

EL DESARROLLO DEL CAMPO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN COLOMBIA 2002 -2010

INTRODUCCIÓN	3
1 LA DÉCADA DE LOS 90s: NUEVOS ACTORES Y REGLAS DEL JUEGO.....	4
1.1 La Constitución de 1991: descentralización, autonomía y participación.....	5
1.2 La reforma de la salud de 1993: aseguramiento, mercado y nuevos actores. RHS, los grandes ausentes.	5
1.3 Modelo de atención en salud y formación de RHS.....	6
1.4 Cambios en el Sistema Educativo: autonomía, cobertura y crecimiento de la oferta educativa en salud.....	7
1.5 El campo laboral: flexibilización y crecimiento de la oferta de RHS.....	7
2 ESTADO Y MERCADO: UN ESCENARIO NUEVO Y COMPLEJO.....	8
2.1 Problemas acumulados y desafíos emergentes en el campo de RHS.....	8
2.2 Oferta educativa, empleo y salarios.....	9
2.3 Pertinencia y calidad en la formación del RHS.	11
2.4 Integralidad y resolutiveidad en la formación y prestación de servicios de salud.....	12
3 HACIA UNA NUEVA DINÁMICA DE LOS RHS.....	13
3.1 El Informe Harvard.....	13
3.2 Los estudios del Programa de Apoyo a la Reforma en Salud.....	14
3.3 Creación del Ministerio de la Protección Social, la Dirección de Análisis y Política de Recursos Humanos y el Observatorio de los RHS.	15
4 LA NUEVA DINÁMICA DE LOS RHS: DE LOS ESTUDIOS DEL PARS A LA LEY DE TALENTO HUMANO EN SALUD.....	15
4.1 Consolidación de calidad en los procesos de formación de RHS	16
4.2 Los RHS en la política de prestación de servicios de salud.	17
4.3 Avances en el aseguramiento en salud e impacto en los RHS.....	17

4.4	Contexto Internacional.....	18
4.5	La Ley de Talento Humano en Salud.	18
5	DESARROLLOS A PARTIR DE LA LEY DE TALENTO HUMANO EN SALUD	19
5.1	Calidad de la formación y los escenarios de práctica clínica	20
5.2	Formación continua y recertificación de los RHS	20
5.3	Pertinencia de la educación: definición de competencias profesionales	21
5.4	Coordinación inter institucional	22
5.5	Gestión de Información y Observatorio de Recursos Humanos en salud	23
5.6	Incentivos: Servicio Social Obligatorio y Becas Crédito	24
6	BASES DE POLÍTICA Y PLAN DE LARGO PLAZO DE RHS.....	24
6.1	Eje de armonización	26
6.2	Eje de calidad	26
6.3	Eje de trabajo digno y compromiso social.....	27
6.4	Eje de desarrollo institucional	28
7	REFLEXIONES FINALES.....	28
	BIBLIOGRAFÍA	31

EL DESARROLLO DEL CAMPO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN COLOMBIA 2002 -2010

INTRODUCCIÓN

Este documento describe los procesos desarrollados al interior del campo de los recursos humanos en salud RHS-, como parte de la implementación y consolidación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, -SGSSS-, particularmente a partir de 2002, año en el cual se creó el Ministerio de la Protección Social producto de la fusión de los Ministerios de Salud y de Trabajo, y se conocieron los resultados de varios estudios iniciados en años anteriores, a partir de los cuales se impulsaron cambios en los procesos de formación, gestión y regulación de los recursos humanos en salud.

La experiencia colombiana en el campo de los RHS de la última década, es en gran medida el resultado de los ajustes políticos, institucionales y normativos profundos, que se gestaron a comienzos de los años 90s, incluida la reforma del sistema de salud colombiano mediante la cual se configuraron las bases del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco del Sistema de la Protección Social creado mediante la Ley 100 de 1993.

Los elementos fundamentales de estos ajustes se describen en el primer capítulo del documento, como antecedentes fundamentales para entender la problemática de los RHS en los años inmediatamente siguientes a la reforma de 1993 cuyas manifestaciones se hicieron más evidentes al final de los 90s y comienzos de la década 2000, como se expone en el capítulo segundo.

El tercer capítulo hace referencia a los elementos que marcaron el punto de inflexión en la dinámica de los RHS, entre los años 2001 y 2002, es decir la publicación de los resultados de algunos estudios iniciados años atrás con el fin de consolidar la reforma de 1993, y la creación del Ministerio de la Protección Social. Con estos eventos se inició un ajuste normativo e institucional en los campos de educación y de salud.

A partir de estos hechos, en el capítulo cuarto se describe la experiencia que en materia de RHS ha vivido Colombia a partir de 2002, considerando dos etapas cuyo límite está marcado por la expedición de la Ley de Talento Humano en Salud en el año 2007. Esta norma constituye un hito en el desarrollo de la experiencia colombiana, tanto por lo que significó en términos de participación, discusión y concertación, como por el marco integral que significó para la formación, desempeño y gestión los RHS.

De hecho, en el capítulo quinto se hace un recuento de las iniciativas que actualmente se están desarrollando en relación con los RHS, donde la mayor parte de ellas corresponden a desarrollos trazados, previstos o motivados por la Ley de Talento Humano en Salud.

Los procesos, actividades que hacen parte de la experiencia que se expone en este documento han mostrado resultados concretos en el curso de los años transcurridos y, muchos de ellos, aún están en desarrollo, por lo cual una de las prioridades actuales en este campo, es el diseño de una política nacional y de un plan de RHS, orientados a la integración de las acciones e iniciativas presentes y futuras alrededor de objetivos de largo plazo que consideren las necesidades de salud de población, las características del SGSSS y las expectativas de los actores.

Todo lo anterior, recogiendo las lecciones de estos años de aprendizaje conjunto, donde se destacan el reconociendo de los RHS como elemento fundamental del Sistema de Salud, **la insuficiencia de los mecanismos de mercado para regular adecuadamente el campo de los RHUS y la consecuente necesidad de integrar de manera armónica estos mecanismos con la acción reguladora de un Estado** con el suficiente liderazgo y capacidad para armonizar los intereses y expectativas de los diferentes actores del campo de RHS alrededor de un objetivo común y superior que es la salud de los colombianos.

1 LA DÉCADA DE LOS 90s: NUEVOS ACTORES Y REGLAS DEL JUEGO.

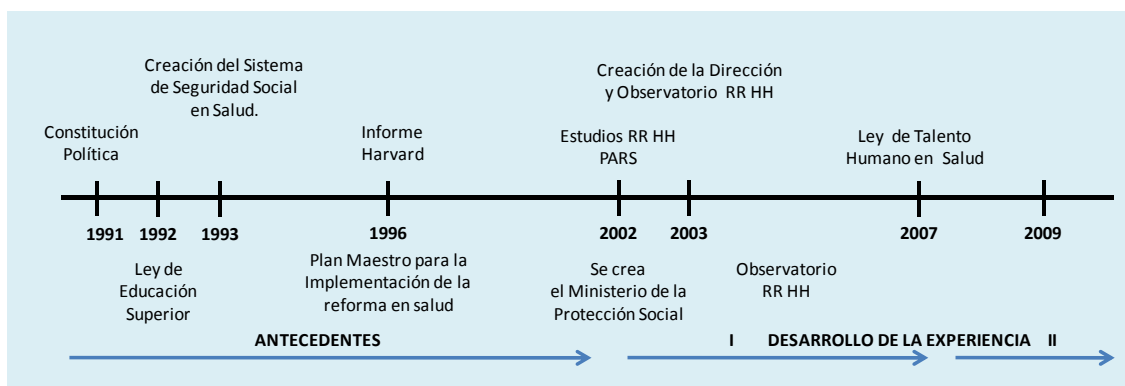
Para entender la dinámica de los RHS a partir de 2002, hay que referirse a la reforma del sistema de salud colombiano de 1993, mediante la cual se buscó garantizar el acceso universal de la población a la salud, a través de mecanismos de aseguramiento financiero de los riesgos de la salud, del aumento de los recursos y fuentes de financiación y de la creación de mecanismos para promover la eficiencia y la calidad en la atención en salud, entre otros. (Gráfico 1)

Esta reforma se desarrolló en un contexto marcado por la creciente participación de los particulares en ámbitos que antes eran de la órbita exclusiva de las instituciones públicas; la mayor autonomía de las instituciones públicas y privadas en los sectores salud y educación; y la profundización de la descentralización político administrativa mediante la cual el Gobierno Nacional cedió amplias competencias y recursos a favor de las entidades territoriales, particularmente en los sectores de educación y salud.

