

## TRABAJO DE GRADO

### CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE CONTRATACIÓN PARA ESPECIALISTAS DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE CUARTO NIVEL

**Estudiantes: Rocío del Pilar Casallas Comba y Liz Nataly Herrera Hernández**

**Docente Tutor: Freddy Wilmer Becerra Rozo**

**Maestría en Administración de Empresas de Salud  
Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas  
Universidad EAN**

**Bogotá, D.C. Colombia – Noviembre 14 de 2019**

## TABLA DE CONTENIDO

1. MARCO TEÓRICO	5
1.1 Sistemas de contratación y Talento Humano	9
1.1.1 Contrato a término fijo	9
1.1.2 Contrato temporal, ocasional o accidental	10
1.1.3 Contrato a término indefinido	10
1.1.4 Contrato por obra o labor	10
1.1.5 Contrato de prestación de servicios o por honorarios	10
1.2 Suficiencia de Personal de Salud	12
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
3. MARCO METODOLÓGICO	35
3.1 Metodología de teoría fundada	35
3.2 Metodología de transferencia de conocimientos y transferencia de tecnologías	38
3.3 Investigación aplicada a la resolución de problemas locales	40
3.4 Método	41
3.4.1 Validación del estudio	42
3.4.2 Implementación y evaluación del impacto de un modelo de contratación para médicos especialistas: un estudio cuasi-experimental piloto	43
3.4.3 Actividad convencional: pre-intervención	45
3.4.4 Intervención	45
3.4.5 Evaluación del cambio	46
3.4.6 Variables de control	47
3.4.7 Muestra	47
3.4.8 Cronograma de actividades	48
4. PROPUESTA DE SOLUCIÓN	49
4.1 Objetivo general	49
4.2 Objetivos específicos	49
4.3 Desarrollo de la solución	49
5. CONCLUSIONES	63
6. RECOMENDACIONES	66
7. BIBLIOGRAFÍA	69

## LISTADO DE GRÁFICOS

Gráfico No.1. Profesionales de la salud insuficientes, por continentes, 2013-2018	13
Gráfico No. 2. Estimación de especialistas médicos en Colombia 2017-2030	26
Gráfico No. 3. Número de lugares de trabajo de los profesionales de la salud en Colombia	31
Gráfico No. 4. Número de horas aproximadas de trabajo al mes, según profesión	32
Gráfico No. 5. Promedio de salario o remuneración mensual (después de pago de prestaciones), según profesión	33
Gráfico No. 6. Tipos de contratación por profesión	34
Gráfico No. 7. Descripción del diseño de implementación del Modelo: series de tiempos interrumpidos	44
Gráfico No. 8. Cronograma de actividades del modelo	48
Gráfico No. 9. Beneficiarios del modelo de contratación	50
Gráfico No. 10. Dimensiones del ejercicio profesional médico	51
Gráfico No. 11. Aspectos relevantes de la contratación	52

## LISTADO DE TABLAS

Tabla No.1. Número y tasa por 1.000 habitantes de profesionales de la medicina en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud de España, total y distribución por nivel de atención, 2015-2016.	23
Tabla No. 2. Ratios por 100.000 hab. Empleo total España 2018.	24
Tabla No. 3. Encuesta de evaluación de los componentes del modelo de contratación.	43
Tabla No. 4. Matriz de categorización de especialistas y subespecialistas con enfoque integrado por resultados y énfasis.	53
Tabla No. 5. Matriz de puntaje de cumplimiento de indicadores de resultado clínico.	54
Tabla No. 6. Tabla de rangos de calificación por componente.	55
Tabla No. 7. Ejemplo de diligenciamiento de tabla de rangos de calificación por componente	56
Tabla No. 8. Escala de clasificación de resultados obtenidos a partir de la calificación por componentes.	57
Tabla No. 9. Tipos de incentivos: económicos (financieros) y no económicos (no financieros).	59
Tabla No. 10. Matriz para estandarización de remuneración según tipo de vinculación	61

## 1. MARCO TEÓRICO

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se implementó en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993, la cual, bajo los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad, solucionaría los inconvenientes que presentaba el Sistema Nacional de Salud (SNS) y garantizaría a toda la población colombiana el acceso a los servicios básicos en salud. Dentro de los cambios más destacados que introdujo esta norma, se encuentran la obligatoriedad de aseguramiento para los trabajadores dependientes y el subsidio para las personas con menores ingresos económicos, entre otros, que buscaban modificar el modelo del SNS, con el cual se presentaba inequidad en la atención, baja cobertura y desarticulación entre los programas de prevención y de asistencia terapéutica.

Existen diversas opiniones con respecto a los efectos de la Ley 100 durante los 26 años que ha estado vigente en el país, teniendo en cuenta la amplia variedad de análisis generados a partir de las vivencias y resultados evidenciados por parte de los actores del sistema. Por ejemplo, a favor del modelo planteado en esta Ley se menciona que: permitió instaurar una competencia basada en la calidad científica y técnica que ha estimulado la eficiencia, la eficacia y el mejoramiento de los servicios; brindó cubrimiento en salud a las poblaciones con menores recursos económicos, que tienen limitada capacidad de pago y, por consiguiente, su acceso a los servicios está condicionado; otorgó libertad a los pacientes para elegir su asegurador (Empresa Promotora de Servicios de Salud - EPS-), de acuerdo con criterios y necesidades propias; dio al Estado la potestad de exigir y controlar la estabilidad financiera de cada EPS, buscando garantizar su funcionamiento en favor de la satisfacción de los usuarios y creó mecanismos para acercar a las entidades representativas de los profesionales en salud a las decisiones relacionadas con salud pública y otras disposiciones que conjugaron las funciones de dirección, financiamiento, administración y prestación de los servicios de salud. (Santa María et al, 2011).

En contraposición, dentro de los aspectos que no han recibido conceptos favorables se encuentra la connotación económica del modelo, que condiciona su estabilidad, con el agravante del déficit de datos exactos acerca de los costos de la salud en el país, debido a las dificultades existentes para cuantificar de manera integral los recursos utilizados en promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Esta situación también limita el desempeño de los actores del sistema, especialmente las Empresas Promotoras de Servicios de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y, subsecuentemente, genera un desequilibrio en los programas asistenciales, en la adquisición de tecnologías en salud y medicamentos, en la infraestructura, en las cargas laborales y en el reconocimiento a los trabajadores en salud. (Santa María et al, 2011).

En relación con este último aspecto, Florez, J., Atehortúa, S. y Arenas, A. (2009) describieron la evolución del mercado laboral del sector salud en Colombia a partir de la implementación de la Ley 100, mencionando que:

En general, se puede decir que la Ley 100 provocó un cambio radical en el modelo de salud colombiano, incluyendo las condiciones laborales de los trabajadores del sector. En efecto, el mercado laboral de los profesionales de la salud sufrió importantes modificaciones a partir de dicha ley sin que esta incluyera necesariamente artículos específicos relacionados con la contratación, los salarios o las condiciones de trabajo; sin embargo, el hecho de que se ampliara la cobertura del seguro de salud y que se permitiera la entrada de empresas privadas para administrar y proveer servicios hizo que la oferta de puestos de trabajo se ampliara y la necesidad de un número significativo de nuevos profesionales tomara gran fuerza; al mismo tiempo, se dio un crecimiento en la demanda de programas de educación en salud y un incentivo a las universidades privadas, especialmente, para que crearan programas en estas áreas.

Estos elementos hacen pensar que las condiciones laborales del recurso humano del sector salud en Colombia se deterioraron y que los salarios relativos de los profesionales de la salud comenzaron a caer a partir de la aplicación de la reforma, a pesar de que evidentemente la oferta de puestos de trabajo aumentó a causa de la ampliación de la cobertura del seguro de salud y la aparición de nuevos actores. (p.109)

Los autores también nos brindan un acercamiento a la situación de los trabajadores de la salud después de la Ley 100, mencionando que:

Después de hacer una lectura de la Ley 100 de 1993 se encontró que el tratamiento del recurso humano en salud en ella es escaso. La reforma sólo se refiere a un sistema de incentivos a los trabajadores y profesionales del sector a través de estímulos salariales y no salariales (art. 193) . En términos generales, puede decirse que la Ley no aborda de manera importante el tema del recurso humano y no establece mecanismos claros de cómo este podría operar, ni ofrece alternativas de protección al recurso humano de la salud que vea deterioradas sus condiciones laborales a partir de la entrada en vigencia de la misma ley.

Adicional a lo anterior, la Ley establece que se utilizará un régimen salarial que lleve a una nivelación gradual de las remuneraciones de los empleados del sector. Sin embargo, no ofrece un panorama claro acerca de la situación del recurso humano en salud. Esto se debe a que las condiciones laborales del sector salud no solo son determinadas por la estructura del sector y cómo esta se haya reorganizado, sino también por otro conjunto de aspectos como la legislación laboral, la educación, la generación de recursos para el sistema de salud y su administración, y las competencias de las distintas unidades de gobierno. (Florez, J., Atehortúa, S. y Arenas,A., 2009, p.111).

Teniendo en cuenta el conjunto de aspectos mencionados, la percepción de los trabajadores de la salud con respecto a su estatus laboral refleja la desatención en la cual, tanto el antiguo SNS como el nuevo SGSSS han mantenido al talento humano, posiblemente por concentrarse positivamente en asegurar los beneficios para los pacientes y garantizar la sostenibilidad económica del sistema de salud. Al respecto, se encuentran consideraciones tales como:

El nuevo marco de competencia regulada impuesto por la aplicación de la Ley 100 de 1993 cambió el rol de los médicos y profesionales de la salud en el sistema, debido principalmente a la inclusión de las EPS como intermediarios en el manejo de los recursos. En términos salariales, los diferentes estudios indican que, en general, los profesionales de la salud no han gozado de óptimas condiciones en cuanto a su remuneración ni antes de la Ley 100 ni después de esta, pues lo que se vivía antes de la Ley eran grandes desigualdades entre un grupo de privilegiados con altos ingresos, y otro

grupo concentrado sobre todo en ofrecer sus servicios en el primer nivel de complejidad, que tenían una alta competencia y debían ofrecer sus servicios a bajas tarifas dado que su mercado estaba compuesto por pacientes de ingresos medios y bajos. Después de la Ley 100 aquellos privilegiados sufrieron las consecuencias de un sistema que redujo sus remuneraciones tratando de buscar la sostenibilidad financiera, mientras que otros vieron mejorados sus ingresos en comparación con lo que podían alcanzar.

Esto no quiere decir que ahora la remuneración haya mejorado en términos absolutos, pues la evidencia muestra que por causa del fortalecimiento del ISS las tarifas que se extendieron a todo el mercado fueron las más bajas. Además, lo que sí es contundente es el aumento en la carga laboral por la vía de la ampliación de la jornada de trabajo, del aumento de los pacientes atendidos por hora y de la asignación de tareas adicionales (como administrativas) a las correspondientes al ejercicio normal de los profesionales.

Sumado a lo anterior, la flexibilización del trabajo causada por la implementación de la Ley 50 de 1990, la proliferación de universidades de garaje y la precarización, causada sobre todo por el abuso de la subcontratación, especialmente de figuras como las CTA, hacen evidente que los profesionales de la salud han sufrido un detrimento en sus condiciones de trabajo. (Florez, J., Atehortúa, S. y Arenas, A., 2009, pp. 129-130)

Ya más recientemente, al conocer el gran impacto que tienen las condiciones de los trabajadores de la salud en la prestación de estos servicios y, a pesar de evidenciarse un amplio interés por conocer las condiciones del talento humano en salud y determinar las oportunidades de mejora existentes, en la Política Nacional de Talento Humano en Salud (2018) se manifiesta que:

Dado que la Ley 100 de 1993 no definió un modelo de atención en salud que correspondiera a las características y propósitos del sistema de salud instaurado, la formación y gestión del talento humano han respondido más a los criterios y perspectivas de cada institución, de acuerdo con su propia lectura de la dinámica de los mercados (Ministerio de Salud y Protección Social 2002), que al cumplimiento de los objetivos del sistema de salud y la satisfacción de las necesidades de la población.

De esta forma, en una misma institución, incluso en un mismo servicio, pueden coexistir varios esquemas de reclutamiento, vinculación, remuneración, capacitación y

carrera: trabajadores vinculados a término indefinido, otros enganchados mediante contratos temporales de prestación de servicios o a través de terceros (cooperativas, empresas de empleo temporal, contratos sindicales, etc.) Muchos de ellos con funciones y responsabilidades similares, pero bajo reglas de vinculación, permanencia, desvinculación y remuneraciones totalmente diferentes. (pp. 31-32).

## 1.1 Sistemas de Contratación y Talento Humano

En cuanto a la realidad de los trabajadores de la salud en nuestro país, se encuentran diferentes aspectos por abordar, debido a las diversas modalidades de vinculación laboral que existen en Colombia. La contratación de trabajo está regulada por el Código Sustantivo del Trabajo (CST), especialmente en su título I (artículos 22 a 75), y por el Código Laboral. Adicionalmente, según la naturaleza de la entidad contratante, se presentan variaciones en las condiciones de vinculación.

Los tipos de contratos laborales existentes en Colombia son:

### 1.1.1 Contrato a término fijo

Según el artículo 46 del CST, se define como un contrato laboral limitado en el tiempo, elaborado por escrito, no inferior a 1 año (excepto cuando se trate de labores ocasionales o transitorias, reemplazos temporales, para atender el incremento de producción, transporte o ventas, entre otros), no superior a 3 años, que se entenderá por renovado por un año si, al menos 30 días antes de su vencimiento ninguna de las partes avisa por escrito a la otra su decisión de no prorrogarlo (o, en casos de contratos celebrados con empleados especialmente calificados, se podrán acordar prórrogas inferiores a un año). En caso de terminación unilateral del contrato sin justa causa, el empleador deberá pagar al trabajador una indemnización, en los términos establecidos en el artículo 28 de la Ley 789 de 2002.

### 1.1.2 Contrato temporal, ocasional o accidental

Este contrato determina un trabajo de corta duración, no mayor a treinta días, que hace referencia a actividades ajenas al objeto social del contratante que no son propias a las que desarrolla el contratante. Puede hacerse por escrito o verbalmente.

### 1.1.3 Contrato a término indefinido

De acuerdo con el artículo 47 del Código Sustantivo de Trabajo, este contrato no tiene fecha de terminación estipulada y su duración no está determinada por la actividad contratada; puede establecerse de manera escrita o verbal y, según la Ley 789 de 2002 puede ser de aprendizaje, cuya remuneración se denomina “auxilio de sostenimiento”, sin prestaciones sociales.

### 1.1.4 Contrato por obra o labor

Es definido en el artículo 45 del CST como aquel que puede celebrarse por un tiempo determinado, por el tiempo que dure la realización de una obra o labor determinada, por tiempo indefinido o para ejecutar un trabajo ocasional, accidental o transitorio. Por tratarse de un contrato laboral, tiene los mismos beneficios y descuentos que los contratos indefinidos y definidos.

### 1.1.5 Contrato por prestación de servicios o por honorarios

Además de los contratos laborales, en nuestro país también existen los contratos de naturaleza civil, dentro de los cuales se contempla el contrato por prestación de servicios, el cual se caracteriza por tener un objeto que se debe desarrollar o un servicio que se debe prestar. En esta modalidad, la persona que presta el servicio (contratista) tiene libertad técnica y científica para ejecutar la actividad requerida dentro de un plazo determinado de tiempo, sin que se precise subordinación, aunque deba ajustarse a ciertas condiciones y lineamientos de la persona natural o

jurídica que le contrata (contratante) y, por lo tanto, pueda estar sometido a supervisión y/o deba rendir informes de su gestión.

Dada esta libertad que el contrato por prestación de servicios permite al contratista, dentro de la ejecución del mismo las partes pueden acordar la realización de casi cualquier actividad, siempre y cuando se encuentre dentro de la ley. Otra característica de los contratos civiles por prestación de servicios es que la remuneración pactada no se denomina salario, sino honorarios (motivo por el cual también se le conoce como “contrato por honorarios”) y, como ya se mencionó, las partes se designan como contratante y contratista, en vez de empleador y trabajador o empleado, como en los contratos laborales.

En relación con la jornada laboral, en principio, no puede obligarse a su cumplimiento por parte del contratista, aunque, en algunos casos particulares, sí pueda acordarse con él, sin que esto se constituya en factor para subordinación y siempre será razonable y ajustada a la voluntad de las partes. Con respecto a los derechos de un contratista, en esta modalidad sólo se contempla el pago de honorarios y los que hayan sido acordados en el respectivo contrato, por lo tanto, el contratante no está obligado a reconocer aportes a seguridad social (salud, pensión, aseguradora de riesgos laborales –ARL-, caja de compensación familiar), ni tampoco horas extras, recargos nocturnos, dominicales o festivos, o prestaciones sociales (primas, cesantías, vacaciones, auxilio de transporte), dotación, ni liquidación o indemnización en el momento de terminación del contrato. Es importante mencionar que el contratante tiene la obligación de verificar que el contratista haya realizado oportuna y completamente sus pagos a seguridad social como aportante independiente.

