

Agosto 2022

WP2-2022-008

N° de serie

DOCUMENTO DE TRABAJO

Alternativas de protección social y formalización laboral a las trabajadoras cualificadas del área del cuidado de la salud ante los impactos de la pandemia por Covid-19 en perspectiva de trabajo decente

Elaborado para

Corporación para el Desarrollo de la Seguridad Social (CODESS)

Elaborado por

Universidad del Rosario

Equipo de trabajo

Escuela de Medicina y

Ciencias de la Salud -EMCS

Angela Fernanda Espinosa, Ana Lucía Casallas, Laura Mayorga y Fernando Munar Jiménez

Facultad de Economía:

Darwin Cortés, Iván Jaramillo, Diana Londoño, Alberto Munévar, Daniel Medina y Nestor Guarín.

Contenido

1. Introducción	6
2. Revisión normativa protección social en el marco del trabajo decente	9
2.1 Contexto y situación jurídica	9
2.2. El piso de protección social en el régimen colombiano.....	12
2.3 El artículo 193 de la Ley 1955 de 2019.....	13
2.4 El Decreto 1174 de 2020.....	15
3. Revisión experiencias internacional y nacionales	21
3.1 Experiencias Internacionales	21
3.2 Experiencias Nacionales.....	24
4. Caracterización del personal dedicado al cuidado en el sector salud a partir de encuestas de hogares y registros administrativos: GEIH, RIPS, RETHUS, VACANTES, PILA, SNIES Y SIET.....	31
4.1 Gran Encuesta Integrada de Hogares -GEIH.....	31
Análisis regional	37
4.2 Sistema de Información de Prestaciones de Salud -RIPS	42
4.3 Registro único Nacional del Talento Humano en Salud -RETHUS.....	43
Atenciones y personal de enfermería a nivel regional.....	44
4.4 Ofertas Laborales Servicio Público de Empleo -SPE.....	46
4.5 Oferta Educativa -SNIES Y SIET	49
4.6 Análisis de la precariedad laboral	54
Aproximación a los determinantes de la precariedad laboral para el personal dedicado al cuidado.....	58
5. Encuesta de Identificación de condiciones laborales del personal cualificado del área del cuidado de la salud.....	60
6. Análisis cualitativo a partir de entrevistas semiestructuradas	72
6.1 Diseño metodológico de la entrevista	72
6.2 Condiciones laborales	74
6.2.1 Tipo de contratación.....	75
6.2.2 Ingresos.....	80
6.2.3 Estabilidad laboral	82
6.2.4 Carga laboral	85
6.2.5 Tiempos de descanso	86
6.2.6 Exposición a riesgos.....	88
6.2.7 Dinámicas generacionales	91

6.3	Trabajo y género	92
6.3.1	Carga laboral y asignación de responsabilidades	93
6.3.2	Ingresos.....	96
6.3.3	Exposición a riesgos.....	98
6.3.4	Tiempos de descanso	99
6.4	Aportes para la construcción de una visión de la protección social	100
7.	Hitos y condiciones que profundizan la precariedad laboral en el personal cualificado del área de Enfermería y Medicina en Colombia.....	105
7.1	Dimensiones Estratégicas que conducen hacia escenarios de trabajo decente para el personal cualificado del área de la salud – Enfermería y Medicina	107
7.1.1.	Tipos de Contratación: Inestabilidad y precariedad laboral (ver anexo 2)	107
7.1.2	Sobrecarga laboral y tiempos de descanso	108
7.1.3	Diferencias Salariales.....	111
7.1.4	Exposición a riesgos por causa laboral	113
7.2	Impacto de las Recomendaciones	114
7.2.1	El Rol del Gobierno y el Impacto de estas recomendaciones en el gasto público.	115
7.2.2	El impacto de estas recomendaciones en las empresas y empleadores..	115
7.2.3	El impacto de estas recomendaciones en el personal del área de la salud: enfermería y medicina.	116
8.	Conclusiones	117
9.	Referencias	120
10.	Anexos.....	130
	Anexo 1. Formulario de entrevista semiestructurada.....	130
	Anexo 2. Escenario de contratación: contratos de trabajo.....	138

Índice de tablas

Tabla 1.	Marco Normativo Internacional en materia de seguridad social	17
Tabla 2.	Crecimiento personal de enfermería 2019-2021	41
Tabla 3.	Crecimiento personal médico 2019-2021	42
Tabla 4.	Determinantes de la Precariedad laboral	58
Tabla 5.	Cantidad de preguntas completas	61
Tabla 6.	Características generales del hogar	71
Tabla 7.	Lista de participantes en la entrevista semiestructurada.....	72
Tabla 8.	Categorías de análisis	73

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1. Programas de pregrado activos de Enfermería	51
Ilustración 2. Programas de pregrado activos de Medicina	51
Ilustración 3. Programas de posgrado activos de Enfermería	52
Ilustración 4. Programas de posgrado activos de Medicina	52
Ilustración 5. Programas de auxiliares de enfermería y salud pública con certificación de calidad	53
Ilustración 6. Programas de auxiliares de enfermería y salud pública sin certificación de calidad	53
Ilustración 7. Sistemas de protección social en Colombia.....	75

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Estrategia bidimensional de la OIT para la extensión de la cobertura de la seguridad social.....	10
Gráfico 4. Personal de enfermería y medicina, según tipo de ocupado	34
Gráfico 5. Ocupados formales e informales	34
Gráfico 6. Ingreso laboral mensual real.....	35
Gráfico 7. Horas trabajadas por semana, por sexo	36
Gráfico 8. Ingreso laboral mensual real, tipo de relación laboral.....	37
Gráfico 9. Horas trabajadas por semana, por tipo de relación laboral	37
Gráfico 10. Ocupados, ciudades principales	38
Gráfico 11. Personal por cada mil habitantes.....	38
Gráfico 12. Ingreso laboral real mensual, ciudades principales	40
Gráfico 13. Horas trabajadas/semana, ciudades principales	40
Gráfico 14. Cuantiles de ingreso laboral personal de enfermería por municipio, 2021	43
Gráfico 16. Ratio de atenciones vs ingreso laboral mensual, personal de enfermería 2021	45
Gráfico 17. Ofertas de empleo por nivel de educación.....	47
Gráfico 18. Ofertas de empleo por experiencia requerida.....	47
Gráfico 19. Ofertas de empleo por nivel de salario	48
Gráfico 20. Ofertas de empleo por tipo de contrato.....	48
Gráfico 21. Índice de precariedad laboral ciudades principales	55
Gráfico 22. Índice de precariedad y atenciones por unidad de personal de enfermería	56
Gráfico 23. Precariedad y las atenciones por unidad de personal de enfermería.....	56
Gráfico 24. Atenciones personal de medicina e índice de precariedad principales ciudades	57

Gráfico 25. Atenciones personal de enfermería e índice de precariedad principales ciudades	57
Gráfico 26. Total, de ocupados por tipo de ocupación	62
Gráfico 27. ¿Se encuentra actualmente ocupado?	62
Gráfico 28. Edad promedio.....	62
Gráfico 29. Sexo	62
Gráfico 30. Tipo de ocupación y nivel educativo	63
Gráfico 31. Lugar donde desempeña su labor	63
Gráfico 32. ¿Bajo qué tipo de contratación se encuentra vinculado en este trabajo?..	64
Gráfico 33. ¿Además de su trabajo principal cuenta con un empleo/trabajo adicional?	65
Gráfico 34. ¿Recibe Ud bonificaciones, horas extras, pago por trabajo en horarios nocturnos y dominicales?	65
Gráfico 35. Promedio ingreso laboral mensual.....	66
Gráfico 36. Promedio horas trabajadas a la semana	66
Gráfico 37. Ingreso laboral promedio por nivel de educación	67
Gráfico 38. Ingreso laboral promedio por tipo de contrato	67
Gráfico 39. ¿Recibe alguna de los siguientes beneficios en su trabajo/ empleo principal? -Personal de enfermería	68
Gráfico 40. ¿Recibe alguna de los siguientes beneficios en su trabajo/empleo principal? – Personal médico	69
Gráfico 41. ¿En general en su empleo/trabajo cuántos pacientes en promedio atiende al día?.....	70

Alternativas de protección social y formalización laboral a las trabajadoras cualificadas del área del cuidado de la salud ante los impactos de la pandemia por Covid-19 en perspectiva de trabajo decente

1. Introducción

La pandemia por COVID-19 tuvo un efecto adverso en la gran mayoría de sectores y para la gran mayoría de trabajadores, con la generalidad de haber causado una afectación desproporcionada sobre ciertos sectores y ciertas poblaciones específicas. Las fuertes restricciones a la movilidad al comienzo de la crisis sanitaria impusieron una carga especialmente para quienes sus ocupaciones requerían el contacto físico, y también para los trabajadores informales que vieron su actividad productiva limitada inesperadamente, con el agravante del limitado o nulo acceso a el aseguramiento social de esta población. Posteriormente con la llegada de las políticas de reactivación estos grupos también se vieron afectados, o por la mayor exposición al virus que implican sus ocupaciones o por la carencia de vínculos laborales formales en los mercados.

La problemática alrededor del trabajo informal, la carencia de acceso a los sistemas de seguridad social y la vulnerabilidad de las familias informales es expuesta por Busso et al. (2020), quienes presentan las medidas tomadas en 10 países latinoamericanos en favor de proteger este gran segmento poblacional. Busso y coautores terminan resaltando que en la mayoría de los países de la región la crisis por COVID-19 trajo a la luz grandes problemas estructurales, siendo el más importante la fragmentada e insuficiente cobertura de los sistemas de protección social, que dificultaron la llegada de ayudas a quienes más lo necesitaban. De esta forma se concluye que Latinoamérica necesita reformas que permitan una asistencia ágil y efectiva a todas las personas que lo necesitan en tiempos de crisis.

Colombia no se escapa de estas dinámicas, al ser un país en desarrollo con una gran proporción de trabajadores en la informalidad vio drásticamente aumentadas las vulnerabilidades de su población. Esta afectación diferenciada ha sido documentada por diversas investigaciones, por ejemplo, Zambrano et al (2021) muestran que la

informalidad laboral en Colombia estaba concentrada en los sectores que fueron directamente afectados por el confinamiento, contribuyendo a que las pérdidas de empleo afectarán especialmente a trabajadores y firmas informales. Además, como mencionan los mismos autores, desde la perspectiva empresarial la condición de informalidad no fue más alentadora, ya que las firmas informales tuvieron baja capacidad para mitigar las pérdidas por la crisis, esto porque la mayoría del trabajo informal no se puede realizar remotamente, las firmas no tienen acceso a crédito formal, ni tampoco a los programas gubernamentales.

Con respecto al periodo de recuperación y reactivación de la economía en Colombia, Jaramillo et al. (2021) resaltan que la recuperación del empleo estuvo marcada por patrones hacia la informalidad. Esto denota una de las principales preocupaciones sobre la crisis, la necesidad de preservar los vínculos laborales formales y que la situación no se transforme en un desencadenante de la vulnerabilidad del trabajo. Como lo ejemplifica Becerra et al. (2021), las características del empleo informal permiten que este sector actué como un amortiguador de las pérdidas de empleo durante la crisis, este tipo de solución puede representar una pérdida de los avances en términos de calidad del empleo y cumplimiento de la regulación en los próximos años.

Por otra parte, entre los componentes de una política integral que formalice la ocupación de profesionales del cuidado de la salud, se debe tener en cuenta asuntos relacionados con el mal emparejamiento en el mercado laboral. Un informe de la OMS de 2020 muestra que en Colombia a 2018 hay aproximadamente 10 a 19 profesionales de enfermería y profesionales asociados a enfermería por cada 10000 habitantes, cifra baja respecto a otros países latinoamericanos, y muy baja con respecto a países del grupo OCDE. Así mismo, volviendo al estudio de Pineda y Rodríguez, estos también muestran que existe escasez de personal de cuidado en salud, pero al mismo tiempo que quienes están contratados la mayoría está en algún grado de informalidad (61% no cotizan a pensión). Algunos elementos que pueden explicar esto son: 1) mal emparejamiento espacial, la baja movilidad que se da entre la población que se forma en las escuelas de medicina en las grandes urbes y su migración o ubicación en zonas de escasez de oferta; 2) brecha de habilidades, el personal de salud para el cuidado no está recibiendo la formación que se demanda en el mercado laboral; 3) informalidad voluntaria, actividades del cuidado informales que realizan profesionales de la salud como rentas adicionales o bajo la figura de beneficiario por otro miembro del hogar cotizante; 4) restricciones presupuestaria de parte de prestadores y aseguradores; 5) baja capacidad instalada de infraestructura en salud.

Así, esta investigación se concentra en estudiar las condiciones laborales, el acceso a los sistemas de seguridad social, el cuidado remunerado visto desde el sector de la salud, y las mujeres como la principal población afectada de un sector feminizado y que sufrió grandes afectaciones a causa de la pandemia. De este modo, la presente propuesta se orienta al análisis y construcción del contenido y alcance de la extensión del sistema de protección social como estándar de trabajo decente (OIT, 1999), para este grupo de población adscrito al piso de protección social contenido en el artículo 193 de la Ley 1955 de 2019 y el decreto 1174 de 2020 de cuestionada vigencia jurídica. El acceso al sistema de cobertura económica y asistencial del sistema de seguridad social (Convenio 102 de la OIT en concordancia con la Recomendación 202 OIT), apoya la construcción de respuestas de cobertura frente a riesgos socialmente relevantes. Con esto en mente, se busca estudiar mecanismos de política que conduzcan a la mejora de las condiciones laborales de profesionales de cuidado de la salud, en el marco de una escasez de profesionales que se debe cerrar a mediano plazo; bajo marcos normativos y de incentivos adecuados, los mecanismos de mercado deberían ajustar al alza los ingresos laborales reales de estos trabajadores.

2. Revisión normativa protección social en el marco del trabajo decente

2.1 Contexto y situación jurídica

El Piso de Protección Social constituye un enfoque de política pública que busca proteger y potenciar a los individuos durante todo el ciclo de vida mediante la coherencia y la coordinación de las políticas de protección social y de empleo (OIT, 2011). El concepto prioriza una *estrategia bidimensional* para extender la cobertura efectiva de la seguridad social, misma que involucra una dimensión horizontal y otra vertical:

- » La dimensión horizontal, que consiste en la rápida implementación de Pisos nacionales de Protección Social. Aquí se busca garantizar niveles mínimos de protección social que brinden seguridad económica y acceso efectivo a los servicios esenciales como salud, para todos aquellos que necesitan esta protección;
- » La dimensión vertical, que busca gradualmente, ampliar el número de ramas cubiertas de seguridad social y de calidad de los servicios y prestaciones, conforme a los niveles de cobertura y prestaciones previstas en el Convenio Núm. 102 de la OIT sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) y otras normas más recientes definidas como de tercera generación. Lo anterior siempre bajo un enfoque de sostenibilidad financiera y actuarial de los regímenes.

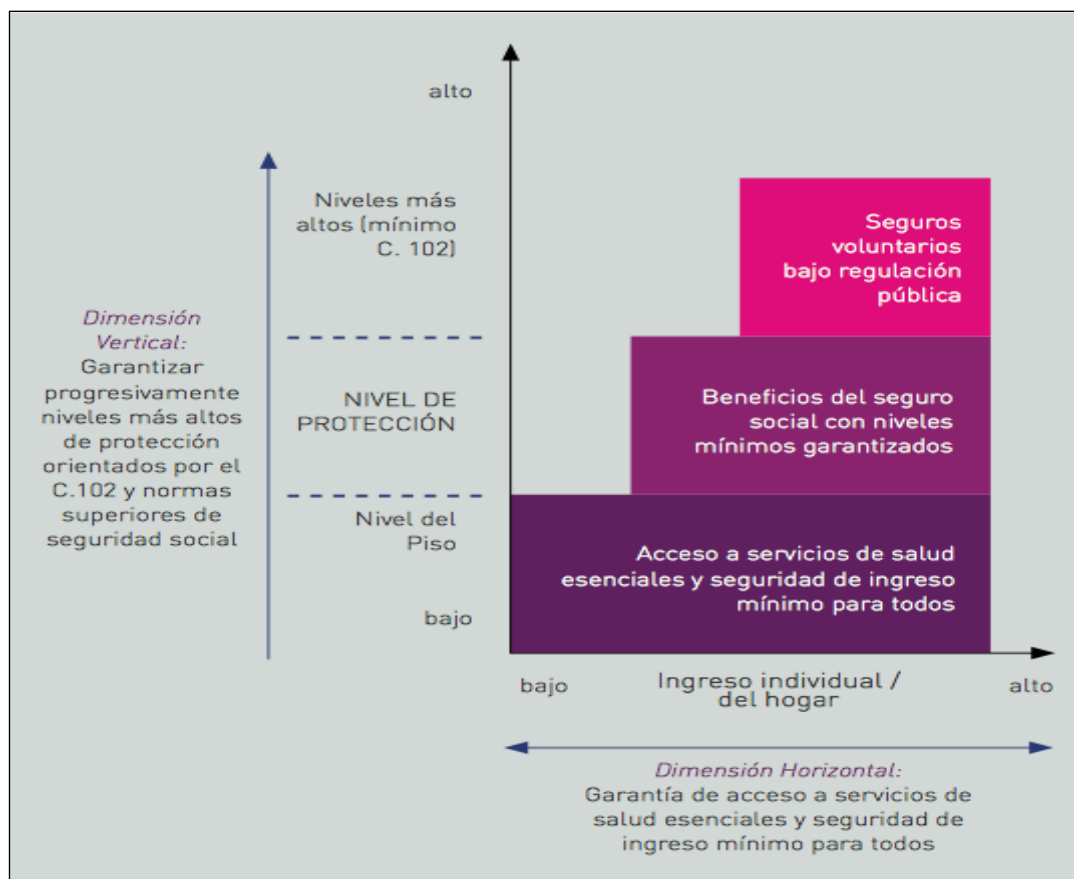
La Recomendación 202 de la OIT enmarca la estrategia de extensión horizontal a partir de las garantías que se identifican en el instrumento internacional que articula la estrategia de ampliación de cobertura para “alcanzar a los trabajadores de la economía informal, trabajadores independientes, agrícolas, domésticos y familiares no remunerados.” [1]

Las cuatro garantías esenciales que promoverá la OIT tienen como objetivo *generar las bases para que progresivamente, pero en forma sostenida*, de acuerdo con el contenido del artículo 5 de la Recomendación 202 de la OIT se señala:

1. Todos los residentes puedan acceder al conjunto de servicios de atención de salud esenciales que defina cada país.

2. Todos los niños gocen de un nivel de seguridad de ingresos, al menos al nivel del umbral de pobreza definido en sus países, mediante prestaciones familiares y/o por hijo a cargo destinadas a facilitar el acceso a alimentación, la educación y los cuidados.
3. Los miembros de los grupos de población en edad de trabajar que no accedan a ingresos suficientes en los mercados de trabajo se beneficien de un mínimo de seguridad de ingresos mediante regímenes de asistencia social o de transferencias sociales o mediante regímenes de garantía del empleo, seguros de desempleo o seguros-cesantía.
4. Todos los residentes de edad avanzada o con discapacidades disfruten de un nivel de seguridad de ingresos al menos coincidente con el umbral de pobreza fijado en sus países, mediante pensiones de vejez e invalidez (ver Gráfico 1.)

Gráfico 1. Estrategia bidimensional de la OIT para la extensión de la cobertura de la seguridad social



Fuente: Organización Internacional del Trabajo (2014)

La estrategia de extensión de la cobertura del Sistema de Seguridad Social en Colombia se vinculó a la habilitación de la afiliación y contribuciones de trabajadores con ingresos inferiores al salario mínimo legal mensual vigente a través de dos rutas:

- a) El régimen de cotización por semanas regulada en la sección 4 Capítulo 6 Título 1 Parte 2 del Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo 1072 de 2015, que en lo particular dispone:

“Artículo 2.2.1.6.4.1. Objeto. Las normas contenidas en la presente sección tienen por objeto adoptar el esquema financiero y operativo que permita la vinculación de los trabajadores dependientes que laboren por períodos inferiores a un mes, a los Sistemas de Pensiones, Riesgos Laborales y Subsidio Familiar, con el fin de fomentar la formalización laboral.”

En función de los días laborados se prevé la imputación semanal de los períodos de pago al sistema utilizando un sistema de aproximación para enmarcar el número de semanas que habilita el pago de las cotizaciones correspondientes a los mismos períodos de la siguiente manera que ilustra el decreto:

<i>Días laborados en el mes</i>	<i>Monto de la cotización</i>
Entre 1 y 7 días	Una semana
Entre 8 y 14 días	Dos semanas
Entre 15 y 21 días	Tres semanas
Más de 21 días	Cuatro semanas (1 mes)

Una vez establecido el arco temporal que corresponde se debe hallar la proporción de la cotización que corresponde a cada una de las partes del contrato de trabajo.

Respecto de los períodos para construir el derecho a la pensión de vejez se prevé que las cotizaciones se validen como semanas para completar los requisitos de densidad de semanas que condicionan el reconocimiento de las prestaciones que reconoce el régimen de prima media con prestación definida.

No obstante, la imposibilidad de cumplir con los requisitos en materia de densidad de semanas para acceder a la pensión de vejez se prevé la posibilidad de imputar el saldo

de lo ahorrado al sistema de beneficios económicos periódicos BEPS reglado en el decreto 604 de 2013.

- b) El Programa de Subsidio al Aporte en Pensión (PSAP) – Administrado y operado por el Ministerio del Trabajo financiado con cargo al fondo de solidaridad pensional.

En este sentido, con cargo a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad, el artículo 2.2.14.1.1. del Decreto Único Reglamentario del Sector Sistema de Seguridad Social en Pensiones, dispone:

“Naturaleza y objeto del Fondo de Solidaridad Pensional. El Fondo de Solidaridad Pensional es una cuenta especial de la Nación, sin personería jurídica, adscrita al Ministerio del Trabajo, destinado a ampliar la cobertura mediante un subsidio a las cotizaciones para pensiones de los grupos de población que por sus características y condiciones socioeconómicas no tienen acceso a los sistemas de seguridad social, así como el otorgamiento de subsidios económicos para la protección de las personas en estado de indigencia o de pobreza extrema.

El Fondo de Solidaridad Pensional tendrá dos subcuentas que se manejarán de manera separada así:

1. Subcuenta de Solidaridad destinada a subsidiar los aportes al sistema general de pensiones de los trabajadores asalariados o independientes del sector rural y urbano que carezcan de suficientes recursos para efectuar la totalidad del aporte, tales como artistas, deportistas, músicos, compositores, toreros y sus subalternos, la mujer microempresaria, las madres comunitarias, los discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales, los miembros de las cooperativas de trabajo asociado y otras formas asociativas de producción.”

2.2. El piso de protección social en el régimen colombiano

La interpretación del contenido y alcance del piso de protección social en Colombia se ha orientado a la degradación en el acceso al sistema integral de seguridad social, a partir del proyecto de ley 193/2018 Senado, 123/2017 Cámara “Por el cual se dictan disposiciones relacionadas con la dignificación del trabajo de la población rural en Colombia y el establecimiento de un piso de protección social mínimo”.

La propuesta legislativa integraba fundamentalmente: (i) la creación del jornal integral rural por el cual en el pago diario se integraba al reconocimiento salarial, el pago de prestaciones, vacaciones e incluso una posible indemnización por despido sin justa causa, (ii) se condicionaba el acceso al derecho a vacaciones al pago por el mismo empleador del jornal por el mismo empleador durante 180 días continuos o discontinuos en un período de 360 días desde la iniciación del contrato de trabajo y (iii) vinculación de trabajadores que devenguen menos de 1 SMLMV a los beneficios económicos periódicos BEPS.

2.3 El artículo 193 de la Ley 1955 de 2019

Siguiendo con la tendencia trazada en el proyecto de ley 123 de 2017, el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad” incluyó la adscripción de trabajadores que devengan menos de 1 SMLMV a regímenes asistenciales, sin acceso al reconocimiento de derechos económicos, con incentivos para el tránsito a modelos de contratación a tiempo parcial y degradación de derechos.

En esta dirección, el artículo 193 de la Ley 1955 de 2019, como parte del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”, establece:

“ARTÍCULO 193. PISO DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA PERSONAS CON INGRESOS INFERIORES A UN SALARIO MÍNIMO. Las personas que tengan relación contractual laboral o por prestación de servicios, por tiempo parcial y que en virtud de ello perciban un ingreso mensual inferior a un (1) Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMLMV) deberán vincularse al Piso de Protección Social que estará integrado por: i) el Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad en Salud, ii) el Servicio Social Complementario de Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) como mecanismo de protección en la vejez y iii) el Seguro Inclusivo que ampara al trabajador de los riesgos derivados de la actividad laboral y de las enfermedades cubiertas por BEPS.

En estos eventos el aporte al programa de los Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) deberá ser asumido enteramente por el empleador o el contratante y corresponderá al 15% del ingreso mensual del trabajador o contratista. De este monto se destinará el 1% para financiar el Fondo de Riesgos Laborales, con el fin de atender el pago de la prima del Seguro Inclusivo.

Sin perjuicio de lo anterior, las personas que no tengan una vinculación laboral o no hayan suscrito un contrato de prestación de servicios y no tengan capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización al Sistema Integral de

Seguridad Social podrán afiliarse y/o vincularse bajo la modalidad del piso de protección social de que trata este artículo y serán los responsables de realizar el aporte al programa BEPS y el pago del seguro inclusivo. En todo caso, las personas deberán cumplir con los requisitos de acceso o pertenencia a los diferentes componentes del piso de protección social.”

La contradicción con el principio de unidad de materia, por el cual: *todo proyecto de ley debe referirse a una misma materia y serán inadmisibles las disposiciones o modificaciones que no se relacionen con ella*, determinó la inexecutable del artículo 193 de la Ley 1955 de 2019 por conducto de la sentencia C-276 de 2021:

“Tras dar aplicación a dicha regla, en el caso señaló que la norma demandada debía declararse inexecutable por haber desconocido el principio de unidad de materia (art. 158 superior). En particular, expuso que, si bien era posible establecer una relación con el pacto estructural de equidad y sus objetivos, metas y estrategias, tal relación no era directa e inmediata. Con mayor razón, en cuanto el Piso de Protección Social, allí incorporado, es una disposición del sistema de seguridad social de índole transversal que debería ser regulada mediante un procedimiento legislativo ordinario previsto en la Constitución, de tal manera que se garantizara el principio democrático. Igualmente, señaló la Sala Plena que la norma demandada no corresponde a la función de planificación, que no busca impulsar el cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo y no constituye una autorización de recursos o apropiaciones para la ejecución de este.

La inexecutable se declara con efectos diferidos a dos legislaturas completas, contadas a partir del 20 de julio de 2021. Por lo que, los efectos de la decisión de inexecutable se diferirán a partir del 20 de junio de 2023. La medida de diferimiento se adopta al tener en cuenta la necesidad de no afectar los derechos de ciudadanos que ya se hubiesen vinculado al mecanismo del Piso de Protección Social.” (Corte Constitucional, Comunicado 31 del 19 de agosto de 2021, Sentencia C-276 de 2021).

Respecto de la decisión de inconstitucionalidad, debe precisarse (i) la inadmisibilidad constitucional comporta el retiro e inaplicación de la norma que contradice la norma superior, y (ii) el diferir en el tiempo de los efectos de la decisión no comporta la habilitación para la aplicación mientras se tramita por vía ordinaria el piso de protección

social. De conformidad con el contenido del comunicado 31 de 2021, los efectos se difieren al 20 de junio de 2023 para no afectar a los afiliados al piso de protección al que se han vinculado 8,000 afiliados (COLPENSIONES septiembre, 2021), sin que se permita la aplicación del inexecutable piso de protección social.

Respecto del artículo 193 de la Ley 1955 de 2019, en el mismo comunicado 31 del 19 de agosto de 2021, la sentencia C-277 de 2021 determinó la exequibilidad condicionada en los siguientes términos:

“Declarar EXEQUIBLE el artículo 193 de la Ley 1955 de 2019 “Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”, por los cargos analizados en esta providencia, en el entendido de que la expresión “deberán” no impide que las vinculaciones laborales con salarios inferiores al mínimo legal vigente, puedan afiliarse al régimen contributivo. La definición del régimen resultará del acuerdo contractual entre el trabajador y el empleador. En cualquier caso, el patrono asumirá los costos de la asistencia social elegida.”

Respecto del mandato contenido en el aparte resolutivo de la sentencia C-277 de 2021 debe considerarse, (i) se reitera la inadmisibilidad de impedir el acceso a los trabajadores que devengan una cifra inferior al salario mínimo legal mensual vigente al derecho irrenunciable a la seguridad social y (ii) NO comporta una modificación de la declaratoria de inconstitucionalidad definida en la sentencia C-276 de 2021 que retiró de ordenamiento el artículo 193 de la Ley 1955 de 2019.

2.4 El Decreto 1174 de 2020

El artículo 193 de la Ley 1955 de 2019 fue reglamentado por conducto del decreto 1174 de 2020 que articuló el diseño de implementación del piso de protección social a partir de febrero de 2021 en los siguientes términos:

“Artículo 2.2.13.14.1.2. Composición del Piso de Protección Social. El Piso de Protección Social se encuentra integrado por:

El Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Servicio Social Complementario de Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) como mecanismo de protección en la vejez.

El Seguro Inclusivo que ampara al trabajador de los riesgos derivados de la actividad laboral y de las enfermedades cubiertas por Beneficios Económicos Periódicos – (BEPS).

Parágrafo. Los trabajadores dependientes que se vinculen al Piso de Protección Social tendrán acceso al Sistema de Subsidio Familiar, una vez se reglamente. (...)

Artículo 2.2.13.14.3.1. Aporte al Piso de Protección Social. El aporte para el Piso de Protección Social se realizará de la siguiente manera:

Vinculados obligatorios:

El aporte deberá efectuarse mensualmente por el empleador o contratante según corresponda, y podrá realizarse en cualquier tiempo durante el mes en el que se desarrolla la actividad, por medio de los canales que la administradora del mecanismo disponga para ese efecto. La cuantía corresponderá al quince por ciento (15%) del ingreso mensual obtenido en el periodo por el que se realiza dicho aporte. Este aporte será adicional al valor convenido a pagar por el desarrollo de la actividad, sin que se pueda descontar de este último.”

Resulta pertinente aclarar los efectos jurídicos de la declaratoria de inconstitucionalidad de la norma que fundamenta la reglamentación de que trata el decreto 1174 de 2020.

En los casos en que desaparece del ordenamiento jurídico las normas en que se fundamentan los actos administrativos opera el denominado decaimiento del acto administrativo en los términos del artículo 91 de la Ley 1453 de 2011 CPACA:

“PÉRDIDA DE EJECUTORIEDAD DEL ACTO ADMINISTRATIVO. Salvo norma expresa en contrario, los actos administrativos en firme serán obligatorios mientras no hayan sido anulados por la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo. Perderán obligatoriedad y, por lo tanto, no podrán ser ejecutados en los siguientes casos:

- » Cuando sean suspendidos provisionalmente sus efectos por la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo.
- » Cuando desaparezcan sus fundamentos de hecho o de derecho.

