



## Especialización en administración de la salud

### CARACTERIZACIÓN DEL TALENTO HUMANO REQUERIDO PARA DAR CUMPLIMIENTO TANTO A LO CONTRACTUAL COMO A LO NORMATIVO EN LA ESE ASSBASALUD

Natali Garzón Rodríguez  
Andrea Nathalia Reyes Porras  
Milena Patricia Riquett Marcelo



Universidad<sup>®</sup>  
Católica  
de Manizales

REGISTRADO MINECUCIÓN

Obra de Iglesia  
de la Congregación



Hermanas de la Caridad  
Dominicas de La Presentación  
de la Santísima Virgen

CARACTERIZACIÓN DEL TALENTO HUMANO REQUERIDO PARA DAR CUMPLIMIENTO TANTO A LO  
CONTRACTUAL COMO A LO NORMATIVO EN LA ESE ASSBASALUD

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en  
administración de la salud

Asesor

Richard Nelson Román Marín

Autores:

Natali F. Garzón Rodríguez, Andrea N. Reyes Porras y Milena P. Riquett Marcelo

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES

FACULTAD

ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

MANIZALES

2023

## TABLA DE CONTENIDO

|   |    |
|---|----|
| Descripción del problema .....          | 5  |
| Antecedentes.....                       | 9  |
| Justificación .....                     | 12 |
| Objetivos.....                          | 13 |
| Objetivo General.....                   | 13 |
| Objetivos Específicos.....              | 13 |
| Marco teórico .....                     | 14 |
| Marco Contextual .....                  | 14 |
| Marco Normativo.....                    | 16 |
| Referente teórico.....                  | 20 |
| Requisitos contractuales .....          | 34 |
| Modelo de contratación externa .....    | 34 |
| Glosario.....                           | 36 |
| Diseño metodológico.....                | 39 |
| Tipo y enfoque del estudio .....        | 39 |
| Población .....                         | 39 |
| Caracterización de las variables .....  | 40 |
| Plan de recolección de información..... | 42 |
| Muestra .....                           | 42 |
| Cronograma .....                        | 43 |
| Resultados y análisis .....             | 43 |
| Discusión.....                          | 58 |
| Conclusiones.....                       | 60 |

|                      |    |
|----------------------|----|
| Recomendaciones..... | 61 |
| Bibliografía.....    | 62 |

LISTA DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabla 1.</b> Variables de identificación y clasificación .....  | 40 |
| <b>Tabla 2.</b> Talento humano asistencial requerido_Nueva EPS.....  | 45 |
| <b>Tabla 3.</b> Talento humano asistencial requerido_Asmetsalud EPS .....                                  | 45 |
| <b>Tabla 4.</b> Talento humano asistencial requerido para atención a la Ruta Cardio-cerebro-vascular ..... | 46 |
| <b>Tabla 5.</b> Talento humano asistencial requerido_Sanitas EPS.....                                      | 46 |
| <b>Tabla 6.</b> Consolidado de talento humano asistencial requerido para RIAS.....                         | 46 |
| <b>Tabla 7.</b> Talento humano requerido para servicios hospitalarios_Clínica San Cayetano .....           | 47 |
| <b>Tabla 8.</b> Talento humano requerido para servicios hospitalarios_Clínica La Enea.....                 | 47 |
| <b>Tabla 9.</b> Consolidado de talento humano requerido para los servicios hospitalarios.....              | 48 |
| <b>Tabla 10.</b> Talento humano requerido para atención ambulatoria en Centros urbanos.....                | 49 |
| <b>Tabla 11.</b> Talento humano requerido para atención ambulatoria en Centros rurales.....                | 50 |
| <b>Tabla 12.</b> Consolidado del talento humano requerido para servicios ambulatorios .....                | 51 |
| <b>Tabla 13.</b> Consolidado Talento humano requerido asistencial .....                                    | 52 |
| <b>Tabla 14.</b> Talento humano administrativo existente y requerido.....                                  | 53 |

LISTA DE GRÁFICOS

|  |    |
|--|----|
| <b>Gráfico 1.</b> Red de atención ASSBASALUD ESE .....                               | 15 |
| <b>Gráfico 2.</b> Operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG ..... | 31 |
| <b>Gráfico 3.</b> Etapas de la Medición del Desempeño Institucional.....             | 33 |

## **CARACTERIZACIÓN DEL TALENTO HUMANO REQUERIDO PARA DAR CUMPLIMIENTO TANTO A LO CONTRACTUAL COMO A LO NORMATIVO EN LA ESE ASSBASALUD**

### **Descripción del problema**

Las IPS en Colombia, se mantienen en el mercado mediante la compra y venta de servicios de salud, según las necesidades de las aseguradoras (EAPB) como responsables del pago; lo anterior, sumado a que algunas instituciones prestadoras se ven presionadas a vender los servicios de salud por debajo de las tarifas establecidas, aun poniendo en peligro su sostenibilidad financiera a mediano y largo plazo, evidencia la posición dominante del asegurador al momento de celebrar un acuerdo de voluntades.

Las Entidades Sociales del Estado, para su adecuado funcionamiento, tiene un presupuesto que recibe adiciones según las necesidades de gestión, pero para el total cumplimiento de las obligaciones institucionales, estas entidades se obligan vender servicios, cobrar cuentas de las vigencias anteriores, recuperar cartera e intentar tener rendimientos financieros, sin embargo, en muchas ocasiones el comportamiento de ingresos y gastos arroja perdidas millonarias que se traducen en una inestabilidad financiera.

La ESE Assbasalud enfrenta una preocupante situación y es el decrecimiento continuo en el número de pacientes atendidos, así como la subutilización de algunos de los servicios que están habilitados, pasando de atender más de 100 partos al mes a únicamente 4 en promedio mensual durante el 2022, a pesar de tener sala y camas ofertadas para la atención de este servicio. En cuanto a los actuales contratos que tiene Assbasalud con las EAPB que funcionan en la ciudad de Manizales, solamente tiene contrato con tres de ellas para la atención de primer nivel a pacientes del régimen subsidiado; lo anterior amerita estrategias de comercialización y mercadeo en salud para buscar sostenibilidad financiera.

Actualmente Assbasalud tiene como único mecanismo de pago en sus contratos con las EAPB, la capitación, que tiene ventajas como los ingresos mensuales predecibles, pago anticipado y la posibilidad de desarrollar estrategias de prevención para disminuir la demanda de atención; sin embargo, son más las desventajas que ofrece este mecanismo de pago, entre ellas la más relevante es el riesgo financiero, pues el costo de los servicios puede ser mayor que el valor pactado. Para contrarrestar lo anterior, las ESE deben realizar control exhaustivo de costos lo cual afecta directamente la calidad de la atención. La capitación refleja un desequilibrio contractual, que, junto con las demoras en los pagos, la interposición de la glosa, el precario sistema de información que la aseguradora envía a la institución prestadora y un débil sistema de vigilancia y control por parte del gobierno, se convierten en un problema que limita la planeación, la priorización y la racionalización económica para la atención de los usuarios y finalmente en mecanismos dilatorios de no pago por parte de las EAPB.

Otras de las realidades que enfrentan las IPS es el desequilibrio financiero, como consecuencia de la liquidación de las EAPB, en el cual, se decreta el no pago de las deudas que estas EAPB ya liquidadas, habían adquirido con instituciones prestadoras de servicios de salud, con los profesionales y trabajadores, con los pacientes que por alguna demanda hubieran ganado algún tipo de indemnización, e incluso con los contratistas a los que se les debiera el pago por trabajos realizados.

Estos desequilibrios presupuestales, le impiden a las IPS realizar inversiones en la mejora de la infraestructura física, lo cual afecta el acceso y la calidad de los servicios de salud prestados, lo que a su vez, generan falta de oportunidad en la atención por la insuficiencia de espacio físico adecuado, baja capacidad de oferta de servicios y de inversión en talento humano suficiente y estable, lo que conlleva a una alta fluctuación de personal, generando retrocesos, fuga de conocimientos, y cuantiosas pérdidas económicas como humanas, ante el aumento en el riesgo de posibles eventos adversos durante la prestación del servicio.

Assbasalud cuenta en su planta de personal asistencial y administrativa con talento humano de planta y contratistas; estos últimos sufren la inestabilidad financiera de la institución ya que se les ofrece contratos de trabajo de prestación de servicios por corto tiempo, en muchos casos contratos inferiores a 6 meses; la inestabilidad laboral para los contratistas se traduce en una alta rotación de personal que emigra de la institución a otras IPS donde se les ofrece mejores condiciones contractuales. Así entonces, la fuga de personal trae consecuencias para la institución entre ellas: cambios en la productividad, afectación de la cultura organizacional, alteración de la imagen de la empresa, altos costos de un nuevo proceso de selección y de una nueva inducción, entre otros.

Esto conlleva a una crisis de fuerza de trabajo caracterizada por un déficit en cantidad y distribución de profesionales de la salud y otros afines, generando obstáculos para mejorar el rendimiento de la atención. La OMS en el 2008 en su informe de atención primaria, declaró que los recursos humanos, son el insumo indispensable para las reformas de la atención primaria y la cobertura universal de salud (densidad poblacional); por otro lado, la inadecuada distribución de recurso humano asistencial como administrativo en los distintos niveles de atención, es otra evidencia de inequidad que afecta el acceso a los servicios de salud. El personal de salud nuevo en proceso de entrenamiento, tiene mayor riesgo de realizar mala praxis que puede terminar en una lesión al paciente lo que significa para las instituciones, asumir el costo de demandas o indemnizaciones. Además, la mala praxis afecta la calidad en salud, entendida como una combinación de beneficios, riesgos y costos, en donde lo fundamental es ofrecer los mayores beneficios con los menores riesgos posibles y a un costo razonable.

En los actuales acuerdos de voluntades se estipulan unas metas e indicadores que se deben cumplir por parte de Assbasalud; sin embargo, cuando estas no se cumplen, esto da lugar a glosas las cuales consisten en la devolución de la facturación en los servicios de salud, provocando un déficit económico en las IPS.

Con lo anterior se plantea la pregunta problema:

¿Cuál es la estructura en talento humano necesaria para dar cumplimiento tanto a lo contractual como a lo normativo?



## Antecedentes

En Colombia el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) surgió en 1993 con la promulgación de la Ley 100. Con ésta Ley, el mercado laboral de los profesionales de la salud sufrió importantes modificaciones, sumado a que se amplió la cobertura del seguro de salud y se dio la entrada de empresas privadas para administrar y proveer servicios; también, la oferta de puestos de trabajo se amplió y con ello la necesidad de un número significativo de nuevos profesionales. Un estudio realizado en Colombia en el 2009, pretendía describir la evolución del mercado laboral del sector salud en Colombia, a partir de la implementación de la Ley 100 de 1993 y hacer una aproximación a la situación actual de este mercado con base en un estudio de caso para Medellín; los resultados encontrados fueron que el 82,4% del total encuestado tenía un contrato a término indefinido y el 16,6% restante tenía contrato a término definido; además, a partir de la aplicación de la Ley 100 de 1993, las condiciones laborales se deterioraron, se ampliaron las brechas salariales, se dieron aumentos en la intensidad horaria y se detectó cierto grado de subempleo. Se concluyó que un mayor nivel de educación incrementa los retornos salariales obtenidos. 1

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, 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. 2.