Estas transformaciones cambiaron radicalmente las relaciones entre los actores de los campos de la salud y de los recursos humanos en salud, de tal forma que los arreglos normativos e institucionales, incluyendo aquellos considerados en la reforma de 1993, pronto se mostraron inadecuados frente a los desafíos planteados por una nueva dinámica donde entran en juego expectativas e

intereses de actores nuevos y tradicionales, que pronto redefinen las reglas de juego, las relaciones de poder y el campo de acción del Estado.

Gráfico 1. Antecedentes y desarrollo del campo de RHS en Colombia.



Fuente: Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos , Ministerio de la Protección Social

1.1 La Constitución de 1991: descentralización, autonomía y participación.

Para el período en que se inició la implementación del SGSSS, Colombia estaba inmersa en el proceso de ajuste político, administrativo e institucional derivado de la Constitución Política de 1991 que incorporó en el ordenamiento jurídico una mayor participación de la ciudadanía en los asuntos públicos, fortaleció la descentralización y amplió el reconocimiento de los derechos de los ciudadanos, otorgándole a la salud y la educación el estatus de servicios públicos a cargo del Estado, los cuales podría atender directamente o a través de los particulares.

En desarrollo del principio de descentralización, la Ley 60 de 1993, modificada posteriormente por la Ley 715 de 2001, asignó y diferenció las competencias y responsabilidades de la nación y las entidades territoriales en la organización, provisión y financiación de los servicios públicos de salud, educación y saneamiento básico, definiendo fuentes y recursos específicos para que los departamentos, distritos y municipios cumplieran con sus nuevas funciones.

1.2 La reforma de la salud de 1993: aseguramiento, mercado y nuevos actores. RHS, los grandes ausentes.

En medio de este profundo proceso de reacomodamiento político institucional, el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- buscó el acceso universal de la población a los servicios de salud, objetivo que según la Ley 100 de 1993 se lograría en el año 2000. Para esto, se implantó un esquema de

aseguramiento social, basado en un modelo denominado 'pluralismo estructurado', con el fin de cambiar "la tendencia a la segmentación que generaban de los sistemas privados de aseguramiento y los efectos negativos del monopolio público" mediante la "mayor la eficiencia asignativa en los recursos del Estado para los más pobres y alta eficiencia técnica en la actividad de los prestadores".¹

Para mejorar la eficiencia en la gestión de los recursos y así lograr los objetivos en cobertura de aseguramiento y acceso a los servicios de salud, el nuevo Sistema de Salud propició la participación del sector privado y el surgimiento de nuevos actores en los campos de la salud y de los recursos humanos en salud, entre los cuales se destacan las aseguradoras en salud y riesgos profesionales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Empresas sociales del Estado, cuyo comportamiento, al responder a mecanismos de mercado promovería la calidad y la competitividad en beneficio de la salud de la población.

Sin embargo, el diseño del SGSSS no consideró los requerimientos y el impacto que su implementación podría generar en los RHS. Como lo sintetizó un analista del proceso, "en las diversas manifestaciones del proceso político que precedió a la introducción del nuevo sistema de servicios de salud, no se hicieron presentes expresiones de preocupación o interés por el análisis de las implicaciones que tales cambios acarrearían para la adecuación de roles, la definición de nuevas funciones, la formación y en general para el desarrollo del personal de salud, por parte de los legisladores, ni por sectores académicos, ni en otros estamentos de la sociedad; la Ley 100 en sí no consideró acciones específicas en relación con la formación o el desarrollo del personal de salud."²

1.3 Modelo de atención en salud y formación de RHS

La reforma de 1993 no estableció modelos de prestación de servicios de salud, dejando en libertad a las aseguradoras en salud y a los prestadores de servicios para diseñar e implementar sus propios modelos, lo cual se refrendó en 2005 con la expedición de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Así mismo, en el diseño de la reforma los hospitales quedaron sin responsabilidades explícitas frente al diseño, ejecución y seguimiento de programas y actividades de salud pública.

No obstante, reconoció la importancia de la salud preventiva y de los primeros niveles de atención y las urgencias como puertas de entrada a la prestación de servicios que deberían tener especial atención en el desarrollo del SGSSS. Con

¹ Fernando Ruiz, Sostenibilidad y reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Una lectura desde la microeconomía. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Universidad Javeriana 2005.

² Jorge Castellanos R., Observatorio De Recursos Humanos "una estrategia de concertación para la adopción de políticas públicas en salud" Desafíos Globales y Nacionales Iniciativa Regional Para la Reforma del Sector Salud En América Latina y El Caribe. (Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos, Ministerio de la Protección Social, Colombia. 2004.)

este fin, estableció recursos y responsabilidades específicas para atender programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y definió que el 50% de los recursos reconocidos por cada afiliado en salud a las aseguradoras en salud debía destinarse a financiar los servicios prestados en los primeros niveles de atención.

En esta misma línea, estudios posteriores realizados por instituciones académicas externas y locales, como la Universidad de Harvard y la Universidad Javeriana, identificaron la necesidad de mejorar la utilización de los médicos del primer nivel de atención, entendiendo que los mismos serían responsables de desarrollar “un conjunto de acciones clínicas que integra desde el control del riesgo social y familiar hasta el tratamiento ambulatorio y hospitalario en mediana y baja resolutivez”³

1.4 Cambios en el Sistema Educativo: autonomía, cobertura y crecimiento de la oferta educativa en salud.

El sistema de educación superior también tuvo transformaciones importantes en los años 90. La Ley 30 de 1992 desarrolló la autonomía universitaria prevista en la Constitución de 1991, impulsó la autorregulación en la educación superior e introdujo las bases sobre las cuales posteriormente se desarrolló el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior: creó el Sistema Nacional de Acreditación para las Instituciones de Educación Superior, el Consejo Nacional de Educación Superior, el Consejo Nacional de Acreditación y el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior.

La mayor autonomía de las instituciones universitarias se expresó no solo en la libertad de las mismas para autogobernarse, sino también en la definición de sus labores formativas, académicas, docentes, científicas, culturales y de extensión, y en la creación y desarrollo de sus programas académicos. Este último elemento de la autonomía universitaria originó un rápido crecimiento de los programas de educación superior en los años subsiguientes, particularmente en el área de la salud, alrededor del cual se ha generado una polémica que se explica en los siguientes capítulos.

1.5 El campo laboral: flexibilización y crecimiento de la oferta de RHS.

A comienzos de los 90s y posteriormente en el año 2002, se introdujeron ajustes a la regulación laboral colombiana, orientados a profundizar la flexibilización en esta

³ Ministerio de la Protección Social, Pontificia Universidad Javeriana-Cendex. Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. (3ra edición 2008).

materia, a través de medidas como la flexibilidad de jornadas laborales y la reducción de costos de despido.

De otro lado, la Ley 100 de 1993 propició que los recursos estatales que se destinaban al funcionamiento de los hospitales públicos (subsidios a la oferta), se trasladaran en forma progresiva a la financiación del aseguramiento de la población pobre y vulnerable (subsidios a la demanda), promoviendo la competitividad, la eficiencia y la calidad. Para esto, se dio mayor autonomía a las instituciones hospitalarias y se introdujeron algunos elementos para darles mayor flexibilidad en su gestión administrativa, técnica y financiera.

Este esquema, tenía como presupuesto de que las instituciones hospitalarias iniciaran un proceso de ajuste que les permitiera asumir con éxito el nuevo ambiente de competencia frente a actores públicos y privados. Y uno de los ajustes más importantes tenía relación con la flexibilización y aligeramiento de sus nóminas y cargas laborales.

Estas condiciones propiciaron el uso cada vez más frecuente de mecanismos flexibles de gestión de los servicios y de los recursos humanos, como la vinculación a través de contratos a término fijo y sin vínculo laboral, la contratación de personal de salud a través de agencias de intermediación laboral o falsas cooperativas de trabajo asociado, el pago por actividades o productos, entre otros, situaciones que generaron impactos en el empleo, los ingresos y condiciones laborales de los trabajadores de la salud.

2 ESTADO Y MERCADO: UN ESCENARIO NUEVO Y COMPLEJO

2.1 Problemas acumulados y desafíos emergentes en el campo de RHS.

Los profundos cambios políticos, normativos e institucionales introducidos en el primer lustro de los 90s, complejizaron problemas tradicionales como la insuficiencia, mala distribución y baja pertinencia en la formación de RHS, y propiciaron la aparición de otros relacionados con la llegada de nuevos actores, la incorporación de mecanismos de mercado y la menor intervención del Estado en la regulación de las relaciones en el campo de RHS.

En este escenario novedoso se produjo un reposicionamiento de los actores del campo de RHS, algunos ganaron influencia y poder, como las aseguradoras y los prestadores de servicios de salud, mientras que otros, como los profesionales y trabajadores de la salud, cedieron espacios y protagonismo. Paralelamente, se mantuvieron y, en algunos casos, se profundizaron las asimetrías entre los actores frente al acceso a la información, lo que contribuyó a ampliar las brechas entre las necesidades y respuestas de los diferentes mercados y actores que intervienen en el campo de la salud.

