

**INFORME DE PASANTIA Y TRABAJO DE GRADO DE LA MAESTRIA EN  
SALUD PÚBLICA: ANÁLISIS SOBRE LA CANTIDAD DE ESPECIALISTAS EN  
EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO Y LA INCIDENCIA DE LOS CUPOS  
DE RESIDENCIA MEDICA SOBRE ESTOS**

Luis Fernando Ochoa Zuluaga

Universidad del Rosario

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

2018

**INFORME DE PASANTIA Y TRABAJO DE GRADO DE LA MAESTRIA EN  
SALUD PÚBLICA: ANÁLISIS SOBRE LA CANTIDAD DE ESPECIALISTAS EN  
EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO Y LA INCIDENCIA DE LOS CUPOS  
DE RESIDENCIA MEDICA SOBRE ESTOS**

Luis Fernando Ochoa Zuluaga

Informe de pasantía presentado como requisito para optar al título de  
Magister en Salud Pública

Asesor: Ángela María Pinzón Rondón

Bogotá D.C.

Universidad del Rosario

Maestría en Salud Pública

## **Tabla de Contenido.**

<b>1. Introducción.....</b>	<b>p.6</b>
<b>2. Metodología.....</b>	<b>p.8</b>
<b>3. Aspectos de la Oferta y Demanda de Especialistas en Colombia.....</b>	<b>p. 10</b>
<b>4. Acceso a cupos de especialización.....</b>	<b>p.26</b>
<b>5. Comentarios y conclusiones.....</b>	<b>p.39</b>
<b>6. Propuesta legislativa.....</b>	<b>p.42</b>
<b>7. Limitaciones.....</b>	<b>p.44</b>
<b>8. Bibliografía.....</b>	<b>p.46</b>

## **Gráficos y Tablas**

Gráfico 1. Médicos generales por cada 1.000 habitantes. (1994-2014).....	p.11
Gráfica 2. Número de graduados de Medicina, pregrado y especialización.....	p.12
Gráfica 3. Número de especialistas año 2011.....	p.14
Gráfica 4. Oferta de especialistas quirúrgicos 2016.....	p.17
Gráfica 5. Oferta de especialistas clínicos 2016.....	p.18
Gráfica 6. Oferta de especialistas diagnósticos 2016.....	p.19
Gráfica 7. Demanda especialistas quirúrgicos 2016.....	p.20
Gráfica 8. Demanda especialistas clínicos 2016.....	p.21
Gráfica 9. Demanda especialistas diagnósticos 2016.....	p.22
Gráfica 10. Déficit de especialistas quirúrgicos 2016.....	p.23
Gráfica 11. Déficit de especialistas clínicos 2016.....	p.24
Gráfica 12. Oferta-demanda de especialistas diagnósticos 2016.....	p. 25
Gráfica 13. Aspirantes a especialidades médico-quirúrgicas 2010-2016.....	p.27
Tabla 1. Relación médicos especialistas y cantidad de procedimientos que realizan....	p.15
Tabla 2. Relación entre demanda de procedimientos y oferta de médicos especialistas.....	p.15
Tabla 3. Inscritos a programas de especialización medico quirúrgica por departamentos entre los años 2010-2016.....	pp.34-35

## **RESUMEN**

La creciente demanda de servicios médicos en razón del aumento en la cobertura del aseguramiento en salud, ha puesto en discusión la capacidad del Sistema General de Salud de responder ante dicha demanda. La disponibilidad de especialistas para atender la demanda es uno de los aspectos que más preocupa pues en los últimos se ha venido hablando de un déficit con respecto a las necesidades poblacionales. En este sentido el presente documento evidencia dicho déficit contrastando estudios previos de los años 2011 y 2016 y plantea como forma de suplir la demanda de especialistas, cambios en la forma en que los cupos para especialización son ofertados desde el sistema educativo, pues dicho sistema define en gran medida la cantidad de especialistas que hay en el Sistema de Salud

**Palabras clave:** Especializaciones, Regulación Gubernamental, Calidad de la Atención de Salud, Seguridad Social, Administración Financiera.

### **Abstract.**

The document shows a deficit in the availability of medical specialists and is considered as a way to meet the demand for specialized services, regarding the way in which specialization fees are offered in the education system

**Keywords:** Specializations, Governmental Regulation, Health Care, Social Security, Financial Administration.

## **1. INTRODUCCIÓN.**

Desde la reforma que se dio en el Sistema de Salud hace 25 años, la cobertura de aseguramiento de la población se ha ampliado en gran medida, alcanzando el 94,88% del total de la población (1). Sin embargo, lo anterior ha tenido como consecuencia que el acceso y la demanda de servicios hayan aumentado, y de paso también la cantidad de recurso humano necesario para atender dicha demanda.

En este sentido, el tema de las especializaciones médicas ha sido un punto relevante en el debate político-académico sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Aspectos como la demanda y oferta de especialistas a nivel nacional, los cupos de especialización o residencias medicas ofertados por el sistema educativo, las condiciones laborales de los residentes, los incentivos y derechos de los mismos, son algunos de los puntos a tratar a la hora de diagnosticar y plantear alternativas de políticas públicas para este campo específico.

Teniendo en cuenta la anterior situación el presente documento realiza un análisis sobre la capacidad del sistema de salud en lo que a servicios especializados de salud se refiere, de manera específica, sobre la cantidad de médicos especialistas que hay en el Sistema de Seguridad Social. Junto a lo anterior, determina la demanda de servicios médicos especializados, contrastándola con la oferta de médicos especialistas. En este punto, lo que se busca es identificar si el actual número de profesionales especialistas médico-quirúrgicos es suficiente para atender las necesidades de la población colombiana y para el adecuado funcionamiento del sistema de salud.

Un análisis posterior, revisa el comportamiento de las entidades educativas que ofertan cupos de especialidades médicas en Colombia, es decir, observa la forma en que el sistema educativo, en lo concerniente a la oferta de posgrados medicos-quirurgicos, influencia la disponibilidad y suficiencia de especialistas en el país. En este sentido, lo que se busca es determinar si los cupos ofertados están en consonancia con las necesidades del Sistema de Salud y sus usuarios, pues el número de médicos especialistas presentes en dicho sistema es determinado en gran medida por el flujo de graduados las universidades.

Así, juntando el análisis de la oferta y demanda de médicos y servicios especialistas, con el estudio sobre los cupos de posgrado en las especializaciones médicas, se llega al objetivo último del presente documento que es dejar en evidencia el déficit de especialistas médicos en el país y cómo la forma en que el sistema de residencias medicas no contribuye a superar dicho déficit. Por lo tanto, se propone un proyecto de ley que sirva de herramienta legal para corregir las deficiencias actuales, teniendo en cuenta que el Congreso de la República es uno de los actores centrales en la toma de decisiones del Estado y las decisiones de esta institución hacen parte del ciclo de la política pública, siendo uno de los canales a través de los que el Estado corrige situaciones problemáticas para la sociedad. (2)

Dicho proyecto de ley, además plantear una alternativa en la asignación de cupos de especializaciones medico quirúrgicas, propende por el mejoramiento del Sistema de Seguridad Social a través de la satisfacción de la demanda de servicios especializados, fortalecer su capacidad en lo que respecta al recurso humano para atender la demanda y de paso, beneficiar a los médicos que aspiran a cupos de residencia, garantizándoles el acceso a realizar estudios de posgrados.

De acuerdo a la Ley 5 de 1992 o Reglamento del Congreso, todo proyecto de Ley consta de un articulado o parte dispositiva en la que se decreta una reglamentación o norma a la que le sigue una exposición de motivos en la que se sustenta, con argumento jurídicos y facticos, la viabilidad de que este proyecto se vuelva en una Ley de la República, tras pasar por los 4 debates respectivos en el Senado y la Cámara de Representantes en sus correspondientes Comisiones y Plenarias.

La intención es que el presente informe de pasantía sirva de insumo como articulado y como exposición de motivos de un proyecto de ley que corrija algunas situaciones problemáticas, que a continuación se plantearán, en relación a la cantidad de especialistas que atienden la demanda de servicios de salud especializado y en la forma en que los médicos generales puedan volverse médicos especialistas y contribuir a satisfacer la demanda antes mencionada.

En este sentido es necesario precisar que, si bien un proyecto de ley es radicado de una forma, su redacción final, si es que se llega a aprobar, se encuentra sujeta al trámite legislativo en

Senado y Cámara, en el que no solo intervienen los congresistas sino también los ministerios en representación del gobierno, e incluso la sociedad civil a través de conceptos o en audiencias públicas.

Por lo tanto, la propuesta legislativa acá planteada es un esbozo de lo que se busca modificar en el sistema actual de especialistas y residentes y queda sujeto a la intervención de distintos actores que contribuirán con argumentos técnicos y jurídicos para mostrar su viabilidad o, todo lo contrario. Lo que es claro es que los datos acá suministrados son evidencia de una situación problemática que debe ser abordada por el Estado en cumplimiento de sus obligaciones constitucionales.

## **2. METODOLOGÍA.**

Para lograr lo antes descrito se recurrirá a una metodología descriptiva analítica que permite entender los diferentes actores, intereses y procesos que hay en torno a la oferta y demanda de especializaciones médicas y el sistema de residencias en el país de tal forma que sea posible proponer una alternativa desde las políticas públicas y la rama legislativa. La metodología incluye el planteamiento de un problema desde la perspectiva de la salud pública y las alternativas de solución de este desde las políticas públicas y la institucionalidad.

En primer lugar, se revisaron fuentes bibliográficas de entidades oficiales como la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y el Ministerio de Salud de Colombia, junto con fuentes académicas, para realizar un esbozo del papel del talento humano en los Sistema de Salud y la necesidad de estar indagando por su suficiencia y preparación.

Con base en estudios previos, se demuestra la relación entre la oferta y la demanda de especialistas en el país que ha sido constante en los últimos años y que debe ser corregido.

Posterior a esto, y de nuevo con fundamento en fuentes bibliográficas, se pasa a analizar la forma en que el sistema educativo colombiano influencia en la disponibilidad de especialistas. En este punto se hace un análisis de la normatividad y regulación existente para

identificar si hay o no restricciones en el acceso a los cupos de formación de especialistas y su consecuente efecto sobre la cantidad de especialistas que hay en el país. En este sentido, se tiene en cuenta el consenso en la literatura académica sobre el hecho de que la cantidad de especialistas presentes en determinado sistema de salud es fijada en gran medida por el flujo de especialistas que son graduados por las universidades.

Identificado el problema de déficit de especialistas, las características normativas y fácticas en la oferta de cupos de residencias o especialidades médicas, se realiza una propuesta de sistema alternativo a través de un proyecto de Ley. A su vez, luego del análisis normativo, se le da paso a un estudio del mercado laboral de especialistas desde un enfoque economicista, dado que los médicos son agentes que ofrecen servicios en una economía y dichos servicios tienen un impacto importante en el bienestar de los pacientes que además también son un agente económico.

Dicho proyecto de ley parte de la premisa de la invulnerabilidad de la autonomía universitaria, y de la posibilidad de que el Estado adquiriera un rol central en la oferta o regulación de la cantidad de cupos de especialización. Dicho proyecto de ley será radicado en el Congreso de la República y lo más probable es que sea asignado a la Comisión Séptima Constitucional que es la que trata los temas de salud y trabajo, y en su discusión intervendrán los distintos actores del sistema de salud y educativo como son las asociaciones de hospitales, las universidades, los especialistas, los residentes médicos, el gobierno a través de sus ministerios e incluso los usuarios. Dicho proyecto no pretende ser una solución tipo panacea sino más bien dar los lineamientos para la entrada en funcionamiento de un sistema que provea más cupos de especializaciones médicas y que dicha asignación de cupos sea con base en las necesidades en salud de la población de los diferentes territorios que conforman el Estado colombiano.

