



ISSN 1909-2407

ANALISIS ACERCA DE LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD EN EL MARCO DEL SISTEMA DE HABILITACIÓN EN COLOMBIA.

Analysis about the management of human talent in health in the framework of the enabling system in Colombia.

Luz Dary Roa Molina¹, Mauricio Ramírez García².

1. Medico general Universidad ELAM, Cuba. Especialista en Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud, Universidad EAN, E-mail: aramire73254@universidadean.edu.co
2. Medico general Universidad San Martin, Bogota. Especialista en Auditoria de la Calidad de la Atencion en Salud, Universidad EAN, Bogota.. E-mail: luzroamd87@outlook.com

Recibido: 01/08/2017 Revisado: 12/08/2017 Aceptado: 19/08/2017

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO: Roa-Molina LD, Ramírez M. Análisis acerca de la gestión del talento humano en salud en el marco del sistema de habilitación en Colombia. Rev.salud.hist.sanid.on-line 2017;12(2): 99-108 (Mayo-Agosto). Disponible en <http://www.shs.agenf.org/> Fecha de consulta ().

Los textos publicados en esta revista pueden ser reproducidos citando las fuentes. Todos los contenidos de los artículos publicados, son responsabilidad de sus autores.

Copyright. Revista Salud Historia y Sanidad © Grupo de Investigación en Salud Pública GISP-AGENF.ORG Tunja 2017.

RESUMEN

El presente trabajo, a partir de la metodología del análisis cualitativo de la Ley 1164 de 2007 y la Resolución 2003 de 2014, trata acerca de la gestión del talento humano en salud, dentro del marco establecido por el sistema de habilitación, haciendo hincapié en el desarrollo de competencias y la satisfacción del cliente interno.

Palabras Clave: Gestión, talento humano en salud, sistema de habilitación.

ABSTRACT

The present work, based on the methodology of the qualitative analysis of Law 1164 of 2007 and Resolution 2003 of 2014, deals with the management of human talent in health, within the framework established by the habilitation system, emphasizing the development of competences and satisfaction of the internal client.

Keywords: Management, human talent in health, habilitation system.

INTRODUCCIÓN

En el año 2008, en la declaración del foro mundial sobre recursos humanos, celebrado en Uganda, la directora general de la OMS, Dra. Margaret Chan, afirmó que el personal sanitario es la piedra angular y la fuerza impulsora de los sistemas de salud (OMS, 2008). Sin embargo, la gestión de este personal entraña retos relacionados con varios aspectos neurálgicos para el buen funcionamiento del sistemas de salud, tales como la disponibilidad y nivel de preparación del mismo, por mencionar algunos, (OMS, 2010). Esto ha hecho que Colombia, a través del actuar de entes de vigilancia y control como el Ministerio de Salud, se encamine en la generación de un marco normativo que, por un lado busca regular la actuación de los profesionales desde el punto de vista ético y técnico-científico, con la finalidad de garantizar la seguridad en la atención en salud, a través de la estructuración de un sistema de habilitación, que se encuentra sustentado en la resolución 2003 de 2014, la cual hace parte del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), definido en el Decreto 1011 del 2006; y por otro, la gestión más eficiente de dicho talento, tal como lo expresa la Ley 1164 de 2007, también llamada *Ley de Talento Humano en Salud*, que tiene como objetivo general:

Establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud, mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos. [Ley N° 1164] Art. 1.

Es importante mencionar que la Ley 1164 del 2007, nace a partir del compromiso que asume Colombia, frente a los desafíos de Toronto, los cuales fueron establecidos en la VII

Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, realizada en esta ciudad el 4 de octubre de 2005, con el fin de movilizar a los actores nacionales e internacionales, del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud, que ayuden al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de las prioridades nacionales de salud. (OPS, 2006)

El presente trabajo, a partir de la metodología del análisis cualitativo de la Ley 1164 de 2007 y la Resolución 2003 de 2014, tiene como objetivo principal analizar la gestión del talento humano en salud, dentro del marco establecido por el sistema de habilitación, haciendo hincapié en el desarrollo de competencias y la satisfacción del cliente interno.

