



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**INESTABILIDAD LABORAL DE LOS PROFESIONALES DEL SECTOR SALUD EN ANTIOQUIA
EN LOS ÚLTIMOS 17 AÑOS.**

**INSTABILITY LABOR OF THE PROFESSIONALS OF THE SECTOR HEALTH IN ANTIOCH IN
THE LATEST SEVENTEEN-YEAR PERIOD.**

**Ana María Estrada Bolívar
Sandra Milena Valoyes Mena.**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia
2022**

**INESTABILIDAD LABORAL DE LOS PROFESIONALES DEL SECTOR SALUD
EN ANTIOQUIA EN EL ÚLTIMOS 17 AÑOS.**

**(INSTABILITY LABOR OF THE PROFESSIONALS OF THE SECTOR HEALTH
IN ANTIOCH IN THE LATEST SEVENTEEN-YEAR PERIOD.)**

**Ana María Estrada Bolívar
Sandra Milena Valoyes Mena.**

**Trabajo de grado para optar al título de:
Especialista en Administración en Servicios de Salud**

**Asesor:
David Alberto Soto Otálvaro
Magister en Salud Pública**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia
2022**

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a todo el Talento Humano en Salud que cada día trabaja por brindar una atención de calidad sin importar su salario o tipo de vinculación laboral, por todos esos héroes de la salud que trabajan con pasión y dedicación para ayudar a otros y salvar vidas.

Igualmente le dedicamos este trabajo a Dios y el Universo por permitirnos realizar esta especialización y poder abordar este tema tan importante que vivimos diariamente como trabajadores de la salud; así mismo agradecemos a el Profesor David Soto asesor de grado por el acompañamiento y el interés por el tema.

“Una maquina puede hacer el trabajo de 50 hombres corrientes, pero no existe ninguna máquina que pueda hacer el trabajo de un hombre extraordinario”. Elbert Hubbard

“La medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que medicina en gran escala”. Rudolph Virchow

TABLA DE CONTENIDO

GLOSARIO	8
RESUMEN.....	10
ABSTRACT.....	11
1. INTRODUCCIÓN	12
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
3. JUSTIFICACIÓN	16
4. OBJETIVOS	18
4.1. OBJETIVO GENERAL	18
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
5. MARCOS DEL PROYECTO.....	19
5.1. MARCO NORMATIVO Y/O LEGAL	19
5.2. Marco Teórico.....	20
5.3. Marco conceptual.....	22
5.4. Marco Contextual.....	23
6. METODOLOGÍA.....	27
6.1. Tipo de estudio y enfoque.....	27
6.2. Criterios de inclusión.....	27
6.3. Criterios de Exclusión	27
6.4. Obtención de artículos y selección de bases de datos	28
6.5. Método de revisión de los artículos encontrados	28
6.6. Categoría de análisis	29
6.7. Consideraciones éticas.....	29
7. RESULTADOS	31
7.1. Análisis de los factores asociados a la inestabilidad laboral en el talento en salud.31	
7.2.1 Análisis normativo	31
7.2.2 Análisis contractual.....	32
7.2.3 Factores psicosociales del talento humano en salud referente a la inestabilidad laboral.....	33
7.3. Acciones de mejora en la Contratación del talento humano en el sector salud	35

8. DISCUSIÓN	36
9. CONCLUSIONES.....	38
10. RECOMENDACIONES.....	39
11. ANEXO	40
12. REFERENCIAS	44

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Impacto de las reformas sobre el desempeño del personal de salud24

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Posición singular de la salud laboral.....	34
---	----

GLOSARIO

Sistema de Seguridad Social Integral (ley 100 de 1993): Encargada de garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país en todos los niveles de atención.

Seguridad Social Integral: La seguridad social es una serie de servicios y beneficios a que todo ciudadano tiene derecho, ya sea de parte de instituciones privadas previo pago de cotizaciones, o por parte del estado quien debe proveerla gratuitamente, aunque de forma parcial.

EPS: Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

IPS: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud son todas las entidades, asociaciones y/o personas bien sean públicas, privadas o con economía mixta, que están autorizadas para prestar de forma parcial y/o total los procedimientos que se demanden para cumplir el Plan Obligatorio de Salud (POS); ya sea en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado. En este grupo se circunscriben los hospitales, las clínicas y otros centros de salud.

Talento humano en salud: 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 de un territorio.

Empleo formal: representa un ingreso digno y protección social para el trabajador y su familia, se desarrolla respetando la legislación aplicable que conlleva a una mejor calidad de vida, progreso social y económico, reducción de la pobreza y equidad social.

Empleo informal: Actividades que se desarrollan con base en los recursos de los hogares, pero que no se refleja en empresas formadas bien identificables e independientes del hogar. No cuentan con protección social y garantías laborales, no se tiene un registro, regulado o protegido por marcos legales.

Inestabilidad laboral: situación de malestar generadora de estrés que puede conllevar en el trabajador en su ámbito laboral y que puede desembocar en una

serie de incidencias en la salud física y psicológica de quien la percibe y que pueden afectar directamente a su círculo de relaciones sociales, familiares y sentimentales.

Contrato laboral: es aquél por el cual una persona natural se obliga a prestar un servicio personal a otra persona natural o jurídica, bajo la continuada dependencia o subordinación de la segunda y mediante remuneración.

Síndrome de Burnout: Cronificación del estrés laboral, se manifiesta a través de un estado de agotamiento físico y mental que se prolonga en el tiempo y llega a alterar el estado físico y psicosocial del trabajador.

RESUMEN

En Colombia se “realizaron un conjunto de reformas que incluso precedieron a la ley 100 de 1993: la ley 10 de 1990, que hizo una reestructuración al sistema de salud vigente en esa época; la ley 50 de 1990, la cual reformó el mercado laboral; la ley 30 de 1992, que reorganizó el sistema de educación superior (junto con lo que posterior añadió la ley de 1994), y la ley 60 de 1993, la cual descentraliza la administración y provisión de los servicios de salud de acuerdo con el nivel de complejidad en la prestación a los municipios, distritos y departamentos”.(1)

La ley 100 de 1993 realizó un cambio general en el modelo de salud en Colombia, incluyendo cambios en las condiciones laborales del profesional del sector salud, sin que incluyera artículos específicos en la contratación y tabla salarial; esta reforma conlleva aumentos de nuevos puestos de trabajo al mismo tiempo crece la demanda de programas de educación en salud llevando apertura de nuevos cupos de las carreras profesionales en salud con mayor demanda en el medio. Esta flexibilidad laboral permite no unificar contratos acordes al mejoramiento y estabilidad del profesional del sector salud el cual acarrea unas causas en el tipo de vinculación laboral aumentando los tipos de contrato por tercerización, inadecuada regulación a las entidades aseguradoras y prestadoras del servicio de salud, pagos inoportunos al personal de salud, cierres precipitados de servicios entre otros aumentando así la inestabilidad del personal de salud.

El objetivo del presente escrito es identificar los factores asociados a la inestabilidad laboral y las implicaciones en el talento humano en salud del departamento de Antioquia, a través de una revisión bibliográfica bajo los parámetros de una monografía la cual permite “la explicación sistemática de realidades (teóricas o no) usando varios tipos de documentos. Siendo objetiva y veraz para la obtención de datos reales sobre un problema determinado y llegar a conclusiones aceptables” (2).

Se obtuvo como resultado principal de la inestabilidad laboral del personal de salud en Antioquia tanto en entidades públicas como privadas, son los tipos de contratos de prestación de servicio y la tercerización que acarrea para el profesional de salud desventajas en la contratación y desmotivación frente al trabajo.

Se puede concluir que desde una perspectiva de la inestabilidad laboral esta afecta directamente el equilibrio laboral y las dinámicas psicosociales, afectando aspectos estructurales como los roles familiares y los ascensos laborales.

Palabras clave: inseguridad laboral (inestabilidad laboral), ley 100 de 1993, empleo informal, empleo formal, Síndrome de Burnout.

ABSTRACT

In Colombia, a set of “reforms were carried out that even preceded Law 100 of 1993: Law 10 of 1990, which restructured the health system in force at that time; Law 50 of 1990, which reformed the labor market; Law 30 of 1992, which reorganized the higher education system (together with what was later added by the 1994 law), and Law 60 of 1993, which decentralized the administration and provision of health services according to the level of complexity in the provision to municipalities, districts and departments”(1).

Law 100 made a general change in the health model in Colombia, including changes in the working conditions of the health sector professional, modifying from said law, without including specific articles on hiring, salary table, this reform entails increases at the same time, the demand for health education programs is growing, which leads to the opening of new places in the health professional careers with the greatest demand in the middle. This labor flexibility allows not to unify contracts based on the improvement and stability of the health sector professional. which entails some causes in the type of employment relationship, increasing the types of contracts for outsourcing, inadequate regulation of insurance entities and health service providers, untimely payments to health personnel, hasty closure of services, among others, thus increasing health instability staff.

To identify the factors associated with labor instability and the implications for human talent in health in the department of Antioquia, through a bibliographic review was carried out under the parameters of a monograph that includes the proposed methodology allows “the systematic explanation of realities (theoretical or not) using different types of documents. Being objective and truthful in order to obtain real data on a given problem and reach acceptable conclusions” (2).

Was obtained as a result of the job insecurity of health personnel in Antioquia, both in public and private entities, are the types of contracts for the provision of services and outsourcing that entails for the health professional, disadvantages in hiring, lack of motivation towards work.

it can be concluded that from a perspective of job instability it is of great importance since it directly affects the balance and psychosocial dynamics, affecting structural aspects such as family roles and job promotions.