### **3. ASPECTOS SOBRE LA OFERTA Y DEMANDA DE ESPECIALISTAS EN COLOMBIA.**

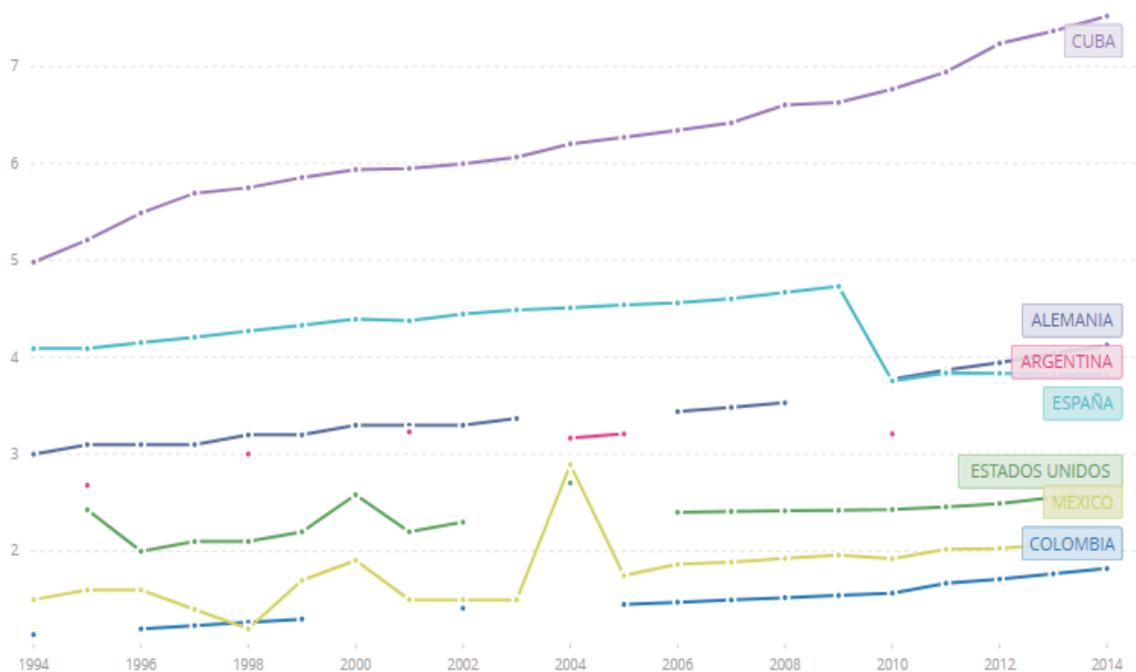
Un esbozo de la oferta y demanda de servicios médicos en Colombia se puede observar en el hecho de que a pesar de que en Colombia la cobertura del sistema de salud alcanza a diciembre del 2017 al 94,88% de la población (1), en lo que respecta al acceso a los servicios al momento de necesitarlos este no supera el 80%. (5).

En unas proyecciones del 2016 realizadas por la Organización Mundial de la Salud, se puso de relieve la problemática sobre el personal disponible en materia de salud. En el informe “Proyecto de estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030” se expuso el hecho que para mantener e impulsar la meta de la cobertura sanitaria universal hay un déficit de personal sanitario de casi 18 millones de profesionales de la salud, principalmente en los países de ingresos bajos y medianos-bajos. A esta situación se le suma, según el diagnóstico de la OMS, las limitaciones técnicas y financieras que enfrentan las entidades educativas en la formación del talento humano en salud. (6).

El asunto radica en que independiente del modelo de organización y funcionamiento de los sistemas de salud, el talento humano es el pilar de este, pues, es través de su acción que se garantiza el acceso y calidad del servicio y se materializa el derecho a la salud. (7).

Esta situación no es ajena a Colombia donde varios estudios (4) (8) han señalado un déficit gran parte de los recursos humanos en salud, especialmente en las especialidades médicas. Al comparar con la experiencia internacional, de acuerdo a datos del Banco Mundial (9) se observa el retraso de Colombia en materia de talento humano. En nuestro país, por cada 1000 habitantes hay 1,47 médicos, mientras que en países como Cuba (7,5), Alemania (4,12), Argentina (4,03), España (3,8), Estados Unidos (2,5) y México (2,5), esta proporción es mayor.

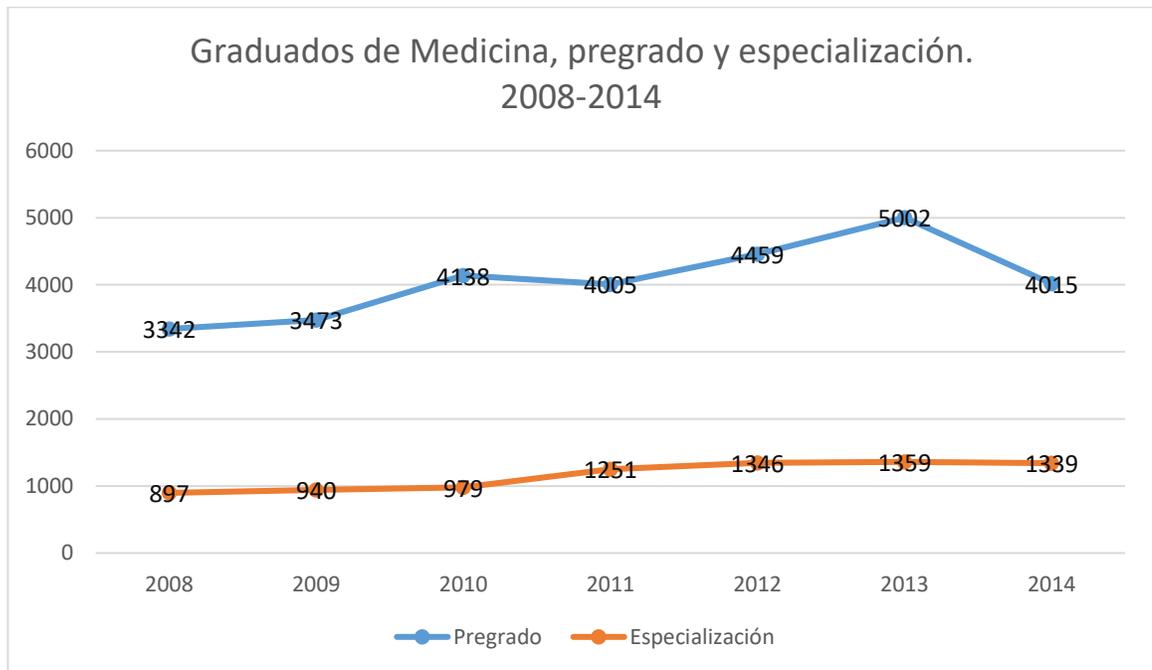
**Gráfico 1. Médicos generales por cada 1.000 habitantes. (1994-2014). Fuente: Banco Mundial.**



En el nivel de especializaciones la situación es igual de compleja. Según el “Estudio de Disponibilidad y Distribución de la Oferta de Médicos Especialistas, en Servicios de Alta y Mediana Complejidad en Colombia” (4), el número de profesionales graduados de las especialidades médicas ha aumentado en el país desde el año 1982 hasta el 2011, sin embargo, dicho crecimiento no se ha traducido en satisfacción o cubrimiento de la demanda de médicos especialistas.

Según Ariel Iván Ruíz, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, la tasa de crecimiento de las especialidades es menor que la tasa de egreso de médicos generales, la cual llega a los 5.000 por año. Para Ruíz lo anterior está relacionado con la proliferación no justificada de escuelas de medicina, en comparación con el crecimiento limitado de las residencias, que solo llega a los 1.800 cupos para las diversas especialidades médicas o quirúrgicas. (10).

Tanto en los programas de pregrado como en los programas de especialización, se ha dado un aumento continuo, pero con caídas en el número de graduados desde 2008 hasta 2014 (11). No obstante, hay una relación de casi 3 o 4 médicos generales que se gradúan anualmente frente a un especialista. El resultado es que en el Sistema de Salud haya una gran cantidad de médicos generales con baja capacidad resolutive que genera un volumen elevado de consultas a pocos médicos especialistas.



Grafica 2. Graduados de Medicina, pregrado y especialización en Colombia 2008-2014. Fuente: Elaboración propia con datos de Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) (11) y SNIES.

La insuficiencia de especialistas en Colombia también se puede evidenciar en aspectos como la percepción por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). De acuerdo al informe Conde (4) un alto porcentaje de Instituciones Prestadoras de Salud (55,6%) afirmó que la planta de especialistas se encontraba incompleta, y 41,3% señaló haber tenido que cerrar o suspender algún servicio en los últimos cinco años en razón de no tener el personal especializado. En este punto según los directivos de las IPS las razones de la falta de especialistas son:

1. Poca formación de médicos especialistas (73%),
2. Insuficiencia de cupos para especializarse (60%),
3. Bajos salarios ofrecidos a los especialistas (34%),
4. Control de los propios especialistas sobre el número de egresados (32%),
5. Falta de incentivos para especializarse (23%) y
6. Falta de gusto por la ciudad (13%).

Ahora bien, para demostrar que el problema no es solo de percepción y realmente hay un déficit de personal médico especializado, se calcula el “stock” de esto médicos, es decir, se hace una estimación de la cantidad o inventario disponible de recurso humano en condición de ofrecer servicios de salud especializada. Esto se determina de acuerdo a una metodología basada en lo realizado por Phelps (12) y el Ministerio de Salud (13) que permite calcular las entradas y salidas de los especialistas del mercado laboral.

Los nuevos especialistas graduados de universidades nacionales y los que convalidan ante el Ministerio de Educación su título otorgado por una institución extranjera, forman parte de las entradas del stock o inventario. Las salidas del inventario están condicionadas por la mortalidad del recurso, su tasa de jubilación y las migraciones. (4)

En el 2013, el Cendex estimó la cantidad de 30 primeras especialidades, entre los años 1980 y 2010. Para realizar dicho cálculo tuvo cuenta el número de graduados por especialidad y las convalidaciones solicitadas para determinar el ingreso de personal al inventario. En contraste, para determinar las salidas del stock se recurrió a la tasa de defunción de la población colombiana y a la tasa de migración internacional.



Gráfica 3. Número de especialistas año 2011. Fuente: Cendex Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia. (4)

Las especialidades con mayor disponibilidad de personal fueron la Pediatría con 2345 profesionales, Medicina Interna con 2178, Anestesiología con 1977, Ginecología y Obstetricia 1611, y Cirugía General con 1471 especialistas, teniendo en conjunto una participación en el inventario del 56%. Alergología, medicina forense, medicina aeroespacial, genética médica, y medicina estética fueron las de menor disponibilidad con 28, 24, 18,10 y 5 profesionales respectivamente. (4)

A su vez, se estimó la suficiencia de los especialistas en el país, construyendo un escenario con base en el 70% de los procedimientos con mayor frecuencia a los que se les estableció un especialista principal o trazador con las competencias para realizarlo y el tiempo promedio para realizarlo.

Así los procedimientos definidos fueron asociados a 7 perfiles de especialistas médicos y quirúrgicos trazadores:

Especialidad	Número de Procedimientos
CIRUGIA GENERAL	44
OTORRINOLARINGOLOGIA	16
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	13
MEDICINA INTERNA	12
UROLOGIA	12
DERMATOLOGIA	4
NEUROLOGIA	3

Tabla N.1 Relación médicos especialistas y cantidad de procedimientos que realizan Fuente: Cendex, (4)

El cálculo del tiempo para cada uno de los procedimientos fue multiplicado por el número de procedimientos que se realizaron en el 2011 para el régimen contributivo según el cálculo de la UPC de 2012. En el régimen subsidiado el procedimiento es el mismo, pero ajustándose a la cantidad de afiliados de este régimen.