Los contratos por prestación de servicios pueden tener una duración libre, de acuerdo con lo pactado por las partes y, según la legislación civil colombiana, para su renovación no aplican los preavisos ni las condiciones que sí se deben tener en cuenta en los contratos laborales, sin olvidar que en el contenido del contrato se deben establecer claramente las circunstancias con las que ambas partes deberán estar de acuerdo para su renovación. Esto también aplica para su

terminación y puede considerarse tanto el cumplimiento del tiempo establecido, mutuo acuerdo o el incumplimiento de alguna de las partes.

## 1.2 Suficiencia de Personal de Salud

La suficiencia de personal sanitario es otro factor crítico para garantizar el desarrollo de un modelo de salud a largo plazo que responda oportunamente a las necesidades de la población y para desarrollar los objetivos del desarrollo sostenible, tal como lo menciona la OMS en su 138<sup>o</sup> reunión, celebrada el 27 de enero de 2016, y recopilada en el documento “Estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030”:

PP7 Reconociendo que los trabajadores sanitarios son fundamentales para establecer sistemas sanitarios sólidos y resistentes que contribuyan a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus metas relativas a la nutrición, la salud, la educación, el género, el empleo y la reducción de las desigualdades. (Organización Mundial de la Salud, 2016, p.2).

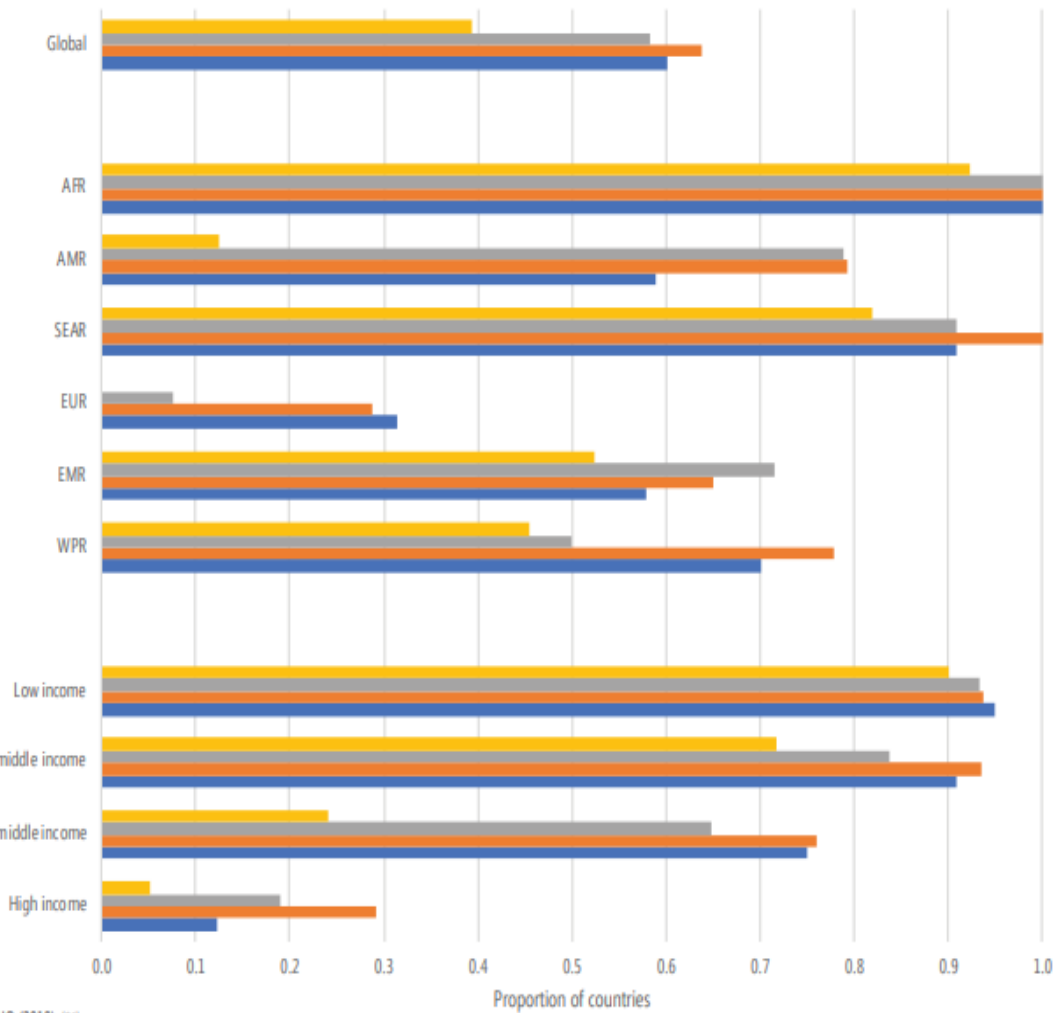
Esta situación de insuficiencia en el talento humano en salud ya venía haciéndose tangible una década atrás, en la revisión realizada por la Asamblea Mundial de Salud en su 69<sup>o</sup> reunión donde se menciona: “En el caso particular de las Américas se evidenció la necesidad de más recurso humano en el área asistencial” (Organización Mundial de la Salud 2006, citado en Matallana et al. 2013). Igualmente, en la última edición de las “Estadísticas sanitarias mundiales 2019: vigilancia de la salud para los ODS” de la Organización Mundial de la Salud se reporta la disponibilidad de fuerza laboral calificada. En la siguiente tabla se puede observar la distribución de profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes por continente. Específicamente para América se observa menor proporción de médicos por habitantes.

Gráfico No. 1

Profesionales de la salud insuficientes, por continentes, 2013-2018.

Proportion of countries with insufficient health care professionals, 2013-2018

- Fewer than 10 medical doctors per 10 000 population
- Fewer than 40 nursing and midwifery personnel per 10 000 population
- Fewer than 5 dentists per 10 000 population
- Fewer than 5 pharmacists per 10 000 population



Source: WHO (2018) (86).

Fuente: Word Health Statistics, World Health Organization (2919)

El talento humano en salud ha sido uno de los enfoques principales de la declaración de la 69ª Asamblea Mundial de la Salud, que recalca la importancia de retomar los objetivos enunciados en la Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud que, a su vez, fueron definidos en anteriores asambleas, como la 66ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra en 2013, la cual menciona en profundidad:

WHA66.23 Transformar la formación de la fuerza de trabajo sanitaria para apoyar la cobertura sanitaria universal.

La 66.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando la resolución WHA59.23 por la que se insta a los Estados Miembros a que aumenten la preparación de la fuerza de trabajo sanitaria en respuesta a la escasez de agentes sanitarios que obstaculiza el logro de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio;

Reconociendo que un sistema de salud que funciona con un número suficiente y una distribución equitativa de agentes sanitarios comprometidos y competentes en el nivel de atención primaria de salud es fundamental para lograr el acceso equitativo a los servicios de salud como un objetivo importante de la cobertura sanitaria universal, según se puso de relieve en el Informe sobre la salud en el mundo 2006;

Reconociendo asimismo la necesidad de proporcionar estímulos económicos y de otra índole, en cantidad suficiente y de manera fiable, así como un entorno laboral seguro con miras a alentar a los agentes sanitarios a que permanezcan en los lugares donde más se los necesita, especialmente las zonas alejadas y de difícil acceso y las barriadas urbanas, con arreglo a las recomendaciones de las Directrices mundiales de la OMS; [...]

Preocupada además porque las proyecciones demográficas ponen de relieve que la oferta y la distribución de los trabajadores sanitarios son cuestiones que suscitarán preocupación en las próximas décadas, independientemente del grado de desarrollo de los países; [...]

Recordando la resolución WHA63.16, titulada «Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud», según el cual, entre otras cosas, los Estados Miembros convinieron en esforzarse para crear una fuerza de trabajo sanitaria sostenible y establecer estrategias eficaces de planificación, formación, capacitación y retención de dicha fuerza de trabajo. (Organización Mundial de la Salud, 2013, pp.51-53).

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia, la Ley 1164 de 2007 de Talento Humano en Salud da el marco de referencia para los diferentes aspectos relacionados con “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 1164, 2007). Sin embargo, el enfoque se dedica particularmente a establecer los deberes y compromisos del personal sanitario con respecto a la prestación del servicio para los usuarios del sistema y la relación entre pagadores y prestadores, pero no es específica sobre la vinculación de los profesionales de la salud en términos de remuneración, experiencia e incentivos, lo que hace aún más necesaria la construcción de un modelo de contratación de médicos especialistas que genera un balance entre la actividad propia del profesional, vinculación y su remuneración con el desarrollo personal y calidad de vida.

Si bien existen otras leyes y decretos complementarios que buscan proteger los derechos de los trabajadores de salud evitando circunstancias como la intermediación laboral, no se encuentra formalizado un sistema de contratación que delimite con claridad este asunto y que promueva una adecuada distribución de este personal especializado en el territorio nacional, cubriendo la demanda de necesidades locales insatisfechas por falta de oferta de especialistas.

La diferencia entre la oferta y la demanda de personal de salud especializado en los países en desarrollo como Colombia genera dificultades para garantizar atención y diagnóstico oportunos. La distribución y preferencia de los especialistas a lo largo y ancho de la nación desencadenan una tendencia a concentrarse en las grandes ciudades, dejando un déficit de estos profesionales en el resto del territorio. Un reflejo de lo limitada que se encuentra la población para acceder a una consulta por especialista en algunas regiones es el desplazamiento que deben realizar pacientes, trasladándose por sus propios medios a otros departamentos de la nación donde se

encuentra ubicado el especialista, incurriendo en gastos adicionales, deterioro de su salud e inoportunidad en la atención. Por esta razón es necesario identificar modelos de fácil implementación que promuevan el desarrollo, la formación continua, la remuneración apropiada, y la integración del personal de salud tal y como lo menciona la Organización Mundial de la Salud:

PP8 Reconociendo asimismo que el Objetivo 3 de Desarrollo Sostenible («Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades») y las metas que incluye solo [sic] se lograrán por medio de inversiones sustantivas y estratégicas en el personal sanitario mundial y de un cambio sustancial en la planificación, la educación, la distribución, la fidelización, la gestión y la remuneración del personal sanitario, (Organización Mundial de la Salud, 2016, p.2), subrayado fuera de texto.

Por otra parte, en la medida en que los profesionales médicos se especializan en un área concreta del conocimiento, buscan ejercer su especialidad en organizaciones que les permitan desarrollarse, con la expectativa de tener una práctica profesional segura, reconocida y remunerada, al tiempo que las instituciones favorezcan su crecimiento y la ampliación de sus competencias y conocimientos. En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, se les permite a los médicos especialistas desarrollar actividades profesionales sin restricciones, tanto en instituciones privadas como públicas de forma paralela, con intensidad horaria variable, según las relaciones contractuales que se hayan pactado entre las partes. Lo anterior hace que las múltiples contrataciones no garanticen la estabilidad ni la satisfacción de los profesionales, tal como lo menciona el Ministerio de Salud y Protección Social en su Política Nacional de Talento Humano en Salud (2018):

De esta forma, a los mecanismos de vinculación tradicionales, como el contrato laboral a término indefinido y el nombramiento en planta, se agregaron múltiples formas de

vinculación y gestión del personal: contratos de prestación de servicios, contratación a través de cooperativas, empresas de empleo temporal, contratos sindicales, tercerización de servicios, entre otros. El uso de estas formas de vinculación no siempre ha respondido a los propósitos para los cuales fueron diseñadas y a las reglas para su adecuada aplicación, dando lugar a prácticas que deterioran las condiciones laborales de los trabajadores de la salud y pueden llegar a afectar la calidad en la prestación de los servicios, como cambios frecuentes de proveedores de talento humano, contratación de personal a término fijo y por períodos cortos, entre otros. El modelo de aseguramiento también introdujo nuevos intermediarios entre los profesionales de la salud y los pacientes: Entidades Promotoras de Salud, Entidades Administradoras de Regímenes Especiales y Administradoras de Riesgos Profesionales, se sumaron a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en esta intermediación. (p.28).

En la práctica, se observa que existen diversas situaciones que afectan las circunstancias laborales de los médicos especialistas, como lo menciona la reciente Encuesta Nacional de Situación Laboral de Profesionales de la Salud, realizada por el Colegio Médico Colombiano (CMC) en el primer bimestre de 2019, en el que se encuestaron 8.249 profesionales de la salud, de los cuales 3.437 fueron médicos especialistas. En esta encuesta se reflejó que los principales problemas para este último grupo, son: los cambios en las condiciones de trabajo en un 44%, pérdida de empleo en un 21% y la constricción del ejercicio en un 15%, entre otros. (Colegio Médico Colombiano, 2019).

Adicionalmente, no es un secreto que la mayoría de los especialistas debe establecer más de un contrato para mantener su nivel de vida, lo que se ve reflejado en la misma encuesta del CMC en la respuesta a la pregunta “¿en cuántos lugares trabaja?”, el 67% de los especialistas informaron que trabajan en más de un lugar (Colegio Médico Colombiano, 2019). Esta situación implica un mayor desgaste para los profesionales debido a la necesidad de trasladarse, en ocasiones, cubriendo grandes distancias y las diversas actividades de tiempo parcial, generando en los médicos cansancio por las múltiples ocupaciones y desplazamientos, además de resultados clínicos inconclusos en su gestión diaria, una lista de pendientes e insatisfacción laboral.

Desde el punto de vista de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que los contrata, esta realidad incide negativamente en la disponibilidad de los especialistas en el momento en que la organización los requiere, fragmentando la atención clínica, afectando la oportunidad y la continuidad en la atención, e incrementando costos para la institución prestadora de salud y para el sistema, lo que coincide con la afirmación de Matallana et al. (2013), en su estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas en servicios de alta y mediana complejidad, en la que afirma:

Resulta de gran interés el alto porcentaje de IPS (55,6%) que consideró que la planta de especialistas se encontraba incompleta, situación frente a la cual el 41,3% de las IPS afirmó haber tenido que cerrar o suspender algún servicio en los últimos cinco años. Esto es un gran indicio de la insuficiencia de especialistas a nivel global en el país y conlleva a pensar en la necesidad de generar políticas públicas para su manejo. (p. 44)

Adicionalmente, a la necesidad de trabajar en más de una IPS, se suma que el tipo y modelo de contratación para el personal de salud cada vez toma mayor relevancia, porque hace parte de la motivación y estabilidad en los equipos de profesionales especializados. Al respecto, Herzberg, 1959 (citado en Pavón, Gogeochea, Blázquez M. y Blázquez C., 2011), sostiene que:

La satisfacción en el trabajo está relacionada con dos factores motivacionales: intrínsecos, relacionados con su contenido, tales como el trabajo mismo, los logros, los reconocimientos, la responsabilidad y los ascensos; y extrínsecos, relacionados con el contexto del trabajo y que no pueden ser controlados o modificados directamente por el trabajador, como salario, las relaciones humanas, las políticas de la institución, la supervisión y la seguridad. La satisfacción se logra por la integración de ambos factores.

Detrás de la contratación de grupos de especialistas se genera la necesidad de ofrecerles asesoría, acompañamiento y revisión de su satisfacción con el tipo de contratación y con la remuneración que tienen asignada. En este aspecto vale la pena revisar dos asuntos, a saber:

Teniendo en cuenta la gran amplitud y diversidad de materias que deben enfocarse en temas clínicos y quirúrgicos propios de la profesión médica -cuya importancia y prioridad es indiscutible-, tradicionalmente, su formación académica no hace mayor énfasis en asuntos administrativos, lo cual los deja en desventaja en el momento de realizar negociaciones como personas naturales o jurídicas, si antes no han buscado asesoría o capacitación específica en estos temas. Particularmente, esta debilidad incrementa la desmotivación por sentirse “mal” contratados y/o remunerados, favoreciendo la constante búsqueda activa de nuevos y “mejores” empleos, que sí se ajusten a sus expectativas, generando un panorama laboral muy fluctuante que no beneficia ni a los médicos ni a las IPS.