METODOLOGÍA

A partir de la Ley 1164 de 2007 y la Resolución 2003 de 2014, se realiza un análisis cualitativo utilizando la herramienta ATLAS.ti versión 1.6.0, con el objetivo de definir como se gestiona el Talento Humano en salud en el marco del sistema de habilitación. Para esto, se realizó una primera lectura a profundidad de las dos normas antes mencionadas, tras lo cual se plantearon tres categorías principales, la primera de ellas denominada *conceptos básicos*, cuya finalidad es puntualizar definiciones básicas que sirvieran de punto de partida para el análisis. Como segunda categoría, se definió el *desarrollo de competencias*, interpretadas como la actuación “idónea que emerge en una tarea concreta, en un contexto determinado. Esta actuación se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes que se expresan en el ser, saber, el hacer y el saber hacer” [Ley N° 1164] Art.12. A partir de esta definición se establecieron tres subcategorías: formación, capacitación e investigación. Por último, se constituyó una categoría de *satisfacción del cliente interno*, con el objetivo de analizar el abordaje de estas dos normas, acerca de elementos básicos y transversales a cualquier relación laboral, tales como carga laboral, tipo de contratación, beneficios laborales y extralaborales; y que además, se encuentran en concordancia con los desafíos de Toronto (OPS, 2005).

Paso seguido se realizó la codificación, incluyendo todas las citas que de forma directa, que hicieran referencia a la subcategoría en cuestión.

Adicionalmente, se realizó una búsqueda en bases de datos, de investigaciones y trabajos previos, relacionados con la gestión del talento humano en salud, que aportan elementos orientadores a la hora de abordar el tema, utilizando para la búsqueda palabras claves como: gestión del talento humano en salud, recurso humano en salud, gestión del personal sanitario. Se determinaron como criterios de inclusión, que fueran en idioma español y que en su construcción, tuvieran estrecha relación con el ámbito nacional o latinoamericano.

