

Estudio de Recursos Humanos del Sector Salud en Colombia

Académico Gustavo Malagón-Londoño y los Drs. William Rodríguez Uribe y Carlos Eduardo Jurado Moncayo

1. Antecedentes

Siendo el recurso humano el encargado de movilizar los demás recursos e impulsarlos de tal manera que conlleve a una dinámica de producción masiva de bienes o servicios, su estudio para llegar a una identificación real, categorización, clasificación; es necesario en cualquier área del conocimiento.

Frente al nuevo esquema de prestación de servicios propuestos, los profesionales de la salud han perdido aquella posición digna, de respeto y liderazgo dentro del sistema y dentro de su entorno social, lo cual ha llevado a muchos de ellos a desertar de sus oficios originales, con lo cual se llega a la falla en la instauración del Sistema.

Así mismo la Ley 100 de 1993 que debió ser vista como una nueva oportunidad de negocios dentro de las diferentes profesiones de la salud, se transformó en una seria amenaza para el ejercicio independiente de cada profesión.

No es apropiado ni satisfactorio dejar un proceso decisorio de tal magnitud en manos de otros sectores que únicamente verán y obtendrán estadísticas del acceso de la población colombiana a estudios superiores y los renglones en los cuales quieren desempeñarse y se desempeñarán en un futuro. El sector de la salud debe tomar un claro papel protagónico frente

a la promulgación de políticas de formación y utilización de su recurso humano.

La Academia Nacional de Medicina consciente del vacío existente en el sector con respecto al tema, ha querido desde su posición estratégica con respecto a las profesiones del área y las universidades, liderar un proceso que conlleve a la organización de un Estudio del recurso humano del Sector Salud en Colombia, tomando como punto de partida el censo de los trabajadores de la salud en todas las áreas, de tal manera que se identifique su disponibilidad, su capacidad, la ubicación, las facilidades laborales en zonas aisladas y su grado de satisfacción, entre otras variables de interés.

El marco legal vigente en la actualidad para las profesiones de la salud, parte desde el año de 1914, y es de tener en cuenta que muchas leyes reglamentarias de profesiones, tales como las de medicina y odontología datan de 1962. Esto trae como consecuencia, que estos marcos legales no se encuentren actualizados a los nuevos esquemas de prestación de servicios planteados y que la norma como tal no pueda ser aplicada en el momento que se requiere.

Colombia posee una gran tradición en el estudio de sus recursos humanos del sector salud, pero los

mismos no han sido utilizados con el impacto que se esperaría. Últimamente el proceso se ha abandonado y no se lo ha incluido dentro de un esquema serio de planeación. Hace mucho tiempo se inició el proceso de reglamentación y estudio, siendo posiblemente el más serio y profundo el llevado a cabo entre los años de 1964 y 1967 denominado Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica, cuyos resultados fueron expuestos a nivel mundial y colocaron a Colombia a la vanguardia en este tipo de trabajos.

Este estudio recolectó información con respecto a morbimortalidad, recursos físicos, financieros, cobertura y concentración de servicios médico-asistenciales. En el área de recursos humanos investigó tópicos relativos a la formación y utilización del recurso dentro de los cuales se destacan los siguientes aspectos: mala distribución geográfica, insatisfacción en el trabajo, inadecuación entre tareas asignadas y su formación, subutilización por carencia de personal auxiliar y alto nivel de práctica privada.

Así mismo estudios correspondientes a profesiones específicas se han adelantado desde 1970 siendo las áreas más exploradas, medicina, odontología, enfermería, nutrición y bacteriología.

En el año de 1970 se inició el Inventario Nacional de Recursos Humanos para la Salud, tal como lo recomendó el estudio realizado entre 1964 y 1967. Se estandarizó el instrumento básico de captación en las oficinas de personal de las instituciones de salud, como la hoja o formulario de registro de personal. En 1977 se produjo el Inventario Nacional de Recursos Humanos para la Salud y se iniciaron refuerzos para tener el registro sistemático de recursos humanos, como medio de información permanente y actualizado en cualquier momento. Esta situación no se ha podido llevar a cabo por la desarticulación existente hasta el momento y por falta de un sistema de información.

Se llegó a la constitución del Consejo Nacional de Recursos Humanos para la Salud mediante el Decreto 2905 de 1977, el cual se encargaría de coordinar los sectores de salud, seguridad social, educación y trabajo con la finalidad de superar incongruencias entre formación y ocupación, así como de asesorar al Icfes en la determinación de la cantidad y calidad de profesionales universitarios.

Con posterioridad, el Decreto Ley 80 de 1980 le dio autonomía al Icfes para autorizar programas docentes y solicitar información al Consejo para la aprobación de programas en el área de la salud. Esto condujo a una inadecuada planeación del recurso humano y a una total ruptura entre los dos sectores.

Con la finalidad de generar mayores campos de trabajo se promulgó la Ley 50 de 1981 que estableció como tal el Servicio Social Obligatorio y habló de la perma-

nencia del recurso humano en sitios de trabajo aislados. Desafortunadamente el crecimiento de los egresos fue muy superior al de los empleos. Lo anterior se vio complementado con la rotación impuesta a los cargos del servicio social obligatorio mediante los actos administrativos reglamentarios posteriores.

Con respecto a la formación universitaria, entre 1975 y 1986 se duplicaron los egresos de medicina, se quintuplicaron los de odontología y en enfermería la modalidad profesional o superior creció en un 78%. Esto respondió a políticas de expansión universitaria, sustentadas en el crecimiento económico del país y a presiones de diferentes grupos interesados.

En el Estudio Sectorial de Salud realizado entre 1987 y 1989, demostró que en el año de 1987 las cifras encontradas con respecto a recursos humanos en salud fueron indicativas de la más baja relación de médicos y odontólogos por habitantes al ser comparada con la del resto de países americanos.

En este mismo informe, el 74% de los profesionales se ubica en las ciudades capitales del país y medio urbano que en conjunto reúnen al 67.2% de la población, quedando un 30.8% para ser atendida por el 26% restante.