- » Cuando al cabo de cinco (5) años de estar en firme, la autoridad no ha realizado los actos que le correspondan para ejecutarlos.
- » Cuando se cumpla la condición resolutoria a que se encuentre sometido el acto.
- » Cuando pierdan vigencia.” (Resaltado y subrayado fuera de texto).

De cualquier forma, las centrales sindicales y las confederaciones de pensionados en Colombia presentaron acción de nulidad simple ante el Consejo de Estado para obtener un pronunciamiento específico de ilegalidad del decreto 1174 de 2020 más allá del decaimiento de acto administrativo.

Finalmente, Las tablas 1 y 2, presentan en resumen general de las normatividades en materia de seguridad social, Internacional y nacional. Que busca complementar el análisis presentado anteriormente y que, además, referencia a los puntos notables analizados con relación a la seguridad social y otras medidas adoptadas por el gobierno nacional derivadas por la pandemia declarada por la OMS, a partir de marzo 11 de 2020.

Tabla 1 Marco Normativo Internacional en materia de seguridad social

Normativa		Observación
Convenio 102 OIT, 1952	Norma mínima en seguridad social	Base de la escalera de la seguridad social, Convenio técnico hasta el momento no ratificado por Colombia
OIT 1999 Trabajo decente declaración director general	Los principios y derechos fundamentales en el trabajo, el empleo, la protección y el diálogo sociales.	Declaración del director general sobre trabajo decente como garantía de regulación universal que incluye la protección social como estándar de trabajo decente.
OIT Recomendación 202, 2012	Recomendación sobre los pisos de protección social	Pilar básico internacional del denominado piso de protección social. Dada la naturaleza jurídica de la Recomendación, no es objeto de ratificación.
OIT Recomendación 204, 2015	Recomendación sobre la transición de la economía informal a la economía formal	Instrumento internacional base de los parámetros de formalización. Dada la naturaleza jurídica de la Recomendación, no es objeto de ratificación.
OIT 2019 Declaración del centenario	Declaración centrada en el ser humano y enfocada en tres acciones prioritarias: aumentar la inversión en las capacidades de las personas. aumentar la inversión en las instituciones del trabajo. aumentar la inversión en el trabajo decente y sostenible.	Declaración sobre el futuro del trabajo que expresa de cara al futuro la importancia de: “adoptar y ampliar sistemas de protección social que sean adecuados y sostenibles y estén adaptados a la evolución del mundo del trabajo”.

Normativa		Observación
OIT 149 Personal de Enfermería	Reconoce el papel crucial que desempeña el personal de enfermería y otras categorías de trabajadores de la salud en beneficio de la salud y el bienestar de la población.	“Establece normas laborales mínimas que hacen hincapié en las particulares condiciones en que se realiza la atención de enfermería”.
OIT 157 Personal de Enfermería	Recomendación sobre el personal de enfermería	Constituye un instrumento de corrección internacional, que apoya las directrices de corrección del sistema de intervención en materia de remuneración, tiempo de trabajo y de descanso y seguridad social que inspiran las recomendaciones que derivan del proyecto que presentamos.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Marco Normativo nacional en materia de seguridad social

Normativa	Observación
Ley 266 de 1996	Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia
Ley 797 de 2003 artículo 8	Subcuenta de solidaridad y subcuenta de subsistencia del fondo de solidaridad pensional.
Ley 1164 de 2007	Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud
Decreto 2006 de 2008	Por el cual se crea la Comisión Intersectorial para el talento humano en Salud
Decreto 860 de 2008	Dicta medidas transitorias para la autorización del ejercicio del talento humano en salud.
Decreto 4671 de 2008	Amplía en 1 año más los términos establecidos en los artículos 1° y 2° del Decreto 860 de 2008, para que las Direcciones Departamentales de Salud y Distrital de Bogotá, continúen realizando las actividades de inscripción, registro y autorización del ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud...
Sentencia 756 de 2008 Corte Constitucional	“...el legislador no puede imponer requisitos irrazonables o desproporcionados que modifiquen su esencia o constituyan verdaderas barreras para su desempeño, ni puede exigir títulos de idoneidad que no sean absolutamente necesarios para proteger a la sociedad...”
Ley 1438 de 2011 Nivel Nacional	El Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, definirá la política de Talento Humano en Salud que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud...
Decreto 1072 de 2015 artículo 2.2.1.6.4.1 (Decreto 2616 de 2013)	Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. Trabajadores que laboran por períodos inferiores a un mes.
Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 Nivel Nacional	Regula los aspectos atinentes a la relación docencia-servicio en programas académicos del área de la salud, sin importar el grado de participación o ausencia de ella en la propiedad que las instituciones

Normativa	Observación
	educativas tengan sobre los escenarios de práctica o la naturaleza jurídica de los participantes.
Ley 1955 de 2019 Artículo 193	“Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”, estableció la creación de un Piso de Protección Social para las personas que devengan menos de un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente como consecuencia de su dedicación parcial a un trabajo u oficio o actividad económica
Circular 059 de 2020 Secretaría Distrital de Salud	Emite recomendaciones para la modificación operativa de servicios ambulatorio, hospitalario y cirugía, y ajusta los criterios de talento humano para la operación de servicios de UCI y otros en el marco de la emergencia por COVID-19
Circular Externa 007 de 2020 Ministerio de Salud y Protección Social	Emite instrucciones a las secretarías de salud departamental, distrital y municipal, IPS públicas y privadas para el diligenciamiento del formulario denominado disponibilidad de talento humano en salud...
Concepto 202011 de 2020 Ministerio de Salud y Protección Social	Informa que en cuanto a lo dispuesto frente a los criterios del llamado del talento humano en salud a que refiere el parágrafo quinto del artículo 9 del Decreto Legislativo 538 de 2020, objeto de consulta, se expidió la Resolución 628 de 2020, estableciendo en su artículo 3, los criterios para el llamado del talento humano en salud.
Resolución 628 de 2020 Ministerio de Salud y Protección Social	Establece los criterios, el procedimiento y las fases para el llamado del talento humano en salud durante la etapa de mitigación de la pandemia SARS-CoV-2 (COVID-19), los cuales se rigen por los principios de progresividad, proporcionalidad y protección del talento humano en salud.
Resolución 1172 de 2020 Ministerio de Salud y Protección Social	Define los términos y condiciones del reporte de información del talento humano en salud que presta sus servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de Coronavirus COVID-19 o que realiza vigilancia epidemiológica con el objeto de determinar el reconocimiento económico temporal.
Resolución 1182 de 2020 Ministerio de Salud y Protección Social	Modifica el artículo 3° de la Resolución 1172 de 2020 en el sentido de ampliar los servicios de salud con fundamento en los cuales se reconocerá un monto económico temporal.
Resolución 1312 de 2020 Ministerio de Salud y Protección Social	Establece que las IPS y las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales o la entidad que haga sus veces, reportaría, a más tardar el 6 de agosto de 2020, la información del talento humano en salud que prestó servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de coronavirus Covid-19 o realizó vigilancia epidemiológica entre el 12 de abril de 2020 y el 31 de julio de 2020.
Resolución 1468 de 2020 Ministerio de Salud y Protección Social	Modifica la Resolución 1172 de 2020 en el sentido de incluir a la entidad que realiza vigilancia epidemiológica y ampliar fecha para reporte de información.
Resolución 1923 de 2020 Ministerio de Salud y Protección Social	Ordena realizar un giro de recursos del Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social a la ADRES, con destino al reconocimiento económico temporal para el talento humano en salud que preste sus servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de coronavirus COVID-19 incluidos aquellos que realicen vigilancia epidemiológica.
Decreto 1174 de 2020	“...a efectos de reglamentar el Piso de Protección Social para personas que devengan menos de un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente”.
Decreto Legislativo 538 de 2020	Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los

Normativa	Observación
	servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica
Sentencia C-276, 2021	Mediante la cual la Corte Constitucional declaró la inexecutable del artículo 193 de la Ley 1955 de 2019, lo cual deja sin efectos la aplicación del piso de protección social, así como las disposiciones que lo regulan, como el Decreto 1174 de 2020
Sentencia C- 277, 2021	La Honorable Corte Constitucional, declaró Exequible el Artículo 193 del Plan Nacional de Desarrollo “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”, el cual creó el Piso de Protección Social.
Resolución 755 de 2022	"Política Nacional de Talento Humano de Enfermería y el Plan Estratégico 2022-2031"
Proyecto decreto Ministerio del Trabajo	Reglamenta la afiliación al Sistema de Subsidio Familiar para trabajadores dependientes por tiempo parcial que estén vinculados al Piso de Protección Social.

Fuente: elaboración propia.

3. Revisión experiencias internacional y nacionales

3.1 Experiencias Internacionales

La precarización del trabajo tiene varias dimensiones, no sólo económicas, también existen aristas relacionadas con el desarrollo propio de la actividad. La literatura al respecto ha trabajado en medir y entender estas dimensiones utilizando información recabada por los estudios a partir de encuestas o encuestas existentes sobre personal de salud. Entre las dimensiones del problema se encuentran el problema de burnout o agotamiento del personal médico, el cual es una respuesta prolongada a los estresores emocionales e interpersonales crónicos en el trabajo: agotamiento, despersonalización y reducción de la realización personal.

Precisamente el trabajo realizado por Azam et al. (2017), presenta una revisión sistemática sobre las causas y consecuencias del burnout en los médicos, encontrando en treinta y uno de los artículos revisados que el desgaste físico está relacionado con factores demográficos como la edad (jóvenes), el género (mujeres), el estado civil (solteros), el número de hijos (sin hijos), la experiencia (menor) y posiciones de trabajo (primeros puestos). Por otro lado, jóvenes y aquellos que no están satisfechos con su especialidad muestran alto grado de despersonalización y desgaste emocional (Azam et al., 2017). Entre las causas que explican el burnout en la mayoría de los estudios según los autores, la carga de trabajo se encuentra como una de las causas dominantes. Adicionalmente otras causas encontradas son: difíciles relaciones con compañeros y pacientes, falta de recompensas, insuficiencia de recursos, falta de apoyo organizativo, falta de salas de descanso y otras instalaciones adecuadas, el escaso apoyo del supervisor, el conflicto entre familia y trabajo, la falta de autonomía laboral y clínica, tipos de personalidad, la inseguridad laboral, la escasez de equipos, la ansiedad por la incertidumbre clínica y la reticencia a revelar a los pacientes, y la falta de oportunidades de desarrollo profesional (Azam et al., 2017).

En los estudios revisados por Azam et al. (2017), la mayoría encuentra que los síntomas más notorios del burnout son el cansancio emocional, el cinismo o despersonalización y la falta de compromiso. Finalmente, entre las consecuencias de esto se incluyen efectos individuales como el trastorno del sueño, la falta de apetito, la depresión, el dolor corporal y el consumo diario de alcohol, la disminución de la calidad de vida, la menor toma de perspectiva, la menor preocupación empática y los errores médicos. En cuanto a los efectos organizativos del burnout se encuentran la insatisfacción laboral, la

intención de dejar el trabajo, la disminución del compromiso organizativo y el rendimiento laboral (Azam et al., 2017). Han et al. (2019) utiliza un modelo matemático que simula la población de médicos para Estados Unidos, encuentra que a nivel organizacional el coste económico anual asociado al burnout por rotación y reducción de horas clínicas es de aproximadamente 7.600 dólares por médico empleado cada año (Han et al., 2019).

Una segunda dimensión relacionada con la precariedad tiene que ver con las brechas de ingreso que pueden variar por sexo, región, nivel educativo, edad, entre otras formas. Diferentes estudios han documentado este problema, para el caso; Chen et al. (2021), analizan el caso de cirujanos generales de un gran centro médico entre 1997- 2018. En el análisis ajustado que hicieron los autores, los cirujanos varones ganaron unas 1,65 unidades adicionales de valor relativo del trabajo (wRVU, siglas en inglés) por caso, en comparación con las cirujanas (intervalo de confianza del 95%: 1,57-1,74). Ellos observaron que las mujeres cirujanas son más propensas a realizar casos con un valor wRVU inferior al de sus colegas hombres, incluso teniendo en cuenta las diferencias en la subespecialidad clínica y los años de práctica. Esta disparidad de sexos aumentó con la antigüedad del cirujano, y no hubo ninguna mejora apreciable a lo largo de los 20 años de este estudio. Según los autores, los resultados evidencian que el subempleo de las mujeres cirujanas de este centro médico no se debe a obligaciones profesionales o familiares contrapuestas ni a la elección de la subespecialidad por parte del cirujano, sino que pueden deberse a un sesgo de los médicos remitentes.

Evidencia relacionada a la anterior encontró Bayati et al. (2019) en los médicos generales iraníes utilizando datos de corte transversal de 2016-2017. Sus principales hallazgos muestran que médicos generales en el quintil más alto tienen ingresos y salarios hasta 8 veces más que los del primer quintil. Además, los hombres, médicos que trabajan en consultorios personales, y aquellos que trabajan en áreas rurales y ciudades pequeñas tienen ingresos significativamente más altos. En cuanto a salarios, el resultado es similar para hombres y trabajadores en consultorios personales. En cuanto a desigualdad del ingreso, la causa más común encontrada es las diferencias en cargas laborales de los médicos generales. Resultados similares por género encuentran Dumontet et al. (2012) para médicos generales de Francia en 2008. En su trabajo, 73% de la brecha de ingresos es explicada por diferencias en las características promedio: por ejemplo, la diferencia en carga laboral explica el 61%. Adicionalmente, los retornos marginales de las médicas por un servicio adicional son más altos respecto a los hombres. En cuanto a brechas urbano – rural, los médicos generales en áreas rurales

tienen mejores ingresos que aquellos en áreas urbanas, lo que podría ser explicado por el perfil de los pacientes y el tipo de servicio prestado.

En brechas de indicadores laborales, Montañez-Hernandez et al. (2020), encuentran en México (años 2005-2017), que la tasa promedio anual (TPA) de empleo de las mujeres médicas es inferior al de los hombres, y las TPA de subempleo cualitativo, desempleo y despilfarro laboral de las mujeres médicas son superiores a los de los hombres. Las enfermeras, sin embargo, tenían un TPA de empleo más alto que los hombres y un TPA de subempleo cualitativo y tasas de desempleo más bajas. Tanto las mujeres médicas como las enfermeras mostraron una TPA de desperdicio laboral superior al de los hombres.

La precarización se agudiza cuando se tiene en cuenta que hay sesgos negativos discriminatorios hacia las mujeres, según evidencia anterior, y además que el sector en los últimos años está viviendo una feminización de su fuerza laboral. Russo et al. (2015), muestran para tres ciudades capitales de África que las mujeres están sobrerrepresentadas en los grupos de edad más jóvenes. Las mujeres médicas se distribuyen de forma desigual entre las especialidades médicas y están ausentes en las especialidades tradicionalmente masculinas, como la cirugía, la ortopedia y la estomatología. De igual forma, encuentran que las mujeres se dedican a la práctica privada tanto como sus compañeros masculinos, aunque en general dedican menos horas a la profesión, especialmente en el sector público. En Ecuador, Bedoya-Vaca et al. (2016) encuentran que las mujeres médicas suelen ser discriminadas por los pacientes, las enfermeras y, a veces, por otros médicos, lo que ha limitado su movilidad y su capacidad para actuar de forma independiente y en el sector privado. Asimismo, encuentran que, en el sector público, donde los pacientes no pueden "elegir" a sus médicos, las mujeres encuentran más oportunidades de éxito y promoción profesional, y los horarios regulares permiten organizar el trabajo y las responsabilidades familiares.

Otra dimensión de la precarización se relaciona con la baja retención y atracción, especialmente en zonas de difícil acceso como lo son las áreas rurales. Balaid et al. (2017) muestran para Nigeria que el entorno local, el cual incluye las condiciones de vida (ausencia de electricidad, falta de disponibilidad de escuelas), los factores sociales (aislamiento, inseguridad nacional y local), las condiciones de trabajo (carga de trabajo), la falta de compensación económica y los factores individuales (estado civil, género), influyen en la atracción y retención de profesionales de la salud para trabajar en zonas

rurales. Adicionalmente, encuentran que las políticas de recursos humanos no tienen en cuenta los factores que influyen en la retención de los profesionales sanitarios rurales.

3.2 Experiencias Nacionales

El Sector Salud antes y durante la pandemia en Colombia

La Organización Internacional del Trabajo (2018) en el documento denominado “*El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*”, hace un acercamiento al trabajo de cuidado remunerado y no remunerado, considerando que es de vital importancia para el trabajo decente. Establece que se requiere la adopción de medidas que garanticen cubrir los déficits actuales en la prestación de los servicios del cuidado y su calidad, considerando el cuidado directo e indirecto remunerado y no remunerado y la equidad de género. Así mismo, la afectación en la calidad de empleo a causa de actividades del cuidado remunerado y no remunerado en la población (OIT, 2018).

Este documento concentra su análisis en la identificación de los trabajadores del cuidado y el empleo relacionado con el cuidado que es mayormente prestado por mujeres (dos tercios de la fuerza de trabajo mundial en este sector, y en América Latina puede superar las tres cuartas partes). Así mismo, en los efectos en la calidad de la contratación de este personal y los medios para su desarrollo. Encuentra que la enfermería son el área del cuidado que mayor vincula trabajadores, siendo mujeres en su mayoría, con extensas horas de trabajo e insuficientes medios para una adecuada realización del cuidado. Hace un recorrido en torno a los incentivos y subsidios que crean en algunos países para atraer al personal del cuidado, reconociendo el trabajo no remunerado en algunos casos (OIT, 2018).

Como conclusión, menciona que los empleos de mala calidad para los trabajadores del cuidado conducen al trabajo de cuidado de mala calidad. La migración de trabajadores en esta área genera diferencias en las condiciones de trabajo, en los salarios entre países, y en el reconocimiento y validación de certificaciones de calificaciones en los migrantes. El documento busca establecer acciones para garantizar el trabajo decente y la protección laboral, donde el trabajo de buena calidad en el cuidado atrae igualdad de género, cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, para lo cual se requiere inversión de gobiernos (OIT, 2018).

Velázquez (Cepal, 2021) en el documento de proyectos de la Cepal “*La protección social de los trabajadores informales ante los impactos del Covid-19*” encuentra que las medidas destinadas a controlar la crisis sanitaria provocada por la pandemia del Covid-19 en 2020 han tenido severos efectos en las actividades económicas, en el empleo y en los ingresos de los trabajadores y de sus hogares. Se presentó una masiva destrucción de empleos y se prevén aumentos significativos de la pobreza y de la pobreza extrema. En América Latina, los sectores más afectados son aquellos con mayor número de trabajadores informales, es decir, los fuertes impactos de la crisis recayeron en trabajadores más vulnerables y de menores ingresos. En varios países, el conjunto de medidas fueron dirigidas a los trabajadores informales (Cepal, 2021).

Esta misma investigación, realiza un recorrido a través de experiencias de programas implementados durante la crisis pasada en varios países. Analizando a profundidad el rol de las medidas implementadas y su impacto para avanzar en la inclusión laboral de los trabajadores informales durante el período de recuperación post Covid-19. Se proponen algunas recomendaciones para el diseño de políticas considerando su efectividad en el corto, mediano y largo plazo desde la perspectiva de la protección social. Se analizan estrategias y programas de empleo directo (Cepal, 2021).

Pineda y Rodríguez (Universidad de Los Andes, 2019) en el documento “*Análisis y diagnóstico del mercado de trabajadoras del cuidado de la salud para la ciudad de Bogotá*”, analiza las condiciones laborales, la dinámica institucional y laboral de trabajadoras del cuidado en Bogotá. En Colombia, encuentra que el trabajo del cuidado ha recaído sobre grupos específicos de mujeres, obedeciendo a las transformaciones en la división sexual del trabajo, a la segmentación del mercado laboral por género y a las construcciones sociales de las diferencias de clase, género y étnico raciales. Estos trabajos son altamente feminizados, así como subvalorados social y económicamente entre clases, lo que ha generado relaciones sociales asimétricas, poblaciones racializadas y diversos grupos sociales en el contexto nacional y global. Se determina que las enfermeras y auxiliares de enfermería son el grupo más feminizado del sector, que las condiciones laborales son heterogéneas, pero precarias y difíciles para muchas, y, por otro lado, las desigualdades y discriminaciones de género que los mercados laborales ejercen contra las mujeres. Esto es particularmente relevante para el cuidado institucionalizado, en la medida en que refleja cómo los procesos de institucionalización y profesionalización que se han vivido en las últimas décadas no han logrado mejorar significativamente las condiciones laborales y erradicación de las discriminaciones tradicionales de género hacia las trabajadoras.

Asimismo, la Facultad de Psicología de la Universidad de Los Andes (2021) en el documento de análisis e investigación *¿Qué mantiene al personal de la salud dando batalla contra el Covid-19?*, presenta a más de un año del inicio de la pandemia la evaluación de fatiga (cognitiva y emocional) y determinación en médicos, enfermeras y otros profesionales. Indagando sobre la relación entre niveles de determinación y de fatiga en el personal médico, considerando a la determinación como la tendencia de las personas a perseguir metas a largo plazo con entusiasmo y trabajo arduo a pesar de los obstáculos que se presentan en el camino. Una hipótesis inicial de los investigadores plantea que, a mayores niveles de determinación en los trabajadores, se presentan menores niveles de fatiga. El proyecto indagó en 854 personas, de hospitales de Bogotá, entre médicos especialistas, médicos generales, enfermeras, técnicos de salud, trabajadores sociales, psicólogos entre otras profesiones. Mediciones que se hicieron en cinco momentos desde el inicio de la pandemia durante el 2020.

Entre los principales resultados, se encontró que a más determinación hay menos fatiga de compasión (capacidad de empatía) y decisión (hay una relación inversa). El agotamiento emocional y cognitivo puede llevar a una fatiga de decisión, deteriorando la capacidad de tomar decisiones y por ende impactando la salud de los pacientes. En resultados por género, el estudio mostró que las mujeres tienen mayor determinación, pero a su vez mayores niveles de fatiga por compasión. Afectaciones de este tipo, podrían resultar en errores en la atención a pacientes (Universidad de los Andes, 2021). Goetz y Posada (2016) en su monografía *“La licitud de la tercerización y la intermediación laborales en Colombia: análisis de la postura del ministerio del trabajo a partir del ordenamiento jurídico colombiano”*, establece que la tercerización laboral es un fenómeno que ha tomado lugar en Colombia, que se constituye como una práctica que genera trabajo humano a partir de diferentes instituciones jurídicas. Estas relaciones han generado problemáticas a nivel de los derechos individuales y las obligaciones de los sujetos que intervienen en estas prácticas, pero igualmente, en Colombia se han emitido disposiciones jurídicas que pretenden proveer de competencia al Ministerio de Trabajo de Colombia para sancionar a las personas que intervienen en las actividades denominadas tercerización laboral ilegal, especialmente el recién expedido Decreto 583 de 2016. Los autores resaltan la ausencia de herramientas suficientes para que Ministerio del Trabajo controle y sancione a entidades dedicadas a la tercerización laboral, y la necesidad de una mayor normativa que recoja la tercerización y la intermediación laborales en su momento.

En 2020, la Procuraduría General de la Nación en Colombia emite la Circular No.007 (10 diciembre de 2020) dirigida a las entidades del sector salud, a nivel nacional y territorial, a través de la cual realiza un contexto a partir de la normativa vigente en Colombia, sentencias de la Corte Constitucional y las orientaciones dictadas por la OIT en relación con Trabajo Decente, considera las actuales formas de contratación del personal de la salud, que a través de las diferentes modalidades que existen hoy en día no cumplen con los parámetros formales de trabajo decente, afectando los diferentes derechos constitucionales y legales de este personal en salud, precarizando con ello su relación laboral. Estas modalidades hacen alusión principalmente a contratos de prestación de servicios, contratos sindicales, contratación a través de temporales y de cooperativas de trabajo asociado, entre otras.

Finalmente, el ejercicio de caracterización del talento humano de enfermería realizado en torno a la definición de la Política Nacional de Talento Humano de Enfermería y el Plan Estratégico 2022-2031 (Resolución No.755 del 12 de mayo de 2022), ha expuesto entre sus principales problemáticas la concentración del personal de enfermería y medicina en los departamentos con mayor densidad de población urbana, como son: Cundinamarca, Santander, Antioquia, Atlántico, Valle del Cauca y Bogotá. Se menciona que, según el RETHUS, Colombia en 2017 contaba con 12.7 profesionales de enfermería, 51.5 auxiliares de enfermería y 23.4 médicos por cada 10mil habitantes, con mayor concentración en las regiones anteriormente mencionadas. Esto ha generado una precarización laboral como resultado de los tipos de contratación de corta duración y tercerización que prevalecen en el sector, lo que ha traído implícito un alto nivel de sobrecarga laboral, bajos salarios y una excesiva rotación, a lo cual se suma la escasez de personal de enfermería en la región. Según la OMS, sería necesario contar con 23 profesionales en enfermería por cada 10mil habitantes para poder brindar servicios básicos de salud a la población con los niveles de efectividad requeridos.

Informalidad Laboral en el Sector Salud Colombiano

La normativa ha implicado que se abran diversos escenarios de contratación del personal de la salud, que han conllevado a la diversificación de contratos de trabajo y de prestación de servicios directos e indirectos en las áreas misionales del sector público y privado. Estos contratos de prestación de servicios se realizan generalmente externalizando la operación a través de terceros como son las cooperativas de trabajo

asociado, el outsourcing, las empresas de servicios temporales y los sindicatos de trabajadores.

Esta modalidad de contratación que se ha generalizado también en el sector salud, trae consigo una prestación de servicios sin la presencia de una relación laboral, donde el contratista trabaja de manera independiente sin una subordinación continuada, recibiendo por su trabajo el pago de unos honorarios a manera de contraprestación, siendo este último el responsable de realizar los pagos a seguridad social, sin el acceso a beneficios laborales como cesantías, disfrute de vacaciones, y otros tipos de bonificaciones.

Es por ello, que la informalidad laboral en el área del cuidado en salud ha sido resultado de una insuficiente normativa y del incumplimiento de esta. Ante este contexto se encuentra expuesto dicho personal en condiciones que dan como resultado:

- » Bajos niveles de remuneración.
- » Presencia de una brecha en los salarios al interior del sector salud, así como entre hombres y mujeres en personal de enfermería y medicina.
- » Falta de acceso a protección social.
- » Insuficientes tiempos de cotización a seguridad social.
- » Discriminación y desigualdad de género en el sector del cuidado en salud.
- » Subempleo en el personal en salud, como resultado de los niveles y áreas de formación.
- » Alta inestabilidad laboral.
- » Migración de profesionales en enfermería a otros países en búsqueda de mejores condiciones laborales y salariales.

Lo anterior, ha venido generando una mayor precariedad en el vínculo laboral del personal de enfermería y medicina en las empresas y entidades del área de la salud donde prestan sus servicios, acentuando la informalidad laboral en detrimento del trabajo decente que promueve la Organización Internacional del Trabajo-OIT.

Esta precariedad laboral la enfrenta un sector principalmente feminizado, con mayoría de mujeres en las áreas de enfermería, auxiliar de enfermería y medicina, quienes cuentan con formación en niveles de educación superior y, otra parte importante, en educación para el trabajo y el desarrollo humano.

Y es en el caso del nivel de formación donde existe un escaso reconocimiento de los estudios de posgrado (en áreas clínicas) que hayan realizado estos profesionales en enfermería, debido a que para los empleadores no es factor que determine un mejor nivel salarial, mayor estabilidad laboral y/o asignación de responsabilidades en áreas relacionadas con el posgrado.

Entre tanto, los bajos niveles de remuneración y los tipos de contratación conllevan a una sobrecarga laboral en el personal de enfermería, debido a que es necesario que tengan 2 o más trabajos que les permita alcanzar un ingreso suficiente para su sustento y el de su familia.

Efectos de la pandemia en la prestación de los servicios del cuidado en salud

En 2020, la llegada a Colombia de la pandemia por el Covid-19 generó una sobrecarga sin precedentes en el sector de la salud, frente al cual el sistema hospitalario y de atención en salud no disponía de la infraestructura física ni del recurso humano necesarios para hacer frente a los altos casos de contagio, situaciones que se han ido extendiendo hasta la actualidad.

Esto ha implicado que el personal de enfermería y medicina presenten situaciones como son:

- » Extensas jornadas laborales.
- » Sobrecarga laboral por el alto número de pacientes asignados a cada personal de enfermería y medicina.
- » Equipos de protección insuficientes e inadecuados para atender las características del Covid-19.
- » Presión asistencial por el alto volumen de contagiados (acentuado en los diferentes picos de pandemia).
- » Insuficiente preparación y capacitación al recurso humano de la salud para una atención que lograra responder desde un inicio de manera adecuada y oportuna frente a la evolución del Covid-19.
- » Niveles de agotamiento en exceso del personal de la salud.
- » Insuficiente recurso humano y baja retención laboral.
- » Discriminación y agresión social a personal de la salud y sus familiares.
- » Entornos laborales complejos en la cotidianidad.

Efectos de la pandemia sobre el personal de salud

Los altos niveles de contagio que han implicado en el país extenuantes jornadas de trabajo para los trabajadores en enfermería y medicina han conllevado a que este personal, como resultado de ello, venga presentando diversos efectos en su salud física y mental, tales como son:

- » Reducción de productividad por desgaste físico (Burnout) debido a sobrecarga laboral y extensos horarios de trabajo
- » Contagio de Covid-19.
- » Soledad y frustración.
- » Alteraciones en salud mental y emocional:
 - » Ansiedad
 - » Depresión
- » Estrés ocupacional/postraumático, que genera insomnio, negación, enojo y miedo, entre otros.
- » Caídas en el ingreso real por aumentos de la carga de trabajo que no son compensados con mejores ingresos.
- » Reducción de la oferta laboral de capital humano en salud.
- » Potenciales incrementos en las brechas socioeconómicas.
- » Baja retención laboral.

Estos efectos sobre la salud del personal de la salud se acentúan y dificultan en su manejo postrauma (físico y psicológico), por el carácter de su vinculación laboral tercerizada que les impide que puedan acceder a un tipo de atención requerida, por lo que deben realizarlo a costo propio.

Con base en lo expuesto, es posible que el personal de enfermería y medicina del sector salud se esté encontrando ante un contexto con herramientas insuficientes para el control y sanción a las entidades que se han dedicado a la tercerización laboral, lo que resulta en la necesidad de disponer de una mayor normativa que proteja a este personal del cuidado en salud, cubriendo los alcances de la tercerización y la intermediación laboral en un marco de pandemia y post pandemia.

4. Caracterización del personal dedicado al cuidado en el sector salud a partir de encuestas de hogares y registros administrativos: GEIH, RIPS, RETHUS, VACANTES, PILA, SNIES Y SIET

Para llegar a los objetivos propuestos es necesario partir de la caracterización de la problemática en Colombia. Para esto se comenzará con la conceptualización del personal dedicado al cuidado en salud que se quiere medir. La literatura sobre la definición de cuidado es amplia y tiene muchas perspectivas. Tras establecer los sustentos teóricos y conceptuales que permitan conceptualizar el objeto del estudio y aproximarse al problema desde el mercado laboral siguiendo a Folbre (2006), se identifican las ocupaciones a las que pertenecen el personal de enfermería y medicina. El estudio de la oferta y la demanda por trabajo en las ocupaciones específicas de las cuidadoras de la salud permite entender bien el problema desde la perspectiva del mercado, dando sustento de viabilidad y permitiendo lograr una mejor caracterización estadística y desagregada a nivel geográfico de quienes demandan este trabajo y de quienes lo ofrecen.