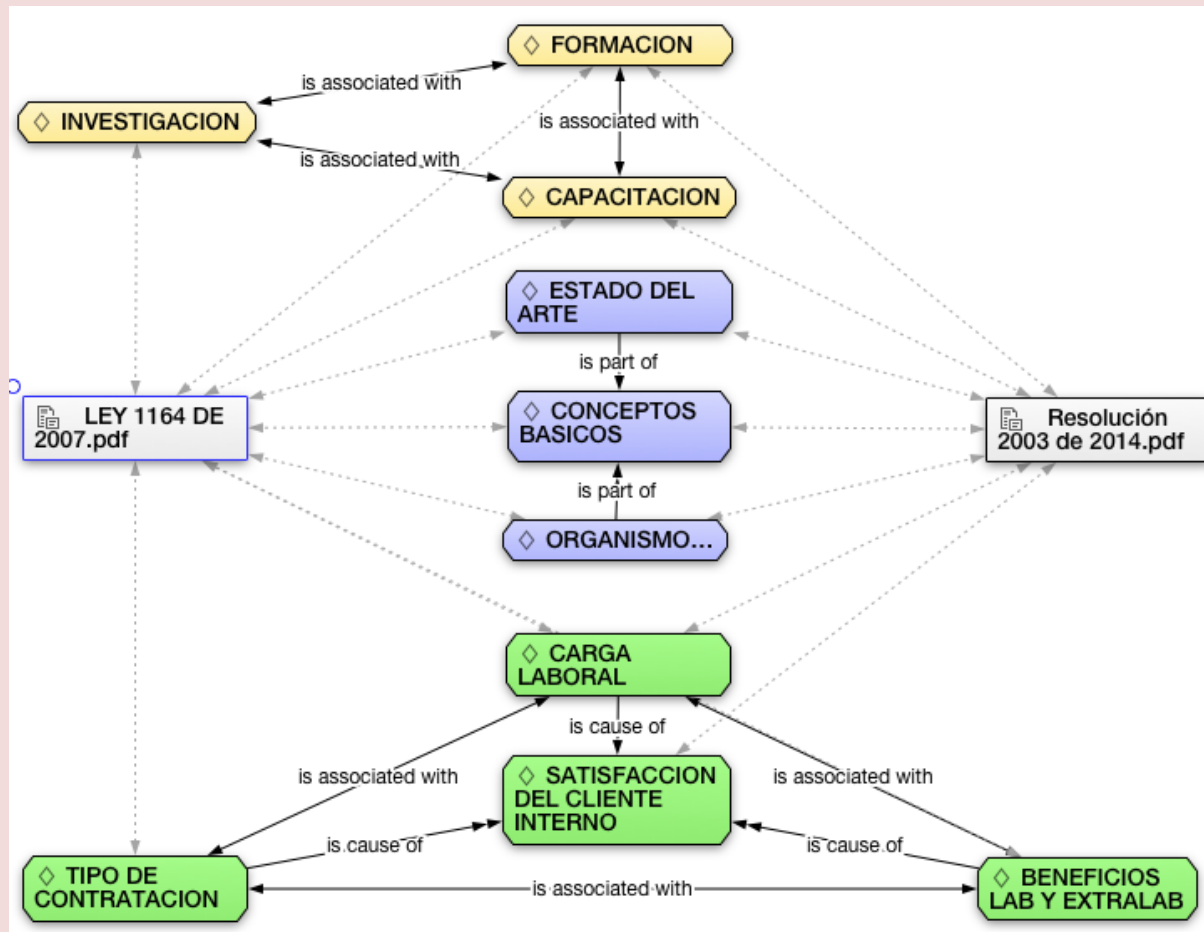


Figura N°1 (Cortesía: Autores)

RESULTADOS

Conceptos Básicos

Ortún Rubio define el concepto de gestión, diciendo que “gestionar supone coordinar y motivar a las personas que forman parte de una organización (en este caso sanitaria) para conseguir la finalidad de esta”. También afirma que el propósito de la gestión es “la de implicar al profesional otorgándole una responsabilidad sanitaria y social acorde con la discrecionalidad de sus decisiones”. (V Ortún, 2006)

En Colombia, a el personal sanitario se le denomina Talento Humano en Salud (en adelante THS), el cual se define como todo el “personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional, dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud” [Ley N° 1164] Art. 1. De acuerdo a las estimaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, para el año 2011, Colombia alcanzó una densidad de 26,01 profesionales en medicina y enfermería por cada 10.000 habitantes. (Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, 2013).

A pesar de los esfuerzos realizados en la construcción de la base de datos RETHUS (Registro Nacional del Talento Humano en Salud) [Ley N° 1164] Art.23, el país aún no cuenta con datos exactos acerca del número y nivel de preparación que presentan actualmente los trabajadores sanitarios, hecho que dificulta de antemano la gestión del THS.

Con la entrada en vigencia de la ley 1164 de 2007, que establece que “el desempeño del Talento Humano en Salud es objeto de vigilancia y control por parte del Estado” [Ley N° 1164] Art.3, no sólo se definen los principios éticos y bioéticos, que son “requisitos de quien ejerce una profesión u ocupación en salud, tales como la veracidad, la igualdad, la autonomía, la beneficencia, el mal menor, la no maleficencia, la totalidad y la causa de doble efecto” [Ley N° 1164] Art. 35, sino también, se plantean nuevos actores tales como el Consejo Nacional del Talento Humano, que sustituyó al Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, el cual se trata de una estrategia para fomentar la producción, análisis y difusión de información en THS y la toma de decisiones en materia de políticas, regulación y gestión por parte de los actores educativos, de servicio y corporativos. Así mismo, en esta Ley se redefinen las funciones de otros actores, como los colegios médicos, a los cuales se les encarga la responsabilidad de inscribir los profesionales de la disciplina correspondiente, en el RETHUS y la de “expedir la tarjeta profesional como identificación única de los profesionales” [Ley N° 1164] Art.10.

Por otra parte, con la Resolución 2003 de 2014, se erige el THS como un elemento central del sistema de habilitación, ya que hace parte de una de las condiciones básicas de dicho sistema, específicamente la de “suficiencia técnico-científica”, esto con el objetivo de “controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y a las condiciones en que estos se ofrecen, mediante el cumplimiento obligatorio de requisitos y condiciones básicas” [Resolución N° 2003 de 2014, Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud].