Un evento convocado por Ascofame en 1987 concluyó que los diez problemas principales con los cuales se enfrenta el sector salud en materia de educación son los siguientes: Desviación de la misión universitaria lo cual lleva a no participar de las soluciones integrales que requiere el país; proliferación de escuelas y graduados que conlleva al desempleo

y al subempleo; falta de infraestructura clínica para la enseñanza, (adicionalmente la misma se da en un ámbito exclusivamente hospitalario); falta de recursos bibliográficos y de información; mal proceso de selección y retención de los estudiantes del sector; deficiente calidad y dedicación por parte de los docentes; prevalencia de valores científicos sobre los humanos lo cual lleva a la deshumanización de la profesión; desequilibrio en educación de postgrado; falta de similitud entre modelo enseñado y el que se necesita realmente; desadaptación entre objetivos académicos y avances tecnológicos y científicos.

En el estudio las *Estadísticas Sociales en Colombia* publicado por el Dane en 1993 aparece que el número de médicos, odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería y promotoras de salud ha aumentado a mayor velocidad que la población.

El crecimiento en el caso de los médicos fue en un lapso de 19 años, de un 217.2%, ya que se pasó de 4.4 profesionales por cada 10.000 habitantes a 9.2. La población médica se aumentó en el período de 9.299 a 29.498, lo que generó una situación complicada en relación con su ambiente laboral.

El mayor crecimiento lo experimentan las auxiliares de enfermería. Este personal que en 1970 era de 7.616, aumentó en 1989 a 29.876 es decir, 9.5 auxiliares por cada 10.000 habitantes.

El crecimiento en el área de la odontología fue entre 1970 y 1989 de un 307.2%, como consecuencia del nacimiento de nuevas facultades de odontología, sin ningún control en cuanto al número de ma-

tricolados y se podría afirmar que también en cuanto a calidad.

Las enfermeras profesionales y las promotoras de salud fueron los dos grupos de mayor crecimiento porcentual; 373.6% y 372.9% respectivamente, incrementándose su disponibilidad en 2.7 y 2.3, por cada 10.000 habitantes.

Ultimamente el proceso legislador ha ido más en contravía al observarse en la ley de educación (Ley 30 de 1993) la autonomía que se les dio a las instituciones educativas lo cual traería como consecuencia la proliferación de entidades formadoras y de programas sin ningún tipo de control.

La situación actual del país recoge lo observado por la misión Ciencia, Educación y Desarrollo en el año de 1993 en el capítulo Crecimiento y Desarrollo Educativo en Colombia, 1958-1993. En este informe, Angel Facundo Díaz establece claramente que no es posible llegar a hacer un estudio comparativo sobre la formación de recursos humanos debido a la falta de información estadística y la poca continuidad en los estudios. Así mismo, se observa que la variación entre las ocupaciones en los diferentes sectores no ha sido muy significativa en los períodos transcurridos en el Frente Nacional y el postfrente Nacional. Lo único considerable es el cambio de posición del sector social con respecto a otros sectores, el cual capta una mayor cantidad de población interesada en continuar con esta línea.

Otra situación que se puede deducir de observar el comportamiento del recurso humano del sector salud ha sido que a pesar de haberse disparado la creación

de instituciones docentes, la respuesta ante las necesidades parece inmodificada, sin mayores cambios frente al perfil de morbimortalidad, situación que adicionalmente se ve agravada con la condición económica y social del país. Las complicaciones y demandas por mala praxis empiezan ya a hacer una herida dentro de las diferentes profesiones.

Un estudio reciente y más próximo a la realidad actual del país se obtuvo mediante el trabajo de la Superintendencia Nacional de Salud, titulado el *Recurso humano de la Salud en Colombia* llevado a cabo entre los años 1988 y 1994, el cual tomó como punto de referencia los egresados de las facultades en ese período.

El estudio tuvo en cuenta las profesiones de medicina, enfermería, bacteriología, odontología, nutrición y dietética, terapia física, terapia ocupacional, optometría, fonoaudiología y terapia del lenguaje y auxiliares de enfermería.

Otros elementos que sirven de apoyo para observar la situación actual por la que pasa el Recurso humano del Sector Salud es la presentada por diferentes informes que han servido de soporte a la promulgación de la Ley 100 de 1993 y adicionalmente para la conformación de convenios administrativos internacionales.

Los problemas planteados desde estas instancias han sido relacionados con la falta de política clara al respecto consecuente con un falta de información básica actualizada para facilitar la toma de decisiones.

Dentro del proceso descentralizador del país se han obtenido datos referentes al desequilibrio

entre la oferta y la demanda de los recursos, la falta de consistencia entre requerimientos cuantitativos y cualitativos, la calidad de los programas de formación del recurso, la falta de normas e incentivos y la falta de articulación entre los diferentes sectores para lograr producir un recurso humano acorde con las necesidades del país.

El año de 1996 el Ministerio de Salud realiza la publicación de Recursos Humanos en Salud y Proyecciones a corto y largo plazos para Colombia desde el año 1994 hasta el 2024. Es un estudio bastante serio que desafortunadamente partió de bases de datos no muy confiables.

El Icfes (Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior) a 4 de marzo de 1997, informó el número de instituciones dedicadas a la formación de profesionales de la salud en las áreas de medicina, odontología, bacteriología, y enfermería tal como aparece a continuación:

Medicina: 35 facultades en total de las cuales 31 están registradas y 4 no. En el año de 1994 existían 21 facultades registradas y 5 más sin registrar.

Odontología: Existen 20 facultades de las cuales 16 se encuentran registradas y 4 no. En 1994 existían 12 facultades aprobadas.

Bacteriología y laboratorio clínico: En bacteriología existen 12 facultades registradas contra 9 que se encontraron en 1994.

Enfermería: Se encuentran 30 facultades registradas.