Los resultados fueron los siguientes:

Relación entre demanda de procedimientos y médicos especialistas				
Especialidad	Procedimientos realizados al año	Tiempo usado para los procedimientos en horas.	Profesionales necesarios para realizar los procedimientos	Cantidad de especialistas 2011
CIRUGIA GENERAL	4.535.972	394.432	2.465	1.471
OTORRINOLARINGOLOGIA	72.881	61.990	387	447

GINECOLOGIA OBSTETRICIA	Y	3.432.972	298.519	1.866	1.611
MEDICINA INTERNA		2.850.278	247.850	1.549	2.178
UROLOGIA		457.331	39.768	249	427
DERMATOLOGIA		587.849	51.117	319	512
NEUROLOGIA		583.480	50.737	317	231

Tabla N. 2. Relación entre demanda de procedimientos y oferta de médicos especialistas

Fuente: Cendex (4)

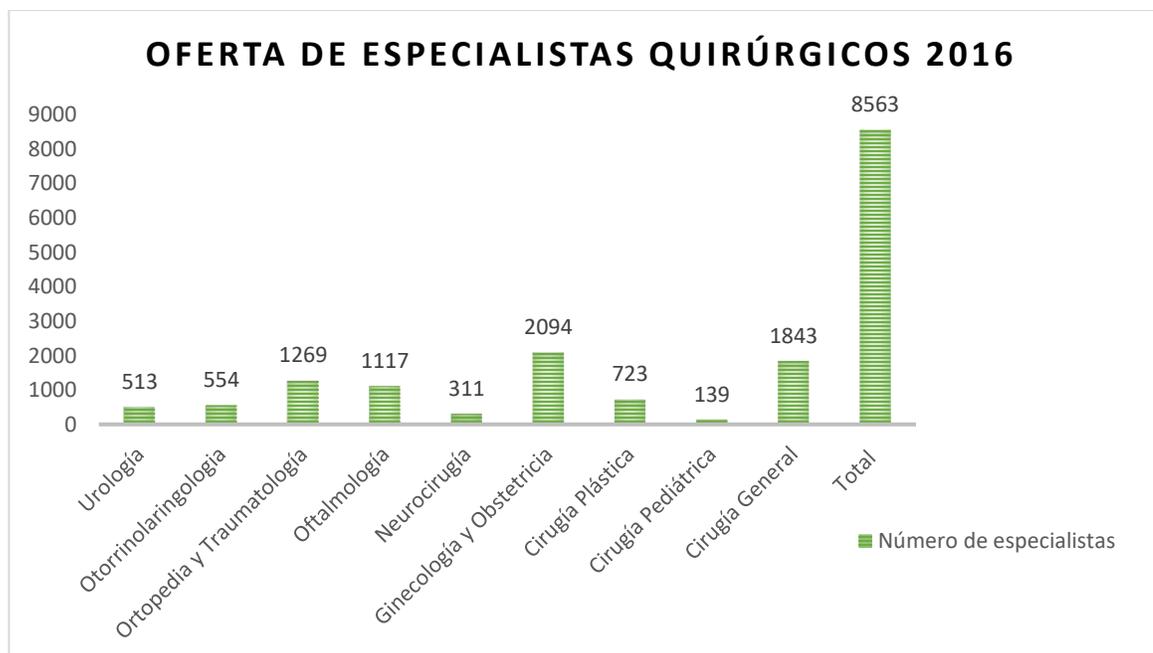
Es decir que si bien, para el año 2011, la demanda en especialidades como Dermatología, Otorrinolaringología y Medicina Interna puede ser satisfecha, en otras como Cirugía General, Ginecología y Neurología, se observa un importante déficit y entre esas tres suman más de la mitad de los procedimientos, lo que daría indicios de una mayor afectación sobre el Sistema de Salud. Además, es necesario tener en cuenta que, según los propios autores, este escenario permite calcular los especialistas necesarios para suplir la demanda de ciertos servicios de salud en el país, “asumiendo una alta eficiencia en el modelo e igual cobertura del POS para los regímenes contributivo y subsidiado” (4) por lo que en un escenario que se tenga en cuenta todas las problemáticas del actual sistema el resultado podría ser negativamente distinto.

De forma análoga, Restrepo & Ortiz (8) calcularon la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia para el periodo 2015 – 2030. Para tal fin recurrieron a la misma metodología del Cendex conocida como “número de efectivos, inventario o stock”. Como se afirmó antes dicha metodología implica tener en cuenta el número de graduados y convalidaciones en contraste con la tasa de defunción de la población colombiana, el saldo migratorio y en el caso de este estudio, la jubilación de los médicos.

Para realizar las estimaciones futuras con respecto a la oferta se realizó *un pronóstico de tendencia lineal* a partir de la información observada en el periodo 2001 – 2015. Luego, para la estimación de la demanda se tuvo en cuenta tres elementos: las prestaciones en salud

reportadas por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio; el número de prestaciones insatisfechas; y una estimación del crecimiento anual de la demanda de servicios de salud, teniendo en cuenta el comportamiento de la población, el PIB y las prestaciones en salud del periodo 2009 – 2014. Este último elemento, más allá de determinar la demanda, sirvió para determinar el comportamiento de la demanda en el periodo 2016-2030. (8)

Los resultados encontraron que para el 2016 había una oferta de 23 mil médicos especialistas correspondiente a 13171 médicos en el área clínica (médica), 8563 en las especialidades quirúrgicas y 1581 profesionales en las diagnósticas.



Grafica N.4. Oferta de especialistas quirúrgicos 2016. Elaboración propia con datos de Restrepo & Ortiz. Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015 – 2030. Observatorio de Talento Humano en Salud. 2017 (8)

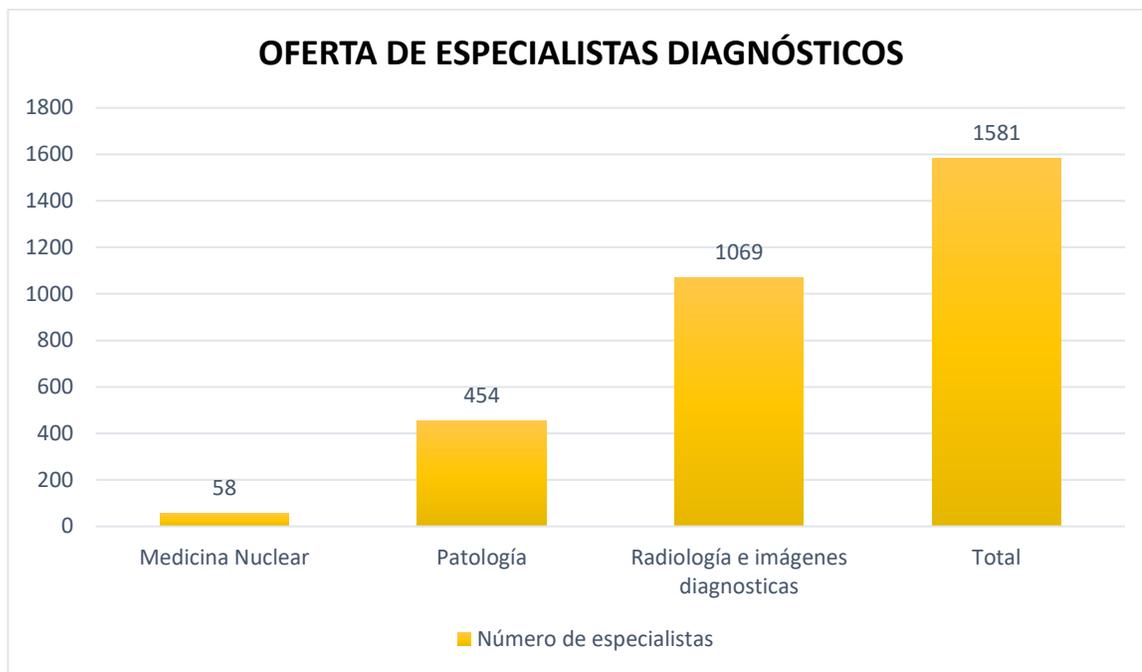
En la parte de las especializaciones quirúrgicas las de mayor oferta fueron la Ginecología y Obstetricia, la Cirugía General y la Ortopedia con 2094, 1843 y 1269 especialistas respectivamente. Por el contrario, las especialidades de Urología con 513, Neurocirugía con

311 y Cirugía Pediátrica con 139 médicos que atienden estas ramas de la medicina, fueron las de menor oferta.



Grafica N. 5. Oferta de especialistas clínicos 2016. Fuente: Elaboración propia con datos de Restrepo & Ortiz (8)

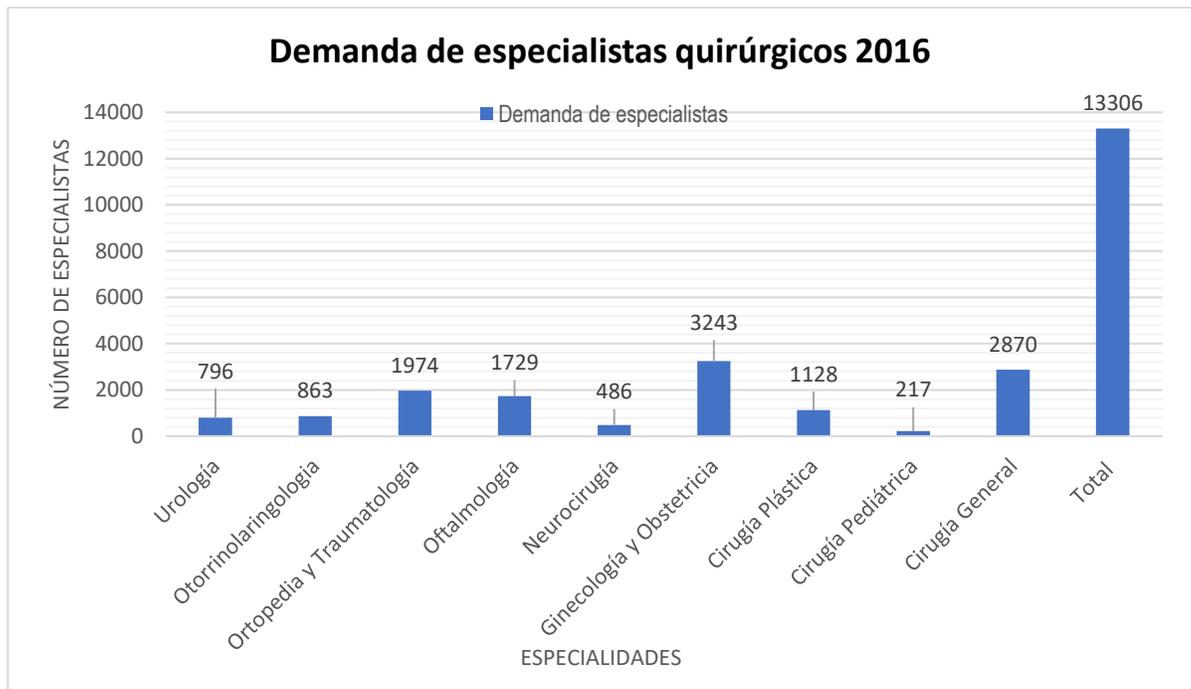
En el caso de las especialidades clínicas, las de mayor oferta fueron la medicina interna con 3280 médicos, la pediatría con 3141, la anestesiología con 3000 y en menor medida comparada con las anteriores, la psiquiatría con 938 médicos. En contraste, la alergología con 50 médicos, medicina del dolor con 34, medicina aeroespacial con 26 y la genética médica con 20, fueron las especializaciones clínicas con menor oferta de personal.



