador:** Ya esta lista, porque vengo de la Universidad de Córdoba y me dicen que ya prácticamente esta lista.

**Entrevistado:** Bueno, ojalá. Si, ahí hay muchas personas que están interesadas, sobre todo profesional de enfermería.

**Entrevistador:** Y cuál es la.... Ah bueno, ahora vamos a otro segundo grupo de preguntas relacionadas con las políticas salariales. ¿Cuál es la modalidad de vinculación laboral más...?

**Entrevistado:** ¿Representativa? Las personas con un perfil de médico general, hacia auxiliar de enfermería, todos están por contrato laboral, contrato a termino fijo. Ya los especialistas, por el mismo perfil del sector, o la necesidad que tenemos de que ellos trabajan en varios sitios, en varias instituciones, están a través de prestación de servicio, aquí no hay ningún especialista de planta.

**Entrevistador:** Los otros... Cuando tú dices contrato fijo quiere decir de planta.

**Entrevistado:** Correcto, de planta donde el cargo de planta con mayor perfil es el médico general y el de menor perfil sería el auxiliar de enfermería en la parte asistencial.

**Entrevistador:** Y todos están de planta.

**Entrevistado:** Todos están de planta. Ya el año pasado seguíamos con cooperativa, pero dado la ley que dio el plazo, que adelantó el plazo para finiquitar los trabajos o la subcontratación de labores misionales, empezamos en el mes de noviembre con absorber las cooperativas, ya no tenemos cooperativas, entonces ya todos están de planta.

**Entrevistador:** Y bueno, entonces todos los médicos generales ganan lo mismo, así tengan especialización...

**Entrevistado:** No, bueno, los médicos generales no tienen especialización.

**Entrevistador:** No, me refiero a especializaciones no clínicas, que no tengan. Por ejemplo, que de pronto sean, que tengan especialización en gerencia de salud, auditoría, salud pública...

**Entrevistado:** No, aquí se diferencia por el servicio donde este. Si están en urgencia ganan un poquito más por la misma complejidad del servicio que los de hospitalización, y en UCI ganan un poquito más que en anteriores cargos, que en urgencias y hospitalización.

**Entrevistador:** ¿por ejemplo cuando ustedes piden, necesitan una enfermera, por decir algo, o una bacterióloga, ustedes como contactan a la persona, como la convocan?

**Entrevistado:** Bueno, nosotros tenemos una página web, trabajamos con computrabajo que es gratuito, y que es a nivel nacional, entonces generalmente se publica ahí la vacante y llegan las hojas de vida. También pues por referencia con la universidad, o por los practicantes que han pasado por aquí de bacteriología, de enfermería, auxiliar de enfermería.

**Entrevistador:** Por ejemplo, cuando alguna persona dice “Mire, aquí están necesitando una enfermera, o una bacterióloga, o una auxiliar”, vienen, ¿llegan muchas hojas de vida?

**Entrevistado:** Si, constantemente, continuamente todas las semanas llegan hojas de vida.

**Entrevistador:** O sea que tú crees que hay muchas personas que se quedan por fuera.

**Entrevistado:** Si, así sea que nosotros no contamos, no publiquemos vacantes ni nada, todas las semanas vienen hojas de vida, sobre todo auxiliar de enfermería. Hay mucha corporación que está sacando todo el tiempo auxiliares, y como es corto el periodo de formación de un auxiliar de enfermería, eso continuamente estamos recibiendo hojas de vida.

**Entrevistador:** Ustedes, por ejemplo como se proyectan ante los cambios del Sistema de Salud?

**Entrevistado:** No pues, no, hasta ahora no hemos planificado, no hemos tenido esa planificación, no hemos concertado eso. Pues hasta ahora pues las necesidades son básicas del recurso humano, aquí se entrenan, básicamente aquí los entrenamos y los preparamos y somos una escuela atractiva, cuando los entrenamos pues bueno, se nos van algunos para otras ciudades, más que todo nos pasa es con los enfermeros profesionales, que la gran mayoría se nos están yendo para Medellín, entonces siempre...

**Entrevistador:** Y porque no resulta atractivo Montería si es su tierra, si es su gente, si aquí esta su familia, ¿Por qué se van para Medellín? ¿Por las políticas salariales?

**Entrevistado:** Claro, por las políticas salariales. Allá es bastante la diferencia de la remuneración.

**Entrevistador:** Si, ya. No le voy a preguntar cuando gana aquí un medico general, pero no sé si quiere decirme.

**Entrevistado:** No, pues un médico general acá tiene salario base de 2'300.000 y pico.

**Entrevistado:** No, pero lo que yo les digo que rotan, que se van para otro lado, son los enfermeros profesionales.

**Entrevistado:** Lo que pasa es que ellos, como venían acostumbrados a una modalidad de cooperativa donde tenían menos egresos que les exigía la ley o hacían cosas para recibir menos, recibir más ingresos y sacar menos dinero a los aportes pues venían mal acostumbrados, y al momento que pasan, la ley exige que se eliminen las cooperativas, ya tienen que adaptarse a recibir un ingreso mucho menor, entonces, siempre fue un cambio muy brusco.

**Entrevistado:** Si.

**Entrevistador:** Ingeniero no sé si quiera agregar alguna otra cosa interesante con la cual nos pueda aportar para el estudio.

**Entrevistado:** No, pues si se deben desarrollar como, fortalecer, los posgrados porque generalmente todos, aquí no hay ninguna especialidad en el área asistencial, a diferencia de la planta administrativa que son auditoria y gerencia. Entonces generalmente todos salen, hoy en día, creo que es generalizado a nivel nacional que Argentina es uno de los países que más atractivo les representa para el profesional de

la salud. Entonces todos se quieren presentar allá, aquí no tenemos ninguna facultad de medicina que ofrezca programas de educación continuada., entonces sería como bueno incentivar eso porque hay escases de profesionales en radiología, en sub especialidades, no tenemos pues atracción para esas personas.

**Entrevistador:** ¿En la universidad del SINU tiene hospital universitario?

**Entrevistado:** No.

**Entrevistador:** Bueno doctor, muchas gracias,

## ENTREVISTA 18

**CESALUD, Escuela de Formación de Talento Humano, Neiva**

**Entrevista realizada a: Enfermera en Jefe Mercedes Polanía**

- |                 |
|-----------------|
| * Entrevistado  |
| • Entrevistador |

- Estamos con la enfermera en jefe, Mercedes Polanía, CESALUD, escuela formación talento humano, programas de salud. Jefe muchas gracias por acceder a esta entrevista en el marco del proyecto caracterización del talento humano en el sector salud a nivel nacional.
- \* Buenas tardes, muchas gracias por escoger nuestra institución, como ya le decían mis compañeras, CESALUD es una institución de educación proyectada en el desarrollo humano que lleva funcionando 17 años acá en el departamento del Huila y contamos con sede en Neiva y Pitalito.
- Jefe, iniciamos en nuestro cuestionario con el siguiente interrogante. ¿A nivel de la formación del talento humano particularmente en la escuela, los perfiles, cual es el criterio de selección de perfiles y número de egresados?
- \* Bueno inicialmente nosotros, pues nació pues por la necesidad de que en el departamento no había una sola escuela oficial y también exigía la ley 100 de que todo personal debía estar altamente capacitado certificado, nació así la idea de agruparse y constituir la escuela, nosotros iniciamos con lo auxiliar a laboratorio clínico que en ese tiempo había mucho auxiliar que no era certificado, auxiliar igualmente de consultorio odontológico, la demanda de auxiliar de enfermería porque la gente siempre tiene la concepción de que estudiar para auxiliar de enfermería, siempre, digamos todas las escuelas nacen por auxiliares de enfermería, porque esa es la gran demanda de lo que la gente quiere estudiar, entonces nosotros iniciamos con esos programas y en este momento pues también el decreto 3616 diciendo la reforma, los proyectos, tenemos los 5 programas aprobados, seis con los de cosmetología en este momento, también hay demanda de población para estudiar entonces tenemos básicamente tres programas que son los más activos, auxiliar de enfermería, salud oral y servicios farmacéuticos.

- Y en cuanto a la vinculación de estas personas que salen de la escuela, ¿Ud. tiene conocimiento sus egresados, la vinculación laboral es alta, es baja, es promedio en cuanto pues a la capacidad y la demanda del departamento o de la ciudad?
- \* Nosotros tenemos conocimiento de los egresados, por procesos de habilitación que llegan para que se certifiquen la veracidad del documento, del certificado y hemos encontrado que en enfermería pues por el gran número de auxiliares egresados de muchas escuelas, porque además ya en Neiva hay 7 escuelas, en Garzón hay 3, en Pitalito 2, entonces es más o menos media, digamos la capacidad de ocupación, en salud oral hay más o menos un 70% y en farmacia pues igualmente en este momento que están exigiendo que la gente sea capacitada en servicios farmacéuticos pues más o menos se han, hay vinculación porque están creando nuevos cargos o porque están abriendo nuevas droguerías, entonces yo creo que más o menos un 70% del personal egresado está trabajando.
- ¿Tiene conocimiento de las condiciones de vinculación? si son directa con las instituciones, pis o es o si es por contratación de servicio, o ¿qué modalidad tienen ellos de vinculación con las personas que sean egresadas con esta escuela?
- \* Pues generalmente debido al cambio también de proceso de vinculación, personal sobre todo de enfermería queda vinculado por contratación por cooperativas, parece que en este momento que volvió otra vez a reversarse esta parte están siendo ya vinculadas por la institución directamente, lo que es farmacia ellos si generalmente entran directamente por contratación con la pis o farmacia donde están porque igual solamente con las públicas son también a través de cooperativas.
- Jefe, dentro del estudio, los acercamientos que hemos estado haciendo hoy para la caracterización, otras instituciones coinciden en el problema de la vinculación y lo relacionan con el clientelismo, temas de cortes políticos, favores políticos por decirlo así, usted tiene conocimiento de eso o no sabe al respecto de si esas dinámicas de vinculación se están presentando en la ciudad o en el departamento.
- \* Sí, eso continua porque pues uno se da cuenta que la gente viene y dice "Ay, ayúdeme, vea que lo necesito, colabóreme, u conoce de pronto una conexión en este momento, o con el coordinador o con el alcalde, entonces se está dando eso, desafortunadamente, no más para las campañas políticas uno ve eso, no que tengo que trabajar por tal sino cuando suba pues aspiro a tener puestico, tones desafortunadamente se está dando.
- Y esto incide con la rotación del personal en las diferentes instituciones?
- \* Si porque depende del mandatario de turno entonces así mismo al momento de rotar.
- Y usted sabe si esos así sea pro contratación de servicios esas vinculaciones son estándar de cuantos meses, 3 meses, 6 meses, un año, dos meses, 1 mes.

- \* No el tiempo no sé exactamente, pero cuando bien aquí, que dicen, sobre todo a principios de posesión de mandatarios, la gente trabaja mucho y en el pueblo es muy dado a decir, le trabajo a tal candidato estos cuatro años, de pronto ahí haya vinculación a algún hospital al hospital, entonces desafortunadamente si se está manejando así.
- Pasando al tema de la formación nuevamente acerca de los perfiles que ustedes están formando, en cuanto a recursos tecnológicos, alianza estratégica, cuenta para la formación de este talento humano en el sector salud.
- \* Pues nosotros en estos momentos no tenemos, tenemos los convenios que por ley nos exige tener, los recursos son, digamos que manejamos, son provenientes de los pagos de los estudiantes, entonces no tenemos, pues tenemos salas de sistemas, simuladores, estamos en este momento en consecución digamos ya de nueva tecnología, entonces pero por lo general nosotros no tenemos alianza con ninguna empresa o institución.
- Jefe usted nos contaba que ya más o menos llevan 18 años en el mercado laboral formando al talento humano del sector salud, en cuanto a que han aparecido nuevas escuelas de formación, para el trabajo de estas especificidades, la suya como esta en cuanto a números de matriculados, inscritos, egresados, es igual el número a las otras instituciones, es mayor por la antigüedad, o como es esta competencia entre las mismas escuelas de formación.
- \* Pues en este momento este año ha sido realmente un año digamos un poquito pesado para la institución, el ingreso de estudiantes y consideramos de pronto que es dado también, uno por el número de escuelas que hay en la misma área en este momento y dos que hay otras escuelas de otras competencias digámoslo así, que pues un estudiante [que sale del colegio tiene la opción de escoger más los programas para poder estudiar, porque uno se reúne por ejemplo con instituciones de otras áreas y también dice, " no este semestre fue muy pesado, realmente el número de estudiantes que yo esperaba no llego, no sabemos también si sea la situación económica o que esté pasando, porque este año para nosotros fue un poco pesado.
- Cuantos años promedio genera su escuela en las diferentes sucursales de las otras sedes que tienen en los otros municipios, cuantos promedio, tienen de egresados.
- \* En egresados en el año más o menos como unos cien auxiliares de enfermería más o menos, entre todas las sedes.
- Entre las 3 sedes?
- \* Si señora, de todas formas es un número importante, nos están algunas nos contaban la sobreoferta que hay en auxiliares de enfermería que cada vez sale un

volumen muy grande porque no en todas las escuelas hay formación para el trabajo, porque la estabilidad laboral no es tan larga, entonces hay mucha rotación de personal.

- ¿Qué opinión tiene sobre si en verdad hay una sobreoferta de perfil?
- \* Pues realmente lo que yo decía al principio, casi todas las escuelas nacen por auxiliar de enfermería que es como el programa que a la gente más le llama la atención porque hay como oportunidades diferentes, ósea tiene campo de acción, porque por ejemplo nosotros hemos estado creciendo en el programa de auxiliar de salud pública que para nosotros es un programa muy bueno, que consideramos que va a tener proyección pero a la gente no le llama la atención, es que ni siquiera las mismas personas han considerado que necesitan auxiliares en salud pública, entonces yo no sé si le hace falta es como conocimiento por parte de los gerentes de que ese personal para consulta externa, para formación y prevención sería el que deberían contratar, porque es que uno le dice: "No, es que mira tengo auxiliares de salud pública" y le dicen: "Ah no, y eso para qué?", y el mismo personal que uno le dice: "Vea aquí está el programa de auxiliar de salud pública" ustedes que son auxiliares de enfermería, nosotros les homologamos módulos que ya vieron en enfermería, "no eso para que si es como para auxiliar de enfermería"
- Y usted ya cuenta, la circular ya cuenta con el aval de este y ha tenido promociones de graduados? y que tal ha sido la vinculación de este programa?
- \* Promociones si, ósea tenemos de salud pública una promoción que eran promotoras de salud de un municipio y los formamos como auxiliares de salud pública y creo que siguen como promotoras. No les han hecho nada. entonces considero que es como falta de conocimiento de los gerentes de lo importante que es este personal y que si estamos trabajando con epidemiólogas, si estamos trabajando con salud pública, en este momento sería el recurso ideal, entonces realmente el auxiliar de salud pública para mí es un programa muy bonito, es más, yo pensé que cuando los auxiliares de laboratorio químico lo sugirieran como perfil, iba a quedar ubicado en el auxiliar de salud pública y quedo ubicado en enfermería y hasta ahí yo no le veo relación, porque las mismas auxiliares de laboratorio químico, que les están exigiendo ser auxiliares de enfermería ellas dicen, es que yo necesito es el cartón para poder estar ahí en el cargo, para que no me saquen, y yo les digo: "Es que yo no puedo darles a ustedes un curso intensivo y darles un certificado porque igual usted ejerza o no yo debo forrarla con todos los módulos que exige el Ministerio, porque si a usted se le presenta la oportunidad de pasar ser auxiliar de enfermería usted no va a decir: "No es que yo no puedo emplearme como auxiliar de enfermería porque yo no sé nada", como queda ahí la escuela. Entonces para mi si desde un principio si pensé que desde un principio el auxiliar de laboratorio iba a ser homologado a auxiliar de salud pública y homologaron fue de enfermería.
- Se pierde un poco la...



- \* Si porque hay gente que me decía, yo no estudie enfermería porque no me gusta, por eso estudie laboratorio clínico, entonces es como pues ese estudio quedo así cuando hicieron la homologación del perfil, ya quedaron establecidos.
- Jefe, en cuanto a la distribución por géneros, acá hay un volumen más, predominan, mujeres, hombres, es equitativo.
- \* Espérame hago cuentas.
- Más o menos cuanto es el porcentaje, aproximadamente.
- \* Yo creo que un 80% mujeres un 20% hombres.
- ¿En todos los programas?
- \* Sí.
- hay alguno que tenga un poco más de demanda.
- \* Endofarmacia es en el que hay más hombres que mujeres, en servicios farmacéuticos.
- De salud oral son de a 9 mujeres y 1 hombre.
- \* Bastante alto el número de inscritas.
- Doctora, en cuanto al sistema de salud como tal, el sistema general de salud. ¿Ud. tendría alguna observación que hacer, alguna inquietud, alguna sugerencia para el manejo, la formación del talento humano del sector salud?
- \* Pues que le digo, en este momento con los convenios que tenemos con los hospitales, ya es muy limitante el hospital, que es como algo que tenemos ahí, que si los estudiantes deben ser formados por simuladores, ósea que la gente que llegue deba ser competente para desarrollarse como auxiliar y porque no puede, ósea no queremos ser tan de básica, que va a pasar con medicina, que va a pasar con auxiliares de enfermería, donde van a hacer la práctica ni nosotros podemos llevar un estudiante para campo alegre, Palermo, para allá, entonces está también la calidad y donde el estudiante va a aprender, pues si el simulador es bueno y es un medio, pero también el estudiante debe manejar paciente.
- Las instituciones tanto las IPS como las EPS y demás han tenido comunicación con las escuelas en decir, mire las personas están saliendo buenas en esto pero deficientes en esto, por favor digamos que tengan más intensidad en horas en estos temas, ciertos lineamientos, o nunca hay esa retroalimentación de parte de las instituciones empleadoras.
- \* No, no hay así digamos que le digan uno como reunámonos con los del hospital acá, yo le he dicho si ustedes tienen algo que decirme de mis estudiantes y egresados, con mucho gusto les recibo las observaciones porque esto nos ayuda para mejorar y retroalimentar, si hay egresados que les falta, que tienen deficiencia, mándemelos a la escuela y que digan, vea estos estudiantes necesitamos que les refuercen tales competencias que les hacen falta, yo no me voy a poner braca, en varias ocasiones les he dicho, pero dicen, es que los auxiliares de enfermería están saliendo malos, es que los auxiliares de enfermería tienen deficiencias.
- ¿Pero no dicen cuáles?
- \* No, dicen cierta institución y ya, o cero. entonces siempre les digo, pues no lo digan en público pero si llámenme y díganme, sus estudiantes están fallando en esto, o sus egresados tienen esta deficiencia, pues para uno saber también y mejorar, entonces les digo mándemelos que nosotros los retroalimentamos, los

actualizamos y lo logramos todos pero nunca nos dicen eso, están fallando en esto, generalizan, entonces mire a ver cada uno a ver que, como hace para saber cómo está cada uno.

- ¿Todo a través de la autoevaluación permanente?
- \* Exacto.
- Ustedes hacen proceso de cualificación de las personas que están, que van a salir o sea los procesos de seguimiento, si de pronto en cuanto al nivel de rotación que es tan alto, porque se dan esos niveles de rotación, si es porque la institución determina que les falta algunas competencias laborales o técnicas o demás, para cumplir las laborales que se les contrata.
- \* no se ha hecho todavía eso, estamos en un proceso precisamente de análisis y de implementación del programa, educación continuada porque estamos detrás también de la certificación de calidad, entonces estamos en todo eso analizando este componente, inclusive esto que nos están pidiendo, nosotros también para analizar como estamos y hacia dónde vamos, entonces es como un llamado de atención de que está pasando si se inscriben tanto que pasa con los que llegan, con los que están egresados, realmente es un proceso de seguimiento que no tenemos.
- Doctora, algo más que nos quiera compartir dentro de la formación del talento humano.
- \* No, pues agradecerle porque de todas maneras es una experiencia buena que también nos va a ayudar a nosotros a autoevaluarnos en este aspecto y que bueno que se estén haciendo estas caracterizaciones porque sirve también tanto para el Ministerio como para los prestadores del servicio para mirar donde estamos y para dónde vamos.
- Jefe, muchas gracias

## **ENTREVISTA 19**

### **Secretaría departamental del Huila**

#### **Doctora Adriana Lizcano**

- Buenos días estamos con la Doctora Adriana Lizcano que es Asesora de la Secretaría Departamental del Huila y vamos a hacerle la entrevista desde el contexto de la caracterización del talento humano sector salud. Doctora muchas gracias por concedernos esta entrevista.
- \* No señora, buenos días, con mucho gusto todo lo que podamos informarle, colaborarle, con mucho gusto.
- Doctora, empezamos con el tema de la formación del talento humano sector salud a nivel departamental, queremos saber si la demanda de profesionales, tecnólogos y demás personas que prestan sus servicios en el sector es suficiente con las necesidades de la población.
- \* Esto, con la parte de salud a nivel técnica, digamos que es suficiente, incluso pienso yo que hay mayor oferta que demanda, por lo menos diga usted a nivel de técnicos, auxiliares de enfermería, digamos que esa parte es bastante amplia, sin embargo esos auxiliares les faltan unos requisitos que vemos o con los cuales necesitamos para poder que ellos cumplan la certificación del Ministerio y la necesidad que se debe ser, por lo menos un técnico auxiliar de enfermería, siempre se le exige que

tenga un certificado de plana del PAI que es el Programa Ampliado de Inmunización y ellos no lo tienen ahí, cuando ellos salen como auxiliares de enfermería no vienen con ese programa, tienen que hacerlo adicionalmente, generalmente, gente de bajos recursos y para acceder a otro programa, pues porque no cumple con las especificaciones para que nosotros podamos contratarlos, entonces estos auxiliares que no tienen eso nos toca desviarlos a la parte de sistematización, que sean ellos los que graben la parte de historias clínicas o que apoyen en la parte de urgencias en otros lados, pero eso es una deficiencia bien grave, por otro lado, por lo menos en la parte ambiental, incluso hemos estado como hablando con el SENA a ver como mejora y como organiza mayores planes para la parte de salud ambiental, de saneamiento ambiental, que nos cree como esa tecnología no tanto enfocada a la parte agropecuaria sino ambiental en sí, que en eso hemos encontrado también bastantes deficiencias.