A medida que se avanzó en la implementación de la Ley 100 de 1993, aumentaron los recursos financieros del SGSSS y se amplió la cobertura del aseguramiento en salud de la población, pero no fue posible cumplir la meta del aseguramiento de la totalidad de la población colombiana en el año 2000, como lo previó la citada norma. Adicionalmente, empezaron a develarse problemas relacionados con la respuesta de los actores frente a los incentivos de mercado, el papel del estado en la dirección y regulación, la capacidad de los actores para asumir sus roles y responsabilidades, y la disponibilidad de recurso humano idóneo y suficiente para cumplir los objetivos del Sistema de Salud.

Uno de los problemas que emergió en la escena fue la escasa consideración que tuvieron los RHS en la discusión y aprobación de la reforma, que se reflejó en varias dificultades del SGSSS para cumplir sus objetivos.

Por ejemplo, las necesidades y demandas del SGSSS en cuanto a cantidad y pertinencia de RHS, no obtuvieron respuestas adecuadas desde el sector educativo, generando problemas como exceso de profesionales en algunas disciplinas y escasez en otras, formación de competencias que no respondía a las áreas de desempeño laboral y a los cambios demográficos y epidemiológicos de la población, entre otros. Situación que también no solo influyó en el acceso y la calidad de la atención en salud, sino también en el empleo, salarios y condiciones laborales del personal de la salud.

2.2 Oferta educativa, empleo y salarios.

La expectativa de una mayor demanda de servicios de salud, generada por el objetivo de aseguramiento universal establecido en la Ley 100 de 1993, incentivó el incremento de la oferta de educación superior en el área de la salud. Entre 1990 y 2006 el número de Universidades con programas de formación en el área de la salud se duplicó al pasar de 80 a 161. En el mismo período, los programas de educación superior del área de la salud se incrementaron 117%, destacándose entre ellos medicina y enfermería.

La mayor oferta educativa se concretó en el incremento general de los egresados de programas de educación superior en salud, aunque se observaron diferencias al interior de las profesiones: mientras que el número de egresados en terapias, enfermería, bacteriología y medicina aumentaron en forma significativa, los egresados de odontología, nutrición, optometría y química farmacéutica presentaron un comportamiento contrario. (Tabla 1)

Este incremento de egresados y el bajo nivel del aseguramiento en salud observado entre los años 1997 y 2003, cuando se pasó de 53% a 47% de población asegurada generó inquietud frente a la capacidad del SGSSS para absorber adecuadamente la mayor oferta de profesionales del área de la salud generada por el crecimiento de programas educativos del área de la salud, y por el impacto que esta situación pudiera tener en el empleo, salarios y condiciones laborales del RHS.

Tabla 1. Oferta educativa en programas de educación superior en salud
Comparativo 2006 1999

Profesión	Programas			Egresados		
	1990	2006	Var.	1990	2006	Var.
Medicina	21	41	95%	1.913	2.392	25%
Odontología	11	18	64%	1.190	847	-29%
Enfermería	19	38	100%	933	2.266	143%
Bacteriología y Lab. Clínico	9	12	33%	497	644	30%
Nutrición y dietética	6	6	0%	241	145	-40%
Optometría	13	44	238%	136	100	-26%
Química farmacéutica	3	3	0%	143	83	-42%
Terapias	13	44	238%	298	2.460	726%
TOTAL	95	206	117%	5.351	8.937	67%

Fuente: PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA-CENDEX, Recursos Humanos de la Salud en Colombia, Balance, competencias y prospectiva. 3ra. Edición.

En el año 2001 un estudio resumió así la preocupación con respecto a los médicos: “Colombia está produciendo más médicos de los que es capaz de emplear. El número de especialistas se ha duplicado en menos de una década, y lo hará nuevamente si no se establece un control adecuado”.

“La década de los noventa se ha destacado por ser una época de reformas de los sistemas de salud; la gran mayoría de los países se han hecho conscientes de los graves problemas sociales y económicos que origina un exceso de médicos y están estableciendo normas para regular su producción local y su inmigración.”⁴

Esta situación además resultaba contradictoria en un país con muchas restricciones de acceso y necesidades en salud, que para ese momento mostraba una densidad de recursos humanos en salud menor a 20 médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes, indicador lejano del mínimo de 25 profesionales recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

Otros profesionales de la salud como los bacteriólogos, odontólogos y terapistas registraban altas tasas de desempleo e ingresos inferiores a los percibidos en los años anteriores a la reforma de 1993, por efecto de la llegada de nuevas tecnologías, la baja participación de algunos de sus servicios en los planes de beneficios del SGSSS y el desarrollo de esquemas más eficientes para la prestación de servicios. (Tabla 2)

Todos estos elementos, aunados a la creciente flexibilización laboral, facilitaron la deslaboralización en el sector salud y originaron dificultades tanto en la calidad de los servicios, por efectos del compromiso y la continuidad de los profesionales que no hacen parte de las instituciones que atienden a la población, como en las condiciones laborales y salariales del RHS.

⁴ Diego Roselli, “Estimación de la oferta de médicos especialistas en Colombia con el método de captura-recaptura”, Revista Panamericana de la Salud, Volumen 9, no. 6, año 2001.

Tabla 2. Tasa de desempleo por profesión año 2000

Profesión	Oferta Calculada	Demanda calculada	Tasa de ocupación	Tasa de desocupación
Auxiliar de enfermería	82.406	62.678	76,1	23,9
Bacteriólogo	17.585	8.382	47,7	52,3
Médico	49.329	48.149	97,6	2,4
Enfermera	23.030	12.195	53	47,0
Nutricionista dietista	5.825	1.087	18,7	81,3
Odontólogo	29.484	15.180	51,5	48,5
Total	207.659	147.671	71,1	28,9

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. "Modelo de Oferta y Demanda de Recurso Humano en Salud en Colombia" Medellín Abril de 2002.

Como lo sintetiza un estudio realizado en 2002 "... este exceso de oferta, junto al control tarifario al cual son sometidos muchos servicios sanitarios a raíz de la Ley 100 de 1993, es causa de las insatisfactorias remuneraciones. Adicionalmente, en el sector de la salud, la contratación asalariada es siempre menos frecuente. Sus profesionales son enganchados por contrato de prestación de servicios o a través de cooperativas de trabajo asociado."⁵

2.3 Pertinencia y calidad en la formación del RHS.

El acelerado crecimiento de la oferta educativa observado a partir de la segunda mitad de los 90s y la consecuente aparición de escenarios de práctica clínica que no tenían experiencia o tradición en este campo, también generaron interrogantes sobre la pertinencia y la calidad los programas y procesos de formación.

En general, las instituciones de educación superior continuaron reproduciendo las estructuras curriculares de formación de RHS con enfoque biomédico y curativo, basadas en la enfermedad y centradas en la atención hospitalaria, en desmedro de los modelos preventivos e integrales requeridos para implementar la Ley 100 de 1993 y asegurar el logro de sus objetivos en salud para la población.

A esto también contribuyeron factores como i) la libertad de los agentes para escoger su propio modelos de prestación de servicios de salud, ii) el crecimiento acelerado de la demanda de servicios especializados, iii) los beneficios económicos que representan este tipo de servicios para las instituciones que los ofertan y iv) la escasa atención de los actores del campo de la salud en actividades de salud pública, atención primaria en salud y medicina familiar.

Además, se observaron brechas entre los perfiles curriculares y los laborales de los profesionales y auxiliares de la salud. Por ejemplo "...para medicina,

⁵ Universidad Externado de Colombia. Observatorio del Mercado de Trabajo y la Seguridad Social. (Bogotá, D.C. Boletín No.9, 2006)

enfermería, odontología y auxiliar de enfermería (...) existe una formación académica en ciencias de la salud clínicas y teórico-prácticas que responde a las necesidades del mercado laboral. En cuanto a ciencias administrativas y de salud pública existe un déficit que debe ser llenado en la formación. Por tal motivo, (...) requiere de un recurso humano que posea una capacitación adicional en diagnóstico, manejo de historias clínicas, semiología, solicitud e interpretación de ayudas diagnósticas, educación en salud y motivación”.

“Específicamente en el área administrativa se deberá reforzar en la administración de recursos humanos, diligenciamiento de registros, manejo de suministros e inventarios, administración de la prestación de servicios en red y ejecución de proyectos”.⁶

De otro lado, pese a la existencia de requisitos formales que deben cumplir las instituciones de educación superior para ofrecer programas en salud⁷, la apertura de programas en instituciones universitarias sin experiencia o tradición en el área de la salud, generó discusiones, aún vigentes, frente a la capacidad del Sistema Educativo para garantizar las condiciones mínimas de calidad requeridas para la formación de profesionales idóneos y competentes.