Grafica N. 6. Oferta de especialistas diagnósticos. Fuente: Elaboración propia con datos de Restrepo & Ortiz (8)

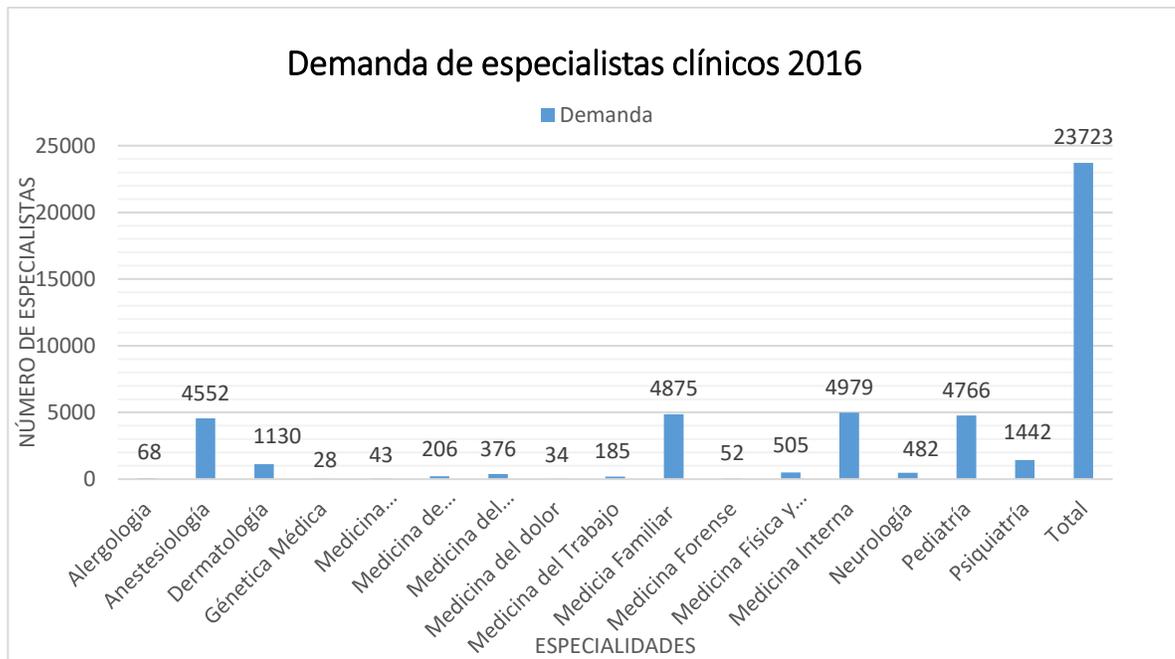
El estudio también calculó la oferta de especialidades diagnósticas, siendo la radiología, con 1069 médicos, la de mayor oferta de personal, y la medicina nuclear la de menor oferta con 58 médicos. Cabe resaltar que, al compararse con las otras especialidades, la radiología se encuentra dentro de las más ofertadas y la medicina nuclear, que es la de menor oferta en el ámbito de las especialidades diagnóstica, no es necesariamente la de menor demanda.

Por su parte, la estimación de la demanda para este mismo periodo fue de cerca 39 mil médicos especialistas como resultado de la demanda de 23723 especialistas clínicos, 13306 quirúrgicos y 1847 diagnósticos.



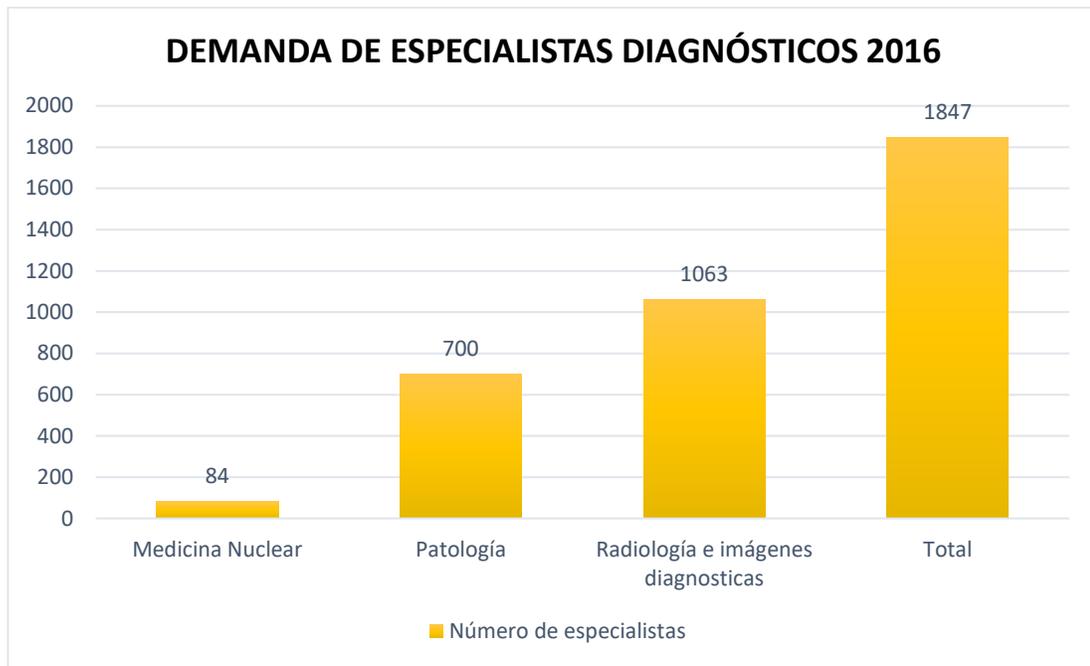
Grafica. N.7. Demanda de especialistas quirúrgicos 2016. Fuente: Elaboración propia con datos de Restrepo & Ortiz (8)

En lo que se refiere a la demanda de especializaciones quirúrgicas la mayor demanda se concentró en los ginecólogos, los cirujanos generales y los ortopedistas, mientras que la menor demanda se dio en las especializaciones de urología, neurocirugía y cirugía pediátrica. Hasta este punto, se puede decir que las especialidades de mayor demanda son también las de mayor oferta.



Grafica. N.8. Demanda de especialistas clínicos 2016. Fuente: Elaboración propia con datos de Restrepo & Ortiz (8)

Por el lado de las especializaciones médicas, las de mayor demanda fueron la medicina interna, la medicina familiar, la pediatría y la anestesiología. Caso contrario fueron la genética médica, la medicina del dolor, la medicina aeroespacial y la medicina forense que fueron las de menor demanda. En el caso de la demanda si bien se evidenció un comportamiento similar con respecto a la oferta tanto en las de mayor como menor requerimiento, se observaron algunas disonancias con respecto a la oferta como lo fue el caso de la medicina familiar, que en el caso de la oferta se encuentra como una especialidad de rango medio de oferta, pero en la demanda es la segunda especialidad más solicitada.



Grafica N.9. Demanda de especialistas diagnósticos 2016. Fuente: Elaboración propia con datos de Restrepo & Ortiz (8)

Por su parte, en lo que a especialidades diagnósticas se refiere se mantiene la tendencia de los otros dos grupos de especializaciones en los que las más ofertadas eran también las más demandadas.

Sin embargo, más allá del hecho de que las especialidades más demandadas son las más ofertadas, al analizar con detalle se puede observar un déficit de 16.000 especialistas que corresponden a 4743 médicos especialistas de ramas quirúrgicas, 10552 a especializaciones médicas y 266 a las diagnósticas.

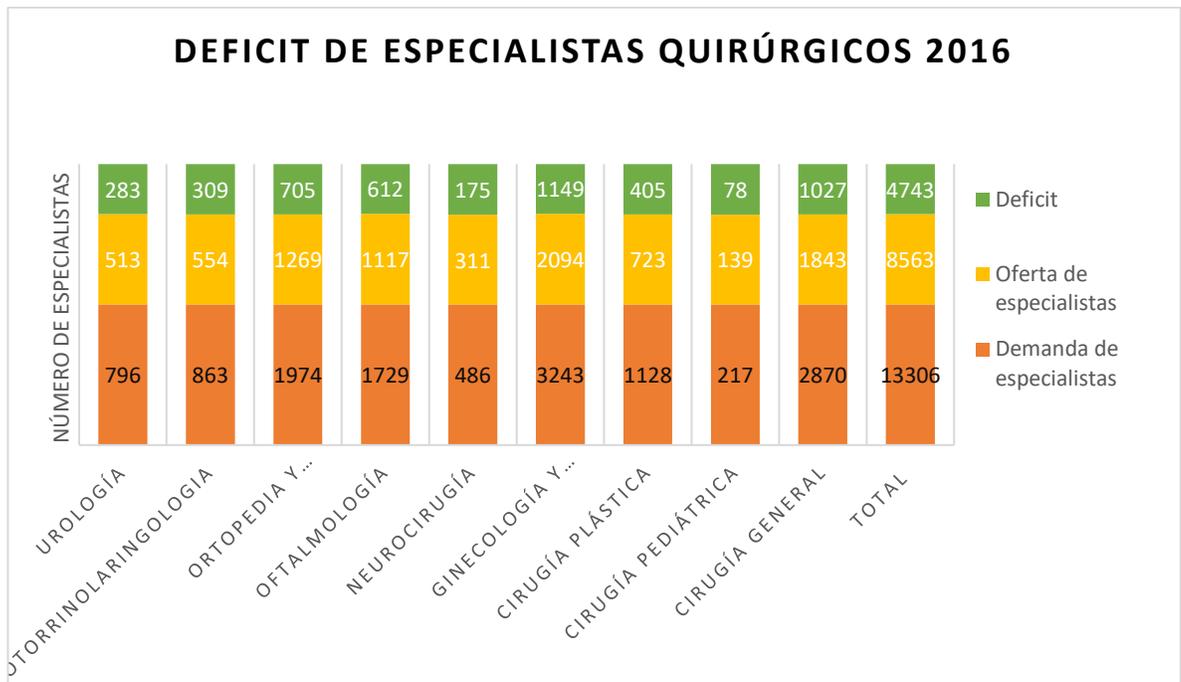


Grafico. N.10. Déficit de especialistas quirúrgicos 2016. Fuente: Elaboración propia con datos de Restrepo & Ortiz (8)

Al revisar la oferta y demanda en las especialidades quirúrgicas se observa un mayor déficit en las especialidades de Ginecología y Cirugía general, aunque el déficit fue de 35% con respecto a la demanda en casi todas las especialidades quirúrgicas siendo el mayor déficit el caso de la neurocirugía que fue del 36%, de resto en todos los casos dicho déficit fue del 35%. A su vez se evidencia que, aunque se presenta un déficit considerable, dicha diferencia con respecto a la oferta nunca fue igual o superior a la cantidad de profesionales médicos especialistas que operan en el sistema de salud.

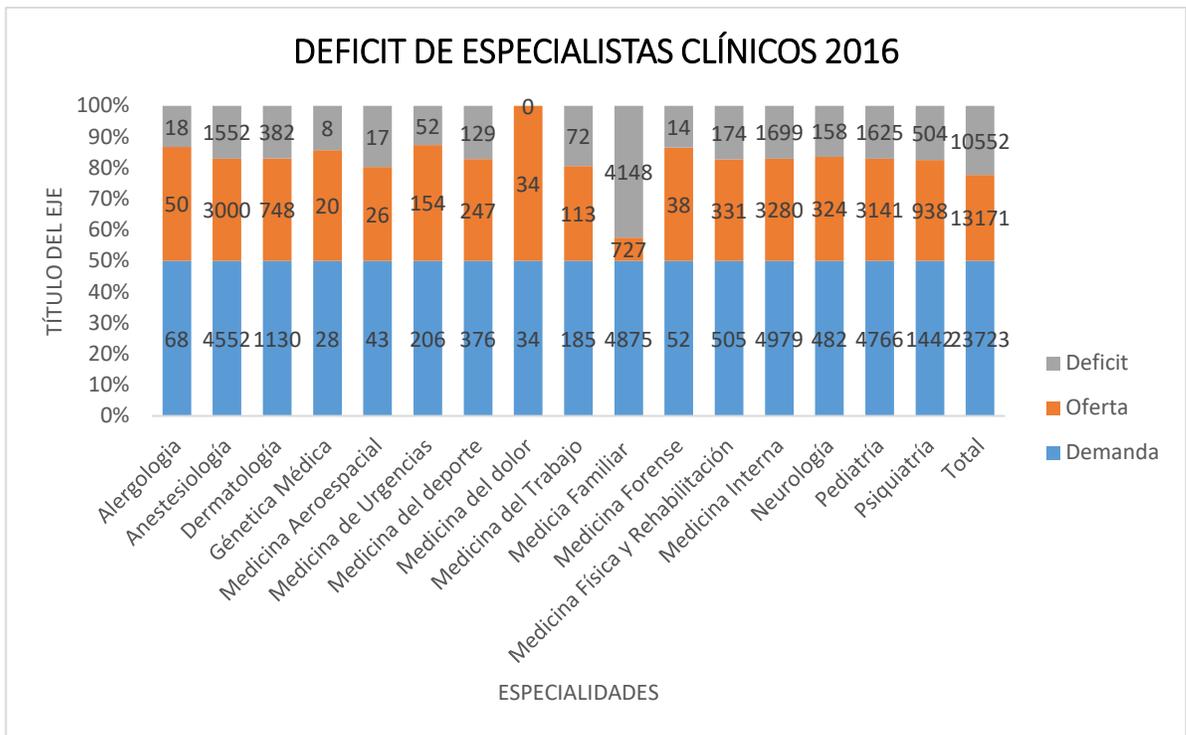


Gráfico N. 11. Déficit de especialistas clínicos 2016. Fuente: Elaboración propia con datos de Restrepo & Ortiz (8)