En segundo lugar, dentro del contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, el manejo de los recursos económicos también ha tenido variaciones y dilaciones, creando una cadena de tardanza, cuyo último eslabón es el profesional de la salud, quien resulta afectado en dos vías: directamente, viéndose afectados los pagos de sus salarios u honorarios, e indirectamente, con ciertas constricciones que algunas entidades ocasionalmente ejercen a su desempeño profesional, encaminadas a lo que algunas de ellas llaman “contención del gasto”, argumentando que el beneficio se reflejará en la mejor distribución de los recursos, pero que, en la cotidianidad, se visualiza como la limitación en la prescripción o en la solicitud de ayudas diagnósticas pertinentes que pueden agilizar un diagnóstico oportuno y solucionar o, por lo menos, aminorar, el problema de salud que aqueja al paciente. En este aspecto en particular se atenta contra la autonomía médica. Esto va en contravía del lineamiento y recomendación emitida por la Organización Mundial de la Salud OMS, 2016:

PP6 Guiándose por el llamamiento formulado en la meta 3.c del Objetivo 3 a «aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo». (p.2)

De acuerdo con lo expuesto, gran parte de los resultados en la atención de los pacientes, en la comunicación oportuna y en la utilización de los recursos, tecnologías y servicios existentes se encuentran relacionados con el tipo de vinculación laboral del especialista. Es aquí cuando empiezan a surgir los interrogantes: ¿el modelo de contratación por prestación servicios es el adecuado para generar beneficios y mejores resultados en la atención para los pacientes?, ¿o todos los trabajadores de la salud - o más específicamente, los médicos especialistas, quienes son el objeto del presente trabajo - deberían estar vinculados a través de contratos laborales?, ¿qué aspectos se deben tener en cuenta para la construcción de un modelo de contratación para médicos especialistas?, ¿se puede construir un modelo equilibrado de contratación dinámico para médicos especialistas de una institución de cuarto nivel?

Es por estas razones que se hace necesario proponer la construcción de un modelo de contratación que permita que el personal médico permanezca mayor tiempo en la institución, desarrollando otras actividades que contribuyan a su crecimiento personal y laboral, disminuyan la carga, el estrés y promuevan el liderazgo y empoderamiento de los especialistas en el desarrollo de su actividad, además de ofrecerle alternativas para aumentar sus capacidades técnicas y habilidades blandas y, adicionalmente, fortalecer sus competencias en docencia e investigación como actividades que enriquezcan su experiencia profesional, generando mejora en el acceso y oportunidad para los pacientes.

La Pontificia Universidad Javeriana, Fedesarrollo y Family Health Foundation, 2001 (citado en Ministerio de Salud, 2018) han resaltado que:

El reconocimiento y comprensión de las relaciones dinámicas e interdependientes de los mercados y sus agentes, es fundamental para trazar las líneas de política y estrategias de talento humano, en un sistema de salud segmentado y descentralizado como el colombiano, donde participan instituciones que gozan de amplia autonomía y confluyen elementos normativos y de mercado, que hacen poco factible un modelo de planificación centralizado de los recursos humanos (Pontificia Universidad Javeriana, Fedesarrollo, and Family Health Foundation 2001). (p. 56)

Teniendo en cuenta la experiencia de internacionalización adquirida en Pamplona (Navarra), donde conocimos algunos aspectos del Sistema Nacional de Salud de España y, particularmente en lo que respecta a la distribución de médicos especialistas y al funcionamiento de la cobertura de salud, observamos que esta es amplia para la población y existe un sistema formal de contratación tanto en el sector público como en el privado. La mayoría de médicos especialistas dedicados a desarrollar su actividad en el sector público permanecen tiempo completo en el ejercicio de sus funciones.

En el sector público, existen algunas falencias de disponibilidad de especialistas específicos, que son cubiertas contratando los servicios en el sector privado para garantizar continuidad en la atención de los pacientes críticamente enfermos. Es así como la tasa de especialistas médicos reportada para el 2018 en España fue de 425,1 especialistas por 100.000 habitantes; esta estimación sitúa a España dentro de los 10 países miembros de la OCDE con mayor número de médicos por habitante. (Barber, P., González, B., 2018. pp. 101-102).

Para 2017, el Sistema Nacional de Salud de España reportaba:

El colectivo profesionales [sic] de la medicina en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud cuenta con 116.711 efectivos de los que 34.932 (28.506 de medicina de familia y 6.426 de pediatría) trabajan en atención primaria, lo que supone una tasa de 0,8 por cada 1.000 habitantes. En los hospitales del Sistema Nacional de Salud trabajan 80.900 profesionales de medicina (sin contar con los especialistas en formación postgrado), además de 3.977 efectivos en los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061, todo lo cual supone una tasa de 1,7 por 1.000 habitantes. Por cada profesional que trabaja en atención primaria 2,2 están trabajando en atención especializada, o lo que

es lo mismo, el 31,0% de los profesionales de medicina del SNS prestan sus servicios en atención primaria y el 69,0% en atención especializada. De cada 10 que trabajan en los hospitales del Sistema Nacional de Salud por grupos de especialidades, corresponden: 4 a Medicina Interna y especialidades médicas, 2 a Cirugía General o de especialidades quirúrgicas, 1 a Ginecología y Obstetricia, 1 a Traumatología y Ortopedia, 1 a Servicios Centrales y 1 al Área de Urgencias. (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2017. p 15.).

El anterior informe del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar del Gobierno de España ilustra sobre la suficiencia del personal médico especializado y su distribución en el Sistema Nacional de Salud. Llama la atención que por cada profesional que se dedica a la atención primaria, dos profesionales se dedican a la atención especializada.

En la siguiente tabla se puede observar la distribución del personal médico por cada 100.000 habitantes según nivel de atención (primaria y hospitales) en los años 2015 y 2016, reportada por el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España.

Tabla No. 1.

Número y tasa por 1.000 habitantes de profesionales de la medicina en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud de España; total y distribución por nivel de atención, 2015-2016

	Atención Primaria SNS		Hospitales SNS		Total SNS	
	Número	Tasa por cada 1.000 hab.	Número	Tasa por cada 1.000 hab.	Número	Tasa por cada 1.000 hab.
2015	34.888	0,8	79.545	1,7	112.509	2,5
2016	34.932	0,8	80.900	1,7	116.711 (*)	2,5(*)

Observaciones: La tasa de profesionales de atención primaria del SNS se refiere a 1.000 personas asignadas. El número en los hospitales del SNS se refiere a personal vinculado, es decir, aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial. (\*) En el Total SNS del año 2016 se han incluido 3.977 que trabajan en los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061.

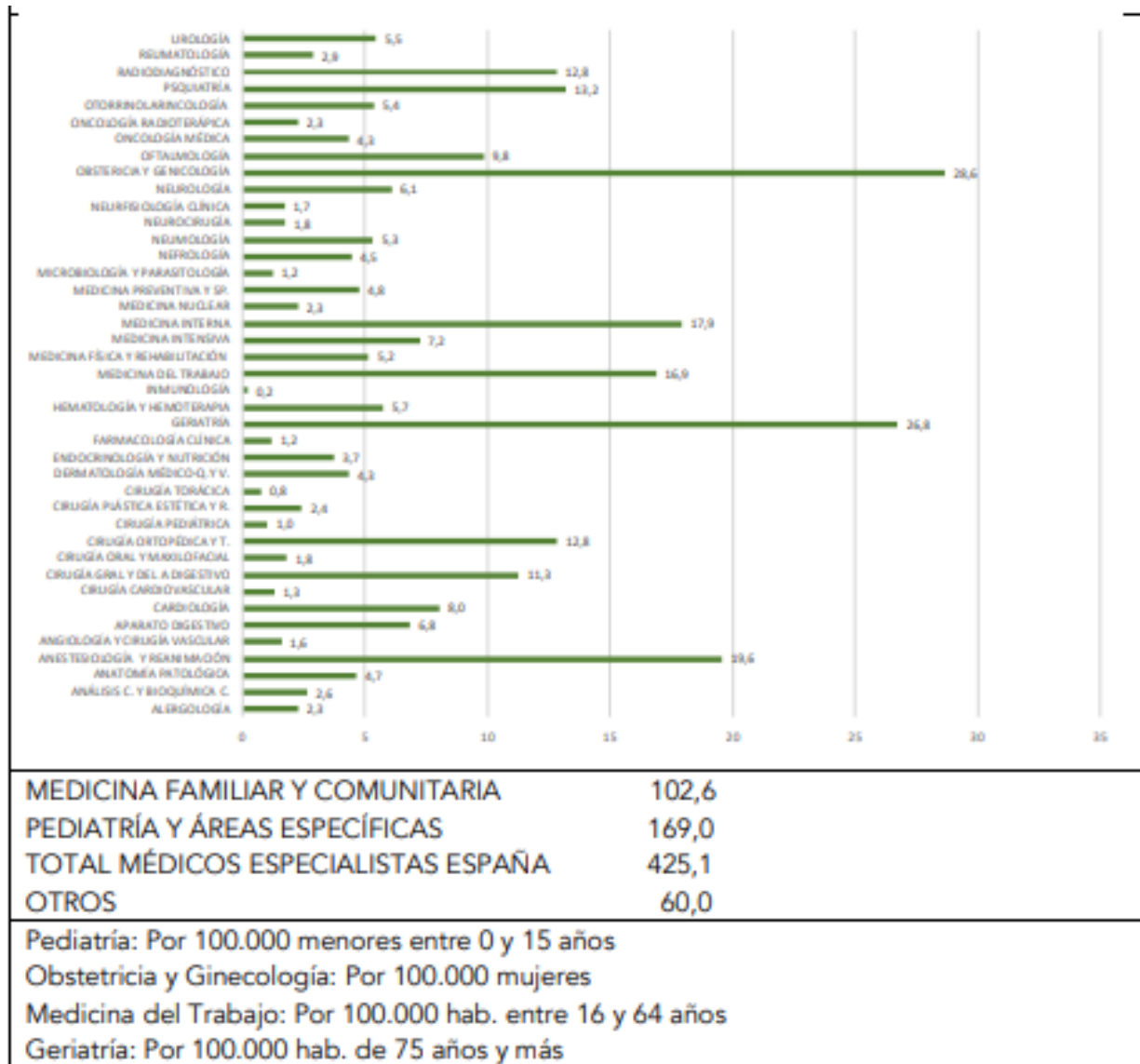
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061.

Fuente: Recursos Asistenciales. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017. (2019). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. España. p 15.

Una de las dificultades identificadas, al igual que en Colombia, es la de conocer la cifra exacta de profesionales médicos y su proyección de demanda para los próximos años; por tal razón se proponen adelantar un único Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS) a partir de la unificación de la información de profesionales de la salud.

Tabla No. 2

Ratios por 100.000 hab. Empleo total España 2018.



Fuente: Barber, P., González, B. (2018). Estimación de la Oferta y Demanda de Médicos Especialistas.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. España. Equipo Economía de la Salud.

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Por otra parte, en Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido la importancia de la planeación del recurso humano en salud en todo el país al implementar el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud -ReTHUS-, que tiene como objetivo caracterizar a los profesionales, incluyendo un análisis de la situación territorial para determinar las necesidades del personal en salud.

Colombia cuenta con una proyección de médicos estimada en el estudio “Estimación de oferta de médicos especialistas en Colombia 1950-2030. Anexo metodológico” (2018) de la Dirección de Epidemiología y Demografía de la Dirección de Talento Humano en Salud, en el cual se realizó una estimación de la demanda de médicos tomando como base el estudio desarrollado por Cendex y el Ministerio de Salud y Protección Social:

[...] la publicación del Ministerio de salud y CENDEX, “Recursos humanos de la Salud en Colombia 2008”. Estas dos publicaciones usan una metodología similar, consistente en para año tomar los egresados de instituciones de educación superior en programas de especialización médica, agregar los títulos homologados obtenidos en el exterior, y restar una estimación de los que emigraron, de los que se pensionaron y de los que murieron. Un modelo de inventario.

En este trabajo se presenta, una mejoría a esta metodología para usar la ecuación de inventario agregándole una matriz vida, que permite tener una medición de sensibilidad y una estimación más certera de los retiros y de la mortalidad. Al mismo tiempo que le permite al Ministerio de Salud y Protección Social, contar la actualización de la estimación anual, con metodologías propias. (p.2)

En cuanto a la disponibilidad de médicos especialistas en Colombia, Matallana et al. (2013) expresan:

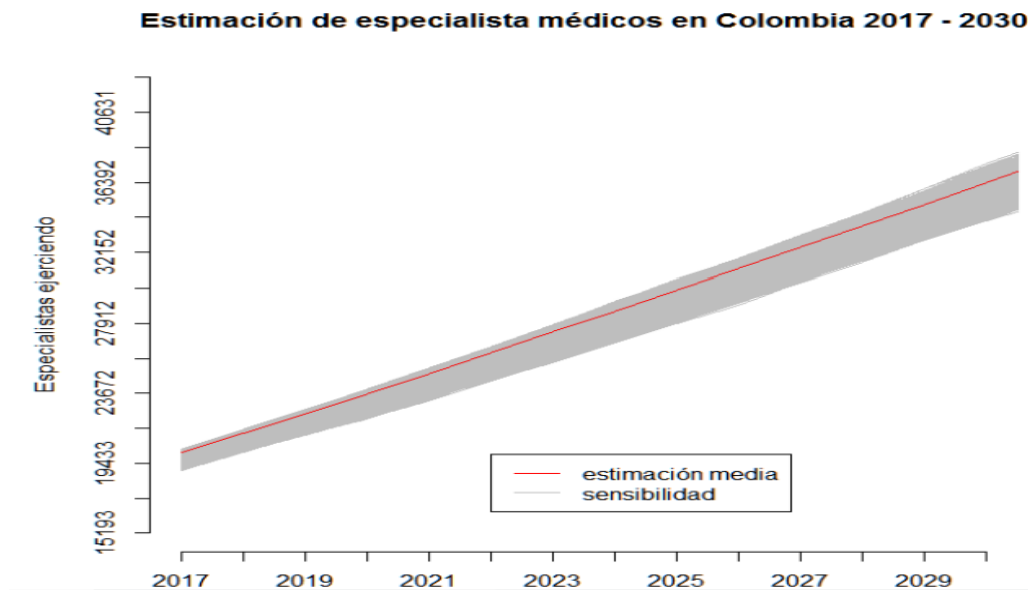
El indicador muestra para el año 2011 una disponibilidad de 14 pediatras por cada 100.000 niños, mientras que Ginecología y Obstetricia ofrece 13 especialistas por cada 100.000 mujeres, Medicina Interna dispone de 7 especialistas por cada 100.000 habitantes mayores de 18 años, 4 anesthesiólogos y 3 cirujanos generales por cada 100.000

habitantes. No obstante, especialidades como Medicina del deporte, Cirugía pediátrica, Medicina del trabajo, Radioterapia, entre otras, no alcanzan a 1 especialista por 100.000 habitantes. (p.26).

En 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia a través de la Dirección de Epidemiología y Demografía junto con la Dirección de Talento Humano en Salud elaboró una estimación de la oferta de médicos especialistas en Colombia y la plasmó en el documento del mismo nombre, donde se registra que el stock de especialistas calculado para el año 2017 era de 21.000 médicos y para 2030 se proyectan cerca de 38.000. Este estudio tiene en cuenta como entradas los especialistas graduados en el país y los especialistas graduados en el extranjero, y como salidas las tasas de mortalidad.

Gráfico No. 2

Estimación de especialistas médicos en Colombia 2017 – 2030



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía, Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, 2018. Estimación de oferta de médicos especialistas en Colombia 1950-2030. p.11.

Para contar con esta proyección de crecimiento de especialistas médicos en Colombia es importante fomentar la apertura de cupos de residencia para especialidades que cubran las demandas de la población, de acuerdo con factores epidemiológicos, sociales y económicos. Con el ánimo de fortalecer esta planificación de personal, mediante la Ley 1917 de julio 12 de 2018 reglamentada por la Resolución 1872 de julio 12 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, se creó el Sistema de Residencias Médicas en Colombia, primer paso para fundamentar el trabajo de los médicos especialistas en formación, quienes son pieza clave en la prestación de los servicios de salud, en aras de abrir el camino hacia la formalización de sus actividades mediante remuneración digna con costo razonable para el sistema, estímulo para su permanencia en el país y lograr una futura descentralización de los especialistas.

Esta Ley también plantea la estandarización de jornadas de dedicación no superiores a 12 horas por turno, ni a 66 semanales, incluyendo las actividades académicas, de prestación de servicios y administrativas (Congreso de la República de Colombia, Ley 1917 de 2018; Resolución 1872 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social).