4.1 Gran Encuesta Integrada de Hogares -GEIH

La Gran encuesta integrada de hogares (GEIH), es una encuesta que recolecta el DANE, con la cual podemos obtener estadísticas del mercado laboral colombiano, con representatividad nacional y 23 ciudades principales, dependiendo del nivel de especificidad de la información requerida. A partir de esta fuente, se pueden describir las condiciones de empleo de las personas, además de las características generales de la población como sexo, edad, estado civil y nivel educativo y sus fuentes de ingresos. Los años para los cuales se realiza el estudio es 2019-2021, buscando un comparativo entre antes, durante y después de la pandemia por COVID-19. En cuanto a la información de 2020, por problemas en la recolección de información en marzo y abril debido a las restricciones provocadas por la pandemia, estos meses no se tienen en cuenta en el cálculo de algunas de las variables.

Teniendo en cuenta lo anterior, se usó la variable de ocupación basada en la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO) del SENA para 1970, con el fin de identificar el personal médico y de enfermería para los años 2019 (prepandemia), 2020 y 2021 y obtener estadísticas descriptivas para este grupo poblacional.

Específicamente, se tomaron los códigos 6 y 7 de la clasificación. El primero (personal médico) agrega *médicos, odontólogos, veterinarios y trabajadores asimilados*, mientras que el 7 (personal de enfermería) clasifica a *enfermeros diplomados, otro tipo de personal de enfermería, fisioterapeutas y ergo terapeutas, técnicos de radiología médica y otro tipo de médicos, odontólogos, veterinarios y trabajadores asimilados no clasificados*¹. Por este motivo, si bien la información es un instrumento para caracterizar ambas poblaciones, la imposibilidad de desagregación de estos grupos implica que las estadísticas obtenidas no son exactas sobre la población analizada, aun cuando en ambos grupos la información de más peso debe estar asociada al personal médico y de enfermería.

Para la parte sectorial, se filtraron los códigos de división 86, 87 y 88 de la CIIU rev4 A.C., para los cuales se filtraron unas clases específicas, relacionadas los grupos de actividades de atención de la salud humana, actividades de atención residencial medicalizada y actividades de asistencia social sin alojamiento. En cuanto a la dimensión regional, la información pública sobre profesionales de la salud que hoy existe en el país, con el detalle suficiente sobre ingresos y formalización, difícilmente nos permite llegar a un nivel de desagregación municipal, más allá de las 23 principales ciudades. A continuación, se presenta una primera aproximación descriptiva de los resultados encontrados.

Ocupación

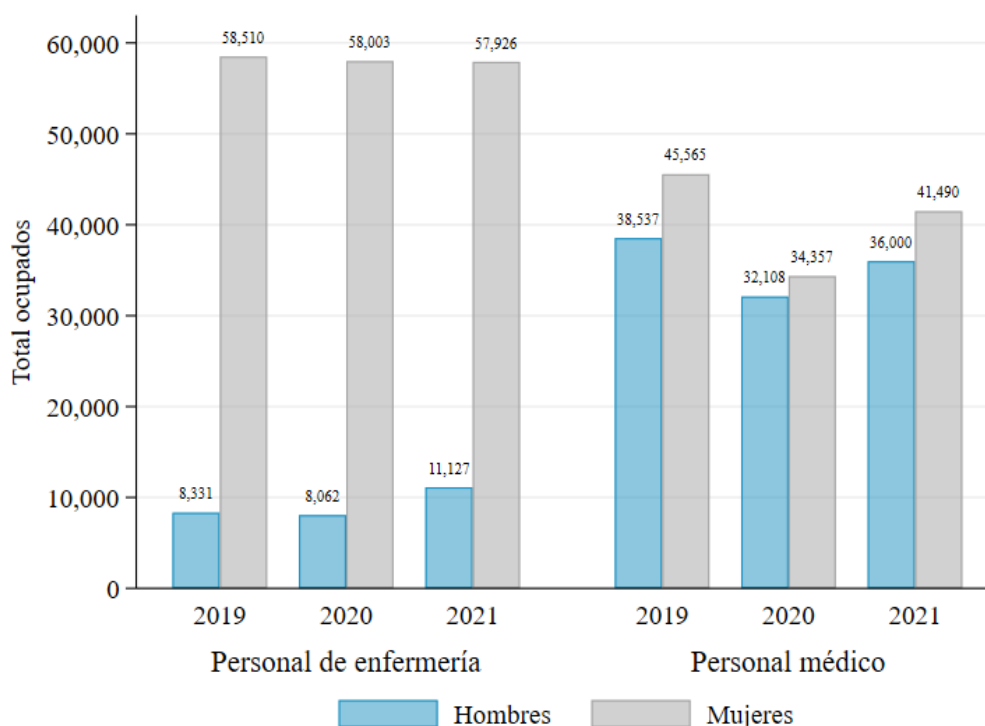
La gráfica 2 muestra el total de ocupados del personal médico y de enfermería, desagregado por sexo. En primer lugar, se observa que para el personal de enfermería, no hay cambios significativos en su ocupación en 2020, mientras que en 2021 aumentó 3.3% respecto a 2019. El personal médico por otro lado tuvo una fuerte caída en la ocupación en 2020 (21%), y una recuperación moderada en 2021, siendo todavía -7.9% menor a la de 2019. Por sexo, se encuentra que en ambos grupos las mujeres tienen una mayor participación en la ocupación, siendo particularmente fuerte en el personal de enfermería (87% en los últimos 3 años). Esto es consistente con la evidencia internacional sobre la alta feminización del sector. La pandemia no afectó significativamente la demanda de mujeres enfermeras, mientras que aumentó en 33% la de los hombres en 2021, siendo estos quienes explican el aumento de la demanda.

¹ Según correlativa con la clasificación de 2008, en este grupo se encuentran personal de estos grupos de ocupación con habilidades más técnicas, de nivel medio o medicina tradicional y alternativa.

En cuanto a personal médico, aunque ambos grupos vieron reducir su ocupación, fueron las mujeres las que tuvieron la mayor contracción.

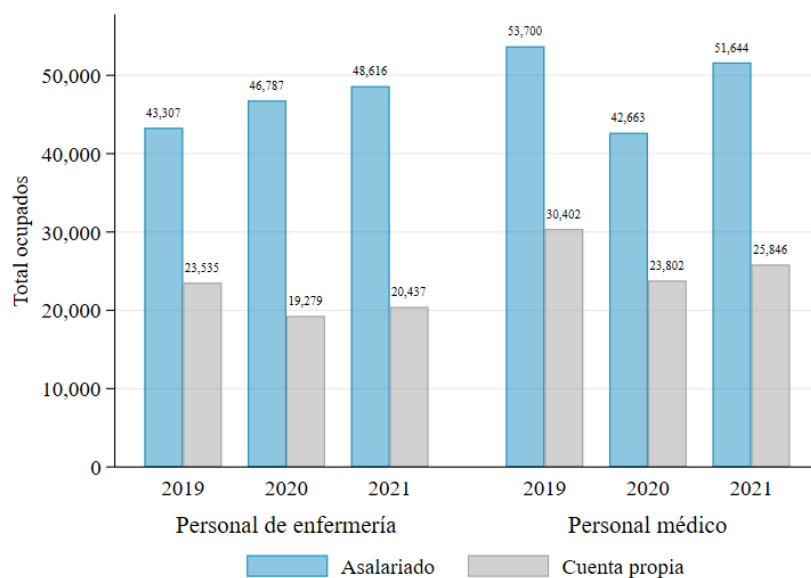
En cuanto al tipo de ocupado² (ver gráfico 3), el sector es mayoritariamente asalariado, siendo el personal de enfermería el grupo con más asalariados (70% en 2021) respecto al personal médico (67% en 2021). El personal de enfermería asalariado tuvo un aumento en su ocupación durante la pandemia (12% entre 2019-2021), mientras que se redujeron los de cuenta propia, esto y el hecho de que hubo un aumento neto en la ocupación de este personal sugiere que la pandemia fue favorable para ellos en cuanto que aumentó el grupo de personas en condición de asalariados respecto a los trabajadores de cuenta propia. En el caso del personal médico, hubo reducciones fuertes en ambas categorías de trabajadores (mayores al 20%), con una recuperación parcial en 2021 de la caída, especialmente en el grupo de asalariados.

Gráfico 3. Total ocupados por sexo



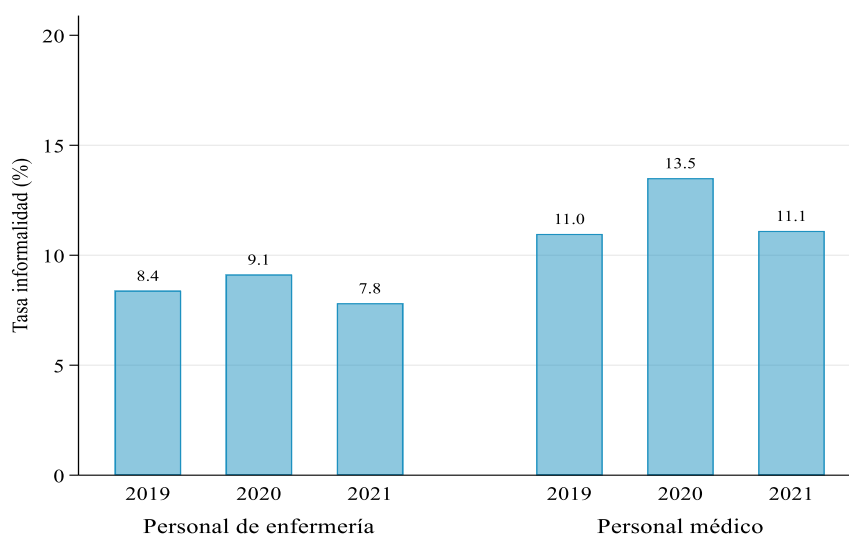
Fuente: GEIH, cálculos propios.

² Se categorizaron todos los ocupados bajo dos tipos de categorías excluyentes de ocupados: asalariados (empleados públicos y privados) y cuenta propia (Independientes, patrones o empleadores).

Gráfico 2. Personal de enfermería y medicina, según tipo de ocupado


Fuente: GEIH, cálculos propios.

Por otro lado, la tasa de informalidad del sector es significativamente baja respecto a otras actividades económicas. Este indicador se estima como la ratio entre la cantidad de ocupados sin cotización a la seguridad social y el total de ocupados del grupo. La gráfica 4 muestra el nivel para ambos grupos, en promedio el personal de enfermería muestra una tasa de 8%, mientras que el personal médico tiene una tasa del 11%. Aunque en 2020 hubo un aumento de este indicador en ambos grupos, la tasa retorno nuevamente a su nivel en 2021.

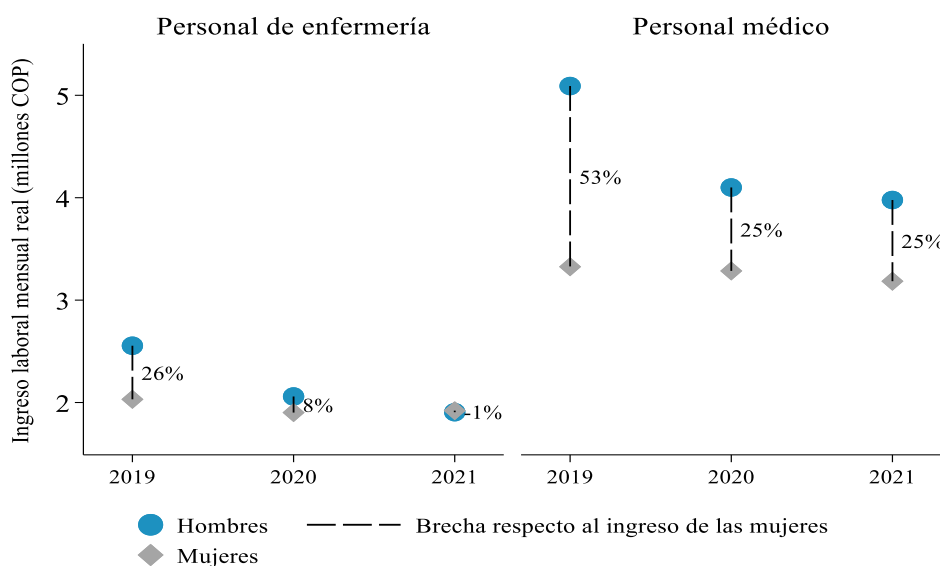
Gráfico 3. Ocupados formales e informales


Fuente: GEIH, cálculos propios.

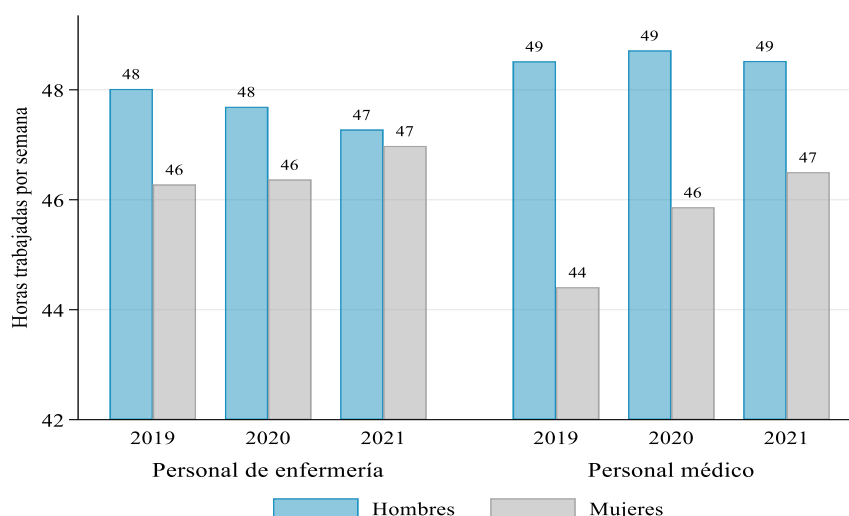
Ingresos y horas trabajadas

Una revisión de los ingresos laborales del sector (gráfica 5) muestra que, en promedio, los ingresos laborales mensuales del personal de enfermería para 2021 son 1.9 millones de pesos, mientras que el personal médico gana en promedio 3.8 millones de pesos; ambos grupos reducen su ingreso respecto a 2019, 10% y 7%, respectivamente. Una revisión a la brecha por sexo evidencia que no hay diferencia significativa entre hombres y mujeres en 2021 para el personal de enfermería, mientras que en el personal médico la brecha llega al 25% del ingreso de las mujeres. En ambos grupos los ingresos laborales han caído, siendo particularmente fuerte, la caída de los ingresos laborales de los hombres en ambos grupos. Consistentemente, la gráfica 6 muestra un aumento de las horas trabajadas a la semana de las mujeres en ambas ocupaciones, que provocó un cierre en la brecha de horas. Esto podría ser el principal determinante de la reducción de la brecha de ingresos entre hombres y mujeres, resultado poco alentador debido a que los hombres reducen su ingreso laboral y las mujeres no presentan un aumento de ingreso por el mayor número de horas trabajadas. Situaciones como estas, se relacionan fuertemente con aumentos del *burnout* en las trabajadoras.

Gráfico 4. Ingreso laboral mensual real



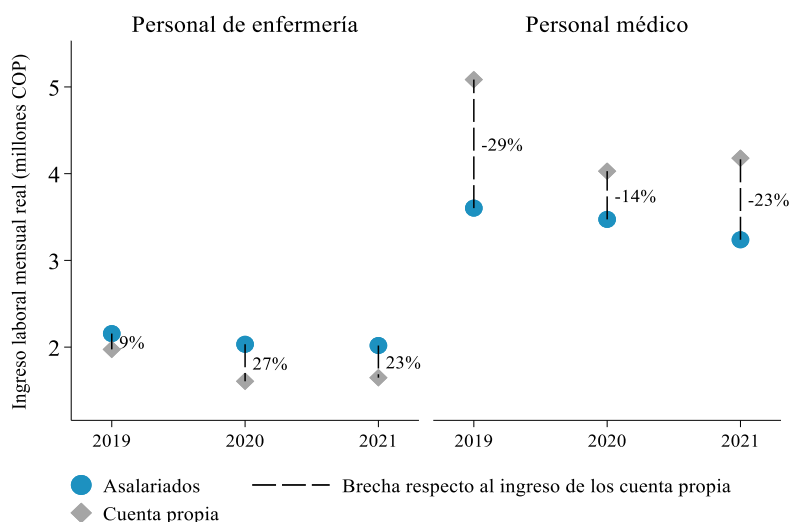
Fuente: GEIH, cálculos propios.

Gráfico 5. Horas trabajadas por semana, por sexo


Fuente: GEIH, cálculos propios.

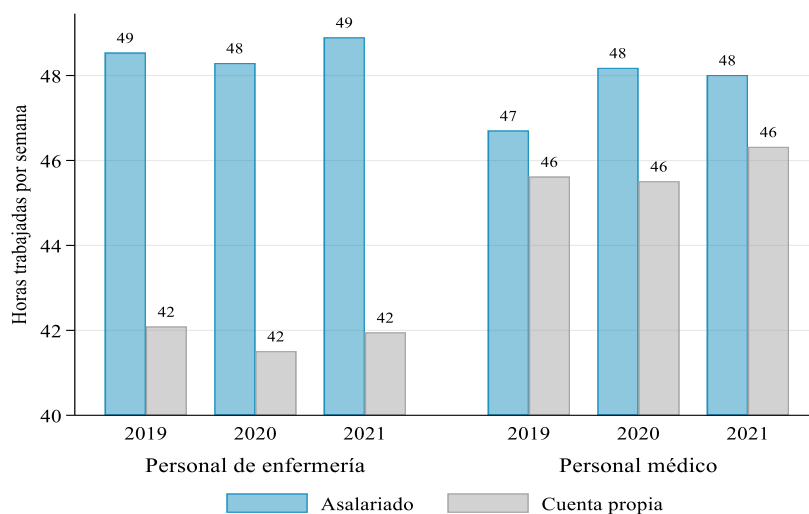
Dentro de los tipos de relación laboral, el personal de enfermería cuenta con mayores ingresos en su población asalariada, mientras que los médicos que trabajan por cuenta propia son los que obtienen más ingresos laborales (gráfica 7). En el primer caso, las horas trabajadas explican la brecha de ingresos (gráfica 8), dado que estos trabajan 7 horas más respecto a los de cuenta propia. En el caso del personal médico, esta no es la razón, de hecho, los de cuenta propia trabajan menos horas, resultando en un ingreso laboral por hora significativamente mayor (superior al 30%). En promedio, los médicos obtienen más rendimiento como independientes que como asalariados. Durante la crisis del COVID 19, en ambos grupos se contraen los ingresos laborales, pero la contracción es particularmente fuerte en los de cuenta propia; las horas trabajadas no tienen cambios significativos que expliquen estas importantes contracciones.

Gráfico 6. Ingreso laboral mensual real, tipo de relación laboral



Fuente: GEIH, cálculos propios.

Gráfico 7. Horas trabajadas por semana, por tipo de relación laboral



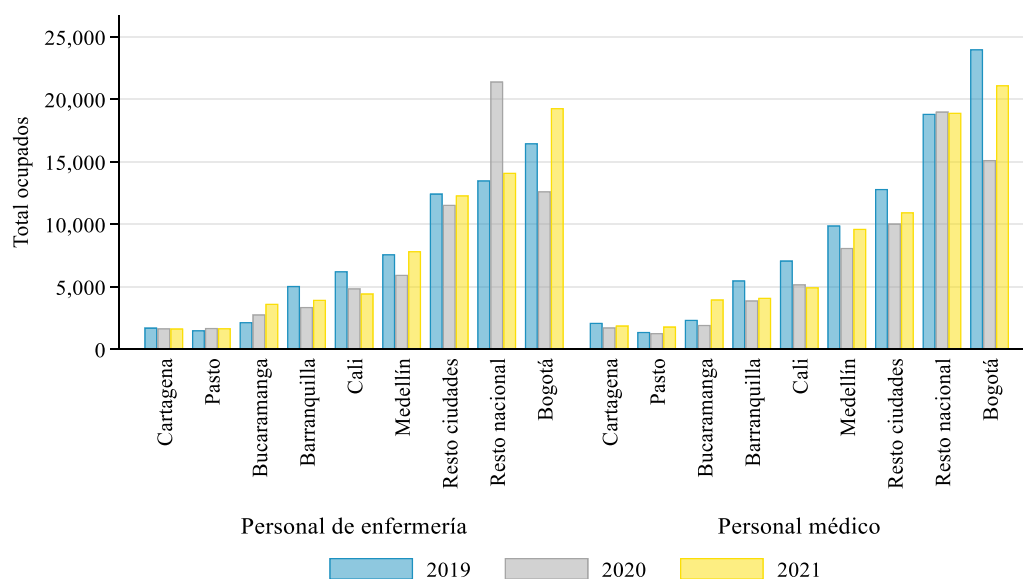
Fuente: GEIH, cálculos propios.

Análisis regional

A nivel regional (gráfico 9), la información de la encuesta revela que el 80% del personal de enfermería se encuentra en las 23 ciudades principales, con la mitad de ese porcentaje concentrado en Bogotá y Medellín. Para 2021, la ocupación de este personal se incrementó fuertemente en Bogotá y Bucaramanga, donde la ocupación creció con relación a 2019 17% y 67%, respectivamente. Mientras que se contrajo en Barranquilla y Cali, 22% y 29%, respectivamente. La crisis de 2020 afectó a la mayoría de las 23

principales ciudades, mientras que las regiones no pertenecientes este grupo presentaron un aumento de 58% en la ocupación de este personal. En cuanto al personal médico, la participación es similar a la anterior. En la crisis, solo en Bucaramanga y Pasto crece el personal respecto a 2019. De resto todas las ciudades han experimentado un grado de contracción de su ocupación en el 2021. Nuevamente, el resto de los municipios no presentes en las 23 ciudades principales vieron aumentar su ocupación sólo en 2020.

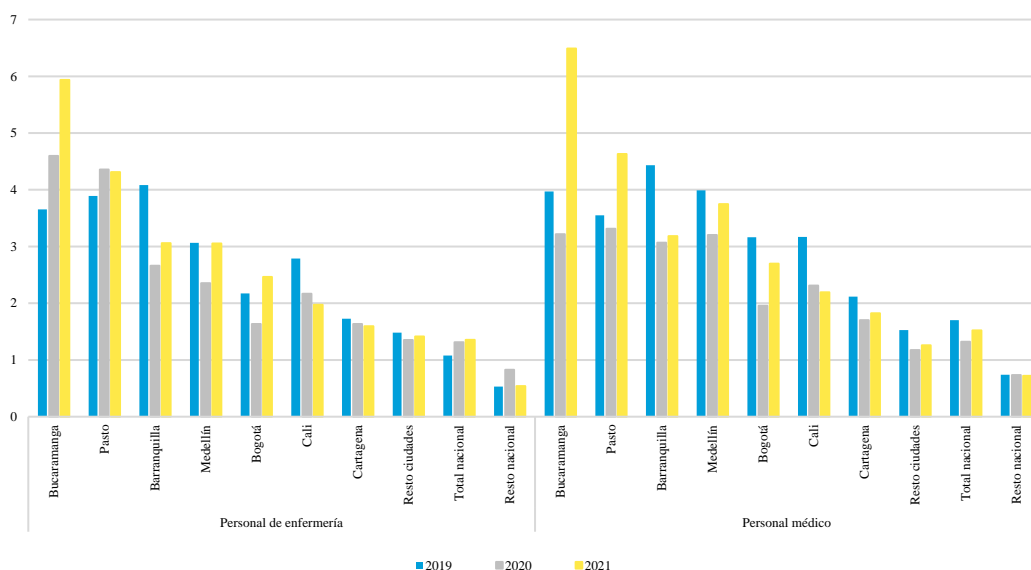
Gráfico 8. Ocupados, ciudades principales



Fuente: GEIH, cálculos propios.

Nota: orden según el personal de enfermería en 2021.

Gráfico 9. Personal por cada mil habitantes



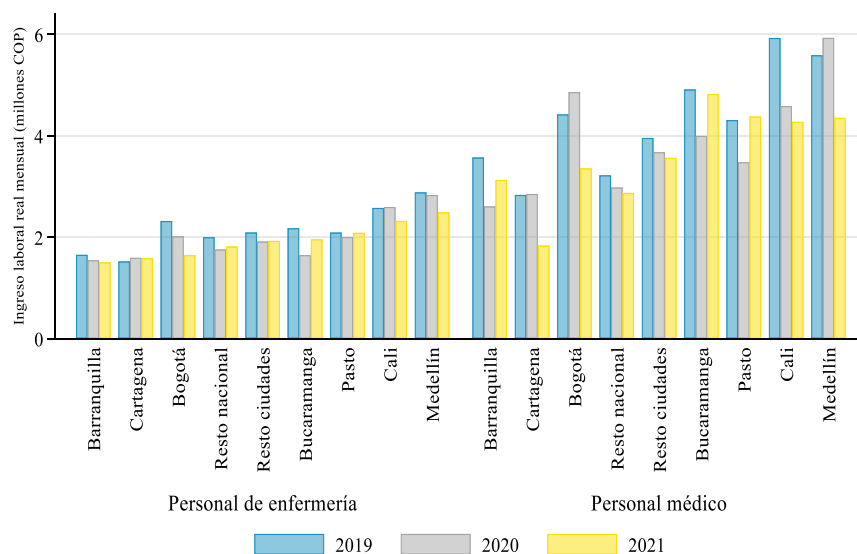
Fuente: GEIH, cálculos propios.

Si bien el anterior indicador permite visualizar la concentración del personal por ciudades, no refleja información respecto a la cantidad de la población total. La gráfica 10 permite revisar esta medida. Entre las ciudades principales, Bucaramanga y Pasto presentan los mejores indicadores de personal de enfermería por cada 1000 habitantes, con 6 y 4.3 en 2021, respectivamente, más de 3 veces la media nacional (1.3). Seguidamente, se encuentran Barranquilla y Medellín con 3 trabajadores. Por otro lado, el resto del país no perteneciente a las 23 ciudades presenta un indicador significativamente bajo (0.54), menos de la mitad del indicador nacional. Esto evidencia la baja oferta regional de personal de salud. En cuanto a personal médico, el indicador se comporta muy similar al de enfermería, con un aumento general debido a una mayor cantidad de este personal. Resalta el caso de Medellín, donde el indicador llega a casi 4 por cada 1000 habitantes. Durante la pandemia, el personal de ambos tipos en Barranquilla y Cali ha sido el más afectado en cuanto a que el indicador cayó significativamente, mientras que en Pasto y Bucaramanga aumentó de manera importante.

La ocupación femenina en el sector de enfermería es alta en todas las regiones, superior al 75% del total, siendo particularmente mayor en Barranquilla y Cartagena (superior al 90%). En cuanto al personal médico, solo Cali tiene mayor proporción de hombres (56%), las demás ciudades se encuentran con una alta participación femenina. Esto revela que la feminización es un fenómeno con alta homogeneidad a nivel regional.

En cuanto al ingreso laboral real mensual (gráfica 11), se observan importantes diferencias en el personal de enfermería alrededor de 1.5 y 2.5 millones de pesos. En Medellín, Cali y Pasto, los trabajadores obtienen ingresos laborales por encima de 2 millones, mientras que resalta negativamente el caso de Bogotá con ingresos promedio de 1.6 millones, junto con Barranquilla y Cartagena. Por el lado del personal médico, se observa más heterogeneidad con ingresos promedio entre 1.8 - 4.8 millones. Los más altos se encuentran en las mismas ciudades del personal de enfermería incluyendo Bucaramanga, la ciudad con el ingreso laboral más alto. En todas las ciudades el ingreso cayó durante la pandemia en ambos grupos, especialmente en las grandes, sin embargo, resalta nuevamente el caso de Bucaramanga y Pasto, con caída significativamente bajas respecto a las demás, y el del personal médico de Cartagena con ingresos laborales bajos y cercanos al del personal de enfermería.

Gráfico 10. Ingreso laboral real mensual, ciudades principales

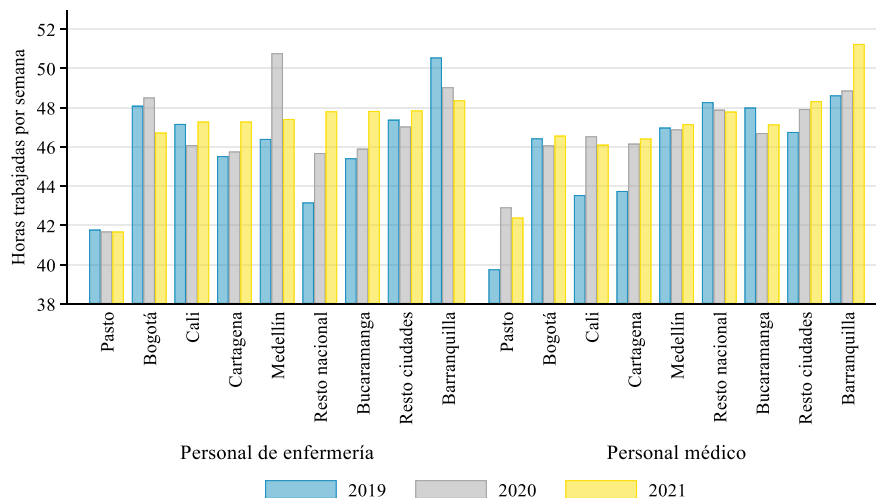


Fuente: GEIH, cálculos propios.

Nota: orden según el personal de enfermería en 2021.

Por otro lado, las horas trabajadas por semana (gráfica 12) son en todas las ciudades es cercana a las 48 horas, jornada reglamentaria, sin embargo, resalta significativamente el caso de Pasto, con jornadas menores a 42 horas. Para el personal médico, en promedio trabajan menos de 48 horas, excepto en Barranquilla donde la jornada promedio es 51 horas semanales. Nuevamente, Pasto muestra una jornada laboral de 42 horas. Durante la pandemia, la mayoría de las ciudades evidenció aumentos en la jornada laboral de ambos grupos, particularmente fuerte en el personal de enfermería del resto del territorio nacional no perteneciente a las 23 ciudades; Bogotá y Barranquilla redujeron su carga horaria de trabajo en este personal.

Gráfico 11. Horas trabajadas/semana, ciudades principales



Fuente: GEIH, cálculos propios.

Nota: orden según el personal de enfermería en 2021.

Finalmente, las tablas 2 y 3 resumen las tendencias principales de las variables. Los principales hechos son: 1) contracción del total de ocupados en cuatro dimensiones excepto asalariados en 2020-2019; 2) lo anterior coincide con caídas en todas las dimensiones de los Ingresos laborales en el mismo periodo, y 3) En cuanto a horas trabajadas, las mujeres en promedio vivieron un aumento, no coincidente con mayor ingreso laboral real. En el periodo de recuperación la ocupación aumentó en todas las dimensiones, excepto en las mujeres que cayó ligeramente. El ingreso de los hombres cayó en 2021 junto con los asalariados, en contraste mujeres y cuenta propia han aumentado su ingreso real. En cuanto a horas trabajadas por semana, todos incrementaron su carga de trabajo a excepción de los hombres.