Después de observar las cifras de este año y las que presentaba el estudio de la Superintendencia Nacional de Salud en el año 1995, se nota con preocupación el incre-

mento que han tenido en número las facultades de medicina y odontología. Se podría concluir que al saberse los resultados del informe, la decisión fue abrir más instituciones educativas sin atender un proceso serio de planeación y estudio, posiblemente por la expectativa de insuficiencia de recurso humano a nivel nacional, a lo cual se sumó la expedición de la Ley 30 de 1993.

2. Planteamiento del Problema

El marco legal vigente reglamentario de los sectores relacionados con la formación del recurso humano del sector Salud ha traído como consecuencia una desarticulación creciente entre los mismos, que ha llevado a generación de políticas inexactas (en el caso de existir) o de recomendaciones que no tienen el suficiente marco de justificación que encauce dicho recurso.

Así mismo, a pesar de tener Colombia una tradición de estudios en recursos humanos, la falta de planeación sectorial ha llevado a que no se tengan en cuenta los resultados que ellos arrojan y no se los asimile en el proceso normatizador.

Todo esto ha conducido en el sector a no poseer una política clara con respecto a la formación del recurso humano que indique cuál ha de ser el camino a seguir con respecto al recurso y cuál ha de ser el comportamiento de las escuelas de formación de las diferentes áreas, así como el comportamiento de las instituciones prestadoras de servicios y de las empresas promotoras de salud frente al mismo.

Lo anterior se manifiesta en el hecho de poseer estudios con in-

formación parcial, no contar con los instrumentos necesarios para realizar una actualización de la información y poseer un marco normativo profesional confuso y desactualizado.

Todos estos hechos conducen a que las instituciones educativas, tomando como punto de partida la información que se arroja al público obtenida de diversos estudios, tienda a llenar espacios que se cree existen en el sector de la salud y genere una apertura indiscriminada y sin planeación de facultades en las diferentes áreas.

Al observar el comportamiento real de todo el sector frente a recursos humanos, se puede ver claramente que por la no existencia de datos confiables y de elementos que garanticen la continuidad en la recolección de la información, así como la desarticulación entre los sectores involucrados con la formación, utilización y desarrollo del recurso humano del sector salud, hay un total desconocimiento sobre la cantidad y calidad del recurso humano existente en el sector.

Si este componente se deja prosperar, tal como ha venido ocurriendo sin intervención directa del sector, y dejando las decisiones de la formación en manos de otros intereses diferentes a los que deben guiar el mismo sector, los elementos que se espera, empiecen a prosperar en la forma que lo vienen haciendo en la actualidad serán el desempleo, el subempleo y la insatisfacción profesional. Dicha situación está trayendo como resultado que los profesionales y en general todo el recurso humano capacitado del sector salud, desee concentrarse en las grandes

ciudades con la finalidad de ejercer un oficio digno y bien remunerado, así como de continuar con sus estudios de post-grado y de actualización. Este elemento conduce como tal a que el nivel de calidad de vida de todos los profesionales caiga y se vea considerablemente desmejorado.

La consecuencia directa de una actividad profesional desmotivada por causa de la disminución de la calidad de vida es el efecto que tiene sobre los tratamientos clínicos y las complicaciones que trae como tal para el paciente y para el sistema.

Al generarse un proceso de esta magnitud, uno de los principales principios de la seguridad social que se verá afectado, es la calidad en la prestación de los servicios. Se podrán generar todos los elementos normativos de la calidad pero si el recurso humano no se encuentra motivado y no tiene el deseo de colaborar no habrá generación ni aplicación.

Se observa en la actualidad un proceso de incredulidad en el sistema por parte de los usuarios, generado precisamente por la desconfianza que produce la mala calidad o la mala atención en casos de necesidad. Si esta situación no se frena con la oportunidad que se debe dar, lo que se empezará a notar en un futuro, sobre todo en el sector independiente, es una baja de coberturas por parte del sistema, y no habrá posibilidad de motivar a la población para que ingrese.

En la actualidad existen informes de entes internacionales como la Cepal, en los cuales se afirma que el "sector salud vive una crisis generalizada, tanto a nivel de la

región como mundial (...) la cual abarca a las fuentes de financiamiento como a la provisión de servicios, lo que se traduce en bajas coberturas de la población". Con este panorama y habiendo observado el comportamiento en nuestro país y la gran inversión que se ha realizado alrededor del Sistema de Seguridad Social en Salud, sería un lamentable e histórico error no pensar en que el recurso humano no está siendo tenido en cuenta lo cual lleva en general a fallas y retrasos en la implementación del mismo.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud fue definido en Colombia para aumentar la cobertura de la población, para permitir que toda la población tuviera acceso a los servicios de salud y en general que se lograra cumplir los objetivos de la Organización Mundial de la Salud, de salud para todos. Dadas estas circunstancias, es apropiado tener en cuenta que una falla o interrupción en la instauración del Sistema, no afectaría únicamente a un sector de la población sino a la totalidad. Así mismo uno de los grupos más afectados en este momento por causa del ingreso del Sistema sin haberlos tenido en cuenta, es el grupo de los recursos humanos del sector, el cual ha visto lesionados sus intereses, ha visto disminuido su nivel de calidad de vida y ha perdido el liderazgo que poseía en otros tiempos. Dicho recurso no se centra exclusivamente en los profesionales de la salud, sino en todas las personas que de una u otra forma ejercen acciones dentro del sector y se ven afectadas o beneficiadas por algún cambio en el comportamiento. En el anexo

No. 1 se observa de una manera gráfica lo anteriormente expuesto.

3. Justificación

Con la apertura generada con la Ley 100 de 1993, se produjo una gran incertidumbre sobre la cantidad y calidad del recurso humano existente en el país para alcanzar la cobertura total e integral de servicios de salud que garantizaría la efectividad de la ley, y no puede esperarse la cobertura total sin llegar a definir la calidad y cantidad de los recursos humanos.

Se presenta este estudio como una necesidad del país, para poder planificar el desarrollo de los recursos humanos y realizar los correctivos que sean necesarios con relación a la calidad de la educación superior en el área de la salud.