En el 2006, en la ciudad de Medellín, se realizó un estudio cualitativo de tipo exploratorio en donde se pretendió caracterizar las relaciones entre las instituciones prestadoras y las aseguradoras alrededor de los procesos de contratación, dado el ambiente de libre mercado con limitada regulación del Estado. Se realizó un estudio cualitativo, en el cual se entrevistaron 29 funcionarios de diferentes instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios de salud de la ciudad de Medellín. Los hallazgos muestran que las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, han realizado transformaciones administrativas para mejorar y mantenerse en el mercado; se visualiza una posición dominante de las aseguradoras, expresada en la imposición de tarifas y condiciones para la contratación de servicios de salud, así como factores políticos que condicionan los procesos contractuales. Se concluye que hay un desequilibrio de poder entre los actores, que se expresa en la contratación, en la cual las aseguradoras dominan el proceso, en detrimento de los otros actores como las instituciones prestadoras de servicios de salud y los usuarios. 3

La gestión del talento humano en el sector, ha estado más en función de flexibilizar las plantas de personal, mejorar la productividad y controlar el gasto a corto plazo, que, de políticas institucionales de largo plazo dirigidas a mejorar los resultados en la salud de las personas, la calidad de los servicios y el desarrollo integral de los trabajadores, como elementos constitutivos de la sostenibilidad de las instituciones. (2)

Esta dinámica del sistema de salud, ha llevado a que la gestión de sus agentes se oriente al aumento de la producción de servicios, atenciones y actividades facturables, como fuente de ingresos para su sostenimiento, sin que la calidad y los resultados en salud de esta producción jueguen un papel importante en remuneración de estos agentes. (2)

En un estudio sobre el régimen subsidiado publicado en 2007 por el Ministerio de Salud y Protección Social, se identificó que la capitación y el pago por evento eran los principales mecanismos de facturación y pago entre aseguradores y prestadores, mientras que instrumentos más integrales, como los paquetes de atención asociados al diagnóstico o procedimiento, se utilizaba muy poco. En el mismo sentido, un trabajo realizado en 2009-2010 por Gorvanev et al. 2011, concluye que, contrario a la práctica internacional, en Colombia el pago por evento casi no se usa, determinando que solo las aseguradoras del régimen contributivo lo utilizan en el nivel ambulatorio para actividades de promoción y prevención y no se utiliza en el régimen subsidiado entre otros factores por la no posibilidad de las EPS subsidiadas de pagar más por servicios de mayor calidad. Estas características de las relaciones contractuales entre los agentes institucionales del sistema de salud, han conducido a que la relación entre las instituciones y el talento humano, esté marcada por la satisfacción de metas de producción, facturación y control de costos no asociadas a criterios de calidad o resultados en salud. 2

## Justificación

La Ley 100 provocó un cambio radical en el modelo de salud colombiano, incluyendo las condiciones laborales de los trabajadores del sector, sufriendo importantes modificaciones a partir de dicha ley sin que esta incluyera información específica relacionada con la contratación, los salarios o las condiciones de trabajo, dejando a las instituciones de salud en un vacío en términos de contratación de talento humano, a pesar de la gran cantidad de normativa que las rige en términos jurídicos y contractuales, pues están sujetas al cumplimiento de estos requisitos normativos para su funcionamiento. Esto genera la necesidad de conocer cuál es la estructura de Talento Humano necesaria en una institución de salud que logre dar cumplimiento a la normativa y a los requisitos contractuales que las rigen, en un marco de déficit presupuestal, que permita darle continuidad a la operación de los servicios habilitados y a las cláusulas contractuales pactadas.

Por lo anterior, esta investigación brinda a la institución información técnicamente construida para el cumplimiento de lo contractual y lo normativo, identificando las necesidades de talento humano que permita el cumplimiento de lo pactado en los acuerdos de voluntades con calidad para la prestación de los servicios y con ello, brindar herramientas para optimizar la gestión financiera y de talento humano, generando un insumo fundamental para el establecimiento del plan de previsión del talento humano de la institución con la identificación de las necesidades de personal.

El proyecto fue apoyado por las directivas de la ESE Assbasalud y cuenta con las investigadoras, asesoría docente e información necesaria para su desarrollo la cual fue aportada por la institución.

## Objetivos

### Objetivo General

Determinar la estructura en talento humano necesaria para dar cumplimiento tanto a lo contractual como a lo normativo en la ESE Assbasalud.

### Objetivos Específicos

- Revisar los requisitos contractuales y normativos establecidos para la contratación de talento humano dentro de la institución.
- Identificar las necesidades cuantitativas y cualitativas en talento humano en cuanto a perfiles y cargos en materia normativa para la prestación del servicio.

## Marco teórico

### Marco Contextual

El trabajo de investigación se realizó en la entidad denominada ASSBASALUD (Asociación de Servicios Básicos en Salud), empresa mixta (privada con manejo de recursos públicos), creada en 1989. Luego de todos los cambios en cuanto a normatividad en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se estima la necesidad de transformarse en empresa social del estado (E.S.E.) con el fin de tener la posibilidad de contratar recursos de carácter público.

Assbasalud ESE, entidad que inició sus operaciones como Empresa Social del Estado, en el año de 1996, con la expedición del Decreto Extraordinario No. 234, según lineamientos de la Ley de Seguridad Social en Salud.

Assbasalud E.S.E tiene un enfoque netamente de Primer Nivel de Atención o Baja Complejidad, que para el modelo de salud nacional vigente se asimila a prestador primario, atendiendo la población más vulnerable de la Ciudad de Manizales, al contar con el Régimen Subsidiado, priorizando la atención a este régimen de salud.

La entidad funciona bajo un modelo de operación por procesos y cuenta con plataforma estratégica la cual se encuentra aprobada mediante el acuerdo 031 de 2016. Es importante resaltar la Oficina de Servicio al Cliente, desde donde se propician espacios de participación Social y Comunitaria como son:

- El Sistema de Información y Atención Al Usuario (SIAU) mediante el cual la población usuaria puede participar a través del sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Reconocimiento.

- El Comité de Ética Hospitalaria el cual cuenta con representación de la Gerencia de la Institución, del Gremio de las Enfermeras, Médicos, de la Asociación de Usuarios y del Comité de Participación Comunitaria.

Assbasalud ESE presta los servicios en salud en 17 unidades de atención, localizadas en sitios estratégicos de las áreas urbana y rural de la ciudad de Manizales. Además, cuenta con 1 Laboratorio Clínico y 2 clínicas: clínica La Enea ubicada en la Comuna Tesorito en el Barrio la Enea y clínica San Cayetano ubicada en la Comuna Ciudadela del Norte en el Barrio San Cayetano. Además, cuenta con 7 centros de atención el área urbana: Centro piloto, San José, Asunción, Cisco, Fátima, El prado y El bosque y 7 centros de atención en el área rural ubicados en las siguientes veredas: Kilómetro 41, Cabaña, Garrucha, La linda, Alto bonito, Bajo tablazo, San peregrino. Además, cuenta con una farmacia urbana, dos farmacias rurales y una sede administrativa ubicada en el centro de la ciudad de Manizales.

**Gráfico 1.** Red de atención ASSBASALUD ESE



Fuente: Página ASSBASALUD ESE

## Marco Normativo

- **Decreto 1083 de 2015:** El presente decreto compila en un sólo cuerpo normativo los decretos reglamentarios vigentes de competencia del sector de la función pública, incluidos los atinentes a las siguientes materias: empleo público; funciones, competencias y requisitos generales para los empleos públicos de los distintos niveles jerárquicos de los organismos y entidades del orden nacional y territorial; administración de personal, situaciones administrativas; capacitación; sistema de estímulos; retiro del servicio; reformas de las plantas de empleos; gerencia pública; comisiones de personal; Sistema de Información y Gestión del Empleo Público - SIGEP; sistemas específicos de carrera de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, de las Superintendencias y de la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil, AEROCIVIL; Sistema de Control Interno; Modelo Integrado de Planeación y Gestión; Sistema de Gestión de Calidad; Trámites; Premio Nacional de Alta Gerencia y Banco de Éxitos; régimen de los servidores de las sociedades de economía mixta en las cuales el aporte de la Nación, entidades territoriales y entidades descentralizadas, sea igual o superior al noventa por ciento (90%) del capital social, estándares mínimos para elección de personeros municipales; designación de los directores o gerentes regionales o seccionales o quienes hagan sus veces en los establecimientos públicos de la Rama Ejecutiva del orden nacional; designación del comisionado de la Comisión Nacional del Servicio Civil; normas relativas al trabajador oficiales; y cesantías para los Congresistas.
- **Decreto 2006 de 2008:** Crea la estructura y funcionamiento de la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud como órgano responsable de la toma de decisiones derivadas de las funciones públicas relacionadas con la formación, el ejercicio y el desempeño del talento humano en salud que requieren acciones conjuntas entre el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional.



- **Decreto 441 de 2022:** Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.
- **Decreto 612 de 2018:** Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado.
- **Decreto 780 de 2016:** Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
- **Decreto 971 de 2011:** por medio del cual se define el instrumento a través del cual el Ministerio de la Protección Social girará los recursos del Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud, se establecen medidas para agilizar el flujo de recursos entre EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto 1011 DE 2006:** Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Decreto Ley 785 de 2005:** Por el cual se establece el sistema de nomenclatura y clasificación y de funciones y requisitos generales de los empleos de las entidades territoriales que se regulan por las disposiciones de la Ley 909 de 2004.
- **Ley 100 de 1993:** Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 1164 de 2007:** Ley de Talento Humano en Salud. Por medio de la cual se integran aspectos relacionados con la institucionalidad, formación, ejercicio, gestión, ética de las profesiones y ocupaciones de la salud. Define el talento humano en salud como “todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de los habitantes del territorio nacional, dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud.

- **Ley 1438 de 2011:** Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

- **Ley 1562 de 2012:** Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud ocupacional.

- **Ley 1751 de 2015:** Tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

- **Ley 715 de 2001:** (Congreso de Colombia, 2001), le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales. Por ello, y en cumplimiento se deben implementar y desarrollar sistemas de información, registros y observatorios nacionales, y fortalecer los existentes e integrarlos al SISPRO. Con el fin de disponer de información adecuada y oportuna que apoye la toma de decisiones en el sistema de salud, precise modelos y protocolos de atención, fomente la investigación y potencialice la formulación de políticas en salud que se materialicen en un mayor estado de bienestar y salud de la población colombiana.

- **Ley 909 de 2004:** Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones.

- **Política de talento humano en salud:** Tiene el propósito de promover y articular acciones intersectoriales en torno a i) la garantía del derecho fundamental a la salud y el acceso universal a los

servicios bajo condiciones de equidad, calidad y sostenibilidad; ii) el mejoramiento de las condiciones para la formación, desempeño, gestión y desarrollo del recurso humano en salud;1 iii) el desarrollo de la Política y el Modelo Integral de Atención en Salud; y iv) el desarrollo de los compromisos internacionales que en materia de talento humano en salud ha adquirido el país con organismos como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud OMS/OPS, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos OCDE, la Organización Internacional del Trabajo OIT, la Comunidad Andina y la Unión de Naciones Suramericanas - UNASUR.

- **Resolución 5261 DE 1994:** Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **Resolución 1536 de 2010.** Establece la Organización y funcionamiento del Observatorio del Talento humano en Salud en Colombia. Define el Observatorio de Talento Humano en Salud como una red de instituciones públicas y privadas, investigadores, expertos y profesionales, dedicados a la producción, análisis, construcción y difusión de información y conocimiento sobre el talento humano en el sector salud.

- **Resolución 3100 del 2019:** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, establece dentro de los Estándares Y Criterios Aplicables A Todos Los Servicios, el estándar de *talento humano* en el cual, estipula que El prestador de servicios de salud determina la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados y prestados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación, tiempo de la atención y el riesgo en la atención.

- **Resolución 3280 de 2018:** Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta

Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

- **Resolución 256 de 2016:** Por la cual se dictan disposiciones Información para la calidad y se establecen los indicadores para el de monitoreo de la calidad en salud.

### Referente teórico

Los recursos humanos son el fundamento de los sistemas de salud cualquiera sea su modelo de organización, financiamiento y operación. A través de la acción del talento humano en la organización y disposición de recursos, instituciones, servicios, conocimiento y tecnologías se materializa el derecho fundamental a la salud y se generan transformaciones sociales que impactan el acceso y los resultados en salud de las poblaciones. (2) En los últimos años se ha prestado una atención creciente al desarrollo de políticas de salud, pero junto con los supuestos beneficios de la política, muchos analistas comparten la opinión de que un gran inconveniente de las políticas de salud es que no dan cabida a cuestiones de recursos humanos.