Un déficit mayor se observó en el caso de las especializaciones clínicas que fue en promedio del 44%. La rama médica donde más se observó dicho déficit fue en la medicina familiar donde hay un desfase entre la oferta y la demanda del 84%. Después de la medicina familiar aparecen la medicina aeroespacial con un déficit 39,5%, la medicina del trabajo con 38,9% y la psiquiatría con 35%. En este sentido si se agrupan estas especialidades clínicas con las quirúrgicas previamente analizadas, las quirúrgicas tienen un mayor déficit (35%) que la mayoría de las especialidades clínicas (médicas) con la excepción de las ya nombradas, medicina familiar, aeroespacial, del trabajo y psiquiatría.

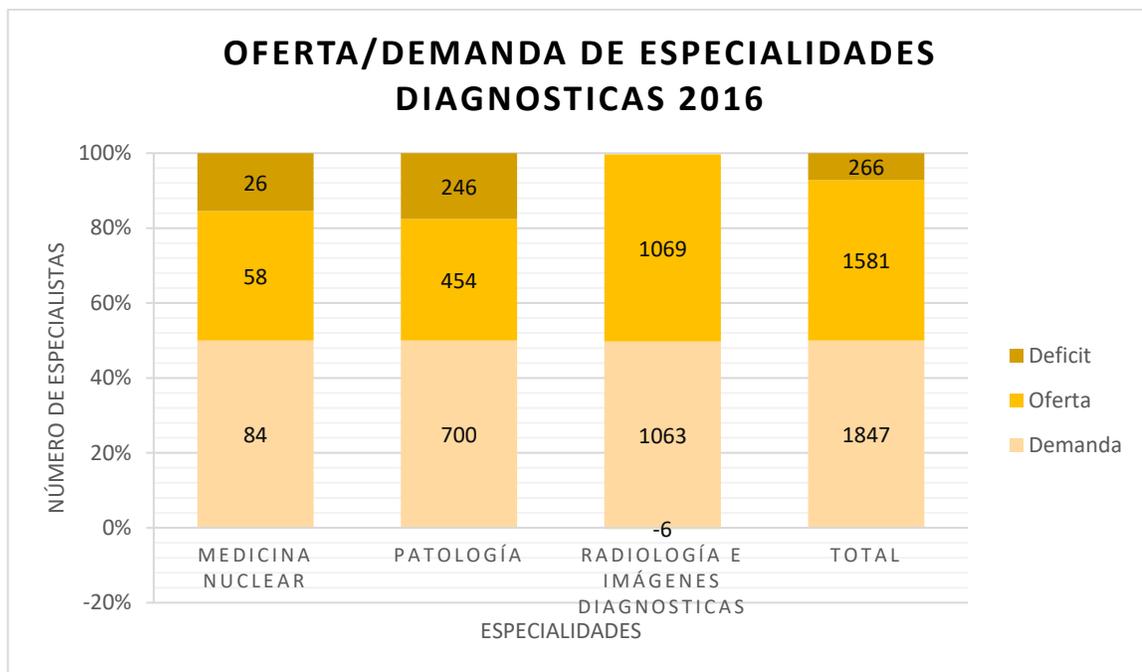


Gráfico N.11. Oferta-demanda de especialidades diagnosticas 2016. Fuente: Elaboración propia con datos de Restrepo & Ortiz (8)

En el caso de las diagnósticas, el déficit de las especialidades diagnosticas fue en promedio del 14% y en el caso de la radiología se dio incluso el caso de sobreoferta de esta especialidad en un 0,5%.

La percepción de quienes administran las instituciones de salud en el país junto a estos estudios y proyecciones sobre oferta y demanda de talento humano, son sustento para afirmar que en la actualidad la oferta de médicos especialistas no es apta para atender de manera eficaz la demanda de servicios a la que se encuentra sujeta. El problema es mayor si se tiene en cuenta que la situación persistiría en los próximos años si no se toman medidas sobre los factores que inciden en la oferta y demanda de médicos especialistas. (8).

Esta falta de especialistas ha tenido impactos negativos sobre el Sistema de Seguridad Social colombiano, que se evidencian en la limitación de acceso de cita con especialistas para los usuarios, sobrecosto en el pago y traslado de especialistas y sin número de tutelas que reclaman la cita con especialistas por vía judicial.

El problema puede ser de dimensiones mayores si se tiene en cuenta lo afirmado por el Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, sobre las estrategias usadas por algunas universidades y sociedades médicas para privilegiar a ciertas personas, a través del tráfico de influencias, asignando a dedo los cupos que ofrecen las instituciones educativas. Algo así como un cartel de especialistas (14).

#### **4. ACCESO A CUPOS DE ESPECIALIZACIÓN.**

El acceso a los servicios de salud es uno de los retos más importantes que tienen principalmente los sistemas que proveen este servicio o derecho en los países de mediano y bajo ingreso. En el caso colombiano la implementación del sistema se ha caracterizado por la búsqueda de garantizar el acceso a la salud a través de la cobertura en aseguramiento. Luego de más de veinte años de haberse iniciado el proceso de reforma, el país está cerca de la cobertura universal. (15).

Como consecuencia de la ampliación del aseguramiento, el acceso y demanda de servicios han aumentado, por lo que es necesario buscar soluciones, como pretende este proyecto, a los problemas relacionados al crecimiento de esa demanda y su impacto sobre los requerimientos de talento humano en salud, específicamente sobre los médicos especialistas.

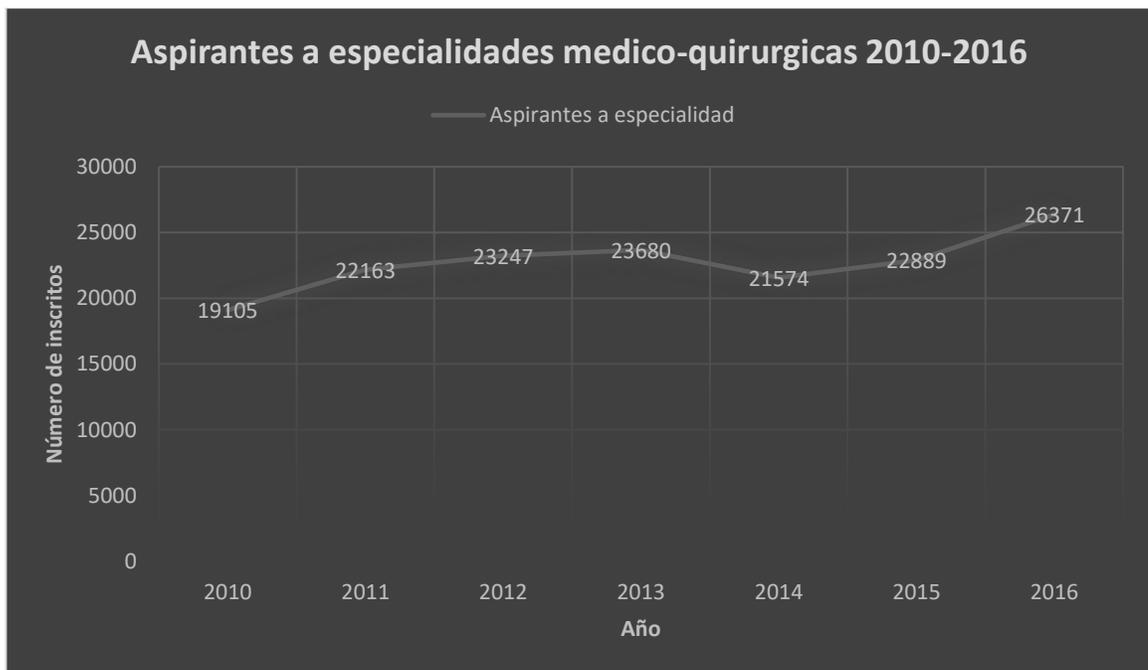
Una de las soluciones a esto se puede encontrar a través del aumento de los cupos de especialización ofertados desde el Sistema Educativo, pues la cantidad de especialistas es determinada en gran medida, por el flujo de especialistas que son graduados por las universidades (15). En este sentido, se asume que hay una serie de restricciones o limitaciones al acceso de estos cupos por lo que a continuación se analizará el marco normativo que regula sistema de especializaciones en Colombia o residencias médicas, describiendo y analizando sus características y desempeño.

De esta forma se busca alcanzar el objetivo último de este proyecto que es proponer una alternativa regulatoria que modifique el modelo de oferta de cupos, ajustándolo a los intereses de las entidades del sector salud, del sector educativo y de quienes aspiran a especializarse.

En definitiva, se busca ofrecer un número óptimo de cupos para especialización, satisfacer la demanda de este tipo de consultas y garantizar un servicio de calidad a los pacientes.

Según la Organización Panamericana de la Salud (16), citada en Reyes & Ortiz (17), las residencias médicas son un sistema educativo que tiene como objetivo completar la formación de los médicos en alguna especialización reconocida por su país de origen, por medio del ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, realizados bajo la supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para dichos fines.

En el mercado educativo colombiano en el área médica, si bien se evidencia un aumento en programas, cupos y matrículas en los programas de pregrado, en los programas de especializaciones médicas estas variables se encuentran estáticas (4), a pesar del aumento constante de médicos generales que aspiran a una especialidad.



Grafica N.13. Aspirantes a especialidades médico-quirúrgicas 2010-2016. Fuente Elaboración propia con datos suministrados por Min Educación (18) a través de derecho de petición 2018-ER-082057

Como se puede observar, desde 2010 hasta el 2016 se han inscrito más de 159.000 médicos generales a uno de los cupos de especialización (19). En promedio, en dicho lapso de tiempo se inscribieron 22,781 aspirantes cada año, en un proceso que con las excepciones de 2014 y 2015, muestra un aumento anual en los participantes.

Estos datos si se comparan con los graduados por año de pregrado, que son quienes posteriormente buscan acceder a una residencia médica dan muestra de la fuerte demanda que hay de estos cupos y lo limitada y restringida que es su oferta. Entre 2008 y 2014 se graduaron en el país 28.434 médicos generales, un promedio anual de 4.062(11). En otras palabras, es posible afirmar que cada año cerca de 5 promociones de médicos generales se inscriben para especializarse.

Sobre esto, es necesario aclarar que la inscripción solo es un paso previo y no constituye el inicio de los estudios de posgrado. Para analizar con mayor precisión se requiere el dato de los matriculados a primer año y este dato ha sido difícil de obtener. Sin embargo, teniendo en cuenta que se dispone del dato correspondiente al 2015, que según ASCOFAME fue de 699 matriculados a primer curso, se evidencia que por cada 32 inscritos se da un cupo de residencia médica (11).

Estas asimetrías que existen entre los graduados de pregrado que se inscriben por un cupo y luego de quienes logran matricularse tienen su implicación en los graduados y por tanto en la cantidad de especialistas que prestan sus servicios a la población colombiana.