Key words: job insecurity (job instability), informal employment, formal employment, Burnout Syndrome.

1. INTRODUCCIÓN

La inestabilidad laboral se ha convertido en una brecha para la calidad en la prestación de los servicios de salud, generando malestar entre los miembros de una institución, afectando el nivel de atención y sus principios entre los que se encuentran la oportunidad y pertinencia.

A nivel internacional hay literatura que soporta las falencias en el recurso del talento humano en salud y las diferentes estrategias que emplean para mejorarlo, una estrategia a nivel internacional es plantada por la “Organización Panamericana de Salud, el Ministerio de Salud de Canadá y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario los cuales promovieron una reunión regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, en octubre del 2005, en Toronto, con objeto de unir los países de las Américas alrededor de un compromiso común: la promoción de los recursos humanos en salud. En esta reunión, fue producido el Llamado a la Acción de Toronto para una Década de Recursos Humanos en Salud” (3).

Diferentes entidades se han encargado de estudiar y analizar la información de índole laboral del talento humano en salud sumándole los procesos de educación profesional y técnica, las políticas del personal y las intervenciones gerenciales; uno de ellos es “El observatorio de los Recursos Humanos en las reformas sectoriales impulsado por la Organización Panamericana de Salud (OPS), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Internacional de Trabajo (OIT)” el cual trae a colación que la inestabilidad laboral es atribuida a cambios de la administración pública, reformas en la normatividad y reducción del personal de talento humano que se produjo por muchos países”(4).

Se ha observado en los últimos años un cambio en el sistema de atención en salud donde se reconoce las “desigualdades en la atención, lo cual establece programas de bienestar social, fomenta la mejoría de las condiciones de vida de la población y transforma los sistemas de atención básica” (3).

A nivel nacional el trabajador se rige con el Código sustantivo de trabajo el cual en el artículo 9 plantea “La Protección del Trabajo: El trabajo goza de la protección del Estado, en la forma prevista en la Constitución Nacional y las leyes. Los funcionarios públicos están obligados a prestar a los trabajadores una debida y oportuna protección para la garantía y eficacia de sus derechos, de acuerdo con sus atribuciones” (5).

En Antioquia se refleja la inestabilidad laboral por los tipos de contratación, por la alta oferta/demanda del talento humano en salud y la poca regulación, control y seguimiento de las condiciones laborales de los profesionales.

Lo anterior se evidencia en el presente estudio “las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la ley 100 de 1993: evaluación y un estudio de caso para Medellín el cual plantea que antes de la ley 100 de 1993 la Universidad de Harvard “identifico que la calidad en la prestación de servicios de salud fue pobre, sobre todo en instituciones rurales de primer nivel: entre otros factores porque gran parte del personal se encontraba realizando su año rural (para 1990 un 40% de los médicos, 41% de las enfermeras, 52% de los odontólogos y 49% de bacteriólogos estaban en año rural obligatorio”) (6).

Este panorama plantaba diferentes posibilidades de trabajo para los profesionales donde unos obtenían altos ingresos y buenas condiciones de vida y otros con sueldos precarios, pero con la posibilidad de tener un empleo y por ende un sustento; pero en general las condiciones laborales de los profesionales del sector salud eran desiguales.

por ende nace la necesidad de realizar el estudio que se presenta a raíz de la inestabilidad laboral que presentan los trabajadores de salud como algo cotidiano generando un malestar de estrés llevando a una serie de incidencias en la salud física y psicológica de quien la percibe, afectando su entorno social, así mismo se observa el mal manejo en los tipos de contratación en el área de la salud, evidenciando que las Instituciones Prestadoras de Salud IPS tienen poca adherencia desde la época de la ley 50 de 1990, ya que su modo de contratación cuenta con varios tipos formal e informal.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Internacional de Trabajo (OIT) plantea que el trabajo decente “sintetiza las aspiraciones de las personas durante su vida laboral. Dando la oportunidad de acceder a un empleo productivo el cual genere ingresos justos, seguridad en el lugar de trabajo y la protección social para todos, mejores perspectivas de desarrollo e integración social, libertad para que los individuos, expresen sus opiniones, se organicen y participen en las decisiones que afectan sus vidas, y la igualdad de oportunidades y trato digno para todos” (7).

El Código Sustantivo del Trabajo, específicamente en el artículo 5, define el trabajo como “toda actividad humana libre, ya sea material o intelectual, permanente o transitoria, que una persona natural ejecuta conscientemente al servicio de otra, y cualquiera que sea su finalidad, siempre que se efectúe en ejecución de un contrato de trabajo” (5),

Se debe tener tres elementos esenciales para que concorra un contrato de trabajo:

- a. La actividad personal del trabajador, es decir, realizada por sí mismo,
- b. La continuada subordinación o dependencia del trabajador respecto del empleador que faculta a éste para exigirle el cumplimiento de órdenes todo ello sin que afecte el honor, la dignidad y los derechos mínimos del trabajador y, por último,
- c. Un salario como retribución del servicio” (5).

Dichos elementos no se reflejan en la contratación laboral del talento humano del sector salud en Antioquia, se refleja pocas garantías laborales como contratación no formal, despidos masivos, retraso en el pago de la contribución salarial, inadecuada cotización a salud y pensión afectando el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y su cotización en el fondo de pensiones ya que el empleado cotiza por un valor menor a lo devengado.

La contratación del recurso humano tuvo cambios desde la “ley 50 de 1990 donde surgieron los primeros cambios laborales como nuevos modelos de vinculación laboral, flexibilización, inestabilidad y precarización del empleo y de los salarios, dado el enfoque de negocio de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) e IPS y la necesidad de hacerlo rentable; la Corporativización del trabajo profesional, la tercerización o subcontratación de servicios y las nuevas modalidades de gestión corporativa (cooperativas de trabajo)” (6).

A partir de la ley 100 de 1993 se produjo una estructuración en el sector salud conllevando a un deterioro de las condiciones laborales del talento humano en salud especialmente los profesionales que no cuentan con una vinculación directa con las instituciones de salud, lo que soporta a que se amplíen las brechas salariales, se incremente la intensidad horaria laboral y aumente el subempleo.

Lo anterior cobra relevancia enfatizando en que “La salud laboral debe abordar de manera integrada la salud de las personas que trabajan, en el sentido de que la salud no es divisible y se necesita integrar tanto la prevención de los riesgos laborales y extralaborales como la asistencia de los problemas de salud relacionados o no con el trabajo. El empleo decente es la oportunidad de acceder a un empleo productivo que genere un ingreso justo, seguridad en el lugar de trabajo y protección social para las familias” (8).

3. JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Internacional de Trabajo (OIT) a nivel internacional el empleo productivo y el trabajo decente son factores claves para alcanzar una globalización justa y reducir la pobreza.

La OIT ha elaborado un “programa para la comunidad del trabajo que se basa en la creación de empleo, los derechos en el trabajo, la protección social y el diálogo social, con la igualdad de género como un objetivo transversal” (7).

La flexibilidad de contratación del talento humano en salud es visible en diferentes regiones de Latinoamérica, el objetivo de esa flexibilización es “disminuir los costos laborales y generar condiciones que favorezcan la competencia un ejemplo de ello es en Brasil donde se informó la existencia de más de 15 formas de vinculación laboral en el sector público y en el marco de la gestión municipalizada; en Perú las formas flexibles de contratación de personal se están usando para instrumentar políticas de recuperación de servicios, de aumento de la cobertura y de promoción de formas de autogestión comunitaria de servicios. Una proporción significativa del personal (unas 10.000 personas) tienen contratos flexibles, pero en situación precaria y sin protección social” (4).

A nivel nacional y departamental el trabajador se rige con el Código sustantivo de trabajo el cual en el artículo 9 plantea “La Protección del Trabajo: El trabajo goza de la protección del Estado, en la forma prevista en la Constitución Nacional y las leyes” (5).

Mediante la protección del Estado se emplean acciones donde se ve por la salud del trabajador mediante la “salud laboral que ayuda a prevenir las lesiones, enfermedades, y las incapacidades mediante la mejora de las condiciones de trabajo y empleo, así como a promocionar la salud de las personas trabajadoras; la misión de la salud laboral es ayudar a que las personas disfruten de una saludable y prolongada vida laboral” (8). Lo que contribuye a la economía mediante un recurso humano sano y productivo en el tiempo.

Ahora bien, con respecto a la contratación en salud es un asunto de vital importancia, sobre todo en los tiempos actuales, ya que no puede desligarse de la problemática social, la situación geopolítica y los fenómenos que afectan a la salud pública y global.

El modelo de flexibilización es una respuesta de la crisis mundial de los años 70, en los marcos de la reestructuración productiva, el sector salud no es ajeno a este cambio, modificando los tipos de contratación laboral este puede ser de cinco clases:

- Por el tiempo que dure la realización de la obra o labor.

- A término fijo.
- De duración indefinida.
- Agremiación sindical.
- Por carrera administrativa-meritocracia

Como se aumentó la cobertura de salud era necesario garantizar una atención en todos los niveles de complejidad, lo que conllevó a un aumento de IPS y que las IPS contrataran más personal, pero sin una buena regulación contractual.

Ahora con los fenómenos sociales y el impacto directo de la pandemia por SARS-COV 2 (COVID-19), sobre la economía global, es necesario analizar este aspecto de gran importancia de las condiciones que se han vivido en el sector salud. Entendiendo que este debe engranarse con la situación económica a nivel nacional, pero además reconociendo y protegiendo el esfuerzo que han dedicado los trabajadores de la salud durante la atención de los pacientes y las necesidades relacionadas con esto que se generan en torno a sus grupos familiares.