La ausencia de políticas de recursos humanos apropiadas, es responsable en muchos países, de un desequilibrio crónico con efectos multifacéticos en la fuerza laboral de salud: desajuste cuantitativo, disparidad cualitativa, distribución desigual y falta de coordinación entre las acciones de la gestión de Recursos Humanos y las necesidades de la política de salud. (2)

El primer Foro Mundial sobre Recurso Humano en salud (RHS) reconoció la necesidad de enfrentar la crisis mundial de la fuerza de trabajo y propuso a agentes políticos y de gobierno que se garantice la retención y distribución equitativa de este recurso. En el Informe sobre la salud en el mundo del 2006, la OMS señaló un umbral mínimo de densidad de 2,5 profesionales por cada 1000 habitantes a fin de aumentar las coberturas de atención profesional del parto e inmunizaciones, pero otros cálculos proponen un umbral de 2,28 (margen de 2,02 y 2,54). En la Región de las Américas se

estableció como meta una densidad de 25 profesionales por 10 000 habitantes y se recomendó para el 2015 una densidad de 44,5 por cada 10 000 habitantes, considerada esencial para satisfacer las necesidades de salud de la población y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. (5)

Más que cualquier otra organización, las organizaciones de salud son altamente dependientes de su fuerza laboral. El crecimiento y desarrollo de cualquier organización dependen de la disponibilidad de una fuerza de trabajo apropiada, de sus competencias y nivel de esfuerzo al tratar de realizar las tareas que se asignan. Los costos económicos y humanos de tener pobres recursos humanos en salud, son particularmente altos en el sector salud. La calidad de los servicios de salud, su eficacia, eficiencia, acceso y viabilidad dependen básicamente del desempeño de quienes los atienden. (6)

En Colombia, el Talento humano en salud es definido por la Ley 1164 de 2007 como todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud; a su vez, esta ley define los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano en salud. En el Capítulo II de la misma Ley, se determinan los organismos de apoyo para el desarrollo del Talento Humano en Salud, incluido el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud como organismo asesor del Gobierno Nacional, de carácter y consulta permanente, para la definición de políticas, encaminadas al desarrollo del Talento Humano y quien tiene el mandato de recomendar sobre la composición y el funcionamiento del Observatorio de Talento Humano en Salud.

La prestación de servicios de salud en el país tiene como elementos claves en su diseño, implementación y seguimiento los atributos de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad, partiendo de esto y la necesidad de organizar, articular y gestionar la oferta en función de la demanda de servicios de salud de la población colombiana, se ha establecido la conformación de redes integrales de prestadores de servicios de salud, lo cual tiene como propósito

*“dar respuesta a problemas de fragmentación, atomización e interrupción en la provisión de los servicios, restricciones de acceso y falta de oportunidad, baja eficacia de las intervenciones por limitada capacidad resolutive, inexistencia o insuficiencia de la oferta a nivel territorial, ineficiencias por desorganización y duplicidad en la oferta, dificultades en sostenibilidad financiera.”* Dentro de las disposiciones para la prestación de servicios de salud que deben cumplir los diferentes actores del sistema, se encuentra el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad -SOGC- en Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS-, entendido como el *“conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”(7)*, el cual aplica a los Prestadores de Servicios de Salud- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud, los Servicios de Transporte Especial de Pacientes y las Entidades con Objeto Social diferente-, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. (8)

Las Instituciones Prestadoras de Servicios –IPS- gozan de amplia autonomía en su gestión administrativa, financiera y operativa, siempre y cuando acrediten el cumplimiento de las normas básicas para la oferta de servicios de salud del sistema obligatorio de garantía de la calidad. El SOGC orienta a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, bajo la aplicación de sus 4 componentes, siendo el *Sistema Único de Habilitación* el primero de ellos y el primer paso para iniciar la prestación de los servicios. Este sistema establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, por medio de los cuales se busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento. La habilitación de un servicio de salud, debe estar bajo los parámetros establecidos por la normatividad vigente, mediante un proceso en el que se

realiza la autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, así como el diligenciamiento de un formulario de inscripción por parte de los prestadores, y que se encuentra consolidado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPSS- de donde las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, recolectan la información y es consolidada por el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de lo cual se establece, que el prestador de servicios de salud está inscrito en REPSS y por tanto puede prestar servicios en el SGSSS. La resolución 3100 de 2019, define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, el cual establece a su vez, los términos y condiciones para la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSS) siendo el sistema donde los prestadores de servicios de salud registran las capacidades y servicios habilitados para atender a la población en el sistema de salud colombiano. (8)

*El Sistema Único de Acreditación, se establece como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. El Sistema de Información para la Calidad que tiene por objeto estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (9)*

Por su parte, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios, concordantes con la intencionalidad

de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. La auditoría debe ser entendida como un componente del Sistema Obligatorio Garantía de Calidad, junto con el Sistema Único de Habilitación, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información a Usuarios, en el que ninguno tiene más importancia que otro. (10) El contexto en el cual se desarrolla el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, está caracterizado por elementos conceptuales dictados como pautas siendo estas: atención en salud, calidad de la atención en salud, mejoramiento continuo de la calidad, atención centrada en el cliente, la seguridad del paciente, e incentivos. Este componente presenta una lista de chequeo considerado como el programa evaluador de su implementación conocido como PAMEC (Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad) el cual es la forma en la que se operativiza el componente.

Para que las organizaciones apliquen con éxito el modelo de auditoría deben iniciar por la definición de los principales problemas de calidad en la organización (procesos prioritarios), que se realizará a partir del seguimiento a riesgos establecido en el Manual Único de Estándares y Verificación (Sistema Único de Habilitación), la autoevaluación de los estándares de acreditación y el sistema de información para la calidad que contempla indicadores de calidad y eventos adversos trazadores. (10) Esta auditoría se articula con los demás componentes del SOGC así:

**Habilitación:** da seguridad al usuario, que es atendido en instituciones que cumplen con unos estándares definidos, los cuales son básicamente de estructura, pero orientados a procesos y dirigidos a los factores de riesgo que pudieran ocasionar efectos adversos o contraproducentes, derivados del proceso de atención. El enfoque de auditoría se articula con el sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud al evaluar sistemática y periódicamente los indicadores para hacer seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicios que presta, definidos en el estándar 9 del



anexo técnico 1 de la resolución 1043 de 2006. La habilitación permite generar el piso a partir del cual inician los procesos de mejoramiento continuo de la calidad.

**Acreditación:** va más allá de los estándares mínimos, va a los procesos, que tienen alta correlación con los resultados esperados de la atención en salud (centrados en el usuario) y a mejorarlos en busca de la excelencia, todo dentro de un modelo de mejoramiento continuo, incentivando la cultura del autocontrol y el crecimiento organizacional. El enfoque de auditoría es congruente con la acreditación en la búsqueda permanente del mejoramiento de la calidad de los procesos inherentes a la atención del cliente; de hecho, la calidad esperada se define también a partir de los estándares planteados en acreditación y a partir de allí se diseñan e implementan estrategias y se realiza seguimiento a los logros, con el fin de disminuir la brecha entre lo planteado por el estándar (calidad deseada) y la situación actual de la organización (calidad observada). El autocontrol y auditoría interna que promueven el nuevo enfoque son la forma de hacer operativo el mejoramiento en el día a día, hacia la integración de los procesos para responder al usuario y obligan la puesta en marcha de comités e indicadores básicos contemplados en el sistema único de habilitación. Así, tanto la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención como la acreditación, miran integralmente el proceso de atención en salud como un continuo clínico-administrativo, que debe comportarse con eficiencia y efectividad en procura de cumplir su finalidad: impactar en el estado de salud del paciente, en el respeto a sus derechos y en la adecuada utilización de los recursos

**Sistema de información para la calidad:** establece una serie de indicadores para el monitoreo del sistema y lineamientos para la vigilancia de eventos adversos trazadores. La auditoría para el mejoramiento de la calidad deberá frente a cada uno de ellos definir prioridades, establecer la calidad observada organizacional, definir la calidad esperada e iniciar las acciones necesarias para la disminución de la brecha. (10)

El ministerio de salud y protección social establece otro mecanismo para la estandarización y vigilancia de la información existente en salud conocido como El Sistema Único de Información en Salud, definido como aquel que integra la recolección, procesamiento y reporte de información necesaria para el mejoramiento de los servicios de salud a través de una mejor gestión en todos los niveles del sistema. En Colombia el sistema único de información en salud inició su desarrollo en 1975 de manera incipiente y presentó una importante reformulación en 2003, año desde el cual comenzó su construcción por etapas. Para el año 2012 marca un importante hito en su desarrollo, con la culminación de la etapa de integración de las 28 bases de datos de salud, la construcción de la Bodega de datos y la generación del Observatorio Nacional de Salud con 24 observatorios temáticos especializados. Uno de los principales beneficios del Sistema Único de Información en Salud es la estandarización de los flujos de información, evitando la duplicidad de requerimientos por parte de las Entidades Territoriales u organismos de control; esto permite optimizar el uso de la información que existe en el país sobre salud para una mejor toma de decisiones y para que con la exposición de dicha información, esta vaya mejorando su calidad desde la fuente primaria.(11) Estos flujos de información de la salud son complejos dada la diversidad de fuentes y niveles por los que debe pasar, siendo las IPS, la base de la cadena, pues son quienes se encargan de generar reportes de prestación de servicios, vacunación, capacidad instalada y patologías sujetas a vigilancias, entre otros aspectos. Esta información se traduce en indicadores que permite hacer análisis del estado de salud de la población.

Dentro de estos sistemas, se encuentran los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud –RIPS- definidos como el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado. El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) sirve para que los prestadores de servicios de salud puedan: Soportar el valor cobrado por los servicios de salud prestados a las personas

ante la entidad pagadora de los servicios de salud, Informar sobre actividades de salud prestadas en las modalidades de contratación por paquete, per cápita o servicios integrales y conocer el perfil de salud de la población que atienden, las causas que generan la demanda de servicios y las intervenciones de salud que se hacen para prevenir, curar o controlar las enfermedades.(12)

Según la resolución 3374 de 2000, el Registro Individual de Servicios de Salud está conformado por cuatro clases de datos, que aplican dependiendo del servicio de salud registrado: Datos de identificación, Datos del servicio, Datos del motivo de la atención y Datos del valor. Inicialmente, el dato primario es generado por las IPS, estas organizan los datos de acuerdo con la resolución 3374 de 2000, los pasan por el validador RIPS que descargan del Ministerio, verifican que no tengan errores (si se presentan, se deben corregir para el correcto envío), y se envían a la Respectiva EAPB (quien pagará la atención), la EAPB recibe los RIPS de las IPS, los valida con el mismo validador IPS, y luego de verificarlos, los carga en su base de datos de prestaciones. Procede luego a consolidar los datos enviados por las IPS con los datos de Aseguramiento (código de EAPB y datos del afiliado) para generar un reporte de RIPS para enviar al Ministerio, previa validación con el validador EAPB que descargan del Ministerio. (13)

Por otro lado, la resolución 5261 de 1994 decreta: "ARTICULO 97. CONSULTA MEDICA GENERAL.: Como lo establece la Ley 100 de 1993, el MEDICO GENERAL es la base y el motor de todo el engranaje de salud en el plan que se describe, conjuntamente con el personal paramédico y auxiliar, quienes serán la puerta de entrada al sistema. El contacto del paciente con la E.P.S. será más estrecho, frecuente y regular a través de su MEDICO GENERAL. Será él quien establezca las pautas para la promoción y la prevención. La consulta no debe ser menor de VEINTE (20) minutos. En este nivel de complejidad el paciente y su familia pueden acceder y colaborar más activamente en el mantenimiento, control y recuperación de su salud.

El ministerio de salud y protección social de Colombia expidió la resolución 3280 de 2018, en el cual se adoptan lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud, las

cuales tienen como objetivo buscar un modelo que pase del asistencialismo a la prevención; garantizando la atención integral a la población. Existen RIAS de obligatorio cumplimiento como son la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud las cuales proponen actividades de detección temprana y protección específicas, que se dividen por momentos de por curso de vida (primera infancia, infancia, adolescentes, jóvenes, adultos y vejez) y la Ruta Materno Perinatal, el cumplimiento de estas rutas queda estipulado en los acuerdos de voluntades.