Otro aspecto relacionado con este primer eje es la revisión que se está haciendo a las condiciones del Servicio Social Obligatorio para todas las profesiones, destacándose algunos avances que saldrán a la luz a corto plazo y que pueden significar mejor acceso a servicios de salud con calidad en áreas apartadas de las grandes ciudades. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Durante la internacionalización realizada en Pamplona España, con respecto a las residencias médicas, pudimos observar una diferencia mayor entre los sistemas de España y Colombia, pues, mientras que en el primero se emplea un sistema de formación de médicos especialistas desde 1976 llamado “Médico Interno Residente” (MIR) aplicado en toda la nación como un sistema de pruebas para asignar cupos de residencia en los hospitales, en Colombia por el contrario, los cupos de residencia son potestad de las Universidades, las cuales seleccionan y otorgan el acceso a los programas de educación superior en posgrados médicos (Barber y González, 2018).

En España, el MIR se aplica en una misma fecha para todos los candidatos y se tienen en cuenta las plazas ofertadas tanto en el sector público como en el privado; los candidatos que obtienen los mejores puntajes pueden escoger de acuerdo a la especialidad que deseen adelantar, mientras que quienes logran los siguientes resultados, son ubicados en las plazas restantes. El 7% del total disponible se asigna a personal en condición de discapacidad, y el 4% para los candidatos fuera de las comunidades autónomas, permitiendo mayor equidad y transparencia. Para febrero de 2019 se ofertaban 6.797 plazas para 15.477 aspirantes (Barber y González, 2018).

En Colombia los cupos de ingreso a residencia son limitados y existe una sobredemanda, adicionalmente, en la asignación de los cupos existe un control compartido entre la Institución de Educación Superior donde se estructura el programa académico y la(s) Institución(es) Prestadora(s) de Servicios de Salud (IPS) en la(s) cual(es) se desarrollan las prácticas. Este desarrollo compartido de los programas de posgrados médicos se sustenta en las condiciones de calidad académica determinadas por el Ministerio de Educación Nacional y por los programas de convenio docencia-servicio exigidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social. (Reyes, G. y Ortiz, L., 2013). De esta forma, el proceso de selección y aceptación de residentes obedece a un proceso particular de cada Universidad y no se encuentra estandarizado.

En materia de calidad de la prestación de los servicios de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social está buscando el respaldo de asociaciones de profesionales de la salud -hasta el momento con buena respuesta de las agremiaciones de enfermeros y médicos- para lograr unos “mínimos curriculares” en los contenidos académicos de pregrado y posgrado, según corresponda a cada profesión, así como redefinir y simplificar las denominaciones de programas académicos y de especialistas para poder canalizar su labor y enfocarla hacia las necesidades reales del país. Además, mediante la evaluación de los sitios de práctica formativa también se optimiza la calidad de los programas académicos colombianos y el desarrollo de los servicios de salud, en aras de regular el sistema de convenios docencia-servicio. En España, los lugares de

formación están definidos por los programas propios y por requisitos específicos que deben cumplir y están sometidos a evaluación tanto de los estudiantes como de agremiaciones médicas; así mismo, los títulos de especialidades son otorgados por las mismas Instituciones de salud (clínicas u hospitales universitarios) donde se forma el profesional.

Por el contrario, en Colombia la expedición de los títulos de posgrados médicos obtenidos en el país es formalizada por las Instituciones de Educación Superior aprobadas por el Ministerio de Educación Nacional (MEN), sin que esta situación represente limitación para su correspondiente validación. Caso contrario ocurre con la convalidación de aquellos programas académicos cursados en el extranjero, debido a que está determinada por el Ministerio de Educación Nacional, de acuerdo con los criterios establecidos por la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CONACES), órgano evaluador que valora y emite concepto acerca de dicha formación, basándose únicamente en los programas ofertados en Colombia, constituyéndose esto en una limitante, al no tener en cuenta algunas especialidades avaladas a nivel internacional y que son necesarias para cubrir las necesidades actuales en salud. (Ministerio de Educación Nacional, 2019).

Ciertamente en el tema de convalidaciones el Ministerio de Educación Nacional, requiere definir el proceso de las convalidaciones de títulos académicos que, hasta el momento, se consideran no susceptibles de convalidación por diversos motivos, con el ánimo de beneficiar el ejercicio profesional de quienes se formaron en el exterior y regresaron al país a aplicar sus conocimientos, favoreciendo así el acceso de la población a atención médica especializada.

En cuanto a la remuneración de los residentes en España, se encuentra definida desde el año 2006 por Real Decreto 1146 donde se establece la regulación laboral del médico residente que incluye: contrato anual prorrogable, jornada laboral que no supera las 37,5 horas semanales, jornada reducida, remuneración, porcentajes reconocidos dependiendo del año de residencia, evaluación, supervisión, exclusividad, vacaciones y permisos. En el caso colombiano, como ya

se comentó anteriormente, el país está iniciando la revisión e implementación de algunos de estos aspectos, como la remuneración, la exclusividad y la evaluación.

Llama la atención que en España el sistema da una categorización salarial uniforme a las especialidades médicas, es decir, no establece diferencias mayores en la remuneración de sus especialistas, indistintamente sean clínicos o quirúrgicos, en particular en el sector público. En Colombia, esa categorización de la remuneración de acuerdo a la especialidad aún se encuentra en revisión; al respecto se evidencian brechas, dadas por el sector donde se desarrolla la actividad (público o privado), el nivel de complejidad de la IPS y el tipo de especialidad (clínica o quirúrgica), siendo este último diferenciador en el cual se observan mayores diferencias en los ingresos de los especialistas.

Pero, ¿qué podemos observar para los especialistas ya formados que se encuentran ejerciendo su especialidad? En el cambio de definición en el mercado que se dio por la introducción de la Ley 100, existe variabilidad en el tipo de contratación y se observan diferencias de acuerdo a la localización geográfica, teniendo en cuenta que pueden influir aspectos como las vías de acceso, nivel de ingresos, la relación entre oferta y demanda de servicios, la contratación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), entre otros, por lo tanto, la remuneración del personal de salud, específicamente el médico, puede variar de una localización geográfica a otra en el territorio Colombiano, sin mencionar que, adicionalmente, el número de horas trabajadas y el tipo de especialidad también pueden marcar diferencias en el momento de establecer el reconocimiento económico a su labor.

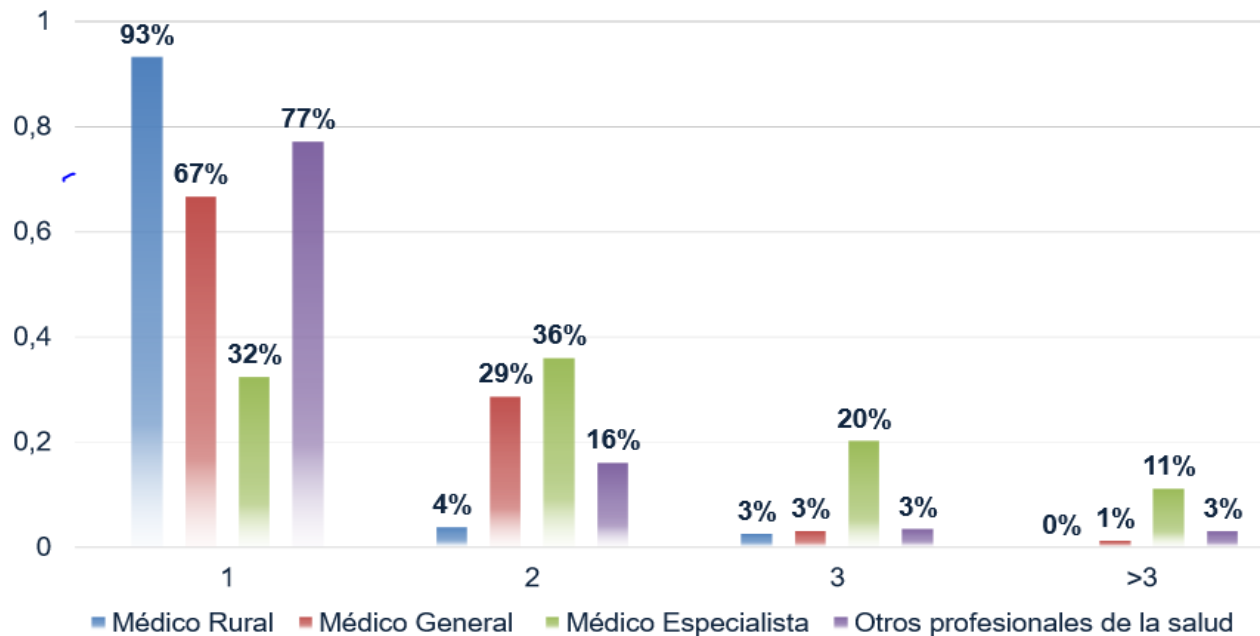
Si se observa la información obtenida por la Encuesta Nacional de Situación Laboral de Profesionales de la Salud (ENSLPS 2019) del Colegio Médico Colombiano, efectuada durante enero y febrero de 2019, se encuentra que de 3.437 especialistas encuestados un 56% de respondió que trabaja en más de dos lugares, adicionalmente el 47% trabaja más de 48 horas semanales y en cuanto a su asignación salarial, el 24% informó que recibe una remuneración mensual entre 5 y 9 SMMLV, el 31% recibe entre 9 y 15 SMMLV, y el 29% recibe más de 15

SMMLV, es decir, la variabilidad en cuanto a remuneración se mantiene alta. (Ver gráficos 3, 4,5 y 6).

Gráfico No. 3.

Número de lugares de trabajo de los profesionales de la salud en Colombia

**Gráfico Pregunta 10. ¿En cuántos lugares trabaja? según profesión.**



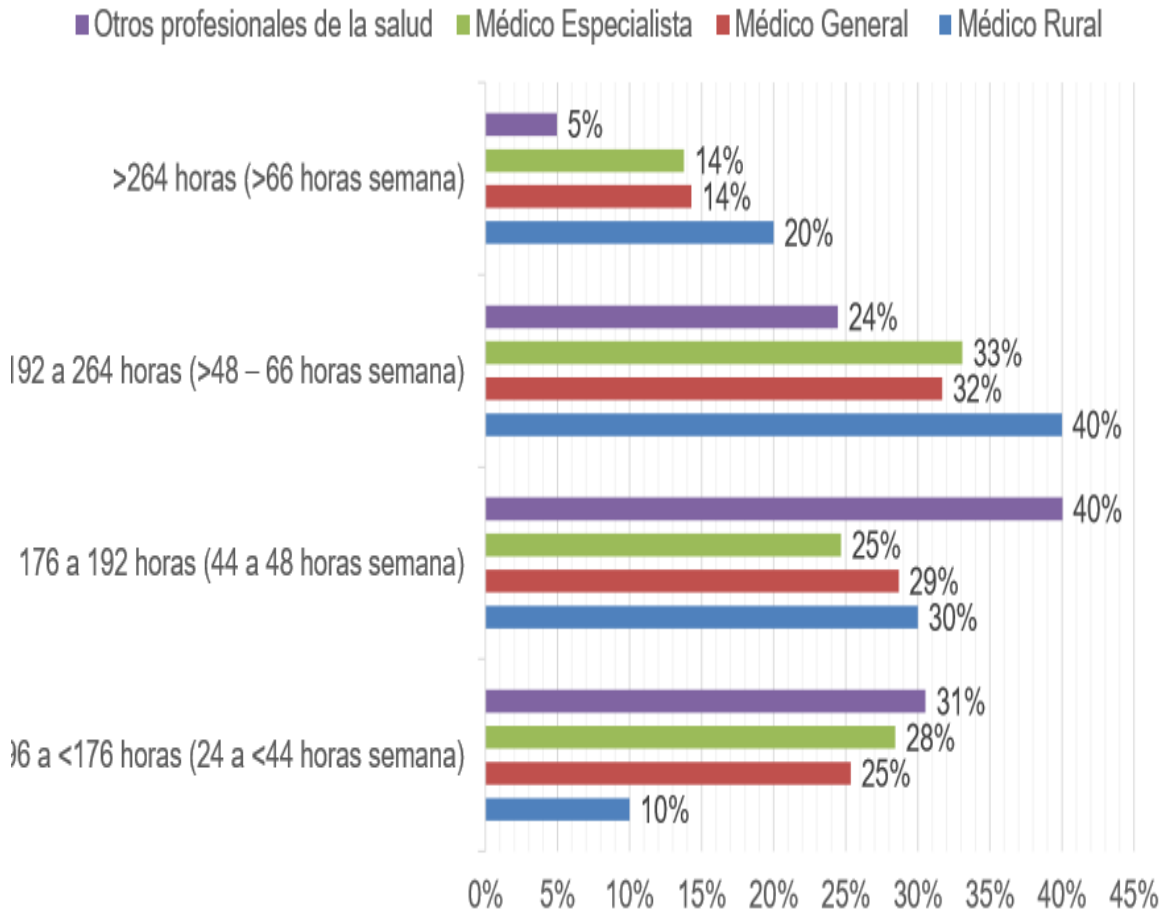
Fuente: Encuesta Nacional de Situación Laboral Profesionales de la Salud 2019

Fuente: Encuesta Nacional de Situación Laboral de Profesionales de la Salud (ENSLPS 2019) del Colegio Médico Colombiano.

Gráfico No. 4

Número de horas aproximadas de trabajo al mes, según profesión.

**Gráfico Pregunta 11. Número de horas de trabajo aproximado al mes según profesión.**

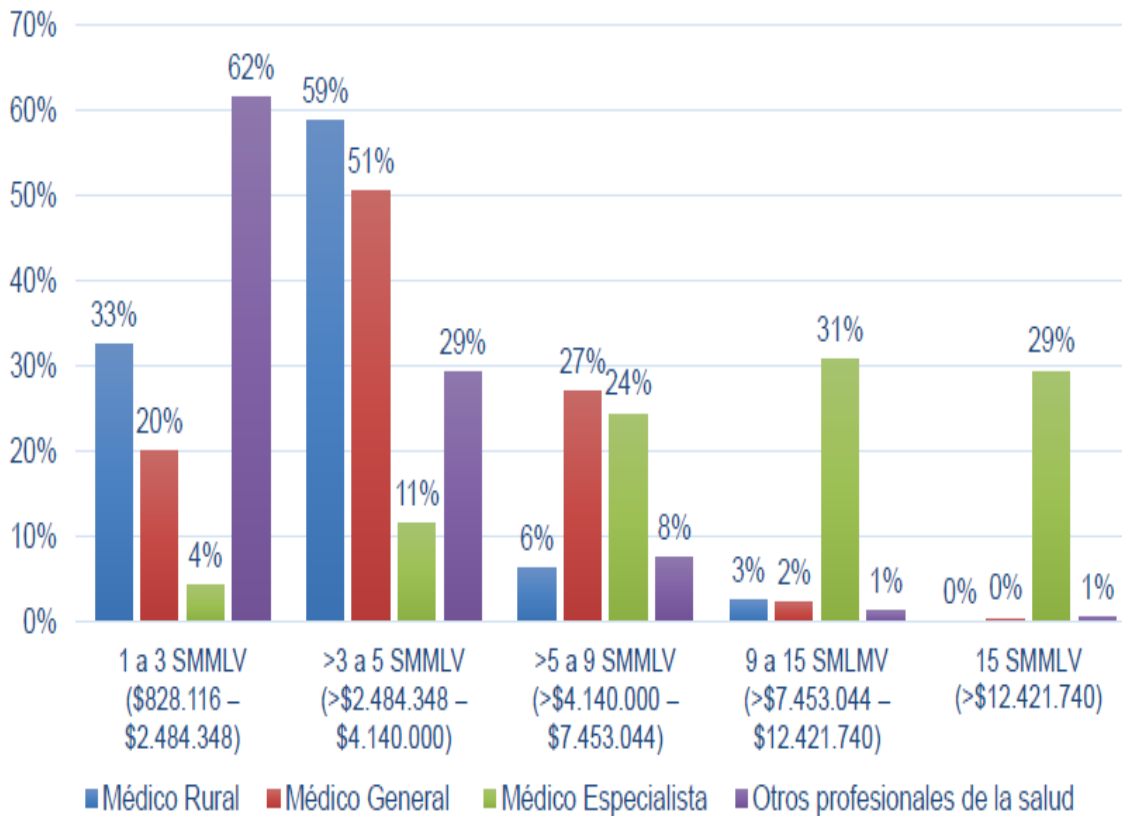


Fuente: Encuesta Nacional de Situación Laboral Profesionales de la Salud 2019

Fuente: Encuesta Nacional de Situación Laboral de Profesionales de la Salud (ENSLPS 2019) del Colegio Médico Colombiano.

Gráfico No. 5.