Es una realidad que durante los últimos años se ha vivido un fenómeno de contrataciones en el sector salud de manera no adecuada causando consecuencias en el talento humano en salud, al no hacer vinculaciones directamente con las instituciones de salud si no ser tercerizadas afecta al trabajador en no tener adecuada cotización de salud y pensión, salario no oportuno, pagos no acordes según su nivel profesional, creando la necesidad de tener varios empleos para compensar su salario entre otros.

Se hace necesario hacer un análisis de la situación actual de la contratación en salud y las condiciones laborales de los trabajadores, generando investigación en torno a este tema que permita crear propuestas de mejora y regular la normatividad y ley existente que aplica para la contratación en sector salud.

Por lo tanto, con este trabajo se pretende aportar desde la academia para apoyar las necesidades de esta población, con oportunidad en el sistema del sector salud y condiciones de contratación que permitan iniciar el camino para resolver los conflictos generados por el abandono del gobierno con el sector salud.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores asociados a la inestabilidad laboral y las implicaciones en el talento humano en salud del departamento de Antioquia, a través de una revisión bibliográfica de los últimos 17 años.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar análisis de la normatividad vigente en la contratación del talento humano en salud.
- Describir las modalidades de contratación del talento humano por las entidades aseguradoras y prestadoras del servicio de salud.
- Nombrar las causas de cambios o requerimiento de múltiples trabajos en el personal de salud.
- Sugerir acciones de mejora en la contratación del talento humano en el sector salud.

5. MARCOS DEL PROYECTO

5.1. MARCO NORMATIVO Y/O LEGAL

Ley 50 de 1990 y las normas sucesivas se da inicio a la flexibilización laboral en Colombia en el marco del proceso de apertura económica por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones.

Esta formaliza el empleo temporal (Arts.71 al 96); el concepto de unidad empresa lo elimina, (Art.32) posibilita la jornada de 6 horas por turnos para evitar el pago de horas extras y compensatorios. Hoy en día el artículo 161 del código sustantivo del trabajo el empleador y el trabajador podrán acordar que la jornada semanal de cuarenta y dos horas se realice mediante jornadas diarias flexibles de trabajo, distribuidas en máximo de seis días a la semana con un día de descanso a la semana en el sector salud sería turnos rotativos no superior a estas horas semanales; Art. (30 y 31) permite los contratos a término fijo inferiores a un año , ya modificado por el artículo 4 del decreto - ley 2351 de 1965 quedará así: artículo 46. “El contrato de trabajo a término fijo debe constar siempre por escrito y su duración no puede ser superior a tres años, pero es renovable indefinidamente” (5).

(Art.3); este inicia contratos civiles de prestación de servicio para suprimir el pago de prestaciones sociales, en el momento contamos con el “artículo 34 del código sustantivo del trabajo el cual regula dos relaciones jurídicas que se produce entre la persona encargada de la ejecución de la obra y la persona que la lleva a cabo, siendo una relación laboral entre el ejecutor de la obra y sus empleados” (5), se encuentra en el sector salud en la actualidad este tipo de contrato el cual nos lleva a pensar qué relación que hay entre los trabajadores de la salud si realmente se está prestando un contrato de salud realidad a pesar de que formalmente se cumplen horarios, cuadro de turnos y de manera personal cumplen funciones según el cargo.

El “Artículo 132 del código sustantivo de trabajo el cual incluye prestaciones sociales recargos nocturnos, dominicales y festivos este integra el salario integral”. (5)

La Ley 10 de 1990, que desmontó el sistema estatal de salud, fortalece financieramente al sector y preparó a los hospitales para acceder a los recursos mediante venta de servicios. Un año más tarde, la reforma constitucional de 1991 legitimó la prestación de servicios públicos por parte del sector privado abriendo las posibilidades al mercado de la salud.

La “Ley 60 de 1993 fortaleció aún más los recursos financieros para el sector salud. El contenido nuclear de la reforma sanitaria se concretó en la Ley 100 de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social SGSS, instaurando un sistema de atención sanitaria basado en dos principios estratégicos complementarios: la

competencia regulada que ordena a los agentes estatales y privados competir por los recursos del sistema mediante la facturación de servicios; y el pluralismo estructurado que reorganiza los servicios y las relaciones entre los actores con criterios de mercado” (7).

la inestabilidad laboral que se está presentando por los tipos de contratación de prestación de servicios y terceros acarrea para el profesional de la salud una inestabilidad financiera, económica y de proyección profesional que no tiene un alcance en su parte profesional

5.2. MARCO TEÓRICO

En Colombia se realizaron un conjunto de “reformas que incluso precedieron a la ley 100 de 1993: la ley de 10 de 1990, que hizo una reestructuración al sistema de salud vigente en esa época; la ley 50 de 1990, la cual reformó el mercado laboral; la ley 30 de 1992, que reorganizó el sistema de educación superior (junto con lo que posterior añadió la ley de 1994), y la ley 60 de 1993, la cual descentraliza la administración y provisión de los servicios de salud de acuerdo con el nivel de complejidad en la prestación a los municipios, distritos y departamentos” (9).

A mediados de los 80 y en seguimiento de lineamientos internacionales inspirados en el consenso de Washington y el Banco mundial, Colombia asumió como política la modernización del estado y la apertura económica este proceso se da en dos etapas.

En primer lugar, se aplicaron “reformas de primera generación que se encaminaban por el fraccionamiento del Estado central (descentralización) y el debilitamiento de sus funciones tanto reguladoras como operativas; el fortalecimiento de las finanzas públicas; la liberalización de capitales, y la preparación del Estado para subcontratar sus responsabilidades con agentes privados” (10).

esto conlleva que la inestabilidad laboral se presenta como una situación de malestar generadora de estrés del sector salud, que puede desencadenar una serie de incidencias en la salud física y psicológica de quien percibe el cual afecta directamente a su círculo de relaciones sociales, cómo afecta esta inestabilidad en el talento humano en salud disminuye la satisfacción con el trabajo, generando una sensación de inseguridad, necesidades económicas que influyen en la actitud del trabajador.

En Colombia la reforma sanitaria de los 90 es considerada como segunda generación subordinada a los cambios en la política económica a través de la ley 10 de 1990, que cambio el sistema estatal de salud y la ley 100 de 1993 que la modifico por el Sistema Integral de Seguridad Social.

Hay que tener en cuenta que estos resultados apuntan a reducir la alta rotación del personal del sector salud, dado que disminuye la calidad en la atención a los pacientes, existiendo una oferta insuficiente de los trabajadores de la salud, aumentando el número de pacientes atendidos por días, aumentando su sobrecarga laboral.

Sobre la situación actual del personal de la salud en el país “pone manifiesto los aumentos constantes en las horas trabajadas semanalmente, que se ha venido presentando desde el 2018, donde en promedio se laboran 47 horas semanales, para el talento humano en salud, Además los tiempos de descanso prácticamente son inexistentes” (5).

Los riesgos a los que se encuentran los trabajadores de la salud, considerar falta de lugares que permitan el descanso adecuado del personal de salud, solo un 10% cuentan con estos espacios.

Considerando la importancia de prestar atención en la salud mental a los trabajadores del sector salud que resultaron afectados por el trabajo intensivo durante la pandemia, el 27% de los encuestados contó con acompañamiento psicológico (9).

Esta nueva realidad de la salud laboral requiere “nuevos sistemas de vigilancia, la trayectoria laboral de una persona, y sus diversos lugares de trabajo, se fragmentan y diversifican a lo largo de su vida laboral. Mantener la historia laboral de las personas y conectarla de manera sistémica con su historia de salud es esencial para establecer protocolos adecuados de prevención” (8).

En este sentido la salud laboral desempeña un papel importante en la “Implicación de las administraciones de salud pública en las tareas de salud laboral, incorporando el empleo y la ocupación como determinantes sociales clave para explicar la salud de las personas. Todo esto contribuye a la prevención de lesiones y enfermedades, y la promoción de la salud de las personas que trabajan, contribuye significativamente a la existencia de un mercado de trabajo decente y de calidad” (8).

La inestabilidad también se debe a el elevado nivel de desempleo y la informalidad laboral, así como la exclusión, segregación y discriminación de distintos grupos poblacionales en el mercado laboral, las personas que tienen contrato a término fijo, en vez de gastar empiezan a ahorrar para el momento en que le digan que no continúan laborando, esta situación impacta tanto en la economía del país, como en la calidad de vida de las personas. (9)

Hoy en día la protección de la estabilidad laboral ha ido disminuyendo de forma consecuente con las reformas laborales flexibiliza en virtud de políticas en donde prevalece la voluntad de las partes respecto a la duración del contrato y adicional a

ello se han disminuido notablemente los montos frente a la indemnización por despido sin justa causa.

Sin embargo, la estabilidad laboral a lo largo de la historia de las relaciones de trabajo se ha convertido en una de las grandes conquistas a alcanzar por parte de la clase trabajadora.

5.3. MARCO CONCEPTUAL

Después de la abolición de la esclavitud dio paso al derecho laboral, y esto comprende una serie de regulaciones que nos permite tanto el empleador y al trabajador tener el compromiso de toda clase de derechos como deberes frente a la actividad adquirida en una entidad.

En Colombia tenemos varios tipos de contratación el cual vamos a mencionar cada uno con el fin de describir la modalidad de contratación del personal de salud en el municipio de Antioquia.