2.4 Integralidad y resolutiveidad en la formación y prestación de servicios de salud.

Así mismo, se generalizó una concepción restringida de los servicios de salud del primer nivel de atención, que los asoció a la prestación exclusiva de servicios de baja complejidad, desprovistos de equipos primarios en atención en salud y desarticulados de otros niveles de atención. Esta concepción le restó resolutiveidad e integralidad a esta ‘puerta de entrada’ a los servicios de salud y generó una demanda adicional de servicios de niveles de complejidad más altos.

Los problemas de resolutiveidad e integralidad también se profundizaron a partir de la Ley 100 de 1993, por la exclusión de las actividades de salud pública como parte de las funciones y responsabilidades de los hospitales.

En esta misma línea, se desarrollaron servicios “pseudo especializados”, como aquellos destinados a atender exclusivamente actividades de promoción y prevención, controles prenatales o atención de pacientes crónicos, sin considerar su interacción con otras áreas y servicios, que desvirtuaron la mirada integral del profesional y fraccionaron la atención en salud.

Estas características de los servicios de salud también impactaron los procesos de formación realizados en los mismos a través de las prácticas de pregrados y

⁶ Fernando Ruiz y otros. *Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva*. 3ra edición. Bogotá D.C.: Pontificia Universidad Javeriana-CENDEX, Ministerio de la Protección Social, 2008.

⁷ Ley 30 de 1992 públicas y Decreto 1478 de 1994 privadas.

posgrados, situación que no contribuye a la formación de profesionales integrales y resolutivos.

3 HACIA UNA NUEVA DINÁMICA DE LOS RHS

En la búsqueda de respuestas a la problemática de los RHS, a comienzos de la década 2000 confluyeron dos elementos que marcaron el comienzo de una nueva dinámica del RHS en Colombia: la conclusión de los estudios iniciados en años anteriores con el propósito de fortalecer al SGSSS y la fusión de los anteriores Ministerios de Salud y de Trabajo en el nuevo Ministerio de la Protección Social.

Estos hechos constituyeron la base para iniciar el posicionamiento progresivo de los RHS en la agenda del SGSSS y la definición de mecanismos para acción coordinada de los actores y las agencias estatales, en particular de los Ministerios de Educación y de la Protección Social, en la búsqueda soluciones institucionales, normativas y de mercado frente a los retos planteados por la problemática expuesta en el capítulo anterior.

3.1 El Informe Harvard

En 1996 se presentaron los resultados de un estudio que el Gobierno Colombiano encomendó a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard a fin de determinar los requerimientos para garantizar el logro de los principios y objetivos del SGSSS. En relación con los RHS, el Informe identificó problemas como “falta de algunos tipos del talento humano; mala distribución de este en el país; baja utilización de médicos en el primer nivel de atención; falta de información sobre muchos aspectos; ausencia de una institución encargada de la planeación de los recursos humanos y de su adecuada capacitación.”⁸

El Informe también encontró que para la implementación exitosa de la reforma se requería, entre otros:

- Recurso humano con destrezas y conocimientos acordes con el contexto empresarial y competitivo del SGSSS.
- Formación de destrezas clínicas orientadas al manejo de las afecciones que representan la mayor carga de enfermedad en Colombia.

⁸ Castellanos R. Jorge. Observatorio De Recursos Humanos “una estrategia de concertación para la adopción de políticas públicas en salud” Desafíos Globales y Nacionales Iniciativa Regional Para la Reforma del Sector Salud En América Latina y El Caribe. (Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos, Ministerio de la Protección Social, Colombia. 2004.)

- Un sistema de calidad para el recurso humano con un componente de acreditación oficial, rutinario y riguroso, que podría tener un carácter voluntario, que actúe como mecanismo regulador del mercado.

Con base en el Informe Harvard, a partir de 1996 el Ministerio de Salud inició el desarrollo del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud, PARS, a través del cual se financiaron y realizaron una serie de estudios relacionados con los temas de prestación de servicios de salud, aseguramiento, vigilancia y control, sistema de información y recursos humanos.

3.2 Los estudios del Programa de Apoyo a la Reforma en Salud

Los estudios sobre RHS iniciados en 1996 en el marco del Programa de Apoyo a la Reforma en Salud – PARS, se dieron a conocer en 2002 a través de los siguientes documentos:

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

Los dos primeros estudios se enfocan en aspectos relativos a la gestión y planeación del RHS y proveen información útil para este propósito. Los otros dos estudios se centran en temas correspondientes a los procesos de formación de RHS y los mecanismos para asegurar la calidad de dichos procesos.

La sistematización y análisis de información dispuesta en los documentos del PARS mejoraron el diagnóstico en aspectos relacionados con la oferta educativa, la cantidad de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud y su distribución por regiones, disciplinas y áreas de desempeño y que permitieron adoptar líneas innovadoras de política en materia de formación de personal, y de revisión y ajuste de sus funciones para una mejor utilización de recursos en el SGSSS.

Igualmente, fueron la base para fortalecer el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior mediante la expedición de las normas que

actualizaron el modelo de evaluación docencia servicio de los programas de formación superior en salud; las condiciones de calidad de los programas de educación superior y crearon la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, CONACES, organismo que cuenta con una sala específica de Ciencias de la Salud, entre otras.

3.3 Creación del Ministerio de la Protección Social, la Dirección de Análisis y Política de Recursos Humanos y el Observatorio de los RHS.

La creación del Ministerio de la Protección Social en 2002, también constituyó un hito importante para el desarrollo de los campos de la salud y de RHS. En el nuevo organismo las funciones y responsabilidades relacionadas con los recursos humanos no se circunscribieron en forma exclusiva al campo de RHS, al dárseles un alcance mayor dentro del concepto de “Sistema de Protección Social”.

Bajo ese concepto, a la Dirección de Análisis y Política de Recursos Humanos, creada en 2003, se le asignaron funciones relacionadas con la definición de políticas de formación, gestión y desempeño del recurso humano en general, que deberían armonizarse con las tendencias de empleo, las necesidades económicas y los requerimientos del Sistema de Protección Social, conservando algunas funciones puntuales en relación con los procesos relacionados directamente con la formación, gestión y ejercicio de los recursos humanos de la salud.

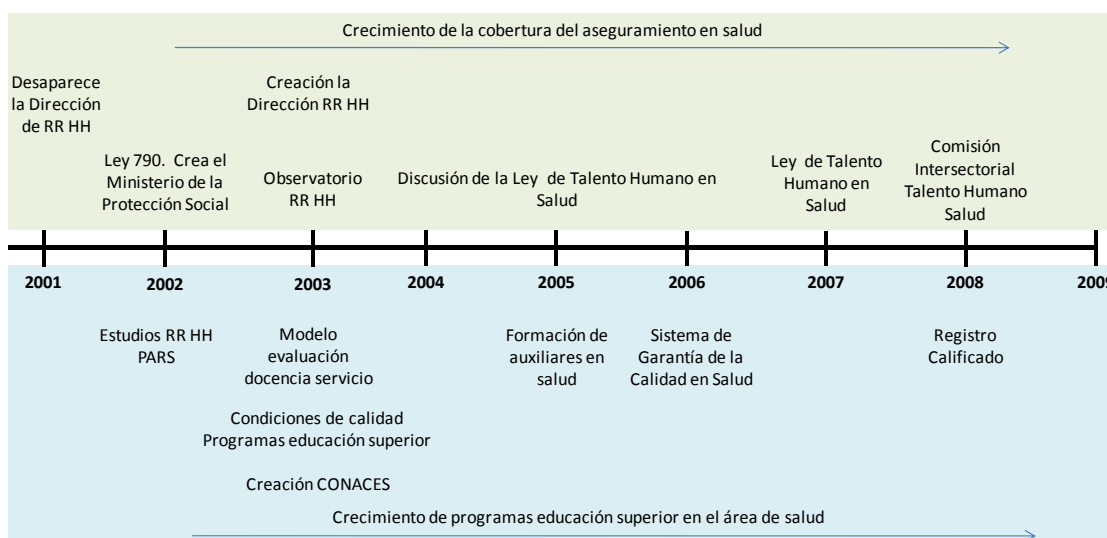
De esta forma, se llenó el vacío que desde el año 2001 había dejado la supresión de la Dirección de Recursos Humanos de la estructura orgánica y funcional del anterior Ministerio de Salud, decisión que había creado serias dificultades de coordinación y dirección en los procesos intra e interinstitucional relacionados con los RHUS. No obstante, la nueva Dirección no tuvo un desarrollo técnico sólido para asumir las nuevas responsabilidades y continuó enfocada en el cumplimiento de funciones relacionadas con el cumplimiento de las normas legales para la formación y el ejercicio de los profesionales y auxiliares de la salud.