- En esas deficiencias, aparte de los acercamientos que han tenido con el SENA para mejorar estos perfiles, crearlos de alguna forma, para suplir la necesidad, en cuanto a universidades, escuelas de formación y demás ustedes ¿han tenido contacto con los formadores, hay estudios, hay acercamiento de parte de ellos?
- \* No, la verdad o sea por mi parte no lo he hecho, aquí hay varios profesores, hay varios funcionarios de planta que están en las universidades, pero ellos están más enfocados hacia la parte de formar profesionales, profesionales de esas ramas como usted lo ve de prono las universidades están más enfocadas a la ingeniería ambiental, medicina veterinaria, zootecnia, pero si usted ve el Huila por su forma de ser digamos que nos hemos quedado, en que todo sea enfocado hacia petróleos, la mayoría de escuelas dicen "ustedes son técnicos en petróleos" la mayoría de las escuelas que se ven, buenos auxiliares de enfermería, pero como le cuento con las deficiencias que le estoy comentando y no se ha dicho digamos que lo poco que yo conozco de estos técnicos son formados en el SENA.
- Y en cuanto a la profesionalización, ¿los médicos, especialistas, el departamento cuenta con las suficientes?
- \* Bueno en que parte, como médicos imagínese que por lo menos tenemos problema hacia los municipios de ubicar por lo menos médicos para cumplir algunos programas, porque pues los médicos se quedan a veces en los cascos principales, en las áreas principalmente urbanas, obviamente ejerciendo sus labores y no se van mucho hacia los municipios pequeños, pero tenemos otro problema también grave que es que hay especialistas que no tenemos, por ejemplo cardiovasculares no hay sino uno, los neurólogos no hay sino prácticamente uno, dos, toca traerlos de fuera del departamento entonces obviamente eso es sobrecosto y vemos también en charla con la secretaria, incluso en estos días hubo convocatorias en la universidad para las especialidades y son cupos mínimos y de los cuales unos exámenes que no pasa ningún muchacho entonces tampoco acceden a las especialidades, entonces ha sido un poco de círculo vicioso que precisamente la secretaria tuvo reunión con los decanos, con estas personas vinculadas a la universidad, diciéndole, hombre mejoremos porque estamos como un poco limitados en esta parte, por lo menos hacia la idea de enfermeras es raro decirlo pero no hay enfermeras, no hay enfermeras en el Huila, usted ubica enfermeras y no, no hay enfermeras, eso no solo queda a la secretaria de salud sino a nivel de

quejas de las eps, en toda esta parte, enfermeras jefe no, porque las auxiliares si, entonces en esa parte tenemos un poco de problemas.

- ¿Y si esas necesidades son sentidas, de pronto no han tenido estudios de mercado para abrir esos nuevos perfiles, para ampliarlos?
- \* No, yo no los conozco, particularmente no lo conozco, no lo conozco, pienso yo que esa inquietud hasta lo que yo he escuchado, de pronto lo hemos notado en el gobierno a través es de la secretaria y de pronto las reuniones que se han hecho incluidas con la señora gobernadora de que de pronto en el Huila nos ha hecho falta esa parte, como mejorar estudios de mercado, estudio de necesidades para poder enfocar a los próximos estudiantes hacia esa parte, porque como le digo aquí con el boom petrolero a todo el mundo le dio por estudiar cosas de petróleos, que son digamos también hay que mirar el nivel económico, socio-económico del departamento, el departamento del Huila, no es que tengamos demasiado dinero y el nivel de vida es mas menos medio bajo, abajo, entonces hay que tener en cuenta los recursos de la gente para acceder a estudios.
- En cuanto a la vinculación, Doctora la vinculación de las personas que prestan sus servicios en la salud, estos se hacen, prevalece más la vinculación directa, de planta, la vinculación por prestación de servicios, otra modalidad.
- \* En este momento lo que más prevalece aunque se está quitando es la parte de prestación de servicios, porque usted ya sabe que de acuerdo a las nuevas leyes este tipo de vinculación ya se tiene que quitar, entonces precisamente se están estudiando cuáles serán las necesidades de la secretaria de salud para el otro año, mirar porque nosotros no podemos prescindir de los programas de salud, entonces toca es mirar cómo se va a seguir manejando esa parte de contratación.
- Hasta que hagan como que ese cambio y eliminar de alguna forma la contratación por prestación de servicios ¿Las diferencias salariales son evidentes, se hacen visibles?
- \* No, es una cosa más o menos pareja porque usted sabe que prestación de servicios tienen ellos que cubrir todo ellos incluir y se les ha tratado o que como se hace aquí la evaluación salarial, se toma más o menos el rango, es decir se hace un promedio con todas las escalas salariales del sector, salud obviamente, la secretaria de Cundinamarca, hospitales, de la secretaria del Meta, de Antioquia, se hace un examen y pues obviamente no se quiere perjudicar a la persona porque como eso es prestación de servicios a ellos les toca pro sus propios medios moverse a cumplir esas actividades.
- En cuanto a la rotación de personal, esta es alta. baja, o tienen.
- \* Bueno, ellos se hacen por programas, usted sabe no que secretaria de salud de pronto maneja mucho programa, entonces programa de vacunación, pues obviamente son auxiliares de enfermería, pues se busca que tengan el certificado PAI entonces se rotan para las otras, se busca que estén más que todo sobre el sector, si es sector norte, se busca que esas auxiliares vivan en el sector, para dar así una estrategia de trabajo a todos los sectores del departamento, no concentrarnos en uno solo, entonces digo yo que la rotación es muy buena.
- Doctora, ya nos contaba las deficiencias que tenemos en algunos perfiles, ¿que nos faltan algunos profesionales, sin embargo cuando se presenta una convocatoria pro unidad de servicio, es alta la demanda que se presenta para esas convocatorias?

- \* Como le cuento, para auxiliar de enfermería sí, es lo único para el resto no, no hay casi, no es fácil tanto incluido en la parte salud como de saneamiento, no es fácil porque como le digo, aquí otra cosa que está el Huila demasiado enmarcado es lo agropecuario, entonces los muchachos estudian es técnico en agropecuaria, no sé qué actividades en administración agropecuaria y eso no compete con los perfiles que nosotros necesitamos.
- Y éste déficit en los perfiles doctora, ¿ha generado emergencias?
- \* No, gracias a Dios hasta el momento, que se ha tratado de hacer, abrir un poquito esos perfiles en el abanico para poder darles la posibilidad también a otras personas que no tienen eso pero que pueden llegar a cumplir dentro de su formación específica, profesional o técnica pueden llegar a tener algo que ver con eso y así cumplir con las actividades que se necesitan, caso que le digo específicamente, obviamente le estoy hablando específicamente de la parte de saneamiento ambiental o de lo técnicos, entonces ahí se les ha abierto el perfil hacia médicos veterinarios, zootecnista, que ellos han trabajado en cierta forma, con animales, ósea trabajan con animales, que nosotros miramos, ingenieros ambientales que ellos trabajan con esa parte, hemos abierto y se ha determinado a abrir este perfil con el fin de llenar esas vacantes y no tener este problema.
- Doctora usted tiene conocimientos si las diferente instituciones que prestan servicios en salud, los empleadores realizan cualificación en talento humano, si hacen evaluaciones de desempeño, si eso determina los profesionales, técnicos, tecnólogos y demás continúen en los cargos o sean removidos.
- \* Bueno como la función de la secretaria de salud es precisamente vigilancia, inspección y control, aquí cuando se hacen las verificaciones se verifica que las hojas de vida sea cada una de las personas cumplan con los requisitos exigidos por el ministerio, entonces nos permite a nosotros evaluar y ayudar a vigilar a que ellos cumplan con esas expectativas y hace que obviamente esas IPS o es también se dediquen a mejorar la calidad de sus trabajadores, de sus empleados, igualmente la salud en Colombia trabaja, el ministerio está trabajando por mejorar la calidad de la salud, en el cual les exige a ellos que tienen que cumplir esos requisitos y hacer calificación mensual en este momento en atención a la calidad del cliente y para esto se exige que las personas que atiendan deben cumplir con unos perfiles,.
- En cuanto al tema de usuarios como tal, tiene conocimientos si estos, si las es y demás reciben un alto número de quejas, reclamos, sugerencias
- \* ósea no es para nadie ajenos el ajeno tan grave de la salud en Colombia, igualmente, digamos que Colombia por lo que vemos acá, pero esos es igualmente a nivel mundial, sin embargo el volumen de quejas es bastante alto sobre todo por las citas, que cuando las citas se demoran mucho en darlas, de pronto en la atención pero yo creo que todo el sector estamos trabajando en eso.
- En cuanto a la vinculación de las personas predomina más el género masculino, femenino, es equitativo.
- \* Es equitativo, no veo que prevalecía esa parte, se me hace bastante equitativo, incluso pues se trata de mirar a ver, darle la posibilidad a la gente de que pueda trabajar en todos los subgéneros y de edad y de todo obviamente que este dentro de sus posibilidades físicas, mentales.

- Doctora para terminar desde el sistema para el tema del desarrollo y para el talento humano, que sugerencias habría hacia el sistema como tal, que nos faltaría incluir, que hay en exceso, que nos toca mejorar.
- \* Pues yo pienso que las especialidades, las especialidades como tal, incluso en la técnica, si usted mira la formación profesional técnica y tecnológica en Colombia se le da a la persona muy amplia, entonces si es un ingeniero de sistema debe conocer de todo, software, hardware, de redes de telecomunicaciones de toda parte de cosas, si es el médico, pues obviamente el médico debe también conocer de todo un poco pero si nosotros nos vamos sobre todos sobre los ingenieros ambientales, en principio que se vaya enfocado hacia ciertos puntos, un ingeniero ambiental que controle, parte de vectores, de contaminación ambiental otro que sea por tala de árboles, preservación del medio ambiente, ósea la especialización como tal en Colombia que debemos buscar, que el estudio y la formación de cada profesional, técnico, tecnólogo, sea más completa con el fin de que esa persona pueda ser mejor explotada literalmente, ósea que sean mejor aprovechadas las capacidades que ellas tengan de conocimiento y que no sea tan amplio el conocimiento con el fin de que pueda dar mejores resultados, eso es de los principales problemas que tenemos, fuera de eso lo que decimos, el estudio y la formación se hace por momentos, por el boom, que el boom de petróleo, entonces todo es petróleo, el boom ambiental, entonces todo es ingeniero ambiental, todo eso, entonces hay que como que mejorar la formación de acuerdo a las necesidades básicas de acuerdo a cada departamento, de acuerdo a cada territorio, es decir que las instituciones que se están encargando en formar al talento humano, están un poco descontextualizados en las necesidades particulares de cada territorio. yo pienso que pueden hacer un poquito mejor el estudio de mercadeo para agudizar esa parte y por lo menos lo que le digo de auxiliares de enfermería, forman un poco de muchachos y muchachas que debían de enfocarlos hasta cierto punto, ósea enfóquelos, fórmelos y luego enfóquelos, a emergencias, vacunación.
- Doctora muchas gracias por el tiempo y la información.

## **ENTREVISTA 20**

### **Universidad Sur Colombiana, Neiva**

#### **Doctora Dolly Arias Torres**

- Buenas tardes estamos con la Doctora Dolly Arias Torres, enfermera Magister en Educación y Desarrollo Comunitario, Doctora en la Ciencias de la Salud, en la actualidad coordina las investigaciones y proyecto de Doctorado de la Universidad Sur colombiana en la Universidad de Neiva, Dra. Muchas gracias por acceder a esta entrevista dentro del contexto de la caracterización del talento humano del sector salud a nivel nacional.
- \* Si buenas tardes Ana Milena, con mucho gusto en lo que pueda apoyar y de sede que esté a mi alcance responderé los interrogantes que ha formulado en el proyecto.
- Bueno Dra. empezamos con una pregunta y es. ¿Los perfiles profesionales de los egresados corresponden a las necesidades de salud del sector?

- \* Bueno al respecto le cuento que el programa de enfermería fue el primer programa de salud aquí en la universidad, va a cumplir cuarenta y dos años, diez años después llega, fue creada diez años después, en el tiempo que llevamos se han formado un número importante de enfermeros, alrededor de ochocientos y de medicina, alrededor de unos mil quinientos, porqué más en medicina? por qué si empezó semestralizado, en cambio enfermería era anual y hasta este año que ya se semestralizó, en cuanto a la demanda, siempre en esos dos programas hay un porcentaje de inscripción muy alto con respecto a las otras carreras y hay en la parte de desempeño laboral siempre hacen falta sobre todo enfermeros, han sido insuficientes hace unos cinco años para acá y por eso han venido contratando enfermeros de otros lugares, porque la cantidad de enfermeros que egresan de nuestro programa son insuficientes para atender todas las demandas del sector, teniendo en cuenta que nosotros cubrimos toda la región sur colombiana, aquí por ejemplo en Caquetá, en Putumayo no hay facultad de salud, entonces pues por ese lado consideramos que ha tenido una ventaja dijéramos la universidad, de hecho las renovaciones curriculares que son producto de autoevaluación, revisan los perfiles epidemiológicos y algunos cambios en la malla se hacen a partir de esos hallazgos, en medicina hay más oferta en población graduada, está las especialidades básicas, en enfermería hasta ahora tenemos solamente dos especializaciones clínicas, hay una dificultad para las enfermeras sobre todo para acceder a programas de pos graduación, primero porque no le facilitan tiempo y segundo porque no tienen ninguna motivación y eso ya lo hemos encontrado en varios estudios que hemos desarrollado con los egresados porque aquí para las empresas lo mismo da tener título de postgrado que de pregrado, igual que una enfermera especialista, magister u otra información post graduada no tiene ningún estímulo a nivel institucional.
- Eso también ha tenido incidencia, digamos que las inscripciones en el programa de enfermería siguen siendo altas o pese a la demanda y la necesidad latente de la región no se ha incrementado por esos pocos estímulos digamos económicos a la hora de la vinculación laboral.
- \* No, justo una de las razones que se utilizaron para demostrar la importancia de la semestralización fue esa y ya la semestralización se empezó en el 2009, ya en ese momento completamos el ciclo, a partir ya del otro semestre empezamos a recibir estudiantes cada semestre, antes era cada año, la demanda de estudiantes en los procesos de inscripción siempre ha sido alta, nunca hemos dejado de cumplir los requisitos, el número de inscritos que es de 445 para poder arrancar, sin embargo no sabemos si por esas razones parece ser que hay dos facultades nuevas que van a ofertar tanto medicina como enfermería, nosotros aquí en la Sur colombiana tenemos solamente esos dos programas , hay otras universidades que tienen psicología aunque psicología no quedo catalogada entre el área de la salud y fisioterapia, una de las universidades privadas tiene fisioterapia.
- \* Pues la verdad en este momento que yo sepa no se tiene proyectada la apertura del programa de nutrición, se ha venido pensando más bien en avanzar en la parte de posgrados, se estuvo trabajando una propuesta de instrumentación quirúrgica, pero haciendo el estudio de las necesidades no respondía a que era una necesidad de contexto.

- Dra. ya como en el tema de los egresados, en los estudios que ustedes hacen, tienen conocimiento el tipo de vinculación laboral de ellos, si es directa, indirecta, que tipo de vinculación tienen, por prestación de servicios, que modalidades existen, esas inquietudes en cuanto a vinculación.
- \* En la parte de contratación de personal hay cualquier cantidad de situaciones, hay diferentes modalidades, justamente en el 2010 terminamos un estudio donde hicimos un recorrido por todo el Huila específicamente en el campo de enfermería, encontramos instituciones donde no tienen una sola persona de planta, todas por contrato, y en las que tienen de planta ningún caso pasó el 30% del personal de planta, de resto todo es por contrato con un agravante hay una alta rotación, la gente siempre está buscando expectativas, mejorar un poco y en el momento que encuentre cualquier oferta un poco mejor remunerada se va, y lo otro es que con la modalidad de contratación generalmente se hace las vinculaciones a tres y máximo a seis meses, no sé si esté ocurriendo en otros lugares pero el sector de la salud está muy cliente lisado, entonces en el sector salud se está manejando mucho la politiquería, entonces a la gente le ofrecen un contrato de tres meses y hasta luego, hemos tenido mucha dificultad para tener seguimiento justo por eso, llegamos y visitamos una institución, encontramos ese personal y vamos al mes, a los dos meses y realmente el personal es diferente, esa alta rotación tiene una alta incidencia muy importante en lo que es la calidad de la prestación, eso los empleadores no lo han venido trabajando y lo otro es que aquí, particularmente en el Huila hay súper producción de auxiliares de enfermería y como las normas de calidad no fueron precisas, no definen taxativamente cuantos profesionales debe haber en un servicio, simplemente dicen, no lo importante es que hay a enfermera, entonces no se ha vinculado el número de profesionales de enfermería necesarios para garantizar una atención de calidad, entonces predomina mucho aquí la vinculación de personal auxiliar, cuando uno de los indicadores pro loe menos de la atención de enfermería es el número de profesionales en los servicios.
- En algunas partes nos contaban que la sobre oferta de algunos auxiliares, a veces los pensum académicos no estaban a correr con las necesidades prácticas de lo que demanda el que hacer, que muchas veces los procesos de capacitación duraba uno, dos hasta tres meses para tratar de perfeccionar lo he debieron haber aprendido en la academia, entonces, u tiene algún tipo de esa información no formal que se está presentando en la región y como afecta eso a la formación, formal y a la vinculación laboral de los enfermeros y enfermeras que están.
- \* A ver, lo que pasa es que a mí me parece que la formación de personal técnico no ha sido regulada, primero no hay un diagnóstico que nos diga cuantas son las auxiliares que necesitan, entonces en el sector educativo también se introdujo la lógica de mercado, todos estos programas fueron vistos como la oportunidad de obtener unos recursos y entonces aquí se crearon escuelas de auxiliares de enfermería y empezaron a producir auxiliares de enfermería en serie, a quien en Neiva contamos con nueve escuelas de auxiliares, no solo aquí sino que también ya abrieron sedes en Garzón, Pitalito y en otros municipios, la sobre oferta es tan grande tan grande que encontramos cosas muy aberrantes, hubo municipios en donde a esas auxiliares recién salidas de las escuelas las vinculaban como pasantes, que es la figura de pasante, las ponían a cubrir turno del personal pero no



le pagaban, con la ilusión de que si había posibilidad de un contrato de dos meses entonces ellas eran las que tenían prelación, eso a nosotros nos pareció terrible, eso está en el estudio e incluso va a salir en la última revista de la facultad de enfermería ese estudio que terminamos aquí donde está plasmado acá.

- \* Se llama características de profesionales auxiliares de enfermería del Huila y se lo recomiendo, es de mi autoría, me despache por todo el departamento y la verdad es que la realidad del personal por lo menos de enfermería, es muy lamentable, ahora hablar de salarios, terrible, encontramos enfermeras ganando millón de pesos, en el 2000 el estudio de oferta y demanda de recurso humano en salud que se hizo con la Javeriana y la universidad de Antioquia y el Ministerio de Salud, en ese tiempo el salario de las enfermeras estaba pro el millón, millón doscientos, en el 2000, doce años después sigue igual pero con una garantía adicional que ese por cooperativas, primero, la intermediación ustedes saben que les cuesta a los trabajadores y fuera de eso la seguridad social tienen que asumirla en su totalidad, de tal suerte que ya de entrada la gente gana menos, se le descuenta por lo menos la cuarta parte de su salario, casi el mínimo y muy paradójico que el personal de la salud no tenga derecho a la salud, a prestaciones, a una licencia, en el sector salud estamos muy graves y eso es un aspecto que no ha sido analizado a la luz de todos estos escándalos que se han dado en el sector, porque es que plata para el sector salud si ha habido, el problema del sector salud es del desvío de los recursos que deberían destinarse y de hecho la inversión en el talento humano es importante porque talento humano satisfecho y bien remunerado pues es gente bien motivada, no quiero decir eso de que uno no tenga que tener unos principios éticos pero es que también el derecho al trabajo va implícito con el derecho a una remuneración justa, a un trabajo digno y lo otro es que no se ha analizado que estamos ya terminando una década que se denominó "La década de los recursos humanos en salud en el llamado a elección de Toronto", en el 2006 se definió que del 2006 al 2016 iba a ser la década de los recursos humanos en salud y la verdad es que por lo menos yo considero que es poco o nada lo que se ha hecho en materia de recursos humanos en salud, antes en las instituciones de salud por ejemplo a los trabajadores, profesionales y técnicos las empresas los mandaba a hacer estudios de posgrados, capacitaciones, había una serie de incentivos, eso ya casi que en todas las instituciones desapareció, yo casi diría que en este momento las únicas que conservan todavía como esos estímulos son las universidades, aquí se ve que hay algunas condiciones de estudio, pero en las entidades de salud muy poco se invierte en el talento humano en salud.
- \* Nosotros estamos dando a conocer los resultados de estas investigaciones, hicimos una reunión con los gerentes de todas las pias del Huila que entre otras cosas casi ninguno llegó sino que mandan delegados, hicimos una presentación en el consejo de Neiva, hemos estado intentando presentarlo en la asamblea departamental pero todavía no ha sido posible, pero si estamos promoviendo dentro de los egresados como estrategias para que ellos también dijéramos reaccione un poco y que entre academia y las organizaciones de egresados trabajemos en pro del mejoramiento de las condiciones, porque la verdad es que yo diría que en el Huila es caótica la situación del talento humano en salud.