Contrato por obra y labor: Artículo 45. Del código sustantivo del trabajo, es aquel que se acuerda con el trabajador para que realice una construcción, servicio o actividad específica dentro de la empresa, con una ejecución limitada de tiempo (5), muchas veces este tipo de contrato es tomado en el sector salud como un recurso en la contratación del personal de salud de manera permanente con cargos que se evidenciar ser fijo.

Contrato a término fijo: este está basado en el artículo 46 del código sustantivo del trabajo en donde debe constar siempre por escrito y su duración no puede ser superior a tres años, pero es renovable a término fijo (5).

Contrato a término indefinido: Artículo 47. Del código sustantivo del trabajo el contrato puede celebrarse por tiempo determinado, por el tiempo que dure la realización de una obra o labor determinada, por el tiempo indefinido o para la ejecutar un trabajo ocasional, accidental o transitorio (5).

Contrato por agremiación sindical: en Colombia existe tres formas de contratación laboral colectiva, uno de ellos es el contrato sindical que se define en el código sustantivo del trabajo en el artículo 2.2.2.1.16 como el que celebra con uno o varios sindicatos de trabajadores con uno o varios empleados o sindicatos, con el fin de realizar la prestación de servicios o la ejecución de una obra por medio de sus afiliados, en realidad no son por no estar asociados por profesionales de la salud si no con profesionales que están vinculados con IPS bajo prestación de servicios y por agremiación, están prestando su servicio bajo subordinación.

Contrato por carrera Administrativa: Ley 1033 del 2006 Artículo 125 de la constitución política de Colombia. Los empleos en los órganos del estado y entidades del estado son de carrera administrativa se exceptúan los de elección popular, los de libre nombramiento y remoción, los de trabajos oficiales y los demás que determine la ley. (5)

De estos tipos de contrato podemos concluir que la inestabilidad laboral en el sector salud de Antioquia se está presentado por un desconocimiento de los administradores de IPS de las ventajas que tiene las diferentes modalidades de contratación laboral y que en comparación de los gastos que lleva un contrato de término indefinido o por obra y labor con el profesional del sector salud y los gastos que incluyen la IPS son pocos. Todos estos factores de inestabilidad laboral, económica, profesional redundan en la calidad de la prestación del servicio de salud, conlleva al personal de salud en aumentar su desmotivación, realizar cambios de requerimientos de múltiples trabajos tratando de mejorar su salario para cumplir con lo básico de la canasta familiar.

Uno de los logros del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el “haber alcanzado una cobertura casi universal de aseguramiento, pero se calla lo que comprueban diariamente los profesionales de la salud: “esas cifras de cobertura no satisfacen las necesidades de salud de la población, especialmente de las que viven en extrema pobreza; que la calidad del servicio a los afiliados al sistema se ve afectada por las limitaciones impuestas por la facturación, la irracionalidad e insuficiencia de los planes de beneficios, el hecho que las EPS descuenten sus ganancias del monto que reciben para atender a los pacientes (de la unidad de pago por capitación-UPC); y que las condiciones de trabajo de la inmensa mayoría de los médicos, enfermeras y demás trabajadores de la salud es deplorable”(10).

5.4. MARCO CONTEXTUAL

Las reformas normativas han contribuido a cambiar las condiciones y relaciones laborales en el sector salud, pero también es de gran importancia la reforma educacional promovida en muchos países mediante la apertura de diferentes escuelas y universidades teniendo como resultado nuevas profesiones, nuevas leyes Universitarias y convenios con la Universidades públicas y el Estado lo cual implica un recurso para el nuevo talento humano en salud en el financiamiento de sus estudios y más profesionales que cubran la demanda en el sector salud contribuyendo a la economía y desarrollo del territorio.

A finales de “los años 90 en los países de América Latina y el Caribe aumentaba el dinamismo económico mediante la recuperación del empleo y la migración de las personas del área rural a el área urbana en miras de oportunidades laborales sin embargo los salarios seguían siendo bajos y desiguales y la pobreza aumentó manifestando las siguientes tendencias” (4).

De formales a informales: “En los últimos años el trabajo informal ha aumentado en casi todos los países de la región; llegando a constituir en algunos de ellos el 85% de empleo global” (4).

De bienes a servicios: “El 80% de los nuevos empleos se han creado en el sector de servicios. La expansión del empleo público en el sector salud se ha detenido en la mayoría de los países, El estado sigue siendo una fuente de empleo importante para América Latina” (4).

De baja a Alta calificación: Mayor demanda de obra calificada ya que aumenta la eficiencia y productividad.

Hacia una mayor flexibilidad en las relaciones individuales de trabajo: “Formas atípicas de contratación que va de la mano con la tendencia a la inestabilidad de dichas modalidades contractuales” (4).

Hacia la autorregulación de las relaciones colectivas: “El estado está ausente y a la vez se generan distorsiones e inestabilidad laboral” (4).

Tabla 1 Impacto de las reformas sobre el desempeño del personal de salud

Aspectos principales de las reformas	Implicaciones para el trabajo del personal
<ul style="list-style-type: none"> • Descentralización • Cambios en los ministerios: funciones y estructuras • Cambios en el financiamiento y en los sistemas de pago • Nuevas modalidades de gestión: externalización o contratación de terceros, compra de servicios, autonomía de servicios, etc. • Cambios en los modelos de atención, tanto en sus aspectos básicos como en su complejidad • Extensión de la cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor resolución • Nuevas funciones y áreas de competencia • Exigencia de mayor calidad y productividad • Cambios en la organización del trabajo y conformación de equipos • Nuevas formas de contratación • Énfasis en el desempeño y su evaluación • Cambios en los sistemas de incentivos • Regulación de los procesos de desarrollo de recursos humanos.

Información recogida en los nueve países de la región: Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Jamaica, México, Panamá y Perú. “Se encontró que Brasil cuenta con más de 15 modalidades contractuales en el sector público donde se flexibiliza la contratación (temporales, comisión), en Ecuador se le suma a la flexibilización contractual, la baja remuneración contractual, Costa Rica cuenta con disposiciones legales para la subcontratación de ciertos servicios (Vigilancia, lavandería, aseo) y flexibilidad contractual con respecto a el tiempo y el producto y por último en Perú las formas flexibles de contratación del personal son utilizadas para instrumentar políticas de recuperación de servicios, aumento de la cobertura y promoción de autogestión comunitaria de servicios” (4).

Se indica que unas 10.000 personas cuentan con contratos flexibles los cuales pueden llevar a situaciones precarias y sin protección social aumentando la inestabilidad laboral por contrataciones temporales sin garantías sociales, baja remuneración salarial lo que conlleva a el empleo múltiple (síndrome de Burnout), desempleo y empleo informal.

En el sector salud surgen nuevos modos de producir y financiar la atención en salud entre ellos participan diferentes actores en la provisión de los servicios de salud, en las leyes regulatorias que son el resultado del poder de los recursos y la financiación; esta situación se presenta en muchas regiones; una mirada a nivel nacional la ley 789 del 27 de diciembre de 2002 agrega nuevos elementos para flexibilizar los contratos laborales, entre ellos la ampliación de la jornada laboral diaria diurna de trabajo; a su vez la restricción del tiempo de la jornada nocturna , esto conlleva a la reducción de sobrecargos salariales para los días domingos y feriados y la disminución de la indemnización por despido sin justa causa para trabajadores de diez o más años, adicional se promueven los contratos de aprendizaje con salarios menores al salario mínimo mensual (hasta 50% en la fase lectiva y hasta el 75% durante la práctica).

El comité mixto de la organización internacional del trabajo (OIT) y de la organización mundial de la salud (OMS) en su primera reunión en 1950 y revisada en su duodécima reunión en 1995, la meta de la salud en el trabajo consiste en lograr el bienestar físico, mental y social de los trabajadores, evitando riesgos de agentes perjudiciales a su salud, situar al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas, promoviendo una estabilidad del personal de salud.

Las reformas aprobadas por el congreso de Colombia en los últimos 12 años (ley 50 de 1990 y ley 789 de 2002), conservan la tendencia hacia la desregulación, la flexibilización, disminución de los costos de la fuerza de trabajo, la contratación y la inestabilidad en los tipos de contrato laboral (1).

Se puede decir que la ley 100 realizo un cambio general en el modelo de salud en Colombia, incluyendo cambios en las condiciones laborales del profesional del sector salud, modificando a partir de dicha ley, sin que incluyera artículos específicos con la contratación, tabla salarial o condiciones laborales, esta reforma llevó a la ampliación de cobertura de salud y permite la entrada de empresas privadas para administrar y promover servicios de salud, esto conlleva aumento de nuevos puestos de trabajo, al mismo tiempo crece la demanda de programas de educación en salud llevando apertura cupos de las carreras profesionales en salud con poca oferta educativa en ese momento.(13)

Con respecto al nivel departamental se analizó varios artículos que describen las condiciones laborales presentadas por el talento humano en Salud en las diferentes regiones de Antioquia uno de ellos es la evaluación y un estudio de caso referente

a un proyecto de investigación financiado por la Escuela Nacional Sindical de Medellín el cual aborda el “Análisis de las condiciones laborales en el sector salud a partir de la ley 100 de 1993” (12).

Como se mencionado anteriormente la Ley 100 de 1993 ha traído grandes cambios en el Sistema de Salud Colombiano, no dejando a un lado los trabajadores de la salud afectándolos en sus condiciones laborales ya que no se cuenta con un artículo, ley o norma que regule los diferentes modelos de contratación, garantías laborales y el nivel salarial. Con el aumento de la demanda y la oferta del talento humano en salud se aumentó la inestabilidad laboral, esto se evidencia mediante un “estudio de la Universidad de Antioquia que para el año 2000 la capacidad de observación del sistema era de 278.685 profesionales de los cuales el 7,7% lo hacía como ejercicio particular. de 24 mil médicos 11 mil estaban empleados y 20.306 profesionales de enfermería 10.667 estaban contratados. pasa todo lo contrario con la profesión auxiliar de enfermería ya que el 11,6% lo que suma 79,139 estaban vacantes” (12).