Finalmente, en el año 2003 se conforma el Observatorio de Talento Humano en Salud como una instancia de ámbito nacional y territorial dedicada a asesorar al Gobierno en la formulación e implementación de políticas en materia de recursos humanos en salud. La promoción de los Observatorios en Recursos Humanos en Salud que desde años atrás hace la Organización Panamericana de la Salud en toda Latinoamérica, fue un factor clave para la concreción del Observatorio en Colombia.

4 LA NUEVA DINÁMICA DE LOS RHS: DE LOS ESTUDIOS DEL PARS A LA LEY DE TALENTO HUMANO EN SALUD

A partir de los eventos descritos en el capítulo anterior, se inicia una nueva dinámica en el campo de los RHS, caracterizada por el énfasis en la calidad en los procesos de formación, desempeño y prestación de servicios, el incremento de la demanda de servicios y RHS a partir del crecimiento acelerado de la población asegurada en salud, y un contexto internacional que realza el papel y la importancia de los RHS para el logro de los objetivos de salud. Estos elementos finalmente se integran en una ley marco de RHS, que es producto de un amplio proceso de participación y concertación nacional entre los diferentes actores de este campo.

Gráfico 2. Desarrollo de la experiencia del campo de RHS en Colombia.



Fuente: Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos, Ministerio de la Protección Social

4.1 Consolidación de calidad en los procesos de formación de RHS

Los estudios del PARS aportaron las bases para la consolidación de los mecanismos de aseguramiento de la calidad en la educación superior: se definieron estándares de calidad para los programas de Especializaciones Médicas y Quirúrgicas en Medicina; se establecieron condiciones mínimas para los programas de educación superior, se ajustó el modelo de evaluación de los escenarios de práctica clínica de los programas del área de la salud y se creó la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, Conaces, con el propósito de asegurar el cumplimiento de las normas y objetivos de calidad.

Adicionalmente, se mantuvo e impulsó el mecanismo de acreditación voluntario para las instituciones y programas de educación superior, buscando el logro de estándares superiores de calidad.

Estos avances en materia de calidad en la formación de RHS también se observaron en lo relativo a los auxiliares de la salud. En el año 2005 se fijaron los requisitos básicos para el funcionamiento de los programas de formación de estos auxiliares, incluyendo condiciones básicas para las instituciones (infraestructura física y tecnológica), los programas curriculares (modelo basado en competencias) y los escenarios de práctica. Adicionalmente, se organizaron y racionalizaron los perfiles de los auxiliares de la salud pasando de 13 a 5 perfiles, lo cual ha facilitado la articulación entre los procesos de formación de este personal y los requerimientos del sector salud.

4.2 Los RHS en la política de prestación de servicios de salud.

En 2005, el Ministerio de la Protección Social expidió la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, previendo estrategias sustentadas en los RHS, como las siguientes:

- Incremento de la capacidad resolutive de los prestadores de servicios de salud en Colombia, a través de un programa nacional para la actualización permanente del personal de salud en la intervención y manejo de los eventos de interés en salud pública y de las patologías prevalentes por región epidemiológica, así como la identificación y divulgación de estrategias innovadoras en el campo de la atención primaria, salud familiar y/o salud comunitaria.
- Desarrollo y mejoramiento del talento humano en salud a través del desarrollo de un sistema de recertificación y registro único nacional del personal de salud, la definición e implementación de los criterios de calidad para los escenarios de práctica y hospitales universitarios y la promoción de una cultura de ética, en los trabajadores del sector salud
- Desarrollo e implantación del sistema de incentivos para los prestadores de servicios, mediante la formulación del sistema de incentivos para el talento humano del sector salud.

Parte de estas propuestas se incorporó en el articulado de la Ley de Talento Humano en Salud expedida en 2007, como la recertificación, el registro único nacional de talento humano en salud y la promoción de la cultura ética y los hospitales universitarios. Otras, como la actualización del RHS y la implementación de estrategias de atención primaria en salud y medicina familiar no han tenido avances importantes. Actualmente se están generando espacios normativos e institucionales para impulsar la implementación de estas propuestas.

4.3 Avances en el aseguramiento en salud e impacto en los RHS.

A partir del año 2002 se aceleró el crecimiento de la población asegurada en salud, pasando de aproximadamente 23 millones de asegurados en ese año, a más 41 millones en 2009, lo que significó pasar de una cobertura del 53% de la población a más del 90%.

La mayor cobertura del aseguramiento aumentó la demanda de servicios de salud, y por ende, de personal de la salud, lo que permitió despejar, en parte, la preocupación sobre la capacidad del SGSSS para incorporar el creciente número de egresados de los programas de educación superior, particularmente médicos, enfermeras y sus respectivos especialistas. Incluso estos últimos, han resultado insuficientes en algunas regiones del país ante el mayor crecimiento de la demanda de servicios especializados, por lo cual se están evaluando estrategias desde los procesos de formación, servicio social obligatorio, organización y prestación de servicios de salud.

4.4 Contexto Internacional

Durante la primera mitad de la década 2000, en el ámbito internacional ocurrieron eventos que realzaron la importancia de los recursos humanos en los sistemas y agendas de la salud y propiciaron un mayor interés en el tema por parte de los actores del campo de la salud.

Se destaca la publicación del Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el siglo XXI en el año 2005, el cual plantea “una creciente conciencia acerca del protagonismo que tiene el trabajo sanitario para proteger el derecho efectivo a la salud y el acceso universal a servicios de salud de calidad, así como hay un creciente consenso en que uno de los principales obstáculos para concretar las metas de salud en las Américas ha sido la deficiencia de las políticas públicas relativas a los trabajadores, las que proponen grandes metas gerenciales y técnicas, haciendo a un lado a los agentes objetivos de su materialización” y, en consecuencia, propone una serie de desafíos inherentes a los recursos humanos en salud.

En el mismo año se hace el Llamado a la Acción de Toronto, en el marco de la Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud y se declara la década de los Recursos Humanos en Salud para las Américas (2006-2015). Este interés internacional se refrendó con el informe mundial de la salud publicado en 2006 por la Organización Mundial de la Salud, donde se realiza un completo análisis acerca de la situación mundial de los recursos humanos en salud.

4.5 La Ley de Talento Humano en Salud.

Los eventos arriba descritos, junto con el creciente interés de las organizaciones y representantes de los profesionales de la salud en tener un mayor protagonismo en las decisiones y procesos que se dan al interior de los campos de la salud y de los RHS, propiciaron el surgimiento de una iniciativa para establecer un marco legal integral para la planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano del área de la salud.

El debate nacional de esta iniciativa en el Congreso de la República tomó más de tres años, por la diversidad de visiones e intereses planteados por profesionales y trabajadores de la salud, Sociedades Científicas, Universidades, Academia Nacional de Medicina, Aseguradoras en Salud, instituciones hospitalarias públicas y privadas, Gobierno Nacional, entre otros. Finalmente la iniciativa se concreta en la Ley 1164 expedida a finales de 2007, conocida como la Ley de Talento Humano en Salud.

Esta Ley, integra aspectos relacionados con la institucionalidad, formación, ejercicio, gestión, ética de las profesiones y ocupaciones de la salud. Entre estos aspectos se destacan:

- La relación docencia servicio y el hospital universitario.
- El desarrollo de los colegios profesionales.
- El manejo de la información de RHS a través de un registro único de carácter nacional.
- El reconocimiento de competencias desarrolladas a través de la experiencia.
- Recertificación.
- Ejercicio de medicinas y terapias alternativas.
- Fortalecimiento del Observatorio de Talento Humano en Salud.

La reglamentación e implementación de la Ley de Talento Humano en Salud aún está en desarrollo y plantea grandes retos en materia de ajustes institucionales y desarrollo de los mecanismos de concertación y participación.

5 DESARROLLOS A PARTIR DE LA LEY DE TALENTO HUMANO EN SALUD

La Ley de Talento Humano expedida en 2007 dio un segundo impulso a la dinámica del campo de los RHS iniciada a comienzos de la década. Las amplias deliberaciones que se dieron en torno a esta Ley, y los instrumentos de participación, coordinación y consenso establecidos en la misma, marcaron el nuevo talante de los procesos de diseño de política, regulación y gestión en este campo. Se continuó el fortalecimiento de la calidad en las instituciones, procesos de formación y desempeño de los profesionales de la salud y se abrió un espacio para analizar la pertinencia de la formación a través de la definición de competencias profesionales.

Estos desarrollos han generado nuevas exigencias en cuanto a disponibilidad de información, mecanismos de coordinación y liderazgo del Gobierno Nacional, a las cuales se les está dando respuesta de manera progresiva mediante iniciativas que hoy día están en marcha.