Para analizar estas normas es necesario tener en cuenta lo que en su momento expuso el estudio CENDEX, que sostiene que en el sistema de salud colombiano, “los aseguradores tienden a mantener la mayor capacidad de control. Esta situación es ajustada solamente por el Estado, el cual para mantener un equilibrio en el bienestar social, ha tendido a actuar reactivamente, con una regulación hipernormativa”. Así mismo, afirma que como consecuencia, “los *vacíos regulatorios* en el caso de la seguridad social, no son dados tanto por la carencia de regulación, sino por contradicciones regulatorias” que hace a las normas impracticables. (Ministerio de Salud, 2002)

Desarrollo De Competencias

El desarrollo de competencias, aunque se encuentra enmarcado en subcategorías para fines del análisis, tales como *formación, capacitación e investigación*, en la realidad, debe ser contemplado como un sólo proceso íntegro y continuo, en donde los resultados de una

etapa se convierten en el sustrato de la siguiente. El estado entiende que la educación formal en salud, amerita escenarios distintos a los habituales en cualquier proceso formativo, y obliga a la apertura de espacios diseñados para la adquisición de destrezas propias de la atención en salud. Por este motivo, se a centrado la coordinación de dichos procesos en la universidad:

El hospital Universitario es una Institución Prestadora de Servicios de salud que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser hospital de enseñanza y práctica supervisada por autoridades académicas competentes y que ofrece formación y atención médica en cada uno de los niveles de complejidad. El hospital está comprometido con las funciones esenciales de la Universidad, cuales son formación, investigación y extensión. [Ley N° 1164] Art.13.

Además, para su efectivo ejercicio laboral, se requiere que los contenidos programáticos de las universidades, respondan a las necesidades del país, hecho este, que se encuentra bajo la supervisión del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud. [Ley N° 1164]

El segundo momento ilustrativo es ya dentro de la labor asistencial, al establecerse espacios de formación continuada, que bien, se pueden suponer como la voluntad de la adquisición constante de nuevos conocimientos por parte de los trabajadores y no son imperativos para el ejercicio profesional; y de capacitación para actividades específicas, que ya sea por su complejidad o repercusión, son de carácter obligatorio. Ambas, hacen parte de un proceso continuo de búsqueda de la calidad; y además de ser mencionadas en la Ley 1164, se formulan en la Resolución 2003, como uno de los elementos sujetos a evaluar en el proceso de habilitación:

Fortalecimiento de la cultura institucional: El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución. El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma. [Resolución N° 2003 de 2014, Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud] .

Con el objetivo de incentivar estos procesos, el gobierno ha establecido un sistema de incentivos y créditos:

Del Programa de estímulos e incentivos. El Gobierno Nacional definirá dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley un Programa de Estímulos e Incentivos dirigido al personal de la salud con el objeto de contribuir a:

- a) Mejorar la presencia y actuación del Talento Humano en Salud necesarios por disciplina en aquellas áreas geográfico-poblacionales en las cuales las reglas del mercado no operan;*
- b) Fomentar los programas de formación especializada del Talento Humano en Salud, en disciplinas y áreas prioritarias;*
- c) Establecer programas de estímulos a la investigación y formación del Talento Humano en áreas prioritarias;*

- d) *Generar programas de apoyo a la calidad en la formación de personal y la prestación de servicios.* [Ley N° 1164] Art. 30.

Sin embargo, más allá de esta estrategia la cual no es clara en cuanto a la gestión de este sistema de estímulos, la normatividad no contempla otras posibilidades que permitan impulsar el proceso educativo, así como tampoco plantea una articulación efectiva entre las universidades y el sector netamente asistencial, que logre una evolución ininterrumpida de la educación de los profesionales. Esto se contrapone totalmente, a lo establecido en el 5to desafío de Toronto, que Colombia se comprometió a cumplir, el cual insta a:

Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población (OPS, 2005).

Es importante mencionar, que la Ley de THS en cuanto a educación, no hace referencia acerca de estrategias específicas para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas por razones de vulnerabilidad socioeconómicas o poblaciones indígenas. Tampoco hace alusión a medidas tendientes a mitigar la deserción en las escuelas de medicina y enfermería; lo que se encuentra incluido dentro de los desafíos. (OPS, 2011)

Al no integrarse el Sector académico con el asistencial, se genera en primer lugar, una restricción a el ambiente exclusivamente universitario, del proceso educativo especialmente en lo referente a investigación; y en segundo lugar, aunque los profesionales de forma individual busquen este desarrollo de competencias, entiéndase, financiando con sus propios recursos dicha educación y recibéndola en horario extralaboral, al no estar coordinados, hace que la eficiencia de estos esfuerzos sea discreta, confinando la motivación del estudiante, en muchas ocasiones, a un paso hacia la culminación de su formación, más no se introyecta el trasfondo del mismo en la evolución del país, como una sociedad que se esfuerza por superarse.