Se evidencia un aumento en la oferta de la profesión auxiliar de enfermería para dar respuesta a las diferentes necesidades del sector salud, y un descenso de las profesiones con mano de obra calificada ya que su contribución salarial es más alta, un ejemplo de ello son la Profesión de Enfermería la cual tuvo un significativo descenso con la asignación de nuevas funciones a el rol de auxiliar de enfermería.

6. METODOLOGÍA

6.1. TIPO DE ESTUDIO Y ENFOQUE

El presente trabajo se realizó bajo los parámetros de una monografía la cual comprende la elección y análisis de varios textos académicos que den cuenta de la problemática planteada. Tiene como finalidad “indicar los avances y las tendencias de desarrollo en dichas áreas; caracterizándose por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de publicaciones científicas, artículos técnicos, tesis y artículos de revisión, utiliza técnicas muy precisas de la documentación existente, que indirecta o directamente, aporta la información” (2).

La metodología propuesta permite “la explicación sistemática de realidades (teóricas o no) usando varios tipos de documentos. Siendo objetiva y veraz para la obtención de datos reales sobre un problema determinado y llegar a conclusiones aceptables, con una secuencia sistemática de las ideas plasmadas con un lenguaje claro y preciso, para su total comprensión por parte del lector” (2).

El presente trabajo pretende recopilar de forma directa información sobre los diferentes factores que intervienen en la inestabilidad laboral de los profesionales del sector salud en Antioquia; en la búsqueda de información, publicaciones y artículos se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

6.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Campo de revisión: Países de Latinoamérica, Colombia y departamento de Antioquia
- Tipos de Artículos: búsqueda de palabras claves verificadas en el tesauro y revisión de literatura gris como artículos originales, artículos de revisión, Estudios de caso, estudios observacionales descriptivos, estudios epidemiológicos, ensayos y revisiones narrativas encontradas en la cibergrafía y en las diferentes plataformas dispuestas por la Universidad de Antioquia
- Idioma: español
- Periodo: 2005 a 2022 (17 años)
- Lugar de Publicación: Nacional e internacional

6.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Idioma diferente al español, Tiempo de publicación mayor a 17 años y artículos no relacionados con la inestabilidad laboral del talento humano en salud.

6.4. OBTENCIÓN DE ARTÍCULOS Y SELECCIÓN DE BASES DE DATOS

Se inició el proceso de búsqueda de la información en las páginas dispuestas por el Estado Colombiano como Portal Único del Estado Colombiano (GOV.CO), el Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud, Congreso de la República, Defensoría, Contraloría General de la República, El Código Sustantivo de Trabajo, la Organización Panamericana de la Salud OPS, la Organización Internacional de Trabajo (OIT) y la OMS; se pudo recolectar y analizar información de la normatividad que rige a el empleado y el empleador, sus diferentes tipos de contratación y disposiciones finales para el ejercicio del talento humano en salud.

Se continuó la búsqueda de literatura gris en las diferentes bases de datos internacionales y nacionales: Scielo, Pubmed, Oxford Journals, DOAJ, Scencedirect, DOAJ, Ebsco, Embase, Lilacs, Nature, Taylor & Francis, Blackwell Reference online, Ovid, Sprink link, OverDrive.

Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: Inestabilidad laboral, talento humano en salud, ley 100 de 1993, Estado, empleo formal e informal, contrato laboral, empleado y empleador, condiciones laborales, salud, protección, estrés y ansiedad.

La consulta se realizó durante los meses de agosto a septiembre de 2022, a través de las plataformas dispuestas por la Universidad de Antioquia como el Sistema de Bibliotecas, Sistema de Revistas UdeA, Tesouro y Repositorio institucional; así mismo se utilizó el buscador Google Scholar y Dialnet.

Se obtuvo un total de 24 artículos los cuales fueron consolidados en una matriz de Excel con las siguientes variables:

- Nombre del artículo
- Nacionalidad
- Autor
- Año de publicación
- País de publicación
- Resumen
- Resultados
- Referencia

6.5. MÉTODO DE REVISIÓN DE LOS ARTÍCULOS ENCONTRADOS

Después de aplicar los criterios de inclusión se obtuvo un total de 24 artículos, Posteriormente aplicados los criterios de exclusión se obtuvo un total de 13 artículos para su respectivo análisis de acuerdo con los objetivos planteados y propósito de la presente monografía; durante los meses de octubre a inicios de noviembre de

2022 se analizó los artículos a través de la lectura de cada uno por parte de las investigadoras y su respectivo análisis en una segunda matriz de Excel con las siguientes variables:

- Tipo de documento
- Nombre del artículo
- Nacionalidad
- Año de publicación
- País de publicación
- Justificación
- Planteamiento del problema
- Marco teórico/conceptual/textual
- Resultados
- Discusión
- Referencia

6.6. CATEGORÍA DE ANÁLISIS

La categoría de análisis está enfocada a los objetivos generales específicos y la pregunta orientadora frente a los factores asociados a la inestabilidad laboral y las implicaciones en el talento humano en salud en el departamento de Antioquia.

En el análisis de los artículos se tuvieron en cuenta las subcategorías relacionadas con:

- Salud mental del talento humano en salud
- Estrés
- Síndrome de Burnout
- Desmotivación laboral
- Tercerización de trabajo
- Afectación económica
- Riesgo financiero en el talento humano en salud

6.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta es una investigación mínimamente riesgosa, ya que no se expone a la persona a un procedimiento invasivo, sino a una revisión bibliográfica tipo monografía. Las condiciones éticas de la investigación son las siguientes:

a) Derecho a saber: Se proporcionará información detallada sobre el propósito, los procedimientos, las herramientas de recolección de datos y la difusión de la investigación según lo consideren apropiado.

b) Se tuvo presente también el no incurrir en los delitos citados en la normatividad sobre derechos de autor y propiedad intelectual en Colombia: violación de los

derechos morales del autor, mutilación, reproducción de una obra sin autorización del autor, defraudación a los derechos patrimoniales del autor, el plagio etc.

c) Confidencialidad Profesional: Por la importancia y el respeto a la dignidad y el valor de la persona, así como el respeto al derecho a la intimidad, la investigación garantiza el anonimato en donde se expone en la revisión de tema nombres de instituciones que se encuentran relacionadas con el tema de inestabilidad laboral. Los investigadores se comprometen a no reportar los nombres de los participantes u otra información que pudiera identificarlos en sus publicaciones.

d) Remuneración: El propósito de este estudio es muy académico y profesional, sin ningún requisito económico.

e) Divulgación: Los resultados de la investigación se divulgarán mediante la publicación en un artículo de revista científica. No obstante, durante estas comunicaciones se mantendrá el secreto profesional.

7. RESULTADOS

7.1. ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA INESTABILIDAD LABORAL EN EL TALENTO EN SALUD.

7.2.1 Análisis normativo

Cada vez es más visible en las diferentes regiones la precarización laboral en el talento humano en Salud, por tal motivo diferentes actores participan en estrategias y acciones que brinden adecuadas garantías laborales mediante un trabajo digno que dé respuesta a las necesidades presentes en la población; una de las estrategias internacionalmente es el “Llamado a la Acción de Toronto para un década de Recursos Humanos en Salud (2006-2015) la cual tiene como iniciativa fomentar la unión y el trabajo de diferentes sectores que contribuyan a la valorización, desarrollo y fortalecimiento de los Recursos Humanos en Salud en las Américas” (3). Esta acción aporta al desarrollo de la fuerza de trabajo mediante la formación y valoración del recurso humano alineándose con la calificación creciente y constante del Sistema de Salud.

“La ley 100 de 1993, en su artículo 194, propone la transformación de las instituciones de salud en empresa social del estado –ESE-, lo cual implica que éstas se conviertan en empresas autónomas presupuestal y administrativa, auto sostenibles financieramente, a través de venta de los servicios” (9).

“La prestación de los servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las empresas sociales del Estado que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso” (7).

Después de la búsqueda de la información en las páginas dispuestas por el Estado Colombiano como Portal Único del Estado Colombiano (GOV.CO), el Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud, Congreso de la República, Defensoría, Contraloría General de la República, El Código Sustantivo de Trabajo, la Organización Panamericana de la Salud OPS, la Organización Internacional de Trabajo (OIT) y la OMS; obtenemos como resultado principal de la inestabilidad laboral del personal de salud en Antioquia tanto en entidades públicas como privadas, son los tipos de contratos de prestación de servicio y la tercerización acarrea para el profesional de salud, desventajas en la contratación, desmotivación frente al trabajo.

Lleva a una tensión para el profesional porque no puede tener otra alternativa de trabajo. (contratos de exclusividad); se observa remuneraciones inferiores a de los profesionales que cuentan con contratos a término fijo e indefinido o de libre

nombramiento. no goza de prestaciones sociales ni vacaciones, afecta el clima laboral por la inequidad en el ingreso de los profesionales.

De igual importancia los profesionales del sector salud que cuentan con contratos de agremiación sindical la cotización al sistema de seguridad social es inferior a lo que realmente se recibe de compensación, colocando en riesgo las garantías para la atención de licencias de maternidad, incapacidades o pensiones, con la gravedad que todo este conjunto de sucesos nos lleva a cometer errores clínicos o malas prácticas.