El personal médico, con el impacto del COVID 19 vio reducciones en la ocupación en todas las categorías de aproximadamente 20%. Sin embargo, en 2021 todas crecieron nuevamente, siendo particularmente baja esta recuperación en hombres y cuenta propia. Por el lado de los ingresos laborales, en todas las categorías estos cayeron en ambos periodos, excepto por los trabajadores cuenta propia quienes en promedio experimentan un ligero aumento entre 2020 y 2021 (3.7%). Finalmente, las horas trabajadas muestran aumentos en todos los grupos durante el 2020, excepto por cuenta propia que cayó ligeramente. Para el año 2021, hombres y cuenta propia reducen su carga horaria. mientras que las mujeres la aumentan nuevamente con los de cuenta propia.

Tabla 2 Crecimiento personal de enfermería 2019-2021

Variable	Dimensión	Tasa de crecimiento		Promedio
		2021-2020	2020-2019	2021-2018
Total ocupados	Total	4.5% ↑	-1.2% ↓	67,252
	Hombres	38.0% ↑	-3.2% ↓	9,297
	Mujeres	-0.1% ↓	-0.9% ↓	57,955
	Asalariados	3.9% ↑	8.0% ↑	45,647
	Cuenta propia	6.0% ↑	-18.1% ↓	21,605
Ingreso laboral real mensual	Total	-0.2% ↓	-8.4% ↓	\$ 1,947,132
	Hombres	-7.5% ↓	-19.4% ↓	\$ 2,219,242
	Mujeres	1.0% ↑	-6.4% ↓	\$ 1,905,609
	Asalariados	-0.7% ↓	-5.7% ↓	\$ 2,010,760
	Cuenta propia	2.6% ↑	-18.6% ↓	\$ 1,776,737
Horas trabajadas por semana	Total	1.0% ↑	0.1% ↑	46.6
	Hombres	-0.9% ↓	-0.7% ↓	47.7
	Mujeres	1.3% ↑	0.2% ↑	46.4
	Asalariados	1.3% ↑	-0.5% ↓	48.6
	Cuenta propia	1.1% ↑	-1.4% ↓	41.7

Fuente: GEIH, cálculos propios

Tabla 3. Crecimiento personal médico 2019-2021

Variable	Dimensión	Tasa de crecimiento		Promedio
		2021-2020	2020-2019	2021-2018
Total ocupados	Total	16.6% ↑	-21.0% ↓	74,952
	Hombres	12.1% ↑	-16.7% ↓	34,652
	Mujeres	20.8% ↑	-24.6% ↓	40,300
	Asalariados	21.1% ↑	-20.6% ↓	47,422
	Cuenta propia	8.6% ↑	-21.7% ↓	27,530
Ingreso laboral real mensual	Total	-3.2% ↓	-11.3% ↓	\$ 3,759,830
	Hombres	-3.0% ↓	-19.5% ↓	\$ 4,434,340
	Mujeres	-3.1% ↓	-1.2% ↓	\$ 3,174,409
	Asalariados	-6.8% ↓	-3.6% ↓	\$ 3,325,837
	Cuenta propia	3.7% ↑	-20.8% ↓	\$ 4,504,257
Horas trabajadas por semana	Total	0.5% ↑	2.0% ↑	46.8
	Hombres	-0.4% ↓	0.4% ↑	48.4
	Mujeres	1.4% ↑	0.4% ↑	45.4
	Asalariados	-0.4% ↓	3.2% ↑	47.3
	Cuenta propia	1.8% ↑	-0.2% ↓	45.8

Fuente: GEIH, cálculos propios

4.2 Sistema de Información de Prestaciones de Salud -RIPS

Una fuente de datos para aproximarse a la demanda de servicios de salud son los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). Esta base de datos permite aproximarse a estas variables en múltiples dimensiones, entre otras, los prestadores, el régimen de afiliación y municipios para el periodo de tiempo 2009-2022. Sin embargo, aún es un registro administrativo con insuficiente nivel de validación y oportunidad que depende fuertemente de la capacidad técnica de prestadores y aseguradores, lo que ha implicado un alto nivel de bajo reporte. Adicionalmente, no toda contratación implica un reporte detallado de la información de atención, por ejemplo, algunos procesos que se hacen vía capitación no generan incentivos a las IPS para documentar cada proceso y en esa vía las atenciones, mientras que procedimiento por evento podrían ser más revisados en su reporte. Estos problemas se observan especialmente en regiones apartadas, ciudades intermedias y en el régimen subsidiado.

Una revisión a las atenciones por el personal que atiende muestra una reducción importante en los datos respecto al total general de atenciones y personas atendidas (incluso menor al personal de enfermería del cubo RETHUS que se describe más adelante). Por tanto, se tomaron todas las atenciones y personas atendidas en el análisis sin discriminar por quien atendió. Adicionalmente, para controlar el bajo reporte

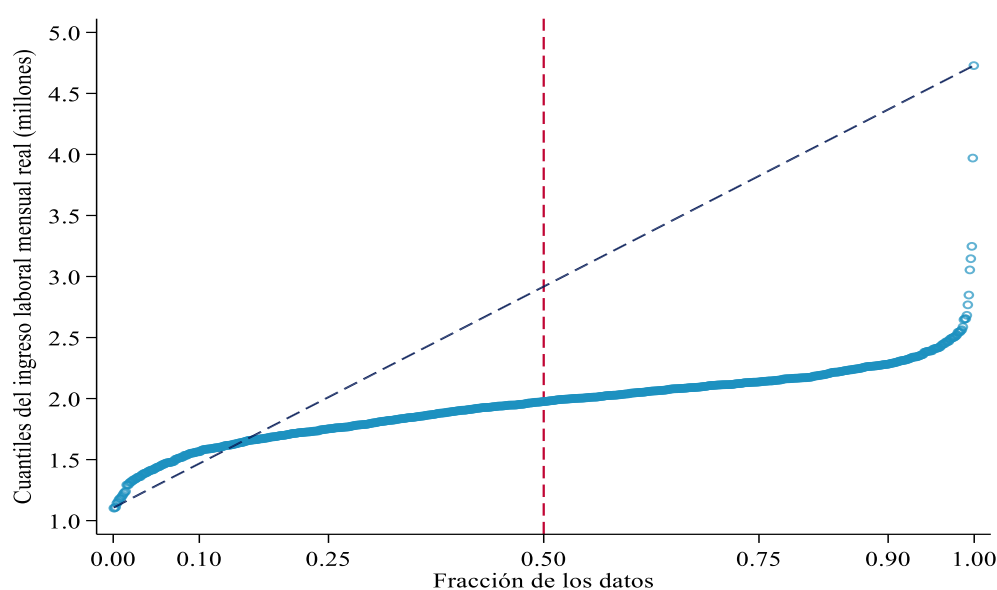
a nivel municipal, se tomaron en el análisis solo las ciudades capitales, y se tomó el promedio de atenciones y personas atendidas mensual en cada año.

4.3 Registro único Nacional del Talento Humano en Salud -RETHUS

Por otro lado, el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS), según la página oficial del Ministerio de Salud, es el sistema de información que contiene datos sobre el personal que se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud. Dentro del cubo con la información, se puede acceder a características demográficas, distribución geográfica y variables de vinculación laboral, como aportes, cotizaciones, IBC, entre otras.

Para el análisis, se tomó la información de personal de enfermería (código P03), auxiliares de enfermería (código A02). Adicionalmente, se revisó el mejor cálculo para el ingreso laboral a partir del aporte realizado al sistema, y se eligió el aporte obligatorio a pensiones como el filtro más consistente respecto a salud y riesgos laborales. Para estimar el ingreso laboral promedio base de cotización del municipio, se separó la información entre dependientes (tipo de cotizante: 1 y 55) e independientes (tipo de cotizante: 16, 31, 53 y 59). Para el primero, se divide el aporte por 16% (aporte total a pensiones), mientras que en el segundo caso se divide el aporte por 40% x 16%, la multiplicación de % del aporte por el porcentaje base del salario para cotización de los independientes.

Gráfico 12. Cuantiles de ingreso laboral personal de enfermería por municipio, 2021



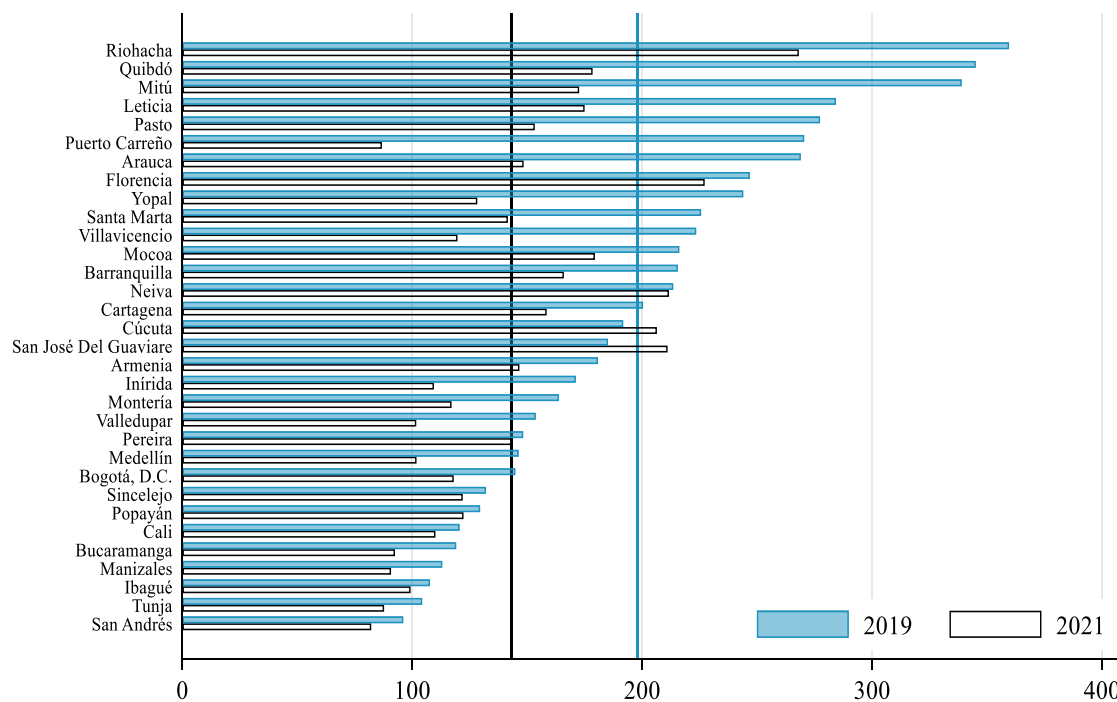
Fuente: RETHUS, cálculos propios.

La gráfica 13 presenta la mediana del ingreso laboral promedio de los municipios del país, el cual para 2021 se estableció en 1.9 millones. Del total de observaciones, solo 10% ganan menos de 1.6 millones COP, mientras que 70% ganan más de 1.7 millones. Solo tres municipios presentan salarios promedio superiores a 3.5 millones, ambos en Antioquia (Caldas y Yarumal). Una comparación con los ingresos laborales de todos los trabajadores con educación técnica y superior de las 23 ciudades principales en la GEIH revela que esta profesión tiene mejores salarios en la parte baja de las distribuciones, pero que una vez el ingreso promedio es alcanzado (o la mediana) los salarios crecen menos respecto a las demás ocupaciones. Esto sugiere que la profesión está relativamente protegida en ingresos bajos, pero presenta estancamiento en los salarios más altos.

Atenciones y personal de enfermería a nivel regional

Aunque la información no es precisa, por la imposibilidad de desagregar con datos fiables las atenciones específicas de la ocupación y el nivel de dificultad de cada una de ellas, relacionar las atenciones totales respecto al personal de enfermería, permite hacer un acercamiento a la intensidad laboral promedio del municipio en este personal.

Gráfico 15. Promedio de atenciones mensuales por unidad de enfermería cotizante a seguridad social

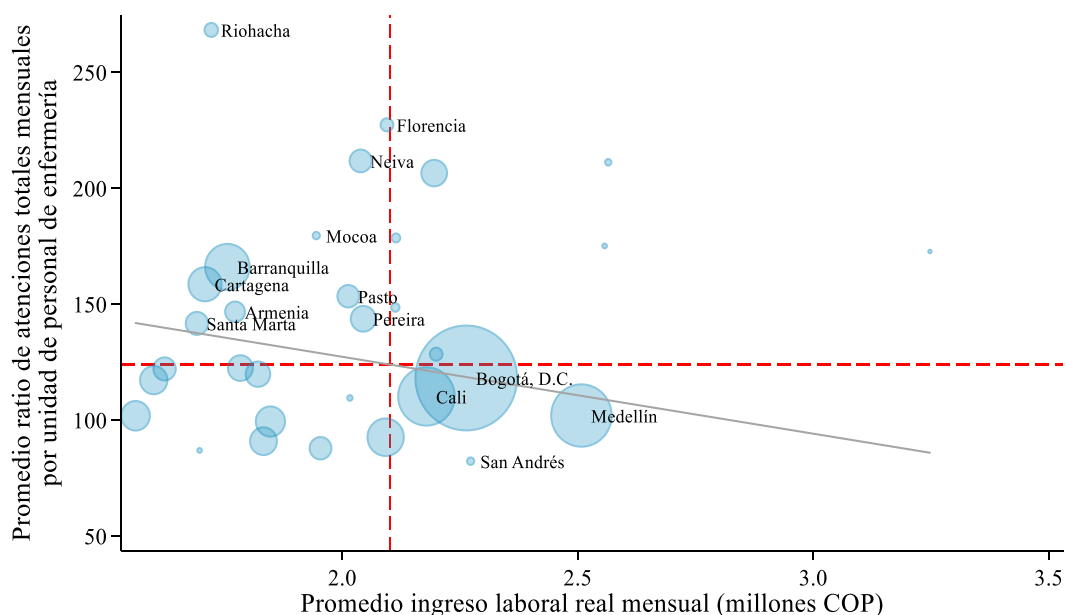


Nota: línea azul y negra representan el promedio de las capitales en 2019 y 2021, respectivamente.

Fuente: RIPS y RETHUS, cálculos propios.

La gráfica 14 presenta la ratio para el año 2019 (prepandemia) y 2021 (postpandemia), del total de atenciones mensuales promedio respecto al personal de enfermería. Allí se observa una alta intensidad laboral en las capitales de departamentos más apartados como los del oriente y sur del país; resalta aisladamente el caso de Riohacha, Quibdó y Mitú, municipios normalmente categorizados como vulnerables con más de 300 atenciones por unidad de personal, es decir 100 atenciones más respecto al promedio de las ciudades capitales (200 atenciones). De las cinco ciudades más grandes, Barranquilla presenta el mayor nivel del indicador, con un poco más de 200 en promedio mensual. El resto de este grupo de ciudades está por debajo de 150, en promedio. La pandemia redujo estructuralmente la tasa, la media cayó en 50 atenciones por unidad de personal, particularmente fuertes en las ciudades con ratio alto en 2019.

Gráfico 13. Ratio de atenciones vs ingreso laboral mensual, personal de enfermería 2021



Nota: el tamaño del círculo está función del personal de enfermería.

Fuente: RIPS, GEIH y RETHUS, cálculos propios.

Una forma de revisar que tan bien se compensa esta intensidad laboral, es comparando la cantidad de atenciones por personal de enfermería con el ingreso laboral mensual de este personal. La gráfica 15 muestra una relación negativa entre ambas variables, con varias ciudades en el cuadrante superior de la izquierda. Estos municipios presentan más atenciones mensuales y menores salarios respecto a las demás ciudades, lo que se puede relacionar con precariedad laboral. Resaltan cuatro ciudades de la costa en esta selección. Por otro lado, en el cuadrante inferior de la izquierda se encuentran tres de las ciudades más grandes del país, con salarios más altos que el promedio y una menor carga de atenciones. La mayoría de las capitales intermedias se encuentran en

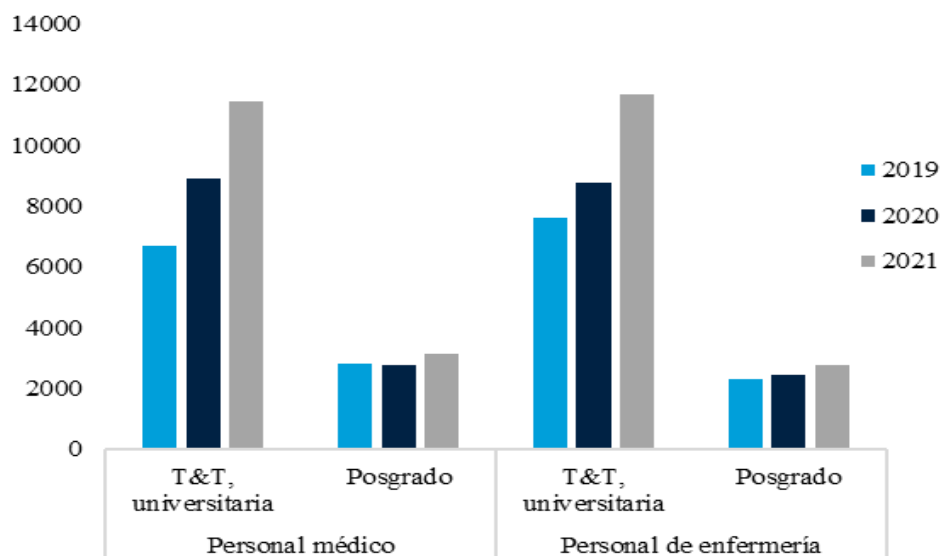
el cuadrante inferior izquierdo, donde el ingreso laboral es menor al promedio con bajo nivel de atenciones.

4.4 Ofertas Laborales Servicio Público de Empleo -SPE

El Servicio Público de Empleo (SPE) a través de su red de prestadores es el encargado de recolectar la información de las ofertas de empleo que las empresas del país hacen a través de su unidad. Esta información es un instrumento clave de medición de la demanda laboral. Sin embargo, a pesar de la obligatoriedad que por la Ley 1636 de 2013 hoy tienen las empresas y sector público de reportar sus vacantes a través del SPE, aún es limitado el reporte. De hecho, Morales y Lobo (2020), estimaron que el reporte del SPE apenas es del 15% de las vacantes que se puede estimar con la información de PILA, en el periodo 2009-2016. Esto implica que parte del crecimiento de las ofertas de empleo registradas en los últimos años, puede obedecer a un aumento en el esfuerzo porque aumente el reporte a través de este mecanismo, y no tanto por la dinámica del mercado laboral. Más allá de lo anterior, su información permite revisar la demanda laboral a través de varias dimensiones como la cantidad de ofertas de empleo, la ubicación geográfica a nivel municipal, los niveles educativos requeridos, por rangos de experiencia laboral requerida, rangos salariales, entre otras variables.

Para restringir el análisis a personal de enfermería y médicos, se filtró la información según el código CIUO A.C, para el personal médico con el código 221, y para el personal de enfermería con el código 222. Nuevamente, el análisis se hará para los años 2019-2021. Por último, una oferta de empleo del SPE podría ser llenada por varios trabajadores, por lo cual, no se pueden leer como una vacante única. Tanto el personal médico como el personal de enfermería ha visto un aumento importante en las ofertas de empleo registradas a través del SPE (gráfica 16). El incremento ha sido más amplio en ocupaciones que requieren un nivel de educación técnica, tecnológica o universitaria, donde se observa un crecimiento superior al 28% en 2021. Personal con posgrado, también han visto crecimiento de la demanda entre el 13% y 17%.

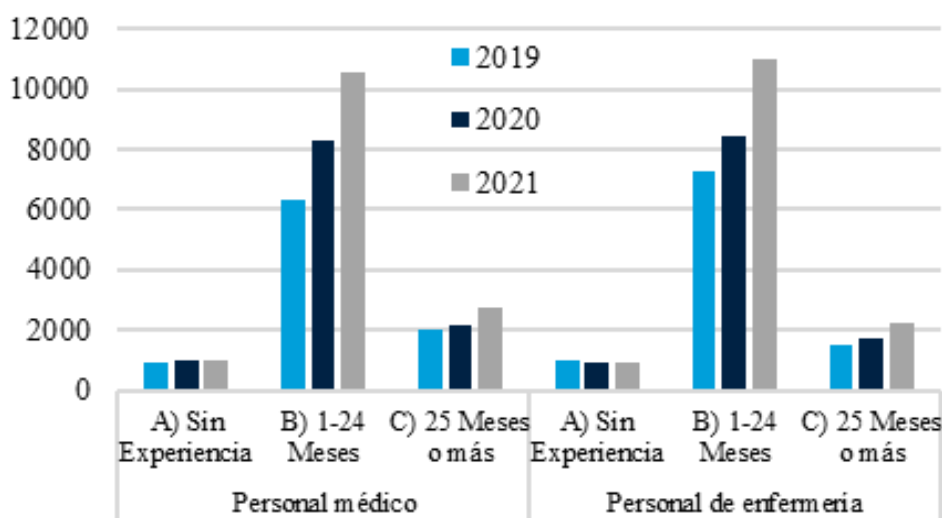
Gráfico 14. Ofertas de empleo por nivel de educación



Fuente: Anexo estadístico del SPE, cálculos propios

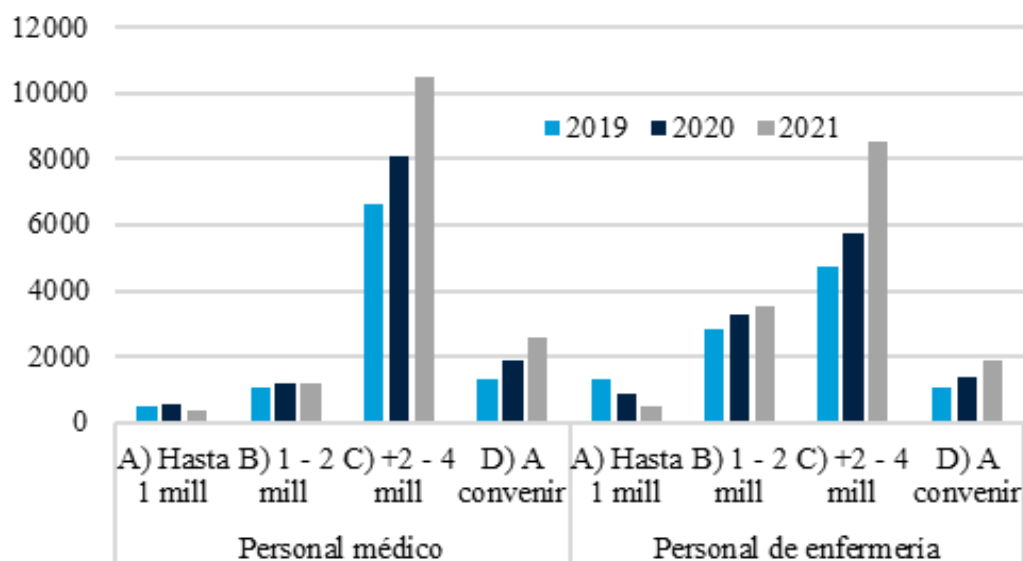
La mayor cantidad de ofertas de empleo en ambos grupos exigen 1 a 24 meses de experiencia, es precisamente en este grupo donde ha habido el mayor aumento de la demanda durante 2021, creciendo aproximadamente 28% en ambos grupos (gráfica 17). El otro grupo, con una menor demanda en magnitud, pero un crecimiento importante de la demanda durante la crisis del COVID es el de experiencia mayor a 2 años, donde ha crecido durante 2021 cerca al 25%. Por otro lado, aquellos que no tienen experiencia tienen bajo crecimiento de la demanda.

Gráfico 15. Ofertas de empleo por experiencia requerida



Fuente: Anexo estadístico del SPE, cálculos propios

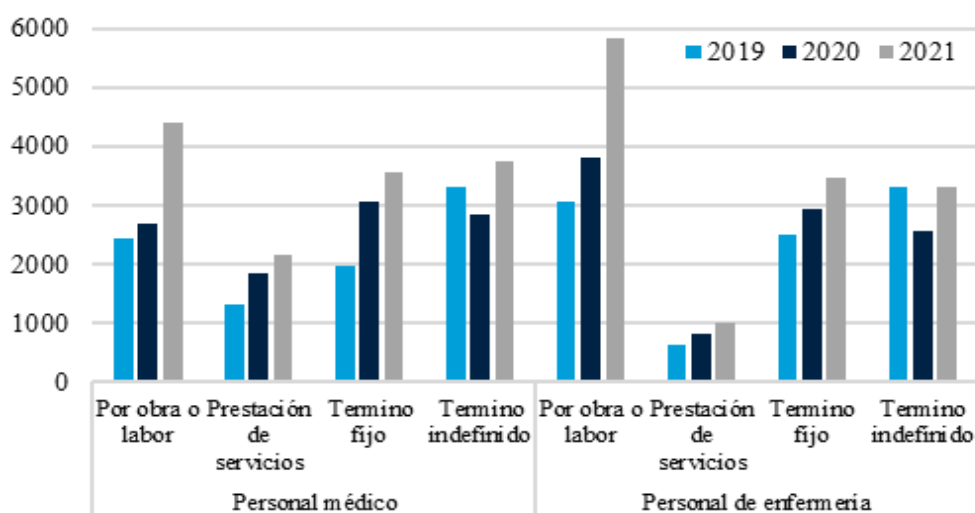
Gráfico 16. Ofertas de empleo por nivel de salario



Fuente: Anexo estadístico del SPE, cálculos propios

En cuanto al salario (gráfica 18), el personal de enfermería concentra el 51% de las ofertas de empleo en salarios de 2-4 millones (27%), seguido de 1-2 millones. Mientras que el personal médico concentra el 70% del personal médico en salarios de 2-4 millones. Por otro lado, en ambos grupos este último segmento de salarios es el que más ha crecido en ofertas de empleo desde 2019. Llama la atención que para personal tan cualificado existan en ambos grupos demanda laboral con salarios de hasta un millón de pesos, aunque se ha venido reduciendo en los últimos años.

Gráfico 17. Ofertas de empleo por tipo de contrato



Fuente: Anexo estadístico del SPE, cálculos propios

En la demanda del SPE predomina el contrato por obra o labor tanto en el personal de enfermería como el personal médico (gráfica 19). Asimismo, las ofertas de empleo con este tipo de contrato fueron de las que más crecieron en 2021, con más del 50% en ambos grupos. Si bien este tipo de contrato es considerado un contrato de trabajo, por su relación con inestabilidad laboral no se valora como adecuada formalización para el sector. Muy parecido a este tipo de contrato se encuentran los contratos a término fijo, que también participan de manera importante y han tenido un comportamiento similar al anterior. Los contratos a términos indefinido fueron los único que bajaron su demanda durante 2020, para 2021 recuperaron la contracción. Los contratos por prestación de servicios son los de menor participación, sin embargo, vienen aumentando la cantidad de vacantes en los últimos años. Los resultados anteriores no revelan un comportamiento de la demanda hacia una contratación acorde con principios de trabajo decente, particularmente por el componente de estabilidad laboral.

En cuanto a la distribución regional de las ofertas de empleo, el 50% de las ofertas se concentran en Bogotá, mientras que un 25% se encuentra en Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga. En todas estas ciudades se presentó un aumento de las vacantes ofrecidas por el SPE durante 2020 y 2021.

4.5 Oferta Educativa -SNIES Y SIET

El Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES), recopila, organiza, consolida y suministra datos, estadísticas e indicadores relevantes sobre la educación superior, en relación con las instituciones y programas académicos aprobados por el Ministerio de Educación Nacional. A partir de esta fuente, podemos obtener la oferta de programas activos a nivel nacional para los pregrados y posgrados de enfermería y medicina. Para analizar esta información se utilizó el filtro de sector salud y se seleccionaron los núcleos básicos de enfermería y medicina.

Por otro lado, El Sistema de Información de las Instituciones y Programas de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano - SIET, es una fuente de información que recopila, divulga y organiza la información sobre esta modalidad de educación. Desde allí se puede obtener la información sobre programas de formación técnicos para auxiliares de enfermería y salud pública. Para acceder a esta, se filtró por el área de desempeño Salud, y se selección los núcleos de auxiliar de enfermería y auxiliar en salud pública. El primer grupo concentra la mayoría de los programas de esta selección.

La ilustración 1 y 2, muestran el mapa de programas activos de pregrado a nivel nacional por departamento de enfermería y medicina, respectivamente. Allí se observa una importante concentración de programas en Bogotá, Atlántico, Antioquia, Valle y Santander, con 48% de los programas (33 de 69). Sin embargo, a pesar de esta concentración coherente con la importancia de las capitales, existe al menos un programa en el resto de departamento, exceptuando algunos departamentos de la Orinoquia, el Amazonas y la Guajira, departamentos de baja densidad poblacional. Una estimación del índice de Herfindahl-Hirschman (IHH)³ usando las participaciones departamentales, arroja un dato de 0.07, es decir, que los programas no están concentrados en pocos departamentos, lo que sugiere que hay una mínima oferta regional para esta carrera. En el caso de Medicina, hay más concentración en las principales ciudades, donde se encuentran el 60% de los programas (50 de 84). Sin embargo, nuevamente el índice IHH arroja un índice de baja concentración (0.11).

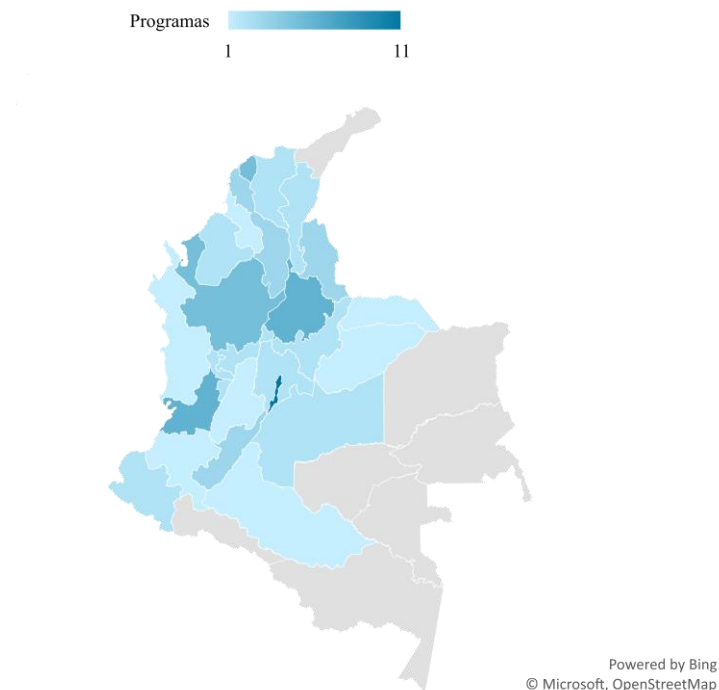
En cuanto a los programas de posgrado, las ilustraciones 3 y 4, revela en primer lugar un mayor número de programas de medicina de posgrado respecto a los pregrados (634 vs 84). En el caso de los de enfermería, si hay menos programas de posgrado (54 vs 69). Esto podría explicar el techo en los salarios altos que se observa en la información de ingresos laborales. Adicionalmente, una estimación del IHH para ambos tipos de programa revela que los posgrados de Medicina están altamente concentrados (IHH=0.26), mientras que los de Enfermería se encuentran moderadamente concentrados. Esto sugiere entonces restricciones de oferta especializada en las regiones dados los bajos incentivos de movilidad que podría haber una vez se está en una ciudad donde los ingresos laborales son más altos, y la formación avanzada más accesible.