- Doctora se presentan muchas migraciones de estos enfermeros y enfermeras que salgan ya profesionalizados, egresados hacia otras regiones del país, hacia otras ciudades porque ven que la situación laboral en el departamento no es la más favorable para ellos.
- \* Sí, hay migraciones tanto al interior como hacia el exterior, aspecto demasiado lamentable porque imagínese que la inversión se hace aquí y en últimas los que se pueden beneficiar son otros, tanto a nivel regional como nacional, pero como le digo aquí siempre el personal vive buscando mejores opciones y ante eso pues creo UE no hay nada que hacer y como no hay políticas para la retención del recurso humano en salud en las instituciones, que esa es una de las estrategias planteadas en el llamado a la acción desde Toronto, es definir estrategias para la retención del talento humano en salud.
- ¿En el departamento existe un proceso de cualificación del talento humano?.
- \* O sea los hacen pero, la cualificación del talento humano siempre está bajo la responsabilidad directa de quien quiere hacerlo y quien puede, pero que sea una responsabilidad institucional como debiera ser, no, a veces las instituciones dicen: "no nosotros aquí desarrollemos", incluso nosotros hemos elaborado programas de educación continuada y nos dicen en las instituciones, pero ellos tienen sus propios sistemas de educación, pero es, son programas que no como que no apuntan en dijéramos concreto, a veces son más enfocados desde el interés de las empresas (porque sobre eso se constituyeron los hospitales) esa es la lógica de la ley 100, metió a todas las entidades de salud en la lógica de salud entonces todo lo que no rente no es bienvenido, entonces las capacitaciones están muy enfocadas hacia eso, se habla hoy de las certificaciones, de la ISO 9000 de nos e que más cosas, pero a veces son más formalismos que realmente se vengán dando para mejorar los procesos.
- ¿Doctora, en cuanto a la formación como tal de esta universidad, o las otras universidades, cuentan con los suficientes recursos?
- \* Los recursos nunca serán suficientes y menos en las universidades públicas, pero hay cosas que se van introduciendo a la luz del avance de la tecnológica y la ciencia también, aquí tenemos por ejemplo el laboratorio de la simulación, tenemos varios laboratorios y para específicamente la formación sean venidos formando convenios con universidades y entidades nacional e internacional, por ejemplo con México en este momento tenemos una pasante, ya había habido otra persona, tenemos convenios con la Habana, con Brasil, con España y en general la universidad en este momento dentro de la política de internacionalización, tiene un buen número de convenios que han empezado a facilitar la movilidad tanto de profesores como de estudiantes, por ejemplo tenemos la semana entrante dos invitados internacionales, de Brasil y de Argentina y esa movilidad se da dentro de los convenios que ya tenemos aquí funcionando, para la parte de los posgrados se tienen convenios con la Shaio, con la Cardio Infantil, con otras instituciones además de las de aquí que generalmente son las que más se han vinculado con la universidad, de primer nivel, segundo y tercer nivel, tenemos una fortaleza en eso, aquí al programa, a la facultad en general le ha ido bien en los procesos de autoevaluación y todos los programas en este momento tienen por lo menos registro calificado, algunos acreditación de alta calidad y siempre hay como una preocupación por mejorar cada vez más.

- \* Es importante la formulación de una política de desarrollo del talento humano salud, lo otro es que el ministerio vuelva a regular, porque es que con la ley 100 el Ministerio perdió el poder regulador, en todo el sector de la salud,, que el ministerio con el acompañamiento de las organizaciones profesionales empiece a definir nuevamente estándares de calidad en cuanto a lo que tiene que ver con talento humano en salud, porque se han desarrollado las guías, se han desarrollado un poco de instrumentos pero al parte de talento humano como tal si por ejemplo en este momento quisiéramos decir, esta es la norma que unos dice que en tal servicio debe haber por lo menos un enfermero por cada 10 o cada 15 o cada 20 pacientes, no la tenemos, no la tenemos, o por cada número de personas debe haber tantos médicos, entre otras Colombia en el contexto latinoamericano, ocupamos de los últimos lugares en cuanto a distribución de talento humano en salud por ejemplo hay países aquí en Latinoamérica que tienen 7, sin irnos allá a Europa, Canadá y Norteamérica donde tienen cuatro enfermeras y sabe cuál es la relación que hay aquí mismo?
- ¿Cuál es la relación doctora?
- \* Encontramos municipios donde hay 0.2 enfermeras por mil habitantes y a nivel nacional en el último estudio que hubo eran 0.8 enfermeras por cada mil habitantes, estamos en último puesto.
- \* Se necesitan profesionales, pero la política del número suficiente no es de agrado de las instituciones como tal y en esto siempre las públicas siempre han sido más desarrolladas en éste aspecto que las privadas, siempre tienen más personal, pagan un poco mejor, pero con todo eso nunca llegamos a superar dijéramos los estándares que debieran darse, entonces, yo pienso que de verdad que estamos en mora de que se defina esa política, hay instrumentos ya que se han formulado, pero la política como tal y que se ejecute la política y yo creo que uno de los aspectos clave también y esto aplica para todo el personal de salud es que haya estabilidad en el personal de salud, los servicios a veces se convierten en un caos con personal que acaba de llegar y se está adaptando ya el servicio cuando se lo llevan para otro lado o se va.
- Doctora, algo más que nos quiera compartir dentro de las generalidades del talento humano sector salud, o ¿considera que...?
- \* Yo creo que no solo la formulación de la política de talento humano sino yo si soy una convencida de que el sistema de salud debe volver a quedar bajo el control del Estado, primero porque la salud es un derecho humano, fundamental, porque ya se demostró hasta la saciedad que la salida no era la privatización de los hospitales y por qué hay mucho desorden, hay mucho desorden en el sistema justo por la pérdida de regulación, entonces el ministerio tienen que volver a cumplir un papel fundamental y eso tiene que ver con el cambio de la lógica del sistema y ahí en este momento hay una propuesta de reforma a ley 100 que responde a eso, una de las cosas que tienen que eliminarse en la salud es la intermediación, tanto de la prestación de los servicios como de la contratación.
- \* Doctora muchas gracias
- \* No, cualquier cosa adicional si hay alguna otra información que necesiten o algo igual puede anotar aquí el correo y el teléfono y mucho gusto.

## Entrevista 21

### Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Neiva

#### Doctora Ángela María Salcedo Restrepo

- \* Estamos con la Dra. Ángela María Salcedo Restrepo, quien es coordinadora de la oficina de garantía de la calidad del hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en Neiva, Doctora muchas gracias por acceder a esta entrevista en el marco del proyecto de caracterización del talento humano, sector salud a nivel nacional. Doctora iniciamos con la siguiente pregunta, ¿En cuánto a la formación del talento humano del departamento, de la ciudad, queremos saber si los perfiles profesionales, técnicos, auxiliares, tecnólogos y demás están acordes a las necesidades del sector?
- \* Bueno aquí hay dos grandes grupos, hay una parte por ser una empresa social del Estado, tenemos dos tipos de funcionarios, unos que son asistenciales que es la parte de medicina, enfermería, psicología, terapia física, respiratoria, en cuanto a eso las personas es ‘tan muy bien seleccionadas de acuerdo al perfil epidemiológico de la institución y de acuerdo al nivel de atención que tenemos que es un tercer y cuarto nivel, entonces aquí ya contamos con profesionales especializados y subespecializados tanto en el área médica como en el área de enfermería, entonces nosotros ya contamos con Internistas, Gastroenterólogos con Internistas Intensivistas, con Internistas Oncohematólogos y así sucesivamente y en enfermería también contamos con Enfermeras Oncólogas, con enfermeras dedicadas a la parte de nefrología, con enfermeras dedicadas a la parte de pediatría, entonces en ese orden de ideas en la parte asistencial, el hospital está bien direccionado y acorde a como digo al perfil epidemiológico y al nivel de atención que prestamos en el departamento, somos un centro de referencia, entonces aquí nos llegan las patologías de los 37 municipios del departamento, nos llegan pacientes Cauca, Tolima, Caquetá, Putumayo, que es nuestra área de influencia, también hay una parte allí de auxiliares de enfermería y de camilleros que es como el personal paramédico y aquí es donde ellos ya, hemos observado últimamente que aunque cumplen con el perfil y la necesidad que tiene el hospital, estamos viendo que están saliendo deficientemente preparados de su tecnología, ósea no están llenando las expectativas como auxiliares que requerimos, ni como, les falta más capacitación en su formación no formal, valga la redundancia, que tienen en las escuelas de formación paramédica, les falta mucho en ese tema, entonces nos ha tocado hacer un monitoreo, hacer inducciones, reforzamientos, vienen acá es prácticamente a terminar, hay personas que necesitan capacitación por lo menos una inducción de un mes, dos meses para que realmente arranquen en un área, porque son áreas críticas, áreas de urgencias, de quirófano, entonces en cuanto eso nosotros tenemos allí como un tema por conversar con estas entidades que capacitan porque no nos están llenando las expectativas la parte de auxiliares de enfermería, las que tenemos por ejemplo no todas pero si observamos como una deficiencia en ese tema, en cuanto a la parte administrativa, entonces encontramos que hay profesionales en cargos de auxiliares, ósea las personas a través del tiempo lo que han tratado de hacer es estudiar profesionalizarse pero siguen en sus cargos como auxiliares administrativos, es un fenómeno que yo creo que se presenta en todas las

entidades públicas y entonces estas personas podríamos decir que para el cargo que ocupan tienen muy buen perfil, ósea estarían pasando el perfil que necesita la institución, por decir algo en el caso de archivo, tenemos acá el caso de archivo clínico, aquí encontramos un bibliotecólogo que cuando inicio su trabajo en el hospital él no era bibliotecólogo y archivista pero mientras duro trabajando acá se formó en esa profesión y sigue siendo la necesidad del hospital de tener un profesional en el archivo, él está como auxiliar.

- \* Subremunerado, porque él se siente muy bien en su cargo pero la remuneración que tiene no es para el cargo porque la remuneración que el recibe es como auxiliar administrativo, no como bibliotecólogo y archivista, pero la necesidad que tiene el hospital es como bibliotecólogo y archivista y así se presentan muchos cargos en el área administrativa, por ejemplo nosotros tenemos auxiliares administrativos, psicólogos, ingenieros de sistemas, tenemos auxiliares administrativos contadores, financieros, pero pues la entidad tiene la necesidad es del auxiliar administrativo más no de ese profesional, eso es lo que encontramos en este momento en el hospital y también encontramos situaciones por ejemplo que hay áreas que necesitando un auxiliar tienen contratado un profesional.
- Están...
- \* Que hizo la institución, la institución en este momento tiene una firma que está siendo un estudio de necesidades institucionales mirando todos esos detalles que te estoy contando y lo que queremos hacer en la parte administrativa es alinear ya ese tema acorde a los procesos institucionales dando cumplimiento a todo lo que es el modelo estándar de control interno, entonces se fusiona el tema de necesidades institucionales con procesos y con estructura orgánica, para que el profesional que necesitamos quede en el cargo que es y cumpliendo el proceso que necesita la institución, a eso es lo que estamos apuntando en este momento, ese estudio de necesidades está a punto de terminarse, ya hemos estado haciendo unas aproximaciones porque habían unas diferencias con la firma que hizo el estudio, entonces estamos a la espera de ese estudio y esperamos que con esos se solucionen muchas situaciones que en este momento tiene el hospital en la parte administrativa.
- Y terminando ese estudio Doctora, la proyección para ser este ajuste o este reajuste en las necesidades del hospital está proyectado a corto, mediano, largo...
- \* A corto plazo porque nosotros tenemos dos tareas que cumplir, una que es el Mes que tú sabes que por normativa nacional todas las empresas como de publicas tienen que estar cumpliendo todo lo que es modelo estándar de de control interno entonces nosotros tenemos que ir mostrando un cumplimiento del avance y también somos una entidad que está preparándose para la acreditación, entonces por este motivo, esta tarea tiene que ser a corto plazo. Prácticamente estamos hablando del próximo año
- Doctora en cuanto a la vinculación de las personas que prestan los servicios en el hospital prevalece más la vinculación directa, de plata, vinculación por prestación de servicios, otra modalidad?
- \* En este momento hay tres modalidades, la planta, ya muy poquito, solamente quedo la planta para cargos misionarios como establece la norma, y otra parte que es la de servicios por ejemplo esa si va por ejemplo lo que es aseo y vigilancia , hay otra

parte de profesionales de servicios de salud que va por agremiaciones y otros procesos que van por cooperativa.

- Entonces están en ese proceso, y cuál es la que tiene más personas
- \* Agremiación en este momento, la planta ya solo quedan trescientos, casi cuatrocientas personas
- ¿De cuantas personas?
- \* de mil seiscientas
- En cuanto a los estándares salariales, estos son...
- \* Son justo, son buenos, los salarios del hospital son de los mejores que hay en el departamento
  
- Y las diferentes modalidades, hay diferencias este lo salarial
- \* Claro si, nosotros tenemos que sujetarnos a lo que dice la norma, nosotros nos tenemos que sujetar a la ley, la ley establece, a lo que nos dice el Dpto. Administrativo de la Función Publica, nosotros solamente podemos aumentar los salarios| como dice la normativa, el último aumento fue de acorde al 853 del 25 de Abril de 2002, el decreto que habla de los topes, hasta cuanto nos puede subir el salario de los funcionarios públicos y de ahí se establece un rango similar a las personas de contrato, no hay desventaja salarial en cuanto a planta y contrato, no.
- \* Nosotros no podemos decir a una persona aquí u va a ganar tanto porque aquí está establecido el salario para un profesional universitario, un especializado, un técnico, un auxiliar, acorde a lo que nos dice la norma que ella trae codificada la trae por códigos y por escalas salariales entonces nosotros tenemos los salarios a correr con eso, más lo que son prestaciones.
- En cuanto a la rotación del personal ....
- \* Alta, en algunos cargos es alta, por ejemplo en lo que son auxiliares administrativos y de enfermería
- Y ¿cuál es la razón?
- \* Los cambios de administración por ejemplo, algunas veces
- La rotación tiene incidencia directa con el rango salarial o por la posible insatisfacción salarial no se presentan rotaciones
- \* No insatisfacción laboral no, la gente se siente contenta por el trabajo acá, aunque nosotros tenemos insatisfacción de clima laboral y sabemos que el trabajo es pesado y habrá cosas que mejorar que eso está a cargo de la oficina de talento humano, de todas formas a la gente le gusta trabajar en el hospital porque los salarios son buenos y e paga a tiempo, a veces la rotación se presenta porque la persona es reincidente en una falla o comete una falta
- ¿Hacen procesos de cualificación de la prestación de servicios de estas personas, se hacen evaluaciones permanentes, cada cuánto?
- \* Si señora aquí los profesionales se califican, los de planta de acuerdo a la norma, se califican anualmente por parte del jefe de área y los de OPAS, contrato y función está a cargo de la agremiación que los tienen a cargo, que puede ser una o dos veces en el año
- Y de ahí ¿hacen planes de mejora?

- \* De ahí salen planes de mejora, también hacen de acuerdo a las inconformidades de la institución, por ejemplo si una persona no cumple con el horario de trabajo, se le informa a la agremiación y ella hace lo respectivo a ese tema, investigación, pero bueno lo que ellos tienen allá y es bueno es una forma de inducción, entrevista psicológica, por salud laboral, valoración por médico laboral que permite que se haga una captación adecuada del recurso humano
- \* Doctora cuando el hospital abre una vacante por unidad de empleo las hojas de vida son muchas, pocas, cuantas pueden presentarse por unidad de trabajo.
- \* Ahorita se acaban de nombrar treinta y siete personas, treinta y siete auxiliares de enfermería, se acaban de incorporar a la planta, pero se tiene que tener en cuenta que hay personas que han estado por contrato 14 o 15 años y son las más antiguas y estas tienen por parte de su jefe prelación a las que traen hojas de vida, también hay otras que llevan 2 y también entraron porque se vio que fueron excelentes, pero también había excelentes de 15 años, antes se tuvo en cuenta la antigüedad y la evaluación de sus jefes inmediatos, en la parte de auxiliares de enfermería. En la parte de especialista y su especialista se tuvo en cuenta la demanda poblacional, las necesidades que había, el perfil epidemiológico del departamento y pues las subespecialidades que son pocas entonces teníamos que fidelizar nuestros trabajadores entonces los subespecialistas que querían ingresar a la planta por ejemplo, eso represento con el servicio de medicina interna entonces tenemos de planta y recién nombrado pero pues porque querían hacer parte y nosotros queríamos fidelizarlos.
- Y ¿cuándo la convocatoria no es para un cargo de planta? Sino porque se requiere el personal en el hospital este proceso lo hacen las agremiaciones, les llegan seleccionados y Uds. dan el visto bueno ¿o qué?
- \* Por ejemplo si se necesita una enfermera jefe, uno le dice a la agremiación que necesita una enfermera jefe para tal área y ellos según nuestras exigencias y requisitos buscan el perfil, la entrevistan, lo prepara y nos lo presenta
- sea Uds. no saben cuántas personas pueden llegar a prestarse para ese cargo de enfermera jefe, ya les llega es perfil seleccionado
- \* Nosotros le decimos a la empresa y ellos nos la dan, lo que pasa es que en salud acá en el Huila es muy difícil por ejemplo encontrar una enfermera jefe, entonces a veces en el mercado no hay muchas entonces uno la que ve, antes nosotros llamábamos a todo el país y decíamos necesitamos una enfermera jefe, entonces las que llegan recién egresadas las tomamos, no es fácil encontrar en el mercado ni trabajadoras sociales ni enfermeras jefe ni médicos muy especializados, entonces generalmente lo que más se consigue son psicólogas, no hay ni nutricionistas por ejemplo, entonces hay profesionales que pedimos y en lo silbe que cumple con el perfil, entonces se toma
- Y esas necesidades de esos perfiles específicos, usted decía que iban a hablar con las escuelas de formación, para el tema de la auxiliar id...
- \* Las no formales, las formales no tenemos tanto problema, tenemos problema con las no formales, camilleros, auxiliares
- Pero esos perfiles específicos como trabajadores sociales, enfermeros jefes, eso ¿Hay un conocimiento de las universidades, de las escuelas de formación formal, que hayan hecho estudios, que falten esos perfiles, que puedan apoyar a la región?

- \* O sea...
- Que los estudios de mercado...
- \* ¿Que las otras partes sepan?
- Que la misma región digamos produzcan esos perfiles que están en déficit ahorita, por ejemplo
- \* En estos momentos solo la universidad sur colombiana está sacando médicos y enfermeras jefe, no más, próximamente se van a abrir dos facultades acá, que son la fundación navarra y la universidad Antonio Nariño, pero hasta el momento solo hay una facultad para formar médicos y enfermeras, trabajadoras sociales si vienen de Manizales, de Bogotá, de Medellín, las nutricionistas vienen de Bogotá, aquí no hay de nutrición, solo hay medicina, enfermería y psicología.
- En la región faltaría abrir esos nuevos perfiles académicos
- \* si, aquí hay muchas universidades con psicología, pero no con nutrición ni trabajo social, la mayoría vienen es de Bogotá.
- Doctora en cuanto a la perspectiva de género, el hospital cuenta con más mujeres, más hombres, es equitativo, la representación por genero
- \* Más mujeres, más mujeres, si porque en las profesiones de la salud, trabajadoras sociales todas mujeres, psicólogas, solo un hombre, de diez mujeres uno es hombre, entonces la mayoría, las enfermeras más mujeres que hombres, médicos si hay, de pronto equitativo hombres y mujeres, auxiliares de enfermería, más mujeres que hombres, camilleros la mayoría hombres, pero la población es mas de, en administrativos es también como equitativo.
- Doctora para cerrar ya como una recomendación al sistema en general en cuanto al manejo del talento humano, la perspectiva que hay del talento humano en el sector que faltaría mejorar, cuales son las cosas que falta decir definitivamente esto no funciona, cuáles serían las estrategias que desde el ministerio, desde el sistema se puedan aplicar para mejorar el sistema humano desde la vinculación, salarial, formación.
- \* Ehhh... yo pienso que hay que motivar el sector salud con recursos económicos, porque pues uno ve que todo el tiempo se mejora el nivel salarial de abogados, de ingenieros, de otras profesiones pero la parte médica, pues y de salud, no esta tan bien paga, por ejemplo enfermería está muy mal remunerada y son personas que estudian demasiado, se preparan demasiado y los salarios son muy bajos, eso por una parte, nosotros como ese necesitamos la ayuda del Ministerio de Trabajo y Salud en cuanto a capacitaciones de competencias laborales, que nos enseñen más en ese tema, que nos ayuden más a ese tema, que nos enseñen a evaluar la competencia laboral, que nos ayuden monitorear ese tema así como trabajamos en seguridad o en indicadores, entonces que no ayuden a trabajar más en el tema de cómo evaluar una competencia laboral, lo otro es el paz parte formativa, tanto en lo formal y lo no formal que la gente salga mejor capacitada para el trabajo que va a desarrollar sobre todo en la parte de la salud, sobre todo en la parte de enfermería y auxiliares de enfermería.
- \* Pues que tu sabe que estas empresas están afectadas por la política, pues muchas veces estamos también, necesitamos otras ayudas para tener realmente la cantidad de personas que necesitamos porque en estas entidades se presta mucho para tener mucha gente que no necesitaríamos, entonces se vuelven como fortines



políticos y todo el mundo quiere buscar un empleo acá y entonces esos se va llenando de gente y cuando uno quiere hacer un proceso objetivo es bien difícil provoque todo el mundo se quiere quedar porque tiene la referencia ion política entonces si hay mucha contratación de personal también habría poca sostenibilidad, no hay dinero que alcance para sostener tanto gente, de pronto a veces hay mucha gente para trabajar en un sitio como este porque nosotros necesitamos es más gente en la parte misional, claro que aquí al ventaja que tenemos aquí es que se va a abrir una nueva torre y todo el personal se va a poder distribuir en dos torres, en la antigua y la nueva, donde no fuera así tendríamos a veces mucho personal trabajando en la institución.