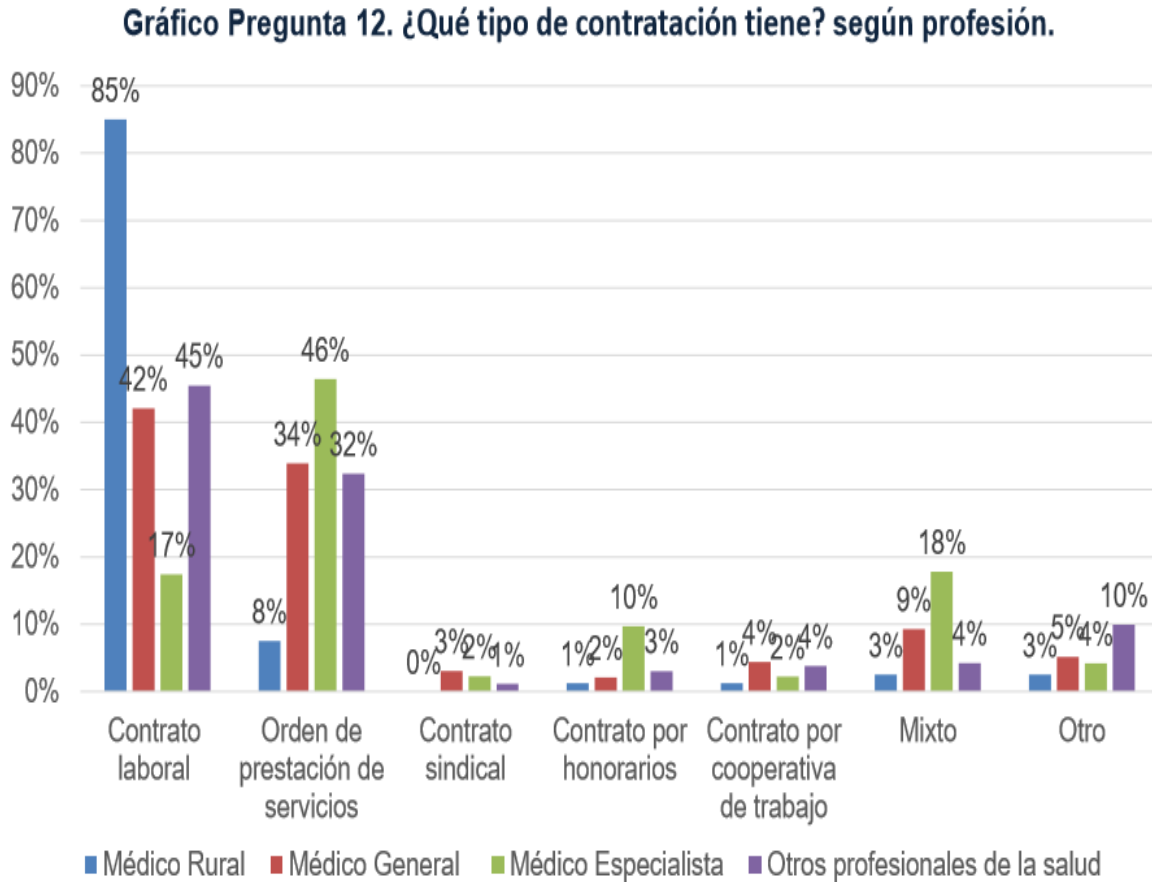
Promedio de salario o remuneración mensual (después de pago de prestaciones), según profesión.



Fuente: Encuesta Nacional de Situación Laboral de Profesionales de la Salud (ENSLPS 2019) del Colegio Médico Colombiano.

El 31% de los especialistas médicos se encuentran en un rango salarial de 9 a 15 salarios mínimos legales vigentes, el 29% más de 15 salarios mínimos legales vigentes, y el 24% recibe entre 5 y 9 salarios mínimos legales vigentes.

Grafico No 6.  
 Tipos de contratación por profesión



Fuente: Encuesta Nacional de Situación Laboral de Profesionales de la Salud (ENSLPS 2019) del Colegio Médico Colombiano.

Como se puede observar, el 46% de los médicos especialistas trabajan bajo contrato por orden de prestación de servicios, el 18% por contrato mixto, y el 17% por contrato laboral.

### 3. MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1 Metodología de teoría fundada

Los orígenes de la teoría fundada o fundamentada se encuentran en la Escuela de Sociología de Chicago y en la corriente del interaccionismo simbólico, cuyo enfoque es que los seres humanos actuamos ante las cosas con base al significado que éstas tienen para nosotros. Su objetivo principal es que, a través del estudio de fenómenos sociales en contextos naturales, se puedan generar teorías que expliquen un fenómeno estudiado. Las ciencias sociales y la psicología la han aplicado para desarrollar teorías sobre procesos psicosociales en diferentes ámbitos de los seres humanos. En el área de la salud, la teoría fundamentada se desarrolló por primera vez en el área de enfermería gracias a los sociólogos Barney Glaser y Anselm Strauss en el libro “The Discovery of Grounded Theory”, en 1967 (Vivar, Arantzamendi, López, Gordo. 2010).

De acuerdo con Cuñat (2007), la teoría fundada parte desde la inmersión en los datos hacia el desarrollo de teorías sobre los fenómenos, más que la prueba de una idea teórica. La teoría fundada, se encuentra inmersa dentro de la investigación cualitativa, en la cual “los investigadores toman como centro de su atención el conocer las vivencias y los antecedentes en su contexto natural de tal forma que pueda haber un espacio para que manifiesten sus particularidades” (Alarcón A., Múnera, L., Montes, A., 2017).

Desde sus inicios en el tema, los principales autores de esta Teoría, previamente mencionados, tenían como propósito generar una teoría que explicara las relaciones inmersas en una realidad determinada. Es así como a través de lo que ellos denominan: la codificación, el muestreo teórico y un balanceo comparativo permanente de la información obtenida, se logra la saturación en los datos. La teoría fundamentada, entonces, permite dar explicación a las relaciones existentes entre dos o más categorías de una realidad que se observa. Estos autores pensaron en configurarla como una teoría básica que les sirviera de apoyo a los investigadores cualitativos para respaldar las investigaciones que adelantasen en el campo en que operan. De esta manera, desde la perspectiva de Giraldo (2011), La teoría fundamentada es capaz de proporcionar teorías,

conceptos, hipótesis partiendo en forma directa de los datos y no de marcos teóricos ya establecidos con anticipación. (Alarcón, A. et al, 2017).

La teoría fundamentada, a través del inductivismo, da origen a una teoría que le da explicación a un fenómeno particular estudiado, de tal forma que “lo conceptualizado y su relación con los datos de donde proviene, son valorados constantemente hasta que se logre terminar el estudio”. (Alarcón, A. et al, 2017). Para la implementación de la teoría fundada o fundamentada se pueden definir tres fases: el muestreo teórico, el método de comparación constante y la formulación de nueva teoría partiendo de los datos analizados en la investigación.

Según Glaser y Strauss (2002), el muestreo teórico es: “el proceso de recolección de datos para la generación de códigos, por el que el analista recoge conjuntamente, la teoría y analiza sus datos y decide qué datos recoger en adelante y dónde encontrarlos, para desarrollar su teoría que emerge de los mismos. En lo citado observamos que se hace un trabajo paralelo al momento de la recolección de la información, pues asimismo se adelanta su propio análisis, dándole algo de celeridad al proceso investigativo y procurando el ahorro de recursos tan valiosos como el tiempo. Los entrevistados o los hechos que puedan ser observados en calidad de objeto de la investigación planteada, tienen un carácter vital en la gestación de la nueva teoría que surge de la aplicación del instrumento metodológico. Por esto, deben ser seleccionados de manera categórica, es decir, en atención a sus características y a su importancia, para que sean pertinentes a la materia que se aborda en el trabajo investigativo.

Por su parte, el muestreo teórico constituye una fase de estudio y revisión que permita la comprensión conceptual del fenómeno estudiado. Se puede dar por finalizado cuando se logra consolidar el proceso de saturación teórica, Strauss (2002), esto es, cuando ningún dato obtenido a partir de un punto cierto, logra agregar valor a los resultados que ya se tienen. En definitiva, este momento es una condición definitiva para el proceso de teorización, toda vez que, al decir de en definitiva, Santos (2004) es el proceso generador de una teoría, que determina y controla donde será hecha la próxima recolección, y su posterior codificación y análisis. (pp. 239-241)

La segunda fase, el método de comparación constante, consiste en recopilar y analizar los datos de manera sincrónica en aras de conceptualizar para realizar una comparación permanente de casos y sucesos; posteriormente, se identifican sus características para poder integrarlos en una

teoría lógica y razonable. Este trabajo interpretativo de los datos para generar nuevos paradigmas y alternativas de comprensión hacen de la hermenéutica una de las bases de la teoría fundamentada y, por consiguiente, de la investigación cualitativa. Es así como una vez hemos concebido un modelo de contratación basado en puntajes, se hace necesaria su validación por expertos (tanto de los indicadores como de los puntajes creados en el modelo). Esta validación asegura que el modelo es aplicable y evaluable, pero, sobre todo, asegura que la dirección de Gestión Humana y los responsables de la contratación acepten su futura implementación. Esta validación debe incluir una evaluación por cirujanos expertos, administradores, psicólogos y otros expertos líderes de opinión relacionados con el proceso de contratación de médicos especialistas.

Ya en la tercera fase, es decir, la formulación de nueva teoría partiendo de los datos analizados en la investigación, a través de Alarcón, A. et al (2017), diversos autores coinciden en mencionar que:

La nueva teoría así creada se puede configurar haciendo una abstracción de la información, partiendo de los rasgos generales de la misma, para llegar a sus características particulares. Y esto derivara en el hecho de que el resultado teórico encaja de manera satisfactoria en el contexto real del que ha sido extraída la información que sirvió de base separándose de aquellos métodos que conducen a la creación de teorías que surgen de otra teoría mediante la aplicación de herramientas deductivas, sin hacer uso de material extractado del entorno para el que se ha diseñado. Al respecto Moreira (2003) señala el descubrimiento de la teoría, o la construcción de la teoría sustantiva como el propósito de la teoría fundamentada.

De igual manera, la Teoría fundamentada en el marco de un análisis cualitativo de los datos, nos da la posibilidad de crear, por lo menos, dos tipos de teorías, a saber: la formal y la sustantiva. La formal en palabras de los pioneros de la propia teoría fundamentada, es decir, Strauss y Glaser, es la que se desarrolla para analizar fenómenos sociales más amplios y genéricos (Glaser & Strauss, 1967); y la sustantiva se explica como “aquella que se produce como resultado de investigar un área social específica, donde la aplicación de dicha teoría sustantiva elaborada por el investigador se encuentra limitada a dicha área de estudio, recomendando primero aplicar las teorías ya existentes al análisis

de los datos generados en la investigación, y posteriormente formular teorías específicas” (García-Nieto, Pérez-Corbacho, & Andreu, 2007). (pp. 239-241)

Para que el modelo propuesto pueda ser implementado en una institución de cuarto nivel, partiremos de la evaluación y validación de las herramientas que permitirán la calificación. Esta evaluación se realizará mediante el método cualitativo, ponderando sus elementos.

### 3.2 Metodología de transferencia de conocimientos y transferencia de tecnologías

La transferencia de conocimiento se refiere a la serie de actividades encaminadas a la transmisión de conocimiento, experiencia que puede iniciarse desde la academia y la investigación hacia la sociedad mejorando procesos productivos, de hábitat y cualquier otro que pueda ser sujeto de transformación. Se trata de aterrizar el conocimiento y emplearlo en la vida diaria en beneficio de la sociedad. (Ramírez- Salazar y García Val, 2013). Este elemento forma parte de nuestro modelo proyectado, dado que propone que los médicos especialistas sean expuestos a un modelo de trabajo que les permite el actuar en clínica con un tiempo determinado para mejorar los resultados en sus pacientes. Mejor aún, nuestro modelo se basa en la oportunidad de aprendizaje para el médico en docencia e investigación, pues los profesionales tendrán la oportunidad de capacitarse y/o actualizarse en su área en tiempos diferentes a los de su práctica clínica, dentro de la institución en la cual laboran. Con esta actualización se espera proyecten su aprendizaje en aspectos productivos evaluables como generación de conocimiento e proyectos de investigación, así como en la aplicación de guías de práctica clínica en su quehacer diario.

Esta puesta en práctica puede conducir a una mejor gestión del conocimiento, creando un impacto en los resultados del profesional, institucionales y sociales. Se denomina tecnología al conocimiento puesto en práctica de forma sistematizada, que corresponde a diseño de métodos que pueden ajustarse a la gestión, producción, o creación; puede ser aplicada a máquinas y

software, entre otros, y se traduce en métodos para resolver problemas que pueden aplicarse de forma especial y metódica, partiendo de la creación de un conocimiento desde la academia, hacia la aplicación práctica en una empresa o en la sociedad. (Lee, Wang, & Lin, 2010).

El valor de tomar el conocimiento y llevarlo con la aplicación práctica, y metodológica en pro de la solución de problemas en un contexto determinado, conlleva una gran oportunidad de innovación y transformación en diferentes campos, generando ventaja competitiva a las empresas, en nuestro caso, hospitales universitarios de alta calidad. Es así como se refleja al encontrar alianzas enriquecedoras entre la academia, la empresa y el apoyo de instituciones del Estado. (Ramírez -Salazar, M., y García Val, M. 2013).

Dentro del contexto colombiano, el Departamento Administrativo de ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias) busca fomentar la transferencia de conocimiento y tecnología para potenciar la investigación y la articulación entre las universidades, las empresas y el Estado y así promover el desarrollo económico y social del país a través de los procesos de innovación. Al respecto, esta institución resalta que: “La Transferencia de Conocimiento y Tecnología (TCT) se ha convertido en un eje esencial en los procesos de innovación; comprende acciones conjuntas entre diversos actores y en distintos niveles para el desarrollo, aprovechamiento, uso, modificación y difusión de nuevas tecnologías.” (Colciencias, 2019).

Colciencias, a través de la Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, según formulación del CONPES, tiene el reto de fortalecer a las instituciones generadoras de conocimiento, a los servicios de apoyo y favorecer la vinculación de actores en torno de la transferencia de conocimiento y tecnología. (Colciencias, 2019).

Con respecto a este modelo de investigación, Bayona C. y González R. (2010) en su obra “La transferencia de conocimiento en la Universidad pública de Navarra, una visión desde la empresa y desde el ámbito universitario”, concluyen que:

La manera en la que el conocimiento se transfiere de las instituciones de una educación superior a una sociedad varía dependiendo del tipo de conocimiento que es transferido y de los mecanismos que se han establecido para transferirlo. En la práctica, la investigación y la enseñanza son las formas más básicas a través de las cuales el conocimiento se crea y se transfiere. Más allá de esto, la publicación y la divulgación de la investigación también tienen una larga tradición como medio para la diseminación de nuevo saber. [...]

Para comprender el proceso de transferencia tenemos que observar que la transferencia es un proceso de interacción, que no puede ser analizada fuera del contexto en el que tiene lugar y que es posible gracias a la existencia de una serie de estructuras y mecanismos creados ad hoc. [...]

Por lo tanto, la Transferencia de Conocimiento es un proceso de interacción social orientado hacia la producción y circulación de conocimiento que genera externalidades de aprendizaje. Este proceso interactivo es interno y externo a la organización, combina distintas capacidades y recursos organizacionales. La Transferencia de Conocimiento no puede ser analizada fuera del contexto social específico en el que tiene lugar. Las condiciones del entorno moldean, facilitan u obstaculizan las relaciones de transferencia de conocimiento. (pp.15-16)

Hay dos factores determinantes para la difusión del conocimiento: el sistema educativo, es decir, cómo está conformada la academia y el mercado laboral; en el primero se crea el conocimiento, y en el segundo se aplica, por lo cual es indispensable el trabajo colaborativo y el establecimiento de acuerdos y convenios para que la transferencia de conocimiento produzca innovación.

### 3.3 Investigación aplicada a la resolución de problemas locales

Las prácticas, entendidas como investigación aplicada, son experiencias de investigación con propósitos de resolver o mejorar una situación específica o particular, para comprobar un método o modelo mediante la aplicación innovadora y creativa de una propuesta de intervención, en este caso de índole orientadora, en un grupo, persona, institución o empresa que lo requiera. Por su parte, Vargas, Z., (2009), afirma que “Boggino y Rosekrans (2004) y Cívicos y Hernández (2007) mencionan la investigación–acción y la investigación participativa como aquellas que

responden a aplicaciones, de ahí que sean vistas como prácticas de investigación diferentes de la investigación práctica aplicada”.