El Sistema de Seguridad Social en Salud requiere de recursos humanos calificados para cubrir las áreas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

La situación que se vive en la actualidad es la concentración del recurso humano en las siete (7) principales capitales del país por razón de las mayores oportunidades laborales y tecnológicas, hallando en Santafé de Bogotá la oferta de un médico por 500 habitantes, en contraste con la población indígena en donde hay un médico por 10.000 habitantes y en la Amazonia y Orinoquia, donde se puede encontrar uno por 5.000 habitantes.

El Instituto de Seguros Sociales informa de 12.500 médicos en Santafé de Bogotá lo que daría una ocupación de alrededor un médico por cada 480 habitantes. La capital poseía alrededor de 6.000.000

de habitantes, sin tener en cuenta la población flotante y de suburbios, en 1996.

Hay que tener en cuenta que Santafé de Bogotá tiene uno de los mayores índices de desocupación de médicos y de odontólogos, algo similar sucede en las principales capitales del país. Otro factor es la explosión desmesurada de facultades de medicina y de odontología, las cuales especulan para garantizar la gran población estudiantil que están recibiendo año tras año. Existen 35 facultades de medicina (Icfes, 1997) y se dice que para el año 2000 Colombia tendrá 1.33 médicos por 1.000 habitantes y 0.60 enfermeras por 1.000 habitantes (Supersalud, 1995). El Ministerio de Salud proyecta una oferta sin intervención de la situación actual en el sector educativo para el año 2004, de 53.621 médicos; 36.350 odontólogos; 17.037 enfermeras y 45.634 auxiliares de enfermería; la situación es preocupante por la falta de planeación sería en este sentido y la falta de unificación de criterios.

Esto es un llamado de atención al sector educativo para que impulse algunas áreas y desestime otras, con el objeto de que la comparación a los 30 años, nos dé un equilibrio un poco más razonable. Al hablar de excedentes se encuentran datos como en odontología, donde sobran hoy según proyecciones realizadas por el Ministerio de Salud, aproximadamente 20.000 odontólogos egresados de 20 facultades de odontología (Icfes, 1997). Entre 1990 y 1994 egresaron 7.665 odontólogos (Supersalud, 1995), lo cual, con una acción articulada entre los sectores salud y educación podría llegar a

reducirse a la mitad, a pesar de seguir siendo una cifra alarmante.

Si se logran acciones efectivas sobre el sector educativo y vencerlo de que reoriente, analice, mire realmente cuáles son las necesidades, se podría disminuir un poco estos desequilibrios tan marcados. En el campo de la enfermería hay un déficit gigantesco de 10.000 a 15.000 enfermeras según las proyecciones realizadas por el Ministerio de Salud, situación crítica en el área profesional y auxiliar en donde la tasa de deserción observada por la Superintendencia Nacional de Salud, fue de 36.09 y 2.12 entre 1985 y 1989 respectivamente.

Es fundamental este tipo de investigaciones y análisis. Su resultado final será un instrumento muy importante para poder definir políticas y establecer o generar espacios de concertación, de coordinación, de diálogo con los estamentos educativos para interesarlos y sensibilizarlos sobre la necesidad de mejorar la calidad en el recurso humano. Así mismo de la necesidad para orientar la formación de acuerdo con la demanda y la dinámica de progreso y desarrollo del nuevo sistema.

Estamos ante un déficit importante en algunas áreas y sobreproducción en otras, del recurso humano en salud y no se sabe exactamente a qué se deba este comportamiento. El sector público está manejando 90.000 funcionarios en salud, de los cuales el Seguro Social dedica a la prestación de servicios de salud 28.000, correspondiente al 31% del movimiento del recurso humano del sector; sin embargo, no se sabe por qué está fallando el sistema de for-

mación, no se sabe qué tipo de orientación hay que darle a los nuevos profesionales o cuántos profesionales son los que se necesitan, no se sabe cómo se debe hacer para que éstos estén satisfechos con el ejercicio de su profesión, ni cómo lograr que alcancen una mejor calidad y distribución geográfica.

El problema de las especialidades es un tema que debe afrontarse, porque a pesar de la gran cantidad de las mismas, éstas no se acomodan a las necesidades reales del país. No se puede formar el número de especialistas que se necesita. Se tienen problemas serios con anestesiología, con otorrinolaringología, con oftalmología, con ortopedia, dentro de otras muchas.

Estos especialistas están creando un mercado excesivo en las principales capitales, es decir, hay sobreproducción de especialistas en Santafé de Bogotá y grandes capitales de departamentos. En ortopedia el 60% de los especialistas está ubicado en las 5 principales capitales. El 95% de los especialistas de diferentes áreas se ubica en las capitales lo cual genera desempleo o subempleo (Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, 1994).

Deben correlacionarse los excesos y el déficit de recurso humano con el problema epidemiológico y la población colombiana, y obtener los índices necesarios.

Ahora bien, observando las razones para que el recurso humano no se desplace fuera de las siete (7) principales capitales se encuentra:

— Carencia de recursos materiales.

- Inadecuada infraestructura física.
- Falta de comodidades mínimas para ellos y su familia.
- Ausencia de incentivos.

Se deben identificar y procesar las principales causas de satisfacción e insatisfacción de los profesionales de la salud, las causas del éxodo de enfermeras profesionales hacia otras actividades. Hay necesidad de ubicar las profesiones que están en depresión y lograr que vuelvan a buscar los niveles adecuados a su *status* profesional.

Gran parte de las fallas que se han detectado en la Ley 100 de 1993, se deben a que no se tuvo en cuenta el recurso humano y la situación del país; una cosa es el número de profesionales que pueda haber en un momento determinado y otra cosa es su distribución geográfica. La distribución social de esos grupos que en nuestro país ofrece una serie de dificultades, que hace que todos los recursos se encuentren en ciertas ciudades y el resto del país esté desprovisto de ellos, a todo lo cual se suma el no existir estímulos para que la gente preparada pueda cubrir estas deficiencias.