La normativa en salud en Colombia es muy amplia y está en constante ajuste especialmente en lo aplicable a las instituciones de carácter público no sólo en la parte asistencial, sino desde el área administrativa. El Decreto 1083 de 2015, Decreto único del Sector Función Pública, modificado por el Decreto 1499 de 2017, establece el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual surge de la integración de los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad en un solo Sistema de Gestión, y de la articulación de este con el Sistema de Control Interno. En el Sistema de Gestión están contemplados todas las entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información, cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos, en el marco de la legalidad y la integridad. El Sistema de Gestión se complementa y articula con otros sistemas, modelos y estrategias que establecen lineamientos y directrices en materia de gestión y desempeño para las entidades públicas, tales como el Sistema Nacional de Servicio al Ciudadano y el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de Gestión Ambiental y de Seguridad de la Información. Así mismo, es compatible con los modelos de acreditación específicos, establecidos para los sectores de Educación y Salud. (14)

El Modelo Integrado de Planeación – MIPG-, es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el

fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio. También es:

- Un marco de referencia porque contempla un conjunto de conceptos, elementos, criterios, que permiten llevar a cabo la gestión de las entidades públicas;
- Enmarca la gestión en la calidad y la integridad, al buscar su mejoramiento permanentemente para garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y expectativas de la ciudadanía;
- El fin de la gestión es generar resultados con valores, es decir, bienes y servicios que tengan efecto en el mejoramiento del bienestar de los ciudadanos, obtenidos en el marco de los valores del servicio público (Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia);
- Busca generar valor público a través de la entrega de resultados que respondan y satisfagan las necesidades y demandas de los ciudadanos;

MIPG es en sí mismo un modelo de gestión de calidad ya que se fundamenta en generar resultados que satisfagan las necesidades y atiendan los problemas de los ciudadanos. Es en torno a estos resultados que deben girar todas sus actuaciones y decisiones. (14)

Su Ámbito de Aplicación según el artículo 2.2.22.3.4. del Decreto 1083 de 2015, establece que El Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG será adoptado por los organismos y entidades de los órdenes nacional y territorial de la Rama Ejecutiva del Poder Público y en el caso de las entidades descentralizadas con capital público y privado, el Modelo aplicará en aquellas en que el Estado posea el 90% o más del capital social.

Tiene dentro de sus objetivos:

- Fortalecer el liderazgo y el talento humano bajo los principios de integridad y legalidad, como motores de la generación de resultados de las entidades públicas;
- Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de las entidades para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de los ciudadanos;

- Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua;
  - Facilitar y promover la efectiva participación ciudadana en la planeación, gestión y evaluación de las entidades públicas;
  - Promover la coordinación entre entidades públicas para mejorar su gestión y desempeño;
- Para su aplicación y seguimiento, se integrará un Comité Institucional de Gestión y Desempeño

encargado de orientar la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Los Comités Institucionales de Gestión y Desempeño cumplirán las siguientes funciones:

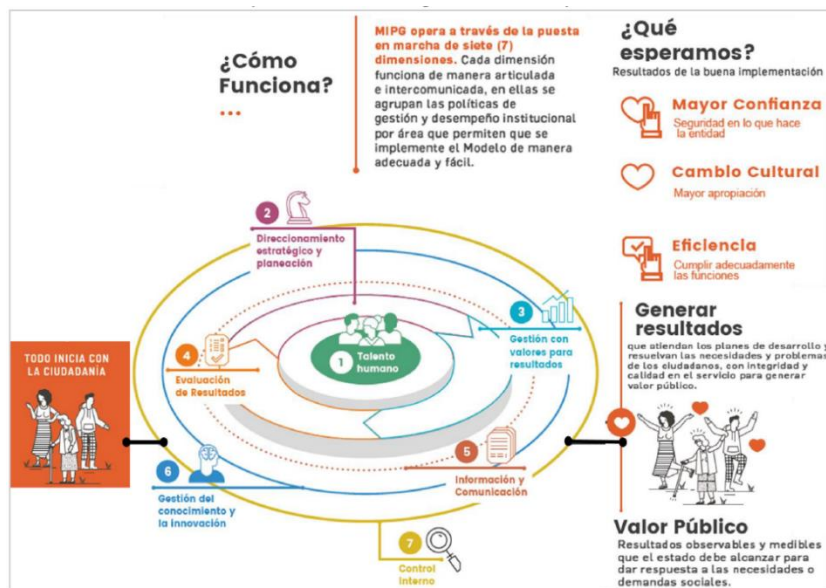
- Aprobar y hacer seguimiento, por lo menos una vez cada tres meses, a las acciones y estrategias adoptadas para la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG;
- Articular los esfuerzos institucionales, recursos, metodologías y estrategias para asegurar la implementación, sostenibilidad y mejora del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG;
- Proponer al Comité Sectorial de Gestión y el Desempeño Institucional, iniciativas que contribuyan al mejoramiento en la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG;
- Presentar los informes que el Comité Sectorial de Gestión y el Desempeño Institucional y los organismos de control requieran sobre la gestión y el desempeño de la entidad;
- Adelantar y promover acciones permanentes de autodiagnóstico para facilitar la valoración interna de la gestión;
- Asegurar la implementación y desarrollo de las políticas de gestión y directrices en materia de seguridad digital y de la información; (15)

Así mismo, el MIPG como modelo de gestión de calidad, se fundamenta en generar resultados que satisfagan las necesidades y atiendan los problemas de los ciudadanos, contempla el Manual Operativo, el cual brinda los elementos fundamentales para que las entidades públicas implementen el

Modelo de manera adecuada y fácil, ya que establece los aspectos generales que se deben tener en cuenta para cada una de las políticas de gestión y desempeño, su marco normativo, su ámbito de aplicación, sus propósitos, sus lineamientos generales y los criterios diferenciales para aplicar en las entidades territoriales.

MIPG opera a través de un conjunto de 7 dimensiones que agrupan las políticas de gestión y desempeño institucional (Talento Humano, Dirección estratégico y Planeación, Gestión con valores para resultados, Evaluación de resultados, Información y comunicación, Gestión del conocimiento y Control Interno), implementadas de manera articulada e intercomunicada, permitirán que el MIPG funcione.

**Gráfico 2.** Operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG



Cada una de las 7 dimensiones se desarrolla a través de una o varias Políticas de Gestión y Desempeño Institucional, dentro de las cuales están:

1. Planeación Institucional;
2. Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público;
3. Compras y Contratación Pública;

4. Talento humano;
5. Integridad;
6. Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción;
7. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos;
8. Servicio al ciudadano;
9. Participación ciudadana en la gestión pública;
10. Racionalización de trámites;
11. Gobierno digital;
12. Seguridad digital;
13. Defensa jurídica;
14. Mejora normativa;
15. Gestión del conocimiento y la innovación;
16. Gestión documental;
17. Gestión de la información estadística;
18. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional;
19. Control interno;

Como todo modelo, la implementación del MIPG requiere de Medición de la gestión y desempeño. Esta medición es un ejercicio anual que busca determinar el estado de la gestión y desempeño institucional, bajo los criterios y estructura de Modelo Integrado de Planeación y Gestión, por medio de la evaluación de las políticas. Busca también medir el avance del Sistema de Control Interno implementado a través del Modelo Estándar de Control Interno - MECI. (14)

La recolección de información necesaria para dicha medición se hará a través del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión FURAG. La medición de la gestión y desempeño institucional se hará a través del índice, las metodologías o herramientas definidas por la Función Pública, sin perjuicio



de otras mediciones que en la materia efectúen las entidades del Gobierno. El FURAG es un cuestionario autodiligenciable alojado en un aplicativo en línea, habilitado anualmente para la recolección de los datos que permitirá valorar el estado y avance en la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y emprender las acciones de mejora a que haya lugar.

La primera medición de FURAG está orientada a determinar la Línea Base como punto de partida para que cada entidad avance en la implementación y desarrollo del MIPG. El uso de este instrumento es voluntario y no implica reporte de información a ninguna instancia gubernamental, ni a los organismos de control. (15)

El proceso de medición del desempeño, se surte a través de las siguientes etapas:

**Gráfico 3. Etapas de la Medición del Desempeño Institucional**



Fuente: Función Pública 2020

La Medición del Desempeño Institucional –MDI- se documentó como una Operación Estadística y en diciembre de 2020 fue certificada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística por cumplir con los estándares de la Norma Técnica de Calidad Estadística NTCPE 1000: 2017, con lo cual se reconoce que la MDI cumple con los rigurosos y exigentes estándares de la Norma Técnica de Calidad Estadística. La acreditación demuestra confiabilidad, seguridad y disponibilidad de la información del proceso estadístico de medición del desempeño institucional de las entidades públicas y permite una

mejor articulación con los entes de control al soportar con datos de calidad a sus funciones de vigilancia y control en la gestión pública. (14)

### **Requisitos contractuales**

El Sistema Electrónico de Contratación Pública – SECOP es el medio de información oficial de toda la contratación realizada con cargo a recursos públicos. El SECOP es el único punto de ingreso de información y de generación de reportes para las Entidades Estatales, los entes de control y la ciudadanía en general, el cual garantiza que se cumplan los principios de publicidad y transparencia en la gestión contractual. (16)

En el SECOP, deben publicar la actividad contractual las siguientes instituciones: las Entidades Estatales; las Entidades Estatales que por disposición legal cuenten con un régimen contractual excepcional al del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública; los particulares deberán publicar la información oficial de la contratación realizada con cargo a recursos públicos. (16)

Los hospitales públicos como ASSBASALUD ESE son empresas sociales del estado, ellos tienen un régimen especial que les permite contratar como un privado, es decir de manera directa; sin embargo, están obligados a publicar todos sus contratos y actos en el SECOP I hasta junio del 2022 y a partir de ahí, todo en el SECOP II.

### **Modelo de contratación externa**

Como lo expresa el Artículo 2.5.3.4.2.3 del Decreto 441 de 2022, en los acuerdos de voluntades se podrá escoger y pactar libremente una o varias modalidades de pago, de acuerdo con el objeto contractual y las obligaciones a cargo de las partes para los servicios y tecnologías en salud incluidos en el Plan de Beneficios de Salud o en el Plan de Intervenciones Colectivas. Para ello, podrán acordar, entre otras, las siguientes:

- Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta:

Modalidad prospectiva en las cuales se acuerda por anticipado el pago de una suma fija, como valor a

reconocer en cada caso atendido, ligados a un evento, condición o condiciones en salud relacionadas entre sí, las cuales son atendidas con un conjunto definido de servicios y tecnologías de salud.

- Pago global prospectivo: Modalidad de pago por grupo de personas determinadas, mediante la cual se pacta por anticipado el pago de una suma fija global para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías en salud a esa población durante un periodo de tiempo definido, cuya frecuencia de uso es ajustada por el nivel de riesgo en salud y el cambio de los volúmenes de la población estimados en el acuerdo de voluntades.
- Pago por evento: Modalidad de pago retrospectiva que aplica para la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad suministrada para la atención de los requerimientos en salud de una persona.
- Pago por capitación: Modalidad de pago prospectiva que aplica para la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad, mediante la cual las partes establecen el pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un período de tiempo determinado.

En el modelo de pago por capitación el grupo poblacional tendrá derecho a ser atendido durante un período de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente por usuario, su liquidación del monto a pagar, se encuentra en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas por el costo por persona de las atenciones. Bajo esta modalidad de contratación, el prestador se encuentra como responsable de todos los cuidados, prestaciones y frecuencia de atención, con la que un usuario es atendido. El beneficio de este sistema de pago es la disminución de la utilización de las prestaciones, este beneficio disminuye si aumenta su utilización.