Con el fin que las entidades estatales u oficiales encargadas de prestar o coordinar los servicios de salud en las entidades territoriales implementen concursos públicos de méritos para la provisión definitiva de las vacantes y los cargos que tienen, con el propósito de ir acabando con la figura de la provisionalidad o los nombramientos de dicha remoción en estas entidades y disminuir la contratación con terceros.

Las ventajas que tienen las entidades prestadoras del servicio de salud en Antioquia que tienen vinculado al personal de salud directamente con la empresa es la estabilidad del personal de salud cuenta con todas sus prestaciones, puede tener proyección financiera, pagos oportunos y equitativos según su profesión.

Para las empresas facilidad para dar continuidad en el servicio, los profesionales están más involucrados y comprometidos en la prestación de los servicios.

Se hace contención de costos debido a que se elimina la carga prestacional, mayor posibilidad de tener el personal adecuado a la calidad y al tiempo que la institución prestadora lo requiera.

Ante la situación de inestabilidad laboral existen dos posiciones: “una por el Presidente de la República y su Ministro de Protección Social, que considera que basta con hacer algunos “ajustes” y aprobar por medios de decretos la reglamentación de las Leyes ya existentes para darle mayor capacidad de gestión y fiscalización al sistema de salud; la otra representada por un grupo de académicos y unos pocos políticos y usuarios del sistema, que plantean la necesidad de realizar una reforma radical que implica diseñar e implementar un nuevo modelo de salud” (10).

Primer debate de comisión II senado, convenio 149 de la OIT que mejora las condiciones laborales. El 70% tiene contratos precarios y tercerizados. Hoy se reconoce el cuidado profesional de la vida (Iván Cepeda Castro)

7.2.2 Análisis contractual

Lleva a una tensión para el profesional porque no puede tener otra alternativa de trabajo. (contratos de exclusividad); se observa remuneraciones inferiores a de los

profesionales que cuentan con contratos a término fijo e indefinido o de libre nombramiento. no goza de prestaciones sociales ni vacaciones, afecta el clima laboral por la inequidad en el ingreso de los profesionales.

7.2.3 Factores psicosociales del talento humano en salud referente a la inestabilidad laboral

Un análisis encaminado a el talento humano de Enfermería evidencia que es importante para potencializar los objetivos y las metas de la atención en salud “a nivel de las Américas es insuficiente las enfermeras y parteras para la atención básica de salud, se observan inadecuadas condiciones de trabajo y de integración de estos profesionales a los diferentes servicios de salud; concurriendo para graves consecuencias para la calidad y la amplitud de la atención en salud” (3).

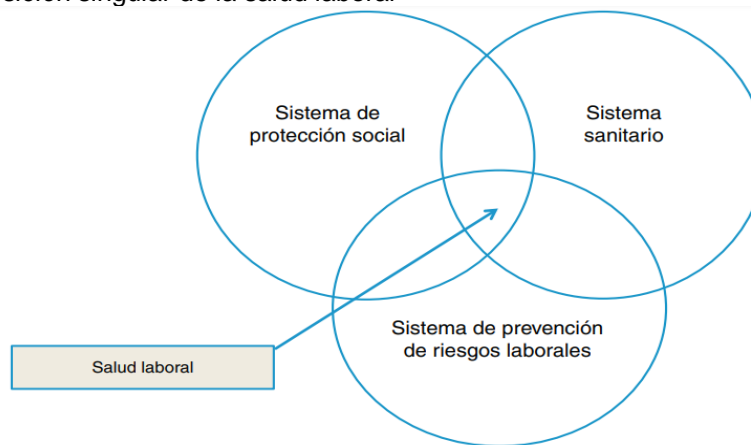
Brasil en compañía del Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación plantearon un programa que dirige y sostiene el “proceso de cambio a favor de la operacionalización del Sistema Único de Salud a través de sus recursos humanos mediante programas de inversión de las personas Pró-saúde que tiene por objeto reorientar el proceso de formación, establecer mecanismos de integración y cooperación entre los gestores del estado y las instituciones de educación superior (Enfermería, Medicina y Odontología) ampliando la duración de la práctica educacional en la red pública de los servicios básicos de salud” (2). Esto favorece a la buena relación entre las instituciones de educación superior y las diferentes redes prestadoras de los servicios de salud haciendo de la práctica académica un acercamiento a la realidad del trabajo aportando a los principios de Universalidad mediante el recurso humano suficiente para atender las necesidades en salud de toda la comunidad y eficiencia aprovechando todos los recursos presentes para la atención en salud.

Los diferentes cambios tecnológicos, económicos y políticos “están fragmentando la vida laboral de las personas y reduciendo la renta de trabajo, como resultado esto reduce sus ingresos que dependen en gran medida del pleno empleo con salarios dignos y su poder de compra, que así mismo afecta a los beneficios de las empresas, comprometiendo su capacidad para hacer frente adecuadamente a sus compromisos de bienestar social” (8).

La incapacidad laboral sea permanente o temporal de origen común o profesional “afecta la capacidad de las personas que trabajan, dificultando su continuidad en el mercado de trabajo, con la consiguiente pérdida de ingresos, así como de productividad que afecta al propio individuo, a la empresa y al conjunto del país” (8). Las empresas ya sea de ámbito privado y/o público deben contar con un sistema que garantice la salud de sus trabajadores favoreciendo el derecho a la salud y a un trabajo digno donde se mitiguen y controlen los riesgos laborales y las incapacidades laborales. En diferentes regiones se cuenta con un sistema de prevención de riesgos laborales donde se incluyen acciones encaminadas a la

protección del trabajador en diferentes campos de acción como los son estructurales, ergonómicos, ambientales y psicosociales y las actividades de Promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de incapacidades, lesiones y enfermedades. Es de gran importancia que el Estado mediante acciones de salud pública en conjunto con el sistema y/o programa de prevención de riesgos laborales formulen y ejecuten actividades que intervengan el síndrome de Burnout situación que se aumentando en los trabajadores de la salud por diferentes circunstancias como pocas garantías laborales, contratación informal y baja remuneración salarial lo que conlleva a subempleo y el empleo informal.

Figura 1 Posición singular de la salud laboral



Se identifican acciones encaminadas hacia la salud laboral del futuro; como que todos los empleos ya sean dependientes e independientes lo hagan de manera formal lo cual les garantiza derechos y beneficios sociales legalmente reconocidos contribuyendo a el trabajo digno y la estabilidad laboral y económica; otra acción es la coordinación y articulación de las diferentes administraciones como es el Ministerio de Salud y Ministerio de Trabajo donde formulen estrategias donde se acoja a el trabajador en todo sus aspectos, y por último la acción de hacer partícipe a los trabajadores en las acciones tomadas a través de los mecanismos de participación entre los trabajadores y las empresas.

La participación activa del recurso humano y la coordinación entre diferentes entidades es necesaria dada la actual reforma de trabajo y de las prestaciones sociales, un ejemplo de ello es “el retraso en la edad de jubilación ya que la prolongación y la fragmentación de la vida laboral hacen aún más necesaria esta coordinación que ofrezca seguridad cuando se padece un problema de salud; así mismo que el acceso al derecho a la incapacidad temporal por un problema de salud sea igual para un trabajador permanente o uno temporal”(8).

7.3. ACCIONES DE MEJORA EN LA CONTRATACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN EL SECTOR SALUD

Primer debate de comisión II senado, convenio 149 de la OIT que mejora las condiciones laborales. El 70% tiene contratos precarios y tercerizados. Hoy se reconoce el cuidado profesional de la vida (Iván Cepeda Castro)

El talento humano en Salud debe estar presente y participar en los ámbitos académicos, profesionales y políticos, y entender que se puede tomar una posición fundamentada en el conocimiento riguroso del sistema de salud de nuestro país y poder contribuir con el cambio donde se brinden garantías laborales para todos los trabajadores como vinculación directa con la Entidad Promotora de Salud o Institución Prestadora de Salud, protección social y remuneración salarial adecuada a su profesión.

8. DISCUSIÓN

Antes de la ley 100 de 1993 el mercado laboral del sector salud en Colombia se conformaba por los subsectores: *Seguridad social* (prestadores privados y medicina prepagada seguros voluntarios) administrado por empresas privadas cuyo régimen era de libre empresa, mediante este régimen los usuarios adquirirían directamente los servicios con las empresas y no se presentaba tercerización de servicios y/o administración y financiamiento de los servicios de salud por terceros; el siguiente subsector era el conformado por aportes del Estado y las red de prestadores públicos; todo esto influenciaba en la relación médico-paciente ya que la atención se segmentaba según la capacidad de pago del usuario, los profesionales especialmente los médicos contaban con dos modalidades para fijar tarifas diferenciales:

El artículo Los profesionales de la salud y la crisis del sistema de salud en Colombia ¿indignación o acomodamiento? evidencia la urgencia de reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que se ve afectado por la corrupción “Reconocida por la sanción de la Superintendencia de Industria y Comercio por \$16.984 millones a 14 Empresas Promotoras de Salud (EPS) y a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI)”.(10)

Otro fenómeno que se presenta es que la “sostenibilidad financiera está seriamente comprometida, a más que la red de hospitales públicos y otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) están al borde de la quiebra: de acuerdo con el último corte de cartera da 30 de junio de 2011, a los hospitales públicos se les adeuda \$3,8 billones. la mitad de los cuales corresponden a dineros no pagados por parte de las EPS; más grave aún es que estas deudas y las que existen entre el Fondo de Solidaridad y Garantías, las EPS y las IPS se intentan solucionar por parte del gobierno con un rescate financiero de las EPS y otra series de medidas apenas enunciadas que seguramente consisten en un refinamiento del modelo de intermediación con ánimo de lucro, que es la única razón de ser de las EPS, y la causa principal del desastre actual del SGSSS” (10).