Satisfacción Del Cliente Interno

Al hablar de satisfacción del cliente interno, entendiéndola como esta percepción subjetiva de bienestar, de expectativas logradas, y un crecimiento personal y profesional que le permita sentir su entorno en el equilibrio adecuado. En la revisión documental realizada, se registran algunos parámetros útiles para aterrizar dicho concepto, relacionándolo de manera tributaria con diferentes aspectos inherentes a cualquier tipo de vínculo laboral tales como carga laboral, beneficios y tipo de contratación (Junco. 2009); conformando así la esfera objetiva para medir la satisfacción, lo cual se encuentra en concordancia con el cuarto desafío de Toronto que insta a “generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población”. (OPS, 2005)

Para la identificación inicial se puede establecer que, en el caso concreto, el cliente interno será aquel profesional de la salud sin el cual no será posible la prestación del servicio en un área específica, dicho recurso humano es determinado normativamente, donde, según la complejidad del paciente a tratar, deberá contar con ciertas competencias imperativas para desarrollar las actividades pertinentes:

Del ejercicio competente: El Talento Humano en Salud debe ser ubicado de acuerdo a sus competencias correspondientes a sus títulos o certificados expedidos por la entidad educativa. No se comprometerán a realizar labores que excedan su capacidad. [Ley N° 1164] Art. 37.

Dichos requisitos son categóricamente expresados, definiendo, quién, dónde y la formación necesaria para llevar a cabo las tareas propias del servicio, y así conseguir la habilitación del mismo, incluso casos tan específicos como:

En caso de ofertar seguimiento pos trasplante para riñón, el prestador cuenta con servicio de nefrología habilitado, cuyos especialistas hayan realizado rotación durante su especialización o con certificado de formación para trasplante renal. [Resolución N° 2003 de 2014, Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud].

La caracterización del grupo de profesionales, se ve ligada estrechamente a las condiciones particulares del área donde realiza la prestación del servicio, rigiéndose por unos requisitos de formación; sin embargo, no se tocan cuestiones críticas tales como horarios máximos de trabajo y mínimos de descanso, el tiempo para llevar a cabo sus funciones o el número de pacientes por facultativo, datos necesarios para dilucidar de forma acertada, la carga laboral real.

Por otra parte, al analizar el tipo de contratación que regula la relación laboral, se encuentra un marco normativo que deja una brecha amplia acerca de aspectos tan cardinales como la remuneración:

La vinculación de los profesionales que presten el servicio debe garantizar la remuneración de acuerdo al nivel académico de los profesionales y a los estándares fijados en cada institución o por la entidad territorial y la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a Riesgos Profesionales. En ningún caso podrán ser vinculados a través de terceras personas jurídicas o naturales. [Ley N° 1164] Art. 33.

Lo anterior se encuentra en concordancia con lo expuesto por Novick, cuando habla acerca del mercado laboral en salud en Latinoamérica:

Se ha dado lugar a la expansión de formas precarias de trabajo asalariado, sea por la desprotección, por el encubrimiento de trabajo asalariado bajo formas supuestamente autónomas mercantiles o civiles, o por la fugacidad de las relaciones establecidas. Esta flexibilidad del mercado de trabajo en el sector salud se produce tanto en el sector público como en el privado. En América Latina, en el sector salud se han identificado situaciones muy heterogéneas de contratación, que incluyen relaciones contractuales diversas y con menor protección para los trabajadores del sector. Este

fenómeno, implica la coexistencia para tareas similares, de modalidades de contratación y, por ende, de protección diferentes. (OPS, 2006)

Además de las prestaciones económicas, derivadas de la actividad propia del trabajador sanitario, existen referencias importantes al tema de beneficios adicionales, como coadyuvantes en el sentir frente a su compensación, que son señalados en el ya mencionado *Programa de estímulos e incentivos de la ley de THS*. No obstante, se encuentra una argumentación que da cabida a ambigüedades, ya que, aunque se soportan los objetivos de los incentivos propuestos, no se especifica el tipo en que van a ser abonados, entiéndase, si son de naturaleza económica, educativa, etc., así mismo no se determina como se podrá acceder a los mismos, y quienes serán los encargados de su entrega efectiva y regulación.