El Sistema de pago por cápita, requiere de ciertas condiciones para su contratación: se debe realizar un análisis previo de acuerdo a ciertas condiciones; para la contratación por cápita, se requiere definir cuál es la población, con su identificación nominal, cuales son los procedimientos, medicamentos o insumos que han de ser cubiertos bajo esta modalidad; definir las atenciones que deben incluirse en el contenido y el costo por usuario; la eficiencia de este sistema de pago, se puede establecer que está enfocada a determinar volumen de población, con frecuencias de uso identificadas y tecnologías, procedimientos, medicamentos o insumos que requieran integralidad y/o control de la demanda. (17)

### Glosario

- **Atención de salud:** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.
- **Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.
- **Calidad de la atención de salud:** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
- **Condiciones de capacidad tecnológica y científica:** Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

- **Demanda insatisfecha:** La demanda insatisfecha se evidencia cuando un usuario no resuelve su necesidad a causa de situaciones internas de la Institución. Para el caso se define como el no logro de obtención de la cita.
- **Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB:** Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.
- **Prestadores de Servicios de Salud:** Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.
- **Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, SOGC:** conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país
- **Servicio de salud:** la unidad básica habilitable del Sistema Único de Habilitación, conformado por procesos, procedimientos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y de información con un alcance definido, que tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente, y en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad).
- **Instituciones Prestadoras de servicios de Salud, IPS:** Son las entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y se encuentran inscritas y con servicios de salud habilitados de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Pueden ofrecer todos los servicios de salud
- **Incentivo:** estímulo que, al aplicarse a nivel de un individuo, organización o sector, mueve, incita o provoca una acción. Este estímulo puede ser de carácter material (dinero), simbólico

(reconocimiento), social (aceptación por los demás), de poder o posición (prestigio), etc. Puede significar un beneficio o recompensa o un costo o castigo.

- **Modalidad intramural:** Es la atención ambulatoria y hospitalaria que se realiza en una misma estructura de salud.
- **Modalidad extramural:** Son aquellos servicios que se ofrecen a la población en espacios no destinados a salud o espacios de salud de áreas de difícil acceso, que no cuentan con servicios quirúrgicos habilitados. Estos espacios son acondicionados temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos. Los prestadores que ofertan esta modalidad, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y la Entidad Departamental o Distrital de Salud.
- **Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPS:** Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

## Diseño metodológico

### Tipo y enfoque del estudio

El presente estudio es de carácter observacional pues en él no se modifica la variable observada con relación a la cantidad de talento humano asistencial y administrativo. Es descriptivo transversal ya que se trabajó con una sola variable objetivo que es el talento humano a la cual se le realizó una sola medición. Se optó por un estudio retrospectivo ya que se utilizaron datos sobre la cantidad de talento humano preexistente.

### Población

La población objeto del estudio es el talento humano actualmente activo de Assbasalud que presta servicios en las clínicas, laboratorio clínico y centros urbanos y rurales.

- ***Criterios de inclusión***

Todo el talento humano que tiene contrato vigente con Assbasalud, independiente de su tipo de vinculación.

- ***Criterios de exclusión***

Todo talento humano que no se encuentre vinculado laboralmente con Assbasalud.

## Caracterización de las variables

Para realizar la investigación se consideran las siguientes variables

**Tabla 1.** Variables de identificación y clasificación

| <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>   | <b>VARIABLES</b>   |
|--|--|
| <b>1. Identificar las necesidades cuantitativas y cualitativas en talento humano en cuanto a perfiles y cargos en materia normativa para la prestación del servicio.</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cantidad de talento humano asistencial requeridos para cubrir las rutas de promoción y mantenimiento de la salud, según el tipo de perfil y cargo específico, tiempo de atención para cada ruta de atención según lo normativo.</li><li>• Cantidad de talento humano asistencial requeridos para cubrir la ruta atención integral materno perinatal, según el tipo de perfil y cargo específico, tiempo de atención para cada ruta de atención según lo normativo.</li><li>• Cantidad de talento humano asistencial requeridos para cubrir la ruta cardio cerebro vascular, según el tipo de perfil y cargo específico, tiempo de atención para cada ruta de atención según lo normativo.</li><li>• Servicios habilitados de la IPS.</li><li>• Cantidad de talento humano asistencial requeridos para cubrir los servicios ambulatorios (morbilidad) en centros de atención urbano y rural, según el tipo de perfil y cargo específico, tiempo de atención para cada ruta de atención según lo normativo.</li><li>• Cantidad de talento humano administrativo requerido para cubrir las áreas y macroprocesos de la IPS.</li></ul> |



|   |  |
|---|--|
| <p><b>2. Revisar los requisitos contractuales y normativos establecidos para la contratación del talento humano dentro de la institución.</b></p> | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Requisitos legales y normativos:</b> Incluye la revisión de las leyes, normativas y regulaciones que establecen los requisitos legales y normativos para la contratación del talento humano en la IPS.</li><li>• <b>Perfiles y cargos requeridos:</b> Incluye la revisión de los perfiles y cargos requeridos de acuerdo con los servicios habilitados en la IPS, para establecer los requisitos específicos de formación, experiencia y habilidades que se requieren para cada cargo.</li><li>• <b>Modalidades de contratación:</b> Incluye la revisión de las diferentes modalidades de contratación que existen en Colombia y su aplicación en la IPS, como contratación a término fijo o indefinido, contratación por servicios, entre otros.</li></ul> |
|---|--|

## **Plan de recolección de información**

La información empleada para el desarrollo del proyecto, fue suministrada por la entidad, la cual compartió el listado de las metas semestrales para cada una de las actividades de las rutas integrales de atención en salud (Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida y Ruta Materno-perinatal) así como la cantidad de usuarios que se atienden en la Ruta cardio-cerebro-vascular. De igual forma, aportan la información en donde se relaciona la demanda de citas para medicina general y odontología recepcionada por el de call center.

Desde el área administrativa, la institución aporta información sobre la totalidad de los empleados vinculados de acuerdo al proceso que desarrollan dentro de la institución, discriminados por tipo de vinculación, con la cual se realiza el análisis para la identificación de necesidades de talento humano administrativo.

## **Muestra**

La muestra para el presente estudio corresponde a la totalidad de talento humano vinculado a la entidad desde el área administrativa y asistencial independientemente del tipo de contrato, así como las metas de las actividades de las Rutas Integrales de Atención en Salud a cumplir.

## Cronograma

|  |   | CRONOGRAMA |     |     |     |         |     |     |     |       |     |     |     |       |     |     |     |      |     |     |     |       |     |     |     |
|--|---|------------|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|
|  |   | AÑO 2023   |     |     |     |         |     |     |     |       |     |     |     |       |     |     |     |      |     |     |     |       |     |     |     |
| OBJETIVO   | ACTIVIDAD   | MESES      |     |     |     |         |     |     |     |       |     |     |     |       |     |     |     |      |     |     |     |       |     |     |     |
|  |   | ENERO      |     |     |     | FEBRERO |     |     |     | MARZO |     |     |     | ABRIL |     |     |     | MAYO |     |     |     | JUNIO |     |     |     |
|  |   | S.1        | S.2 | S.3 | S.4 | S.1     | S.2 | S.3 | S.4 | S.1   | S.2 | S.3 | S.4 | S.1   | S.2 | S.3 | S.4 | S.1  | S.2 | S.3 | S.4 | S.1   | S.2 | S.3 | S.4 |
| Revisar los requisitos contractuales normativos establecidos en la contratación dentro de la institución.  | Identificar los modelos de contratación que se adelantan en la institución.                           |            |     |     |     |         |     |     |     |       |     |     |     |       |     |     |     |      |     |     |     |       |     |     |     |
|  | Conocer los requisitos normativos establecidos para contratar con la entidad.                         |            |     |     |     |         |     |     |     |       |     |     |     |       |     |     |     |      |     |     |     |       |     |     |     |
| Identificar las necesidades cuantitativas y cualitativas en talento humano en cuanto a perfiles y cargos en materia normativa para la prestación del servicio. | Identificar la cantidad de empleados a nivel administrativo y asistencial.                            |            |     |     |     |         |     |     |     |       |     |     |     |       |     |     |     |      |     |     |     |       |     |     |     |
|  | Revisar y establecer cuadro de perfiles por áreas y profesiones a nivel asistencial y administrativo. |            |     |     |     |         |     |     |     |       |     |     |     |       |     |     |     |      |     |     |     |       |     |     |     |
|  | Resultados  |            |     |     |     |         |     |     |     |       |     |     |     |       |     |     |     |      |     |     |     |       |     |     |     |
|  | Análisis y tabulación de la información   |            |     |     |     |         |     |     |     |       |     |     |     |       |     |     |     |      |     |     |     |       |     |     |     |
|  | Elaboración de informes   |            |     |     |     |         |     |     |     |       |     |     |     |       |     |     |     |      |     |     |     |       |     |     |     |
|  | Presentación y socialización del proyecto   |            |     |     |     |         |     |     |     |       |     |     |     |       |     |     |     |      |     |     |     |       |     |     |     |

### Resultados y análisis

La caracterización del talento humano se realizó en 2 tiempos:

1. Identificación de las necesidades del talento humano asistencial.
2. Identificación de las necesidades de talento humano administrativo.

En el primer tiempo, se desarrollaron los siguientes 3 momentos:

Para el primer momento se tuvo en cuenta:

- a) Revisión de las metas establecidas por actividades para cada una de las EAPB de acuerdo a las RIAS.
- b) Revisión de normatividad para la identificación de los tiempos establecidos por la norma para la atención de cada una de las actividades del punto a, así como el talento humano que la desarrolla.

Una vez identificado el talento humano y los tiempos para la atención de cada actividad, se procedió a realizar el cálculo de talento humano teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- Las atenciones se realizan en días hábiles por lo que en primer lugar se calcula el total de días laborales al año 2023, restándole los días no hábiles (sábados y domingos). A este valor se le restaron los días festivos y a ese valor se le restó el promedio de días que se destinan para capacitaciones; Posterior a ello, se calculó, con base en el anterior resultado, las horas hábiles del año, teniendo en cuenta que la norma, establece 8 horas laborales /día reglamentarias y finalmente se calcularon las horas hábiles del mes dividiendo este resultado en los 12 meses del mes con el fin de obtener la constante a emplear en el cálculo del talento humano asistencial requerido para cada actividad:

|   |             |  |
|---|-------------|--|
|   | 365         | Días del año                                 |
| - | 105         | Días no hábiles del año (sábados y domingos) |
|   | <b>262</b>  |  |
| - | 17          | Días festivos                                |
|   | <b>245</b>  | Días hábiles                                 |
| - | 12          | Días de capacitación                         |
|   | <b>233</b>  | Días hábiles laborales del año               |
| x | 8           | Horas laborales diarias                      |
|   | <b>1864</b> | Horas hábiles del año                        |

1864 / 12 meses del año: **155 horas laborales al mes**

Posteriormente, se multiplicó el número de actividades (meta) de cada actividad, de acuerdo a cada RIAS para obtener el total de actividades a realizar por año por EAPB (Actividades anuales); este valor se dividió en el número de actividades que se harían en una hora teniendo en cuenta el tiempo de atención para cada actividad (Horas requeridas por año)., Ej: para las actividades de 30 minutos, se divide en 2 ya que 1 hora tiene 2 tiempos de 30 minutos. Este valor se dividió en 12 que corresponde a los 12 meses del año (Horas requeridas por mes) y finalmente este valor se dividió entre la constante que corresponde a las horas laborales del mes ya calculada con anterioridad.