- \* Existe duplicidad de funciones o que una persona que puede hacer todo tendría su trabajo compartido con dos o tres personas, que por eso también contratamos el estudio de necesidades, para que nos digan objetivamente cuantas personas necesitamos y yo creo que esto que pasa en esta empresa social del estado pasa en todas las entidades públicas del país, no es cierto? siempre van a poner una persona de mas que no se necesita haciendo de pronto nada, mientras que esos cargos que nosotros necesitamos, esa platica que se necesita, que se está gastando en un área, de pronto se necesita más para una enfermera jefe, una trabajadora social, para un camillero, entonces como en eso necesitamos ayuda, por eso estos procesos de acreditación le va a servir mucho a las empresas como al hospital porque cada día van a tener que ser más objetivas, ahorita todo lo de sistematización, todo lo de tics, tecnología, informática y comunicación si empresas como esta se ponen en la tarea de sistematizar, también se va a tener objetivamente la gente que se requiere, no se tendrán de más haciendo lo que realmente la institución no necesita, que tienen por ejemplo una persona para facturar una para organizar cuentas, una persona para transportar.
- Optimizar
- \* Exacto, yo hago una factura y la envié de una vez pro el sistema a la eps y lo que yo envié por el sistema sea igual de valido a que si lo envié por un correo certificado, entonces ahí me estoy ahorrando el que organiza y el que envía y puedo más bien reutilizar ese recurso en la parte misional para prestar un mejor servicio.
- \* Si, la 1438 invita a eso, la 1438 invita a tecnificar la salud, a pro ejemplo digitalizar todo lo que son historias clínicas, que los medios electrónicos se vuelvan más eficientes, entonces si nosotros le apuntamos a eso podemos ofrecerle de pronto a ese mensajero que es auxiliar de enfermería que más bien sea auxiliar y no mensajero o al psicólogo que esta manejan, haciendo una orden de compra pues pasarlo a ser psicólogo pero en los pisos.
- Doctora muy amable por su tiempo y su información en esta entrevista que nos concedió.

**ENTREVISTA 22**  
**Sanar Salud EPS.**  
**Doctora Figueroa.**

- Doctora muchas gracias, estamos con la Doctora Figueroa quien es la Jefe de Gestión de Talento Humano de Sanar Salud EPS en Pasto, Doctora muchas gracias por concedernos esta entrevista
- \* Con mucho gusto Milena.
- Doctora, ¿A nivel de formación de talento humano, de las escuelas de formación de las universidades, todo el tema académico, la demanda tanto de profesionales, técnicos y demás es suficiente para suplir las necesidades laborales del sector?
- \* Pues afortunadamente la ciudad de Pasto ha ido evolucionando, hoy tenemos universidades que ofrecen formación en medicina, lo que anteriormente no se tenía, hay algunos convenios con universidades de Bogotá, Medellín, Cali, que han prestado el servicio de especialización y maestría, entonces hoy la formación ha mejorado y de hecho nosotros tenemos un personal muy calificado que ese ha seleccionado teniendo en cuenta los requisitos que se exigen en el nivel de competencias que maneja la organización.
- Y ¿Es suficiente la cantidad de profesionales técnicos y demás personas que están a cargo de la atención de salud o necesitan más apoyo en ciertas especialidades profesionales o con los profesionales que tienen dan cobertura a los usuarios que tiene la institución?
- \* Dependiendo del requerimiento en algunos casos puntuales si hemos tenido alguna dificultad particularmente en el caso medico sanitarias, nosotros exigimos que este profesional tenga la especialización y se han presentado a convocatorias muchos profesionales que están realizando los estudios y ahí tenemos alguna dificultad porque queremos que nuestro profesional esté calificado, que tenga experiencia y si están iniciando estudios pues no cumplirían con los requisitos mínimos exigidos, en éste caso particular de auditoría también hemos tenido alguna dificultad para conseguir lo que es epidemiólogos y estadísticos, ellos han sido como las tres grandes falencias que hemos tenido sin embargo se han sacado convocatorias a nivel nacional y hemos podido cubrir de alguna manera las vacantes que se han presentado.
- Siguiendo por la línea de la formación, ¿Las universidades hacen contacto con Uds. en cuanto a estudios de mercadeo para ver las necesidades en cuanto a perfiles profesionales que deban fortalecer programas nuevos, que deban abrir, o las universidades o las instituciones encargadas de la formación del talento humano ya sea en Pasto a nivel Nariño, no tienen esa intercomunicación permanente?
- \* No, realmente no nos llega como esa solicitud o esa información que nosotros podamos participar para sugerir o recomendar algún tema puntual de su formación, sin embargo tenemos convenios de practica con algunos centros educativos como la Universidad de Nariño, Universidad Mariana, entre otras la Universidad Nacional y cuando se acercan estas, supervisores de practica pues nosotros hacemos las recomendaciones pertinentes pero oficialmente o formalmente no nos han dicho nada, ni tampoco las instituciones.
- ¿En este caso en SANAR han hecho las solicitudes puntuales?
- \* De este tipo de formación no, nosotros tenemos un PAC que es el plan anual de capacitación para nuestro talento humano el cual está enfocado a satisfacer las necesidades de capacitación puntuales que tienen los trabajadores para el desarrollo efectivo de los procesos estratégicos que tiene la organización, para este paso

nosotros contratamos el apoyo de universidades y de profesionales especializados que puedan brindar a nuestros trabajadores las herramientas necesarias para que ellos puedan hacer un desempeño adecuado, este tipo de formación lo hacemos a través del ICETEN que es nuestro centro de estudios, ellos son los intermediarios digamos para que este plan de capacitación se ejecute.

- Ok ahí están haciendo todo el proceso.
- \* Allá se hace todo el proceso de capacitación y la coordinadora del ICETEN es la encargada de conseguir los profesionales especializados, los centros educativos que se requieran de acuerdo a la necesidad, también tenemos lo que es el plan carrera, el plan carrera en la organización nos permite identificar los cuadros de mando para tener los sucesores de cargos superiores no, cuando estén vacantes, dentro de este plan carrera nosotros hemos hecho una calificación y un diagnóstico, dentro de esta calificación se clasificaron los profesionales que pueden desempeñarse en cargos superiores a futuro y a través del diagnóstico se ha identificado qué necesidades de formación tienen ellos entonces para suplir estas necesidades nosotros hemos presentado a la gerencia general y al comité técnico gerencial la propuesta de formación de estas personas y se ha hecho con cotizaciones con algunos centros educativos como la Universidad Javeriana, la UNAD, ICESI Medellín, con estas alternativas pues el comité tomará la decisión de qué entidad nos va a venir a prestar el servicio de capacitación a los identificados en el plan carrera de la organización.
- ¿Es un proyecto que tiene a corto, mediano a largo plazo, ejecutable más o menos en qué año? según los presupuestos.
- \* A ver, el plan carrera esta como tal a largo plazo, entendiendo que las vacantes de cargos superiores como gerencias o jefaturas no se dan frecuentemente, sin embargo el plan de capacitaciones que requieren estas personas si están a mediano plazo, de hecho nosotros ya tenemos unas propuestas que (como le dije anteriormente) se están analizando y la idea es que a partir del próximo año en Enero-Febrero se dé inicio ya al primer diplomado que nos permita tratar de brindar los elementos teórico-prácticos que necesitan nuestros profesionales que desean desempeñarse en cargos superiores.
- Doctora en cuanto a la vinculación ¿Cual es la modalidad predominante , la contratación directa, o sea de planta, la contratación por prestación de servicios, otra modalidad, más o menos cuantos empedados cuenta la institución?
- \* A ver, nuestra política empresarial es tener contratos laborales a termino indefinido, generalmente nuestros trabajadores están vinculados con prestaciones sociales, y su modalidad es a término indefinido, sin embargo en algunos casos puntuales como la fundación que se ocupa de realizar proyectos de desarrollo comunitario tenemos los contratos de prestación de servicios que son esporádicos, estos son normalmente anuales y es mientras se cumple con el proyecto y listo, pero en términos generales el 95% de la organización está vinculado por contrato laboral a termino indefinido.
- ¿Se podría asegurar que el personal de la organización cuenta con estabilidad en este sentido estabilidad laboral con ustedes?
- \* Si, realmente nuestro interés brindarle al trabajador oportunidad de estabilidad, bienestar, desarrollo, en la organización, sin embargo como una empresa privada que se ha garantizado por prestar un optimo servicio a la comunidad, nosotros somos muy exigentes en el cumplimiento de los requisitos de los trabajadores, evaluamos

constantemente el nivel de competencias de nuestros trabajadores, brindamos capacitación continua y obviamente la exigencia es grande, entonces si los trabajadores efectivamente tienen garantizada su estabilidad siempre y cuando cumplan con las exigencias que la organización le hace.

- Doctora y en cuanto a la asignación salarial, ¿Ésta se da por la formación, por la experiencia, por las áreas de trabajo, por las competencias laborales?
- \* A ver nosotros, tenemos una escala salarial constituida la cual tiene 3 variables. Una la educación, 2 la antigüedad, 3 la experiencia. Entonces allí analizamos en conjunto en nivel de competencias que se requiere para cubrir una vacante, tenemos tres niveles dentro de esta escala salarial, nivel uno, dos y tres. Nivel uno es el salario bajo con el que inician todos los trabajadores que llegan a la organización como lo vemos, nivel dos cuando ya han adquirido experiencia y tienen cierto grado de antigüedad en la organización se les nivela, se les incrementa el salario y nivel tres ya es el salario más alto que devenga cierto trabajador en un determinado cargo.
- Aproximadamente ¿Cuánto es el salario de un nivel uno y un nivel tres que ya es el máximo, por ejemplo para un medico general?
- \* Dependiendo del cargo de la unidad de negocio, de la antigüedad y experiencia nosotros tenemos niveles como te dije anteriormente de tal manera que para un jefe de área el nivel uno es tres millones ochocientos, nivel dos cuatro millones doscientos y un nivel tres cuatro millones quinientos.
- Están ya estandarizados.
- \* Estas son unas cifras aproximadas ya están estandarizadas para cada cargo.
- Doctora, en cuanto a la cualificación del talento humano .....
- \* A ver nosotros tenemos establecida la evaluación de desempeño periódica anualmente, inicialmente la hicimos semestral pero por circunstancias como el crecimiento empresarial, el alto número de trabajadores que tenemos vinculados, nos hemos visto obligados a hacerla anual, precisamente la iniciamos en el mes noviembre - diciembre, hacemos a través de la metodología trescientos sesenta grados donde se tiene en cuenta el concepto del jefe, del colaborador, del par y del cliente, esto nos permite evaluar el desarrollo del trabajador en todo un contexto integral, no es cierto, entonces con base en el resultado de esta evaluación nosotros analizamos y si el trabajador tiene algunas falencias se proponen un programa de capacitación especializada para fortalecer el nivel de competencias del mismo, si el trabajadores después de recibir esta capacitación, este apoyo que le da la organización, el compromiso de él fue inmediato, directamente continua con un desempeño deficiente pues obviamente la empresa tendrá herramientas necesarias para tomar decisiones definitivas.
- En cuanto a los colaboradores en la organización ¿Hay perspectiva de género, hay más hombres, hay mujeres, es equitativo, como funciona la distribución por géneros?
- \* A ver, como mujer yo diría que afortunadamente esta es una organización donde el mayor porcentaje de trabajadores es femenino, de hecho nosotros tenemos aproximadamente el 68% de mujeres trabajando y el 32% personal masculino, hay algunas mujeres están desempeñando cargos directivos, tenemos dos cargos regionales, tenemos jefes de área la mayoría mujeres y de hecho el liderazgo es femenino, sin desconocer pues el gran alentó que obviamente aporta el género

masculino, de hecho nuestro gerente general es un hombre que es el gerente fundador de esta organización que afortunadamente hoy está muy bien posicionada en el suroccidente colombiano gracias precisamente a este talento, ese compromiso y a esa, formación de todo el recurso humano que se ha comprometido con sacar adelante ese proyecto, este alto porcentaje de vinculación femenina.

- Doctora, cuando se presenta una unidad, por ejemplo una vacante, ¿El promedio de las personas que llegan a hacer la solicitud, es alto?
- \* A ver nosotros tenemos un banco de datos con las hojas de vida que nos han llegado porque a diario llegan hojas de vida de personas que quieren vincularse con la ensañar entonces tenemos una base de dato con esas hojas de vida clasificados por perfiles el cual hoy actualmente después de haberlo depurado y haber sacado al hojas de vida que llevan más de cinco años organización tiene 4800 hojas de vida de aspirantes a vincularse.
- Es alto el volumen.
- \* Obviamente es alto para nuestra región, es alto para la organización y eso demuestra pienso yo, dos cosas. Una el nombre, el reconocimiento que tiene la organización en la región donde la mayoría de gente profesionales o indistintamente cualquier tipo de persona quiere vincularse con la empresa y 2 desafortunadamente el índice de desempleo acá en la región es alto.
- Doctora, algo más que nos quiera comentar de pronto de las experiencias de la organización a nivel de talento humano.
- \* Con mucho gusto a ver, nosotros trabajamos mucho por el desarrollo integral del talento humano, cuando hablamos en desarrollo integral hacemos referencia a que apoyamos el trabajador en todos sus entornos, entonces de hecho con actividades de motivación nosotros hemos vinculado a las familias de los trabajadores en algunos eventos, lo que nos permite garantizar bienestar de nuestro recurso humano, porque si tienen bienestar familiar, social, obviamente su desempeño laboral va a ser optimo, entonces ese es nuestro interés, trabajar al talento humano integralmente, darle apoyo para su desarrollo tanto personal como profesional y eso es lo que nos ha permitido lograr un altos sentido de pertenencia en nuestros trabajadores y obviamente el compromiso para sacar adelante este gran proyecto que es ensañar, yo considero que el aporte que hacen los trabajadores es el que nos tiene en el lugar donde hoy estamos entonces de hecho la empresa no desconoce ese recurso valioso que tiene, trabajamos mucho pro al motivación y desarrollo de nuestro talento humano, queremos que el trabajador vaya creciendo junto o a la organización y por eso es que trabajamos también con lo que es los incentivos como promociones asensos motivaciones y obvio el plan carrera.
- Muchas gracias doctora.

## **ENTREVISTA 23**

### **Hospital Departamental De Nariño**

#### **Entrevista Doctora Clara Caicedo Maya**

- Estamos con la doctora Clara Caicedo Maya, Coordinadora de Talento Humano del Hospital Departamental Nariño, Doctora muchas gracias por acceder a esta entrevista.

En el marco del proyecto de caracterización del talento humano sector salud Colombia, iniciamos con la siguiente pregunta, ¿En cuanto a la formación de las personas que prestan los servicios en la institución queremos saber si los perfiles están acordes a las necesidades del sector?

- \* Bueno, muchas gracias por la entrevista que me están realizando, en la organización tenemos distintos inconvenientes con perfiles como de médicos especialistas, esa es la mayor dificultad que nosotros tenemos, hemos tenido que recurrir a universidades, a nivel nacional para atender la demanda de especialistas especialmente de pediatría, especialidades como de retinólogo, nefrólogo, dermatólogo, tipo de especialidades que en el departamento de Nariño nosotros no encontramos personal que pueda suplir estas necesidades, para los otros cargos como auxiliares de enfermería, enfermeras, médicos generales y al parte administrativa si nosotros tenemos acá una buena cantidad de personal que puede suplir todas las necesidades.
- ¿En cuanto a la formación de estos profesionales especialistas que hay en déficit, esto es porque en la región no tenemos esas especialidades?
- \* Si principalmente personas que estudian y salen al exterior a hacer sus especializaciones pero muchas veces no regresan, si, porque hay en Bogotá Cali, Medellín, es mejor las plantas para trabajar, entonces acá también los salarios, y las pocas personas que llegan aquí muchas veces ya están, ya vienen explosivas para ciertos hospitales entonces hemos tenido que hablar ya con las universidades antes de que los formen, digamos con ganas de que ellos se presenten, tener ese número de personas y estar mirando si ellos tienen la posibilidad de que vengan a trabajar acá al hospital.
- Es decir que Ud. si han hechos requerimientos formales a las universidades, especificando que tipo de perfil requieren pues de acuerdo con la necesidad.
- \* Si
- \* Doctora eso nos lleva, nos comentaba Ud. a los rangos salariales. La siguiente pregunta es ¿Qué tipo de vinculación cuenta la organización?
- \* Pues esa vinculación es directa a la planta de personal y también a través de prestación de servicios.
- Y cual predomina?
- \* ¿Estamos hablando del sector médico o para todo?
- Para todo, cuantos empleados mantienen.
- \* Mire, yo tengo 951 personas donde tenemos de contrato 574 y de planta 377.
- Prevalece la prestación de servicios pues a nivel general. En cuanto a médicos, auxiliare sede enfermería, ellos son de planta o también por modalidad.
- \* También están en una proporción.
  
- Doctora ¿Sería posible tener más o menos tener los rangos salariales de cuánto gana un profesional, un técnico, un tecnólogo de planta y cuanto uno de prestación de servicios?
- \* Nosotros aquí por ejemplo un auxiliar administrativo gana un millón cien en la planta ese es el básico, a veces tú tienes que aumentarle todo lo que son prestaciones que es masienos el 50%, en prestaciones con primas, con todo lo asimismo y nosotros al personal de contrato a ese mismo le pagamos 1800000 a la empresa que nos provee el

personal y de ese millón ochocientos también tienen que asumir todo lo que son prestaciones.

- Y el caso por ejemplo de un medico general de prestación de servicios y de vinculación directa.
- \* Por lo general en un horario de 8 horas aquí gana 4 millones ochocientos, pero ese es el básico hay que aumentarle el 50% mas para tener todo el salario que el hospital tiene que tener en presupuesto y el médico por servicios gana 7 millones y el tiene que asumir todo lo que es seguridad social y prestaciones como salario integral.
- \* Por razones del presupuesto, ósea el hospital ha tenido igual que todos los hospitales, tuvo la tendencia desde el año 2000 a disminuir personal y es más si Ud. mira las estadística, el hospital tenía alrededor de 500 personas en planta anteriormente en el año 2000 hubo una reestructuración y quedaron solamente 300, se indemnizaron a 200, bueno, todo este personal podía asumir las cooperativas de trabajo, poco a poco hemos ido incrementando el número de personas en planta, en el 2000 eran 300, en este momento tenemos 367, pero ya desde el 2011 viene la norma que no se puede contratar con cooperativas de trabajo social, no se permite o que es la configuración e intermediación laboral, y el gobierno obliga contra todas las entidades del sector salud a que formalicemos ese tipo de contratación, da muchas opciones, que pasar al personal a planta, contratar a través de sindicatos, de empresas de servicios temporales, si muchos, pues la idea es, el hospital se encuentra realizando un estudio técnico, de cargas laborales para definir cuál es la planta con la cual tiene que organizar o necesariamente pues debe tener la planta optima para poder funcionar y la idea es si ingresar personal al plantel.
- Doctora, ¿Cómo es la rotación del personal? ¿cual es el motivo principal de rotación?.
- \* Bueno la rotación en el hospital tenemos personas de planta y contrato y entonces dentro del de planta en el año 2010 y 2011 tenemos una meta que es no pasar del 5% se mantuvo menor al 5% principalmente en personal de planta porque es personas que vienen por mucho tiempo vinculados y no ha sido pro animo de la institución, en este año el indicador si subió al 5.7% teniendo en cuenta que se cambio la administración, entonces si cambio de administración obligatoriamente por la gerencia cambio la parte de la subgerencias el nivel asesor, entonces si ha habido personal que ha salido, y también tenemos el caso de que personal que tiene documentación para pensionarse y está saliendo.
- ¿Y en la prestación de servicios es alta la rotación?
- \* La rotación de personal de contrato esta en el 5% principalmente la renuncia de las personas es porque se van a trabajar a otras instituciones de salud, el hospital es el hospital más importante de aquí el suroccidente colombiano que atiende Cauca, Nariño y Putumayo, es el único de tercer nivel que atiende, entonces hay mucha gente que viene aquí adquiere muchas experiencia y se va a trabajar a otra institución.
- Cuando se hace una convocatoria por unidad de servicio, los ofertantes, es alto el nivel o está entre lo normal o Uds. reciben hojas de vida a diario y tienen un banco de datos de esas hojas de vida, ¿Cómo es ese proceso cuando se presentan las convocatorias para algún determinado cargo?
- \* Principalmente nosotros tenemos los cargos de planta se proveen a través de la Comisión Nacional de Servicios Clínicos, entonces la comisión nos envía personal despues de una selección, para personas de contratos si a través de la empresa que

nosotros tenemos destinada para ese fin, entonces ellos reciben las hojas de vida, las seleccionan y nos las envían para que nosotros le demos el visto bueno.

- Doctora entre la perspectiva de género las personas que trabajan en la organización son hombres, mujeres .....
- \* Mayormente son mujeres, tu miras auxiliares, auxiliares de la área de salud y enfermeras principalmente son mujeres, también en el área directiva prevalecemos las mujeres sobre los hombres.
- En cuanto a la formación doctora de los profesionales en lo que estábamos hablando anteriormente sobre la necesidad que hay de profesionales específicos que otra recomendaciones han hecho al sector de educación para que nos generen esa insuficiencia en los perfiles específicos que requiere en este caso la región que incluye Putumayo, Cauca y Nariño.
- \* Pues nosotros tenemos convenio con todas las universidades, ellos vienen acá a hacer internados, rotación, tanto con las universidades, de Nariño, san Martín, cooperativa, esas son las que manejan el soporte de salud, ósea las profesiones de enfermería, medicina, nutrición, quimiofarmacia, entonces es muy importante esas personas que hagan la rotación acá porque ya conocen que es el hospital, los servicios que se prestan y estamos contribuyendo a formar ese personal para que ya luego vengan y trabajen con nosotros, quedan enganchados con nosotros.
- Doctora, existe un proceso de cualificación de la prestación de servicios por esta parte ya sea de técnicos tecnológicos o las personas de la parte administrativa y profesionales por los cuales de alguna forma esa evaluación permita la continua vinculación o cambiar de personal, digamos existen ese tipo de evaluaciones a nivel interno.
- \* Nosotros el personal de planta tenemos la evaluación de desempeño que vienen dada por la comisión nacional de servicios civil a través de los acuerdos 137 y 128 del 2010 que es donde se hace una evaluación e compromisos tanto laborales como comportamentales, esa tenemos que hacerla una vez al año de todo el personal de la planta de carrera administrativa y esa permite a la persona continuar con el hospital o de momento que la calificación no sea la óptima retirarlo del servicio y para el personal de contrato también nosotros tenemos un formato que es evaluación de proveedores donde evaluamos la empresa que se contrata en términos de cumplimiento en tanto administrativo como en cumplimiento del pago de seguridad social a requerimientos oportunidad del servicio y ya requerimientos técnicos a lo que responde a la prestación del servicio como tal entonces esa evaluación hace y se determina oportunidades de mejora y en base a eso se hacen planes de mejora para cerrar brechas en el momento de que encontremos dificultades del servicio y nos sirve para renovar las contrataciones no.
- \* ¿Cómo el clima laboral de la Institución?
- \* Pues depende de la carga laboral porque es alta, siempre el hospital está lleno, si vemos los servicios de urgencia y hospitalización siempre hay inconvenientes y nos afecta y el mismo servicio de salud es complicado porque ver la muerte tan cerca entonces el personal también muchas veces tiene inconvenientes entre la comunicación con los compañeros y la comunicación al cliente externo.
- Doctora algo más que nos quiera compartir desde su percepción acerca del talento humano en salud a nivel región o a nivel Pasto de la institución.