En el texto de la misma autora, se encuentra la siguiente definición:

La investigación aplicada, entendida como la utilización de los conocimientos en la práctica, para aplicarlos en provecho de los grupos que participan en esos procesos y en la sociedad en general, además del bagaje de nuevos conocimientos que enriquecen la disciplina. Al respecto, en las ciencias puras y la investigación básica se busca indagar cómo funcionan las cosas para un uso posterior, mientras en las ciencias prácticas la investigación aplicada tiene como propósito hacer un uso inmediato del conocimiento existente. (Vargas, Z., 2009, p.159).

Por otra parte, el pedagogo, filósofo, sociólogo y ensayista argentino Ander-Egg, E., (2011) indica que la investigación aplicada es una solución eficiente y con fundamentos a un problema que se ha identificado:

La investigación aplicada guarda íntima relación con la anterior, pues depende de los descubrimientos y avances de la investigación básica y se enriquece con ellos. Se trata de investigaciones encaminadas a la resolución de problemas, que se caracterizan por su interés en la aplicación y utilización de los conocimientos. Los resultados de estas investigaciones tienen un margen de generalización limitado.

Se puede decir, asimismo, que la investigación aplicada busca el conocer para hacer, para actuar (modificar, mantener, reformar o cambiar radicalmente algún aspecto de la realidad social). Le preocupa la aplicación inmediata sobre una realidad circunstancial antes que el desarrollo de teorías. Es el tipo de investigación que realiza de ordinario el trabajador o promotor social; en general, comprende todo lo concerniente al ámbito de las tecnologías sociales que tienen como finalidad producir cambios inducidos y/o planificados con el objeto de resolver problemas o de actuar sobre algún aspecto de la realidad social.

### 3.4 Método

En el presente trabajo se plantea un estudio cualitativo, descriptivo y aplicado; se empleó la metodología de transferencia de conocimientos y tecnologías con el ánimo de construir un modelo de contratación según la siguiente hipótesis: si contamos con la construcción de un

modelo de contratación que equilibre las dimensiones del desempeño profesional, y potencie las competencias de los especialistas médicos, impulsando su compromiso y motivación para liderar cambios que redunden en mejorar el acceso, pertinencia y resolutivez para los pacientes, será posible la estandarización de las condiciones de vinculación de médicos especialistas de una institución de cuarto nivel.

Los detalles de la creación del modelo se mencionan en el capítulo de la solución del problema, donde se desarrollan sus componentes, los puntajes sugeridos y los rangos correspondientes, paso a paso. Previo a la implementación del modelo y con el fin de legitimar los aspectos incluidos en éste, debe ser validado y evaluado, para lo cual proponemos emplear dos metodologías: a) la validación de los criterios o elementos que hemos incluido y descrito en el capítulo de la solución del problema, esta validación se realiza por expertos y líderes de opinión con el fin de validar qué elementos deben ser mejorados o eliminados; b) una vez se encuentre estructurado el modelo final por los expertos, proponemos implementarlo y evaluar su impacto en un grupo de cirujanos generales a través de un estudio piloto cuasi-experimental (pre y post de series de tiempo interrumpidas) en los resultados clínicos, en docencia y en investigación.

### 3.4.1 Validación del estudio

Se aplicará la siguiente encuesta basada en la escala de Likert a un grupo de expertos líderes de opinión, conformado por un número impar de integrantes, con el ánimo de obtener una mayoría para definir las recomendaciones, acuerdos o desacuerdos y determinar las modificaciones al modelo inicialmente construido. Ver tabla número 3.

Tabla No 3

Encuesta de evaluación de los componentes del Modelo de contratación

ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL MODELO DE CONTRATACIÓN						
A continuación encontrará listados los puntos considerados: ¿Está usted de acuerdo con la matriz de categorización del especialista? Califique teniendo en cuenta la escala: 1 completamente en desacuerdo, 2 parcialmente en desacuerdo, 3 indiferente, 4 parcialmente de acuerdo, 5 totalmente de acuerdo.						
Descripción	Calificación					Observación
1 Matriz de categorización	1	2	3	4	5	
2 ¿Está de acuerdo con inclusión de indicadores de resultado?	1	2	3	4	5	
3 Complicación Evitable - Infección sitio operatorio (ISO)	1	2	3	4	5	
4 Tasa de Mortalidad	1	2	3	4	5	
5 Adherencia a guías de práctica clínica	1	2	3	4	5	
6 Oportunidad de Respuesta	1	2	3	4	5	
7 Satisfacción de paciente	1	2	3	4	5	
8 Revisión Docencia	1	2	3	4	5	
9 Revisión Investigación	1	2	3	4	5	

Fuente: Elaboración Propia

### 3.4.2 Implementación y evaluación del impacto de un modelo de contratación para médicos especialistas: un estudio cuasi-experimental piloto

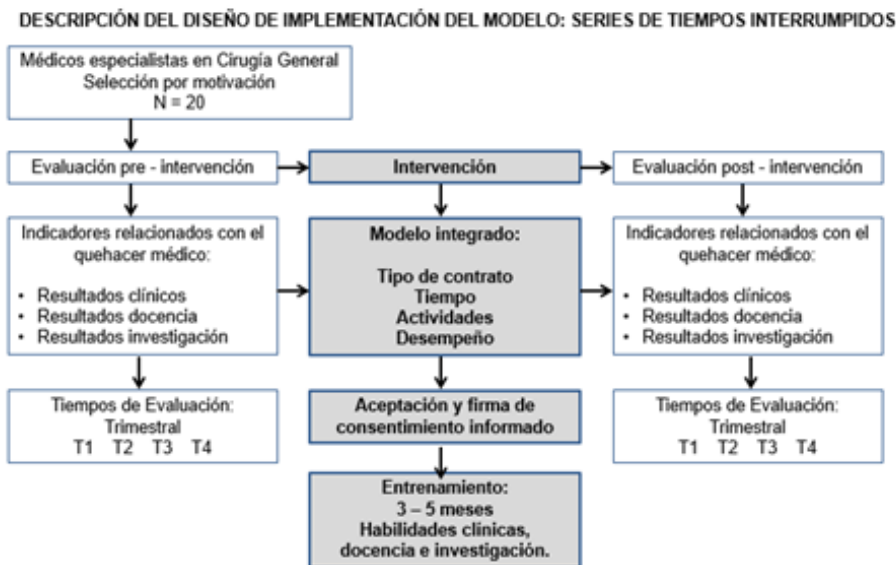
En la primera fase, como piloto de la intervención, se comenzará por seleccionar un grupo objeto de médicos de la misma especialidad que desarrollen actividades y procedimientos similares, en este caso, veinte médicos especialistas en cirugía general. Por tratarse de un estudio cuasi-experimental interrumpido, es necesario que estos especialistas conozcan sobre la propuesta y comprendan los detalles de las revisiones y seguimiento, así como la firma de su consentimiento informado para ingresar y permanecer durante el proceso de observación pre y post intervención con el modelo propuesto.

El tipo de estudio a seguir, análisis de series de tiempo interrumpidas, requiere la realización de mediciones de indicadores en intervalos de tiempo definidos (en este caso, trimestralmente durante un año), permitiendo recolectar la información inicial de los médicos especialistas tanto

de forma individual como grupal, para establecer una línea de base antes de la intervención. Esta base de datos será el punto de partida para comparar con la información obtenida en una evaluación post-intervención de los mismos criterios e indicadores, también en forma trimestral, que permitirá comparar el cambio presentado tras la aplicación del modelo. (ver gráfico 7)

Gráfico No. 7

Descripción del diseño de implementación del Modelo: series de tiempos interrumpidos



Fuente: Elaboración propia

Una vez obtenidos los resultados, se procede a evaluar la factibilidad del modelo y la necesidad de ajustarlo para poder replicarlo apropiadamente en otros grupos de especialistas médicos con el fin de buscar una estandarización de la contratación en la institución.

### 3.4.3 Actividad convencional: pre intervención

Teniendo en cuenta la dinámica de la institución, se plantea realizar una prueba piloto con el equipo de especialistas que actualmente conforman el servicio de cirugía general, todos vinculados a través de un consorcio médico que presta sus servicios como persona jurídica a través de contrato por honorarios. En la actualidad, las actividades de este grupo se relacionan con la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad, circunscritos a la formación correspondiente a la especialidad de cirugía general.

Las actividades son asignadas desde la jefatura del servicio, con una intensidad horaria semanal cambiante (que varía entre 6 y 60 horas), entre procedimientos quirúrgicos programados, consulta externa, valoraciones y procedimientos quirúrgicos de urgencias, actividades con pacientes hospitalizados (evoluciones diarias, revista médica, egresos, etc.), turnos nocturnos, docencia con médicos internos y residentes, generación de informes estadísticos de actividades e intervenciones, asistencia a comités institucionales

### 3.4.4 Intervención

La intervención consiste en ofrecer a los médicos especialistas una vinculación de tiempo completo a través de contrato laboral (preferiblemente a término indefinido o, en su defecto, a término definido, u obra o labor), teniendo en cuenta que esta modalidad de contratación les garantiza una remuneración proporcional a sus actividades, dentro de los rangos del mercado, además del acceso a prestaciones sociales y beneficios de ley. Adicionalmente, en el modelo se incluyen reconocimientos e incentivos, que pueden ser de índole económico (financiero) o no económico (no financiero). (Ver tabla N 8)

Los médicos objeto de esta intervención recibirán una capacitación acerca del modelo, así como tutorías en docencia universitaria y en investigación clínica durante 3 a 5 meses antes del

inicio de la aplicación del modelo, con el fin de brindarles herramientas básicas para asegurar el desarrollo de sus competencias.

### 3.4.5 Evaluación del cambio

Se propone evaluar por medio de los indicadores seleccionados, de tal forma que las mismas variables sean utilizadas tanto para la medición pre como para la post-intervención. Los indicadores definidos son:

- Tasa de infección de sitio operatorio (ISO) de procedimiento quirúrgico realizado intrahospitalariamente (No. de pacientes con infección de sitio operatorio en las primeras 72 horas de procedimiento quirúrgico limpio realizado intrahospitalariamente durante el tiempo evaluado / Número de procedimientos quirúrgicos realizados en el tiempo evaluado) x 1.000
- Tasa de mortalidad después de 48 horas: (Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso durante un periodo de tiempo / Número total de pacientes hospitalizados en el mismo periodo de tiempo) x 1.000
- Adherencia a guías de práctica clínica, de acuerdo con los criterios institucionales de medición de hitos específicos (*outliers*) de cada una de las especialidades y según la morbimortalidad.
- Oportunidad de respuesta, que aplica por separado para cada actividad (respuesta a interconsultas, realización de procedimientos quirúrgicos programados y no programados, consulta externa, entre otros): Sumatoria de la cantidad de tiempo transcurrido entre el momento de solicitud y el de ejecución de la actividad asistencial/ Número total de actividades asistenciales realizadas en el mismo periodo de tiempo.
- Porcentaje de satisfacción de pacientes: (Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS en el periodo de tiempo sobre número total de pacientes encuestados por la IPS) x 100

Los datos recolectados son tratados bajo el modelo matemático de regresión lineal con el objetivo de poder establecer la correlación de indicadores, con intervalos confiables, delta de cambio de más o menos 2, y una confiabilidad del 95%. Para el manejo confidencial de esta información, se contratará y entrenará a dos personas ajenas al estudio, quienes se encargarán de la recolección de datos y codificación de resultados para proteger la identidad de los participantes en las actividades.

### 3.4.6 Variables de Control

Se identificarán las variables no relacionadas con la intervención que pueden llegar a afectar el resultado, ejemplo si uno de los médicos observados toma un entrenamiento especial y a causa de ello presenta mejora en el desempeño de indicadores, para ser tenidas en cuenta en el momento del análisis.

### 3.4.7 Muestra

La intervención se ejecutará sobre los 20 médicos especialistas que actualmente pertenecen al servicio de cirugía general. Los criterios de inclusión son: médicos con título formal de especialidad en cirugía general, quienes realicen sus actividades en la institución objeto y acepten participar durante todo el tiempo de la implementación del modelo a través de la firma del consentimiento informado.

Como criterios de exclusión se consideran: no participación desde el inicio de la intervención y la desvinculación durante la ejecución de la misma. En caso tal que se presente exclusión de más del 20% de la población objeto inicialmente definida, se evaluará la posibilidad de desarrollar un estudio diferencia diferencial.



## 4. PROPUESTA DE SOLUCIÓN

### 4.1 Objetivo general

Construir una propuesta de modelo de vinculación laboral que cumpla con la normatividad local y que facilite el desarrollo personal, asistencial, docente e investigativo de un grupo de médicos especialistas de una institución de cuarto nivel.

### 4.2 Objetivos específicos

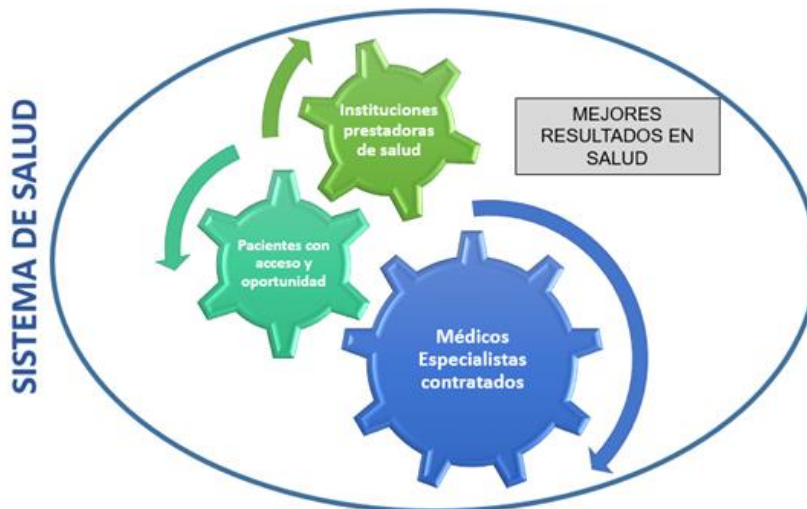
- Determinar mediante búsqueda bibliográfica los tipos de vinculación y los incentivos para los médicos especialistas que contempla el sistema de salud colombiano.
- Comparar los tipos de contratación del talento humano en salud colombiano con los planteados por el modelo español.
- Integrar los aspectos más relevantes encontrados durante la internacionalización, que contribuyen a la construcción de una propuesta que promueva una mejor vinculación laboral para los médicos especialistas.
- Incluir en el modelo una estrategia de incentivos para hacerlo interesante al grupo de médicos especialistas
- Construir las herramientas necesarias para implementar el modelo y posterior a esta evaluar el resultado.

### 4.3 Desarrollo de la solución

En esta sección describiremos los elementos propuestos de un modelo desarrollado y los pasos para obtener una escala de puntuación que incluya los indicadores finales del modelo. Los elementos que incluye el modelo son: tipo de contratación, tiempo, oportunidad para realizar actividad clínica, académico-docente y para la investigación. Proponemos construir un modelo, cuyo objetivo es generar compromiso y motivación para los médicos especialistas, brindándoles el espacio para desarrollarse integralmente en la institución, valorando sus capacidades clínicas

asistenciales, docentes e investigativas y propendiendo por la mejora en la atención, acceso y oportunidad de los usuarios, al igual que la gestión de mejores resultados clínicos, docentes e investigativos dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Nuestra hipótesis es que este tipo de modelo conduce no sólo a una estabilidad y satisfacción laboral, sino a la obtención de mejores resultados en términos de la calidad del cuidado y buenas prácticas clínicas en una institución de cuarto nivel de atención. Así, identificamos cuatro grupos de beneficiados en este modelo: los médicos especialistas, los pacientes/usuarios, las instituciones prestadoras de salud y el sistema de salud.

Gráfico No.9. Beneficiarios del Modelo de contratación.



Fuente: Elaboración propia

En este modelo se considera relevante incluir las tres dimensiones del ejercicio profesional médico: asistencia, docencia e investigación, en concordancia con lo propuesto desde el Ministerio de Salud y Protección Social colombiano y de los objetivos del desarrollo del Talento

Humano en Salud. Adicionalmente, durante la internacionalización, en la visita dirigida por uno de los representantes de la Clínica Universidad de Navarra, en Pamplona (España), se hizo evidente la importancia que toma la participación del personal especializado en la docencia, investigación y el desarrollo, concepto que traemos para aplicación local, debido a que se detectó la oportunidad de fortalecer las habilidades y aptitudes de los médicos especialistas para que lideren y participen en proyectos de investigación que pueden ser aplicados como soluciones de problemas clínicos impulsando el desarrollo e innovación en su área de especialidad, por ejemplo, el grupo de cardiólogos pediatras que realizan investigación sobre la guía y método de catéter en forma de herradura para realizar angioplastia del ductus arterioso y stent en recién nacidos y lactantes.