Con lo anterior, se procede a realizar el cálculo teniendo en cuenta que, si bien la resolución de 3280 de 2018 no establece los tiempos de atención en consulta, para cada actividad, se calculó que no

fuera inferior a 20 minutos para no ir en contra de lo que refiere el artículo 97 de la resolución

5261/1994. El tiempo para cada consulta / actividad se registra junto a la del profesional:

**Tabla 2. Talento humano asistencial requerido\_ Nueva EPS**

| RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD |                     |           |                     |                          |                          |                   |                 |
|---|---------------------|-----------|---------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|-----------------|
| RUTA  | Profesional         | EAPB      | Actividades anuales | Horas Requeridas por Año | Horas Requeridas por Mes | Horas Hábiles mes | Total Requerido |
| RIA PYMS*                                     | Médico 30´          | Nueva EPS | 9398                | 4699                     | 391,6                    | 155               | 2,5             |
| RIA PYMS + PE**                               | Enfermería 20´      | Nueva EPS | 5614                | 1871,3                   | 155,9                    | 155               | 1,0             |
| RIA PYMS (DT***)                              | Enfermería 15´      | Nueva EPS | 4420                | 1105,0                   | 92,1                     | 155               | 0,6             |
| RIA PYMS                                      | Odontología 20´     | Nueva EPS | 10218               | 3406                     | 283,8                    | 155               | 1,8             |
| RIA PYMS                                      | Higienista Oral 20´ | Nueva EPS | 23014               | 7671                     | 639,3                    | 155               | 4,1             |
| RIA PYMS (vacunación)                         | Aux enfermería 10´  | Nueva EPS | 10386               | 1731                     | 144,3                    | 155               | 0,9             |
| RUTA  | Profesional         | EAPB      | Actividades anuales | Horas Requeridas por Año | Horas Requeridas por Mes | Horas Hábiles mes | Total Requerido |
| RIAMP****                                     | Médico 30´          | Nueva EPS | 5292                | 2646                     | 220,5                    | 155               | 1,4             |
| RIAMP   | Médico 40´          | Nueva EPS | 480                 | 800                      | 66,67                    | 155               | 0,4             |
| RIAMP   | Enfermería 20´      | Nueva EPS | 986,4               | 328,8                    | 27,4                     | 155               | 0,2             |

\*Ruta Integral de Atención Promoción y Mantenimiento de la Salud

\*\*Protección Específica

\*\*\*Detección Temprana

\*\*\*\*Ruta Integral de Atención Materno Perinatal

**Tabla 3. Talento humano asistencial requerido\_ Asmetsalud EPS**

| RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD |                     |            |                     |                          |                          |                   |                 |
|---|---------------------|------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|-----------------|
| RUTA  | Profesional         | EAPB       | Actividades anuales | Horas Requeridas por Año | Horas Requeridas por Mes | Horas Hábiles mes | Total Requerido |
| RIA PYMS                                      | Médico 30´          | ASMETSALUD | 8952                | 4476                     | 373                      | 155               | 2,5             |
| RIA PYMS + PE                                 | Enfermería 20´      | ASMETSALUD | 10832               | 3611                     | 301                      | 155               | 2,0             |
| RIA PYMS (DT)                                 | Enfermería 15´      | ASMETSALUD | 3592                | 898                      | 75                       | 155               | 0,5             |
| RIA PYMS                                      | Odontología 20´     | ASMETSALUD | 9178                | 3059                     | 255                      | 155               | 1,7             |
| RIA PYMS                                      | Higienista Oral 20´ | ASMETSALUD | 68924               | 22975                    | 1915                     | 155               | 12,6            |
| RIA PYMS (Vacunación)                         | Aux enfermería 10´  | ASMETSALUD | 16394               | 2732                     | 228                      | 155               | 1,5             |
| RUTA  | Profesional         | EAPB       | Actividades anuales | Horas Requeridas por Año | Horas Requeridas por Mes | Horas Hábiles mes | Total Requerido |
| RIAMP   | Médico 30´          | ASMETSALUD | 5020                | 2510                     | 209,2                    | 155               | 1,3             |
| RIAMP   | Médico 40´          | ASMETSALUD | 420                 | 700                      | 58,3                     | 155               | 0,4             |
| RIAMP   | Enfermería 20´      | ASMETSALUD | 2994                | 998                      | 83,2                     | 155               | 0,5             |
| RIAMP   | Odontología 20´     | ASMETSALUD | 421                 | 140,3                    | 11,7                     | 155               | 0,1             |

**Tabla 5.** Talento humano asistencial requerido\_Sanitas EPS

| RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD |                     |         |                     |                          |                          |                   |                 |
|---|---------------------|---------|---------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|-----------------|
| RUTA  | Profesional         | EAPB    | Actividades anuales | Horas Requeridas por Año | Horas Requeridas por Mes | Horas Hábiles mes | Total Requerido |
| RIA PYMS                                      | Médico 30'          | SANITAS | 3910                | 1955                     | 162,9                    | 155               | 1,1             |
| RIA PYMS + PE                                 | Enfermería 20'      | SANITAS | 1020                | 340                      | 28,3                     | 155               | 0,2             |
| RIA PYMS (DT)                                 | Enfermería 15'      | SANITAS | 1766                | 441,5                    | 36,8                     | 155               | 0,2             |
| RIA PYMS                                      | Odontología 20'     | SANITAS | 4182                | 1394                     | 116,2                    | 155               | 0,7             |
| RIA PYMS                                      | Higienista Oral 20' | SANITAS | 3658                | 1219                     | 101,6                    | 155               | 0,7             |
| RIA PYMS (Vacunación)                         | Aux enfermería 10'  | SANITAS | 1422                | 237                      | 19,8                     | 155               | 0,1             |

**Tabla 4.** Talento humano asistencial requerido para atención a la Ruta Cardio-cerebro-vascular

| RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD |             |                                    |                     |                          |                          |                   |                 |
|---|-------------|------------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|-----------------|
| RUTA  | Profesional | EAPB                               | Actividades anuales | Horas Requeridas por Año | Horas Requeridas por Mes | Horas Hábiles mes | Total Requerido |
| CCV - HTA                                     | Médico 30'  | Nueva EPS<br>Sanitas<br>Asmetsalud | 9300                | 4650                     | 387,5                    | 155               | 2,5             |
| CCV - DM                                      | Médico 30'  | Nueva EPS<br>Sanitas<br>Asmetsalud | 2900                | 1450                     | 120,83                   | 155               | 0,8             |

**Tabla 6.** Consolidado de talento humano asistencial requerido para RIAS

| RIAS             |       |
|------------------|-------|
| TOTAL MEDICOS    | 13,00 |
| TOTAL ENFERMERAS | 5,50  |
| ODONTOLOGÍA      | 4,50  |
| HIGIENISTA       | 17,50 |
| AUX ENFERMERIA   | 2,50  |

En esta tabla se consolida el total de talento humano requerido por cada profesional, siendo cada valor el total de tiempos médicos (1 tiempo médico, equivale a una jornada de 8 horas, siendo el 0,5 media jornada laboral) requeridos para cumplir con las actividades de las RIAS.

En el segundo momento, se realizó el cálculo para los servicios prestados según la norma de habilitación y lo registrado en el REPSS considerados como servicios hospitalarios. Assbasalud cuenta con 2 clínicas: clínica San Cayetano que presta servicios de urgencias, hospitalización y sala de partos y por su parte, la clínica la Enea presta servicios de urgencias, hospitalización, consulta externa y

odontología. Para cada una de ellas y de acuerdo a los servicios habilitados se calcula el siguiente talento humano:

**Tabla 7.** Talento humano requerido para servicios hospitalarios\_Clínica San Cayetano

| CLINICA SAN CAYETANO |           |                 |        |
|----------------------|-----------|-----------------|--------|
| TALENTO HUMANO       | URGENCIAS | HOSPITALIZACIÓN | PARTOS |
| MÉDICOS              | 1 (4)     | 1 (4)           | 1 (4)  |
| ENFERMERAS           | 1         |                 |        |
| TAPH                 | 1 (4)     | -               | -      |
| AUX.ENFERMERIA       | 2 (8)     | 2 (8)           | 1 (4)  |
| AUX.TAB              | 1 (4)     |                 |        |
| CONDUCTOR AMB        | 1 (4)     |                 |        |
| FACTURACIÓN          | 2         |                 |        |
| REGENTE FARMACIA     | 1 (4)     |                 |        |
| AUX. ESTADÍSTICA     | 0,5       |                 |        |
| VIGILANCIA           | 1 (4)     |                 |        |

**Tabla 8.** Talento humano requerido para servicios hospitalarios\_Clínica La Enea

| CLINICA LA ENEA              |           |                 |                  |                            |
|------------------------------|-----------|-----------------|------------------|----------------------------|
| TALENTO HUMANO               | URGENCIAS | HOSPITALIZACIÓN | CONSULTA EXTERNA | ODONTOLOGÍA (Especialista) |
| MÉDICOS                      | 1 (4)     | 1 (4)           | 1                | -                          |
| ENFERMERAS                   | 1         |                 |                  |                            |
| TAPH***                      | 1 (4)     | -               | -                | -                          |
| AUX.ENFERMERIA               | 1 (4)     | 2 (8)           | 1                | -                          |
| AUX.TAB*                     | 1 (4)     |                 |                  |                            |
| CONDUCTOR AMB**              | 1 (4)     |                 |                  |                            |
| FACTURACIÓN                  | 2         |                 |                  |                            |
| REGENTE FARMACIA             | 1 (4)     |                 |                  |                            |
| AUX. ESTADÍSTICA             | 0,5       |                 |                  |                            |
| VIGILANCIA                   | 1 (4)     |                 |                  |                            |
| ODONTÓLOGO                   | -         | -               | -                | 0,5 (0,5)                  |
| AUX. CONSULTORIO ODONTOLOGÍA | -         | -               | -                | 1                          |
| HIGIENE ORAL                 | -         | -               | -                | 1                          |

\*Auxiliar Transporte Asistencial Básico

\*\*Conductor Ambulancia

\*\*\* Técnico en Atención Prehospitalaria

En las anteriores tablas, se puede encontrar, además, otro talento humano requerido para el funcionamiento de estos servicios. Para el cálculo se tuvo en cuenta: 1) jornada laboral y 2) Turnos

Entendiendo que el servicio de urgencias y hospitalización, requiere personal las 24 horas del día, el cálculo del talento humano requerido en cuanto a médicos, técnicos en atención prehospitalaria, auxiliar de enfermería, auxiliar de enfermería para el transporte asistencial básico, el conductor de ambulancia, el regente de farmacia y el vigilante, se realiza basado en el sistema de turnos rotativos: turno diurno (6 horas u 8 horas) y turno nocturno (12 horas), considerando que el decreto 1083 de 2015 establece que para los turnos de 12 horas debe existir 12 horas de descanso, por lo que el número registrado entre paréntesis, corresponde al total de personal que se requiere contratar para dar cumplimiento a la rotación en cada servicio por cada uno de los perfiles mencionados. En cuanto a la enfermera, esta se establece 1 para todos los servicios en función de coordinación. Para odontología, se realiza el cálculo de medio tiempo médico tanto para odontología general como para el especialista (endodoncista) ya que la institución presta servicios de medio tiempo laboral por cada profesional; por el contrario, el auxiliar de consultorio odontológico presta servicio en jornada completa para los dos profesionales anteriores, así como el técnico en higiene oral.

**Tabla 9.** Consolidado de talento humano requerido para los servicios hospitalarios

| <b>HABILITACIÓN (SERVICIOS HOSPITALARIOS)</b> |    |
|---|----|
| MÉDICOS                                       | 21 |
| ENFERMERAS                                    | 2  |
| TEC. ATENCIÓN PREHOSP.                        | 8  |
| AUX.ENFERMERIA                                | 33 |
| AUX.TRANSPORTE ASIST. BÁSICO -TAB-            | 8  |
| CONDUCTOR AMB                                 | 8  |
| FACTURACIÓN                                   | 4  |
| REGENTE FARMACIA                              | 8  |
| AUX. ESTADÍSTICA                              | 1  |
| VIGILANCIA                                    | 8  |
| ODONTÓLOGO                                    | 1  |
| ENDODONCISTA                                  | 1  |
| AUX. CONSULTORIO ODONTOLOGÍA                  | 1  |
| HIGIENE ORAL                                  | 1  |



En el tercer momento, se realizó el cálculo del talento humano para los servicios ambulatorios prestados en los centros urbanos, que corresponden a las atenciones de morbilidad. Para este cálculo se revisó la información aportada por Assbasalud, correspondiente a la demanda de citas para medicina general y odontología en un periodo de 30 días. Dentro de esta demanda, se tuvo en cuenta la cantidad de llamadas clasificadas como demanda insatisfecha y como no aceptación de la cita, con el fin de generar un promedio total de demanda. Posteriormente, se establece el tiempo de consulta para cada actividad y así calcular la totalidad de tiempos completos por profesional, que para el caso son los médicos. En estos centros urbanos, se presta el servicio de odontología, el cual atiende consulta general y tratamiento atendido por un endodoncista; estos profesionales son contratados por medio tiempo, lo que se tiene en cuenta para el cálculo de acuerdo a la demanda promedio de citas reportada por el Call center.