- \* El hospital universitario departamental de Nariño ha trabajado mucho a lo que corresponde la talento humano, tiene programas tendientes a mejorar el clima organizacional, la identificación empleado-hospital, entonces son unos programas importantes donde desarrollamos actividades de recreación, individual o grupal prácticas deportivas, tenemos campeonatos de baloncesto futbol, celebramos lo que s día del niño, día de la mujer, día del médico, hacemos una fiesta de fin de año, todo esto con el fin de crearnos espacios diferentes de encuentro de dialogo para que las persas mejoren el clima laboral, también damos unos incentivos, incentivos ese vivienda, educación, para mejorar el ambiente de las personas que eso hace que ellos se identifiquen y que tanto disfruten ese incentivo las personas y que se vea reflejado en sus familias.
- Doctora en cuanto al sistema de salud, sistema general, Ud. tendría en cuanto a talento humano tendría alguna observación puntual, alguna recomendación, ¿En cuanto al manejo o la proyección del talento humano desde el sistema?
- \* Osea a mi me preocupa mucho es lo que estábamos comentando de tener que ingresar todo el personal a la planta, el sector salud tiene muchos inconvenientes porque igual las pis tenemos que prestar el servicio y muchas veces tenemos inconvenientes con el cobro de la cartera, nos cierto, los dineros que ingresan por parte de pagos de las pis del gobierno, entonces el ingresar el personal a la planta significa que debemos tener mas presupuesto, amas disponibilidad, para mensualmente. Este hospital durante los últimos 7-8 años nunca se ha demorado para el pago denomina, usted mira a 30 de CAD mes ya estamos pagando la nomina, primas festaciones, a diferencia de muchos hospitales de la región que les pagan un mes y les deben 2, me preocupa porque dada la crisis que se mira desde el sector salud el ingresar todo el personal de planta y asegurar que tengamos todo el dinero disponible para poder suplir todas las necesidades.
- Nos acompaño en esta entrevista la Dra. Caicedo, Directora de Talento Humano del Hospital Departamental de Nariño, Doctora muchas gracias por su tiempo y su valiosa información.
- \* A Uds. muchas gracias.

## **ENTREVISTA 24**

### **Secretaria de Salud de Pasto**

#### **Doctora Ruth Cecilia de la Cruz**

- Estamos con la Doctora Ruth Cecilia de la Cruz que es coordinadora de salud publica en la Secretaria de Salud de Pasto, Doctora muchas gracias por acceder a esta entrevista, Doctora iniciamos con la siguiente pregunta, en cuanto a la formación del talento humano, cual es su percepción si la demanda es suficiente de profesionales técnicos, tecnólogos para las instituciones, para los perfiles epidemiológicos de la institución o considera que la demanda es insuficiente, que hay sobreoferta en algunos programas, faltan algunos en especialidades, toda esa formación del talento humano que percepción merece en cuanto al tema de Salud a nivel Pasto.

- \* A ver yo hasta donde uno alcance a identificar situaciones particulares, hablando así como de lo general, hay conocimiento en la parte de especialidades de medicina interna la región no cuenta con los suficientes profesionales, lo cual hace que las oportunidades de consultas y de citas realmente sobrepasen los límites permitidos dentro de lo que es la normatividad frente a lo que es la asignación de citas, general, así hablando a grosso modo el municipio de Pasto y atendiendo que este tipo de profesionales en el municipio de Pasto normalmente atienden para todo el departamento, entonces siempre hay como una falencia en ese sentido, por otro lado en lo que atañe al resto de profesionales la demanda de enfermería, medicina general, de pronto psicología pienso yo que se mantiene estable, hay demanda, hay trabajo para mucha gente, pero por ejemplo un estudio que se hizo hace poquito con la universidad de Nariño permite identificar que el médico general a pesar de que esta en un lugar tiene necesidad de estar en otra institución para tener mas ingresos equivalentes a sus necesidades, no puede mantenerse en una sola institución para poder solventar todas sus necesidades básicas y en ese orden de ideas prácticamente sucede con los demás profesionales en la parte de atención general, por otro lado otro estudio de la Asociación Nacional de Enfermeras, indica la baja remuneración que reciben los profesionales de enfermería en la región, en algunas instituciones mucho peores que otras, a pesar que en unas están siendo niveladas, pero la verdad es que frente a las competencias y a las responsabilidades que los distintos profesionales tienen que operar la verdad es que la remuneración y y la calidad de vida que hoy exigen este municipio y la región no equivale a lo que sean los ingresos normalmente por los profesionales, haciendo que tenga que estar en un lugar y en otro, entonces de paso, deteriora también al calidad de vida de la gente<sup>1</sup>.
- \* En el sector publico necesariamente son ordenes de prestación de servicios, pero que estas órdenes de prestación de servicios le acaparan a Ud. un gran porcentaje de tiempo, independientemente que Ud. no tenga un vinculo laboral de jefe horario, pues prácticamente las exigencias de la contratación le lleva a incluir ahí más de un 80% del tiempo que pudiera tener disponible, entonces a al agente si le toca hacer turnos nocturnos, al otro día volviera al otro trabajo que tiene, pero al mayor parte son de ordenes de prestación de servicio en el sector publico hasta donde yo tengo conocimiento, hasta hace un tiempo en las demás sectores todavía se mantenía al figura de cooperativas, hasta hace poco y creo que en algunas aun persisten a pesar de que sabemos que son ya no está vigente esta modalida haciendo de que ese tipo de vinculación de alguna forma sea tan impersonal y lo que le llega de remuneración prácticamente al profesional, al técnico, no es lo que realmente se merece.
- Doctora Ud. tiene conocimiento más o menos el promedio de un profesional, más menos un médico general cuanto está ganando por prestación de servicios.
- \* Promedio más o menos alrededor de 2 millones
- Y uno de vinculación directa de planta
- \* No, ahi si no te diría porque implica prestaciones digámoslo así, sus vacaciones, primas, todas sus cosas, pero de todas maneras por obvias razones de todas maneras es mucho más alto porque además no tiene que pagar el porcentaje completo de salud pensión ni nada de eso, además la estabilidad laboral que le otro tipo de vinculación le puede dar, no así las OPS.

- Para el talento humano en cuanto a la formación, ya lo que tiene que ver las escuelas de formación para el trabajo, de pronto las universidades, Ud. tiene conocimiento si ellas intercambian información con las partes, con las EPS, con las instituciones como para ver cuál es la oferta y la demanda en cuanto, proyección, todo el tema.
- \* Si yo se que las universidades tanto pública como privada si hacen sus estudios de mercado laboral no solo municipales sino para la región, para nuestro caso Nariño Cauca Putumayo.
- Pero aún así seguimos teniendo déficit en algunas especialidades
- \* De pronto los que no se forman acá, porque por ejemplo en la parte de especialidades no hay formación en especialidades acá solamente tenemos las escuelas de Medicina que son de tipo básico general, pregrado, pero no las especialidades, por eso se siguen sacando el tipo de profesiones que si sirven para toda la región acá pero no frente a las especialidades en si es donde ya hay dificultad, muchos salen a estudiar, se quedan en otras partes y no regresan.
- ¿Doctora Ud. tiene conocimiento si las instituciones hacen a nivel interno cualificación de talento humano?
- \* Yo conozco acá el que hace con todos sus empleados el que hace SALUDCOP que las evalúan, contantemente el dan documentación para actualización y de acuerdo a eso es la permanencia o no en los cargos, se que en eso saludos es muy ordenado en ese sentido, hay otras instituciones pero hacen una mínima parte de pronto no con la misma organización que saludos lo hace, sé que si la hacen pero de manera más débil.
- \* Yo pienso que tenemos una debilidad muy grande no sé si por la nueva reglamentación, no sé si por todo lo que son condicionamientos en prácticas de pregrado, los pensum, los currículos de los pregrados, no solamente las escalas de la región sino las escuelas de salud y medicina de otras regiones que hacen que los profesionales de la salud en estos momentos están preparados para todo lo que es la patología pero no para el ejercicio dentro de lo que es el sistema de salud, lo cual hace que tengamos yo se lo digo como institución que somos los tractores, garantes y los que estamos supervisando, haciendo seguimiento y vigilancia a todo lo que es prestación de servicios de la salud en el municipio, donde puedo observar que puedo tener excelentes clínicos, excelentes médicos, excelentes enfermeras pero en manejo del sistema se quedan muy cortos, también porque nuestras normas no le permiten el ejercicio de la profesional plenamente, hay muchos cuellos de botella que se los impide.
- Y cuál sería su urgencia para subsanar o empezar a mejorar esa dificultad según su percepción
- \* Debería haber 2, la solución es en doble vía. 1 Ajustes de los pensum a nivel de pregrado porque lo que es el ejercicio de la salud pública a nivel de las facultades y 2 es que debería movilización en torno al ajuste, no cambio, normativo del nivel nacional que permite el ejercicio ético idóneo de todo los profesionales, en este momento nuestro sistema es de mercado no misional entonces lo económico tilda con lo humano con la defensa de los DDHH entonces estamos siendo inconsistentes en eso.
- Desde la secretaria se han hecho ese tipo de observaciones a las universidades, se ha hecho algún foro, algún conversatorio, se han hecho solicitudes, como ha manejado ese proceso.

- \* El problema es que no es de universidades es de Ministerios, es de otro nivel, acá gracias al ejercicio que hemos hecho se han logrado incluir algunas temáticas, algunas cátedras, que permitan de pronto aterrizar un poco más a lo que necesitamos en salud pública, por ejemplo estrategias, estrategias, que permiten no solamente desde la pediatría algunos puntos sino al atención integral de la población infantil, lo hemos logrado y trabajado con todas las universidades de acá, pero es un componente dentro de muchos que pudieran ser, porque, porque el pensum a nivel nacional es amas haciendo una consulta, no solamente con los de aquí con los de la academia no hay una reglamentación que les permita dar directrices a todas las universidades a toda la academia, oiga es requisito desde el sector salud que Ud. tenga esto y esto, no porque le exigen es una serie de créditos, de horarios que le permita cubrir unas cosas básicas pero no lo otro que ya es para el desenvolvimiento en terreno de lo que pudiera ser la salud pública en un territorio, entonces en eso fallamos mucho, venimos muy vnicos pero hoy las normas nos dicen que trabajémosle a la salud pública entonces vamos en contravía.
- Algo mas Doctora que nos quiera compartir del talento humano del municipio de Pasto que nos quiera compartir, que otra cosa se no queda paro fuera por decir.
- \* No, yo más bien haría eso en el sentido de lo que uno mira acá, que hay ciertas profesiones como la enfermería, la medicina de algunas de las escuelas de acá que si bien es cierto son muy regionales, muy de provincia como a veces se mira, sin embargo son muy de tipo exportación, mucha gente no se queda acá, se va porque le va mejor en otras partes entonces uno puede pensar que la academia acá están dado los elementos suficientes y básicos para defenderse en otro campo de tipo metropolitano o como fuera, hay muy buena acogida de muchas de las escuelas de acá de la regio de Nariño, eso sí se ha podido evidenciar.
- En teoría es como impulsar un poco más la estabilidad y la remuneración salarial para que de alguna forma estos bueno profesionales no emigren hacia otras ciudades más grandes que les generen otras calidades de vida en cuanto a nivel salarial.
- \* Es que aquí tenemos profesionales excelentes y llega un momento en el que se dan mejores oportunidades se van, así sean muy buenos, los que son buenos generalmente se nos empiezan a ir.
- Doctora de la cruz muchas gracias por su tiempo, por toda esta valiosa información.

## **ENTREVISTA No. 25**

### **IPS Pasto Salud**

#### **Doctor Cruz**

- Estamos con el Dr. Cruz que es el asesor de talento humano de la IPS Pasto Salud. Doctor buenas tardes, muchas gracias por recibirnos y acceder a esta entrevista. Doctor la primera pregunta hace referencia a los perfiles y oferta del talento human en el sector, ¿usted cre que están acordes con las necesidades de atención y servicios de salud
- \* Bueno por la experiencia que se tiene aquí en la empresa, los cargos, los perfiles que más se utilizan son a nivel asistencial de salud auxiliares de enfermería, tecnólogos de promoción y prevención enfermeras, médicos bacteriólogos, auxiliares de laboratorio clínico y algunas especialidades pero simplemente en ginecoobstetricia esos son los perfiles.

- \* La experiencia que nos muestra, nos muestra que cuando hay una vacante en cualquiera de estos perfiles, la oferta de hojas de vida es altísima, de hecho nosotros todos los días tenemos una política de recibir, recepcionar las hojas de vida y construir un banco de datos y hemos tenido que hacer descartes de muchas hojas de vida porque se nos llena.
- Promedio más o menos cuantos ofertantes se puede ofertar.
- \* Yo lo miraría por el lado de que nos llegan al menos dos hojas de vida diarias, al menos dos en materia de perfiles y cuando tenemos una vacante ya existe un promedio de unas 10 hojas de vida, entonces llevaría a concluir que hay más sobreoferta característica, solo vienen de las universidades Cooperativa, San Martín, los profesionales de la medicina y los auxiliares de enfermería del ICEN y del Instituto San Juan de Pasto, es muy poca, no viene de la universidad de Nariño ni de los auxiliares de enfermería, ni de tecnólogos de la universidad de Nariño, esa es la característica puntual en esta entidad.
- ¿Y desde el punto de la experiencia doctor, la experiencia que ha tenido la institución los perfiles profesionales están acorde a las necesidades de salud en la región?
- \* Parece ser que la oferta de cargos que da la empresa digamos es un poco limitada para la demanda que hay en los profesionales que ocasiona que las hojas de vida vengan con un estudio previo a las condiciones que necesita la empresa y ya se ajustan dentro del perfil a todos los requerimientos que tenemos en cuanto a la competencia, le pongamos un ejemplo, si hablamos de médicos, ya hablamos de concurso de reanimación cardiovascular, cosas concretas que se aplican en el primer nivel de atención, hay todas las hojas de vida bien con eso, entonces ese nivel de atención no es muy exigente, sin embargo si tienen algunas particularidades de competencias específicas y las hojas de vida vienen con todo eso entonces a nosotros para la selección no hemos tenido ninguna dificultad porque todas se ajustan y todas las personas que no se ajustan, que no vienen simplemente con la formación académica y la experiencia pues son descartadas de hecho porque en realidad no cumplen la formación en cuanto a competencias laborales adicionales que se requiere acá, en cada nivel hay unas competencias que se exigen para auxiliares de ambulancia, son cursos básicos pero me refiero a competencias laborales, entonces se requiere de atención al cliente para vacunadores tienen que tener una formación específica en vacunación y todas esas hojas de vida que nosotros tenemos la oportunidad de aceptar están con eso, no hemos tenido que pasar por eso decir vamos a meter una persona nos toca porque no hubo más.
- \* Hay algunos casos por ejemplo si hablamos de los tradicionales auxiliar de enfermería, laboratorio clínico, instrumentador clínico, médicos, se ve que la oferta es suficiente, la formación que hay es suficiente, en cuanto a generales, médicos de medicina general, pero por ejemplo se ve que aquí hay una carencia de unos objetos que uno buscaría respecto por ejemplo ingenieros biomédicos, es complicado, nos detiene y hay que buscarlos, químico farmacéutico, igual estadísticos en el área de medicina, también, son cursos que únicamente conozco se dictan en Palmira, en Barranquilla, ingeniero biomédicos, no sé, ósea no hay.
- Ósea Pasto si tiene una necesidad de crear esos perfiles académicos para la demanda que existe en las diferentes instituciones.

- \* Me imagino que será la misma hasta ahora, estamos iniciando aquí en Pasto la idea de sondear con que contamos que tenemos que nos hace falta, en cuanto a la cualificación del talento humano, los procesos de cualificación como se hacen en la institución, los profesionales son evaluados por competencias, o los profesionales son contratados para determinadas funciones, se termina ese contrato de acuerdo a una evaluación vuelven y los integran, cual es el proceso de cualificación e trabajo pues por las personas que prestan los servicios en la entidad, bueno los profesionales y no solo ellos sino todas las personas que prestan servicios acá, se mantienen de acuerdo a unos rendimientos y comportamientos que se ajustan pues a las políticas de la empresa, entonces generalmente los cambios son muy puntuales y esporádicos y dependen básicamente cuándo e presentan quejas, deficiencias en la prestación de servicio y faltas en el comportamiento, entonces si no hay nada, la gente aquí es antigua, presta los servicios de manera continua, y se le respeta la labor que hagan, ese es el criterio de cómo le digo, las personas que están vinculadas aquí inclusive por contrato de prestación e servicios se les exige que se vayan complementados su formación en competencias laborales adicionales que son criterio para mantenerlos aquí como constantemente porque se les quita la competencia y ellos se les forma de acuerdo a las necesidades de la empresa y lo han hecho, hay programas que hemos hecho con el Sena de formación de competencias laborales y esas personas son las que más se respetan, ya la renuencia no puede formarse en lo que se exige y eso puede ser un criterio pero se promueve, patrocina, no económicamente pero a través del incentivo de amanten la vinculación con la empresa que se logra que la gente se capacite más.
- ¿En términos de política salarial cual es la modalidad predominante de la entidad, la vinculación directa, por prestación de servicios, que otra modalidad?
- \* Bueno pues esta empresa pues como el sector salud tiene problemas en cuanto a la conformación de la planta de personal, tiene una planta de 119 personas cuando el servicio se presta con 800, es una realidad que la necesidad de la empresa son 800 personas, entonces la cuestión es presupuestal, no es el mismo costo de una persona de planta que de una por prestación de servicios, la situación presupuestal ha obligado a la empresa a usar la figura de la prestación de servicios, sin embargo en un 70 - 80 por ciento de las personas que prestan el servicio aquí, entonces hay una falencia nuestra, ya hay políticas que están analizando esa situación, tenemos una administración que en este momento ha planteado la creación ya de unos cargos, ya la destinación de un cupo específico en el presupuesto 2013 para la planta 21 cargos se tiene y ha trazado la política de que todo el mundo tiene que ser de la planta, no hay otro escenario posible, entonces vamos a trabajar hacia allá, si tiene que ser paulatina por la cuestión presupuestal, sin embargo para el 2013 también se elimina la prestación de servicio en cargos que son de naturaleza permanente si vamos a pasar a contratar a través de una empresa que nos provea el servicio como tal, el proceso pero que nos garantice que el personal que va a participar en ese proceso le paguen todas las prestaciones sociales, entonces la empresa también ha invertido el 25% más del presupuesto para cubrir las prestaciones sociales de esa empresa, entonces hay políticas de normalizar eso y esfuerzos bastante grandes en lo presupuestal para cubrir estos costos y hasta el 2016 se pretende que todos sean de llanta.

- En asunto a las diferencias salariales promedio, cuánto gana una persona que está vinculada directamente de planta con la institución y cuanto una persona por prestación de servicios, por ejemplo un medico.
- \* Los médicos que están en planta ahora tienen unas características especiales y son referente sede programas entonces tienen un nivel salarial mayor, la diferencia no sería mucha si hablamos con un medico general que venga sin ser referente y sin mucha experiencia tendría un promedio mensual de 1 millón 900 más prestaciones sociales, un sector salarial del sector publico del 80% entonces que son como 2 millones 800 - 900 mil pesos sería el promedio, pero esos cargos van a tener que crearse en la planta porque ahorita tenemos unos médicos que tienen unos ingresos básicos de 2 millones 500 que con prestaciones sociales y todo eso están al rededor de los 4 millones 800 entonces no había punto de comparación, los que vengan nuevos tienen que venir con ese nivel de ingresos.
- Entonces cuando no hay estabilidad, no hay perspectiva para el profesional y todos los que prestan el servicio a través de contrato de prestación de servicios?
- \* Pues simplemente estamos con una rotación grande de gente, se pierden los elementos de capacitación que a veces vamos acumulando e ellos, estamos con gente nueva constantemente, estamos frente a situaciones que no favorecen la prestación porque el que está aprendiendo no es como el que ya sabe, y la falta de apropiación por las actividades que están desempeñando, la gente no está convencida, vienen a cumplir un contrato pero no a trabajar por los objetivos de suma empresa, todas esas falencias creemos que se superan a través de la apropiación del talento humano en la planta de personal, entonces no es lo mismo un trabajador de planta que tiene perspectivas en el futuro y objetivos, entonces el esfuerzo presupuestal que se hace y el lograr que la planta sea completa como si pues creemos que va a verse reflejada en la prestación del servicio todo esto está amarrado al desarrollo de un proceso de acreditación que se retoma en esta administración pero con los objetivos específicos y claros de alcanzar un nivel de calidad del 2.49 para el 1016 entonces toda la implementación de esos estándares, acompañados de la protección en tu mano, pues creemos que va a verse reflejada en una mejor prestación del servicio de la empresa.
- ¿Para finalizar Doctor pues si hacemos una comparación con las otras entidades a nivel Pasto, en cuanto al talento humano ustedes como estarían?
- \* Si se conoce nosotros conocemos, hemos hecho averiguaciones para saber cuál es nuestra situación frente a las demás, pues la realidad es preocupante en toda pero esta empresa es más marcada por el número altísimo que trabaja en ella, otra es la que tengan en el municipio de Pasto, el Hospital Departamental tiene 350 de planta y 400 contratistas casi que esta 50 cuando aquí es 80 y 20, entonces ellos han avanzado más, una entidad que ha recorrido un camino más largo, pero entonces la empresa si esta quedada pero está afrontando la situación y dependiendo todo esto es presupuestal, si hubiera presupuesto suficiente la situación cambiaría, pero igual está enfocando todo el esfuerzo hacia allá, que de pronto en administraciones anteriores no hubo esta tendencia y decisión de afrontar el problema, ahora la misma ley nos está obligando, ya no hay más plazo entonces la administración está enfocada en eso, entonces si bien estamos quedados, yo creo que vamos a alcanzar y pasar esos niveles de mejoría que pueden tener las otras entidades.