En relación a lo anterior, entre 2010 y 2016 se graduaron 10.460 especialistas, un promedio de 1494 por año, casi una tercera parte el número de graduados de pregrado en el periodo 2008-2014, lo que sigue generando las disonancias en la prestación del servicio pues en la medida que siga habiendo más médicos generales que especialistas y los primeros remitan a sus pacientes a los segundos, se aumenta la brecha entre la oferta y demanda.

Las limitaciones en el acceso se pueden dar según Cantor, en su trabajo “Numerus Clausus en el Mercado Educativo de Médicos Especialistas” (19) por medio de restricciones en el número de admisiones de estudiantes en los Colegios Médicos, controles en el otorgamiento de la licencia profesional, en la realización de exámenes al final del pregrado de medicina,

prohibir o imponer altos estándares a la creación de nuevos programas académicos en medicina y salarios bajos para la formación de los residentes en los hospitales.

Ahora bien, para entender mejor las limitaciones a la oferta de médicos especialistas se hace necesario revisar la normatividad y funcionamiento de la asignación de cupos de especialistas en el país.

Las especialidades se encuentran definidas por la normatividad colombiana en el artículo 23 del decreto No. 1295, las residencias medicas “Son los programas que permiten al médico la profundización en un área del conocimiento específico de la medicina y adquirir los conocimientos, competencias y destrezas avanzados para la atención de pacientes en las diferentes etapas de su ciclo vital, con patologías de los diversos sistemas orgánicos que requieren atención especializada, lo cual se logra a través de un proceso de enseñanza–aprendizaje teórico que hace parte de los contenidos curriculares, y práctico con el cumplimiento del tiempo de servicio en los sitios de prácticas asistenciales y la intervención en un número de casos adecuado para asegurar el logro de las competencias buscadas por el programa”. (20)

Esta figura aparece en el país desde mediados de los años 50, siendo hasta la década del 90 que surge la normatividad en la que el control sobre el sistema es mixto, pues intervienen las Instituciones de Educación Superior (IES) por medio de la concepción y diseño del programa académico y también participan las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) siendo el escenario donde se desarrollan las prácticas. (14)

En un principio las residencias médicas fueron ofertadas por hospitales y se cimentaban en la acción tutorial de los docentes de esos hospitales. Cómo estas exigen una dedicación exclusiva y en un principio quienes cursaban estos programas, vivían en los hospitales, se les empezó a llamar “residencias” (14). Desde 1959, con la creación de ASCOFAME (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina) los posgrados empezaron a adquirir el carácter de verdaderos programas académicos. Para 1970, el nuevo ICFES (Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior), asumió funciones para la acreditación de programas, autorizar a las instituciones educativas para que emitan los títulos

de las diferentes especialidades y convalidar los títulos obtenidos en el exterior, con el apoyo y asistencia de ASCOFAME. Con la reforma al sistema educativo que se dio con la Ley 30 de 1992 de educación, el Estado colombiano encarga a las Instituciones Educativas la titulación de las especialidades médicas. (14).

En la actualidad, la formación de médicos generales y especialistas en Colombia se encuentra regulada por el Gobierno Nacional a través de sus Ministerios de Educación y de Salud y Protección Social, quienes son los encargados de que los programas ofertados cumplan con ciertos parámetros de calidad y establecen varios requisitos a cumplir por parte de las Universidades y que puedan ofertar cupos en las especialidades de medicina. (21)

No obstante, a pesar de dicha normatividad en Colombia no se ha podido consolidar un sistema de residencias médicas que satisfaga los intereses de todos los actores implicados. (11). Dicha normatividad implica entender las fuerzas regulatorias de la educación de especialistas, es decir el Estado, la academia y el mercado, quienes en cada país tienen un rol distinto. Por ejemplo, en Cuba, la fuerza única es el estado, en Estados Unidos la fuerza principal es el mercado y en Colombia se podría decir que es un sistema mixto donde las tres fuerzas interactúan entre sí. (4) y en donde la regulación actual puede generar efectos sobre la misma (21)

Una de las normas pioneras en la regulación de los cupos para especialización fue la Ley 100 de 1993 (22). En su artículo 247 esta señala:

Para desarrollar programas de pregrado o postgrado en el área de salud que impliquen formación en el campo asistencial, **las instituciones de Educación Superior deberán contar con un Centro de Salud propio o formalizar convenios docente-asistenciales con instituciones de salud que cumplan con los tres niveles de atención médica,** según la complejidad del programa, para poder realizar las prácticas de formación. En tales convenios se establecerán claramente las responsabilidades entre las partes. (Subrayado propio)

Así mismo plantea que:

Los cupos de matrícula que fijen las instituciones de educación superior en los programas académicos de pregrado y postgrado en el área de salud, estarán determinados por la capacidad que tengan las instituciones que prestan los servicios de salud.

Esta norma empieza a dar luces sobre los requisitos que hay para ofertar cupos y las posibles limitaciones que habría para su acceso. En primer lugar, señala como requisito para la formación en el posgrado que las IES cuenten con un centro de salud propio e incorpora la figura de los convenios docente-asistenciales que se darían entre las Instituciones de Educación Superior y las instituciones de salud que cumplan con los tres niveles de atención médica. Además, pone como requerimiento que los cupos estarán determinados por la capacidad que tengan los centros de salud, dejando a disposición de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) la oferta de los cupos.

La definición y alcance de la relación servicio docencia se puede encontrar en los decretos 190 de 1996 y el 2376 de 2010. (23,24)

El primero de ellos define a la relación docente asistencial en su artículo 1 como:

*el vínculo para articular en forma armónica las acciones de Instituciones Educativas e Instituciones que presten servicios de Salud para cumplir con su función social, a través de la atención en salud de la comunidad y la formación del recurso humano que se encuentra cursando un programa de pregrado o de postgrado en el área de la salud (...)*

*Si bien el artículo 6 de este mismo decreto señala que “ corresponde a los Ministerios de Salud y educación Nacional en sus áreas respectivas, establecer las políticas que orienten el desarrollo de la relación docente asistencial” el artículo 8 en su párrafo faculta a las IES e IPS para que definan “los parámetros para establecer el número de estudiantes que en cumplimiento de la relación docente asistencial se incorporen en los diferentes programas educativos, con arreglo a disposiciones del Gobierno Nacional”*

A su vez, el mencionado decreto 2376 de 2010 estipula en el artículo 3 como uno de los principios de la relación servicio-docencia la autonomía dejando que esta relación se desarrolle en el marco de “el marco de la autonomía de las instituciones participantes”.

Lo anterior lo ratifica en el artículo 14 al afirmar que “cada institución que actúa como escenario de práctica definirá su número máximo de cupos, siguiendo los criterios que para tal fin establezca la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud”.

Estos artículos, en consonancia con la Ley 100 de 1993, le da la facultad a las instituciones que prestan los servicios de salud y a las IES de definir los parámetros para establecer el número de estudiantes que podrían ingresar a los distintos programas educativos (13) y como lo expresa claramente el 2376 de 2010, le otorga a las IES o a quien haga las veces de escenario de práctica, el derecho de establecer el número máximo de cupos a ofertar. De esta forma se deja los Ministerios de Educación y de Salud como unos meros supervisores que aprueban los convenios y de revisor del cumplimiento de los parámetros de calidad, pero no como actores decisorios en la oferta de cupos.

En síntesis, lo anterior permite afirmar que las universidades para poder ofertar cupos dependen de sus propias decisiones y de la aprobación de los Ministerios de Educación y de Salud y Protección Social quienes hacen un estudio de las especialidades médicas. Sin embargo, los cupos dependen en gran medida de la existencia de una IPS propia de las IES, en donde sus estudiantes puedan hacer sus prácticas; y son dichas IPS, teniendo en cuenta los criterios establecidos por los Ministerios en la normatividad explicada, quienes deciden la cantidad máxima de cupos que pueden ofrecer.

En este sentido, un análisis del mercado laboral especialistas desde un enfoque economicista, partiendo del supuesto de que los médicos son agentes que ofrecen servicios diferenciados a la economía y variedad de servicios son una variable con impacto importante en el bienestar de los pacientes. (19), deja ver la existencia de limitaciones al acceso a un cupo de especialización por parte de las IPS e IES.

Sobre las especializaciones médicas, se asume que los médicos ofrecen servicios en un área particular de la medicina (neurólogos, gineco-obstetras, entre otros). Lo anterior implica que

el médico tiene poder monopólico en su especialización debido a la ausencia de sustitutos perfectos (21), es decir que ningún otro médico o profesional puede realizar su labor.

En un sentido similar, Cantor (19) demuestra, partir de un modelo derivado de la teoría de la política de la competencia, cómo el número de cupos de especialización medicas es definido por los propios médicos o por las Sociedades Médicas, cuyo propósito es mantener sus niveles de ingresos elevados.

Lo anterior en razón de que los médicos especialistas cobran sus tarifas dependiendo de la cantidad de procedimientos realizados, y el valor dichos procedimientos depende del número total de médicos especialistas en un campo específico y por tanto también del número de estudiantes o residentes que se están formando en dicho campo y que luego serán competencia de los médicos especialistas.

Lo anterior es ratificado por Bardey (25) quien explica que, si el tamaño de la oferta de la especialidad afecta las remuneraciones de los médicos a través de efectos de la competencia, los distintos actores que participan en el mercado tienen incentivos distintos para fijar el tamaño del mercado y pueden usar su poder sobre el mercado en aras de maximizar sus rentas. Esto se explica en la medida que los especialistas tienen la capacidad de controlar el mercado pues son ellos mismos (o sus asociaciones y agremiaciones) los que ofrecen cupos de especialización en IPS e IES. El resultado es un número sub-óptimo de especialistas en cada rama.

En este sentido, se puede afirmar los médicos especialistas se comportan como un oligopolio al establecer el precio de los procedimientos que practican a los usuarios y por otro lado se comportan como un oligopsonio al ser los quienes deciden el número de estudiantes que pueden entrar a formarse en el sector como residentes para luego ser especialistas. (25) Es decir, que el a decidir el número de cupos a ofertar, los médicos especialistas o sociedades buscan optimizar la situación económica de ellos

Otro punto a tener en cuenta a la hora de analizar las especialidades médicas y los cupos de residencia son las importantes diferencias existentes entre el acceso a especializaciones por regiones, definido por la capacidad de las IES por ofertar programas y de las IPS por su capacidad instalada lo que genera brechas de acceso tanto para los usuarios como para quienes aspiran a realizar su posgrado.

En este punto es necesario resaltar la imposibilidad de obtener información relacionada con la cantidad de cupos ofertados por parte de las Instituciones Educativas ya que, en razón de la autonomía universitaria, estos datos son de su competencia y no se encuentran al alcance ni siquiera del Ministerio de Educación, tal como lo afirmó dicho Ministerio en respuesta a un requerimiento realizado para el presente documento de investigación (18). Dicho dato era importante pues se iba a cruzar con la información relacionada al número de inscritos y graduados y así analizar con más precisión el acceso a los cupos.

En el caso del acceso a los posgrados en medicina se observan múltiples diferencias entre los departamentos en los que se ofrecen los programas de especialización. Dado que no se cuenta con el dato de los cupos ofertados por las razones antes expuestas, se recurrió al análisis geográfico de los inscritos por departamento a los programas de posgrado pues con esta información se puede identificar los lugares en los que se ofertan los programas, y en cierta medida, donde estarán los especialistas.