Los datos estadísticos de recursos humanos para salud están basados en las cifras históricas de los últimos 20 ó 30 años, sin aplicar índices de deserción, de mortalidad, de incompetencia y con estadísticas de egresados de hace 50 ó más años. En estudios que han aplicado estos índices, la base de datos de la cual se partió no era confiable. **En realidad se desconoce el recurso humano efectivo.**

El estudio abarcará todas las áreas profesionales, técnicas, auxi-

liares y de impacto en salud en general, con la mayor cantidad de variables posibles, satisfacción del personal, condiciones de trabajo, facilidades y actualizaciones; calidad en la prestación de servicios de los profesionales, los cuales han obtenido un título legalmente y no vuelven a ser recertificados, permanecen desactualizados y posiblemente en no muy buenas capacidades para ofrecer un servicio de calidad. **Esto deberá llevar a establecer criterios acerca de la necesidad de la recertificación.**

El estudio debe aportar elementos para determinar el recurso humano de la salud que va a requerir el país en el 2020, 2030 ó dentro de un año. Por lo tanto, se tiene que pensar en escenarios futuros, en el tipo de desarrollo que el país tendrá en esos momentos, el tipo de persona urbana o rural, el tipo de morbilidad, las circunstancias que rodearán al hombre en la estructura de la atención de la salud. Esto generará una metodología prospectiva que permita establecer la necesidad de capacitación del recurso humano hacia ese futuro.

Tradicionalmente cuando se ha hablado de recursos humanos para la salud, se ha hecho referencia a ocho (8) grupos entre universitarios e intermedios. Se estima que para la cobertura total del Sistema de Seguridad Social en Salud, se requieren 84 y posiblemente más grupos contando las subespecialidades; de ahí la idea de realizar un estudio global, que incluya a todos los trabajadores de la salud. Adicionalmente, del recurso humano del sector salud, no se ha estudiado con detenimiento cuál es el

verdadero comportamiento propio frente a salud ocupacional.

También es preocupante la reglamentación con respecto al ejercicio; hay una serie de profesiones entre comillas, no bien definidas, nuevas; que no tienen ningún tipo de regulación de su ejercicio, y existen algunas normas a las cuales hay que quitarles rigidez para avanzar más en la proyección hacia unos programas de salud más acordes con las necesidades del país. Así mismo existen normas que regulan el funcionamiento de las profesiones actuales que no han tenido ninguna modificación y que al momento de aplicarse resultan obsoletas.

Las cifras de oferta y demanda de servicios de salud son estimadas; igualmente lo son los datos de oferta y demanda de recursos humanos para la salud, a corto y mediano plazos, no son el resultado real de investigaciones; no pudiéndose deducir las necesidades requeridas de personal de la salud. Por esta razón, se debe establecer el número de trabajadores de la salud por especialidades vinculados con las instituciones de servicios y confrontar dicha cantidad con la demanda a corto y mediano plazos, e identificar los niveles salariales de cada actividad o especialidad.

Otro elemento que se considerará seriamente dentro del estudio se relaciona con el recurso humano que en la actualidad se encuentra en proceso de formación en las diferentes instituciones. Este será el encargado de llevar a cabo la instauración total del Sistema de Seguridad Social en Salud propuesto por la Ley 100 de 1993. El estudio establecerá cuáles serán los

campos de acción y las perspectivas laborales que se esperan.

El estudio adicionalmente, hará una correlación entre el número de profesionales y el perfil epidemiológico cambiante del país.

Un problema que se ha venido viendo desde tiempo atrás, se relaciona con la falta de un sistema de información en el sector salud. Con el estudio se persigue lograr la continuidad con respecto a lo que se relaciona con el recurso humano y de esta manera contribuir en alguna medida al diseño del sistema de información. El diseño de formularios de recolección permitirá la continuidad en el proceso de actualización de la información.

Ahora bien, la convocatoria que se ha realizado para llevar a cabo el estudio, toca a muchas instituciones del país que deben tomar decisiones frente al tema, lo cual hace que sean beneficiarias directas del proyecto. Con respecto a las relaciones directas del tema con instituciones se encuentran la Presidencia de la República, el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Educación, el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (Icfes), el Departamento Nacional de Planeación, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane), el Instituto del Seguro Social, y Ascofame, dentro de otras instituciones tales como las administradoras del Sistema que se verán beneficiadas directamente de los resultados del proyecto.

La influencia del Sistema de Seguridad Social en Salud es a nivel nacional, por consiguiente

este proyecto debe llegar hasta las zonas más aisladas del país, donde alguna persona ejerce acciones de salud ya sea con o sin capacitación.

4. Objetivo General

Realizar un estudio de los recursos humanos del sector salud en Colombia, a la luz de una investigación científica estadística formal y actualizada, sobre la base de las necesidades presentes y con proyección a la demanda de servicios a corto, mediano y largo plazos.

5. Objetivos Específicos

Los objetivos específicos que se persiguen básicamente con el proyecto y que se espera solucionar en el corto plazo con él, son los siguientes:

- **Cuantificar el recurso humano existente en el sector salud.**
- **Establecer la relación entre el recurso humano y la población colombiana.**
- **Identificar la distribución geográfica del recurso humano.**
Establecer la cantidad del recurso humano general y por especialidad.
- **Determinar la calidad del recurso humano.**
- **Identificar el grado de satisfacción profesional y ocupacional del recurso humano.**
- **Establecer indicadores relacionados con la deserción profesional de las diferentes ramas.**
- **Identificar la oportunidad laboral del recurso humano actual y futura.**
- **Identificar el interés y la práctica del recurso humano en la educación continuada.**