- ¿Doctor se ha visto perjudicada la atención al usuario por el tema de la contratación directa o por prestación de servicios?
- \* No, es indiscutible, el usuario tienen que sentir que la atención de una persona de planta no va a ser la misma que una de contratista nuevo, que llega con solo 3 meses.
- ¿Presentan muchas quejas?
- \* Si, el usuario pues digamos en últimas es la víctima de toda esta inestabilidad del personal, entonces el convencimiento de la persona, el trabajador cuando no ve garantías al desempeñar su trabajo se ve reflejado en el servicio, entonces esa es una gran fuente de nuestra falencia.
- La continuidad con los mismos médicos, con las mismas personas que los vienen tratando, los tratamientos en sí.
- \* Claro eso no es acá, como le digo no hay garantía de la estabilidad de ellos y no es porque la empresa no quiera sino porque ellos mismos nos se someten a ese tipo de condiciones y se ve reflejado en la atención tiene que cambiar ni un 100% cuando las condiciones del talento humano se mejore.
- Ok, doctor muchas gracias

## **ENTREVISTA 26**

### **Universidad de Nariño**

#### **Doctor Fabio Mejía**

- Buenos días estamos con el Doctor Fabio Mejía que es vicerrector académico de la universidad de Nariño, Doctor muchas gracias por acceder
- \* Muy buenos días en primer lugar quisiera puntualizar algo, en el momento soy asesor de desarrollo académico de la universidad de Nariño, particularmente asumiendo asesorías, orientadas netamente a la vicerrectora academia, agradezco la visita de ustedes con el fin de retroalimentar difiéretenos vivencias de las funciones sustantivas de la universidad en aras ser estudio que ustedes están adelantando.
- Muchas gracias Doctor, ¿Considera que la formación de talento humano en sald responde a los perfiles de necesidades en el sector?, que criterio manejan ustedes?
- \* Bueno para el ámbito de las ciencias de la salud, la universidad articula diferentes estudios de contexto, más allá del estudio de mercado, que nos podría generar una demanda satisfecha o insatisfecha, el punto de partida son los resultados de investigación que tienen el centro de estudios en salud, igual y particularmente la necesidad sentida en formar talento humano como un aporte de la universidad pública de la región, de hecho también se complementa con otros estudios, uno de mercado, pero particularmente más que esa connotación de mercado, nosotros lo hacemos en aras de la pertinencia, en términos de los requerimientos de profesionales de alguna forma tecnólogos, médicos que se requieren en las distintas regiones, en los distintos puntos cardinales particularmente de difícil acceso de nuestro departamento y también es importante mencionarlo una influencia importante en el departamento del Putumayo.
- Nos podría contar alguno de esos estudios recientes en cuanto a las necesidades sentidas que se han identificado.



- \* Bueno particularmente un punto referente importante es estudios de un grupo de investigación muy fuerte de aquí de la universidad de Nariño sobre la incidencia del cáncer gástrico, puesto que en nuestro departamento y más particularmente Pasto es una de las localidades con mayor incidencia de cáncer gástrico a nivel no solamente nacional sino internacional, sembramos la relación por miles de habitantes, en ese sentido particularmente promoción de la salud se orienta los programas de PP. prevención y promoción, particularmente orientando a los grupos objetivos con muy proclives a factores de riesgo a tratar de mitigar ese flagelo que azota a nuestra región, de otra parte también existen estudios sobre el cisticerco, también muy orientado desde esa unidad académica, particularmente en aguas abajo en la subregión que en el momento se denomina por la actual administración departamental como la subregión del Rio Mayo, otro punto importantísimo es lo correspondiente a parasitosis, es un programa que nosotros llevamos a cabo que es Banco de oferentes, llevar educación básica a sitios de difícil acceso nos ha permitido, también llevar a cabo e implementar ese tipo de estudios, el programa de medicina tiene un grupo que esta a orientando mucho la investigación en el ámbito de la psiquiatría, virtud incluso que el decano es médico psiquiatra y también han hecho estudios referentes al suicidio, sobre todo al suicidio juvenil, entonces la neurociencia juega también un papel importante para tratar de dilucidar pertinencia en términos de los ofrecimientos de los programas pero aun mas de la proyección social y al investigación que se articulan dentro de estas propuestas acemitas.
- \* Para iniciar es menester citar que los estudios sociológicos han mostrado que la universidad de Nariño tiene una credibilidad única en la región. Los estudiantes egresados del programa de medicina todos estén articulados al mercado laboral, absolutamente todos, eso lo logro evidenciar el Ministerio de Educación Nacional en la visita de pares académicos con el fin de renovar el registro calificado de este programa en el mes de febrero pasado; de otra parte el programa de promoción de la salud también ofrece una capacitación importante, estos programas que son expresión de proyección social, particularmente. Estos programas no son técnicos profesionales ni tecnólogos hacen parte de la oferta de formación laboral y desarrollo humano que es el caso de enfermería, estas enfermeras se encuentran vinculadas en todas las empresas sociales del estado de los municipios, porque son de los municipios, que acuden estas personas para poderse capacitar evidente un servicio social en diferentes áreas del departamento, prácticamente los convenios que tienen los programas de nuestra facultad, de las ciencias de la salud hacen que estos profesionales tengan un campo de acción, un campo laboral relevante, yo diría que singular dentro de los programas nuestros en la universidad.
- Doctor, tiene conocimiento sobre la satisfacción en cuanto a nivel salarial yd e vinculación de estas personas, de estos egresados, si cuentan con estabilidad laboral, si la remuneración económica es acorde con sus perfiles, o como se generan esas dinámicas laborales y salariales.
- \* Bueno a nivel de programas de medicina prácticamente esos salarios están reglamentados y prácticamente no se podría hablar de una disonancia de los salarios de nuestros egresados de medicina y lo he ofrece el mercado y así ocurre con los tecnólogos, es decir que los salarios de estos estudiantes de acuerdo a los seguimientos que han hecho las unidades académicas, me refiero particularmente

"tecnología en promoción de la salud" un programa que en el momento puso en consideración su informe de autoevaluación concerniente con la visita de pares académicos del CNA con fines de acreditación de alta calidad, estos profesionales también de acuerdo a sus estudios, seguimiento de egresados y convenios prácticamente están dentro de la escala salarial en aras y en virtud a los perfiles, de tecnólogo de profesional de tal forma que en un gran porcentaje me podría a atrever a decir ese un 90% están de acuerdo a la normatividad vigente de acuerdo a la formación académica como técnicos o profesionales.

- Y de pronto tiene el conocimiento del tipo de vinculación, si por prestación de servicios o vinculación directa, cuál sería la prevalencia de vinculación de estas personas.
- \* Bueno, porcentajes no me atrevería a establecer pero normalmente en caso de los profesionales de medicina que son privilegiados en este caso tienen vinculaciones directas, normalmente los tecnólogos en promoción de la salud, los técnicos laborales en enfermería pro citarle estos casos esos últimos tecnólogos y técnicos laborales si están por prestación de servicios o contratos laborales diga Ud. semestrales anuales en el mejor de los casos.
  
- Pero en cuanto a temas de pago de seguridad social, vinculación al sistema pensional.
- \* Si claro, la inmensa gran mayoría tienen esas prerrogativas de ley.
- ¿En cuanto al tema prospectivo, de la formación del talento humano, cual es la prospectiva que le dan a la formación de talento humano en salud y el reto que representa teniendo en cuenta los cambios del Sistema de Salud?
- \* Bueno abordando la connotación prospectiva, la universidad tiene una actitud proactiva en términos de construir futuro en un tema tan ácido como es el sector salud, en ese orden de ideas con el decano de la facultad se ha pensado particularmente en fortalecer la investigación, la investigación para el programa de medicina y se está pensando en la formulación de nuevos programas para atender una demanda satisfecha sobre todo a los sectores más vulnerables de la región, es el caso por ejemplo que está planteado como proyecto estratégico la formulación de programas como fisioterapia, programas como orientados hacia nutrición, bacteriología, de proyectos nuevos en aras de tener personal capacitado y a los que ya tenemos particularmente a medicina, fortalecer el campo de la investigación, mas allá de lo que tiene el centro de investigaciones de salud que es el CESUN, todo el cuadro epidemiológico de Nariño I lleva a cabo este centro pero particularmente con el decano de medicina estamos ya pennado en abordar temas mucho más complejos desde el programa de medicina, la idea es fortalecer investigación y proyección social desde la medicina y la propuesta de nuevos programas académicos, maestrías, por ejemplo tenemos maestría en salud pública que ya la vamos a poner en consideración en pocas semanas al Ministerio de Educación para resolver la solicitud de registro calificado y así otras maestrías que tienen que ver con el tema de prevención y promoción de la salud.
- ¿Se hacen solicitudes puntuales con respecto a la formación de talento humano?
- \* Bueno particularmente más que hacer esas sugerencias directas esas suelen tornarse propicias cuando estamos en los procesos de autoevaluación y autorregulación, no tenemos directamente de manera expresa, dígame usted solicitudes, orientadas hacia esa inquietud pero si implícitamente las podemos detectar cuando al hacer estudios de pertinencia de los programas, orientados en programas de salud los que la comunidad

demanda, pero más que esas solicitudes expresas la realidad en contexto es que la universidad ha logrado observar esos son los factores críticos para que la universidad piense en la formación del talento humano y particularmente por ser la universidad de Nariño, al única universidad pública de la región la posibilidad de brindarles el acceso, la oportunidad a los sectores más vulnerables, a los de menos posibilidad.

## **ENTREVISTA 27**

### **Escuela de formación**

#### **Entrevista realizada a: Prof. Diego Manquilla**

- Estamos con el profesor Diego Fernando Manquilla que es coordinador académico de la escuela de formación aquí en Popayán para médicos EMS, profesor muy buenas tardes, muchas gracias por acceder a esta entrevista dentro de la caracterización del talento humano sector salud a nivel nacional, profesor la primera pregunta con la cual iniciamos es, en cuanto a la formación del talento humano, las personas que están formando su escuela, esta formación obedece a estudios de mercado, a necesidades sentidas de la población, a las mismas ofertas y demandas de las instituciones, cual es la lógica para esta formación en los perfiles.
- Bueno, pues aparte de las aprobaciones, una vez que nos aprobaron nuestro programa, hemos ido alistando unas cuantas modificaciones, acorde a las comunicaciones que tenemos nosotros con las instituciones, con el sector productivo específicamente y con la parte de la población general, la oferta, la demanda, pues en la ciudad de Popayán para los programas de salud ha ido digámoslo así en aumento el número de personal que está estudiando, los egresados no son demasiados entonces actualmente los hospitales están demandando demasiado personal y hay como muy poco en este momento y con unas condiciones especiales que digamos así cuando se trabajaran las masas sectoriales, los programas como tal pues digámoslo así, dejaron por fuera una gran cantidad de cositas que pues nosotros hemos ido tomando en cuenta en cuanto a los procesos de comunicación con las instituciones, entonces pues nosotros hemos planteado en nuestros procesos de calidad y mejora continua, reunirnos una vez por semana, nos reunimos con las instituciones si hacemos unas evaluaciones sobre la demanda que tienen nuestros muchachos que en este momento es del 97% de nuestros egresados están laborando en diferentes instituciones, especialmente en instituciones privadas, entonces de acorde a eso hemos hecho frente y hemos mirado la parte de las modificaciones sobre el programa, de acuerdo, profesor en cuanto a esta demanda y oferta, algunas instituciones nos dicen que ciertos perfiles hay sobreoferta, como lo es el de auxiliar de enfermería, usted nos acaba de decir que el 97% de sus egresados tiene cuenta como vinculación laboral, de alguna forma los egresados de esta escuela no se ven afectados con la sobre oferta por las otras entidades por las otras escuelas de formación del trabajo, en la sobre oferta de los perfiles y la vinculación.

- En este momento no porque afortunadamente hemos hecho unos muy buenos lazos con las instituciones y hemos ido a correr a las necesidades de las instituciones hemos ido dado algunas cositas adicionales para que nuestros estudiantes sean más competentes, en este momento tenemos unos diplomados extra, diseñados explícitamente para ayudar a salvar digámoslo así lo que hiciera la diferencia entre una institución y otra, nosotros hemos ido buscando esas opciones para que nuestros estudiantes sean mucho más competentes a la hora de presentarse a alguna postulación de un cargo, porque nosotros los preparamos tanto en trabajo moral como extramural y para el hospital también, entonces acorde a eso hemos ido modificando unas cositas, hemos dado valores agregados para que sean más competentes y hasta el momento no se han visto afectados bajo ninguna circunstancia, nosotros hemos hecho seguimiento de egresados hasta dos años por nuestros procedimientos de integridad y hasta ese rango la mayoría, el 97% - 98% están laborando a nivel nacional.
- Profesor en cuanto a los perfiles que forma la escuela ¿cuál es el que tiene mayor acogida en el mercado laboral?
- En este momento nuestra institución solo tiene un programa que es auxiliar en enfermería, que es digámoslo así el programa que como más estudiantes tiene aunque últimamente de lo que he podido apreciar está la atención a la infancia, a la primera infancia y programas de salud oral que son los que en este momento están teniendo más demanda por lo menos en el Cauca.
- En cuanto a la complementación, esos valores agregados de la formación del talento humano, cuando ya los egresados pasan a prestar sus servicios en las diferentes instituciones y en esos procesos de calidad y en los seguimientos de los egresados, ustedes tienen retroalimentación del desempleo laboral de esas personas en las instituciones, cuando les dicen por ejemplo el perfil hagamos cierto énfasis en estas competencias, o hay algún tipo de intercomunicación con esto, o es, simplemente desde la academia que ustedes pueden tener esas identifican esas necesidades sentidas.
- En este momento nosotros a partir de este año hicimos un comité de modificación de nuestro pensum académico y par a ello invitamos a todas las instituciones donde hacemos rotaciones y donde están laborando nuestros estudiantes, parte de los egresados, parte de ese proceso de calidad es hacer parte al sector productivo de nuestra formación para que miremos a correr a sus demandas que podemos ir modificando que podemos ir mirando, en este momento por ejemplo las demandas más altas son en manejo de cuidado intensivo, las instituciones están formando pero no están formando con un poquito más sobre cuidado intensivo, entonces las instituciones están pidiendo mucho esa parte entonces hemos podido ir modificando algunas cositas y mirando nuestro programa y son las mejoras que presentaríamos dentro de dos años que ya llega la revisión nuevamente de nuestro programa.
- Dentro de este proceso de seguimiento de los egresados han podido identificar si hay alta rotación, si es estable, si es baja, si la vinculación es directa, por prestación de servicios, o que tipo de vinculación tienen a las instituciones.
- Pues la mayor parte de las contrataciones son por prestación de servicios en un 20%, de resto han sido bastante continuas en su trabajo, contratos hasta no inferiores de dos años por las unidades en las que están trabajando, que casi todos

nuestros trabajadores están laborando en hospitalización, urgencias y en especial cuidados intensivos de tercer nivel en este momento, entonces siempre han sido, han permanecido por lo menos de tres a cinco años con trabajo estable que por lo que hemos podido apreciar y con unos ingresos bastante honrosos, para el servicio que están prestando.

- Aproximadamente cuanto es el ingreso de un auxiliar de enfermería egresado?
- Esta entre millón quinientos y dos millones y medio, en este momento, los que son los promedios pues de las unidades que se están manejando en este momento.
- Ok... Ya como observaciones al sistema de salud desde la mirada de los coordinadores, cuáles son esos aciertos del sistema y cuáles son esas cosas a mejorar, esas que ustedes están inmersos pues en todo el proceso de la formación y de alguna forma de los procesos de calidad y seguimiento a los egresados en la prestación del servicio como tal.
- Como parte de la institución, pues se han hecho unos diseños bastante buenos, aunque se ha descuidado un poco la parte teórica, lo imperante si es la práctica pero con un buen fundamento teórico y respecto a eso cuando se desarrolló la masa sectorial y digamos así se baja un poco la intensidad a la parte teórica y pues eso también genera unas cuantas falencias, pero yo creo que más que mejorar eso es hacer un poco más de seguimiento al cumplimiento de las normas con las instituciones, hay instituciones que no cumplen con el horario de prácticas como tal de los estudiantes y se está generando un impacto bastante grande dentro de las instituciones de salud a los que se están yendo a practicar o los que están saliendo egresados porque se están mirando como que bueno, no están practicando mucho, solo vienen un autito y se van, están solos, no están haciendo una coordinación específica sobre lo que están desarrollando los muchachos y los hospitales no tienen tiempo, entonces con respecto a eso serían las mejoras, hacer un seguimiento un poco más exhaustivo del cumplimiento de la norma como tal.
- Otro interrogante que nos surge a partir de la exploración que estamos haciendo en las IPS y EPS es acerca de la humanización en la prestación del servicio, usted como escuela ha recibido sugerencias, comentarios, planes de mejora, algún tipo de información, que le denote esta tendencia a la deshumanización en el servicio, pues hasta el momento en las evaluaciones que se hacen con las instituciones, no, pues yo soy el que participo de los convenios, de los comité docente asistencial, nosotros somos muy enfáticos en la parte de la humanización, en la atención del personal, si debemos aprender a manejar las emociones en el momento de la atención pero debemos hacerlo con toda la calidez y humanización que merece el paciente como tal que más que un paciente es una persona que necesita nuestra ayuda y no solamente es a la hora de hacer los procedimientos, sino también es con un saludo, con charlar con el cuándo se necesite, nosotros somos muy enfáticos en transmitirle y que esa sea la, digamos el primer medio de sensibilizar a nuestro estudiante en la cual es importante la atención que se le presta pero también es el mejoramiento en la calidad de vida de la persona, no simplemente es la misión del personal de salud curarlo sino garantizar que no se enferme también, entonces nosotros siempre estamos pendientes de esa parte.
- De esa formación integral.

- Profesor algo que nos quiera contar, que de pronto no hayamos abogado dentro del contexto de esta conversación en cuanto a la formación, la vinculación, de, pues del talento humano que usted está formando, o la percepción que tiene a nivel general en el municipio o en la región.
- Pues en realidad no creo que habría mas que agregar, en este momento las instituciones del departamento del cauca están, pues no al 100% pero si hemos procurado darnos unas breves charlas de vez en cuando en algunas cosas que en el ministerio hemos podido conformar un equipo de trabajo bueno, lo que más nos ha unido es la parte de la calidad que es lo que hemos venido trabajando y en ese sentido hemos podido progresar un poco más porque la base de crecer es trabajar juntos pero al fin de cuentas la ciudadanía que está en las manos de los muchachos que nosotros estamos egresando, entonces yo creerla que no, no habría mas por agregar.
- Señor coordinador, muchas gracias pro al valiosa información y por su participación en este proceso.

## **ENTREVISTA 28**

### **Clinca la Estancia**

#### **Doctor Albero Troches**

- Estamos en la clínica la Estancia con el Doctor Albeiro Troches Moran, Coordinador del Talento Humano, Doctor muchas gracias por acceder a esta entrevista
- \* Ok, muchas gracias, muy buenos días, con todo gusto, estamos aquí desde la institución para dar respuesta y atender las inquietudes que se solicitan en este trabajo.
- Doctor iniciamos con los siguientes interrogantes, a nivel de la formación, profesional técnica, tecnólogos, auxiliares y demás, en la región, esta formación si da cobertura a las necesidades laborales en salud y laborales de la región de la región?
- \* Bueno, nuestra región en especial Popayán es una Universidad que tradicionalmente ha tenido su facultad de medicina y ha tenido su departamento de ciencias de la salud con su departamento de enfermería y en el área de medicina, pues la universidad tiene establecidas algunas especialidades que son las que finalmente nos dan soporte frente a toda la capacidad que necesitan las instituciones de salud para atender a nuestros usuarios. En este momento Popayán tiene un déficit de gama hospitalaria y por ende hay una demanda importante de algunas profesiones, en el campo de la enfermería, creemos que no es suficiente que haya una facultad y que estén saliendo un número importante de enfermeros, nosotros hemos vivido en carne propia ese proceso y en su proceso de reclutamiento nos ha tocado ir a otras ciudades para que profesionales de esas ciudades vengan a presentar sus entrevistas y poder buscar en ellos solución a nuestras necesidades, digamos que en la parte profesional las necesidades también son más sentidas en las especialidades, afortunadamente nuestra institución tiene un portafolio muy integral y quizás el más completo de la región pero aun así tenemos necesidades, es por ello que hemos recurrido a una estrategia que

venimos trabajando desde el año 2010 y es mandar a formar especialistas con financiación de esos estudios tanto a nivel nacional como en el extranjero con recursos de la institución, para poder prever esas necesidades a futuro, en la parte de la formación técnica y tecnológica aun aquí en la región hay deficiencias, por ejemplo en la parte de instrumentación quirúrgica que si bien es cierto ya es una carrera profesional pero aun ahí tenemos dificultades, en la parte de mantenimiento de equipos biomédicos, en lo que tiene que ver con la parte de mantenimiento de la infraestructura de salud, no hemos encontrado soporte ni hemos tenido muchas dificultades para poder formar y entrenar a esas personas. Popayán cuenta como con siete u ocho escuelas de formación auxiliar de enfermería, ahí si se ve una oferta muy importante en el medio y creería que pues ahí habría que hacer un énfasis para mirar y fortalecer esas escuelas porque creemos que el personal que está saliendo de esta institución no sale con las competencias que debiera tener en el momento de terminar una formación como esta, es por ello que nosotros tenemos unos convenios de prestación de servicios donde estamos fortaleciendo esa parte sobre todo cuando terminan su formación técnica, para poder generar la posibilidad de que cuando llegan otra institución como esta, ya tengan unas competencias en el nivel que se requiere de acuerdo pues a la complejidad que nosotros manejamos o que otra institución maneja en la ciudad.