Esto refleja la urgencia de reducir el número de EPS de las 72 existentes a menos de 20.

Uno de los beneficios de la reforma de la ley 100 de 1993 fue la ampliación de la cobertura de salud mediante la creación del régimen subsidiado con ello suscitaron diferentes acciones como el aumento de la oferta y la demanda de talento humano en salud para dar respuestas a las diferentes necesidades del Territorio Colombiano todo esto conlleva a un aumento en los recursos del SGSSS dando entrada a la administración y financiación de los recursos mediante las empresas privadas nombradas Entidades Promotoras de Salud-EPS.

La cobertura del sistema de salud no satisface las necesidades de salud de la población especialmente los que viven en extrema pobreza, se ven reflejadas limitaciones como la facturación, la irracionalidad e insuficiencia de los planes de beneficios; adicionalmente las condiciones de trabajo de los médicos, enfermeras y demás trabajadores de la salud es deplorable. Un Ejemplo de ello es la rutina de un servicio de urgencias. (9)

beneficios; adicionalmente las condiciones de trabajo de los médicos, enfermeras y demás trabajadores de la salud es deplorable. Un Ejemplo de ello es la rutina de un servicio de urgencias. (9)

Desde la constitución política de 1991 se determinó que la salud no es un derecho fundamental “sino que los colombianos tenemos el derecho a la seguridad social pero no a la salud, tal como quedó contemplado en el capítulo II De los derechos sociales, económicos y culturales; esta concepción abrió paso para que aprobara la ley 100 de 1993 con la que se estableció un sistema de seguridad social, en el que se acoge lo que se conoce como un modelo de competencia regulada” (9). Este sistema de aseguramiento está basado en la intermediación financiera de las EPS, a su vez la ley 100 de 1993 “redujo a el Estado colombiano a un simple “modulador” o “armonizador” de las leyes del mercado en el negocio de la salud” (9).

Luego de implementada la ley 100 de 1993 la cual garantiza el derecho a la salud de toda la población colombiana su apartado para el tratamiento del recurso humano es escaso “la reforma solo se refiere a un sistema de incentivos a los trabajadores y profesionales del sector salud a través de estímulos salariales y no salariales como educación continua y crédito de vivienda” (6). pero no se menciona garantías laborales y protección social por parte del Estado a el talento humano en salud.

En tercer lugar, pero no menos importante, “se encuentra un punto crítico dentro del sector debido a la existencia de subempleo subjetivo incluso entre las profesiones que se encuentran mejor remuneradas. En este sentido, alrededor del 20% de la población encuestada se encuentra inconforme con su trabajo y con el número de horas semanales que le dedican y, además, cerca del 47% del total de la muestra se encuentra insatisfecha con su remuneración. Además de lo anterior, se encuentra que existen altas inconformidades con los beneficios y prestaciones que se reciben” (6).

9. CONCLUSIONES

“El observatorio de recursos humanos en salud debería promover un análisis intersectorial (academia, profesionales, instituciones de salud, sindicatos, etc.) para discutir qué actividades deben ser tercerizadas y cuáles, realizadas directamente por la institución de salud, teniendo en cuenta no sólo el asunto de reducción, contención de costos, sino además su impacto en la calidad y en la salud de la población” (12).

Los factores de riesgo que presentan como circunstancia en la inestabilidad laboral del sector salud en Antioquia, en general es el tipo de contratación al no haber una estabilidad en el contrato son pocas instituciones de salud que tiene vinculación del trabajador directamente con la institución, recurriendo a tipos de contrato con tercero, así afecta al personal de salud en su calidad de vida, estado financiero, comportamiento y productividad, llevando a una desmotivación e insatisfacción laboral y enfermedades como generadoras de estrés en el lugar de trabajo, ocasionando “patologías consideradas como enfermedades profesionales en el decreto 2566 de 2009 del Ministerio de la Protección Social.”(21)

En los últimos años se ha ido perfeccionando formas de flexibilización laboral tales como, las cooperativas y las empresas asociativas de trabajo al igual que las formas de contratación deslaborizadoras como por ejemplo el contrato de prestación de servicios.(12) esta forma de flexibilización laboral con ellas fomentan la creación de nuevos empleos, cualificar la mano de obra, reduciendo costos laborales, llevando al profesional del sector salud inadecuada cotización a salud y pensión, empleabilidad en varios sectores, siendo los únicos beneficiarios los empresarios de estas empresas.

Podemos buscar alternativas desde las políticas estatales regular y estandarizar los tipos de contratación del personal de salud en Antioquia, para que el sector salud no continúe en esta condición que parece haber caído en la cotidianidad de las entidades del sector salud.

10. RECOMENDACIONES

Se sugiere que las entidades estatales u oficiales encargadas de prestar o coordinar los servicios de salud en las entidades territoriales implementan concursos públicos de méritos para la provisión definitiva de las vacantes y los cargos que tienen, con el propósito de ir acabando con la figura de la provisionalidad o los nombramientos de dicha remoción en estas entidades.

Fortalecer la agremiación de los profesionales del sector salud a través del fortalecimiento de las colegiaturas fomentando la formalización laboral.

La creación de unas tablas salariales de las diferentes disciplinas que proporcionen un ingreso razonable y equitativo en las diferentes disciplinas.

En las instituciones de salud disminuir la contratación a través de terceros tanto en el sector salud como en el sector privado con el fin de mejorar las garantías laborales.

Implementar cada institución la aplicación de los incentivos laborales para todos los profesionales de salud de la entidad independiente de la forma de contratación.

Cada institución prestadora de servicio de salud debe velar por cada trabajador cumpliendo el propósito fundamental de la organización internacional del trabajo promoviendo el acceso a oportunidades de trabajo decente, productivo garantizando una vida digna “El trabajo digno, protegido y gratificante es una de las condiciones para conquistar y sostener una vida plena, digna y saludable” (22).

11. ANEXO

TÍTULO	NACIONALIDAD DEL ARTÍCULO	PAÍS DE LA PUBLICACIÓN	AÑO DE PUBLICACIÓN	AUTOR Y REFERENCIA
Sistemas de Salud en búsqueda de excelencia: los recursos humanos en foco	Internacional	Brasil	2006	Isabel Amélia Costa Mendes. Maria Helena Palucci.
Estado de Bienestar y salud pública: el papel de la salud laboral	Internacional	España	2018	Fernando G. Benavides. Jordi Delclós. Consol Serra.
Los profesionales de la salud y la crisis del sistema de salud en Colombia ¿indignación o acomodamiento?	Nacional	Colombia	2011	Laura de Pilar Cadena Afanador. Bernardo Useche Aldana.
Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral	Internacional	Estados Unidos	2000	Pedro E. Brito Quintana.
Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de ley 100 de 1993: evolución y	Nacional	Medellín	2007	Jorge Hernán Florez Acosta. Sara Catalina Atehortúa Becerra. Alba Cristina Arenas Mejía.

un estudio de caso para Medellín				
Relaciones laborales en el sector salud sistema general de seguridad social en salud de Colombia: el caso de la ciudad de Cali.	Nacional	Cali	2006	Ministerio de la Protección Social de Colombia Dirección de Análisis y Política de Recursos Humanos. Organización Panamericana de la Salud
La reforma de la salud y su componente político: un análisis de factibilidad .	Internacional	México	2002	A. González Rossetti. O. Mogollón
Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina	Internacional	Texas, Estados Unidos	2005	Antonio Ugalde. Nuria Homedes.
Sistema de salud de Colombia	Internacional	México	2011	Ramiro Guerrero Ana Isabel Gallego Victor Becerril Montekio. Johanna Vásquez.

Marco Normativo del contrato de prestación de servicio profesional del sector salud en Colombia	Nacional	Colombia, Santa Marta	2022	Lorraine Yoselin Rojas. Gustavo Vanegas Velásquez
La garantía de la Estabilidad laboral al personal de la salud que laboró durante la crisis sanitaria 2020, en el marco de la Ley Orgánica de Apoyo Humanitario	Internacional	Quito, Ecuador	2022	Daisy Pamela Sánchez López
El principio de Estabilidad Laboral en Colombia: la tensión de los derechos sociales laborales VS las políticas neoliberales de flexibilización	Nacional	Colombia, Bogotá	2018	Sandra Carolina Cerquera Unda.