Finalmente, en las ilustraciones 5 y 6, se encuentra la oferta de programas de auxiliares de enfermería y salud pública. En el caso de los programas con certificación de calidad, la mayoría en este caso no se concentran en Bogotá sino en Antioquia. Nuevamente, las principales ciudades concentran el 65% de los programas (83 de 128), sin embargo, el IHH no revela concentración (IHH=0.12). En cuanto a los programas sin certificación de calidad, estos predominan de manera importante en las regiones, quitándole peso a la participación de las principales ciudades, donde solo se encuentra el 35% de la oferta

³ El departamento de justicia de los Estados Unidos usa la siguiente escala: 0-0.01, mercado competitivo, 0.01-0.15, no concentrado, 0.15-0.25, moderadamente concentrado, 0.25-1, altamente concentrado (US Department of Justice & Federal Trade Commission, 2010).

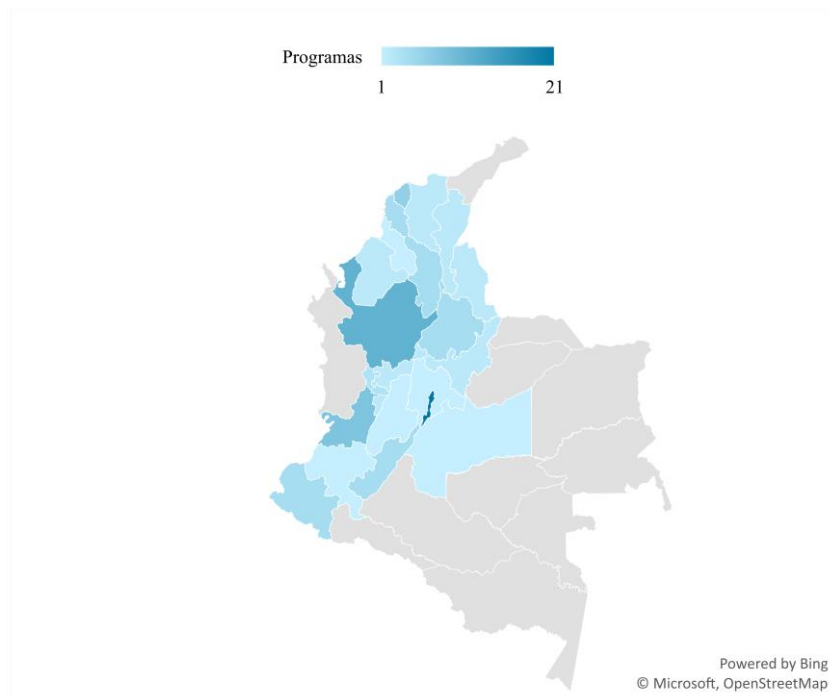
(160 de 455). Lo que refleja baja calidad a nivel regional en su proceso de formación de capital humano en salud, respecto a las ciudades principales.

Ilustración 1. Programas de pregrado activos de Enfermería



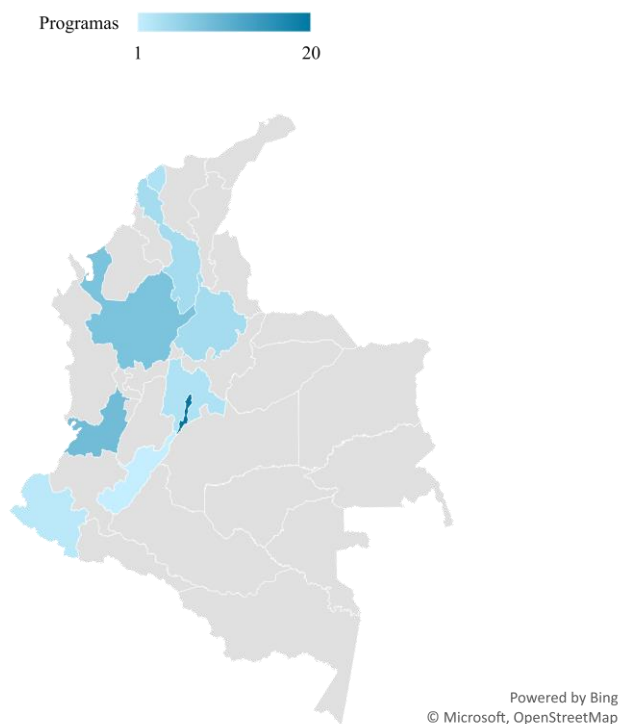
Fuente: SNIES y SIET, cálculos propios.

Ilustración 2. Programas de pregrado activos de Medicina



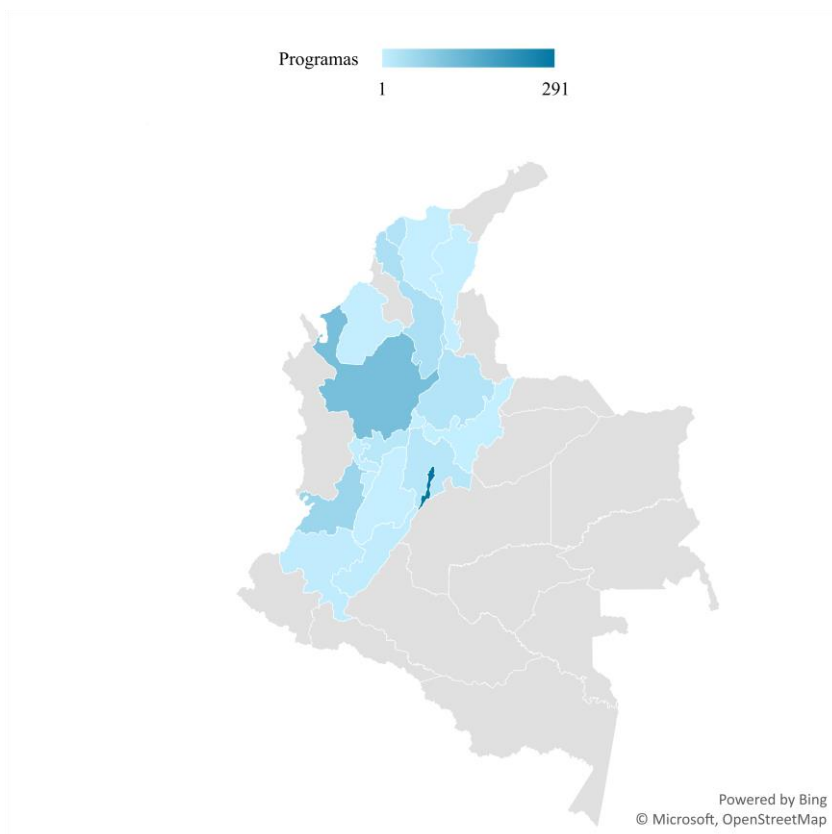
Fuente: SNIES y SIET, cálculos propios.

Ilustración 3. Programas de posgrado activos de Enfermería



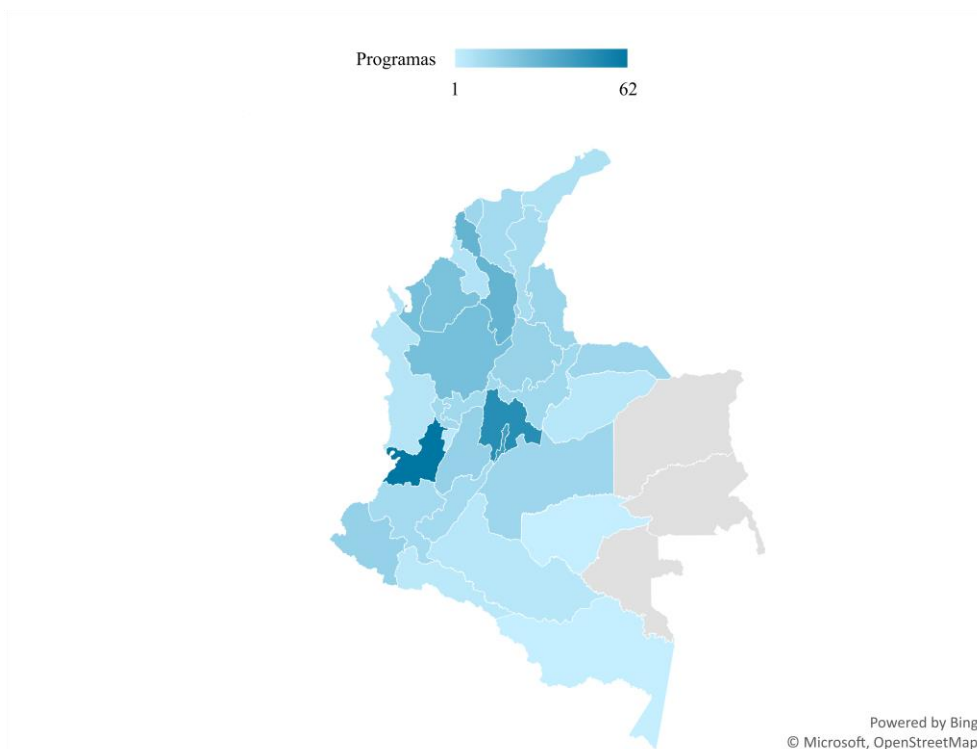
Fuente: SNIES y SIET, cálculos propios.

Ilustración 4. Programas de posgrado activos de Medicina



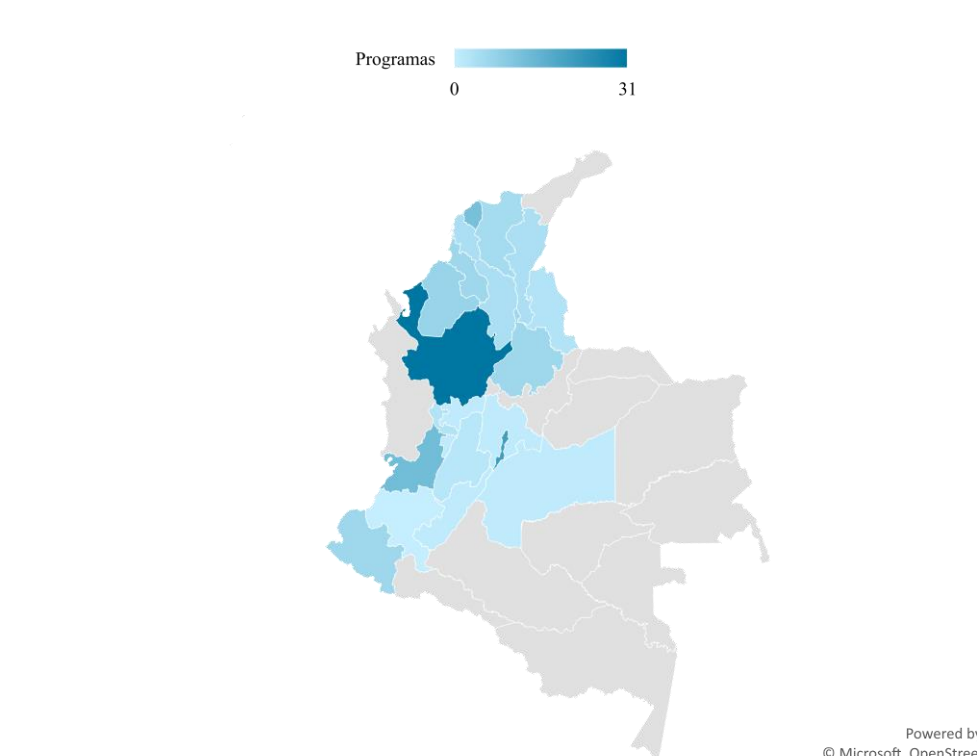
Fuente: SNIES y SIET, cálculos propios.

Ilustración 5. Programas de auxiliares de enfermería y salud pública con certificación de calidad



Fuente: SNIES y SIET, cálculos propios.

Ilustración 6. Programas de auxiliares de enfermería y salud pública sin certificación de calidad



Fuente: SNIES y SIET, cálculos propios.

4.6 Análisis de la precariedad laboral

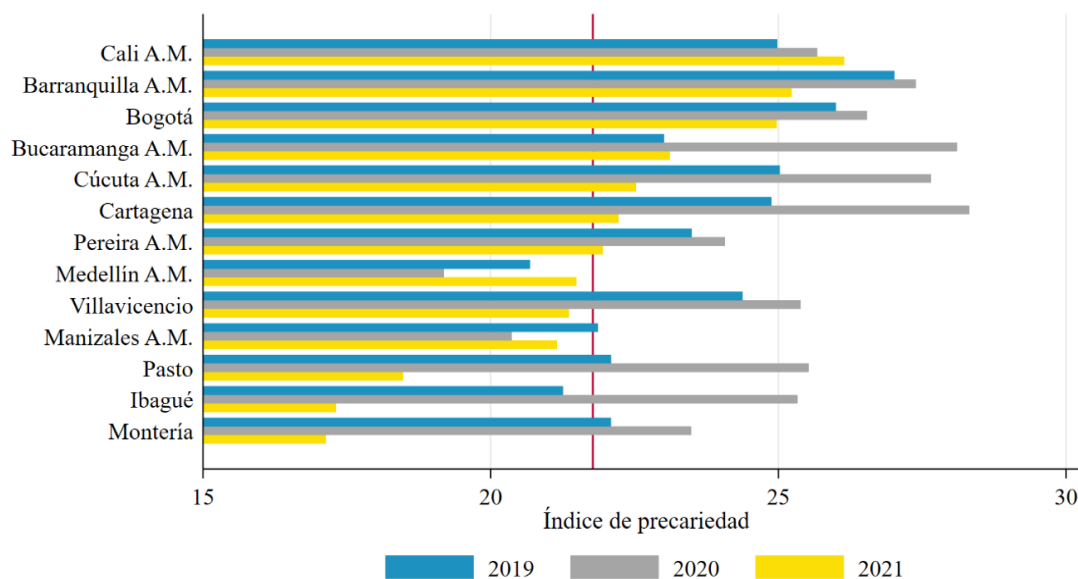
Para profundizar en el análisis de las condiciones laborales del personal de enfermería y medicina, se propone la construcción de un indicador de precariedad laboral que asocia las condiciones que fomentan la precariedad laboral a partir de una metodología de correspondencia múltiples (Componentes principales). Este indicador concentra las siguientes variables:

- » Tipo empleado: empleados que no sean asalariados se asocia a condiciones laborales no favorables. Asalariados versus demás tipos de empleados.
- » Tenencia de contrato laboral: Verbal o escrito versus no tener contrato
- » Tiempo para la terminación de su contrato laboral: menor a 3 meses
- » Tiempo de contrato menores o iguales a 3 meses
- » Tamaño de empresa: el empleado trabaja en empresas Micro o pequeñas versus si trabaja en grandes empresas
- » Salario: Está por debajo del SMLV
- » Lugar donde desarrolla sus laborales constantemente (todos los días): trabaja en espacios cerrados vs si trabaja en espacios abiertos (peores condiciones para desarrollar su actividad)
- » Trabaja horas extras o más de una jornada laboral (8 horas al día)

Finalmente se estandariza el indicador entre 0 y 100. Entre más cercado a 100 más condiciones de precariedad laboral presenta el personal de enfermería y medicina.

La gráfica 20 presenta el índice de precariedad para 2021 en las principales ciudades. En esta se puede observar como para Cali, se presentan los mayores índices de precariedad en el sector, seguida por Bogotá y Barranquilla, quienes además en 2019 presentan la mayor precariedad. Por otro lado, Medellín e Ibagué muestran niveles bajos del índice.

Gráfico 18. Índice de precariedad laboral ciudades principales

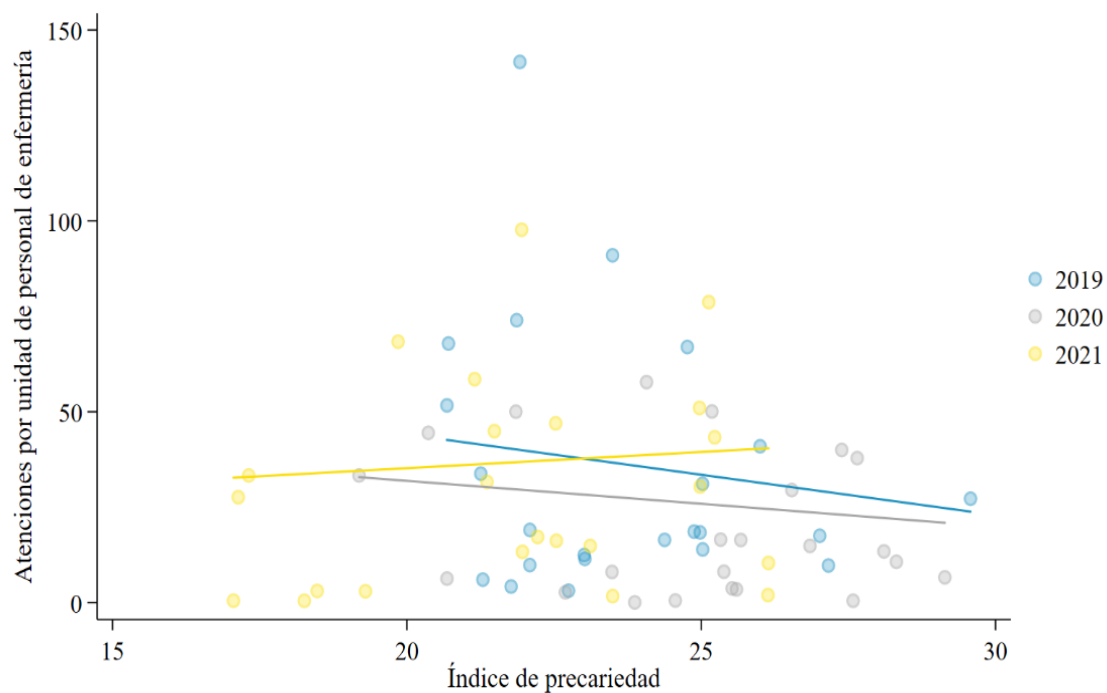


Fuente: GEIH; cálculos propios.
 Nota: línea roja representa el promedio de las 13 ciudades en 2021.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la GEIH, 2019-2021

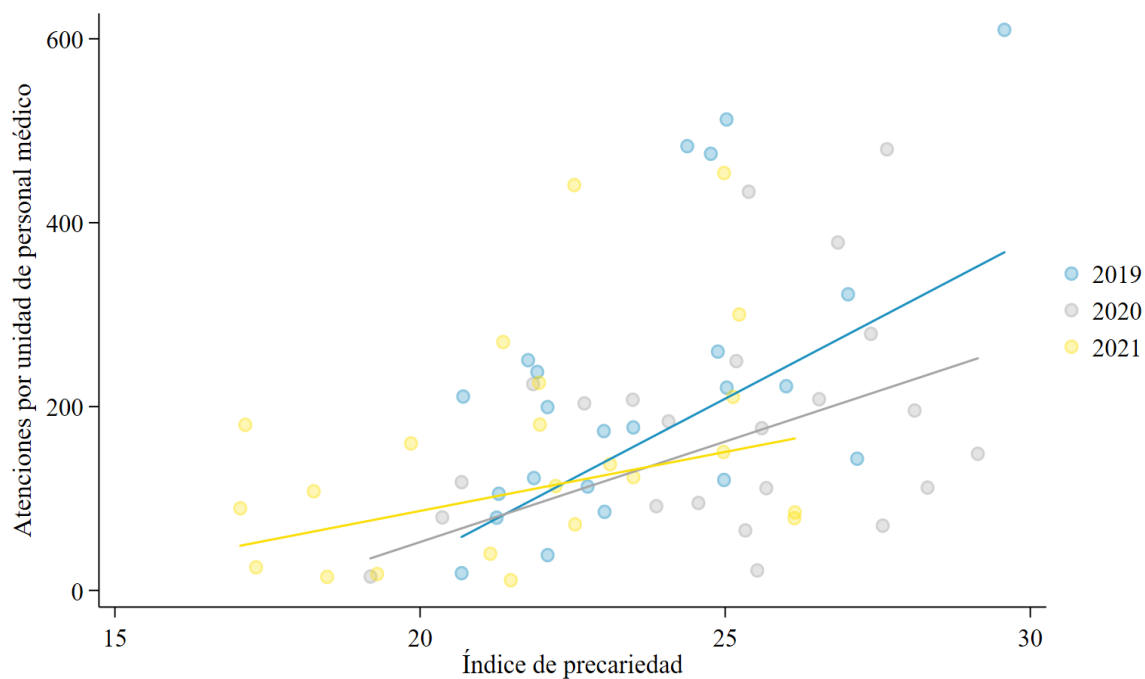
Al correlacionar el índice con otras fuentes de información como las atenciones reportadas en los RIPS, se observa para 2019 y 2020 la existencia de una relación negativa entre la precariedad y las atenciones por unidad de personal de enfermería. Sin embargo, se mueve a lo positivo en 2021. No obstante, las relaciones no parecen ser muy fuertes, lo que no sugiere una relación sistemática al respecto (ver gráfico 21). Por el contrario para la gráfica 22, para el personal de medicina se puede observar, para todos los años, una relación positiva entre atenciones y el índice de precariedad; sugiriendo que a mayor número de atenciones por médico aumenta la precariedad laboral.

Gráfico 19. Índice de precariedad y atenciones por unidad de personal de enfermería



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la GEIH y RIPS, 2019-2021.

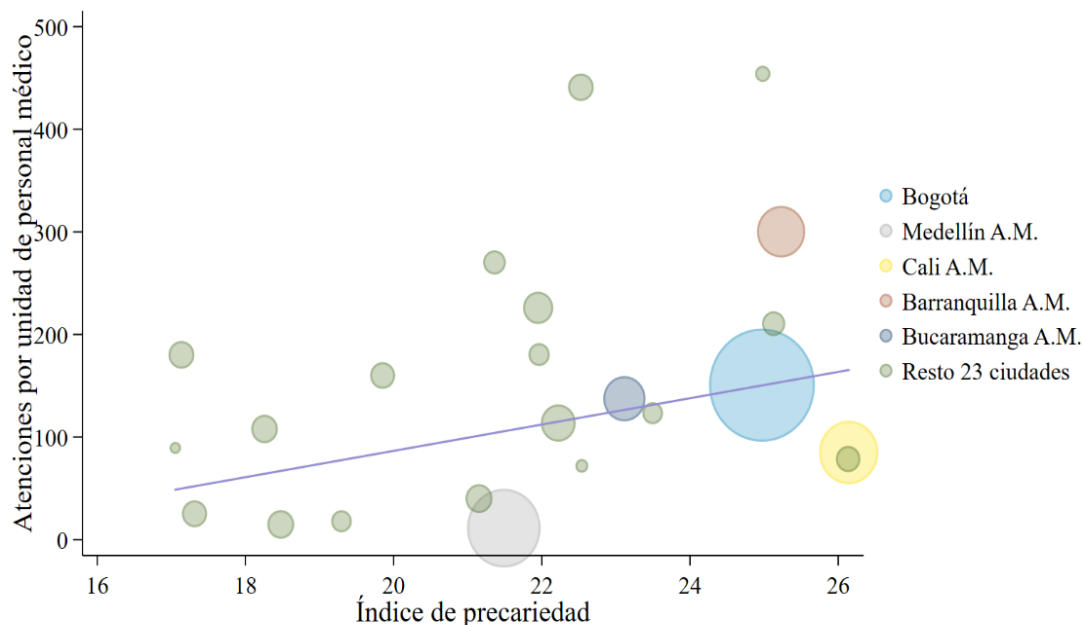
Gráfico 20. Precariedad y las atenciones por unidad de personal de enfermería



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la GEIH y RIPS, 2019-2021.

Finalmente en los gráficos 23 y 24 se puede observar que las principales ciudades se encuentran con altos índices de precariedad a medida que aumenta el número de atenciones, a excepción de Medellín.

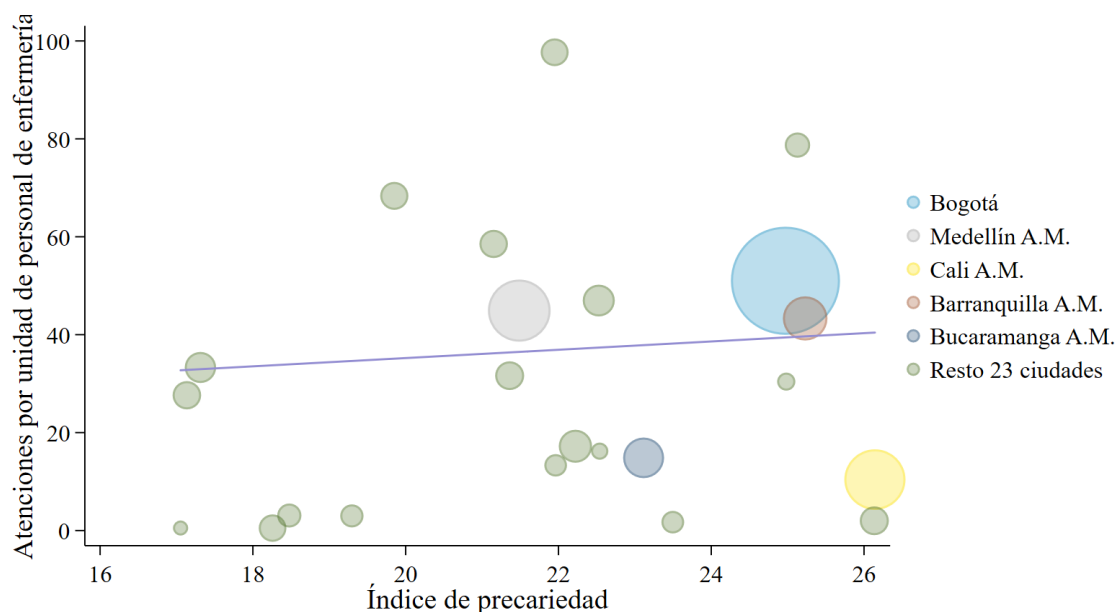
Gráfico 21. Atenciones personal de medicina e índice de precariedad principales ciudades



Fuente: GEIH, Cubo RIPS y cubo Rethus; cálculos propios.
 Nota: el tamaño del círculo está en función del total de personal médico. Se toma la ocupación del mes de diciembre.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la GEIH y RIPS, 2019-2021.

Gráfico 22. Atenciones personal de enfermería e índice de precariedad principales ciudades



Fuente: GEIH, Cubo RIPS y cubo Rethus; cálculos propios.
 Nota: el tamaño del círculo está en función del total de personal médico. Se toma la ocupación del mes de diciembre.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la GEIH y RIPS, 2019-2021

Aproximación a los determinantes de la precariedad laboral para el personal dedicado al cuidado

A partir del índice de precariedad laboral, se construyó un modelo lineal que permite analizar qué características sociodemográficas y económicas impactan en mayor medida la precariedad laboral de los ocupados cualificados del sector de la salud. Este modelo incluye características de género, edad, años de escolaridad, tipo de ocupado, informalidad, tipo de oficio (personal de enfermería o personal médico), desagregación regional. Los resultados se presentan en la tabla 4 presentada a continuación.

Tabla 4. Determinantes de la Precariedad laboral

Variables	Índice de Precariedad		
	2019	2020	2021
Informalidad	0.3076*** (0.017)	0.3189*** (0.021)	0.3656*** (0.024)
Categoría comparación: Hombre			
Mujer	0.0078 (0.006)	0.0083 (0.006)	-0.0035 (0.006)
Categoría comparación: menores de 25			
Edad 25-34	0.0097 (0.011)	-0.0017 (0.009)	-0.0151 (0.012)
Edad 35-44	0.0207* (0.012)	-0.0003 (0.009)	-0.0116 (0.013)
Edad 45-54	0.0406*** (0.013)	0.0092 (0.010)	0.0210 (0.014)
Edad 55-64	0.0438*** (0.015)	0.0293** (0.013)	0.0219 (0.016)
Años escolaridad	-0.0011 (0.002)	-0.0019 (0.002)	0.0005 (0.002)
Categoría comparación: cuenta propia			
Asalariado	-0.2278*** (0.007)	-0.2087*** (0.008)	-0.2535*** (0.009)
Categoría comparación: personal médico			
Personal de enfermería	0.0262*** (0.005)	0.0183*** (0.006)	0.0330*** (0.006)
Controles geográficos			
Constante	0.3694*** (0.033)	0.3991*** (0.035)	0.3989*** (0.040)
Observaciones	2,906	2,216	2,545
R-squared	0.563	0.588	0.586

Robust standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Entre los principales resultados se resalta el hecho de que la informalidad es uno de los factores más relevantes. De igual forma, para 2019 y 2020, encontrarse en edades superiores a los 45 años aumenta la probabilidad de estar ocupado con condiciones laborales precarias en comparación con la población que se encuentra en edades menores a 25 años. Además, en términos de ocupación, el personal de enfermería tiene mayor probabilidad de estar en condiciones precarias que el personal de medicina. En cuanto a las regiones, para la mayoría de las ciudades es menos probable tener vinculado a su personal bajo condiciones precarias, si se compara con Bogotá.

5. Encuesta de Identificación de condiciones laborales del personal cualificado del área del cuidado de la salud

Con el objetivo de ahondar en la captura de información adicional de las condiciones laborales del personal cualificado del área de cuidado de la salud que no se podía obtener de las fuentes de información disponibles, se elaboró una encuesta online con 32 preguntas dirigidas al personal de salud (ver documento anexo con el formulario de la encuesta). La información recopilada de esta encuesta permitió complementar y plantear diferentes escenarios que están direccionados a proponer mecanismos de política pública para la mejora de las condiciones laborales y de seguridad social de este personal cualificado de la salud.

Encuesta

La encuesta se habilitó del 28 de abril al 12 de mayo de 2022 a través de enlace web para diligenciamiento de manera autónoma en un computador o celular⁴. El diligenciamiento de la encuesta se dirigió a personal de la salud técnico y/o profesional (personal de enfermería y personal médico), quienes desempeñan su actividad entorno a la atención y el cuidado de pacientes, ya sea en los diferentes tipos de centros hospitalarios o a nivel de domicilio. La información recopilada será tratada con reserva absoluta de confidencialidad para el uso exclusivo de investigación, analizada de manera agregada, y sin comprometer en momento alguno los datos personales de quien la diligenció. Por restricciones de tiempo y recursos, la encuesta no se construyó y recolectó para obtener una muestra representativa. Por tanto, la información recolectada tiene fines estrictamente descriptivos y sugestivos que permiten motivar algunas hipótesis sobre las condiciones laborales actuales del personal de la salud, y consecuentemente desarrollar investigaciones y procesos de recolección posteriores más robustos.

⁴Enlace de la encuesta: Encuesta de Identificación de condiciones laborales de los trabajadores cualificados del área del cuidado de la salud (urosario.edu.co).

Características generales de la encuesta

La encuesta cuenta con tres grandes módulos de caracterización:

- » **Módulo de identificación y autorización:** en este módulo se pregunta sobre información básica de la persona como la edad, sexo, nivel de educación, ocupación y lugar de trabajo. Además de la autorización del uso de la información.
- » **Módulo del hogar:** se pregunta sobre características del hogar como número de personas, personas con necesidades de cuidado, empleabilidad e ingreso promedio.
- » **Empleabilidad:** En este módulo se pregunta asuntos específicos de las condiciones laborales de la persona, como tipo de contrato, ingresos laborales, intensidad laboral, beneficios en el trabajo, entre otras preguntas.