- Doctor, en cuanto al nivel de especialidades....
- \* En este momento por ejemplo nosotros tenemos dificultades en oncología, en la parte de especialistas en medicina cardiovascular, aun es sentida la parte de cirugía plástica, endocrinos, no tenemos, anestesiólogos si bien es cierto existe una asociación o un ente que reúne una cantidad importante, pero aun así nosotros aun vemos cómo se siente esa necesidad, en fin de pronto hay algunas subespecialidades que cada vez más se sienten y que de acuerdo con las necesidades del sector salud tendríamos que nosotros pensar en formar o traer de otras ciudades o fuera del país para atender nuestras necesidades.
- \* Doctor en cuanto a esos convenios y esa financiación que es la estrategia que están implementando para dar solución al déficit que tienen, nos podría contar con qué tipo de instituciones a nivel nacional e internacional, cuenta con esos convenios,
- La estrategia que te comentaba que permite financiar estudios de especialización a profesional de la salud, que si bien es cierto no solamente es en los médicos sino que también en la parte de enfermería porque hoy por hoy también la enfermería se ha ido especializando y surge la necesidad de tener enfermeros especialistas, entonces nosotros a nivel nacional con universidades de Cali, de Medellín, de Bogotá como es el CES, como es la Universidad Nuestra Señora del Rosario, La universidad Javeriana, con ellos nosotros hemos podido acceder a través de que nuestros profesionales e vinculen, se matriculen y nosotros empezamos a dar el soporte financiero, que es tal vez una de las mayores dificultades por las cuales las personas no se especializan o ven muy tardío después de que terminen su pregrado empezar a especializarse que es el factor dinero, entonces estamos ahí nosotros dando el soporte con unos convenios de financiación, pues muy importantes donde damos la posibilidad para que ellos finalmente puedan hacer esa formación y tenemos profesionales en México, creo que es donde tenemos más

profesionales en este momento, las bondades de ingreso a profesionales de la salud allá son muy buenas, existe mucha capacidad de estar en universidades que atienden los requerimientos de profesionales de la salud que desean formarse y tenemos otras ciudades en Brasil, Argentina, nosotros estamos como pendientes, Cuba, donde hay universidades que tienen un renombre que esos programas están convalidados por el Ministerio de Educación Nacional y así nosotros podemos apoyar esa financiación.

- Doctor esa financiación puntualmente en qué consiste, cual es el mecanismo que genera créditos o el profesional viene a restar sus servicios, como es el mecanismo que están implementando.
- \* Digamos que una vez el profesional se inscribió presentó sus entrevistas y pasó a la universidad, hace una solicitud de apoyo financiero mediante el convenio de mutuo con interés para que les apoye tanto su estadía en ese país o aquí a nivel nacional y también el costo de sus matrículas, todo eso va sumando durante el tiempo que dure su formación y ese va a ser el total del crédito, las personas una vez el crédito establece que una vez la persona termina sus estudios de especialización y ya haya convalidado sus títulos aquí (si la formación fue a nivel internacional) puede vincularse a la institución a ejercer ya su especialización, su profesión y tiene hasta cinco años para poder pagar el crédito, es un crédito financiado con interés del 1%, creemos que es algo relativamente bajo, que incluso aun estaríamos por debajo del ICETEX, entonces la persona tiene una garantía de que cuando termine sus estudios se reintegra a la organización a seguir laborando y retribuyendo en servicios lo que la organización en su momento le dio de apoyo financiero.
- En cuanto a la selección de estas especialidades, los profesionales lo hacen de acuerdo a las necesidades de la institución, a las necesidades de la región o por gusto en cuanto a formación, por inclinación.
- \* El tipo de especialización se escoge de acuerdo a la necesidad que vive en estos momentos la institución, para poder hacer nuestro portafolio cada vez más integral y entonces una vez nosotros mostramos las necesidades que tenemos, ellos escogen y empiezan a testear en las diferentes necesidades para determinar finalmente donde pueden ingresar y una vez tienen el aval la universidad, ahí llegamos nosotros a dar el soporte financiero durante el tiempo de la formación.
- Desde el 2010 vienen fomentando esta estrategia, como ha sido el proceso, ha sido exitoso, ha generado pues lo que ustedes estaban proyectando, ha habido satisfacción, o es un proceso lento, como va ese tema de la oferta y la demanda en cuanto a la formación.
- \* Digamos que el proceso ha sido muy exitoso, de hecho nosotros ya tenemos en este momento en nuestra institución, profesionales que hicieron su especialización en áreas de la salud con ese crédito, con ese proceso de financiación y a la fecha tenemos casi treinta profesionales que están formándose en diferentes especialidades tanto a nivel nacional como por fuera del país también y creemos que vamos por buen camino, porque nosotros no estamos pensando solo en las necesidades de la institución como tal sino en las necesidades de nuestra población, para tener un número importante de profesionales que atiendan esa demanda que se tiene en este momento.



- Doctor, la clínica es la única que está realizando esta estrategia o tiene conocimiento de otras entidades que realizan este tipo de convenios y demás.
- \* Tenemos conocimiento de que a nivel de las IPS somos los únicos que hemos incursionado en este tipo de estrategia, ya a nivel de instituciones educativas, creemos que la Universidad del Cauca también tiene las posibilidades de financiar a sus especialistas pero como IPS como tal somos los únicos en la región.
- Doctor en cuanto a la vinculación del talento humano en la institución, cual es la figura que predomina, la vinculación directa, de planta, por prestación de servicios, que modalidad, cual es la predominante en cuanto a la vinculación de las personas que prestan sus servicios en la institución.
- \* Bueno en la actualidad y desde hace más o menos como unos ocho años ha sido una política de la gerencia vincular al personal con contrato laboral con todas las bondades que tiene la contratación laboral, manejamos también la vinculación casi que el 80% de nuestra población que está vinculada a la organización es con contrato laboral, existe una población pequeña que está vinculada bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios que son especialistas, porque resulta que nuestros especialistas son los que le dan soporte tanto al Hospital San José como al Hospital Susana López y a varias IPS que están asentadas aquí en la región, o sea que ahí la vinculación ha sido bajo contrato civil que es por prestación de servicios.
- Más o menos cual es el promedio de salario de un profesional sin especialización, de uno que no cuenta con especialización, de un técnico, de un auxiliar, de un enfermero.
- \* Bueno, nosotros hemos estado como muy pendientes de mirar el promedio a nivel nacional y tratar de estar a nivel o por encima en la parte de las escalas salariales, en la parte de profesionales de especialistas, nosotros nuestra vinculación nos da para nosotros pagar por hora de trabajo y el valor de esa hora en este momento, el tope máximo está en setenta y seis mil pesos, que es el valor que se le paga a nuestros especialistas en anestesiología, En la parte de tecnología, ahí si nosotros en tecnólogos no vinculamos, tenemos vinculación laboral, los salarios promedio están desde un SMMVL que es de seiscientos mil pesos hasta un promedio de millón doscientos mil pesos en la parte técnica y de tecnólogos.
- \* Doctor esa escala salarial, la definen por formación, experiencia, competencias laborales, por necesidades de la institución, digamos cuales son las escalas salariales y bajo que parámetros se definen estas.
- Bueno, en este momento nuestra escala salarial está dada más que todo y alimentada por los procesos de referenciación, nosotros de los estudios de usuarios que hace la asociación de clínicas y hospitales, nos nutrimos de la referenciación que hacemos con nuestras instituciones de sector y eso es digamos la fuente en ese momento en nuestra escala salarial, estamos avanzando a tener una escala salarial que obedezca a un proceso de establecer unos criterios, que ahí iría la parte de educación, experiencia, las responsabilidades, apenas estamos en ese proceso, en la actualidad en la organización, está avanzando en un proceso de acreditación de todos sus procesos, entonces eso lleva consigo que tenemos que tener formalizadas unas escalas salariales que cumplan con sus criterios.

- En cuanto a la cualificación del talento humano, Doctor, la institución cuenta con procesos de evaluación permanente, una vez al año, semestral, como es ese proceso de evaluación.
- \* En ese tipo de proceso nosotros tenemos establecido la evaluación de desempeño que se hace de manera anual y aplica para todos los profesionales vinculados por nómina y estamos avanzando a nuestros vinculados por prestación de servicios, pues porque ahí el proceso es diferente, ahí estaríamos hablando del proceso es de interventora, igual esta una evaluación, en estos momentos tenemos establecida una evaluación de desempeño que se desarrolla a nivel anual.
- Doctor, en cuanto a la oferta de formación de talento humano, las universidades, las escuelas de formación para el trabajo, tienen comunicación con las instituciones prestadoras ?
- \* creo que en esa parte hay una gran parte de mejora por parte de las instituciones de salud, la clínica esta, hace parte de una mesa aquí en la región que es empresarios pro la educación, estado empresa, universidad, nosotros hemos transmitido esa inquietud porque no solo a nivel tecnológico, técnico sino a nivel profesional donde uno encuentra muchas deficiencias uno ve como ha decaído la formación, pero que nosotros tengamos visitas de referencia no, o de estudios que hagan estas instituciones para mirar cuales son las universidades del sector desconozco que yo haya podido participar o que haya venido personas aquí hacer ese tipo de estudios.
- \* Digamos que a nivel de IPS si hemos dado a conocer esas inquietudes de una manera muy oportuna, por ejemplo en la actualidad tenemos un convenio con la Universidad del Cauca y nos tiene a nosotros en profesionales de medicina, en enfermería, en fisioterapia, fonoaudiología y nosotros a raíz de procesos de evaluación de desempeño, de selección frente a lo que hemos evidenciado, hemos transmitido esas inquietudes en pro de que ellos mejore, más que todo lo hemos hecho con quienes nos relacionamos, en la actualidad la organización tiene solamente dos convenios de ciencias, una con una universidad que es la Universidad del Cauca y el otro con una institución de formación técnica recientemente firmado que es una escuela de formación auxiliar de enfermería y es por ahí donde nosotros hemos podido hacer como una alianza muy estratégica, buscando con esta institución de formación técnica empezar a aportarle, poner a disposición nuestro conocimiento.
- Cómo se vincula el talento humano a su institución, cómo es el proceso de selección?
- \* Bueno nosotros, nuestro proceso de reclutamiento lo hacemos a través de nuestra página, ahí tenemos un link donde generamos la oportunidad de trabajo en la región y a través de ese link las personas puede ingresar y postularse para los diferentes cargos en las diferentes profesiones, cuando ello no es suficiente tenemos bases de datos de lo que recibimos constantemente de personas que se postulan, eventualmente convocamos a través de las universidades y la otra es vía clasificado, creo que esas son las herramientas para hacer nuestro proceso de reclutamiento y creo que nos ha dado buen resultado.

- ¿Por unidad de empleo cuando hay una vacante para cierto perfil, la oferta profesional, de técnicos o tecnólogos, es alta o se van recibiendo hojas de vidas a diario?
- \* Bueno inicialmente el reclutamiento empieza a nivel interno, relacionado con los procesos también en temas de plan carrera o de ascensos y cuando no encontramos el candidato al interior de la organización entonces nosotros empezamos a buscarlo a través de las hojas de vida que se postularon a través de nuestra página y si ello no es suficiente, entonces colocamos el clasificado a través de la página del contrabajo del SENA y de las mismas universidades ya empezamos a nutrir de hojas de vida, digamos que el proceso de reclutamiento ha sido muy dinámico y de verdad que uno a veces encuentra mucha oferta en el medio, pues Popayán tiene la característica creo que la primer ciudad con mayor desempleo, que tiene mucha institución de formación pero no hay empresa, industria, generalmente, entonces uno encuentra en determinadas profesiones mucha oferta y también dificultades de que hay deficiencia en algunas profesiones, más que todo en la parte profesional, nosotros en este momento frente a sus necesidades también hemos incursionado en la parte de formación a través de una fundación que tenemos y por ahí estamos también haciéndonos procesos de formación en conjunto con algunas universidades como por ejemplo el SENA que está unida de manera estratégica para apoyarnos en este tipo de formación
- Doctor, a lo largo del recorrido de esta caracterización, algunas regiones nos han hecho saber de manera abierta o ellos mismos lo manifiestan que a veces los temas vinculares están un poco politizados, pues por los temas de relaciones políticas. En la región usted tiene concomitamiento de que de pronto esta dinámica también se presenta?
- \* Bueno, no somos ajenos a esta región de ese tema, y creo que esa es una de las barreras que tiene a veces a las mismas universidades, a nuestra universidad, que ha sido pues muy conocida ingresar a los programas de salud del Cauca, encuentra esa barrera, creería que eso es algo que pasa aquí y a nivel nacional entonces son somos ajenos a la situación.
- Alguna experiencia particular que nos quiera contar, un proceso como de la institución aparte de lo que nos ha contado, de las estrategias que tenemos para cualificar el talento humano, que tenemos, oportunidades, algo que nos quiera contar puntual de la instituciones n cuanto a talento humano que se nos haya quedado como por fuera?
- \* Bueno, en la misión y visión de la organización nosotros hemos establecido que somos institución con vocación universitaria, creemos de que nuestra capacidad está en el talento humano y nuestra infraestructura se convierte en un excelente escenario de sitio de practica en áreas de la salud en profesionales de la salud y por ello estamos avanzando y creemos que en especial Popayán debe tener otra institución que se preocupe por los profesionales de la salud y pensamos en un futuro en el mediano y largo plazo de poder tener una facultad de medicina, porque no pensar en una de enfermería donde nosotros de acuerdo a nuestro talento humano, nuestra capacidad, nuestra tecnología, podamos formar profesionales acorde a las necesidades que tiene el sector, en un comienzo hablaba de las debilidades que encontramos en la formación de los profesionales de la salud y a

veces se convierte en un desgaste, nosotros tenemos que complementar una formación que por esencia debiere venir de la universidad, entonces encontramos ahí una gran oportunidad para poder incursionar en este tipo de procesos y creemos que vamos a seguir trabajando en ello, porque lo hemos establecido como algo que va a comprometer necesidades y también algo desde el punto de vista social que tiene esta organización.

- Doctor, ya para finalizar desde el sistema de salud, desde el sistema general, que perspectiva visualiza del sistema como tal, en que debe mejorar, que debe abolir, para la mejora de las condiciones del talento humano y por ende el desarrollo mismo del país?
- \* Bueno el sector salud es un sector difícil, difícil en el sentido de que estamos muy predispuestos a los incumplimientos por parte del mismo estado frente a que a veces no se mide el sector salud como algo importante, como un pilar fundamental, en el desarrollo de cualquier sociedad, creo que educación y salud tienen que ir de la mano y yo creo que hay que volver a revisar los pensum de las instituciones y las universidades, de que eso permisos para que ellas instituciones lancen programas no sea algo político sino que obedezca a una necesidad sentida de nuestra población, y yo creería que la ley de talento humano en salud que ha tenido unas reglamentaciones y que ahí converge el cómo poder tener profesionales, talento humano con capacidad de dar soporte a nuestras necesidades, tienen muchas oportunidades de mejora y estamos empezando a aportar en ello, pero creemos que debe haber la moción política de las universidades para que las cosas mejoren y el mismo estado que regula la formación.
- Doctor, muchas gracias

## **ENTREVISTA 29**

### **Escuela de Capacitación de la Gobernación del Cauca**

#### **Dr. Dinar Gálviz**

- Estamos en la Escuela de Capacitación de la Gobernación del cauca, nos atiende el Doctor Dinar Hernando Gálviz quien es el director de la institución, Doctor muchas gracias por acceder a esta entrevista Doctor iniciamos nuestra entrevista con la siguiente pregunta, considera usted que la formación del talento humano en la región es acorde con las necesidades de la región, de la demanda laboral y de la necesidad como tal de la población.
- \* A ver, yo pienso que lo que se ha venido realizando aquí en la escuela si corresponde al perfil epidemiológico, a la demanda, pues de los estudiantes de la región, la jefe conoce, la escuela lleva cincuenta y dos años egresando alumnos en programas de salud, entonces la escuela se ha distinguido por eso, casualmente no nos faltan alumnos a pesar de que pues no tenemos los medios, una institución pública no tiene los medios para hacer publicidad y mercadeo, vivimos de lo que recaudamos por matriculas, estamos inscritos a la Secretaria de Educación Departamental pero entre comillas porque definitivamente porque si nosotros no vendemos servicios la escuela desaparecería, aquí se está actualizando constantemente, tenemos mucha relación con la Secretaria de Salud Municipal y

Departamental, le comento pues que ahora si hay demasiadas instituciones ofreciendo los programas que la escuela ha venido ofreciendo, sin embargo considero que los programas que llevamos, por las personas que trabajan con nosotros, por los docentes que tenemos, docentes de la universidad del Cauca, los mantenemos actualizados tanto a ellos como a los alumnos, pues pienso que la escuela es una abanderada en este campo, sin embargo se ha disminuido el ingreso de estudiantes que cuando la escuela comenzó eramos pues la única, en este momento hay como siete u ocho instituciones más.

- ¿Y que tendrían de atractivo las otras instituciones, que son de carácter privado que no tenga la pública?.
- \* A ver le comento, es posible la infraestructura, mientras una institución privada perfectamente tiene toda la tecnología de punta y demás nosotros no, eso hace que depronto van a ella y busquen esas instituciones, pero cuando el alumno va a una institución de esas y se da cuenta de la intensidad horaria, del pensum, de los módulos, de las competencias que miran allá, los mismo alumnos de esas instituciones vienen acá para que le homologuemos materias, o en su defecto para ingresar acá, eso permanentemente, es así, afortunadamente porque nosotros siempre vamos realizando la parte teórica y la parte práctica, no se la modalidad de ellos, que otra cosa hacen , ellos por lo menos y a través de los que me he dado cuenta en la publicidad, son instituciones que dicen, si se matricula de tal día hasta tal día le rebajamos hasta el 30%, acá no lo podemos hacer, nosotros llevamos tres años con el mismo monto de matrícula, pero yo no lo puedo bajar, el monto, yo no puedo poner en riesgo la calidad de nuestra institución, la he mantenido, escojo los docentes escojo los docentes que tengan buena experiencia en la parte técnica tanto como de docencia, pero sin embargo obviamente la gente por cuestiones de precios, por cuestiones de mercado, de gangas, se va para otras instituciones pero en el tiempo se dan cuenta que la mejor escuela es la Escuela de Capacitación de la Gobernación del Cauca. Nosotros manejamos un punto de equilibrio, una institución que como le digo por ser publica no buscamos rentabilidad sino mantener no y cumplimos con el horario y con el pensum, es más la secretaria misma de educación en un seminario que tuvimos en Bogotá me decían que definitivamente han entendido que las otras instituciones al parecer no cumplen con lo que dice la norma, eso lo dicen los mismos alumnos, yo tengo un docente aquí que vino para determinado programa que está dictando en otra institución y cuando nos pusimos a analizar el programa aquí, el modulo que en la escuela se dicta en 80 horas yo lo dicto en toda la institución en 28 horas, entonces como lo digo, a mí no me consta pero si un docente viene y me comenta allí uno ve la diferencia, nosotros nos mantenemos, antes de interesarnos en que haya una cantidad de estudiantes, que obviamente entre más estudiantes haya, pues más rentable para la escuela, preferimos que haya menos estudiantes así estamos como en el punto de equilibrio, no mucha ganancia pero que la calidad de la escuela se mantenga.
- ¿En cuanto a esos procesos de retroalimentación de las IPS, las EPS, los empleadores a veces tienen procesos de comunicación con el seguimiento a los egresados donde ellos les manifiesten, necesitamos que salgan con un tipo de intensidad especifica en determinadas funciones o esos procesos de comunicación?

- \* A ver le comento, eso estoy tratando de implementarlo yo, llevo seis meses aquí en la institución, no había una base de datos, estoy llevando una base de datos de los ex alumnos, es más, parte de la política que yo llevo es decirle a los muchachos que apenas se gradúan, que mantengan contacto con la escuela, primero porque la escuela los necesita porque la escuela necesita saber que están haciendo esos muchachos, segundo porque aquí estamos dictando cursos de actualización permanentes, entonces necesito que los pelaos no se desvinculen de la escuela, viniendo acá en la escuela se dan cuenta de que estamos programando nosotros, ahora con la implementación de esa base de datos vamos a dictar determinado seminario o capacitación, llamemos a los muchachos para que se inscriban a los cursos que es lo que estamos haciendo. Con respecto a las IPS, EPS y demás yo le puedo decir que aquí permanentemente, bueno no tanto de las IPS, si, algunas clínicas si exacto, pues no todas pero algunas y algunos médicos en particular vienen aquí particularmente que necesitan cinco, diez hojas de vida que le demos para escoger de esos estudiantes, cualquier actividad que va a realizar la Secretaria Departamental de Salud o la Secretaria Municipal de Salud, a los primero que buscan es a nosotros. Le puedo comentar que ahora para los juegos nacionales, la primera institución a la que vino la Secretaria Departamental de Salud para que la apoyáramos con estudiantes como con setenta estudiantes fue a nosotros. La Escuela de Capacitación de la Gobernación del Cauca a solicitud del Doctor Tobón que es el jefe de salud pública, nos pidieron que colaboráramos con las delegaciones, entrenaron setenta estudiantes, entonces eso muestra que la escuela es importante para la comunidad y que los procesos se van a adelantando y tienen mucho que ver con lo que programan los entes territoriales y nos buscan porque la escuela tiene su prestigio.
- ¿Doctor, en cuanto a esas dificultades de mantenerse por tema de presupuestos, como manejan la práctica en la Institución?
- \* Nosotros tenemos un laboratorio de simulación, se puede ver aquí, tenemos un laboratorio de simulación, tenemos una sala de sistemas, tenemos convenios con todos los niveles de complejidad, con los centros, con los puestos de salud, con el primer nivel, con los hospitales de primer nivel, con el hospital Susana López que es nivel dos de aquí de Popayán y con el nivel tres que es el hospital San José, son tres semestres por cada programa, en el primer semestre se ve teoría pero de una vez la práctica, segundo semestre igual, teoría pero también práctica, tercer semestre igual que nos diferencia con las otras instituciones, las otras instituciones hacen mucho trabajo comunitario que nosotros también lo hacemos, pero es que además del trabajo comunitario hacemos prácticas en los centros, hospitales de salud, entonces eso hace la diferencia, pero económicamente eso trae inconvenientes para la escuela porque si tenemos cuarenta estudiantes, todos tienen que tener un rote y demás es muy difícil para un docente pues coger cuatro y luego otros cuatro y otros y otros cuatro y nunca terminaríamos entonces eso hace que a nosotros nos toque que, contratar más docentes y eso económicamente no es representativo para la institución, lo hacemos por no bajar la calidad, bien pudiera yo pues espérense, comenzar con cuatro, esperar a que los otros cuarenta pasen y los otros treinta y seis y a veces tenemos dificultad por esa situación, mas sin embargo buscamos los docentes y acomodarlos a nuestro presupuesto sin bajar

calidad, entonces la idea es cumplir la parte teórica y la práctica, la institución privada es diferente, no hacen tanta practica.