5.1 Calidad de la formación y los escenarios de práctica clínica

El fortalecimiento de los Sistemas de Aseguramiento de la Calidad en los sectores salud y educación, impulsó la acreditación voluntaria de las instituciones educativas y de salud, como estrategia para elevar los estándares de calidad tanto en la formación como en la prestación de servicios de salud. De esta forma, actualmente cuentan con acreditación de alta calidad 16 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, 18 Instituciones Universitarias, 13 programas de medicina, 16 de enfermería y 8 de odontología, entre otros.

Actualmente se está ajustando la normativa de la relación docencia servicio, buscando una mayor integración entre los procesos de formación y los de prestación de servicios de salud, a través de la promoción de alianzas estables de largo plazo entre Universidades y Hospitales, fundadas en principios de calidad, confianza y objetivos comunes. Se busca fortalecer la autonomía de las instituciones de educación y salud en los procesos de formación en función de sus logros en calidad, pero haciendo énfasis en la responsabilidad social de estas instituciones con los estudiantes, pacientes, docentes y demás usuarios del proceso de formación.

De igual forma, se introducen medidas para asegurar las garantías básicas para los estudiantes, docentes y pacientes que participan en los procesos de formación, promoviendo la responsabilidad social de todos los actores involucrados.

Paralelamente, se organizó el Sistema de Calidad de Formación para el Trabajo dirigido a programas no formales, técnicos media técnica, técnicos profesionales y educación tecnológica y se implementó el mecanismo de evaluación de los programas de formación ofrecidos en el país, a través del cual se verifica la existencia de condiciones mínimas de capacidad física, técnica y docente, tanto de la institución como del programa, para garantizar la calidad en los procesos de formación.

5.2 Formación continua y recertificación de los RHS

La norma de recertificación de los recursos humanos en salud, incluida en la Ley marco del Talento Humano en Salud expedida en 2007, fue declarada inexecutable por la Corte Constitucional en el año siguiente a su aprobación. Para llenar este vacío normativo, se presentaron tres proyectos legislativos en el Congreso de la

República, orientados a implementar un sistema de recertificación para los auxiliares, técnicos y profesionales de la salud.

Los tres proyectos han sido impulsados por diferentes actores (universidades, gremios de los trabajadores y parlamentarios), y parten de concepciones distintas del mecanismo de recertificación. Unos conciben la recertificación como un requisito obligatorio para los profesionales de la salud, a fin de garantizar la calidad de los servicios de salud; mientras que otros consideran, que la recertificación debe ser un mecanismo voluntario, subordinado al derecho a la educación continua, que debe ser garantizada por el Estado y los empleadores, a los trabajadores de la salud. El Ministerio de la Protección Social, está buscando conciliar las iniciativas de los diferentes actores en un solo proyecto que incorpore los elementos esenciales para garantizar la idoneidad permanente de los recursos humanos en salud, a través de procesos de formación continua y recertificación.

5.3 Pertinencia de la educación: definición de competencias profesionales

Con el propósito de identificar las competencias básicas de los profesionales de la salud que respondan adecuadamente a las necesidades de salud de la población colombiana, a los objetivos y características de nuestro sistema de salud y a los estándares internacionales definidos para cada profesión, en 2009 se conformó un grupo de trabajo interdisciplinario, integrado por representantes de la Academia Nacional de Medicina, las Sociedades Científicas, los Colegios y Organizaciones de los profesionales de la salud, las facultades que cuentan con programas de educación en salud, el Ministerio de Educación Nacional, el Servicio Nacional de Aprendizaje y el Ministerio de la Protección Social.

Estas competencias básicas serán un referente para el diseño y actualización de los programas de educación superior en el área de la salud, reconociendo que las Universidades, en ejercicio de su autonomía, podrán definir énfasis o enfoques diferentes para sus programas. Las competencias también facilitarán el desarrollo de:

- Los mecanismos de evaluación de calidad de las instituciones, los programas y los profesionales de la salud, incluida la recertificación;
- Los procesos de formación continua (a lo largo de la vida);
- Las áreas de competencia de cada profesional y especialista, entre otros.

Existe el propósito de fortalecer la formación de competencias que aumenten la resolutivez de los profesionales frente a las necesidades de salud más frecuentes en la población colombiana.

Se espera que la definición de competencias también contribuya a racionalizar el exceso de denominaciones de programas de posgrado en salud, cuyo número actual supera la centena, solamente en el área de medicina.

Previamente se había adoptado el enfoque de formación por competencias para los programas de formación para el trabajo en salud (auxiliares), por lo cual sus currículos, recursos y estrategias pedagógicas están diseñados con este enfoque.

5.4 Coordinación inter institucional

Con la creación del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, como organismo asesor del Gobierno Nacional para la definición de políticas de RHS se fortaleció la participación y concertación frente a las políticas y regulación de los recursos humanos en salud. En este organismo están representados los profesionales y estudiantes del área de la salud, las universidades públicas y privadas que tienen programas de formación superior en salud, las instituciones hospitalarias, las aseguradoras en salud y los Ministerios de Educación Nacional y de la Protección Social.

Desde la creación del Consejo en 2007 se han analizado temas como la relación docencia servicio, la recertificación, el ejercicio de medicinas y terapias alternativas y el servicio social obligatorio, entre otros, y próximamente asumirá el análisis de la propuesta de la política y el plan de largo plazo de recursos humanos en salud.

También se fortaleció la coordinación intersectorial entre los sectores salud y educación mediante la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud creada en 2008 e integrada por dos Viceministros del Ministerio de la Protección Social y uno del Ministerio de Educación Nacional. Esta Comisión se encarga de formular y dar fuerza vinculante a las decisiones y normas que requieran acciones articuladas entre los sectores de Educación y Protección Social en la formación y ejercicio de RHS y cuenta con un delegado permanente ante la sala de salud de Conaces para garantizar una mayor coordinación en el desarrollo de estos temas.

Esta Comisión tiene un Grupo de Apoyo, donde participan funcionarios del nivel ejecutivo de los Ministerio que la integran y del Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA, institución pública descentralizada que tiene una amplia responsabilidad en la formación de los técnicos y auxiliares de la salud en Colombia.

De otro lado, se conformó la Comisión de Calidad de la Formación para el Trabajo, que pese a tener un ámbito que excede al RHS, si es una herramienta útil para promover el logro de mejores estándares de calidad en la formación de auxiliares de la salud.

Se destaca el funcionamiento de la Mesa Sectorial de Salud, a través de la cual se han logrado avances importantes en la normalización de los programas de

auxiliares de la salud, mediante la definición de competencias, perfiles y títulos que correspondan a los requerimientos de las entidades del sector salud.

Finalmente, el Ministerio de Protección Social y la Superintendencia de Economía Solidaria, están aunando esfuerzos para que el cooperativismo constituya una opción real de mejora de los trabajadores de la salud y no un medio para vulnerar sus derechos y eludir los aportes de seguridad social. En este sentido, ha mejorado el control sobre las instituciones de salud e intermediarios laborales para garantizar el cumplimiento de las normas sobre vinculación y contratación de personal, con resultados que han llevado a la imposición de sanciones y multas a quienes no las cumplen.

5.5 Gestión de Información y Observatorio de Recursos Humanos en salud

La información sobre formación, empleo e ingresos de los profesionales de la salud ha mejorado notoriamente con el desarrollo del Observatorio Laboral del Ministerio de Educación Nacional y el Observatorio de Talento Humano en Salud del Ministerio de la Protección Social. Desde hace unos años se están realizando cruces sistemáticos de las bases de datos de egresados de los programas de educación superior, y las bases de datos del Sistema de la Protección Social, lo que permite tener un diagnóstico preliminar de lo que está pasando con estos profesionales en el mercado laboral. A partir de este año, este ejercicio incorporará las bases de datos de los Colegios y Organizaciones de profesionales de la salud.

A finales de 2009, se hizo el lanzamiento de la sala de medicina familiar, que contó con la participación de universidades, especialistas en medicina familiar, representantes de las instituciones hospitalarias y aseguradoras en salud, la OPS, la Academia Nacional de Medicina y los Ministerios de Educación Nacional y de la Protección Social. Este evento generó gran expectativa sobre la potencialidad del Observatorio y, afianzó el compromiso del Ministerio de la Protección social y los demás actores interesados, con los propósitos definidos en este campo.

En febrero de 2010 se afianzó el intercambio de información entre los dos Ministerios, mediante la firma de un convenio interinstitucional que formaliza el compromiso de las dos entidades y define las reglas de juego para facilitar esta tarea.