Los elementos anteriormente expuestos, llevan a pensar que la satisfacción del cliente interno en términos objetivos, medibles y soportados normativamente; se encuentra marginalmente tratada, haciendo del THS y de los profesionales que lo conforman, actores pasivos en lo que al sistema de habilitación se refiere. Adicionalmente, es importante señalar que la estrecha relevancia que se le da a la satisfacción del cliente interno, va en contravía de una de las esferas cruciales de la calidad: la humanización de la atención en salud; ya que bajo la óptica de la relación humana, que se entabla entre el profesional de la salud y el paciente, como base fundamental en este tipo de atención; el desequilibrio en el entorno de uno de los individuos, generará la consecuente ruptura entre ellos; y con esto se hace referencia a un médico, enfermera, especialista, terapeuta, etc., cuya percepción de satisfacción es baja, pues no encuentra un asidero normativo que lo respalde, resultando relegado no sólo a una realidad indefectible de vulnerabilidad laboral dentro del sistema, sino también, a el ejercicio de su profesión en condiciones que no son óptimas.

Conclusiones:

La gestión eficiente del THS, dada la importancia que tiene para el adecuado sistema de salud, debe ser una prioridad para el gobierno y los demás actores que interviene en la atención en salud. Sin embargo, en el aparato normativo que regula dicha actividad, se detectan *vacíos* que entorpecen la aplicabilidad de las mismas, generando como consecuencia la desprotección de los trabajadores sanitarios.

El desarrollo de competencias de los profesionales de la salud, se basa en un proceso educativo íntegro y continuo, que requiere la integración del ambiente académico y asistencial, para lograr adecuados niveles de eficiencia; Sin embargo dicha integración no se encuentra soportada desde el punto de vista normativo, hecho esto que no sólo va encantar de lo estipulado por los desafíos de Toronto, sino también, restringe la eficiencia de los esfuerzos encaminados tanto al desarrollo de los profesionales y a la mejoría de la calidad de la atención en salud.

La satisfacción del cliente interno en términos objetivos, medibles y soportados normativamente, se encuentra marginalmente tratada, hecho que guarda relación con el fenómeno de *precarización* de las condiciones laborales en el sector salud y que repercute de forma directa en la calidad en la atención en salud, específicamente en lo referente a humanización de la atención.

REFERENCIAS

Organización Mundial de la Salud - OMS (2008). Declaración de Kampala y prioridades para la acción internacional. ISBN 9789243596723.

Organización Mundial de la Salud - OMS (2010). Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud. 63ª Asamblea Mundial de la Salud. 21 de mayo de 2010.

Organización Panamericana de la Salud - OPS (2005). VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Llamado a la Acción de Toronto. 4-7 de octubre de 2005.

V. Otún, 2003. Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson. 2003.

Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Segunda medición a las metas regionales de recursos humanos en salud. 2013.

Ministerio de Salud y Protección Social (3 de Octubre de 2007). Talento Humano en Salud. [Ley N° 1164]

Ministerio de Salud y Protección Social (3 de Abril de 2006). [Decreto N° 1011 de 2006]

Ministerio de Salud y Protección Social (28 de Mayo de 2014). [Resolución N° 2003 de 2014]

Ministerio de Salud y Protección Social (2002). Los Recursos Humanos de la Salud en Colombia, Balance, Competencias y Prospectiva. Unión temporal Pontificia Universidad Javeriana Fedesarrollo – Family Health Foundation. 2002.

Manual de Medición y Monitoreo (2011). Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. OPS/ Washington, DC.

H. JUNCO, Varna et al. Motivación, satisfacción laboral, liderazgo y su relación con la calidad del servicio. Revista Cubana de Medicina Militar [online]. 2009, vol.38, n.1. ISSN 1561-3046.

Organización Panamericana de la Salud - OPS (2006). Desafíos de la Gestión de los Recursos Humano en Salud: 2005-2015. ISBN 9275073953.