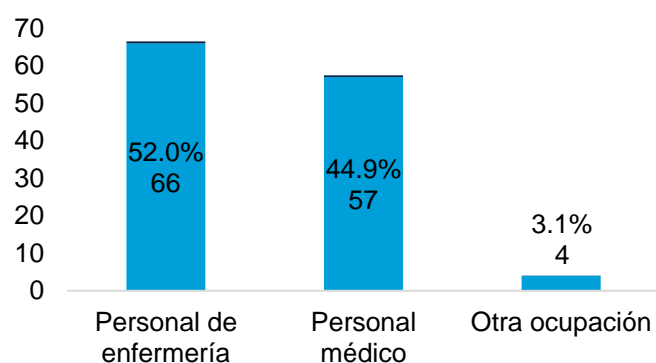
Tabla 5. Cantidad de preguntas completas

Preguntas completas	Cantidad de respuestas	% del total
(NA)	18	9.6%
1-10	16	9%
11-19	9	5.1%
20-31	5	3.0%
32	133	73%
Total	183	1

La tabla 5 muestra la cantidad de respuestas completas obtenidas de la encuesta. De las 181 encuestas que fueron diligenciadas, 9.6% la dejó desierta, 9% solo respondió de 1 a 10 preguntas, 5.1% respondió de 11-19 preguntas, 3% respondió de 20 a 31 preguntas. Finalmente, hubo un total 73.5% de respuestas completas.

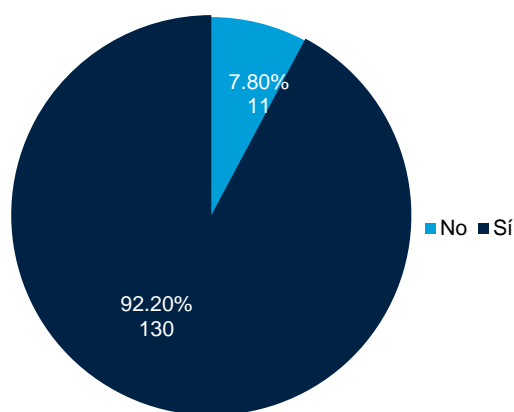
Características generales de los ocupados

Gráfico 23. Total, de ocupados por tipo de ocupación



Fuente: elaboración propia con base a la encuesta.

Gráfico 24. ¿Se encuentra actualmente ocupado?



Fuente: elaboración propia con base a la encuesta.

Del total de personas que respondieron la pregunta sobre ocupación, 92.2% se encuentra actualmente ocupado, mientras que un 7.8% no lo hace. De estos ocupados, 52% fueron personal de enfermería mientras que 45% es personal médico.

Gráfico 26. Sexo

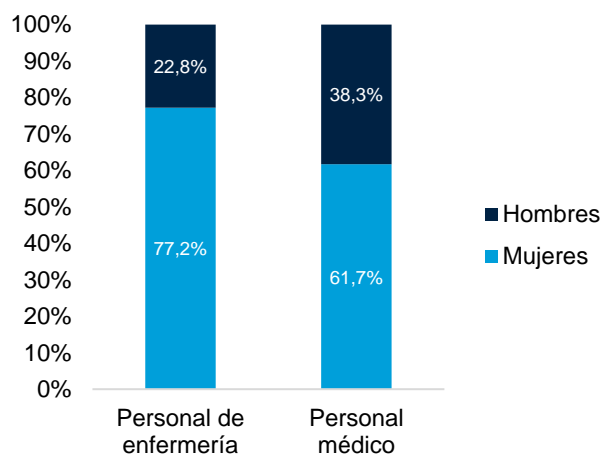
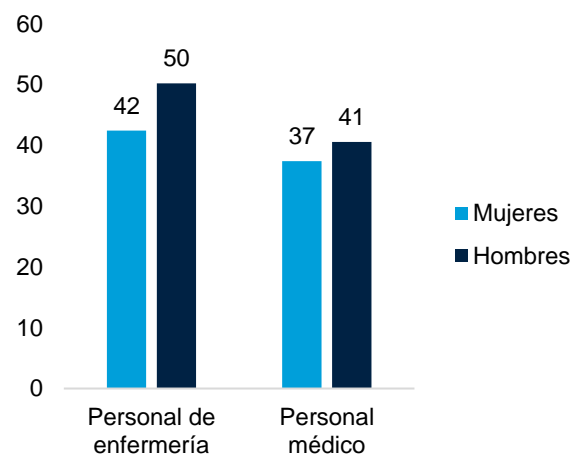


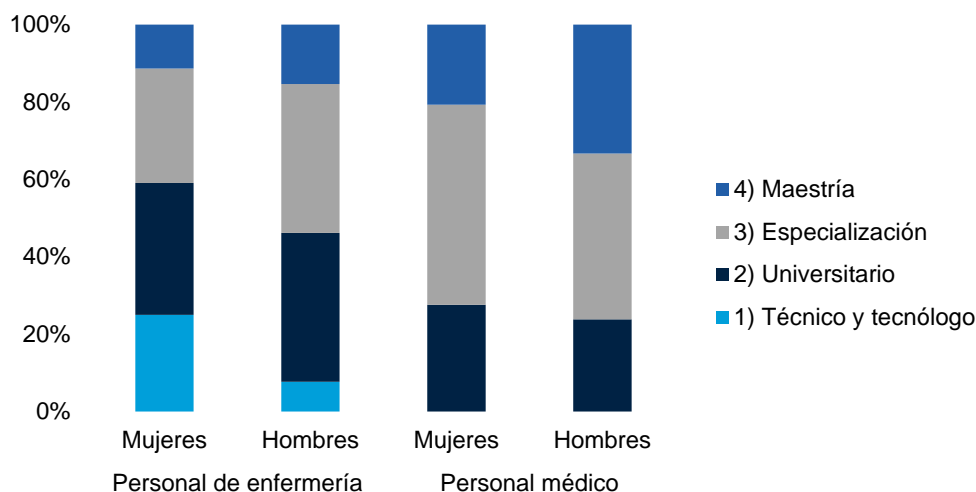
Gráfico 25. Edad promedio



Fuente: elaboración propia con base a la encuesta.

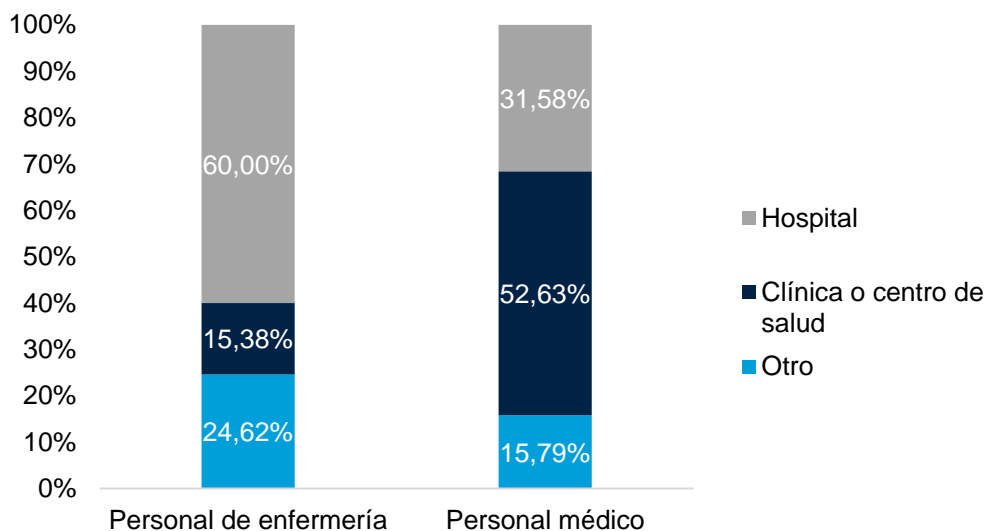
En cuanto al sexo, la mayoría de las personas que respondieron la encuesta son mujeres, con 77% en personal de enfermería y 62% en el personal médico. Mientras que la edad promedio de las mujeres del personal de enfermería es 42 y la de los hombres 50 años. En cuanto al personal médico la edad promedio de las mujeres es 37 años y hombres 41 años.

Gráfico 27. Tipo de ocupación y nivel educativo



Fuente: elaboración propia con base a la encuesta.

Gráfico 28. Lugar donde desempeña su labor



Fuente: elaboración propia con base a la encuesta.

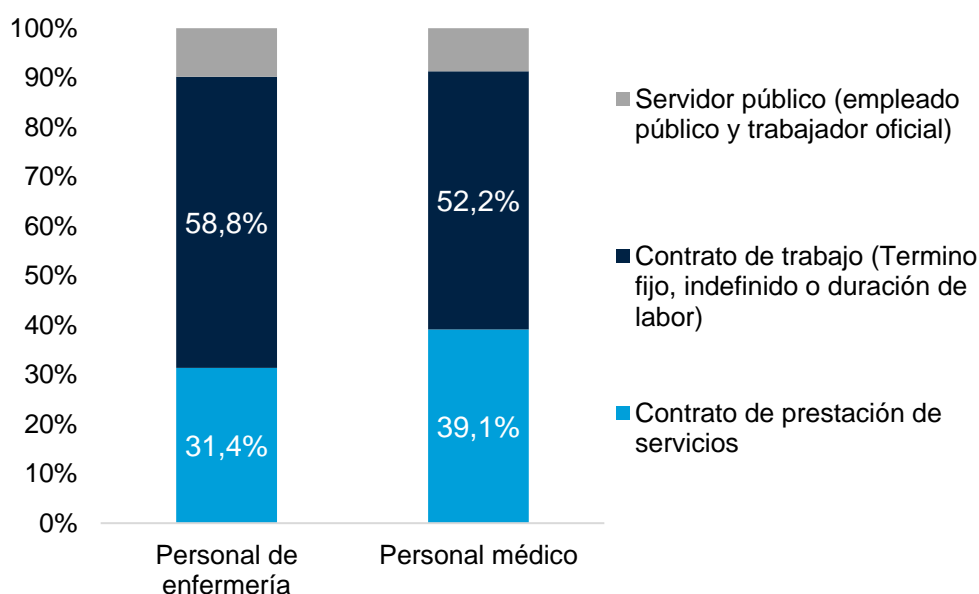
En cuanto a capital humano de esta población, más del 40% de las mujeres del personal de enfermería tiene algún tipo de posgrado. En el caso de los hombres es el 54% del personal. Por otro lado, en el personal médico 72% de las mujeres y 76% en los hombres

tienen posgrado. En cuanto a técnicos y tecnólogos, todos son del personal de enfermería y la gran mayoría mujeres.

La mayoría del personal de enfermería (75%) trabaja en un hospital (60%), clínica o centro de salud. En el caso del personal médico sube al 84%, con un mayor peso (53%) de las clínicas o centros de salud. El restante trabaja a domicilio o en oficina.

- **Características de la contratación**

Gráfico 29. ¿Bajo qué tipo de contratación se encuentra vinculado en este trabajo?



Fuente: elaboración propia con base a la encuesta.

La contratación de los encuestados es mayoritariamente por contrato de trabajo (superior al 50%), tanto en personal de salud como personal médico. Si se suma los contratos por servidores públicos, el porcentaje es superior al 60%. Sin embargo, un porcentaje importante de los trabajadores presentan contrato por prestación de servicios (más del 30%), siendo mayor el porcentaje en el grupo de personal médico. Este tipo de contratos en el sector se ha relacionado con inestabilidad e informalidad, por el alto grado de subordinación que implica la labor que se realiza, particularmente en el personal de enfermería⁵.

La gráfica 33 muestra que más del 60% de esta población no recibe beneficios económicos adicionales a su ingreso laboral. En el personal médico este porcentaje asciende al 71%. Este sector por su naturaleza normalmente la disponibilidad horaria y

⁵ También se les preguntó por el tipo de contratos que han tenido en su trayectoria en el sector. Tanto en personal de enfermería como personal médico, predominan como otras formas de contratación nuevamente los de prestación de servicios (~60%) y los contratos de trabajo (~50%).

la flexibilidad de jornadas más amplias debe ser mayor. Por tanto, una bajo compensación adicional es una señal de precariedad laboral. La mayoría del personal de enfermería no cuenta con segundo empleo (85%), mientras que en el personal médico la mitad cuenta con esta opción (gráfica 32). Dentro de las personas que cuentan con un segundo empleo, en promedio 40% no cuenta con algún tipo de contrato o prestación social.

Gráfico 31. ¿Recibe Ud bonificaciones, horas extras, pago por trabajo en horarios nocturnos y dominicales?

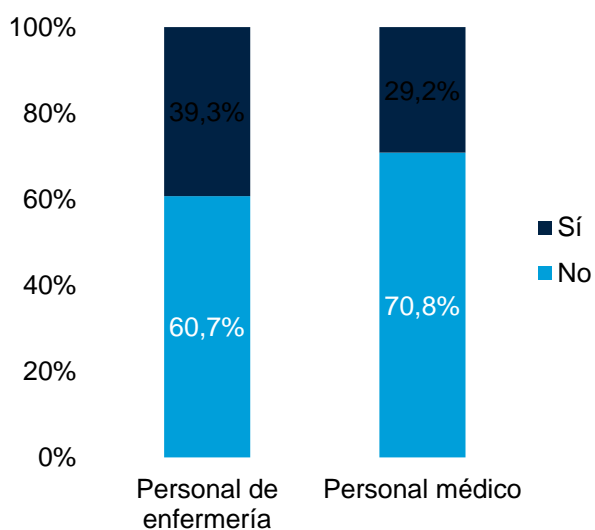
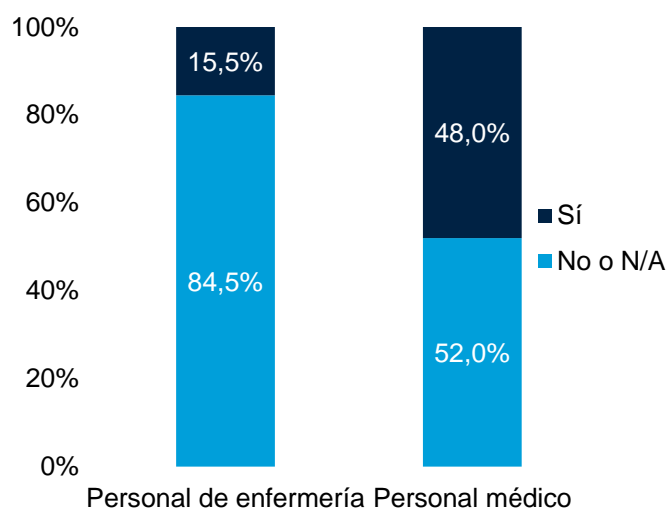


Gráfico 30. ¿Además de su trabajo principal cuenta con un empleo/trabajo adicional?



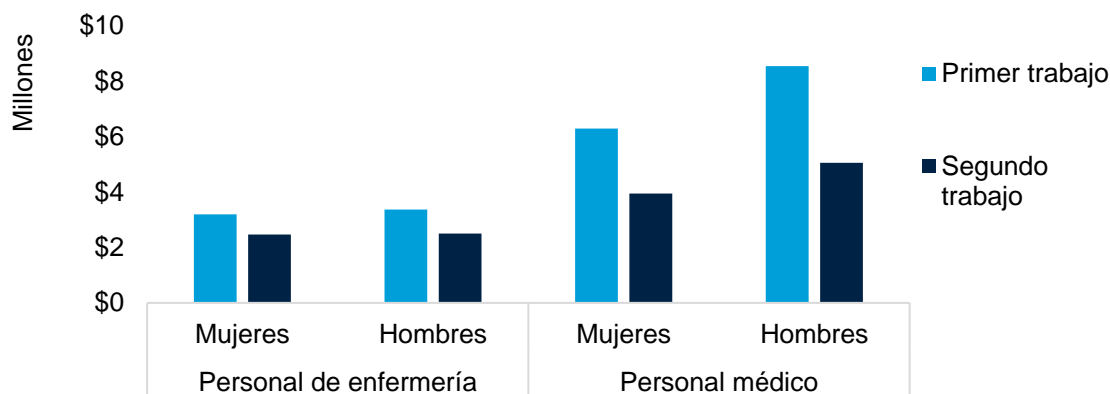
Finalmente, a las preguntas sobre pertenencia al piso de protección social, solo 4 personas de los ocupados (uno de personal médico) afirman pertenecer al piso de protección social; menos del 5% del total. Mientras que el 8% del personal de salud encuestado contestó de manera afirmativa que tuvo contratos inferiores al salario mínimo durante la pandemia.

Ingresos laborales y horas trabajadas

Respecto a los salarios que se observaron en promedio en GEIH y RETHUS, el ingreso laboral del personal de enfermería encuestado cuenta con ingreso laboral promedio más alto (60% superior). Para el empleo principal, ingreso promedio es 3.2 millones de pesos, siendo 5% más alto en los hombres. En el segundo empleo, el ingreso laboral promedio es 2.5 millones. En cuanto al personal médico, el ingreso promedio de los encuestados para el empleo principal fue 7.2 millones (89% superior al de GEIH), siendo 35% más alto en los hombres. Por otro lado, en el segundo empleo el ingreso promedio

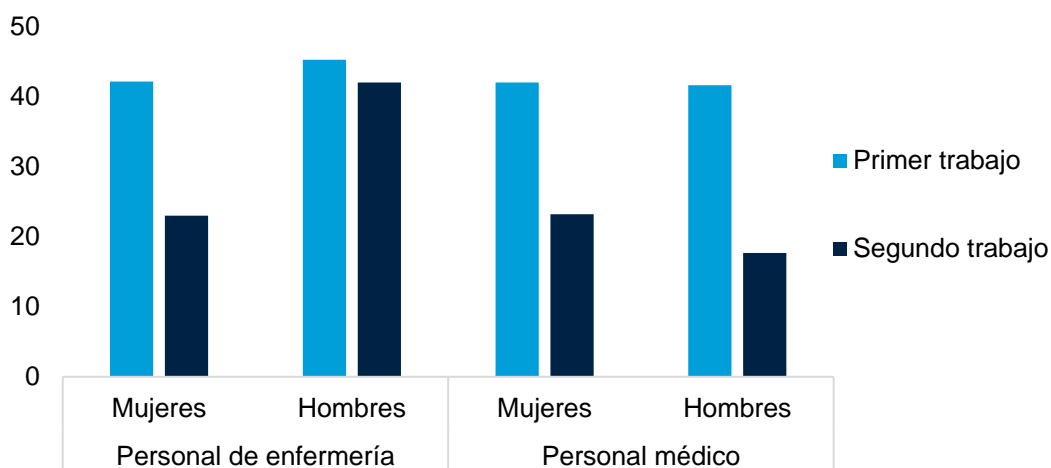
fue de 4.4 millones, 28% más alto en los hombres. Esto muestra que la información recopilada de esta encuesta no es representativa del promedio nacional, y se acerca más a trabajadores de ingresos altos del sector.

Gráfico 32. Promedio ingreso laboral mensual



Fuente: elaboración propia con base a la encuesta.

Gráfico 33. Promedio horas trabajadas a la semana

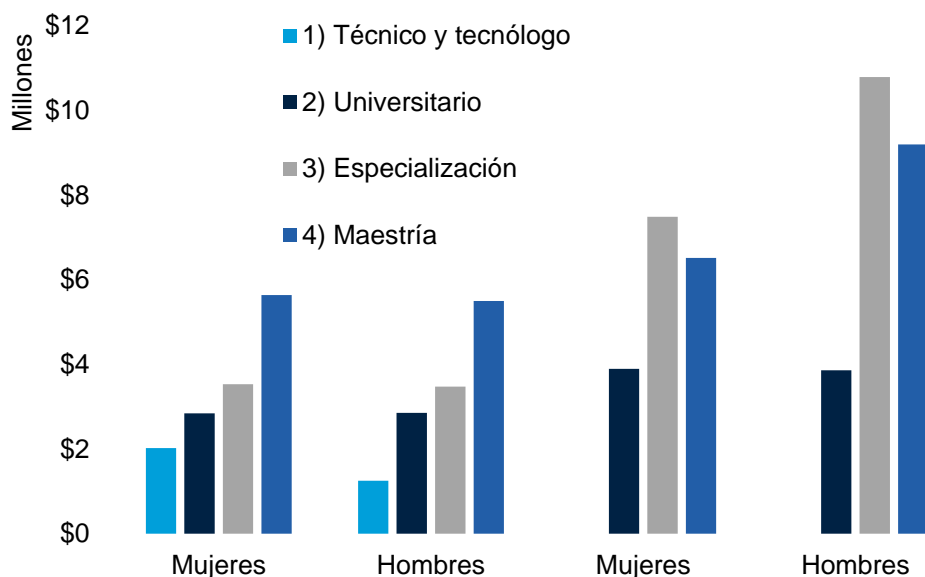


Fuente: elaboración propia con base a la encuesta.

Las horas trabajadas a la semana se relacionan en la gráfica 35. Allí se observa que el personal de enfermería en su empleo principal trabaja en promedio 43 horas a la semana, siendo los hombres los que más trabajan con 45 horas (total de horas inferior a lo encontrado en GEIH). En el segundo empleo el número de horas se reduce a 23 para las mujeres, mientras que en los hombres se reduce solo a 42 horas (también se reduce respecto a GEIH). En el caso del personal médico, el promedio es 42 horas para

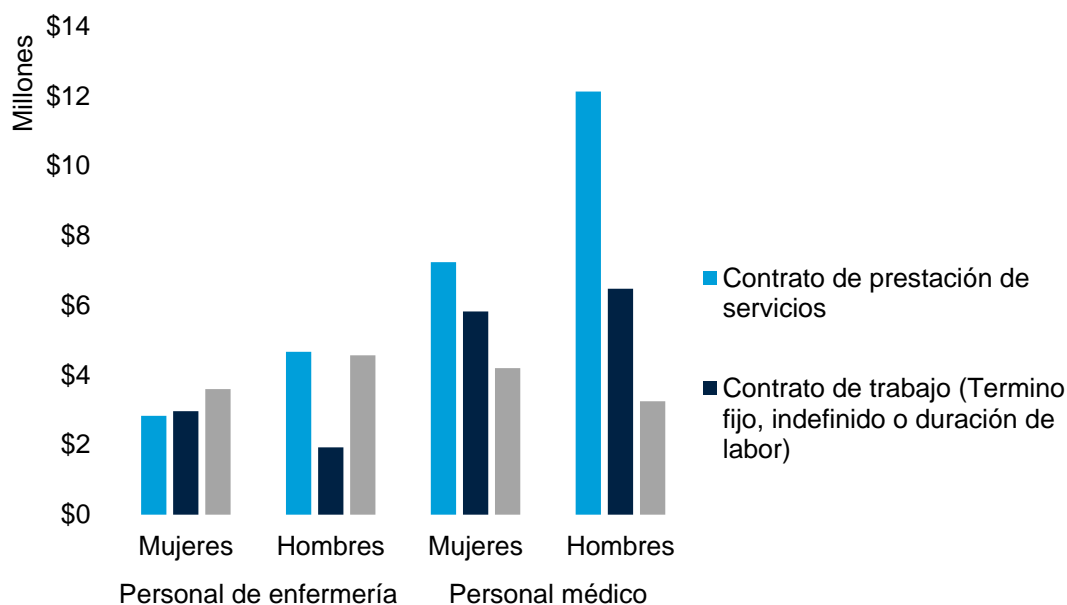
hombres y mujeres, y en el segundo empleo caen en ambos grupos a 23 y 18, respectivamente. En general, si se suma el total de horas en ambos empleos, hay personas con 13 horas trabajadas al día, en una semana de 6 días laborales.

Gráfico 34. Ingreso laboral promedio por nivel de educación



Fuente: elaboración propia con base a la encuesta.

Gráfico 35. Ingreso laboral promedio por tipo de contrato



Fuente: elaboración propia con base a la encuesta.

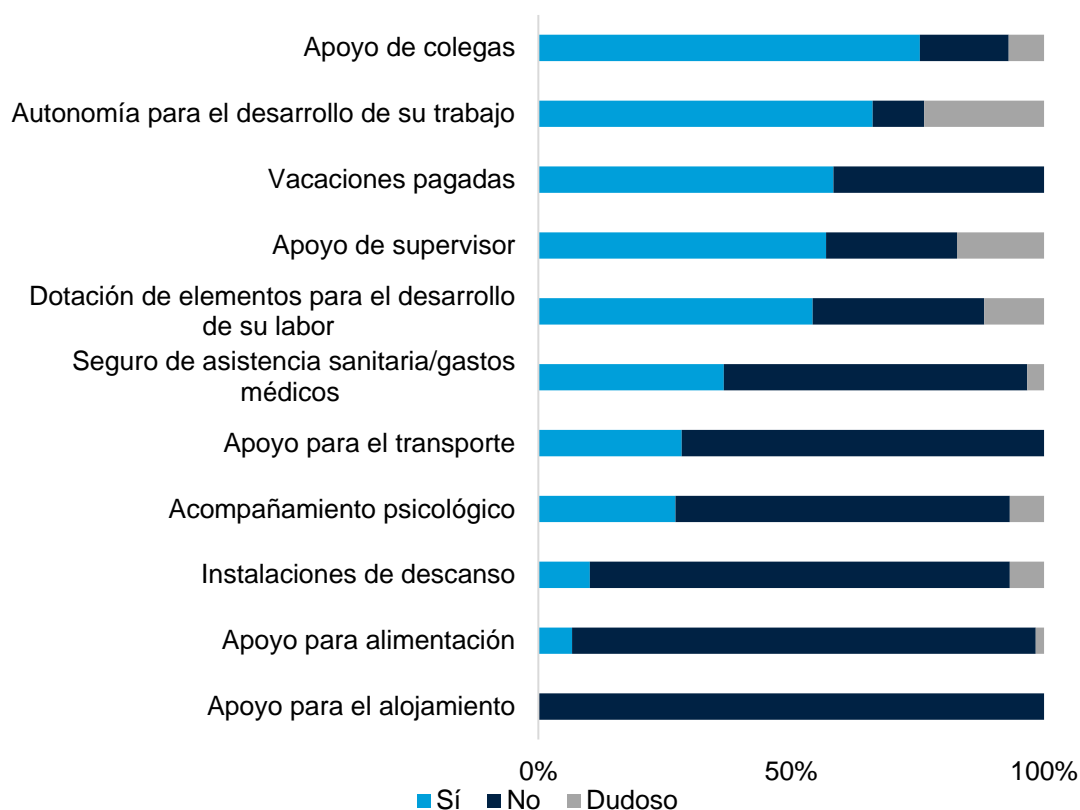
Una desagregación de la información de ingresos por categorías, muestran consistencia en cuanto que a mayor nivel de educación hay un mayor premium salarial (gráfica 36). Sin embargo, cuando se compara el premium por tener posgrado, el personal de enfermería con especialización gana un salario inferior al personal con educación

universitaria del personal médico. Mientras que los especialistas del personal médico pueden ganar dos veces lo que puede ganar el personal de enfermería, siendo mayor en los hombres, que pueden llegar a ganar 2.5 veces más. En el personal médico se observa una brecha importante entre hombres y mujeres con posgrado; no se marca esta diferencia en el personal de enfermería. También se encuentra que solo para las mujeres del personal de enfermería, los contratos de prestación de servicios generan menores ingresos laborales (gráfica 37). En los demás grupos los contratos de prestación de servicios tienen una diferencia importante en salario respecto a los contratos de trabajo. Resultado relevante para el personal femenino de enfermería.

Por último, las personas de mayor edad obtienen mayores ingresos laborales, consistente con el premium de experiencia y habilidades, siendo particularmente amplia la diferencia en el personal médico.

Condiciones laborales asociadas a bienestar

Gráfico 36. ¿Recibe alguna de los siguientes beneficios en su trabajo/ empleo principal? -Personal de enfermería



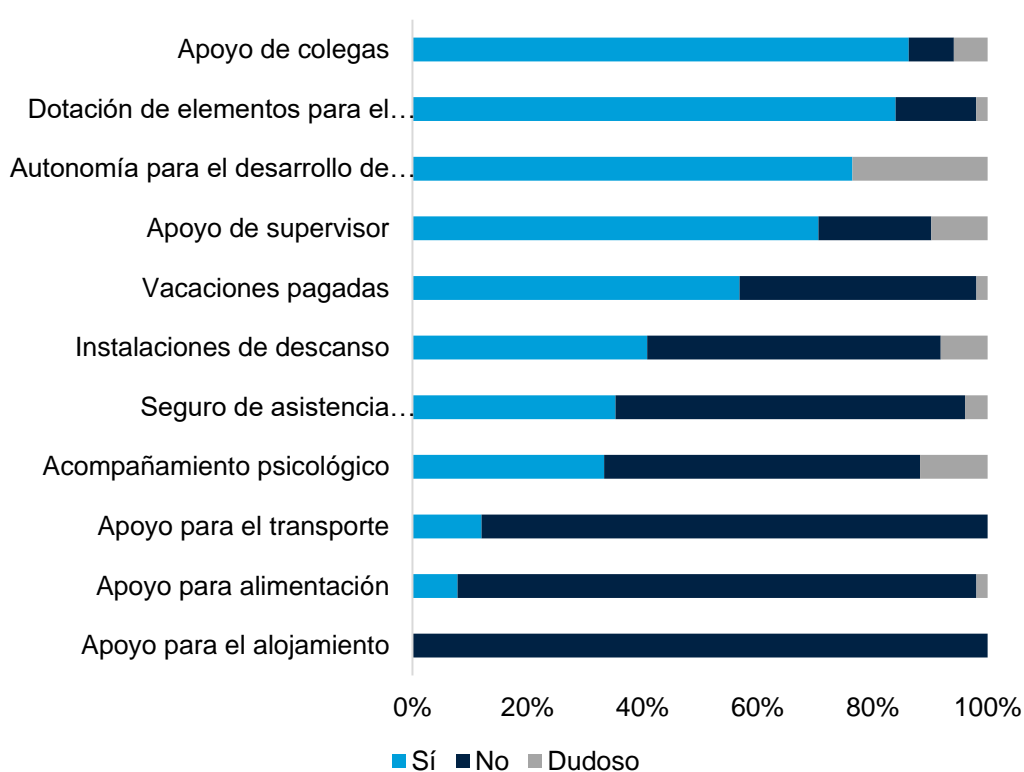
Fuente: elaboración propia con base a la encuesta.

Los apoyos complementarios en el personal de enfermería no muestran amplia cobertura. En los indicadores más alto, se encuentran los de acompañamiento y

autonomía, donde la mayoría del personal de enfermería manifiesta apoyo por parte de colegas (78%) y supervisores (60%), 27% cuenta con acompañamiento psicológico y el 66% considera que puede desarrollar con autonomía su labor.

En el caso de dotaciones, el 56% recibe dotaciones para hacer su trabajo, 40% recibe seguro para gastos médicos y solo 10% cuenta con instalaciones de descanso. En cuanto beneficios económicos: 60% recibe vacaciones pagas, 33% recibe apoyo de transporte y 7% recibe apoyo de alimentación.