- **Estimar matemáticamente el crecimiento anual de la oferta del recurso humano con proyecciones mínimas, intermedias y máximas al ritmo actual.**
- **Confrontar la oferta de recurso humano con las necesidades potenciales de la población.**
- **Hacer una proyección de las necesidades laborales del sector.**
- **Identificar las necesidades de recurso humano para el sistema General de Seguridad Social en Salud a corto, mediano y largo plazos.**
- **Establecer los niveles salariales por actividad y especialidad**
- **Identificar el nivel de calidad de vida del recurso humano del sector.**
- **Hacer las recomendaciones necesarias para la formulación de políticas para el desarrollo del recurso humano.**
- **Identificar el perfil del egresado y del recurso humano que se encuentra en proceso de formación.**
- **Identificar el comportamiento del recurso humano frente a su propia salud ocupacional.**
- **Identificar los elementos con respecto a recurso humano para el Sistema de Información del sector salud.**

Retomando el árbol de problemas enunciado en el Planteamiento del Problema, los propósitos que se tendrán, estarán relacionados con el cambio a positivo de todo lo que anteriormente se nombró como negativo, quedando de esta manera:

Lograr la articulación entre los sectores salud y educación; impulsar un proceso de planeación sec-

torial; establecer un proceso de formulación de políticas alrededor del recurso humano del sector; poseer estudios con información global del país; mantener un proceso continuo de actualización de datos; actualizar todo el marco legal para las diferentes profesiones actualizado según las necesidades; establecer un sistema de planeación para la apertura de facultades y escuelas en salud; identificar la cantidad y calidad del recurso humano del sector salud; generar procesos de planeación frente a la ocupación laboral del recurso humano del sector; lograr la satisfacción profesional del recurso humano; generar las condiciones necesarias para aumentar el nivel de calidad de vida del recurso humano; identificar la distribución geográfica real nacional del recurso humano; promover los beneficios de los tratamientos clínicamente exitosos; garantizar la calidad en los servicios de salud; aumentar el grado de confianza de los usuarios en los servicios de salud; permitir el aumento de coberturas del Sistema de Seguridad Social en Salud; contribuir mediante el estímulo del recurso humano, a la adecuada instauración del Sistema de Seguridad Social en Salud.

En el anexo No. 2 se encuentra gráficamente expuesto lo aquí mencionado.

6. Resultados, Actividades

El estudio contempla dos aspectos como se especifica a continuación: **Investigación Descriptiva:** Esta fase del estudio describe la situación tal como se encuentra, los acontecimientos y grupos humanos específicos que se identifican durante el proceso de

recolección de la información. Básicamente informará sobre la realidad del recurso humano en el sector.

Investigación Correlativa: En esta fase, el estudio comenzará a arrojar resultados correspondientes a las variaciones que se generarían en el recurso humano del sector si se continúa con el ritmo al cual se presentan en la actualidad las circunstancias, y las variaciones que se introducirían con el hecho de cambiar algunas variables en el sector.

Así mismo, se puede añadir a los componentes anteriores, el hecho de que será un estudio longitudinal cuya principal implicación es su continuidad y actualización en el tiempo para lo cual se diseñarán los instrumentos necesarios.

Para cumplir en su totalidad con el proyecto y responder al objetivo general y los objetivos específicos, el estudio se ha dividido en siete etapas que a continuación se describen.

A. Diseño del Estudio

En esta etapa se tendrán en cuenta todos los aspectos necesarios para la realización del estudio. Es necesario partir de un diseño aterrizado a la realidad, por lo tanto esta etapa deberá dividirse en dos componentes:

Diseño Técnico: En esta primera parte del Diseño se contemplan los aspectos relativos a la administración del proyecto, los instrumentos necesarios, los indicadores para la evaluación de resultados y análisis de la información y los recursos tecnológicos, materiales y humanos necesarios para procesar la información. De igual manera se

tienen en cuenta, los elementos necesarios para que el estudio tenga continuidad en el tiempo para lo cual se deberán diseñar los instrumentos necesarios para llevarlo a cabo.

Diseño Metodológico: En esta etapa se responde a las preguntas de cómo, cuándo y con qué se realizará el estudio. Por lo tanto contempla el tipo de estudio que se seguirá en las etapas programadas, el tiempo que contemplará cada una de las etapas y los recursos financieros necesarios para llevarlas a cabo.

La parte correspondiente a presupuestación es una fase final del proceso de diseño, pero es necesario hacer claridad que se establecerá un presupuesto global al inicio del proyecto el cual debe ser revisado y ajustado sobre el recorrido. Por consiguiente cada etapa que se inicie irá precedida de una revisión detallada de sus costos y sus correspondientes ajustes.

B. Montaje del Proyecto

Esta etapa contempla el inicio de las actividades previas a la recolección de la información. Como tal, en este momento se plantea la organización para la gerencia y funcionamiento del proyecto, la contratación del recurso humano necesario para la gerencia nacional y las coordinaciones regionales, la impresión de los formularios e instrumentos de recolección, la impresión de manuales de instrucción, la capacitación de los coordinadores y encuestadores, capacitación de los operadores de sistemas, desplazamientos de coordinadores a la capital, entre otros componentes para iniciar el trabajo de campo.

C. Recolección de la Información

Concertará con todos los sectores y adicionalmente arrojará todos los resultados del diseño de una

investigación científica bien planteada y organizada. En ésta se recolectará la información necesaria a nivel nacional mediante la aplicación de los instrumentos diseñados.

D. Análisis de la Información

Esta etapa del estudio se divide en tres partes:

- Descripción de la información.
- Interpretación.
- Proyección.

Considera un levantamiento de información que conduzca a soluciones concretas por parte del sector. Así mismo, la prioridad que se les dé a los mismos responderá de una manera real a las necesidades que el país posea en el momento de su planteamiento. El ordenamiento de estas actividades debe estar encaminado a la solución de problemas actuales. Es por esta razón que se podría afirmar que en esta etapa el estudio se subdivide en múltiples etapas que corresponden a la definición de estudios más pequeños que soporten la solución de la problemática encontrada.

Los principales puntos acerca de los cuales se pretende lograr información son lo que a continuación aparecen, pero a éstos se pueden adicionar los que hagan falta.