Gráfico No. 10

Dimensiones del ejercicio profesional médico



Fuente: Elaboración propia

Para que una contratación se de en términos de equidad, se deben definir claramente las condiciones de: distribución de tiempos, remuneración pactada, objeto y alcance de sus actividades, resultados esperados como metas y lineamientos de calidad en la prestación del

servicio, mecanismos de seguimiento, supervisión de cumplimiento y reconocimiento.

Adicionalmente, se deben contemplar las estrategias de formación continua y promoción del desarrollo o plan de carrera, que los capaciten en docencia e investigación, así como precisar los incentivos y/o reconocimientos asignados de acuerdo a los resultados a obtener, como fruto del trabajo de los médicos especialistas.

Gráfico No. 11

Aspectos relevantes de la contratación.



Fuente: Elaboración propia

Para este efecto se considera importante generar contratación a término indefinido que garantice tiempo completo al profesional especializado con el fin de contar con la disposición y

los espacios necesarios para desarrollar su crecimiento y el impacto deseado en la institución, mejorando el acceso a la consulta médica especializada, la pertinencia y la resolutiveidad.

De acuerdo con la revisión actual y con el ánimo de hacer más funcional la contratación, se sugiere mantener el enfoque del modelo bajo las siguientes premisas: atraer, formar y retener a los grupos de especialistas brindando una mejora calidad de atención.

Como primer paso, para la implementación del modelo se propone iniciar con un piloto tomando un grupo de médicos que posean la misma especialidad, para facilitar el desarrollo de la intervención, se deberá diligenciar esta matriz donde se contemplan algunos atributos relevantes en la categorización de los médicos por tipo de especialidad (quirúrgica o no quirúrgica), si es especialista o adicionalmente cuenta con sub-especialidad, años de experiencia, si asiste o no a actividades de educación continuada, si realiza docencia y/o investigación y, en todo caso se incluye el cumplimiento de indicadores de resultado clínico, cada uno de estos aspectos cuenta con unas especificaciones y su correspondiente puntaje. (Ver tabla No.4)

Tabla No. 4.

Matriz de categorización de especialistas y subespecialistas con enfoque integrado por resultados y énfasis.

MATRIZ DE CATEGORIZACIÓN PARA MEDICOS ESPECIALISTAS							
GRUPO DE ESPECIALISTAS	Cuenta con Especialidad	Cuenta con Subespecialidad o entrenamiento especial formal*	Años de Experiencia	Educación continuada	Docencia	Investigación y/o publicaciones	Cumplimiento Indicadores de resultado clínico
Grupo No Quirúrgico							
Grupo Quirúrgico							

Fuente: Elaboración propia

Segundo paso: En cuanto a los resultados obtenidos en la práctica clínica por los médicos especialistas, serán objeto de especial atención, como parte de la evaluación del desempeño, y siguiendo el lineamiento del Ministerio de Salud y Protección Social a través de su sistema de evaluación y calificación de actores -SEA- (2018), integrado en los siguientes indicadores de resultado asistencial (ver tabla No.5). El modelo se construye a partir de un esquema móvil, cuyo dinamismo involucra la asignación de una puntuación de acuerdo con el cumplimiento de las metas establecidas.

Tabla No. 5.

Matriz de puntaje de cumplimiento de indicadores de resultado clínico.

INDICADORES DE RESULTADO CLÍNICO SUGERIDOS			
Indicadores de resultado clínico	Meta	Resultado	Puntaje
Complicaciones evitables ejm (Infecciones asociadas al cuidado de la salud)			
Tasa de mortalidad			
Adherencia a guías de práctica clínica			
Oportunidad - respuesta			
Satisfacción de los pacientes			
		<b>TOTAL</b>	

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Cada ítem tiene un valor de 20 puntos para un total de 100.

La meta puede ser ajustada dependiendo de las necesidades o énfasis de cada institución. Este puntaje obtenido en la calificación de indicadores de resultado clínico (tabla No. 5) se registra en la última posición de la tabla No. 6, que corresponde a los rangos de calificación por componente.

Tabla No. 6

Tabla de rangos de calificación por componente

PESO PORCENTUAL	COMPONENTE	DESCRIPCION	RANGO	PUNTAJE CALIFICACION
10%	Años de Experiencia	Entre mas experiencia mayor calificacion, este item tiene peso porcentual del	1 a 3 años	3
			4 a 7 años	4
			8 o más años	5
10%	Educación continuada	Durante el periodo definido realizó actualización, curso formación, diplomado, se sugiere anual	1	3
			2	4
			3 o más	5
20%	Docencia	Realiza actividades de docencia	posee experiencia	3
			posee experiencia y esta formado como docente	5
30%	Investigación y/o publicaciones	Participación en investigacion	Personal asociado de investigación	1
			subinvestigador	2
			Investigador Principal	3
		Número de publicaciones en revistas reconocidas científicamente	publicación nacional	4
			publicado en revista internacional	5
30%	Cumplimiento Indicadores de resultado clínico	Este ítem se obtiene del cumplimiento de indicadores sugeridos ver tabla Indicadores Clínicos sugeridos	entre 50 y 60 puntos	3
			entre 61 y 80 puntos	4
			entre 81 y 100 puntos	5

Fuente: Elaboración propia

Como tercer paso, para calificar la matriz se utiliza la Tabla No.6 de rangos de calificación por componente, la cual asigna un peso porcentual por cada uno de los criterios y, a su vez, estos tienen establecida una descripción y unos rangos, sobre los cuales se puede generar el puntaje de calificación correspondiente. La enunciación de los criterios para los rangos de calificación se diseñó para favorecer la objetividad y la comprensión de los conceptos, de tal manera que la mayor calificación será 5,0, como se observa en el siguiente ejemplo:

Tabla No. 7

Ejemplo de diligenciamiento de la Tabla de rangos de calificación por componente

PESO PORCENTUAL	COMPONENTE	DESCRIPCION	RANGO	PUNTAJE CALIFICACION	RESULTADO
10%	Años de Experiencia	Entre mas experiencia mayor	1 a 3 años	3	0,4
			4 a 7 años	4	
			8 o más años	5	
10%	Educación continuada	Durante el periodo definido realizó	1	3	0,3
			2	4	
			3 o más	5	
20%	Docencia	Realiza actividades de docencia	posee experiencia	3	1
			posee experiencia y esta formado como docente	5	
30%	Investigación y/o publicaciones	Participación en investigacion	Personal asociado de investigación	1	1,2
			subinvestigador	2	
			Investigador Principal	3	
		Número de publicaciones en revistas reconocidas científicamente	publicación nacional	4	
			publicado en revista internacional	5	
30%	Cumplimiento Indicadores de resultado clínico	Este ítem se obtiene del cumplimiento de indicadores	entre 50 y 60 puntos	3	1,2
			entre 61 y 80 puntos	4	
			entre 81 y 100 puntos	5	
<b>TOTAL</b>				<b>3,7</b>	

Fuente: Elaboración propia.

Cuarto paso: A partir del resultado obtenido se sitúa en la siguiente escala (ver tabla No. 8)

Tabla No. 8

Escala de clasificación de resultados obtenidos a partir de la calificación por componentes

Puntajes	Resultado
1 a 2,9	No satisfactorio
3 a 4	satisfactorio
4,1 a 5	Sobresaliente

Fuente: Elaboración propia

En caso tal que el especialista obtenga un resultado no satisfactorio, la institución y el profesional de manera conjunta deben proponer un plan para disminuir las brechas, incluyendo de manera explícita dentro del contrato las acciones de mejora correspondientes. Si por el contrario el resultado es satisfactorio o sobresaliente el profesional puede acceder a reconocimiento por parte de la institución, y adicionalmente al programa de incentivos del hospital.

El reconocimiento, como parte de esta dinámica ocupa un lugar relevante, ya que mediante este se puede generar apropiación de mejores prácticas, trabajo en equipo, y fomentar equipos interdisciplinarios de mejoramiento asistencial que enfoquen su creatividad y talento para lograr mejores resultados. Las instituciones, por su parte deben crear espacios y/o programas donde se promueva el reconocimiento de los especialistas generadores de buenos resultados con el fin de dar impulso al modelo a implementar. Al respecto, en la Política de Talento Humano en Salud, el Ministerio de Salud enfatiza:

Uno de los elementos importantes para avanzar en la dignificación del talento humano, es el reconocimiento y visibilización de las diferentes profesiones y ocupaciones, en función de su participación y contribución a la prestación de los servicios y al logro de objetivos y resultados en la salud y bienestar de la población atendida. [...] Ese reconocimiento es el

punto de partida para establecer estrategias y mecanismos de vinculación, condiciones laborales y remuneraciones que valoren de manera razonable los aportes de los auxiliares, técnicos, profesionales y especialistas que participan en la prestación de servicios de salud individuales y colectivos, así como para la configuración de equipos multidisciplinarios que contribuyan a una atención en salud más integral. (Política nacional de Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud y Protección social, 2018, pp. 41-42)

En relación con los incentivos como parte del modelo de contratación para el talento humano en salud en Colombia es importante reconocer que el Ministerio de Salud ha adelantado un documento que propone establecer estrategias que den respuesta a las necesidades actuales, con el propósito de mejorar el nivel de compromiso, productividad, eficiencia, sentido de pertenencia y desempeño de los trabajadores de la salud; y que a su vez esté en la misma dirección de lo propuesto por la OMS:

Es un hecho que existe una problemática generalizada en el mundo respecto a la situación del talento humano en salud. Desde los niveles salariales asociados al sector, las condiciones laborales en que se desempeñan, su presencia en ubicaciones remotas o de difícil acceso, la ausencia de competencias adecuadas a las propuestas mundiales de atención en salud, son sólo algunos de los principales problemas que se mencionan; no obstante, se han documentado casos exitosos, en los que algunos de estos factores se han contrarrestado, a través de la formulación de incentivos; “incentivos eficaces” (Urrego, 2016, p 43.)

Los incentivos se clasifican en dos grupos: económicos y no económicos. Dependerá de las instituciones diversificar entre unos y otros, manteniendo la premisa de que deben ser motivadores, retadores para el cumplimiento de metas, cuyos resultados sean realizables, medibles, y que estén alineados con las expectativas de los profesionales. En este punto se debe insistir en la transparencia, clave desde el momento de contratación.

Tabla No. 9

Tipos de incentivos: económicos (financieros) y no económicos (no financieros).

ECONÓMICOS	NO ECONÓMICOS
Condiciones del trabajo y su remuneracion en cuanto a Salario, seguridad social y primas. Permiso remunerado	Promover autonomia y liderazgo en los profesionales Recursos suficientes en tecnologia y dotación de acuerdo con nivel de complejidad
Bonificaciones por: cumplimiento de metas o resultados **proyectos de mejora propuestos e implementados años de servicio ubicación geografica tipo de trabajo	**Reconocimiento publico de logros (certificaciones, insignias, etc Direccion favorable (institucion adopta politicas para favorecer a sus trabajadores) Estructura organizacional plana Gestión eficaz de los riesgos y Seguridad laboral Lugares de trabajo agradables, seguros y limpios
Becas Educativas totales **Auxilios educativos para educacion formal y continuada	Apoyo al desarrollo profesional **entrenamientos especificos en temas relacionados con actividad principal estructura de mentores e instructores Acceso y apoyo a la formacion y capacitación Permiso sabatico y de estudio **Obsequio por dias especiales (matrimonio, nacimiento, grado)
Prestamos de asignación específica	Empleo sostenible
	Política de igualdad de oportunidades
	Acceso a servicios de bienestar: servicios complementarios de salud **Asesoría jurídica temas personales **Asesoría psicológica Alianza con instituciones de servicios Cuidado de niños y escuelas vivienda transporte Alimentación

Fuente: Elaboración propia a través de adaptación de Urrego, P., 2016. Incentivos al talento humano en

salud. Dirección de Desarrollo y Talento Humano en Salud, “tarea de todos” (pp.26 y 27). Los aspectos señalados con (\*\*) son creación propia.

Para la construcción de los incentivos propuestos en este modelo, se incluyeron algunos encontrados durante la internacionalización, como son: entrenamientos específicos en temas relacionados con la actividad principal del especialista; permiso sabático y de estudio; política de igualdad de oportunidades; alianzas con establecimientos comerciales, áreas de bienestar y descanso, tiempo protegido (entendido como tiempo remunerado de descanso o de entrenamiento, durante el cual la empresa asigna personal de reemplazo para asegurar la continuidad de la prestación del servicio), entre otras.

En este mismo sentido, Van Lerberghe et al. (2002), citado por Urrego (2016) menciona que:

Análogamente, los incentivos pueden estar orientados a conseguir un determinado resultado de un servicio, por ejemplo un aumento de los índices de inmunización, o un determinado comportamiento del personal como mejorar el mantenimiento de expedientes, reducir el ausentismo, y/o mejorar los índices de retención. Todos éstos son sectores válidos para programas de incentivos. Cualquiera que sea el enfoque que se adopte, el plan de incentivos ha de tratar de hallar modos de armonizar y hacer avanzar simultáneamente los intereses personales, los profesionales y los de la organización. (p.18).

Quinto paso: Para efectos de la implementación de este modelo, se recomienda realizar un análisis comparativo de la situación del mercado con el fin de determinar el rango salarial base a partir del cual se deben calcular los valores de remuneración variable o los incentivos por alcanzar las metas de desempeño clínico, docente y/o investigativo propuestas.

Tabla No. 10

Matriz para estandarización de remuneración según tipo de vinculación.

<b>CONTRATO LABORAL (A TÉRMINO INDEFINIDO O FIJO, O CONTRATO POR OBRA O LABOR CONTRATADA)</b>				
<b>TIPO</b>	<b>ESQUEMA DE REMUNERACIÓN</b>	<b>Horas</b>	<b>Salario</b>	<b>Bonificación según Resultados</b>
A	GRUPO NO QUIRÚRGICO			
	GRUPO QUIRÚRGICO			
<b>CONTRATO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS (POR HONORARIOS)</b>				
<b>TIPO</b>	<b>ESQUEMA DE REMUNERACIÓN</b>	<b>Horas</b>	<b>Honorarios</b>	<b>Honorarios Variables según Resultados</b>
B	GRUPO NO QUIRÚRGICO			
	GRUPO QUIRÚRGICO			

Fuente: Elaboración propia

Por último, a partir de esta investigación, se enfatiza en que la remuneración (u honorarios), el reconocimiento y los incentivos no sólo traen consigo una relación laboral con el empleador, sino que involucra otros aspectos importantes en los que debemos insistir, como lo menciona Rosenthal (1989):

Las personas consideran una multitud de factores además de las ganancias cuando caracterizan un trabajo como "bueno" o "malo". Para los propósitos de esta discusión, estos factores se agrupan en cinco categorías: deberes y condiciones laborales, satisfacción laboral, período de trabajo, estado laboral y seguridad laboral. Aunque muchos de los factores están asociados con ocupaciones específicas, es importante recordar que pueden variar dentro de una ocupación. Así como las ganancias pueden

tener un amplio rango dentro de una ocupación, también pueden tener condiciones de trabajo, seguridad laboral y determinantes de la satisfacción laboral.

El valor que las personas otorgan a los diferentes atributos del trabajo varía y está determinado por muchos factores. Estos valores se derivan del contexto socioeconómico y del medio ambiente en el área geográfica en la que viven. Además, los diferentes intereses, habilidades percibidas e intereses en actividades distintas al trabajo, como el ocio o las responsabilidades familiares, hacen que las personas vean la calidad de un trabajo desde diferentes perspectivas. (p. 4)

Teniendo en cuenta que se trata de una institución de cuarto nivel de complejidad interesada en mejorar tanto la satisfacción del personal médico como el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio, se propone la implementación de este modelo mediante tres Etapas: inicialmente, realizar una prueba piloto con un grupo de médicos que posean la misma especialidad; posteriormente, realizar seguimiento a este grupo para acompañarlos en el proceso de cambio, verificar la obtención de los resultados esperados para considerar correcciones al modelo y, por último, en una tercera fase se replicaría en forma progresiva a otros de grupos de especialistas.