El Observatorio de Talento Humano en Salud se está fortaleciendo, mediante la expedición de una norma que le da piso legal y la aprobación de un proyecto de inversión que provee recursos para el financiamiento de estudios. Se rediseñó el esquema operativo del Observatorio a través de salas temáticas, y la definición de una metodología de construcción colectiva de conocimiento que dará una mayor dinámica a sus objetivos y actividades.

Finalmente, con el propósito de mejorar la disponibilidad de información e impulsar el desarrollo de los Colegios profesionales del sector salud, se viene desarrollando el Registro Único de Talento Humano en Salud, a través del cual se registrará y consolidará la información de los RHS que ejerce su profesión u oficio en el territorio nacional, permitiendo tener información precisa y con mayor detalle sobre las áreas, instituciones, regiones de desempeño.

5.6 Incentivos: Servicio Social Obligatorio y Becas Crédito

Con el objetivo de resolver algunos problemas de acceso a los servicios de salud en regiones alejadas de los centros urbanos, y al mismo tiempo ampliar los espacios de formación y ejercicio de los profesionales de la salud, se está actualizando la normatividad referente al Servicio Social Obligatorio en salud. Con esta iniciativa se abrirá la posibilidad de que instituciones y programas dirigidos a poblaciones deprimidas, vulnerables o en condiciones especiales (población desplazada, niños en estado de abandono y mujeres que cuidan de ellos, población reclusa, comunidades indígenas, entre otros), puedan acceder a servicios de salud y que los profesionales, al iniciar su vida laboral, cuenten espacios de desempeño diferentes a las instituciones hospitalarias.

Esta actividad, viene acompañada de incentivos para que las Universidades y las entidades que atienden programas de salud, acuerden condiciones que faciliten llegar con soluciones más adecuadas a las poblaciones, a través de la formación previa de los profesionales en aspectos que consideren las características demográficas, perfiles epidemiológicos y otros aspectos propios de cada región o población.

En el mismo sentido, se ofrecerá la posibilidad de que el Servicio Social Obligatorio se cumpla durante el desarrollo de una especialización y al culminar la misma, en disciplinas, regiones e instituciones donde se identifiquen dificultades a este tipo de servicios.

Esta opción se armonizará con los incentivos otorgados a través del programa de becas crédito que tienen el gobierno nacional para financiar la formación de especialistas del área de la salud, que también se está reorganizando con el fin de incentivar la formación en las especialidades que más requiere el país, bien sea por su impacto en la resolución oportuna de las necesidades de salud de la población, como es el caso de los especialistas en medicina familiar, o por las dificultades de acceso a este tipo de servicios derivados de una oferta insuficiente de profesionales.

6 BASES DE POLÍTICA Y PLAN DE LARGO PLAZO DE RHS

Para dar continuidad a los procesos que se vienen desarrollando e integrarlos al rededor de objetivos compartidos de largo plazo, la Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos ha propuesto las bases para el diseño participativo y concertado de la política de RHS y de un plan de largo plazo que asegurando el cumplimiento de los principios y objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en particular las necesidades de salud de la población colombiana.

Se proponen 6 objetivos básicos, sobre los cuales se fundamentarán las bases para el desarrollo de la política y el plan de largo plazo de recursos humanos en salud:

- Desarrollar y mantener recursos humanos en salud idóneos y competentes, en un marco autoregulado de ética y responsabilidad social.
- Alinear expectativas del recurso humano con las necesidades en salud de la población y las características del SGSSS.
- Mantener un balance dinámico entre los mercados educativo, laboral y de servicios, considerando las migraciones regionales e internacionales.
- Mejorar las condiciones para el desempeño laboral y el desarrollo profesional y personal del recurso humano en salud.
- Promover estrategias de prevención, promoción, salud pública y resolutiveidad en el primer nivel de atención.
- Contribuir a garantizar el acceso y la calidad en la atención en salud, y la sostenibilidad del SGSSS y sus instituciones.

Estos objetivos, se construyeron después de identificar los intereses de los principales actores del campo de los recursos humanos en salud, y se resumen en el siguiente esquema:

Gráfico 3. Desarrollo de la experiencia del campo de RHS en Colombia.



Fuente: Dirección de Análisis y Política de Recursos Humanos. Ministerio de la Protección Social

Con la identificación de los actores y sus intereses, se establecieron los requerimientos para avanzar en un proceso de construcción colectiva, que permita hacer la transición completa hacia la autorregulación con incentivos alineados a las necesidades de la población. Todo esto, promoviendo a las instituciones y profesionales de la salud, a ejercer la autonomía con responsabilidad social, y cumpliendo los deberes legales, éticos y profesionales en cada caso.

La política y el plan de RHS deberán facilitar el avance organizado hacia un campo autoregulado de recursos humanos en salud, donde los actores anclen sus intereses, expectativas y gestión en objetivos comunes de largo plazo. En esta dirección, la autonomía de los actores debe ser materia de autorregulación, de tal forma que el logro de mejores resultados individuales está vinculado al mejoramiento real de las condiciones de salud y bienestar de la población.

Se propone que la política y el plan de RHS se organice alrededor de cuatro ejes articuladores: armonización, calidad, desarrollo institucional, y trabajo digno y compromiso social. De esta forma se dará continuidad, integralidad y concreción a las iniciativas que se vienen desarrollando desde años anteriores.

6.1 Eje de armonización

Alrededor de este eje se articularán las políticas, objetivos, iniciativas y recursos orientados a reducir las brechas que existen entre la oferta y demanda de los mercados educativo, laboral y de servicios. En especial se busca que el mercado educativo identifique oportunamente los requerimientos y tendencias del mercado de la salud de tal forma que las instituciones, estudiantes y profesionales, tomen decisiones oportunas con base en ejercicios de prospectiva y ‘señales’ visibles a las cuales todos tengan acceso en igualdad de condiciones.

También se incluyen en este eje las iniciativas e incentivos relacionadas con la adecuada distribución de los recursos humanos por regiones, zonas, disciplinas, profesiones y especialidades, así como aquellas orientadas a determinar las necesidades de salud de la población frente a las competencias del personal de la salud adquiridas en los procesos de formación.

Todas las iniciativas anteriores tienen un efecto directo en el acceso de la población a los servicios, en el empleo, en los salarios y en las condiciones laborales del recurso humano.

6.2 Eje de calidad

Este eje integra los instrumentos para garantizar el cumplimiento real y permanente de los requisitos de calidad de las instituciones, programas y recursos humanos en salud, mediante una mayor capacidad de inspección, vigilancia y control por parte del Estado, y paralelamente, promoviendo la acreditación voluntaria para mejorar en forma progresiva y constante la calidad de la atención en salud.

Se contemplan aquí las iniciativas relacionadas con el mejoramiento de la relación docencia servicio; el desarrollo de los hospitales universitarios como centros de prácticas formativas de alta calidad y reconocimiento académico; la implementación y acceso equitativo a programas de formación continua para el personal de la salud; la definición de competencias para los profesionales del área de la salud; la recertificación periódica del personal a lo largo de su vida laboral y la búsqueda de sinergias entre los sistemas de garantía de calidad de salud y educación, entre otras.

6.3 Eje de trabajo digno y compromiso social

Este eje se integra por dos bloques temáticos que se relacionan entre sí: en primer lugar, las iniciativas orientadas a mejorar las condiciones para el desempeño del personal del SGSSS, medido en términos de empleo, ingresos, estabilidad y condiciones laborales, eliminando y/o controlando el uso ilegal o abusivo de los mecanismos de flexibilización y tercerización y, en segundo lugar, las iniciativas dirigidas a fortalecer la autoregulación de las profesiones de la salud, como mecanismos para garantizar la autonomía profesional en un marco de responsabilidad social y de respeto a las normas éticas, legales y profesionales.

Para estos efectos se prevé un mayor desarrollo de los instrumentos de inspección, vigilancia y control del campo laboral, para asegurar el cumplimiento de las normas que regulan el funcionamiento de las Cooperativas de Trabajo Asociado para la autogestión de los trabajadores de la salud, así como los derechos y garantías de los trabajadores en materia de seguridad social, autonomía, jornadas de trabajo, descanso y capacitación, entre otros.

El Ministerio de Protección Social y la Superintendencia de Economía Solidaria, están aunando esfuerzos para que el cooperativismo constituya una opción real de mejora de los trabajadores de la salud y no un medio para vulnerar sus derechos y eludir los aportes de seguridad social. En este sentido, ha mejorado el control sobre las instituciones de salud e intermediarios laborales para garantizar el cumplimiento de las normas sobre vinculación y contratación de personal, con resultados que han llevado a la imposición de sanciones y multas a quienes no las cumplen.

De igual forma se prevé la actualización de los códigos de ética y de los procesos ético-disciplinarios de las profesiones de salud, como mecanismos de autoregulación que respondan a las actuales condiciones que rodean el ejercicio de las mismas.