Cuantificación; deserción; ocupación; satisfacción laboral; oportunidad laboral; interés en educación continuada; oferta y demanda de recursos humanos; calidad del ejercicio; ambientes y tecnología de trabajo; salud ocupacional; adecuación tecnológica; entrenamiento y capacitación; actitud frente al Sistema de Seguridad Social en Salud.

El orden en el cual se han planteado los puntos siguientes, no obligatoriamente enmarca su prioridad, sino que está delimitando aspectos que deben ser tenidos en cuenta para la investigación.

E. Análisis Estadísticos

En esta etapa se desarrollarán proyecciones de la información para lo cual se generarán escenarios futuros en los cuales estará inmerso el profesional de la salud. Su finalidad básicamente es observar el comportamiento y las necesidades del sector frente al recurso humano siguiendo unos parámetros de crecimiento económico, de desarrollo industrial, de cambio en el perfil de morbilidad, dentro de otros que pueden tener repercusiones e influencias directas o indirectas en el sector.

F. Presentación de recomendaciones para formulación de políticas

Debido a que desde el principio del estudio se obtendrán datos que informarán sobre la realidad del país, la formulación de políticas deberá ir enmarcada desde el momento en el cual se arrojen resultados reales. Este proceso será, de igual forma, de carácter continuado en el tiempo y deberá responder a los cambios que plantee el sector a nivel internacional y nacional.

G. Estudio continuado

En esta etapa se tiene la actualización de la información en el transcurso del tiempo y la evaluación del impacto de las políticas generadas durante el proceso. Esta se ha debido empezar desde el momento en el cual se hizo el diseño del proyecto, ya que es de vital importancia dentro de la eje-

cución del proyecto que éste tenga una continuidad y sus hallazgos sean actualizados año tras año.

En el anexo (anexo No. 3) que a continuación se incluye, se plantea un cronograma de actividades teniendo en cuenta la urgencia con que es requerida la información. En él se han incluido las siete etapas anteriores. Después de cada estudio de actualización deberá presentarse un proceso de retroalimentación para formulación de políticas.

7. Indicadores y fuentes de verificación

- La técnica que se utilizará para recolectar la información necesaria para el estudio, será la del censo de profesionales y recurso humano del sector salud en general.
- Se deberán diligenciar los formatos de recolección directamente con el recurso humano que será encuestado.
- La identificación de la información estará garantizada por las bases de datos existentes a nivel de universidades, asociaciones de profesionales, direcciones territoriales de Seguridad Social en Salud, Ministerio de Salud y en general de las instituciones vinculadas con el Sistema.

La principal fuente de verificación de la información será el informe de Ejecución del Proyecto, el cual se irá generando desde el momento en el cual se posea información real de la situación del recurso humano en el país.

8. Presupuesto

El presupuesto se ha dividido según las etapas del estudio. Contempla la realización de acti-

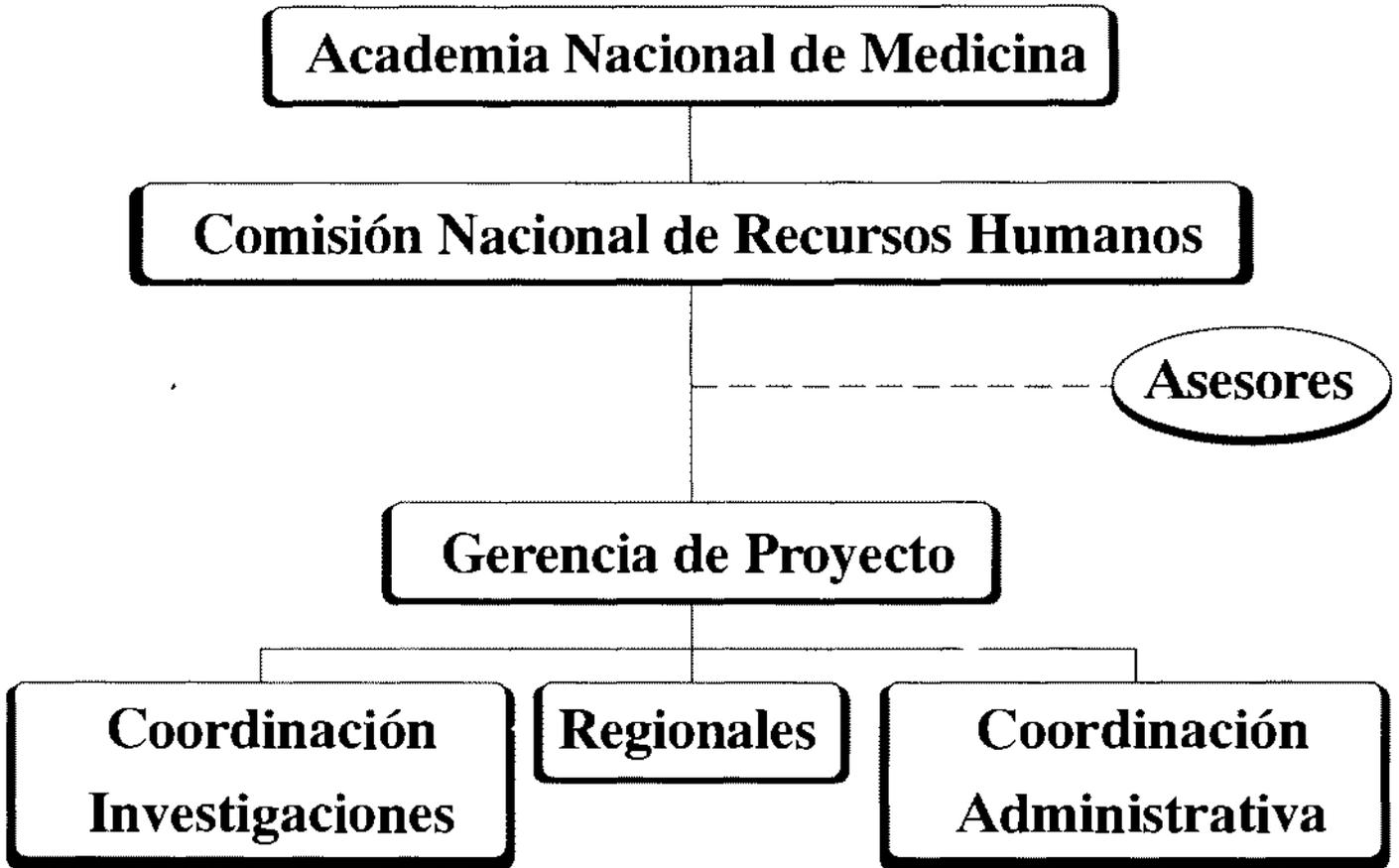
vidades durante un período de aproximadamente cuatro años con sus correspondientes insumos.