- Doctor en cuanto, nos estaba contando que pues está tratando de generar la base de datos de los egresados para saber que están haciendo, de alguna forma es una necesidad en doble vía de ellos hacia la institución y de la institución hacia los egresados, tiene conocimiento de la vinculación de los egresados, si es alta, baja, que tipo de vinculación tienen, que remuneración tienen.
- A ver mi niña, yo le puedo decir que es media hacia arriba, aquí constantemente nos llegan no solo de Popayán sino de toda Colombia le puedo decir, buscando lo la titulación, buscando certificación de títulos, yo firmo por lo menos veinte, treinta o cuarenta diarios, no exageremos, sesenta semanales, eso permanentemente llega de Barranquilla, de Cali, del mismo Bogotá, de aquí del departamento, instituciones privadas, verificado certificación de títulos, eso indica que la escuela tiene mucha cogida a nivel nacional y departamental.
- Usted sabe si ellos están vinculados de planta, por contratación de servicios, que tipo de modalidad.
- A ver, yo le puedo decir que hasta hace cinco años atrás había mucho alumno, egresado de planta, ahora cinco años es por orden de prestación de servicios, la mayoría es por orden de prestación de servicios.
- Tienen una estabilidad laboral dentro de los estándares del desempleo mismo de la región?
- \* Sí, es más les puedo comentar que mucho alumno trae parientes a estudiar acá. Cuando uno ve acá es que no, yo soy hermano o de tal persona de tal promoción, son la misma gente los quienes se encargan de traer a sus amigos y es familiares, con decirle que la competencia es grande y sin embargo la gente sigue viniendo acá, los mismos pelaos, que no, que escogimos la escuela por prestigio, docentes, módulos, competencias, practica, lo que pasa es que si tuviéramos la posibilidad, o si esto fuera con ánimo de lucro, yo cambiaba las políticas y esto podríamos decir que de otra manera, la idea es que además acá viene mucha gente de estrato humilde y por eso es que hace tres años no subimos la matricula, porque difícilmente una persona que viene aquí, no todos, viene gente también de buenos colegios y todo eso, pero viene gente mi humilde, la idea es que esa gente que no tiene otra opción pueda estudiar aquí y le damos crédito a la matricula o cuotas, para que tengan acceso, y otra cosa! lo que pasa es que la escuela sufrió una transformación, eso no le había comentado hasta hace seis años la escuela pertenecía a la Dirección Departamental de Salud del Cauca, en ese entonces la escuela tenía su infraestructura, tenía todo, tenía el apoyo de la secretaria, de la dirección departamental de salud en ese entonces, con la liquidación de la dirección departamental de salud que se convirtió en secretaria departamental de salud, adiós escuela, la escuela dejo de pertenecer a la antigua dirección departamental, es más perdió la infraestructura que tenía, en este momento estamos pagando arriendo, en ese entonces la escuela tenía su planta física, no sé quién era el director o directora pero de un momento a otro revisando documentos, la escuela tenía infraestructura de planta física, imagínese, yo pago aquí cinco millones setecientos, cuando allá se tenía libre todo, entonces eso permite invertir en tecnología, pero eso ha hecho que nosotros quedemos de brazos cruzados y

busquemos recursos a través de los cursos complementarios que nosotros dictamos aquí para conseguir la parte de tecnología. Ahora bien, el gobierno departamental está interesado en darnos una mano, lo malo es que con los cambios de gobierno cada cuatro años, ahí cambio de rector, algunos docentes se mantienen y obviamente yo entre aquí y algunos docentes se mantienen otros no, pero a medida que la gente viene acá, que su hija de vida, que uno busca el perfil y que el profesor que necesita pues lo vincula, si me entiendes, pero eso es una falencia.

- Doctor, de pronto ese tema de cambio de administraciones y demás, en algunas regiones del país se habla ya de manera abierta el tema de la politización tanto en la parte educativa como en la misma vinculación de los egresados, usted considera que en la región se encuentra afectada por esta problemática?
- \* Yo pienso que sí, yo pienso que es porque tanta proliferación de un momento a otro de escuelas, yo me pregunto, a mí no me consta nada pero, ¿Cuál es el control, la vigilancia en cuanto a esas instituciones? quiere decir que si yo salgo de aquí y quiero montar una institución pues lo puedo hacer acá, entonces cual es el seguimiento que se está haciendo, lo que yo le decía, docentes de otras instituciones que vienen acá por el perfil, que empezamos a comparar, que mientras yo me demoro acá cinco, seis meses para sacar a unos muchachos de servicios farmacéuticos, allá a los tres meses, que están haciendo práctica en las droguerías y no se eso que control hay.
- En la actualidad se ven desarticuladas?
- \* No es que cuando yo necesito una licencia de funcionamiento o cuando voy a abrir un programa aquí, necesito hacerlo a través de la Secretaria de Educación y si es un programa de la salud, yo pienso que debería ir de la mano Secretaria de Salud y de Educación.
- Doctor, ¿Las IPS y EPS opinan que hay sobreoferta en algunos perfiles, la institución como se ha pensado a este respecto?
- \* No pues yo pienso, estoy de acuerdo, lo que pasa es que mira, mientras que en la escuela aquí ofrezco el programa de auxiliar de enfermería en un horario, allá lo ofrecen el fin de semana, en las noches y si como llego de demandante para un programa de auxiliar en salud y digo que no puedo asistir sino dos días a clase, pues matricúlese, si? ese es el inconveniente que yo veo, mientras sigo con los horarios normales, porque aquí viene gente que me dice, pero es que si en las otras instituciones, porque ustedes aquí no abren el fin de semana, es más y si yo en las nuevas inscripciones hay un número considerable de personas para el fin de semana, yo lo abro, pero cuál es la diferencia, que yo no puedo sacar un auxiliar de enfermería que me asiste únicamente a clase los fines de semana, sacarlo en el mismo tiempo que de los peleos que tengo de tiempo completo, si, es como le digo si aquí en la escuela, porque la gente viene mucho, pregunte, pregunte, qué posibilidades hay de hacerlo el fin de semana, si yo tengo un número considerable de 25, 30 personas pero no les aseguro que no lo saco en tres semestres, lo primero que le voy a decir es, yo se lo saco pero en cuatro semestres y usted tiene que tener una disponibilidad de dos, tres días sino no lo hago, si me entiendes. Las instituciones por acoger estudiantes, le ponen el horario que usted necesita.
- ¿Quedan perfiles que no tienen cobertura?



- \* Por supuesto entonces además de auxiliar de enfermería estoy intentando patrocinar, lo que es servicio farmacéuticos, salud pública y auxiliar administrativo en salud, sino que uno intenta explicarles que hace cada uno de ellos y la gente como que ah ya, como que ven otra opción, pero si u ofreces los programas ya ni idea en qué consisten pues la gente lo primero que encuentran.
- Para terminad doctor, considera que de pronto se nos quedó algo sin abordar, a alguna conclusión general, algo que quiera adicionar a esta valiosa información que nos ha otorgado el día de hoy.
- \* Pues me parece interesante el estudio que está haciendo, que nos sirve a todos, a las instituciones que estamos ofertando estos programas y simplemente decirle que la competencia es importante eso es bueno, permite que uno pueda mejorar pero yo estoy convencido que nuestra escuela sigue siendo la mejor ofertando programas de salud, llevamos cincuenta y dos años que no se consiguen de la noche a la mañana, que este con esa experiencia que tiene con eso que ha adquirido, afortunadamente nos siguen llegando los estudiantes y tratamos de seguir manteniendo esa línea, por ejemplo en este momento le puedo decir que hoy cambie algunos docentes porque eran unos que tenían dos o tres trabajos, a mí un docente que me llegue trasnochada a dictar clases es complicadito, que lo ve que llega trasnochado en una clínica, con qué cara viene a dictar clase, entonces cuatro docentes desafortunadamente me toco salir de ellos, el personal que tengo en este momento es de tiempo completo eso permite mantener la calidad, permite que el docente tenga pertenencia, es diferente cuando trabaja en dos tres partes, llega a cumplir el horario a veces y se va a la otra institución mientras que los que tengo ahora son de tiempo completo, que me permite mantener calidad, sentido de pertenencia, me permite mantener contacto entre directivos y docentes, entre docenes y alumnos que más le puedo decir, se le hizo una solicitud del gobierno departamental y el gobernador parece ser que nos va a dar un sitio nuevamente o de pronto a donarnos un terreno para ver si logramos conseguir nuevamente el espacio para construir nuestro a escuela si Dios quiere, hay la voluntad sino que es el primer año esperemos que en el segundo las cosas se nos den.
- Muy interesante eso, muchas gracias por la información
- \* Muchas gracias a usted
- No, gracias s usted y estaremos en contacto para mantener la información.

## **ENTREVISTA 30**

### **Hospital San José**

#### **Dr. Hector Sarminento**

- Estamos con el Doctor Héctor Sarmiento, Jefe de planeación del Hospital San José de Popayán, Doctor, gracias por acceder a esta entrevista. Iniciamos con el siguiente interrogante, es acerca de la formación profesional, técnica y tecnológica de las personas que prestan el servicio aquí en la región, queremos saber si los perfiles que están ofertando son acordes a la demanda en cuanto a las necesidades de atención y de salud de la ciudad y la región.

- \* Por la complejidad nuestra institución que es la cabeza del sistema de salud del departamento del Cauca, presta servicios de tercer, algunos de cuarto nivel, presentamos necesidades que no están siendo cubiertas en el campo de las especialidades y las subespecialidades, epidemiológicas de la región, nosotros estamos teniendo y evidenciando un déficit de especialistas y subespecialistas, en áreas como anestesiología, en áreas como neurocirugía y pediatría y las subespecialidades de pediatría, como son neonatología, en esas áreas estamos necesitando más personal que el sector educativo o las universidades se compadezcan más de estas necesidades que tienen las regiones y haya una mayor disponibilidad de este tipo de especialidades y subespecialidades. Ya en el campo técnico y tecnológico el campo de la salud ha virado hacia un componente, hacia ser más importante un componente de competitividad y de sostenibilidades financieras, ante este nuevo reto definitivamente a los perfiles del personal de la salud les falta imprimirle un componente de competitividad y un componente estructural económico, que las personas tengan capacidad de concebir una empresa y de saber cuáles son los criterios necesarios para lograr el éxito de una empresa, hoy los hospitales tienen un componente empresarial, por lo tanto desde el gerente hasta cada uno de sus empleados tiene que tener en su mente y en su día a día unas habilidades específicas para desarrollar los factores de éxito clave de una empresa y llevarla al éxito.
- Doctor, en cuanto a esta formación, hay sobreoferta de algunos perfiles o está dentro de los estándares normales para las necesidades de la región?
- \* Efectivamente uno ve sobreoferta en las áreas técnicas de la salud como las auxiliares de enfermería, higienistas orales, este tipo de formaciones técnicas efectivamente uno evidencia una sobre oferta, un mercado muy amplia, cantidades de solicitudes y no existe el espacio para todas estas personas, para el campo general de técnicos de salud hay sobreoferta y se ve que hay personas dispuestas a ubicarse en cualquier espacio así no sea acorde con la formación recibida, con tal de tener un empleo, entonces efectivamente en estas áreas creo que hay sobreoferta.
- En cuanto a la formación de este talento humano doctor, de acuerdo al bagaje, al conocimiento que tiene y a los procesos de cualificación, estos profesionales, tecnólogos y demás especialistas y su especialistas, si cumple con los perfiles académicos, con las competencias profesionales y laborales que exige la demanda de los usuarios o falta fortalecer algunas capacidades, algunas habilidades en la formaciones.
- \* Como te decía al principio, en el aspecto académico yo creo que la especialización del trabajo hoy permite que académicamente estén bien formado, pero definitivamente a los perfiles que estamos formando hoy les hace falta dos componentes, uno que es fundamental y que se ha perdido es las habilidades humanísticas, de prestación de servicio de salud con esas características, esa habilidad está desapareciendo en los egresados y el sistema educativo debe solucionarlo, intervenir para ver qué está pasando allí y la segunda que la decía al principio es mayor formación en aspectos de competitividad y administración de salud, un componente básico de administración, que sepan que los servicios que prestan deben ser rentables, eficaces, eficientes, que todo técnico y toda persona

sepa aplicar estos principios de economía a la profesión o tecnología que desarrolle.

- Doctor en cuanto a esta deshumanización del servicio, esto se ve reflejado que directamente en los niveles de responsabilidad, de atención al usuario, en que específicamente o es un eje transversal que aborda el desempeño laboral.
- \* La falta de humanización afecta todo el desempeño laboral, efectivamente quien más lo siente es el cliente, él es el usuario, el paciente, cuando el personal de la salud no es humano, amable, cordial con ese paciente esto afecta la percepción del cliente y no solo su percepción sino su éxito, las posibilidades de éxito de proceso de atención, si el paciente no se siente confiado y bien atendido no siempre vamos a tener éxito con la terapia medica que se le aplique.
- Doctor, cual es la forma de vinculación y los rangos salariales de su institución?
- \* Pues la institución tiene una planta de doscientas veinte personas aproximadamente, sin embargo los colaboradores somos aproximadamente mil cien, los diferentes componentes de afiliación laboral son impuestos por la nación, estamos en medio de un convenio de desempeño donde no podemos aumentar nuestra nómina y la vinculación se hace a través de contratistas, en este caso la corte le dio vía libre a la participación de los sindicatos como agremiaciones que ofrecen sus servicios y ese es el mecanismo que el hospital viene usando, tenemos sindicatos que ofrecen servicios, contratamos procesos, ellos gestionan y ellos gestionan el componente laboral de esas personas, nosotros obviamente dentro del mercado ofrecemos y dentro de nuestras capacidades ofrecemos nuestras mejores capacidades posibles y tratamos de estar pendientes de que ese personas que llega a pesar de que no es nuestro empleado, no tenemos un vínculo, pues se sienta satisfecho con sus remuneraciones, pero no es responsabilidad del sindicato
- Ya nos dice que hay rangos salariales establecidos, de pronto esa deshumanización en la prestación de servicio, tiene relación directa con las remuneraciones no satisfactorias a las personas prestadoras de servicio o por otro tipo de situación.
- \* Evidentemente la retribución salarial es un estímulo para un funcionario, empleado, contratista, como dependiendo de su vinculación, es importante pero la humanización cuando digo que ha desaparecido viene directamente influenciado con que se ha perdido la ética, profesional, la ética del empleado, de la persona, yo no puedo condicionar en entregar un buen servicio a un paciente sobre todo en la salud, si yo no estoy contento con lo que recibo, mejor estudio algo más rentable o busco otro trabajo porque este no me satisface, y desde allí parte, parte el cultivo, si no se cultiva la ética, si no se cultiva las personas, no cultivan su desarrollo íntegro y las entidades académicas no trabajan en ese aspecto no habrá solución porque si hoy reciben un millón y no los satisface, yo les subo pero en un año ya tampoco le va a satisfacer, entonces se vuelve un círculo vicioso que nunca los va a satisfacer porque nos menos en un mundo macroeconómico, globalizado donde a medida que tienen poder adquisitivo gastas y quieres mas, no es el punto de intervención, el punto es que la gente quiera los que hace, con pación, con ética y sobre todo en el área de la salud, no puedo yo como médico condicionar el servicio que le entrego a mi paciente en que reciba o no reciba, si no yo me retiro y hago otra cosa, el paciente no tiene la culpa y es ahí donde hay que intervenir.

- \* Habría que hacer re significación de la vocación de porque escojo ser servidor de la salud.
- \* Ese es el punto muchas personas estudian algo y no saben porque, estudian esto porque creen que van a tener gran ingreso económico, estudian auxiliares de enfermería porque está de moda y todo el mundo, pero no saben ni que saldrán a hacer y se enfrentaran el resto de su vida y lo hacen sin vocación, ese es el punto de la vocación, la ética y partiendo de alguien con vocación y ética necesariamente el servicio será humanizado.
- Teniendo en cuenta que la vocación es parte fundamental de lo que se van a enfrentar en su qué hacer, sin embargo cuáles son esas diferencias salariales entre alguien vinculado directamente y una por otra modalidad de vinculación, promedio por ejemplo un médico general, de planta y promedio una personan pro al otra modalidad, cuánto.
- \* Pues realmente no son muchas, no son muchas y es una cuestión que hay que analizarla con detalle, si usted está afiliado o es parte activa de un sindicato que realmente respeta los principios del sindicalismo, que es una parte donde no intervenimos, el sindicato es autónomo, usted debe recibir los mismos beneficios que recibe si es de planta, lo único a lo que esta es que no hay una continuidad laboral. porque yo al sindicato le contrato un proceso, x año ejemplo urgencias, pero si el próximo año ese sindicato no obtiene el contrato pues no continua el proceso, pero un buen sindicato le debe garantizar a usted que reciba por lo menos que reciba lo mismo que recibiría si fuera de planta, esos son acuerdos entre el sindicato y el empleado sindical y algunas personas mensual reciben en algunas ocasiones reciben más dinero que el de una persona de plata pero es un poquito más de dinero compensa la pérdida de unos beneficios de ser de plata como vacaciones, primas, esos e lo liquidan mes a mes y en ultima si el sindicato cumple los requisitos y las personas hacen valer su derecho sindical a ser tratados con respeto como empleados, deberían recibir lo mismo, no habría gran diferencia en el término de lo ideal.
- Está distribuido el tema de especialidades, para terminar en cuanto a observaciones generales hacia el sistema, que tiene de acertado, de raro, que tiene que mejorar, que tiene que, cuáles son esas oportunidades de mejora que ustedes, que están permanentemente con el servicio y las necesidades que se debería hacer?
- \* En Colombia el aspecto académico y de formación, básico, es bueno, es un nivel satisfactorio, le falta énfasis e habilidades y quiero sentarme básicamente en salud, en este sector hay esas habilidades en las cuales hoy tenemos que migrar a entender que nos movemos en un Sistema General de Seguridad Social en Salud, que se llama de aseguramiento en el cual tenemos que garantizar los recursos y sostenibilidad financiera y todas las personas tienen que tener ese componente desarrollado en sus estructura y generalmente en las universidades y al formación uno ve que esos aspectos son vistos con perspectiva superficial, son materias de relleno, en la formación de un médico en administrativa es prácticamente de relleno, lo mismo que ética y humanidad: El componente de salud familiar, trata de comprender al ser humano en su multidimensionalidad, en su holística, este componente está abandonado y uno lo ve en pre y posgrado que son tomados de relleno, administrativo y humano no se le da la relevancia que se le da a medicina

interna, bioquímica, nos e le da la misma importancia. El sistema tiene que virar a ese enfoque si no seguiremos sacando a atender a nuestros pacientes como robots, que saben mucho pero no entienden al paciente, entonces en ese aspecto de la ética, de la humanización el sistema al igual que la administración, el sistema tiene que imponer un poquito más.

- Algo que considere Dr. Sarmiento, que debemos tener el registro para culminar el proceso o considera que todo ha sido abordado en cuanto a talento humano?
- \* Abrir una parte importante que me gustaría, que no tratamos es un tema con respecto a lo que ofrece la universidad pública con respecto algunas privadas que aparentemente dan mejor oferta de profesionales, es como algunas universidades se olvidan del componente humano del estudiante y él tiene que estudiar día a día con todas sus dificultades y hablamos que el profesional no es humano y resulta que su formación tampoco es humano, cuando va a la universidad, ya a los veinte tienen un hijo, una serie de inconvenientes que la universidad no está viendo entonces se forman en un ambiente en el que no encuentran apoyo y luchan contra viento y marea para obtener un título, pero obviamente no se vincula con eso, entonces por eso su favor humano se entorpece y por eso no llegan con el amor y al dulzura con la que deberían atender a su gente, su pueblo, sino con rencores adquiridos ya lamentados por las dificultades que tienen, tienen áreas en bienestar social como allá en un rincón, como que de decoración pero no ve uno a la universidad, sobre todo a la pública no la ve preguntando por el tiempo libre, por el deporte que le gusta, practique que lo ayuda a fortalecer sus buenas ideas, no veo un componente de bienestar universitario hacino perfil de estudiante, de mamá, de papa de relaciones sólidas, molo veo en la universidad que el sistema educativo debe reforzar.
- ¡En ese aspecto doctor en los procesos de seguimiento a los egresados, tiene conocimiento de que las instituciones formadoras realicen esta actividad?
- \* Mínima casi nula a la fecha, pero afortunadamente hay unas que están en mejoramiento continuo, las que buscan acreditación institucional en ese aspecto, unas por convicción otras por compromiso, pero puedo decir que a la fecha es mínimo o nulo la evaluación de calidad de egresado de las universidades.
- Bueno Doctor muy amable por participar de este proceso. Gracias.