<b>Inscritos a programas de especialización medico quirúrgica por departamentos entre los años 2010-2016.</b>								
Departamento de oferta del programa	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Amazonas	2	0	0	0	0	0	0	2
Antioquia	3756	4230	4558	5058	4724	5018	5251	32595
Arauca	0	1	0	1	0	0	0	2

Atlántico	388	542	575	663	615	814	772	4369
Bogotá D.C.	13017	14723	15376	14958	12947	13370	16299	100690
Bolívar	875	988	1141	1221	1514	1474	1748	8961
Boyacá	1	2	2	3	0	0	0	8
Caldas	43	236	40	53	40	37	50	499
Caquetá	0	1	0	1	0	0	0	2
Casanare	0	1	0	0	0	0	0	1
Cauca	1	1	1	1	0	0	21	25
César	0	0	24	0	0	0	0	24
Chocó	0	0	2	0	0	0	0	2
Córdoba	0	0	42	0	0	0	0	42
Cundinamarca	464	577	684	584	616	741	773	4439
Guaviare	1	0	0	0	0	0	0	1
Huila	189	249	344	346	388	416	333	2265
La Guajira	0	0	0	4	0	0	0	4
Magdalena	1	0	0	8	0	0	0	9
Meta	2	2	1	2	0	0	0	7
Nariño	0	1	1	8	0	0	0	10
Norte de Santander	6	0	2	4	0	0	0	12
Risaralda	224	262	180	286	445	493	351	2241

San Andrés y Providencia	0	0	0	1	0	0	0	1
Santander	135	194	180	192	248	283	282	1514
Sucre	0	0	0	33	0	0	0	33
Tolima	0	1	0	1	0	0	0	2
Valle del Cauca	0	153	161	184	37	245	491	1271

Tabla N.2. Elaboración propia con datos del Ministerio de Educación (19) derecho de petición radicado 2018-ER-082057

Este cuadro da muestra de la existencia de una alta concentración de programas de posgrado en Bogotá y Antioquia principalmente, y en otros departamentos como Bolívar, Atlántico, Huila, Risaralda, Santander y Valle del Cauca, aunque no en las mismas proporciones que en los dos primeros centros poblacionales. Por el contrario, en otros departamentos como Amazonas, Arauca, Boyacá, Magdalena, y Tolima la situación ha sido de poca oferta y en algunos años, nula. Lo anterior genera consecuencias para el Sistema de Salud, los usuarios y los propios aspirantes a posgrados, pues al haber concentración en la oferta de los cupos, los graduados de dichas especialidades buscarán trabajo en la misma ciudad donde realizaron su residencia y por tanto los lugares en los que no hay oferta de programas se quedarán sin especialistas, los habitantes de dichos lugares, sin la atención calificada y el Sistema de Salud deberá asumir más costos para convencer a los especialistas de prestar sus servicios en poblaciones alejadas de su lugar de origen y/o de donde estudiaron.

Por otro lado, además de las limitaciones en los cupos, el acceso a estos también se ve restringido por los altos costos de estos. Reyes y Ortiz (17) han señalado que los costos se encuentran fuertemente influenciados por factores como los cambios en el sistema de salud, los estándares de calidad de los programas, la ausencia de recursos en la financiación de las matrículas, la búsqueda de la capacidad de autofinanciación por parte de las universidades, y la necesidad de generación de recursos alternos por parte de los hospitales. Todos estos costos

son trasladados a las matrículas, encareciéndolas y limitando su acceso solo a personas con alta capacidad de pago.

Los anteriores argumentos sirven de base para afirmar que es necesario reformular la regulación actual para que los cupos no solo correspondan a ciertos parámetros de calidad en torno a las demandas de las IPS y los intereses de las universidades, sino que respondan a las necesidades del Sistema de Salud colombiano. Aumentar los cupos de especializaciones médicas en las áreas clínica, diagnóstica y quirúrgica, contribuiría de manera importante a mejorar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios médicos especializados. (7).

De hecho, el propio Estado ha reconocido esta situación y en el artículo 23 de la ley 1797 de 2016 *“Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”* ha planteado el apoyo al aumento de médicos especialistas señalado que:

“Las instituciones de educación superior que cuenten con programas de medicina acreditados en calidad, podrán ampliar los cupos de cualquiera de los programas de especialización médico-quirúrgicos que cuenten con registro calificado, previo estudio de necesidad de la ampliación de cupos realizado por parte del Ministerio de Salud y rendido el concepto favorable del Ministerio de Educación Nacional, presentando los resultados de la autoevaluación correspondiente”. (26)

Un aumento en la oferta de cupos para especializaciones por parte de las instituciones educativas tendría impacto directo sobre el inventario de especialistas y por tanto en la disminución del déficit de especialistas ya demostrado, pues la cantidad de especialistas es determinada en gran medida, por el flujo de especialistas que son graduados por las universidades (1).

Sin embargo, para que se dé un el aumento de cupos de residencias que permita tener más especialistas en el Sistema de Salud colombiano, se debe contar con la disposición de las universidades que ofertan los programas de especialización. En este sentido es imposible que el Estado pueda obligarlas a ofertar más cupos o que dichos cupos estén en consonancia con

las demandas poblacionales, pues dichas universidades gozan del principio constitucional de la autonomía universitaria.

La autonomía universitaria de acuerdo al artículo 28 de la Ley 30 de 1992 o Ley General de Educación establece que las universidades tienen derecho a

“darse y modificar sus estatutos, designar sus autoridades académicas y administrativas, crear, organizar y desarrollar sus programas académicos, definir y organizar sus labores formativas, académicas, docentes, científicas y culturales, otorgar los títulos correspondientes, seleccionar a sus profesores, admitir a sus alumnos y adoptar sus correspondientes regímenes, y establecer, arbitrar y aplicar sus recursos para el cumplimiento de su misión social y de su función institucional”  
(resaltado propio) (27)

Es decir que las Universidades y las respectivas IPS son autónomas para ofrecer los programas académicos que consideren pertinentes y el Estado no puede entrar a disponer de qué forma o en qué cantidad sean ofrecidos dichos programas.

Es decir, las IPS, no tienen incentivos para ofertar más cupos que los que de acuerdo con su capacidad instalada puedan ofrecer, de ahí que el objetivo del Ministerio está dirigido a que la cantidad de estudiantes que están planteando las IPS, sea la que en términos de calidad, maximice el número de estudiantes que hacen sus prácticas a las IPS y que se garantice suficiente oferta de cupos universitarios para las especialidades en las que se determine hacen falta especialistas.

Entonces, si las universidades y las IPS son autónomas para decidir qué cantidad de cupos de residencia ofrecen, es necesario que estas asuman con mayor responsabilidad su función social y empiecen a tener en cuenta el perfil de la demanda poblacional de servicios médicos especializados como un elemento indispensable a la hora de decidir cuáles y cuantos programas de posgrado ofertar.

En caso que esta situación no se presente, se necesita que el Estado asuma un rol más activo e intervenga en la oferta de cupos de residencias médicas. Dicha intervención se puede dar a través de la asignación de posgrados por parte del propio Estado sus centros hospitalarios,

dándole a estos las herramientas de formación académica y otorgándoles la posibilidad que expidan títulos académicos de posgrado, basado en las necesidades y demandas en salud de la población. De hecho, es posible afirmar que el Estado pueda mejorar la regulación al pasar de ser un supervisor a ser un regulador y determinador de al menos la cantidad mínima de cupos a ofrecer. De esta forma, se garantiza que la oferta educativa de especializaciones médico-quirúrgicas corresponda a las demandas de servicio de los usuarios y no al perfil o necesidades de los centros educativos o las prestadoras de salud y de paso no se afecta o vulnera la autonomía universitaria pues no se está obligando a ofertar ciertos cupos, sino que el mismo Estado colombiano asume dicha función y la ejerce a través de centros médicos con funciones de docencia y formación.

## **5. COMENTARIOS Y CONCLUSIONES.**

El recurso humano es indispensable para garantizar la mejora en el acceso a los servicios, siendo el talento humano el pilar del sistema pues es a través de este que se ejecutan la mayoría de acciones y procesos que conducen a la prestación del derecho a la salud. Teniendo en cuenta lo anterior este documento se concibió como un el análisis y planificación sobre la disponibilidad del recurso humano suficiente para satisfacer la creciente demanda de servicios que implica el aumento de la cobertura de aseguramiento en salud. De esta forma se observaron tres grandes conclusiones

En primer lugar, es evidente e innegable el déficit existente entre la oferta de médicos especialistas y la demanda poblaciones. En el caso de las especializaciones médicas, estudios sobre la cantidad de estos en el país para los años 2011 y 2016 dieron muestra del desfase que hay entre su disponibilidad y las necesidades poblacionales. Dichos estudios reforzaron la idea y percepción sobre los pocos especialistas que hay en el país y dieron indicios de que dicha situación se mantendría en los próximos años si no se toman medidas necesarias para modificar los elementos que influyen sobre oferta y la demanda de médicos especialistas.

Dichas medidas implican un ejercicio de planificación a corto, mediano y largo plazo sobre el papel que deben jugar los actores que participan en la formación de especialistas. Dicha

planificación no está exenta de imprecisiones y errores, pero debe realizarse más allá de las coyunturas y eventos inmediatos. A inicios de la década del 2000 los altos índices de desempleo en casi todas las profesiones de la salud y llegada de profesionales extranjeros llevaron a afirmar que había exceso de especialistas y como consecuencia de ese análisis coyuntural, hubo una desaceleración y reducción, de la oferta de cupos en las especialidades médico quirúrgicas en los años subsiguientes, cuyo reflejo fue el poco crecimiento del número de egresados en la segunda mitad de la década pasada (28). Dicha planificación desacertada da muestra de que esta debe realizarse constantemente, actualizándose con el pasar de los años y el surgimiento o cambios que se den en las variables.

En segundo lugar, se evidenció que la normatividad del sistema educativo y sus convenios, servicio docencia, que determinan en gran medida el número de médicos especialistas que hay en el sistema de salud, no contribuye a la solución de este déficit de especialistas. Se debe dar entonces un aumento en los cupos de formación académica en posgrado por parte de las universidades y las IPSs, pues de ellas depende en gran medida el flujo de entradas al inventario de especialistas. Sin embargo, con base en la autonomía contemplada en los decretos antes explicados, las IES y las IPSs están en su derecho de no ofertar más cupos de residencia e incluso podrían disminuirlos si así lo desean.

El problema es mayor cuando se mira con detenimiento la distribución de inscritos a programas de posgrado, en donde se observa la alta concentración que hay en Bogotá, Medellín y Bolívar, en detrimento de la poca o inexistente oferta en departamentos como Tolima, Guaviare o Chocó. En este sentido, la oferta de posgrados desde el Estado colombiano debe garantizar un mínimo de cupos en todos los departamentos, aumentándolos con base en criterios de las necesidades en salud de cada departamento. Al garantizar un mínimo de cupos se garantiza también un mínimo de especialistas que al no tener que irse a otra ciudad a estudiar, opta por prestar sus servicios en la misma ciudad donde estudió.

Por último, se sugiere reflexionar sobre la concepción del médico general en nuestro sistema de salud. En este sentido se toma en cuenta lo planteado por el coordinador de Posgrados de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Fernando Galván, quien señala como un médico que no está correctamente formado podría generar altísimos costos

para el sistema, pues el médico general debe estar en capacidad de resolver un gran número de patologías permitiendo remitir al paciente al especialista solo cuando sea necesario, evitando la generación de demanda. (8).

Sin embargo, lo que se ha observado es que el sistema de aseguramiento no ha confiado mucho en el médico general y le ha restringido su accionar, convirtiéndolo en un remitidor de pacientes, generando altos costos para el sistema. (11). Este un tema importante pues los médicos generales representan el 76,9% de los médicos y a partir su capacidad resolutive es que se puede determinar con mayor precisión la necesidad de médicos especialistas. (8).

## **6. PROPUESTA LEGISLATIVA.**

Al evidenciar una problemática es necesario proponer alternativas de solución. En este caso, tanto la problemática como la solución se da en el campo de la política pública, pues esta es la forma en la que el Estado (a veces en compañía de otros sectores) interviene en la sociedad en aras a resolver las situaciones que son percibidas como problemáticas y que implica un proceso integrador de decisiones, acciones, acuerdos e instrumentos. (29). En este documento la propuesta de política pública se enmarca en un proyecto de ley que será puesto a consideración del Congreso de la República, que como rama del poder público y organismo del estado encargado de regular la sociedad a través del diseño normativo puede trazar y ejecutar un sistema alternativo de asignación de cupos de residencias médicas.