9. Cronograma de actividades

Es un estudio que aproximadamente se llevará a cabo en cuatro años. En el anexo No. 3 se aprecia más en detalle cada una de las etapas y su duración en el tiempo.

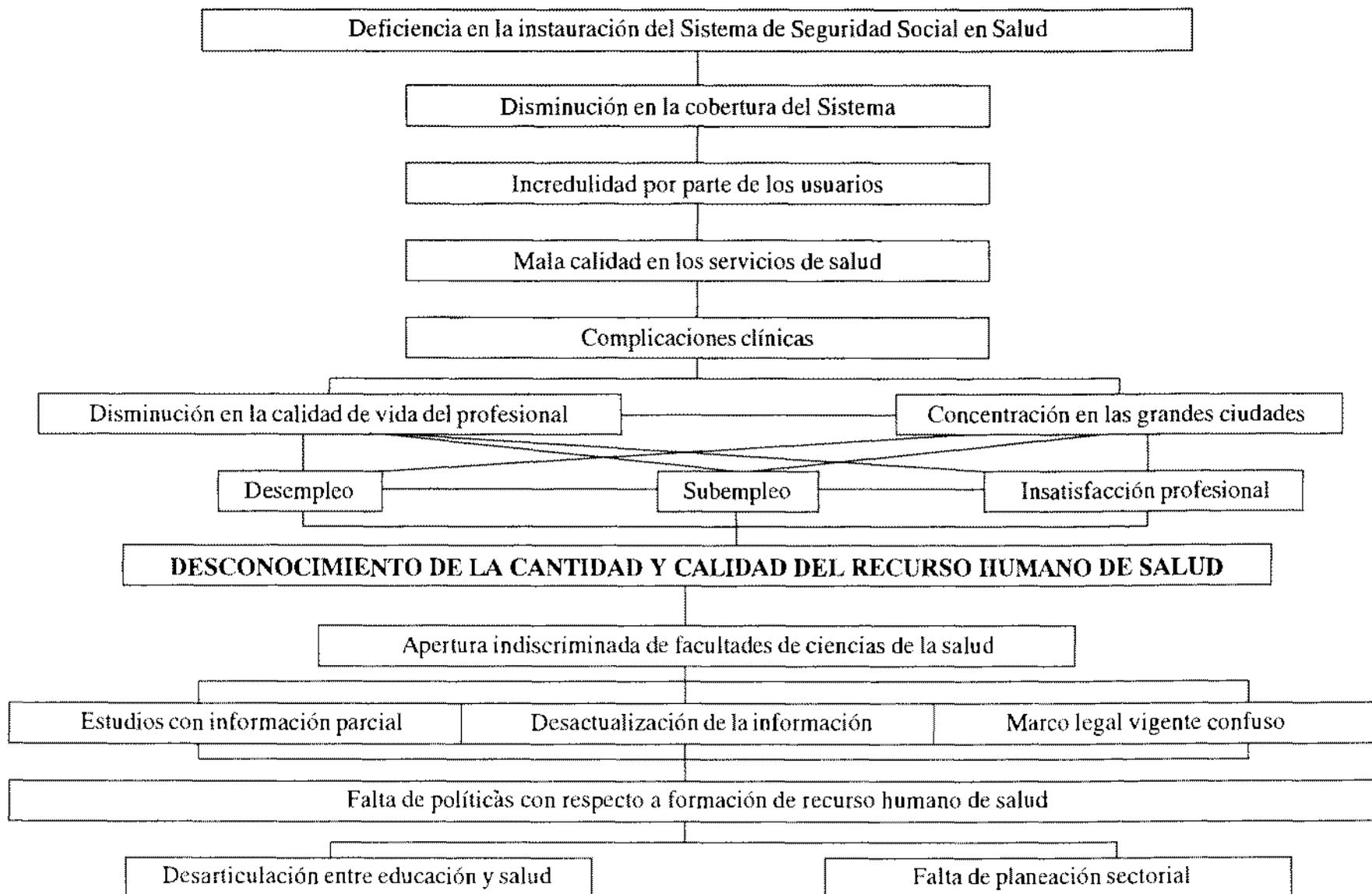
10. Mecanismos de coordinación

Para cumplir con los objetivos planteados, la Academia Nacional de Medicina estará al frente del proceso y conformará con delegados de las instituciones participantes, la Comisión Nacional de Recursos Humanos del Sector Salud, a la cual se le informarán los avances durante el proceso. Existirá ya propiamente sobre el transcurso del proyecto, una gerencia la cual coordinará todo el proceso y los diferentes componentes que se derivan del mismo. A continuación se establece la forma en la cual se soportará el proyecto administrativamente.



ARBOL DE PROBLEMAS

ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA



ARBOL DE SOLUCIONES

ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA



ANEXO No. 3
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

AÑOS ETAPAS	1997										1998												1999	2000
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1 12	1 12	
1. Diseño del estudio	■	■	■	■																				
2. Montaje del proyecto					■	■	■	■																
3. Recolección de Información									■	■														
4. Análisis de la información											■	■	■	■										
5. Proyecciones Estadísticas												■	■	■	■	■	■							
6. Recomendaciones																					■	■		▶
7. Estudio Continuo																					■	■		▶