Las acciones de este eje se articularán a la iniciativa de Trabajo Decente que actualmente promueve la Organización Internacional del Trabajo.

6.4 Eje de desarrollo institucional

Este eje integra las acciones, esfuerzos y recursos destinados al desarrollo de las organizaciones del personal de la salud y a la consolidación de los espacios de participación y concertación intersectorial. De manera específica, se requiere promover el desarrollo de los colegios profesionales, las sociedades científicas, el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud y la Mesa Sectorial de Salud. Esta última como estrategia para garantizar la participación de los actores involucrados en los procesos de formación y ejercicio de los auxiliares y técnicos de la salud.

Es de interés general, que las organizaciones y agremiaciones de los RHS maduren y fortalezcan su representatividad y su capacidad técnica para consolidar su protagonismo y mejorar su interlocución frente a los demás actores.

De otro lado, hay un proyecto de inversión puntual con un horizonte de mediano plazo, que busca fortalecer la capacidad técnica y operativa la Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos, como elemento fundamental del liderazgo que debe ejercer el Ministerio de la Protección Social en este campo.

7 REFLEXIONES FINALES

A través de la experiencia descrita en este documento, ha habido un creciente reconocimiento de los RHS como el elemento más importante del SGSSS, y de la necesidad de realzar su participación y protagonismo en el desarrollo de la agenda del Sistema de la Protección Social para asegurar el logro de sus objetivos. Esto implica que los ajustes, planes, objetivos o metas del SGSSS debe tener en cuenta las implicaciones, requerimientos y limitaciones en el campo de los recursos humanos.

En tal sentido, la meta de acceso universal a la salud a través del aseguramiento, debe considerar la necesidad de una transición para que se realicen los ajustes graduales en la oferta educativa y laboral que aseguren el acceso efectivo de la población asegurada a los servicios de salud.

También es necesario enviar señales claras desde el campo de la salud, sobre el perfil de los RHS que requiere para garantizar la pertinencia y la calidad en la atención en salud. Conviene para este propósito llegar a un consenso sobre las bases de un modelo de prestación de servicios de salud común para las aseguradoras y prestadores de servicios, que oriente las decisiones de las instituciones educativas, estudiantes y profesionales de la salud.

Paralelamente, en la educación superior en salud se requiere robustecer los aspectos curriculares relacionados con el conocimiento del entorno, la salud pública y las competencias administrativas. Así mismo, se requiere definir mejor los perfiles y campos de desempeño de los auxiliares, técnicos y tecnólogos de la salud.

De otro lado, se observa que las fuerzas del mercado por sí solas no logran regular de manera adecuada la oferta y demanda de RHS, ni articular eficientemente los mercados de formación, de servicios y laboral, de cuya interacción depende que haya recursos humanos suficientes, competentes y en condiciones laborales adecuadas. En este sentido, los incentivos planteados en la reforma de 1993 no han logrado el efecto esperado, por lo menos en el campo de los RHS. Dichos incentivos se diseñaron para un sistema que tuviera como referencia para todos sus actores objetivos y beneficios de mediano y largo plazo, pero la realidad ha mostrado que la mayor parte de actores enfocan su gestión en el corto plazo.

Por esta razón, el Estado tiene un rol fundamental en este campo que exige fortalecer su capacidad de liderazgo en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación de la política sectorial, así como en actividades de regulación, articulación, inspección, vigilancia y control, en los ámbitos, nacional, regional y local. Se requiere entonces una revisión de los incentivos a partir de la cual se introduzcan los ajustes necesarios en la regulación actual, que debe estar acompañada por una mejora en la disponibilidad y acceso a la información que lleve a reducir las asimetrías y desequilibrios al interior del campo del RHS.

La definición de políticas y la planificación de RHS, son ejercicios altamente complejos, donde conciliar los intereses de los actores con los objetivos en salud requieren un Estado que intervenga al mínimo pero que, al mismo tiempo, muestre una gran fortaleza técnica, liderazgo e independencia frente a los demás actores. En este sentido, lograr una “visión” compartida frente al camino que se debe seguir en la búsqueda de soluciones a la problemática actual, es el primer reto que enfrenta actualmente el campo de recursos humanos en salud.

En particular, se requiere mejorar la capacidad de predicción de los procesos y mecanismos en que se fundamenta la definición de la política y la planificación de los recursos humanos en salud, mediante estrategias flexibles que permitan reaccionar ante los cambios rápidos y constantes del campo de RHS, teniendo siempre como referencia una visión de largo plazo.

La flexibilización laboral y mecanismos de tercerización como estrategias para mejorar la eficiencia, competitividad y sostenibilidad de las instituciones hospitalarias, particularmente las públicas, deben ser consistentes con la garantía de un trabajo digno, adecuadamente remunerado, y con los objetivos de la calidad en la atención en salud. Es necesario revisar los incentivos y controles para que estas instituciones contribuyan al mejoramiento de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud.

Un aspecto que aún no ha sido incorporado en la agenda del campo de recursos humanos de la salud, es el relacionado con la capacidad de las entidades territoriales para gestionar el recursos humano requerido para cumplir sus roles y responsabilidades en el SGSSS. Las entidades territoriales, es decir departamentos, distritos y municipios, tienen bajo su responsabilidad temas como la organización de las redes públicas de prestación de servicios, la identificación de la población que por sus condiciones económicas debe recibir subsidios en salud y la gestión de una parte importante de los recursos de la salud. La baja capacidad técnica, administrativa y operativa de estas entidades se explica en gran medida por la carencia de personal competente e idóneo, que aún hoy día no se está formando de manera planeada y sistemática.

Finalmente, es importante perseverar en el uso y desarrollo de los espacios y procesos de participación que buscan armonizar acciones frente a los temas de política, regulación y gestión de los recursos humanos, teniendo siempre como referente la salud y el bienestar de la población colombiana.

BIBLIOGRAFÍA

1. CASTELLANOS R., Jorge. *El Observatorio De Recursos Humanos “una estrategia de concertación para la adopción de políticas públicas en salud” Desafíos Globales y Nacionales Iniciativa Regional Para La Reforma Del Sector Salud En América Latina Y El Caribe*. Ministerio de la Protección Social. 2004.
2. GOMEZ, Héctor. *Modelo de oferta y demanda de Recurso Humano en Salud en Colombia. Caracterización del estado actual de la oferta de Recursos Humanos en salud en Colombia: 6 profesiones*. Programa de Apoyo a la Reforma: Ministerio de Salud de la Republica de Colombia, 2002.
3. Ministerio de Salud de la República de Colombia. *Desafíos para los Recursos Humanos en el Sistema General de Seguridad Social En Salud*. Bogotá D.C.: Memorias el Foro-Video Conferencias, 2002.
4. Ministerio de Salud de la República de Colombia. *La reforma de salud en Colombia y el Plan Maestro para su implementación, Informe final*. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, 1996.
5. Ministerio de Salud de la República de Colombia. *Memorias el Foro-Video Conferencias. Desafíos para los Recursos Humanos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá D.C., 2002.
6. OPS / OMS, *Informe del grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI*. Washington D.C., EUA. 46° Consejo Directivo. 57ª Sesión del Comité regional, 2005.
7. República de Colombia. *Decreto 1478 de 1994: por el cual se establecen los requisitos y procedimientos para el reconocimiento de personería jurídica de instituciones privada de educación superior, la creación de seccionales y se dictan otras disposiciones*.
8. República de Colombia. *Ley 100 de 1993: por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*.
9. República de Colombia. *Ley 1164 de 2007: por la cual se dictan disposiciones en materia de Talento Humano en Salud*.
10. República de Colombia. *Ley 30 de 1992: por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior*.
11. República de Colombia. *Sentencia T-760 de 2008 por la cual se reitera el derecho a la Salud*. Corte Constitucional.
12. ROSELLI, Diego y otros. *Estimación de la oferta de médicos especialistas en Colombia con el método de captura-recaptura*. Revista Panamericana de la Salud, Vol. 9, no. 6, 2001.
13. Ruiz G., Fernando. *Sostenibilidad y Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Una lectura desde la microeconomía*. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Bogotá D.C.: Pontificia Universidad Javeriana, 2005
14. RUIZ, Fernando y otros. *Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva*. 3ra edición. Bogotá D.C.: Pontificia Universidad Javeriana-CENDEX, Ministerio de la Protección Social, 2008.
15. TONO, Teresa M., *Los Hospitales en el contexto de Latinoamérica y el Caribe*. Fundación Corona y Fundación FORD.
16. UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA. *El mercado de trabajo de los profesionales colombianos*. Observatorio del Mercado de Trabajo y la Seguridad Social. Boletín No.9, 2006. http://www.uexternado.edu.co/derecho/pdf/observatorio_mercado_trabajo/boletin_9.pdf (acceso enero 20 de 2010).