Gráfico 37. ¿Recibe alguna de los siguientes beneficios en su trabajo/empleo principal? – Personal médico



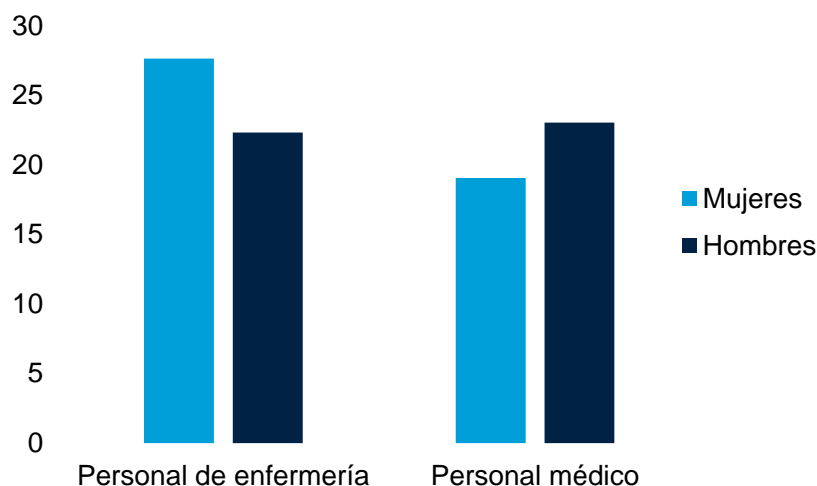
Fuente: elaboración propia con base a la encuesta.

Los apoyos complementarios en el personal médico cuentan con mayor cobertura; particularmente mayores al de enfermería en acompañamiento y dotaciones. La mayoría del personal médico manifiesta apoyo por parte de colegas (90%) y supervisores (70%), y el 83% considera que puede desarrollar con autonomía su labor. Por otro lado, 33% cuenta con acompañamiento psicológico.

En dotaciones, el 83% las recibe para hacer su trabajo (18 p.p. más que el personal de enfermería), 40% cuenta con instalaciones de descanso (30 p.p. más que el personal de enfermería) y 33% recibe seguro médico. Finalmente, en beneficios económicos:

58% recibe vacaciones pagas, 13% recibe apoyo de transporte, 8% recibe apoyo de alimentación.

Gráfico 38. ¿En general en su empleo/trabajo cuántos pacientes en promedio atiende al día?



Fuente: elaboración propia con base a la encuesta.

La cantidad de pacientes al día permite medir la intensidad laboral de las atenciones que presta el personal de salud. En promedio, las mujeres del personal de enfermería son las que más pacientes atienden al día con 28 pacientes, 6 pacientes de diferencia respecto a los hombres. Mientras que, en el personal médico son los hombres con 23 pacientes los que más atienden. Estos valores son significativamente altos respecto a lo que se encuentra en la base de datos Rethus, que en el caso más amplio son 10 atenciones del total por unidad de personal. Lo que sugiere una potencial subestimación del indicador de Rethus.

Condiciones del hogar

La tabla 6 evidencia que no hay diferencias significativas entre grupos en la composición del hogar. El hogar promedio en el personal de enfermería son 3.5 personas, mientras que en los médicos son 3. Las mujeres tienen hogares más pequeños que los hombres. Un miembro dependiente en promedio en ambos grupos. En cuanto a personas empleadas, en ambos grupos el promedio son 1.7 personas, es decir, aproximadamente la mitad de los miembros del hogar trabajan. La jefatura de hogar en el personal médico es mayoría en los encuestados, mientras que en el personal de enfermería el porcentaje es mayor, siendo casi tres veces más amplio en las mujeres.

Tabla 6. Características generales del hogar

	<i>Miembros promedio en el hogar</i>	<i>Miembros del hogar promedio menores de 12 o mayores de 60</i>	<i>Miembros promedio en el hogar empleadas</i>	<i>% de jefes de hogar ocupados</i>
Personal de enfermería	3.5	0.9	1.7	26%
Mujeres	3.4	0.9	1.7	37%
Hombres	3.8	1.0	1.6	14%
Personal médico	3.0	0.9	1.7	40%
Mujeres	2.9	0.9	1.8	63%
Hombres	3.2	0.9	1.6	86%

Por último, los hogares del personal de enfermería son en su mayoría de ingreso per cápita entre 2 y 5 salarios mínimos (50%), seguido de hogares de 1-2 salarios mínimos (23%). Mientras en el personal médico la mayoría son de ingresos per cápita superiores a 10 salarios mínimos (42%), seguido de hogares de ingreso per cápita entre 5-10 salarios mínimos (34%). Es decir, el personal de enfermería encuestado vive en su mayoría en hogares de ingresos medio-alto y el personal médico en hogares de ingreso alto, según las categorías de clases sociales del DANE.

6. Análisis cualitativo a partir de entrevistas semiestructuradas

6.1 Diseño metodológico de la entrevista

Para realizar el abordaje del enfoque cualitativo de la presente consultoría, se seleccionó la técnica de entrevista semiestructurada, puesto que, permite la recolección de la información, “*donde el informante expresa o comparte oralmente y por medio de una relación interpersonal con el investigador su saber (opiniones, creencias, sentimientos, puntos de vista y actitudes) respecto de un tema o hecho*” (Rodríguez, 2011, pág. 23). En una primera fase del proyecto, se elabora el guion de la entrevista, estableciendo los puntos clave a indagar con la población a entrevistar (Anexo 1). Como segunda etapa, se hace una selección de las personas que podrían participar en la aplicación de las entrevistas. Las personas se eligieron por su amplia experiencia en el sector, reconocimiento gremial y diversidad de perfiles requeridos para el objetivo de la consultoría. En la tabla 7 se describen los perfiles seleccionados, entidades y su respectiva descripción.

Tabla 7. Lista de participantes en la entrevista semiestructurada

Perfil	Entidad	Descripción
Representante ANEC	Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC)	Primera organización gremial, sindical y científica de enfermería en Colombia
Representante OCE	Organización Colegial de Enfermería (OCE)	Corporación gremial de profesionales de enfermería (expedición Tarjeta profesional)
Representante CTNE	Consejo Técnico Nacional de Enfermería (CTNE)	Organismo de carácter permanente de dirección, consulta y asesoría del Gobierno Nacional (Ley 266/1996)
Docente de enfermería	Institución educativa de educación superior	Pregrado de enfermería
Docente Auxiliar de enfermería	Institución educativa técnico - laboral	Formación para el trabajo y el desarrollo humano
Jefe de Salud Pública	Empresa Social del Estado de primer nivel	Institución prestadora de servicios de salud de primer nivel
Jefe de Departamento de enfermería	Hospital Universitario Privado	Hospital Universitario Cuarto nivel - Alta complejidad

Profesional de enfermería (contrato formal)	IPS-Primer nivel de atención	Prestación de servicios de salud - Sector privado Primer nivel de atención
Profesional de enfermería (contrato no formal)	Hospital Universitario Público	Empresa Social del Estado de tercer nivel de atención
Auxiliar de enfermería (Contrato formal)	Clínica Privada	Prestación de servicios de salud - Sector privado Tercer nivel de atención
Auxiliar de enfermería (Contrato no formal)	Empresa de servicios de Enfermería	Prestación de servicios de salud a domicilio - Sector privado Primer nivel de atención

Una vez aplicadas las 11 entrevistas semiestructuradas, se procede a la transcripción de los audios; proceso que llevó un tiempo aproximado de 25 horas. Es importante recordar que los datos de identificación de las personas participantes se guardaron de manera confidencial, tal como se indica en el consentimiento informado referido en el anexo 1.

Paso siguiente, se procede al procesamiento y análisis de la información mediante el software Atlas ti versión 9⁶. Para iniciar, se tuvo que realizar la codificación de la información mediante el proceso denominado por (Deslauriers, 2005) deconstrucción de los datos, con el fin de desglosar, aislar y clasificar el contenido en categorías del mismo género para que sean comparables entre sí. El ejercicio arrojó 1.015 citas agrupadas en 68 códigos (palabras claves). En el proceso de deconstrucción y teniendo en cuenta el cuestionario de preguntas de la entrevista, se reagruparon las citas en dos bloques de análisis: Protección Social/Condiciones laborales, Trabajo y género. A su vez, cada bloque contempla subcategorías que se presentan en la tabla 8.

Tabla 8. Categorías de análisis

	Protección Social /Condiciones laborales	Trabajo y género
Subcategorías	Tipo de contratación	Carga laboral
	Ingresos	Ingresos
	Estabilidad laboral	Asignación de responsabilidades
	Carga laboral	Exposición a riesgos
	Tiempos de descanso	Tiempos de descanso
	Exposición a riesgos	
	Dinámicas generacionales	

⁶ Es una herramienta utilizada para el análisis cualitativo de la información, recolectada mediante diversas fuentes, tales como, entrevistas, audios, videos, textos, entre otros medios.

A continuación, se realiza la interpretación de la categoría Protección Social/condicionales laborales. Para nuestros fines, la protección social se define como aquellas políticas orientadas a mejorar la calidad de vida en términos del derecho a la salud, pensión y trabajo⁷. En cuanto a las condicionales laborales (o de trabajo), se entiende por todas aquellas situaciones que se dan en la relación empleador – trabajador y que pueden incluir tipo de contratación, horarios y tiempos de trabajo, periodos de descanso, remuneración y lugar de trabajo⁸.

La categoría Protección Social/condicionales laborales está compuesta por las siguientes subcategorías: tipo de contratación, ingresos, estabilidad laboral, carga laboral, tiempos de descanso, exposición a riesgos y dinámicas generacionales.

6.2 Condiciones laborales

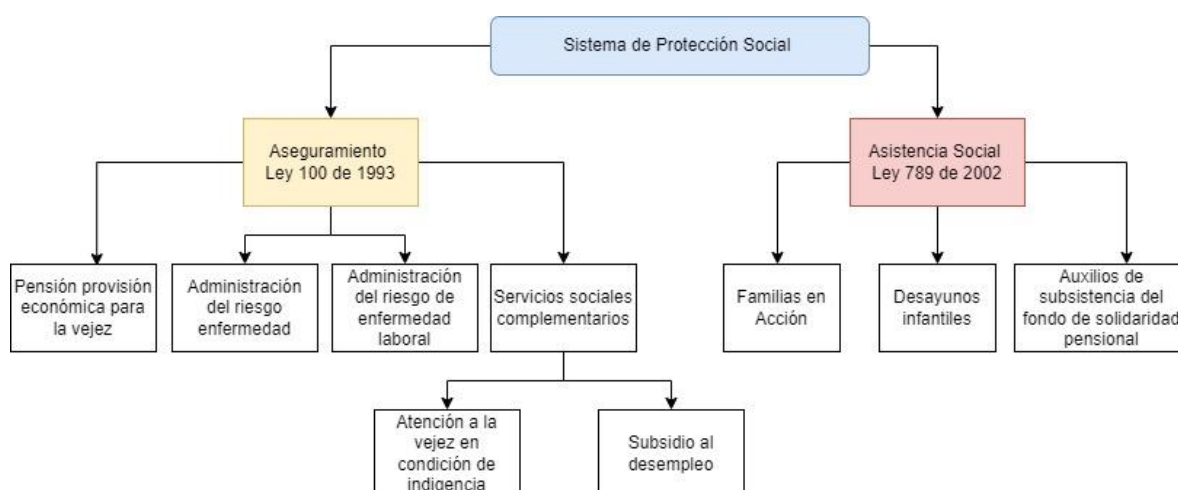
Hacia la década de los noventa, la mayoría de los países de América Latina, con excepción de Costa Rica y Cuba, implementaron varios modelos que construyeron las bases de un sistema de protección social. Estos modelos nacieron como iniciativa para afrontar el fenómeno de la pobreza y disminuir no solo las cifras de desigualdad sino el impacto social, político y económico que genera en la sociedad. Un primer enfoque es el propuesto por el Banco Mundial: sistemas de protección social, estos sistemas se fundamentan en “el manejo social del riesgo encaminado a la prevención, reducción, mitigación y superación del riesgo en grupos poblaciones vulnerables” (Mejía Ortega & Franco Giraldo, 2007, pág. 471).

El sistema de protección social tiene como objetivo fundamental “*garantizar un ingreso que permita mantener niveles mínimos de calidad de vida; posibilitar el acceso a servicios sociales y de promoción y procurar la universalización del trabajo decente*” (Velásquez, 2016, pág. 11). Esto incluye la protección de la salud de los trabajadores y provisión de pensiones adecuadas (Cecchini & Martínez, 2011), tal como se presenta en la ilustración 7.

7 Artículo 1, Ley 789 de 2002.

8 (OIT, Organización Internacional del trabajo, 2002)

Ilustración 7. Sistemas de protección social en Colombia



Fuente. (Congreso de la República, 2022)

Sobre este modelo de protección social se han referido diversas críticas. Autores como Jairo Núñez sostienen que “los programas de protección social mantienen una estructura económica improductiva, con altos niveles de pobreza” (Núñez, 2010, pág. 65). Este mismo punto es referido por diversas personas entrevistadas, al sostener que el modelo económico y su estructura de organización no facilitan, ni permiten mejorar las condiciones económicas de las poblaciones, especialmente de los trabajadores; así como, impiden la instauración de un trabajo decente que no garantizan el acceso a mecanismos de protección social.

A continuación, se describen las subcategorías de análisis con los respectivos hallazgos encontrados en las entrevistas.

6.2.1 Tipo de contratación

Según la Política Nacional de Talento Humano en Enfermería (CTNE, 2020) y las narraciones recopiladas en las entrevistas, los contratos por órdenes de prestación de servicios son la modalidad de contratación predominante en el personal de enfermería. Si bien no existe una definición unitaria sobre este tipo de contrato en Colombia, las condiciones para celebrarlo inicialmente estaban supeditadas al régimen jurídico de contratación estatal.

Estos contratos se caracterizan por: a) naturaleza típica, es decir, “sólo podrán celebrarse con personas naturales cuando dichas actividades no puedan realizarse con

*personal de planta o requieran conocimientos especializados*⁹; b) es un contrato excepcional, para el desarrollo de actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad, otorgadas a personas naturales cuando no haya un cargo de planta que dentro de su manual de funciones se encuentre la realización de las labores para las cuales fue contratada; c) el contrato es temporal, es decir por un periodo de tiempo estrictamente indispensable. Si la actividad que desempeña el contratista se torna permanente y ordinaria, se debe crear el empleo de planta.

Así mismo, la celebración de estos contratos no genera un vínculo laboral, ni prestaciones laborales entre el empleador y el contratista, lo que significa que la persona contratada goza de total autonomía para el desempeño de las actividades para las cuales fue contratada. Sin embargo, el personal de enfermería se encuentra bajo una situación de “subordinación¹⁰ y dependencia” frente al empleador, dado que, debe cumplir un horario determinado y portar un uniforme que lo identifica a la entidad. Esta situación hace que la condición del trabajador pueda interpretarse como un contrato de trabajo y no como una relación de prestación de servicios. Los relatos confirman esta situación de subordinación.

“es una situación de mucha precariedad, en el cual lo que más predomina es la contratación por terceros, esos terceros significan a través de cooperativas de trabajo asociado en ¿Y cómo se llaman S.A.S, intermediarias? Esas, bolsas de empleo y la contratación por OPS, órdenes de prestación del servicio por parte del Estado”. Entrevistada N°2.

“Porque realmente pues el personal de enfermería cumple horarios, cumple obligaciones, cumple ciertas cosas que no irían dentro de ese tipo de contrato. Pues si es una prestación de servicio, yo voy a la hora que quiera y te cumplo con lo que hay que cumplir. Pero no, no funciona así”. Entrevistada N°8.

“es muy raro que tú veas una empresa que contrate personal de salud a nivel general que el contrato sea indefinido y con prestaciones en este caso definido, tú pagas tu seguridad, tú pagas todos los, todo lo que tiene que ver con prestaciones sociales y adicional, pues no tienes seguro nada, se acaba tu contrato”. Entrevistada N°10.

9 Artículo 32 de la Ley 80 de 1993.

10 Sentencia T-338/20: El estado de subordinación corresponde a la situación de quien se encuentra sujeto al “acatamiento y sometimiento a órdenes proferidas por quienes, debido a sus calidades, tienen la competencia para impartirlas” y alude a la existencia de una relación jurídica de dependencia que tiene su origen en “la obligatoriedad de un orden jurídico o social determinado”.

Al respecto, la Corte constitucional establece la sentencia C-614 de 2009, donde se prohíbe la celebración de contratos de prestación de servicios con funciones de carácter permanente¹¹; es decir, servicios esenciales como las funciones que cumple el personal de enfermería. Para el caso particular de entidades estatales, la sentencia C-171 de 2012 refiere la creación de los empleos o cargos públicos correspondientes. Siendo, así las cosas, los contratos de prestación de servicios no podrían ser establecidos para el personal de enfermería, en concordancia con el artículo 103 de la Ley 1438 de 2011¹² y siguiendo las Recomendaciones 157 de 1977¹³ y 198 de 2006¹⁴ referidas por la Organización Internacional del Trabajo.

A partir de la implementación de la Ley 100 de 1993, el rol y ejercicio profesional/ocupacional del personal de enfermería cambio, generando una serie de condiciones laborales desfavorables para el talento humano que aún persisten, tales como, desigualdad y precariedad salarial; asignación de responsabilidades que no se ajustan al perfil profesional/ocupacional; intermediación y tercerización laboral para la contratación de talento humano en salud; aumento de la jornada laboral y disminución de las garantías para la realización de la función que se traducen en la limitación y riesgo de la praxis profesional (Minsalud, 2022).

Precisamente un informe del Consejo Internacional de Enfermeras - CIE relacionado con la reglamentación de la enfermería, propone que, para obtener resultados de calidad en el proceso de atención de los pacientes, se debe garantizar y brindar al personal de enfermería modelos de contratación que le asegure su bienestar y desarrollo profesional (CIE, 2022).

Se puede señalar que entre los aspectos que caracterizan un modelo de protección social, la relación trabajo y tipos de contratación son definitivas para estructurar la base de la protección en la población trabajadora. En primera medida, hay que reconocer que las condiciones de contratación deben garantizar un trabajo decente, entendido este,

11 Artículo 2, Decreto Ley 3074 de 1968: Para el ejercicio de funciones de carácter permanente se crearán los empleos correspondientes, y en ningún caso, podrán celebrarse contratos de prestación de servicios para el desempeño de tales funciones.

12 Artículo 103. Contratación del personal misional permanente. El personal misional permanente de las Instituciones públicas Prestadoras de Salud no podrá estar vinculado mediante la modalidad de cooperativas de trabajo asociado que hagan intermediación laboral, o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes.

13

https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312495

14 https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:55:0::NO::P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:REC,es,R198,%2FDocument

como “un trabajo adecuadamente remunerado y ejercido en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana” (Cecchini, 2019, pág. 123).

En tal sentido, en el ámbito internacional, organismos de colaboración multilateral como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), ha constituido diversos convenios que buscan favorecer a las poblaciones trabajadoras, especialmente en etapas donde son más vulnerables como la vejez. Algunos de los convenios establecidos son:

- » Convenio C102 de 1952 sobre la *Seguridad Social*¹⁵.
- » Convenio 128 de 1967 sobre prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes¹⁶.
- » Convenio 35 de 1933, nombrado como “el convenio sobre seguro de vejez”¹⁷.
- » Conferencia Internacional del Trabajo 87ª reunión, junio de 1999¹⁸, Ginebra, donde se hace un llamado a los países miembros para promover oportunidades laborales mediante el trabajo decente y productivo.

En el ámbito nacional, en materia de seguridad social, el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia establece lo siguiente:

“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley”.

En aras de dar cumplimiento a este artículo, se expidió la Ley 100 de 1993, estableciendo la seguridad social desde sus pilares de salud, pensiones, riesgos laborales, subsidio familiar y servicios sociales. Sumado a esto, y como un mecanismo de protección a la vejez, se establece el piso de protección social¹⁹, dirigido a todas aquellas personas que tengan relación contractual laboral o por prestación de servicios, por tiempo parcial y que reciban ingresos menores a un salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV).

15 https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C102

16 https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C128

17 https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C035

18 <https://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc87/rep-i.htm>

19 Artículo 193 de la Ley 1955 de 2019

No obstante, esta figura del piso de protección social se pensó inicialmente como un mecanismo de acceso a las poblaciones más vulnerables y sin capacidad de pago, tales como, campesinos o trabajadores informales, donde su actividad laboral claramente pone en riesgo su salud y no cuenta con un seguro que los ampare frente a enfermedad o un derecho a pensión.

Un aspecto para considerar del piso de protección social es su aplicabilidad en el sector de la salud. Al respecto, para la mayoría de las personas participantes, en lugar de favorecer las condiciones laborales de estos perfiles, fomentaría la constitución de contratos por debajo del SMMLV.

“no estamos de acuerdo con los BEPS, ni estamos de acuerdo con que el profesional de enfermería vaya a ser tratado con BEPS. No, hay que tener un trabajo donde uno aporte a la Seguridad Social, pero que tenga una retribución en pensiones, más adelante, en riesgos profesionales en todo, o sea, que sea como, como de verdad reconocido”. Entrevistada N°1.

“Cuando uno habla del piso uno debería decir, cojamos los estándares más altos y ese sería el piso, como uno dice, establezcamos un salario y el mínimo vital de los profesionales de enfermería ¿Cuál es el mínimo vital? Nosotros lo hemos caracterizado en \$3,600.00, ese es nuestro piso y a partir de ahí, todo lo que usted quiera”. Entrevistada N°2.

“Yo creo que, a todos, no solo al gremio, sino. Porque yo creo que es seguir permitiendo esa misma inequidad. Sí. Esa misma inequidad en la protección social a la que el Estado debe ser un garante. Pero yo si creería que ahí se perjudicaría muchísimo la labor. Pues estamos dados también para contribuir, sí, no para depender tanto de este sistema”. Entrevistada N°6.

“Pues no, porque sería para personas inferiores al salario mínimo y en enfermería no debería haber nadie por debajo del salario mínimo”. Entrevistada N°7

un trabajo bien desgastante no solo a nivel físico, sino a nivel emocional y pues unas garantías como estas de Piso de protección social no van a dar garantía a eso que se está realmente trabajando”. Entrevistada N°8.

“por qué tiene que pasar eso para que la gente pueda o los empleadores pueden llegar a generar unos buenos empleos, unos buenos salarios porque tiene que esperar a que auxiliar gane quinientos mil pesos”. Entrevistada N°10.

6.2.2 Ingresos

Teniendo en cuenta los registros de la Planilla Integrada de Aportes – PILA, para el año 2018 (CTNE, 2020), datos que aún persisten según los testimonios, el salario base de cotización promedio para un profesional de enfermería es \$2.683.410 y para el auxiliar de enfermería \$1.191.604. Estos ingresos pueden variar según la ciudad, ámbito privado o público, nivel de complejidad, sector productivo y años de experiencia profesional.

“el personal si se encuentra muy duro porque también hay figuras en que le dicen listo, usted gana, le vamos a pagar \$3,500,000 pero se lo vamos a pagar en bonos para qué eche la gasolina al carro, para que haga el mercado en tal parte, tales almacenes, tal otro y el salario suyo con el que cotiza”. Entrevistada N°1.

“en Colombia hay un grave problema, la gente como está, con todo este problema que tenemos de no contratación digna y decente, no reconocimiento de la formación posgradual y fuera eso un salario que no corresponde. Nosotros tenemos enfermeras que están ganando \$ 1.200.000, sobre todo en la costa. En Barranquilla, en el Atlántico es donde menos les pagan. Nosotros teníamos enfermeras de \$800,000 pesos con bonificaciones, diga usted \$ 400,000, \$800.000 más \$400.000, más \$200.000 de yo no sé qué. Pero el básico eran \$800.000. Eso se llama ilusión porque usted, todo lo que son sus prestaciones y todo se los dan con \$ 800,000 pesos y los bonos no cuentan”. Entrevistada N°2.

“A nivel salarial también, pues digamos uno ve diferencias en donde digamos cuando tú tienes contrato fijo, pues digamos en el salario está, digamos, entre dos salarios mínimos legales vigentes y como tres, y pues básicamente cuando está por orden de prestación de servicios te suben un poquito más el valor, pero pues realmente es claro que ahí uno, tiene que asumir el tema del pago de las prestaciones sociales”. Entrevistada N°5.

“por mis compañeros sé que están ganando menos de lo que es un salario mínimo. Pero pues no sería la idea”. Entrevistada N°10.

Por otra parte, es importante aclarar que desde el artículo 21, numeral 9 de la Ley 266 de 1996 se define la responsabilidad del Consejo Técnico Nacional de Enfermería en “establecer criterios para asegurar condiciones laborales adecuadas, bienestar y seguridad en el ejercicio profesional”, dentro de lo que se incluye el escalafón salarial profesional.

Así mismo, cuando el trabajador cuenta con uno o varios contratos de prestación de servicios, *“debe estar afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales por la totalidad de los contratos suscritos, en una misma Administradora de Riesgos Laborales”*²⁰; lo que ocasiona una disminución en sus ingresos al asumir la totalidad de la carga prestacional en cuanto a riesgos laborales.

Mientras en las instituciones privadas colombianas las condiciones de contratación incluyen mejores salarios, posibilidad de ascenso, estabilidad laboral, cubrimiento total de las prestaciones sociales y contrato a término indefinido (Zapata-Herrera & Zapata-Gómez, 2015), en las instituciones públicas las condiciones de pago se realizan en su mayoría mediante la modalidad de contratación por orden de prestación de servicios, OPS, cuya remuneración es más baja y se presentan retrasos en los pagos.

“Mire, es muy grave que los contratos que ya son el 75% de enfermeras que estén contratadas por OPS, se les toque un salario de dos millones, pero de ahí tienen que pagar su Seguridad Social completa. Sí. El sueldo les viene quedando en \$1.400.000, un poquito menos porque tienen que pagar de ahí toda su seguridad social”. Entrevistada N°1.

“Una enfermera cuando se gradúa debe ubicarse en dos o en tres sitios de trabajo para poder tener un salario acorde al desempeño que realiza y al nivel de compromiso que tiene obviamente con el cuidado de la vida”. Entrevistada N°4.

Al respecto, el Consejo Técnico Nacional de Enfermería hizo un llamado a las autoridades gubernamentales para denunciar las condiciones laborales y de contratación de los profesionales de enfermería, puesto que, la remuneración recibida se encuentra por debajo del promedio de muchas profesiones del sector salud (Cortes, Ramírez, Restrepo, & Vargas, 2010). Estas condiciones aún persisten, siendo más precarias en las zonas más apartadas del país, donde las oportunidades laborales son muy limitadas y sin ningún tipo de regulación por parte de las autoridades (CTNE, 2020).

“yo, digamos, especializada, ya magister, trabajaba en un municipio de Cundinamarca y allá yo ganaba \$2,000.000. Sí era la coordinadora de salud pública. Eh, Por tal motivo no me alcanzaba”. Entrevistada N°6.

“las personas que tenemos el contrato y que somos asalariados no tenemos tanto problema, pero las personas que tienen un contrato por prestación de

²⁰ Artículo 9 del Decreto 723 de 2013.

servicios, pues sí les toca pagar a ellos todas sus prestaciones y eso sí me parece problemático, además, porque los salarios no son competitivos”.

Entrevistada N°7.

“es muy complejo porque digamos si son pocos los turnos y uno está ganando menos de un salario mínimo, porque de ahí le toca a uno aportar a la EPS, ARL, lógicamente, pues el sueldo es bastante poco. Y pues las necesidades son mucho”. Entrevistada N°11.

6.2.3 Estabilidad laboral

Como se describió en la subcategoría *Tipo de contratación*, la modalidad de contratos de prestación de servicios suele prevalecer en la contratación del personal de enfermería. Esta situación dificulta la permanencia o continuidad del personal en sus lugares de trabajo, pues al no existir condiciones justas y adecuadas para el desempeño de su función, o un trabajo decente, la rotación de personal continuará aumentando (Minsalud, 2018).

Al no existir una política de retención del talento humano y persistir condiciones laborales no favorables para su personal, las propuestas de reclutamiento para trabajo en otros países de habla inglesa o alemana se vuelven muy atractivas para el personal de enfermería. Precisamente la precariedad de la contratación laboral, bajas remuneraciones, inestabilidad laboral y exposición a riesgos hacen que el personal de enfermería opte por una salida que le garantice su bienestar laboral, personal y familiar.

“También se están yendo muchísimos, y eso lo vemos, pues con datos. Yo creo que se puede estar mostrándoles, a ustedes también, de que el personal de enfermería se está yendo del país. 800 personas, 800 enfermeras pidieron a la organización colegial sus, lo que hay que hacer para la convalidación de título, y nosotros como ANEC completamos. Prácticamente las 1000 y pico de enfermeras en el último mes de este año”. Entrevistada N°1.

“desafortunadamente las condiciones laborales del país, no solamente las condiciones laborales, sino todo el panorama que tiene nuestro país, hace muchas veces que uno piense en irse, buscando posibilidades de crecer. Y lo que a veces sentimos acá a nivel del gremio es que nos reconozcan como la labor que se hace todo el tiempo”. Entrevistada N°5.

Al respecto, el Consejo Internacional de Enfermeras - CIE respeta la decisión de los profesionales para buscar mejores opciones de desarrollo profesional (CIE, 2022). No obstante, esa *fuga de cerebros* o migración de profesionales de enfermería altamente

calificados se ha incrementado en los últimos años y pone en riesgo la prestación de los servicios de salud en Colombia. Algunos de los motivos para migrar no solamente se enmarcan en los ingresos adicionales que ofrece el país receptor; también se suma las condiciones laborales deficientes, pobreza, conflicto armado, pocas oportunidades de ascenso y desarrollo profesional (Shalala, y otros, 2011). Algunos testimonios expresados por las entrevistadas son:

“la gente se está yendo para Alemania, y entonces yo tengo que firmar aquí, porque a mí me piden las certificaciones y los países cuando piden certificaciones es porque la gente quiere hacer su propio trámite por allá, y no va a ir al mercado formal de ese país. Cuando hay formatos de homologación que es diferente, es que ese país me pide a mí, por favor, certifíqueme mediante este formato que esta señora si estudio allá y se registró. En cambio, con las certificaciones no. Entonces la gente se ha querido ir y ha dicho no, nosotros nos vamos para Alemania”. Entrevistada N°2.

“Altísima, altísima. En las universidades los trámites de homologación son, yo hice trámites de homologación en la Universidad hace unos años y si se hacían trámites con cierta frecuencia, pero es que en este momento en las solicitudes son altísimas y a las organizaciones nacionales estaban haciendo solicitudes casi 600 solicitudes”. Entrevistada N°3.

“yo sí creo que hay mucho personal que está buscando nuevas oportunidades afuera, básicamente porque las condiciones de nuestro sistema de salud no son las mejores y hacen que el trabajo sea un poco más, más difícil”. Entrevistada N°5.

“pues definitivamente esa es otra posibilidad, muchos países y durante la pandemia se amplió esa posibilidad. Había muchas facilidades y muchas personas lograron irse del país con estos beneficios, precisamente porque en la pandemia ya no había perfil personal ni profesional ni auxiliar de enfermería en muchos otros países ¿No? Y hubo facilidades para esto”. Entrevistada N°7.