## 5. CONCLUSIONES

- La Ley 100 de 1993 introdujo un nuevo concepto en el camino de la prestación de servicios de salud, dando como resultado el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el cual se implementó en Colombia a partir de entonces. Dentro de los cambios más destacados se encuentran la obligatoriedad de aseguramiento para los trabajadores dependientes y el subsidio para las personas con menores ingresos, la equidad en la atención, cobertura universal y una articulación mayor para los diferentes actores del sector; sin embargo se percibe un vacío en cuanto a la definición de remuneración, capacitación y desarrollo para el talento humano en salud.
- El Ministerio de Salud y Protección Social ha implementado el ReTHUS como mecanismo de consolidación de la información de los profesionales en salud, sin lograr la inclusión y diferenciación de la totalidad de médicos según su especialidad o subespecialidad. Esta información es fundamental para poder realizar ejercicios más precisos para la planificación del talento humano en salud.
- Aunado a lo anterior, a pesar de las aproximaciones a la temática de la remuneración para especialistas médicos, no existe un lineamiento general desde las entidades gubernamentales que permita la estandarización y categorización salarial de la población de especialistas, por lo que, en la actualidad se mantiene la liberalidad en el reconocimiento económico y el tipo de contratación en todo el territorio.
- Por otra parte, la existencia de gran diversidad de tipos de contratación, modalidades, asignaciones de actividades y horarios de los especialistas genera vacíos en cuanto a su motivación y compromiso y no permite resolver unos mínimos de calidad de vida y

proyección de carrera. Esto, finalmente, termina afectando a los usuarios de los servicios de salud en cuanto a la disponibilidad de agenda, acceso y oportunidad. Así mismo, aunque se encuentran legislados, no se evidencia la implementación de los mecanismos para evitar los riesgos de subcontratación y de tercerización del personal médico.

- Las entidades gubernamentales no han logrado establecer una articulación clara entre las actividades asistenciales, docentes e investigativas de los médicos especialistas, limitando su desarrollo personal y su formación académica, debido a que estas actividades se consideran parte de los incentivos no económicos para los profesionales de la salud en Colombia.
- Los estudios disponibles sobre la remuneración de los profesionales de la salud, en particular de los médicos especialistas, son generales, se requiere de mayor detalle que pueda orientar los esfuerzos de los diferentes actores para estandarizar y formalizar la contratación.
- Los profesionales que se encuentran en las regiones más apartadas del país carecen de recursos, tiempo y facilidades para acceder a actividades académicas de formación continua, en perjuicio de su actuación médica y de la prestación de un servicio con calidad para los usuarios.
- Aunque Colombia ha iniciado un proceso legislativo para remunerar las actividades desarrolladas por los estudiantes de posgrado (residentes) durante su formación académica, aún hace falta recorrer un camino para llegar a igualar las condiciones que estos profesionales tienen en otros países como España y, de esta manera, proyectar el cubrimiento de las necesidades de atención especializada de todo el país.

- En el modelo actual, el acceso a cupos para formación en especialidades médicas se rige por los requisitos que establece de forma individual cada una de las instituciones de Educación Superior, sin estar unificadas ni estandarizadas para toda la nación, a diferencia del modelo español que, a través del MIR, establece un solo proceso de evaluación uniforme en todo el país. Esta circunstancia limita el acceso de los profesionales en medicina a la formación como especialistas.
- Los Ministerios de Educación y Salud y Protección Social colombianos no han establecido mecanismos de trabajo conjunto para unificar y ampliar los criterios de convalidación de títulos académicos, limitando así el ejercicio de los especialistas formados en el exterior que están interesados en regresar al país. En la actualidad, los códigos de especialidades están circunscritos a los programas académicos nacionales, sin tener en cuenta la evolución de las especialidades y los nuevos avances en investigación médica.

## 6. RECOMENDACIONES

- Generar un análisis del perfil de los especialistas a partir del fortalecimiento y cruce de las bases de datos ya existentes en el Ministerio de Salud (ReTHUS) y de Educación Nacional (egresados por programas académicos), caracterizando así a la población médica. Esta información será la base de las proyecciones para planificar el talento humano en salud.
- Implementar una práctica médico-quirúrgica para los recién egresados de los programas de especialización quienes no hayan realizado servicio social obligatorio al culminar su pregrado en medicina. Se propone una duración aproximada de 6 meses, con contratación a término fijo de acuerdo con estandarización salarial nacional, con reconocimiento de prestaciones sociales y asignación de actividades en regiones específicas en las cuales no exista cubrimiento de las demandas de atención especializada.
- Conformar una comisión intersectorial, academia, agremiaciones, Ministerios de Salud y de Educación para revisar la creación de los lineamientos generales para categorizar a los especialistas médicos, con el fin de promover su desarrollo y línea de carrera y asegurar la producción necesaria de investigación para promover el desarrollo y la innovación en el sector como en la sociedad.
- Estudiar la conformación de unos rangos o bandas salariales que incluyan unos mínimos en la contratación de los especialistas, discriminados por grupos clínicos, quirúrgicos y administrativos, así como el establecimiento de modalidades de vinculación que promuevan la formalidad de la contratación, evitando el pago por hora o día laborado, sin vínculo alguno.

- El otorgamiento de los títulos académicos no debe considerarse de forma aislada, por el contrario, se sugiere la realización de una revisión conjunta entre los Ministerios de Educación y Salud que fije los títulos de especialistas, incluya las nuevas especialidades y establezca los parámetros para definir las subespecialidades.
- En cuanto a la medición de la calidad del especialista, dentro de su currículum se recomienda medir el récord y su desempeño (por ejemplo, los quirúrgicos deberían presentar el número de procedimientos u horas quirófano, número de complicaciones, infecciones, reingresos, número de estudios/investigaciones/trabajos realizados etc., y para los clínicos complicaciones prevenibles, reingresos, años de experiencia en la especialidad, número de estudios/investigaciones/trabajos realizados etc.).
- Definir y unificar los tipos de certificaciones y recertificaciones de los médicos especialistas, con el fin de favorecer su acceso a educación continuada, involucrando a las sociedades médicas para la actualización de conocimientos.
- Ampliar los cupos de acceso a educación formal de posgrados en salud, unificando los criterios de evaluación y aceptación, con mayor énfasis en especialidades básicas, que permitan a este personal capacitarse y armonizarse con las necesidades de la población, en aras de responder a la demanda insatisfecha que tienen las regiones.
- Considerar la formación continua necesaria para la actualización académica de los profesionales en salud y, por ende, para la ejecución de actos médicos ajustados a los avances diagnósticos, terapéuticos y tecnológicos, teniendo en cuenta el contexto social y económico del país.

- Se requiere mayor esfuerzo interinstitucional para formalizar programas nacionales de reconocimiento para los profesionales de la salud que se destacan por su contribución al mejoramiento y al desarrollo del país desde su ejercicio profesional.
- Promover la recuperación de la vocación de servicio y la conciencia social en todos los profesionales en salud, motivando el crecimiento de equipos de trabajo armónicos, que se complementen en sus actividades para favorecer a la población que recibe los servicios brindados.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

Alarcón A., Múnera, L., Montes, A. (2017). *La teoría fundamentada en el marco de la investigación educativa*. Revista Saber, ciencia y libertad. 12 (1), 236-245.

Recuperado de <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/saber/article/view/1475>

Ander Egg, E., (2011) *Aprender a investigar: nociones básicas para la investigación social*.

Recuperado de <http://abacoenred.com/wp-content/uploads/2017/05/Aprender-a-investigar-nociones-basicas-Ander-Egg-Ezequiel-2011.pdf>

Barber, P., González, B. (2018). *Estimación de la Oferta y Demanda de Médicos*

*Especialistas*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España. Equipo Economía de la Salud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Recuperado de

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>

Bayona, C., González, R., (2010). *La transferencia de conocimiento en la Universidad Pública de Navarra: Una visión desde la empresa y desde el ámbito universitario*.

Universidad Pública de Navarra. Ministerio de Industria, Turismo y Comercio.

Recuperado de

[https://www.unavarra.es/digitalAssets/180/180811\\_100000TransferenciaConocimientoUPNA.pdf](https://www.unavarra.es/digitalAssets/180/180811_100000TransferenciaConocimientoUPNA.pdf)

Bénard, S. (2016). *La Teoría Fundamentada: una metodología cualitativa*. Recuperado de

[https://issuu.com/editorialuaa/docs/ve\\_teoría\\_fundamentada](https://issuu.com/editorialuaa/docs/ve_teoría_fundamentada)

Código Civil [Código]. (1873). Diario Oficial No. 2.867 de 31 de mayo de 1873. Última actualización: 20 de octubre de 2019. Recuperado de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/codigo\\_civil.html#1](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/codigo_civil.html#1)

Bernal, F. (2011). Panorama de la contratación laboral médica en Colombia. *Aspectos Laborales*. 17 (1), pp.6-9.

Bono, R. (2012). *Diseños cuasi-experimentales y longitudinales*. OMADO (Objectes i Materials Docents) Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/30783>

Código Sustantivo de Trabajo [Código]. (1951). Diario oficial, año LXXXVIII. N. 27622. Recuperado de <http://www.mintrabajo.gov.co/normatividad/leyes-y-decretos-ley/codigo-sustantivo-del-trabajo>

Colciencias (2016) *Transferencia de conocimiento, una estrategia para potencializar la investigación*. Recuperado de [https://www.colciencias.gov.co/sala\\_de\\_prensa/transferencia-conocimiento-una-estrategia-para-potencializar-la-investigacion](https://www.colciencias.gov.co/sala_de_prensa/transferencia-conocimiento-una-estrategia-para-potencializar-la-investigacion)

Colegio Médico Colombiano. (2019). *Encuesta de situación laboral de profesionales de la salud – 2019*. Recuperado de [http://www.colegiomedicocolombiano.org/web\\_cmc/upload/docs/Epicrisis%2012\\_web.pdf](http://www.colegiomedicocolombiano.org/web_cmc/upload/docs/Epicrisis%2012_web.pdf)

Congreso de la República de Colombia. (12 de julio de 2018). Por medio de la cual se reglamenta el sistema de residencias médicas en Colombia, su mecanismo de financiación y se dictan otras disposiciones. [Ley 1917 de 2018]. Recuperado de <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201917%20DEL%2012%20DE%20JULIO%20DE%202018.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (03 de octubre de 2007). Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. [Ley 1164 de 2007]. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf)

Congreso de la República de Colombia. (23 de diciembre de 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. [Ley 100 de 1993]. Recuperado de [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100\\_93.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf)

Contrato de prestación de servicios. (4 de abril de 2019). *Revista Gerencie.com*. Recuperado de <https://www.gerencie.com/contrato-de-servicios.html>

Cuñat, R. (2007). *Aplicacion de la Teoria Fundamentada (Grounded Theory) al estudio del proceso de creación de empresas*. Decisiones Globales, 1-13.

Florez, J., Atehortúa, S. y Arenas, A. (2009). Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8 (16.), pp.107-131.

Kontopantelis, E., Doran, T., Springate, D., Buchan, I., Reeves, D. (2015). Regression based quasi-experimental approach when randomization is not an option: interrupted time series analysis. *British Medical Journal. Research Methods & Reporting*. 350. pp. 1-4. doi: 10.1136/bmj.2750

Lee, A. H., Wang, W.-M., & Lin, T.-Y. (2010). An evaluation framework for technology transfer of new equipment in high technology industry. *Technological Forecasting and Social Change*, 77(1), 135-150. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S004016250900078X>.

León, A., Betancur, J., Jaimes, F., Grisales, H. (2017). Ronda clínica y epidemiológica. Series de tiempo interrumpidas. *Iatreia*, 30 (3), pp.344-351. doi 10.17533/udea.iatreia.v30n3a11.

López, S. (2016) Tipos de contratos laborales. *Revista ColConectada*. Recuperado de <https://www.colconectada.com/tipos-contratos-laborales/>

Matajira, C., Barney, E., Escobar, G. (2018). *Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Difusión de indicadores 2018*. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Calidad. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/sistema-evaluacion-actores-indicadores-2018.pdf>

Matallana, M., Amaya, J., Beltrán, A., Chavarro, D., Romero, G., Puerto, S.,... Vásquez, M. (2013). *Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas*,

*en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia. Informe final. Documento técnico GPES/1682C-13. Pontificia Universidad Javeriana y Cendex.*

Ministerio de Educación Nacional. (2019). Convalidaciones Educación Superior. Recuperado de <https://www.mineducacion.gov.co/portal/convalidaciones/Convalidaciones-Educacion-Superior/>

Ministerio de Salud y Protección Social. (12 de julio de 2019). Por la cual se reglamenta la Ley 1917 de 2018 que creó el Sistema de Residencias Médicas en Colombia, su mecanismo de financiación y se dictan otras disposiciones. [Resolución 1872 de 2019]. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201872%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201872%20de%202019.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía, Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (2018). *Estimación de oferta de médicos especialistas en Colombia 1950-2030*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/estimacion-cantidad-especialistas-medicas-septiembre-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. (2018). *Política Nacional de Talento Humano en Salud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Caracterización Laboral del Talento Humano en Salud de Colombia: Aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Caracterizaci%C3%B3nLaboralTHS.pdf>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Informes, estudios e investigación. Gobierno de España. (2017). *Recursos Asistenciales. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017*. Recuperado de [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2017/3\\_CAP\\_17.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2017/3_CAP_17.pdf)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Informes, estudios e investigación. Gobierno de España. (2017). *Ordenación Profesional y Formación Continuada. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017*. Recuperado de [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2017/6\\_CAP\\_17.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2017/6_CAP_17.pdf)

Organización Mundial de la Salud, Consejo Ejecutivo, 138° reunión. (2016). *Estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. Proyecto de resolución presentado por los Estados Unidos de América, Noruega, Sudáfrica, Suiza, Tailandia, Zambia, Zimbabwe y Estados Miembros de la Unión Europea*. Recuperado de [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB138/B138\\_CONF5-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_CONF5-sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud, 66° Asamblea Mundial de la Salud. (2013). Ginebra, 20-27 de mayo de 2013. *Resoluciones y decisiones. Anexos*. Recuperado de [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66-REC1/A66\\_REC1-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud, 63° Asamblea Mundial de la Salud. (2010). *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud*. Recuperado de [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_R16-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2019). *World Health Statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?ua=1>

Page, M. (2019). *Estudio de remuneración Colombia 2019 / 2020*. Recuperado de [https://www.michaelpage.com.co/sites/michaelpage.com.co/files/estudio\\_de\\_remuneracion\\_michael\\_page\\_2019-2020.pdf](https://www.michaelpage.com.co/sites/michaelpage.com.co/files/estudio_de_remuneracion_michael_page_2019-2020.pdf)

Pardo, K., Andía, M., Rodríguez, A., Pérez, W., Moscoso, B. (2011). Remuneraciones, beneficios e incentivos laborales percibidos por trabajadores del sector salud en el Perú: análisis comparativo entre el Ministerio de Salud y la Seguridad Social, 2009. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 28(2): 342-51.

Pavón-León, P., Gogeochea-Trejo, M., Blasquez-Morales, M., Blásquez-Domínguez, C. (2011). *Satisfacción del personal de salud en un hospital universitario*. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.

Ramírez Salazar, M., y García Val, M. (2013). La Alianza Universidad-Empresa-Estado: una estrategia para promover innovación. *Revista EAN* 68, 112-133.

Reyes, G., Ortiz, L., (2013). *Sistema de Residencias Médicas en Colombia: Marco conceptual para una propuesta de regulación*. Dirección de Talento Humano en salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Documento%20de%20Residencias%20M%C3%A9dicas\\_versi%C3%B3n%206%20%282%29.pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Documento%20de%20Residencias%20M%C3%A9dicas_versi%C3%B3n%206%20%282%29.pdf)

Roldán, J. (2014). Regulación del contrato de prestación de servicios. *Revista Asuntos legales*. Recuperado de <https://www.asuntoslegales.com.co/consultorio/regulacion-del-contrato-de-prestacion-de-servicios-2168926>

Rosenthal, NH. (2019). Más que los salarios en cuestión en el debate sobre la calidad del trabajo. *Revista mensual del trabajo*. 112, (12). p. 4. Recuperado de Gale Academic Onefile , consultado el 11 de noviembre de 2019.

Santa María, M., Acosta, P., García, F., González, J., Mujica, A., Pinto, D. ... Vásquez, T. (2011). *Efectos de la Ley 100 en Salud. Propuestas de reforma*. Fedesarrollo. Recuperado de <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/>

Universidad EAN. (2017). *Guía de citación y referenciación de la universidad EAN bajo el estándar APA*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10882/9035>.

Urrego, P., 2016. *Incentivos al talento humano en salud. Dirección de Desarrollo y Talento Humano en Salud, “tarea de todos”*. Coordinación Grupo Ejercicio y Desempeño de Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/1.estrategia-tarea-todos-incentivos-minsalud.pdf>

Vargas, Z. (2009) La Investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Revista Educación, 33(1)*, 155-165. Universidad de Costa Rica San Pedro, Montes de Oca, Costa Rica.

Vivar, C., Arantzamendi, M., López-Dicastillo, O., & Gordo, L. (2010). La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Index de Enfermería, 19(4)*, 283-288. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000300011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300011&lng=es&tlng=es)