Ante la imposibilidad de exigir a las universidades que aumenten su oferta educativa, se necesita que el Estado colombiano habilite a los centros hospitalarios de las capacidades técnicas y jurídicas para que desde allí se forme y titule a los especialistas. Dichos cupos ofertados por el Estado, deben estar en consonancia con el perfil epidemiológico y de demanda del país, además de tener en cuenta las necesidades diferenciadas en cada departamento y el limitado personal de especialistas que hay en zonas alejadas de las ciudades.

**Proyecto de Ley Por medio del cual se regula la oferta de cupos de especializaciones médicas desde la perspectiva de la demanda poblacional, se definen criterios para su oferta y se dictan otras disposiciones.**

**Artículo 1. Objeto.** La presente ley tiene como objeto la adecuación de los cupos de residencias medicas de acuerdo a las necesidades de la población colombiana, facultando al Gobierno Nacional de regular la oferta de posgrados en medicina.

**Artículo 2. Ámbito de aplicación:** Las disposiciones de la presente ley se aplicarán a todas Centros Hospitalarios que se instituyan como escenarios de formación y practica en salud, a las Instituciones de Educación Superior que oferten programas académicos de especialización médicas y/o quirúrgicas acreditados ante el Ministerio de Educación y a las distintas entidades del Estado colombiano, encargadas de su cumplimiento.

**Artículo 3. De la formación de especialistas en el área de la salud por parte del Gobierno Nacional.** El Gobierno Nacional, a través del Ministerios de Salud y el Ministerio de Educación, con base en sus capacidades presupuestales, incentivará la creación y adecuación de los ya existente o nuevos Centros Hospitalarios con vocación de formación académica y práctica, para establecer la oferta de cupos de posgrados con base en las demandas poblacionales.

**Parágrafo. 1.** El Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación serán los encargados, a través de sus facultades dadas por la ley de la revisión de los programas y currículos de los posgrados a ofertar y determinarán, la cantidad mínima de los cupos de posgrado a ofertar por las IES e instituciones que establezcan relaciones de servicio-docencia.

**Parágrafo. 2.** La puesta en funcionamiento de los Centros Hospitalarios con vocación de formación académica y práctica será de forma progresiva de acuerdo a las capacidades técnicas, operativas y financieras con las que cuente el Gobierno Nacional en un lapso de tiempo de 5 años.

**Artículo 4. Criterios para decidir la cantidad de cupos de residencia médica.** Modifíquese el artículo 101 de la Ley 1438 de 2011, adicionándole los siguientes incisos.

De la Formación de Especialistas del Área de La Salud:

Los cupos de residentes de los programas de especialización en salud se aprobarán teniendo en cuenta los siguientes elementos:

El número de graduados de medicina general anualmente.

Las necesidades en salud de la población

El perfil epidemiológico de la población colombiana

Dicha asignación de cupos de residentes incorporará un enfoque territorial diferenciado que permitirá que la oferta de cupos responda a las necesidades de la población de los diferentes territorios que conforman la geografía colombiana.

**Artículo 5. Creación del Comité de Especialistas.** Modifíquese el artículo 7 de la Ley 1164 de octubre 3 de 2007:

Artículo 7°. De los Comités de Talento Humano en Salud. El Consejo Nacional del Talento Humano en salud, estará apoyado por los siguientes comités:

Un comité por cada disciplina profesional del área de la salud

Un comité de especialistas y posgraduados

Un comité de Auxiliares en salud

Un comité de Talento Humano en Salud Ocupacional.

Un comité de las culturas médicas tradicionales.

Un comité para la Medicina Alternativa, Terapias Alternativas y complementarias.

Un comité de Ética y Bioética

Los demás comités que el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud considere pertinente para el cumplimiento de sus funciones.

**Artículo 6°. Estímulos para los médicos residentes decidan desempeñar su labor en zonas de difícil acceso, de alta dispersión geográfica de la población y alejadas de las**

**cabeceras municipales.** Los residentes de especializaciones médico-quirúrgicas y los especialistas que presten sus servicios en zonas de difícil acceso, aquellas que se encuentren alejadas de las cabeceras municipales, alta dispersión geográfica de la población, tendrán derecho a ser prioridad en las asignaciones de recursos de financiación de proyectos de investigación de Colciencias, en convocatorias de estudios de posgrado promovidas por el Icetex y el Gobierno Nacional y en los cupos de especialidades que requieran tener una especialización previa.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los criterios de definición de las zonas de difícil acceso, alta dispersión geográfica y alejada de cabeceras municipales.

El Ministerio de Educación, Colciencias e Icetex, con base en sus capacidades técnicas y financieras, reglamentarán la oferta de incentivos.

**Artículo 7. Vigencia.** La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

## **7. LIMITACIONES**

La presente investigación evidenció algunas limitaciones a la hora de documentar y analizar la oferta y demanda de especialistas médicos y el sistema de residencias médicas y que de paso serían limitantes para la aplicación del proyecto de ley.

En primer lugar, se observó un problema no menor que afectó a la presente investigación y que tiene incidencia directa sobre la planificación y ejecución de la política de talento humano y disponibilidad de especialistas. Se trata de la ausencia de datos sobre la cantidad de especialistas y principalmente sobre los cupos ofertados por parte de las universidades. En un mundo donde las tecnologías de la información han avanzado en gran manera es de esperarse que las barreras sobre la información sean pocas e inexistentes, pero para el presente caso, encontrar información sobre la cantidad de especialistas que hay en el país y sobre los servicios médicos especializados que demandan los colombianos, fue difícil, pero sobre la cantidad de cupos ofertados para especializarse si fue imposible.

Lo anterior adquiere relevancia pues los datos sobre este tema son fundamentales para que los gobiernos puedan establecer los medios más adecuados para satisfacer las necesidades en salud de la población (4). Lo anterior es reafirmado por la Organización Mundial de la Salud, quien señala que el fortalecimiento de la producción y disposición de datos sobre los recursos humanos en salud permite supervisar y garantizar la rendición de cuentas para la aplicación de las estrategias nacionales y regionales (6).

En segundo lugar, otro limitante es la información sobre las IPS y su capacidad instalada de preparar residentes pues no hay forma de obtener información precisa y fiable del mínimo de capacidad que tienen.

En tercer lugar, hay limitantes jurídicas en torno a la autonomía que poseen tanto IES como IPS. Cualquier aumento de cupos sin su consentimiento podría dar a un debate político y académico de grandes proporciones, principalmente en el caso de las Universidades, pues su autonomía es un principio constitucional.

Otro limitante se encuentra en la forma en que se encuentran distribuidas las Universidades en el país pues los problemas en el acceso a los cupos de residencia son solo un reflejo de la oferta de educación superior en el país, donde la mayoría de universidades acreditadas se encuentran en las capitales y grandes centros urbanos en contraste con las zonas apartadas del país.

## 8. BIBLIOGRAFIA.

- (1) Ministerio de Salud. Cifras de aseguramiento en salud. 2018 URL: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- (2) Valencia, L. La relación Ejecutivo-Legislativo en la elaboración de políticas públicas. Confines relaciones internacionales Ciencia Política [online]. 2012, vol.8, n.16. URL: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-35692012000200002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-35692012000200002)
- (3) O'Brien, P., & Gostin, L. Health Worker Shortages and Global Justice. Milbank Memorial Fund, 2011.
- (4) Cendex, Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia. Universidad Javeriana. 2013. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/DisponibilidadDistribuci%C3%B3nMdEspecialistasCendex.pdf>
- (5). Ayala, J. La salud en Colombia: más cobertura, pero menos acceso. Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. Banco de la República. 2014. URL: [http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura\\_finanzas/pdf/dtser\\_204.pdf](http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf)
- (6). Organización Mundial de la Salud. Proyecto de estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. Informe de la Secretaria. 2016. URL: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_38-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_38-sp.pdf)
- (7). Ministerio de Salud y Protección Social. Caracterización del talento humano en salud: hacia el sistema de información del registro único nacional del talento humano en salud. Monitor estratégico, 63-68, 2013. URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Caracterizacion-talento-humano-en-salud.pdf>
- (8). Restrepo, D. & Ortiz, L. Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015 – 2030. Observatorio de Talento Humano en Salud. 2017.

- (9) Banco Mundial. Médicos (por cada 1.000 personas). 2014. URL: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.PHYS.ZS?end=2014&locations=CO-US-DE-AR-ES-CU-MX&start=1990>
- (10) Unimedios. Especialistas médicos, calidad antes que cantidad. En Universidad Nacional de Colombia. 2017. URL: <http://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/article/especialistas-medicos-calidad-antes-que-cantidad.html>.
- (11) Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Descriptores básicos de los programas de medicina de Colombia 2015. 2016. URL: [http://ascofame.org.co/web/wp-content/uploads/2016/08/Descriptores\\_b%C3%A1sico\\_2015.pdf](http://ascofame.org.co/web/wp-content/uploads/2016/08/Descriptores_b%C3%A1sico_2015.pdf)
- (12). Phelps, C. (2010). Health Economics (4 ed.). United States: Pearson.
- (13) Ministerio de Salud. Oferta y demanda del recurso médico en Colombia. (2013). URL: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace\\_MinSalud\\_34.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace_MinSalud_34.pdf)
- (14). El Espectador. Déficit de especialistas, ¿quién tiene la culpa? 2013. URL: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/deficit-de-especialistas-quien-tiene-culpa-articulo-452039>
- (15). Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 242-265. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyaps13-27.assa>
- (16) Residencias Médicas en América Latina .Serie: La renovación de la atención primaria en Salud en las Américas No 5. OPS. Washington, D.C.: OPS, 2011
- (17). Reyes D, G., Ortiz, L. Sistema de Residencias Médicas en Colombia: Marco conceptual para una propuesta de regulación. En Ministerio de Salud. 2013. URL: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Documento%20de%20Residencias%20M%C3%A9dicas\\_versi%C3%B3n%206%20%282%29.pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Documento%20de%20Residencias%20M%C3%A9dicas_versi%C3%B3n%206%20%282%29.pdf)

(18) Ministerio de Educación Nacional. Derecho de petición 2018-ER-082057.

(19) Cantor, N. Numerus Clausus en el Mercado Educativo de Médicos Especialistas. En Documentos de Trabajo. Superintendencia de Industria y Comercio. 2012.

(20). Gobierno de Colombia. Decreto 2376 de 2010. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%202376%20DE%202010.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%202376%20DE%202010.pdf)

(21) Montoya, F. Ofertas De Cupos Para Especialidades Médicas En Colombia. Estudios de Mercado. Superintendencia de Industria y Comercio.

(22) Ley 100 de 1993.

(23) Gobierno de Colombia. Decreto 190 de 1996. URL: [https://www.enlace-apb.com:8143/interssiStatic/static/resources/Normatividad/decretos/DEC190\\_ENERO\\_25\\_DE\\_1996.pdf](https://www.enlace-apb.com:8143/interssiStatic/static/resources/Normatividad/decretos/DEC190_ENERO_25_DE_1996.pdf)

(24) Ministerio de Educación Nacional. Decreto No. 1295. 2010. URL: [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-229430\\_archivo\\_pdf\\_decreto1295.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-229430_archivo_pdf_decreto1295.pdf)

(25) Bardey, D. Competencia en el sector de la salud: énfasis en el caso colombiano.

(26) Congreso de la República de Colombia. Por la cual se Dictan Disposiciones que Regulan la Operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se Dictan Otras Disposiciones. URL: <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201797%20DEL%2013%20DE%20JULIO%20DE%202016.pdf>

(27) Congreso de la República de Colombia. Ley 30 de 1992. Por la cual se organiza el servicio público de la educación superior. URL: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=253>

(28) Guía Metodológica. Observatorio de Talento Humano en Salud OTHS Colombia. 2015

(29) Velásquez, R. (2009). Hacia una nueva definición del concepto “política pública”. Desafíos, Bogotá (Colombia), (20): 149-187.