Riesgo Psicosocial en trabajadores de la salud	Nacional	Colombia, Medellín	2015	Inefray Mendoza Mosquera
--	----------	--------------------	------	--------------------------------

12. REFERENCIAS

1. Ministerio De Salud Y Protección Social. Minsalud.Gov.Co, 2022, <https://www.minsalud.gov.co/Portada2021/index.html>. Accessed 22 Nov 2022.
2. Costa I A, Palucci M H. Sistema de salud en busca de la excelencia: recursos humanos en el punto de mira. Rev Latino-am Enfermagem 2006 <https://pdfs.semanticscholar.org/be11/03718c82aa7b8b92c8b7571c246adac82414.pdf>
3. Suin-Juriscal. Código sustantivo del trabajo. Suin-Juriscal.Gov.Co, 2022, <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Codigo/30019323>. Accessed 22 Nov 2022.
4. ILO. Trabajo Decente. Ilo.Org, 2022, <https://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--es/index.htm>. Accessed 22 Nov 2022.
5. Ministerio de salud. ley 100 de 1993. minsalud.gov.co 1993 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
6. Benavides F., Delclós J., Serra C. Estado de bienestar y salud pública: el papel de la salud ocupacional. Ciencia directa 2018; 32(4):377-380 . <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2017.07.007>
7. Colombia, Ministerio de Salud. Informe de actividades al Congreso de la República 1998-1999. Bogotá: MINSA; 1998. [Enlaces] <https://www.radionacional.co/actualidad/salud/sector-salud-en-colombia-estudio-revela-posible-crisis>
8. Cadena L., Useche B. Profesionales de la salud ante la crisis del sistema de salud en Colombia: ¿indignación o acomodamiento? Med UNAB 2011; 14(2): 83-85. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/1558/1465>
9. Quintana P E. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Revista Panamericana de la Salud, 2000 artículo <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8781/3018.pdf?sequence=1>

10. Artículo de Medellín <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16a07.pdf>
11. Monografía http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002015000100007#:~:text=La%20monograf%C3%ADa%2C%20es%20un%20texto,conocimiento%20de%20a%20tem%C3%A1tica%20espec%C3%ADfica .
14. Relaciones laborales en el sector salud, el sistema general de seguridad social en salud en Colombia: el caso de la ciudad de Cali. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/UNIV/relaciones-laborales-sector-salud.pdf>
15. González A, Mogollón O. La reforma de salud y su componente político: un análisis de factibilidad. Gac Sanit. 2002; 16(1):39-47. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112002000100006
16. Gómez-Arias RD; Universidad de Antioquia. La mortalidad evitable como indicador del desempeño de las políticas de salud. Colombia, 1985-2001. Medellín: Universidad de Antioquia; 2008. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2008000200014
17. Ugalde A, Homedes N. Reformas neoliberales en el sector salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. Rev Salud Pública de Panamá. 2005;17(3):202-9. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v17n3/202-209/>
18. Yepes-Luján F; Colombia, Ministerio de Salud. Salud en Colombia. Estudio del sector salud. Bogotá: MINSA; 1990 (contractuales) https://books.google.com.co/books/about/La_Salud_en_Colombia.html?id=NVxgAAAAMAAJ&redir_esc=y
19. Ronderos MT. Lo mejor y lo más débil del sistema de salud colombiano. Revista semanal. 2009; 6 de julio. <https://www.semana.com/nacion/salud-seguridad-social/articulo/lo-mejor-mas-debil-del-sistema-salud-colombiano/104899-3/>

20. defensoria.gov.co [Internet]. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2014 [actualizado el 23 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.defensa.gov.co/>
21. Martínez F. La crisis de la seguridad social en salud en Colombia. ¿Efectos inesperados del arreglo institucional? Bogotá: Fedesalud; 2013. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/fichas-tecnicas-indicadores-resolucion-0256-2016.pdf>
22. Contraloría General de la República. economía colombiana. Contraloría General de la República. Sistema Nacional de Salud: inmensamente rico en su miseria. Economía Colombiana No 336. Bogotá: Contraloría General de la República; 2012. [https://www.contraloria.gov.co/fi/resultados/publicaciones/publicaciones-regalias/-/document library/wyaj/view/1078412? com.liferay.document library.web portlet.DLPortlet INSTANCE wyaj.redirect=https%3A%2F%2Fwww.contraloria.gov.co%2Ffi%2Fresultados%2Fpublicaciones%2Fpublicaciones-regalias%2F-%2Fdocument library%2Fwyaj%2Fview%2F1077929%3F com.liferay.document library.web portlet.DLPortlet INSTANCE wyaj.redirect=https%253A%252F%252Fwww.contraloria.gov.co%252Ffi%252Fresultados%252Fpublicaciones%252Fpublicaciones-regalias%252F-%252Fdocument library%252Fwyaj%252Fview%252F2473340%253F com.liferay.document library.web portlet.DLPortlet INSTANCE wyaj.repositoryId%253D20125](https://www.contraloria.gov.co/fi/resultados/publicaciones/publicaciones-regalias/-/document%20library/wyaj/view/1078412?com.liferay.document%20library.web.portlet.DLPortlet%20INSTANCE%20wyaj.redirect=https%3A%2F%2Fwww.contraloria.gov.co%2Ffi%2Fresultados%2Fpublicaciones%2Fpublicaciones-regalias%2F-%2Fdocument%20library%2Fwyaj%2Fview%2F1077929%3Fcom.liferay.document%20library.web.portlet.DLPortlet%20INSTANCE%20wyaj.redirect=https%253A%252F%252Fwww.contraloria.gov.co%252Ffi%252Fresultados%252Fpublicaciones%252Fpublicaciones-regalias%252F-%252Fdocument%20library%252Fwyaj%252Fview%252F2473340%253Fcom.liferay.document%20library.web.portlet.DLPortlet%20INSTANCE%20wyaj.repositoryId%253D20125)
23. Colombia, Fiscalía General de la Nación. Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Seguimiento y control preventivo de las políticas públicas. Bogotá: ECOE; 2012. [https://apps.procuraduria.gov.co/gp/gp/anexos/financiamiento del sistema general de seguridad social en salud.pdf](https://apps.procuraduria.gov.co/gp/gp/anexos/financiamiento_del_sistema_general_de_seguridad_social_en_salud.pdf)
24. Guerrero R, Prada S, Chernichovsky D. Doble descentralización en el sector salud: evaluación y alternativas de política pública. Cali: PROESA; 2014. <https://www.repositorio.fedesarrollo.org.co/handle/11445/146>

25. Organización Panamericana de la Salud. Análisis comparativo de los costos de transacción, administración o intermediación de los sistemas de salud en algunos países de América Latina y la OCDE. Washington DC: OPS; 2007. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Financ_Analisis_Comparativo_Costos_Administracion_ALC.pdf
26. Nieto E, Arango A. Costos de los servicios de salud supervisados y el proceso legal de tutelas en Medellín, 2009. Rev. Fac. Nac. Salud pública. 2011;29(3):223–31. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/8733>
27. Grupo de Investigación ACHC. 31° Informe de Seguimiento de la Cartera Hospitalaria cortado al 31 de diciembre de 2013. hospitalario 2014 MarAbr;94:4-21. <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2022/07/ULTIMO-INFORME-CARTERA-A-DICEMBRE-DE-2021-con-y-sin-deterioros-14-07-2022.pdf>
28. Sistema de salud colombiano <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s144-s155/es/>
29. Resolución 755 de 2022 que regula la profesión de Enfermería y el talento humano https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20755%20de%202022.pdf
30. Consecuencias socioeconómicas y familiares para algunos trabajadores de la ciudad de Medellín con trabajos precarios https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/13968/1/ArredondoBibiana_2017_ConsecuenciasSocioeconomicasFamiliares.pdf
31. Propuesta de reforma a la Ley 100 de 1993 <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/13406/11994>
32. La intermediación laboral y la satisfacción del talento humano en salud en el Hospital del Carmen de Viboral, 2021

33. Perfiles y competencias de los profesionales de la salud <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>
34. Encuesta a profesionales de la salud muestra preocupantes condiciones laborales en Colombia <https://consultorsalud.com/encuesta-revelo-condiciones-laborales-en-salud/>
35. El personal médico y de enfermería en Colombia tiene condiciones laborales inadecuadas, según estudio <https://www.infobae.com/america/colombia/2022/07/31/personal-de-enfermeria-y-medicina-en-colombia-tiene-inadecuadas-condiciones-laborales-segun-estudio/>
36. Política Nacional de Talento Humano en Salud <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
37. Médicos y enfermeros atendiendo a 25 pacientes al día y sin un buen salario: el país se olvidó de quién aplaudió durante la pandemia <https://www.semana.com/economia/empresas/articulo/medicos-y-enfermeras-atendiendo-25-pacientes-por-dia-y-sin-buen-salario-el-pais-olvido-a-los-que-apludio-en-pandemia/202259/>
38. Marco regulatorio del contrato de prestación de servicios profesionales en el sector salud en Colombia https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/45762/1/2022_contrato_prestacion_servicio.pdf
39. Compromiso Organizacional como dinamizador de las instituciones del sector salud en Barranquilla-Colombia <https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/1974/Compromiso%20organizacional.pdf?sequence=1>
40. Calidad de vida de los profesionales de Enfermería y sus consecuencias en el Cuidado http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000200007

41. La garantía de estabilidad laboral para el personal de salud que laboró durante la crisis sanitaria de 2020, en el marco de la Ley Orgánica de Apoyo Humanitario <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/26928/1/UCE-FJCPS-CD-SANCHEZ%20DAISY.pdf>
42. El talento de la salud súper humana. <https://consultorsalud.com/el-supertalento-humano-de-la-salud/>
43. Informalidad laboral en el sector salud <https://www.neuroeconomix.com/es/informalidad-laboral-en-el-sector-salud/>
44. El principio de Estabilidad Laboral en Colombia: la tensión de los derechos sociales laborales VS las políticas neoliberales de flexibilización <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/62768/530018202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
45. Revisión bibliográfica de la estabilidad laboral reforzada en Colombia <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/20636/Estabilidad%20Laboral.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
46. Bienestar laboral y salud mental en las organizaciones <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328547/20785360>
47. Riesgo psicosocial en trabajadores de la salud <https://repositorio.ecci.edu.co/bitstream/handle/001/355/Trabajo%20de%20grado.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
48. Derecho a la Salud en el Trabajo: vulneración y fragmentación en su comprensión y materialización http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772020000100044
49. Personal de salud en Colombia exige el cumplimiento de las leyes aprobadas para su beneficio <https://www.edicionmedica.com.co/secciones/profesionales/personal-de-la-salud-en-colombia-exige-el-cumplimiento-de-la-ley-688>