**Tabla 10.** Talento humano requerido para atención ambulatoria en Centros urbanos

| SERVICIOS AMBULATORIOS      |   |   |             |                     |                 |             |                     |
|-----------------------------|---|---|-------------|---------------------|-----------------|-------------|---------------------|
| CENTROS DE ATENCIÓN URBANOS |   |   |             |                     |                 |             |                     |
| CENTROS URBANOS             | MÉDICOS TC  | ODONTÓLOGO  | LABORATORIO | BACTERIOLOGO        | AUX. ENFERMERIA | COORDINADOR | AUX. ADMINISTRATIVO |
|                             | #   | #   |             | #                   | #               | #           | #                   |
| Centro piloto               | 2   | 2 Odontólogos MT<br>2 Endodoncistas MT<br>2 auxiliar consultorio TC |             | 3                   | 3               | 1           | 1                   |
| San José                    | 1   |   |             | -                   | -               | -           | -                   |
| Asunción                    | 2   |   |             | -                   | 0,5             | -           | -                   |
| Cisco                       | 1   |   |             | -                   | -               | -           | -                   |
| Fátima                      | 1   |   |             | -                   | -               | -           | -                   |
| El prado                    | 1   |   |             | -                   | 0,5             | -           | -                   |
| El bosque                   | 1   |   |             | -                   | 0,5             | -           | -                   |
| <b>CÁLCULO</b>              | *216 citas día/24 (8 Hr/Día (atenciones 20') (Ajuste x demanda) |   |             | **46 Citas día/24 T | -               | -           | -                   |

\*Citas promedio mensuales reportadas por el call center para medicina general

\*\*Citas promedio mensuales reportadas por el call center para odontología

El cálculo se realizó teniendo en cuenta el número de citas promedio/día para cada atención; para los médicos, este promedio se dividió en las 8 horas laborales entendiendo que el tiempo de cada consulta corresponde a 20 minutos, lo que significa que cada médico realiza 3 consultas por hora = 24 consultas en 8 horas laborales. Entonces, del promedio de 216 atenciones solicitadas por día se dividieron en 24 consultas para un total de 9 tiempos médicos = 9 profesionales, distribuidos en los 7

centros urbanos para dar cumplimiento a las demandas de consultas por día. La distribución de los médicos dependerá del volumen de demanda para cada centro urbano.

Para el cálculo del odontólogo y el especialista (endodoncista) se realiza de la misma forma. Teniendo en cuenta que el número promedio de citas al día tanto para odontología general como para tratamiento fueron 46 y el tiempo de consulta son 20 minutos, se realizan 24 consultas en 8 horas. Estas 46 citas se dividen en  $24 = 1,9$  que corresponde a 2 profesionales en odontología y 2 especialistas (endodoncista) de medio tiempo cada uno. Para cada tiempo completo de cada profesional, se contrata un auxiliar de laboratorio para toda la jornada laboral para un total de 2 auxiliares.

Ya que el laboratorio se encuentra en un 90% automatizado, el cálculo registrado en la tabla se ajustó, además, de acuerdo al volumen de muestras que la institución reporta en promedio mes, disminuyendo el número de bacteriólogos que actualmente se encuentran contratados. El cálculo de los auxiliares de enfermería se realiza para medio tiempo ya que sólo se realiza toma y recolección de muestra en los centros urbanos Asunción, El prado y El bosque.

**Tabla 11.** Talento humano requerido para atención ambulatoria en Centros rurales

| SERVICIOS AMBULATORIOS RURALES     |                   |                 |                          |  |
|------------------------------------|-------------------|-----------------|--------------------------|--|
| CANTIDAD DE VISITAS (PROGRAMACIÓN) | CENTROS RURALES   | HORAS LABORALES | TOTAL DE CONSULTAS DÍA   | PROFESIONALES                                    |
| 8                                  | Km 41 60'         | 6 horas         | 18                       | Médico<br>Enfermera<br>Odontólogo                |
| 4                                  | Cabaña 35'        | 6,8 horas       | 20                       | Médico<br>Enfermera<br>Odontólogo<br>Laboratorio |
| 2                                  | Garrucha 60'15    | 5,5 horas       | 16                       | Médico<br>Enfermera<br>Odontólogo<br>Laboratorio |
| 2                                  | La linda 20'      | 7,3 horas       | 22                       | Médico<br>Enfermera<br>Odontólogo                |
| 2                                  | Alto Bonito 15'   | 7,5 horas       | 22                       | Médico<br>Enfermera<br>Odontólogo                |
| 1                                  | Bajo Tablazo 20'  | 7,3 horas       | 22                       | Médico<br>Enfermera<br>Odontólogo                |
| 1                                  | San Peregrino 25' | 7 horas         | 21                       | Médico<br>Enfermera<br>Odontólogo                |
| 20 días hábiles/mes                |                   |                 | 141 atenciones en el mes |  |

Para el cálculo del talento humano en los centros rurales, se tuvo en cuenta el tiempo de desplazamiento de los profesionales desde la sede administrativa hacia cada centro rural y así mismo de regreso el cual está cubierto por Assbasalud. En la tabla se muestra junto al nombre de cada vereda el tiempo de traslado en minutos, el cual se descuenta de la jornada laboral de 8 horas; Con ese valor se calcula el total de consultas programables teniendo en cuenta que el tiempo de consulta es de 20 minutos para medicina general y odontología. Este personal está destinado únicamente para prestar estas atenciones extramurales y está conformado por dos equipos cada uno con médico, enfermera y odontólogo que se rotan de acuerdo a la programación. La cantidad de visitas a cada vereda dependerá del volumen de citas programadas desde el Call center.

**Tabla 12.** Consolidado del talento humano requerido para servicios ambulatorios

| <b>MORBILIDAD (SERVICIOS AMBULATORIOS)</b> |    |
|--|----|
| MÉDICOS                                    | 11 |
| ODONTÓLOGOS                                | 4  |
| ENDODONCISTA                               | 2  |
| AUX. CONSULTORIO ODONT                     | 4  |
| ENFERMERA                                  | 2  |
| AUX. ENFERMERIA LAB                        | 8  |
| BACTERIOLOGO                               | 4  |
| AUX. ADMINISTRATIVO LAB                    | 1  |

Finalmente, luego de realizar los cálculos de talento humano asistencial para cada servicio habilitado y cada actividad, se realizó la sumatoria por profesional requerido que se encuentra en la siguiente tabla:

**Tabla 13.** Consolidado Talento humano requerido asistencial

| TOTAL T.H ASISTENCIAL REQUERIDO |      |
|---------------------------------|------|
| MÉDICOS                         | 45   |
| ENFERMERAS                      | 9,5  |
| TEC. ATENCIÓN PREHOSP.          | 8    |
| AUX.ENFERMERIA                  | 43,5 |
| AUX.TRANSPORTE ASIST. BÁSICO    | 8    |
| CONDUCTOR AMB                   | 8    |
| FACTURACIÓN                     | 4    |
| REGENTE FARMACIA                | 8    |
| AUX. ESTADÍSTICA                | 1    |
| VIGILANCIA                      | 8    |
| ODONTÓLOGO                      | 9,5  |
| ENDODONCISTA                    | 3    |
| AUX. CONSULTORIO ODONTOLOGÍA    | 5    |
| HIGIENISTA ORAL                 | 18,5 |
| BACTERIOLOGO                    | 4    |
| AUX.ADMINISTRATIVO LAB          | 1    |

Para el segundo tiempo, en donde se realiza la identificación de las necesidades de talento humano administrativo, parte de la base de los macroprocesos que desarrolla la institución en el marco de la planeación estratégica bajo la implementación del modelo integrado de planeación y gestión MIPG de acuerdo a lo exigido por la función pública.

Assbasalud responde a la implementación del MIPG por medio de la implementación de macroprocesos dentro de los cuales, se desarrollan procesos y procedimientos contemplados así:

- Gestión de la planeación: Elaboración, Aprobación y evaluación de planes, Gestión de programas y proyectos, Investigación Institucional;
- Gestión estratégica: Gestión Integral de comunicaciones, Evaluación de resultados;
- Gestión del mejoramiento de la calidad: Gestión de la calidad, Seguridad del paciente;
- Gestión de la atención integral en salud: Salud pública, Gestión Hospitalaria, Consulta Externa, Servicios de apoyo y complementarios en salud, Relación docencia servicio;
- Gestión del talento humano: Administración del talento humano, Bienestar laboral, Salud ocupacional y gestión del medio ambiente;

- Gestión administrativa y financiera: Adquisición de bienes y servicios. Gestión administrativa, Gestión Financiera de prestación de servicios;
- Gestión jurídica: Tramite de acciones legales, Gestión de la contratación;
- Tecnologías de la información: Administración de la plataforma tecnológica;
- Gestión documental y archivo: Administración documental;
- Gestión comercial: Mercadeo y Ventas;
- Gestión de servicio al cliente: Sistema de atención al usuario y su familia SIAU, participación comunitaria;
- Control interno disciplinario: Control disciplinario;
- Evaluación de control y gestión: Gestión control interno, Evaluación de calidad institucional;

Cada uno de estos procesos plantea una serie de actividades que requieren de un perfil profesional para su implementación y control. Assbasalud cuenta con la mayoría del personal requerido para cada proceso, sin embargo, se logran identificar algunos perfiles que no se encuentran contratados y que se consideran relevantes para dar cumplimiento al proceso en el que se ubican. En la siguiente tabla se muestran las necesidades estos perfiles resaltado en rojo.

**Tabla 14.** Talento humano administrativo existente y requerido

| TALENTO HUMANO POR PROCESO         | TOTAL EXISTENTE | TOTAL REQUERIDO |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|
| <b>Control Disciplinario</b>       | <b>1</b>        | <b>2</b>        |
| Jefe Oficina Control Disciplinario | 1               | 1               |
| Judicante                          | 0               | 1               |
| <b>Control Interno</b>             | <b>2</b>        | <b>2</b>        |
| Auxiliar Administrativo            | 1               | 1               |
| Jefe Oficina Control Interno       | 1               | 1               |

|   |           |             |
|---|-----------|-------------|
| <b>Gerencia</b>                                   | <b>9</b>  | <b>12,5</b> |
| Auditor Enfermería                                | 0         | 0,5         |
| Auditor Médico Calidad                            | 0         | 0,5         |
| Auditor Odontología                               | 0         | 0,5         |
| Auxiliar Administrativo                           | 1         | 3           |
| Diseñador visual                                  | 1         | 1           |
| Enfermera de apoyo                                | 0         | 1           |
| Enfermero de Calidad                              | 1         | 1           |
| Ingeniero Industrial                              | 2         | 1           |
| Profesional en Trabajo Social                     | 1         | 1           |
| Profesional Universitario                         | 2         | 2           |
| Profesional Universitario Prensa y Comunicaciones | 1         | 1           |
| <b>Gestión Administrativa</b>                     | <b>58</b> | <b>54</b>   |
| Auxiliar Administrativo                           | 5         | 3           |
| Auxiliar Administrativo Contabilidad              | 1         | 1           |
| Auxiliar Administrativo Facturación               | 14        | 14          |
| Auxiliar Administrativo Tesorería                 | 1         | 1           |
| Auxiliar área de la salud (Lab. Clínico)          | 1         | 1           |
| Auxiliar de Almacén                               | 1         | 1           |
| Auxiliar de Mantenimiento                         | 3         | 3           |
| Auxiliar de Mantenimiento - Coordinador           | 1         | 1           |
| Líder de Programa                                 | 1         | 1           |
| Profesional Especializado Contabilidad            | 1         | 1           |
| Profesional Glosas y Recobros                     | 1         | 1           |
| Profesional Universitario                         | 1         | 1           |
| Profesional Universitario de Apoyo                | 1         | 1           |
| Profesional Universitario de Cartera              | 1         | 1           |
| Profesional Universitario de Compras              | 1         | 1           |

|   |             |           |
|---|-------------|-----------|
| Profesional Universitario Tesorería             | 1           | 1         |
| Técnico en Almacén                              | 1           | 1         |
| Técnico en Facturación                          | 3           | 3         |
| Tecnólogo Biomédico                             | 1           | 1         |
| <b>Tecnólogo en Administración</b>              | <b>0</b>    | <b>2</b>  |
| Tecnólogo en Administración Pública             | 1           | 1         |
| Guías de Servicio                               | 16          | 12        |
| Auxiliar de Servicios Generales                 | 1           | 1         |
| <b>Gestión Humana</b>                           | <b>10</b>   | <b>11</b> |
| Auxiliar Administrativo                         | 3           | 3         |
| Líder de Programa                               | 1           | 1         |
| Profesional de Apoyo SST y Gestión Ambiental    | 1           | 1         |
| Profesional Especializado SST                   | 1           | 1         |
| Profesional Universitario                       | 1           | 1         |
| Profesional Universitario de Apoyo (G. Humana)  | 1           | 1         |
| Psicólogo Organizacional                        | 1           | 1         |
| Tecnólogo en Administración                     | 1           | 1         |
| <b>Tecnólogo en SST</b>                         | <b>0</b>    | <b>1</b>  |
| <b>Jurídica</b>                                 | <b>11,5</b> | <b>11</b> |
| Abogado disciplinario etapa de juzgamiento      | 1           | 0,5       |
| Abogado Litigante (Gestión de Acciones Legales) | 1           | 1         |
| Auxiliar Administrativo                         | 3           | 3         |
| Jefe Oficina Asesora Jurídica                   | 1           | 1         |
| Judicante                                       | 1           | 1         |
| Médico General (Gestión Acciones Legales)       | 0,5         | 0,5       |
| Profesional Apoyo Contratación                  | 1           | 1         |
| Profesional Universitario de Contratación       | 1           | 1         |
| Secretario                                      | 1           | 1         |

|  |             |             |
|--|-------------|-------------|
| Técnico Administrativo                                 | 1           | 1           |
| <b>Planeación</b>                                      | <b>21,7</b> | <b>24,2</b> |
| Agentes de Call Center                                 | 5           | 5           |
| Auxiliar Administrativo                                | 2           | 2           |
| Auxiliar área de la Salud (Información)                | 4,2         | 4,2         |
| Coordinador Call Center                                | 1           | 1           |
| Ingeniero de Seguridad de la Información               | 1           | 1           |
| Ingeniero de Sistemas                                  | 0,5         | 1           |
| Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas             | 1           | 1           |
| Profesional de apoyo                                   | 0           | 1           |
| Profesional Especializado Estadística e Información    | 0,95        | 1           |
| Técnico en soporte                                     | 1           | 1           |
| Técnico Operativo                                      | 2           | 2           |
| Tecnólogo en desarrollo de Software                    | 2           | 2           |
| Tecnólogo en Gestión Documental                        | 0           | 1           |
| Tecnólogo Gestión de la Información                    | 1           | 1           |
| <b>Servicios de Salud</b>                              | <b>53,3</b> | <b>53,8</b> |
| Auxiliar Administrativo                                | 3           | 3           |
| Auxiliar Administrativo área de la salud (Información) | 0,8         | 0,8         |
| Auxiliar Administrativo SS Farmacéutico                | 1           | 1           |
| Auxiliar área de la salud (SS Farmacéutico)            | 10          | 10          |
| Auxiliar de Enfermería                                 | 6           | 6           |
| Auxiliar de Enfermería / Promotor                      | 10          | 10          |
| Bacteriólogo Coordinador Laboratorio Clínico           | 1           | 1           |
| Enfermera  | 0           | 1           |
| Enfermera Coordinadora GIRS                            | 0           | 1           |
| Enfermera de apoyo APS                                 | 2           | 1           |
| Enfermera de apoyo PIC                                 | 2           | 1           |



|   |              |              |
|---|--------------|--------------|
| Enfermera de VE                                     | 1            | 1            |
| Enfermera visitas VE                                | 1            | 1            |
| Enfermeras referente de programas                   | 3,5          | 4            |
| Enfermero Apoyo Administrativo Gestión Hospitalaria | 1            | 1            |
| Enfermero Coordinador Consulta Externa              | 1            | 1            |
| Enfermero Coordinador Gestión Hospitalaria          | 1            | 1            |
| Higienista Oral                                     | 1            | 1            |
| Jefe Oficina Servicios en Salud                     | 1            | 1            |
| Mensajero con moto para SS Farmacéuticos            | 2            | 2            |
| Profesional de apoyo CODS                           | 1            | 1            |
| Profesional Especializado (Salud Oral)              | 1            | 1            |
| Profesional Especializado Área Salud (PYP)          | 1            | 1            |
| Profesional Universitario                           | 1            | 1            |
| Químico Farmacéutico                                | 1            | 1            |
| <b>Total general</b>                                | <b>166,5</b> | <b>170,5</b> |

La tabla muestra que se encuentran contratados un total de 166,5 tiempos profesionales cuando se requieren 170,5 tiempos con una diferencia de 4 tiempo requeridos.

Así mismo, se identifican algunos perfiles que se encuentran contratados en cantidad superior a la mínima requerida (resaltados en azul) generando la posibilidad de realizar adaptaciones en contratación y vincular el personal que pueda aplicar las acciones resaltadas con el fin de equilibrar recursos y dar cumplimiento a la normativa. De estos se observa un total de 9,5 tiempos contratados superior a lo requerido, de los cuales se pueden ajustar para el logro de los tiempos faltantes en especial para los perfiles de Auditores (enfermería, médico de calidad y odontología); desde el área de gestión administrativa los tecnólogos en administración; desde planeación un profesional de apoyo y un tecnólogo en gestión documental y desde el área de servicios de salud la enfermera coordinadora de GIRS.

## Discusión

El ejercicio de caracterizar el talento humano en salud, requiere del pleno y entero conocimiento de la normatividad que gira entorno a la adecuada prestación de los servicios, no solo asistenciales sino administrativos y aun así se logró evidenciar vacíos en la norma respecto a cantidades requeridas para el funcionamiento de los servicios.

Un claro ejemplo de ello, es el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, el cual contiene las condiciones para que los servicios de salud ofertados y prestados en el país, cumplan con los requisitos mínimos para brindar seguridad a los usuarios en el proceso de la atención en salud; dentro de sus estándares y criterios de habilitación por servicios, establece para el estándar de talento humano que: “son los prestadores de servicios de salud quienes determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención”.

Por su parte, el decreto 780 de 2016 establece que las instituciones de salud deben contar con un número adecuado de profesionales y personal de apoyo para garantizar la calidad y seguridad de los servicios prestados, sin embargo, no especifica una cantidad exacta de talento humano requerido, ya que esto puede variar según el tipo y nivel de complejidad de la institución de salud, así como de los servicios que se ofrecen.

Esto puede ser beneficioso al no convertirse en una camisa de fuerza que quizá entorpezca los procesos de habilitación de las instituciones que sumado a la variabilidad del sistema de salud, en donde se observa fluctuación de los vinculados y disparidades en las obligaciones contractuales pactadas entre IPS y EAPB sumado al pago por cápita; sin embargo, el no establecer un número mínimo determinado por capacidad instalada, servicios habilitados e infraestructura, insta a que la gestión del talento humano en salud, se enfoque en aumentar productividad, controlar el gasto y centrarse en

atenciones facturables y no en la calidad de los servicios en salud, con resultados como síndrome de burnout y mala praxis, ante la imprecisión en la reglamentación de las cantidades que oriente en la contratación de profesionales y personal de apoyo en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

## Conclusiones

- El talento humano asistencial contratado por Assbasalud cumple con las normas de habilitación, para dar cumplimiento a la demanda, sin embargo, la proporción tan alta de contratistas, termina afectando la prestación del servicio, como consecuencia de los tiempos tan cortos de contrato que se puede ofrecer, por la inestable capacidad presupuestal.
- El personal de las áreas administrativas contratado cumple parcialmente con el MIPG y SOGC ya que perfiles indispensables y requeridos como auditores de calidad, no se encuentran dentro de la planta contratada.
- Tener el talento humano completo para dar cumplimiento no sólo al MIPG sino al SOGC, permite brindar mayores garantías en la atención y así aportar valor en salud a la ciudadanía.
- La implementación y conocimiento absoluto de la normatividad aplicada a las instituciones públicas de salud, requiere del total compromiso de la alta gerencia y de la junta directiva, así como de sus colaboradores para dar cumplimiento a metas, indicadores, objetivos y misionalidad de estas.
- Este ejercicio realizado sirve como insumo para la generación del plan de previsión de recursos humanos en salud en salud de la institución.

## Recomendaciones

- Establecer equipos de profesionales que brinden atención exclusiva tanto para las rutas integrales de atención en salud (RPMS, RMP, RCV) como para morbilidad respectivamente, con el fin de brindar mayor calidad y cumplimiento de indicadores y metas.
- Establecer en el acuerdo de voluntades con las aseguradoras paquetes de atención integral maternos de bajo riesgo que permitan mejorar facturación.
- Aumentar convenios docente - asistencial que permita mejorar la calidad en la atención y aumentar la integralidad profesional del talento humano en formación.
- Los auditores de calidad permiten mejorar el control interno de los procesos de la institución lo que permite la mejora del desempeño institucional y con ello la gestión operativa y financiera, por lo que es indispensable vincular este perfil a la planta de personal.
- Actualizar permanentemente la oferta pública de empleos de carrera OPEC de acuerdo a lo establecido en la ley 909 de 2004 con el fin de aumentar las vacantes de planta y disminuir así la afectación en la prestación del servicio por las modalidades de contrato.

## Bibliografía

1. Flórez-Acosta, J., Atehortua-Becerra, S., & Arenas-Mejía, A. (enero, 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), 107-131. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16a07>.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Política Nacional de Talento Humano en Salud (Págs. 31-34). Recuperado de [<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>]
3. Rodríguez Corredor, Z. A., & Molina Marín, G. (2009). Relaciones contractuales entre las instituciones prestadoras y aseguradoras de servicios de salud del municipio de Medellín, Colombia, 2005-2006. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(1), 78-85.
4. Anand, S., & Bärnighausen, T. (2004). Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *The Lancet*, 364(9445), 1603-1609. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17313-3
5. Guerrero Núñez, J. (2020). Densidad de recurso humano y desigualdad en gastos en salud en países de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e133. doi: 10.26633/RPSP.2020.133
6. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Observatorio de Talento Humano en Salud: Guía Metodológica (Serie: Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud). Bogotá D.C., Colombia: Imprenta Nacional. ISBN: 978-958-8903-71-2.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Decreto número 780 de 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Caracterización Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSS)-IPS. Recuperado de [<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/caracterizacion-registro-especial-prestadores-REPSS.pdf>]

9. Ministerio de la Protección Social. (2006). Decreto número 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, Colombia.

10. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, & Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. (2007). Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá, D. C., Colombia: Imprenta Nacional de Colombia. ISBN: 978-958-98220-6-7.

11. Sistema Único de Información en Salud, al servicio del país. (2012, 26 de noviembre). Boletín de Prensa No 389 de 2012. Recuperado de [<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Sistema-unico-de-Informaci%C3%B3n-en-Salud-al-servicio-del-pa%C3%ADs.aspx>]

12. República de Colombia, Ministerio de Salud. (2001). Sistema Integral de Información del SGSSS - SIIS - Cómo organizar e implementar los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS - (Resolución 3374 de 2000). Guía para la implementación en los prestadores de servicios de salud: Revisión Parcial, febrero 28 de 2001. Bogotá, D.C., Colombia: Enero de 2001.

13. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Preguntas Frecuentes Registro Individual de Atención - RIPS Versión 1. Bogotá, Colombia.

14. Función Pública. (2023, marzo). Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Versión 5). Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional.

15. Presidencia de la República de Colombia. (2015, mayo 26). Decreto 1083 de 2015. Bogotá, Colombia: Función pública.

16. Agencia Nacional de Contratación Pública. (2022, 15 de julio). Circular Externa Única. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Diario Oficial.

17. Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Decreto número 441 de 2022.



Universidad<sup>®</sup>  
Católica  
de Manizales

VIGILADA MINEDUCACIÓN

*Obra de Iglesia  
de la Congregación*



Hermanas de la Caridad  
*Dominicas de La Presentación*  
de la Santísima Virgen

*Universidad Católica de Manizales*  
Carrera 23 # 60-63 Av. Santander / Manizales - Colombia  
PBX (6)8 93 30 50 - [www.ucm.edu.co](http://www.ucm.edu.co)