Esta situación de migración aumenta la brecha en la densidad del personal de enfermería por cada 10.000 habitantes, así como, imposibilidad de alcanzar mejores estándares de calidad en la atención hospitalaria y comunitaria, representados en costos sociales y sanitarios (Freeman, Baumann, Blythe, Fisher, & Akhtar-Danesh, 2012).

Otro asunto para tener en cuenta y que es relevante para la presente consultoría es lo relacionado con la vinculación de personal de enfermería joven o sin experiencia en

instituciones de salud con carácter público (Zapata-Herrera & Zapata-Gómez, 2015). Esto hace que la estabilidad laboral sea mínima, dificultando la permanencia en la institución y, por ende, desmejorando los procesos de atención al paciente y su familia. No hay que olvidar diversos estudios que demuestran la existencia de mayores niveles de satisfacción en el personal de salud cuando existen contratos a término indefinido o asignación de planta, para el caso de las entidades públicas; lo que se traduce en un mejoramiento del clima laboral y desempeño profesional (Herrera-Amaya & Manrique-Abril, 2008), (Uribe-Rodríguez, Garrido-Pinzón, & Rodríguez, 2011).

El convenio 149 de la OIT²¹, en concordancia con la recomendación 157 de 1977 expedida por la misma entidad, hace referencia al empleo y a las condiciones de trabajo y de vida del personal de enfermería, reconociendo la posibilidad de incluir perspectivas de carrera y una remuneración digna, capaz de atraer y retener al personal de enfermería. Esto no se evidencia en los relatos de las personas entrevistadas:

“Unas condiciones también precarias, ¿cierto?, una precarización laboral, bajos salarios, una sobrecarga laboral grande, una excesiva rotación de nuestro personal debido a ese tipo de contratos. Nuestras enfermeras y auxiliares cada tres meses están buscando en instituciones en donde voy a trabajar. Entonces eso es una alta rotación, no sé, esto, pues ha generado una escasez del personal de enfermería”. Entrevistada N°1.

“Es muy alta, muy alta, no hay adherencia, no hay adherencia. Los profesionales que egresan e ingresan a trabajar en un sitio, a veces, duran un mes, 2 meses y ya rotan, y se van a otro lado porque de pronto en ese otro sitio están pagando \$100.000 o \$200.00 pesos más y será por eso, o sea, no hay adherencia al sitio de trabajo”. Entrevistada N°4.

“hay algo que se mantiene y es esa rotación tan alta del profesional”.

Entrevistada N°6.

“A pesar de que somos tercerizados, nos permiten continuar por mucho tiempo si lo queremos en el Hospital, no es como... tan se acabó su tiempo ya, Chao, no”. Entrevistada N°9.

21 Artículo 2, numeral b.

6.2.4 Carga laboral

Según las cifras del Ministerio de Salud y Protección Social, en Colombia hay 6 profesionales de enfermería por 100.000 habitantes²². En los servicios de hospitalización de todos los niveles de complejidad y áreas especializadas, especialmente en instituciones del sector público colombiano, es frecuente encontrar una ratio enfermera-paciente extremadamente alta (Fernández & Vargas, 2009), (Barco & Sierra, 2020) en comparación con otros países de la región y del mundo (Bermúdez, Ceballos, Rangel, Zúñiga, & Torres, 2012), (American Nurses Association, 2015), lo cual produce sobre carga laboral importante y pone en riesgo la seguridad de los pacientes hospitalizados en esos servicios (Navas-Torres, y otros, 2014). Se ha demostrado que al incrementar en un 0,1% la ratio enfermera/paciente, se aumenta la aparición de eventos adversos en un 28% (Niculcar & Rico, 2018).

“Hay clínicas privadas que lo tienen como muy claro y estas instituciones privadas también se han organizado las enfermeras para mirar los problemas que hay en la atención. De los pacientes y se ha logrado en algunas instituciones que tengan cuatro, por ejemplo, pacientes en unidad de cuidados intensivos por enfermera, eh, pero eso es en algunos turnos, pero en la mayoría son siete pacientes de cuidados intensivos por enfermera”. Entrevistada N°1.

“el número de pacientes que se asigna a cada profesional varía muchísimo, no hay un estándar, teniendo en cuenta que, a nivel del mundo, dependiendo del área del cuidado, es un área de cuidado crítico y la ratio pues obviamente disminuye el número de pacientes, incluso de enfermedades que tienen enfermera con un paciente dentro, aquí en Colombia y nacida de contención, las enfermeras tienen cuatro o seis pacientes asignados”. Entrevistada N°4.

“se supone que por pisos son cuatro profesionales y cuando están los cuatro profesionales, más o menos su número de pacientes están como 16 pacientes. Cuando llegaba, si faltaba un profesional. Si de esos cuatro se incrementó, presentaban, es decir, 16, podrían pasar a 20 a 25 paciente”. Entrevistada N°5.

Ahora bien, el artículo 7 de la Ley 911 de 2004 refiere que el cuidado de enfermería estará sujeto al número de personas asignadas para ser cuidadas por el profesional, con el fin de cumplir con los estándares de calidad y oportunidad del cuidado. Bajo esta

²² Consulta en el Cubo de Información RETHUS – Minsalud, 12 de agosto de 2019.

medida, al aumentar la carga de trabajo para el personal de enfermería, no solamente en el número de horas a laborar sino en la relación de números de personas sujeto de cuidado, se pondrá en riesgo la práctica profesional y ocupacional.

“era un número absurdo realmente tener un servicio con cuarenta pacientes no daba una garantía de un cuidado de calidad y no se garantiza el cuidado, se agota uno como profesional, no hay un seguimiento a los planes establecidos”. Entrevistada N°8.

“no estamos dando una atención integral al paciente como lo requiere por la cantidad de pacientes que tenemos a diario”. Entrevistada N°9.

Por su parte, las excesivas y extenuantes cargas laborales que padece el personal de enfermería pone en riesgo los periodos de descanso y de esparcimiento del personal con su familia (Melgarejo & Ballén, 2010), al mismo tiempo, un alto riesgo psicosocial por las altas demandas emocionales y ritmo de trabajo, que puede afectar negativamente la salud física y mental (Vásquez, Ramírez, & Bello, 2019).

“Hubo mucha gente que renunció y perdió su puesto de trabajo, pues porque sentían que no tenían la capacidad para continuar, que se vieron muy afectadas. Igualmente, las familias se vieron afectadas y un salario menos, y si eran cabeza familia muy complicado, bastante complicado. Fue muy difícil para para el personal de enfermería”. Entrevistada N°4.

“el temor, pues nosotros somos quienes estamos ahí constantemente, el temor de ir y contagiar a los familiares, de tener uno que aislarse, de no compartir con sus seres queridos porque muchos viven con adultos mayores y pues tú trabajas con los que están positivísimos, pues obviamente digamos afectaba muchísimo más y pues ese aislamiento más la sobrecarga”. Entrevistada N°8.

“Muchas veces le toca a uno trabajar 24 horas de largo y digamos, por ejemplo, allá donde estábamos ni siquiera se trabaja 24 x 24, si no, si tocaba trabajar toda la semana de chorro, así estuvieras trasnochaba, si hubieras pasado de largo, igual te tocaba ir a cubrir el turno donde te dijeran”. Entrevistada N°11.

6.25 Tiempos de descanso

El artículo 6 del convenio 149 de 1997 de la OIT refiere unas condiciones mínimas de descanso, en términos de horas de trabajo, descanso semanal, vacaciones anuales pagadas, licencias de educación, maternidad enfermedad y seguridad social.

“No hay, no hay tiempo de descanso. Es tal la sobrecarga laboral, que las pausas activas, no hay tiempos de hacer, pausas activas, los horarios superan las horas de contratación; sabemos que, de manera ilegal, por ejemplo, se programan capacitaciones fuera de los horarios laborales y que fuera de la jornada laboral tienen que reponer el tiempo de entrega de turno, por ejemplo, estoy haciendo referencia al área clínica”. Entrevistada N°3.

“la enfermera no tiene calidad de vida, no descansa, no tiene períodos a veces de vacaciones, incluso se suprimen las vacaciones porque la enfermera tiene que trabajar en vacaciones en otra parte para poder hacer cómo conseguir el sustento para la familia. Es insuficiente, es deficiente en todos los sentidos, no hay apoyo de ningún tipo”. Entrevistada N°4.

“Pienso que es muy poco. Sí que son honorarios muy extensos y que hacen que la persona se canse mucho física y mentalmente”. Entrevistada N°9.

“Las enfermeras que trabajan el área la salud pública si ellas quieren descansar, pues no les pagan. Es la parte con la que no estoy de acuerdo; si uno necesita descansos porque físicamente, mentalmente necesita otra vez recargarse en algún momento vacaciones. Pues si tú puedes salir a vacaciones, pero no son vacaciones pagas, pues no te pagamos punto”. Entrevistada N°10.

Otro aspecto para tener en cuenta corresponde a los ritmos de trabajo del personal de enfermería, especialmente el personal que trabaja en el turno nocturno, puesto que, la acumulación de cansancio e insomnio desencadena alteraciones del ritmo circadiano que afectan notoriamente la calidad y patrón del sueño, así como, la salud física, mental y emocional (Vásquez, Ramírez, & Bello, 2019).

“sí hay un tiempo para que esté reglamentado alrededor de 10 a 15 minutos en cada turno de 6 horas para tomar algo, en la noche no tenemos reglamentado el descanso, digamos que está prohibido el descanso, ósea, nosotros no tenemos descanso en el turno de la noche para el personal de enfermería, el personal labora 12 horas, punto cinco, una noche y la otra noche descansa”. Entrevistada N°7.

6.2.6 Exposición a riesgos

La exposición a riesgos laborales en el personal de enfermería se derivan del cumplimiento de las actividades laborales que realiza y se encuentra expuesto a, riesgos físicos (niveles de luz, radiación, temperatura elevada), riesgos biológicos (contacto con hemoderivados o bacterias, virus, hongos), riesgos químicos (inhalación de sustancias nocivas), riesgos ergonómicos (levantamiento de objetos pesados, ergonomía inadecuada, falta de descanso) y riesgos psicosociales (relacionados con el estrés) (Pantoja-Rodríguez, Vera-Gutiérrez, & Avilés-Flor, 2017).

Según un estudio relacionado con la exposición a riesgos laborales durante el periodo de pandemia, uno de cada cuatro trabajadores de la salud estaba sufriendo algún trastorno psicológico (depresión y ansiedad), así como, una persona de cada tres sufría de insomnio (Pappa, y otros, 2020).

“se encontró que la salud mental de los trabajadores que tienen contacto con pacientes con COVID incrementa el riesgo de tener problemas en salud mental en un 47%. Trabajar sin protección individual en un 25% y sus protocolos en un 29%”. Entrevistada N°1.

“Los diagnósticos por COVID 19 entre el grupo de Salud generó afectación de la salud mental del mismo, lo que repercute en la prestación del servicio”. Entrevistada N°3.

El profesional de enfermería demuestra sus competencias cuando tiene la posibilidad de aplicar de forma efectiva y segura el cuidado de enfermería, mediante una combinación de habilidades, conocimientos y juicio clínico que le permitan cumplir con su función diaria (Soto-Fuentes, Reynaldos-Grandón, Martínez-Santana, & Jerez-Yáñez, 2014).

Así mismo, la Ley 266 de 1996 en el artículo 21, numeral 6 refiere:

“Contar con los recursos humanos y materiales necesarios y adecuados para cumplir con sus funciones de manera segura y eficaz, que le permitan atender dignamente a quien recibe sus servicios”.

Sin embargo, varios de los testimonios refieren que el personal de enfermería no tiene garantizadas las condiciones para un trabajo seguro.

“lo que el personal de salud debería tener una protección más integral, digamos que estamos medidos con la misma vara de todo profesional que hay en Colombia, sí, pero aquí nosotros tenemos unos riesgos más altos”. Entrevistada N°6.

“en cuanto a las personas que laboramos en el ámbito de enfermería, sí, sí, pienso que está un poquito precaria la situación, primero porque hay mucha, falta en cuanto a los recursos para para nosotros, para prestar los servicios, digamos, no nos tienen con ARL, no nos tienen con nada eso porque nos toca sacar de nuestro bolsillo”. Entrevistada N°11.

De acuerdo con el informe de “Salud y seguridad laboral de las enfermeras” publicado por la (CIE, 2022), el profesional de enfermería tiene derecho a un entorno laboral seguro, donde los riesgos se minimicen al máximo y se incluyan valoraciones periódicas de salud en el trabajo. Además de la posibilidad de acceder a equipos de protección personal (EPP), dotación de elementos que faciliten la función y cubrimiento total por parte de la aseguradora en caso de accidente o enfermedad laboral. Lamentablemente el personal de enfermería que labora por contrato de prestación de servicios no tiene esa garantía de cubrimiento y muchas veces tiene que asumir ese gasto de su bolsillo, como se presenta a continuación:

“Desafortunadamente ese ese tema es un tema de trámites. ¿Sí?, entonces es la valoración inicial con una valoración y hay como digamos, una ruta que ellos tienen que seguir. Sin embargo, muchas veces yo creo que ellos han tenido que resolver por sí mismos el tema, porque es muy demorado. Y para que, desafortunadamente ellos visibilicen un resultado, es cuestión de tiempo, y si hay un tema, por ejemplo, que les demanda una atención prioritaria, claramente ellos tienen que entrar en gastos y asumirlo de manera personal”. Entrevistada N°5.

“Sí entonces siento que esa parte también está un poquito como allá olvidado porque piensan que no, de pronto nosotros no nos enfermamos o no tenemos derecho a enfermarnos, entonces, si nos enfermamos ya no servimos”. Entrevistada N°9.

Cuando el trabajador sufre algún accidente o padece de alguna enfermedad laboral, el Sistema General de Riesgos Laborales -SGRL ²³ define una serie de medidas que están dirigidas a la protección del trabajador, conocidas como prestaciones asistenciales:

- » Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica.
- » Servicios de hospitalización.
- » Servicio odontológico.
- » Suministro de medicamentos.
- » Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- » Prótesis y ortesis, su reparación, y su reposición solo en casos de deterioro desadaptación, cuando a criterio de rehabilitación se recomienda.
- » Rehabilitación física y profesional.
- » Gastos de traslado, en condiciones normales, que sean necesarios para la prestación de estos servicios.

El mismo SGRL establece una serie de prestaciones económicas a las que tiene derecho todo trabajador:

- » Subsidio por incapacidad temporal.
- » Indemnización por incapacidad permanente parcial.
- » Pensión de invalidez
- » Pensión de sobrevivientes
- » Auxilio funerario

No obstante, los testimonios refieren que estos beneficios y prestaciones económicas son difíciles de obtener, sobre todo en la modalidad de contrato por prestación de servicios:

“Lo que pasa es que la hay, tocaba presionar mucho la ARL no, pero se le va a uno en demandas y en solicitudes, porque ellos tienen la obligación de, así sea uno independiente, puede cubrir con todos esos gastos”. Entrevistada N°6.

El personal de enfermería no solamente está sufriendo una insatisfacción laboral por la exposición permanente a riesgos y modalidad de contratación (CIE, 2022); también

23 Ley 1562 de 2012.

sufre de un agotamiento emocional, estrés y deterioro de la calidad de vida cuando establece un contrato de prestación de servicios por la amenaza constante de la pérdida de dicho contrato (Verdugo & Bocanegra, 2013), (Franco-Miranda, Quiroz-González, & Castaño-González, 2020).

“Algunas personas con OPS les suspendieron los contratos, por ejemplo, que tenían orden de prestación de servicios en consulta externa, en salud pública o en otros servicios diferentes a unidades de cuidados intensivos y servicio de urgencias, le suspendieron los contratos y con ocasión del COVID”. Entrevistada N°3.

Esta situación de errores en la práctica profesional se puede contrarrestar mediante la promoción de la seguridad del paciente y la prevención de complicaciones de forma permanente y continua (Bleazard, 2019).

Los riesgos laborales que están asociados a factores psicológicos muchas veces no se tienen en cuenta por las condiciones de su diagnóstico. No obstante, a raíz de la pandemia, el personal de enfermería se enfrentó a una sobrecarga laboral por el volumen de pacientes asignados para el cuidado; así como, a una presión derivada de los ingresos salariales y exposición a riesgos de tipo biológico (contacto con el virus), situación que debe ser abordada de manera prioritaria (Minsalud, 2022).

“Bastante, digamos que nosotros somos quienes estamos al frente de todo, entonces pues el riesgo a nivel respiratorio, más los otros riesgos asociados, a nivel psicosocial también la cosa fue durísima, el agotamiento mental”. Entrevistada N°8.

“sé excedían las horas laborales, de que bueno, ósea, si las horas serán diez horas diarias que tenías que trabajar, podían pasarse cuatro horas, seis horas más pasando de largo”. Entrevistada N°10.

6.2.7 Dinámicas generacionales

Hasta la década de los noventa, el Estado constituía el principal empleador de personal de enfermería; no obstante, a raíz de los cambios sectoriales, las instituciones privadas comenzaron a ofertar empleos bajo la modalidad de contratos de prestación de servicios, temporales y tercerización generalizada, disminuyendo la cantidad y calidad de las protecciones sociales a las que tenía derecho el trabajador (Velandia, 2011).

Frente a la gestión financiera de los recursos para la carga prestacional, en materia de pensiones, el modelo actual contempla un “contrato entre generaciones en que los económicamente activos aportan sus cotizaciones al sistema para el pago de pensiones de quienes ya están retirados y para la acumulación de un fondo de reserva intertemporal” (Cecchini, 2019, pág. 78).

Existe una preocupación constante entre las personas entrevistadas sobre el sistema pensional y el reconocimiento económico que puedan recibir las futuras generaciones de profesionales y técnicos de enfermería una vez finalice su vida laboral. Como se sabe, la edad mínima para el reconocimiento de la pensión de vejez se encuentra a los 57 años para la mujer y 62 años para el hombre, sumado al hecho de reunir 1.300 semanas de cotización en cualquier momento ²⁴. Las personas entrevistadas sugieren que, bajo las condiciones actuales de contratación, el reconocimiento de dicha pensión de vejez será inalcanzable, o de hacerlo, el dinero percibido será insuficiente para un nivel de vida digno.

“porque entonces sí es un contrato por orden de prestación de servicios, el porcentaje que el personal de enfermería o el personal trabajador tiene que pagar es alto, en relación con el ingreso que tiene entonces, finalmente se ha desmejorado el salario y, por lo tanto, también se desmejora la Seguridad Social en términos de cuanto se cotiza pensiones, cuánto se cotiza. Por ejemplo, si cotizara cesantías, si lo llegara hacer, por ejemplo, entonces, si hay una afectación muy grave internos de la Seguridad Social, ¿Cuándo se van a pensionar las colegas? Y no solo cuando, ¿Con cuánto?, ¿Con cuanto se van a pensionar?”. Entrevistada N°3.

“es como una fantasía realmente, trabajas toda tu vida y sobre todo con los fondos privados en la medida que se va aumentando el ingreso porque trabajas toda tu vida como para tener todo, para que al final te den una pensión de un salario mínimo o de dos salarios mínimos no te van a permitir tener acceso a lo que realmente tú esperas”. Entrevistada N°8.

6.3 Trabajo y género

La profesión de enfermería y la ocupación de auxiliar de enfermería se han caracterizado porque la mayoría de sus integrantes son mujeres. Para el 2019, el 80% de los profesionales de enfermería eran mujeres, cifra similar a la presentada en el nivel

²⁴ Decreto 1833 de 2016, “por medio del cual se compilan las normas del Sistema General de Pensiones”.

técnico de enfermería (88%)²⁵. Tal como lo refiere la Organización Mundial de la Salud, las mujeres representan la fuerza laboral del sector salud, así como las principales prestadoras de cuidados no remunerados, las mujeres se encuentran infrarrepresentadas en los puestos directivos y de toma de decisiones de los sistemas de salud (OMS, 2019).

Cuando las bases ideológicas de género son empleadas por los medios de producción dominantes, a través de una serie de mecanismos sociales y estructurales, las relaciones de producción y de poder se organizan de la manera que generen el mayor provecho posible. Esto refleja la exitosa feminización de la enfermería, sustentada en un discurso sexista bien estructurado y adoptado, que atribuye las características femeninas a la profesión de enfermería. Lo cual se agudiza más cuando a mediados del siglo XIX Florence Nightingale, fundadora de la enfermería moderna, da por sentado la enfermería como una ocupación de mujeres; declarando que cada mujer era enfermera en sus hogares y que, al formarse como tal, estaban haciendo lo que les venía naturalmente como mujeres. (Daniel, Blake, Clarissa, Alicia J, & Andrew, 2020)

Además de la escasez de personal de enfermería en todo el mundo (Patricia, 2015), la enfermería sigue representando el grupo más grande de trabajadores de la salud a nivel mundial (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2019). Una estrategia para abordar esta inminente insuficiencia de mano de obra en salud, además de mejorar las condiciones laborales y de protección social, es fomentar la incorporación de hombres en enfermería (Daniel, Blake, Clarissa, Alicia J, & Andrew, 2020). Sin embargo, es cuestionable si esta estrategia producirá éxito dada la evidencia histórica y sociocultural de larga data sobre las diferencias en condiciones laborales por género (Organización Internacional del Trabajo, 2018).

A continuación, se expresarán los hallazgos evidenciados en las entrevistas, desde una perspectiva femenina contrastada con la literatura, por subcategorías las cuales son: carga laboral y asignación de responsabilidades, ingresos, exposición a riesgos, tiempos de descanso y dinámicas generacionales.

6.3.1 Carga laboral y asignación de responsabilidades

La relación entre la enfermería, el trabajo emocional y el sexo femenino, complica la figura del enfermero masculino, porque la masculinidad se asocia con lo físico o lo

²⁵ Consulta en el Cubo de Información RETHUS – Minsalud, 12 de agosto de 2019.

técnico (Sergio, Maria, Paola, Maria Isabel, & Antonia, 2021). La idea sobre la naturaleza femenina y masculina direccionó la división del trabajo en salud. Los médicos actúan en el campo científico, y las enfermeras, por el contrario, en el campo empírico. Según esta concepción, la formación de las enfermeras no tenía que ver tanto con los conocimientos y saberes adquiridos como con la naturaleza, el comportamiento y las habilidades de ser mujer. La enfermería aparece como una extensión de las tareas familiares y del hogar más que como un trabajo basado en los procesos, competencias y técnicas basadas en el conocimiento y el aprendizaje (Yago Hernán, 2017); lo que parece mantenerse a pesar de los innumerables esfuerzos por profesionalizar la enfermería. Esto se evidencia en la distribución del personal según su género, dependiendo de la carga física de cada servicio lo cual es referido en las entrevistas:

“son más contratados en ciertos servicios, porque pues tienen más fuerza, puede mover mejor los pacientes, entonces casi que podría en ese momento que tú lo preguntas, podría tal vez hacer una afirmación, y es que posiblemente los hombres enfermeros tengan menos desempleo que las mujeres enfermeras”.

Entrevistada N°3.

“A los a los enfermeros que son hombres los ponen servicios que son un poquito más pesados físicamente, es decir, cuando se presenta un enfermero hombre al hospital lo ponen a rotar, principalmente en lo que son UCI y urgencias u ortopedia, que es cuando más se moviliza paciente, en ese aspecto, sí, y en gineco no hay hombres, no ponen hombres nunca, ni en neonatología tampoco”.

Entrevistada N°7.

“los segregan a trabajar con pacientes de, por ejemplo, pacientes de ortopedia, de geriatría hombres y en neurología, donde hay que alzar pacientes, entonces los confinan solamente a ese trabajo”. Entrevistada N° 11.

El modelo social patriarcal implantado, normalizó la idea de que la enfermería debía ser ejercida únicamente por mujeres por su entrega hacia los demás, algo así como que la madre se debe a sus hijos; por ende, la mujer debía ejercer aquellas tareas que representarían una extensión de sus deberes en el hogar, en contraposición de lo que se espera del varón que se dedique a los trabajos que requerían una preparación intelectual (Yago Hernán, 2017). En consecuencia, las mujeres enfermeras deben someterse a una doble jornada de cuidados ya que aparte de trabajar por horario, mínimo 6 horas, en una institución, luego llegan a sus casas y tienen que seguir cuidando a sus familiares, hijos, esposo, personas de la tercera edad o familiares con alguna condición de discapacidad. Por el contrario, los hombres cumplen su turno

laboral pero no tiene que continuar a esa doble jornada, porque el trabajo doméstico incluyendo el cuidado, no se les asigna a ellos, lo que les da más tiempo y capacidad económica para poder estudiar algún postgrado que le permitirá tener mejores cargos y mejores remuneraciones (Restrepo, 2019). Como lo refieren a continuación unas entrevistadas:

“Aquí hay una discriminación, también por ser femenina, en su mayoría. Pienso que también, y eso lo vemos con en toda parte, que hay una discriminación de que es enfermera, es enfermera. En cambio, cuando es un hombre, ahí sí es un enfermero, sí, como que le ponen el título así de enfermero y socialmente es como más reconocido”. Entrevistada N°2

“pasa con enfermería, porque allí hay una mirada de género, creo yo que es este papel que hacíamos, o que se hacían, o que hace uno en la casa, entonces uno de mamá en la casa el recibo, si se rompió el vidrio y si se dañó la estufa, todo lo que todo tiene que estar pendiente de todo eso, pareciera que eso fuera una prolongación en el hospital”. Entrevistada N°8.

En el momento de asignar mayores responsabilidades que no le competen a su quehacer disciplinario, las y los enfermeros se alejan de su propósito profesional que es el cuidado de enfermería, lo que conlleva a un deterioro paulatino de la identidad profesional (Cogollo Milanés & Gómez Bustamante, 2010). Esta situación también se encontraría en contravía de lo expuesto en el artículo 2 del Decreto 1011 de 2006²⁶ (correspondiente a la definición de calidad de la atención en salud) y el artículo 5 de la Ley 911 de 2004²⁷.

“porque nosotros sabemos que en la formación nunca vemos nada, en gerencia nunca vemos nada que tenga que ver con el arreglo de las puertas, la chapa de las llaves, etcétera, y yo no entiendo por qué eso se asigna enfermería y además lo asumimos”. Entrevistada N° 8

“la enfermera mujer es más organizada. Y uno termina dándole a la enfermera mujer, por ejemplo, una responsabilidad administrativa y no al hombre. Sí, pues, al hombre termina uno dándole o dejándolo más bien libre de esa carga. Sí, ósea o los inventarios”. Entrevistada N° 1

²⁶ “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

²⁷ Capítulo II. Condiciones para el ejercicio de la enfermería.

Como se ha expresado a lo largo del documento el rol profesional de las enfermeras es subestimado y poco apreciado en las instituciones y en general, lo anterior conlleva a condiciones de sobrecarga laboral, fuertes estructuras de subordinación y poco margen de decisión que impide hacer uso de todas sus capacidades (Restrepo, 2019), lo que se suma a la siguiente categoría que abarca las diferencias en cuanto a ingresos por distinción de género.

6.3.2 Ingresos

El sector de la salud no paró su labor durante toda la emergencia sanitaria por el COVID-19, sino que, al contrario, se potenció y adaptó a las necesidades crecientes y demandantes en salud. Según el Informe sobre Cifras de Empleo y Brechas de Género del DANE de octubre del 2020, este sector del cuidado estuvo ocupado en su mayoría por mujeres²⁸. Paradójicamente aun teniendo más participación de las mujeres, la discrepancia en la remuneración entre mujeres y hombres en el área de salud sigue siendo notable, ya que los hombres, por su posición y la posibilidad de mejorar su nivel educativo, logran ubicarse en posiciones administrativas y de liderazgo que representan mejores salarios (Cuestión Pública; Datasketch, 2020). Como se mencionó anteriormente, para las mujeres la carga del cuidado no remunerado en sus hogares, adicionada a sus jornadas de trabajo o en otros casos lo que se conoce como multitrabajo, reducen sus oportunidades de realizar postgrados y aspirar a cargos mejor remunerados. No obstante, esto no solo sucede, sino que, además, así logren mejorar el nivel educativo reciben menos ingresos que sus colegas hombres, como lo narran las entrevistadas:

“los hombres enfermeros tienen un privilegio sobre las mujeres enfermeras ¿Sí?, a nivel laboral, ¿Cómo ascienden más rápidamente en cargos directivos?, al ascender más rápidamente en cargos directivos, tienen diferencias salariales con sus colegas... logra mostrar cómo los hombres enfermeros mantienen un privilegio frente a las mujeres enfermera”. Entrevistada N°3.

“hay una, una, podemos decir un abismo salarial entre el reconocimiento de formación posgradual en profesionales y pues los médicos con sus especialidades y ahí hay una brecha clasista y de género también”. Entrevistada N°8

²⁸ Distribución de las personas ocupadas en actividades seleccionadas de cuidado según sexo, 75% mujeres frente al 25% de hombres.

Según la Organización Colegial de Enfermería, en su boletín N°2 sobre la situación salarial de las enfermeras en Colombia²⁹, se evidencia que el ingreso promedio mensual de los profesionales en enfermería que cotizaron al Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI) en 2016, aproximadamente 25.103 profesionales, era de \$2.474.002, pero que los hombres tenían, mejores salarios que las mujeres, con una diferencia de \$236.585; con la característica que las personas graduadas en universidades privadas esta misma brecha salarial por género fue de \$293.645 (Organización Colegial de Enfermería, 2016) es decir una diferencia de un 9.6%, y para el 2020 la diferencia salarial entre hombres y mujeres en el mismo sector fue de un 5.6%, según la revisión de 331.757 contratos por prestación de servicios de hospitales E.S.E³⁰ registrados en el Sistema Electrónico de Contratación Pública de Colombia (SECOP I y II) (Cuestión Pública; Datasketch, 2020). La tendencia en los últimos años de la diferencia entre los sueldos para hombres y mujeres evidencia que la profesión de enfermería, aun estando conformada en su mayoría por mujeres, no está exenta de la desigualdad salarial por razones de género, lo cual es percibido por las entrevistadas como se muestra en los siguientes fragmentos.

“Claro que sí, incluso que hay un estudio de la secretaría de salud donde se demuestra que en la secretaría de salud, los enfermeros hombres ganan el 20% más que las mujeres y no hay una razón”. Entrevistada N° 11

“en enfermería pues obviamente el porcentaje más alto es género femenino, son pocos los enfermeros, pero si hay una diferencia para cargos y nombramientos, y obviamente hay una diferencia salarial para los señores, para los hombres, y si lo hay y si lo hemos sentido”. Entrevistada N° 5

Las diferencias salariales entre hombres y mujeres pueden radicar en varios factores, entre ellos la representación histórica de las mujeres en sectores poco o no remunerados y el hecho de que como lo mencionamos antes las mujeres tienden a tener menos puestos ejecutivos y de liderazgo real, ya que los trabajos tradicionalmente asociados con los hombres tienden a pagar mejor que los trabajos tradicionalmente dominados por mujeres que requieren el mismo nivel de habilidad (Barbara, Matthew J, Richard J, & William G, 2017); sin discriminación de tipo de contratación como se evidencia por la siguiente entrevistada.

²⁹ Observatorio Laboral para la Educación del Ministerio de Educación Nacional
30 Empresa Social del Estado

“Para entre género, entre hombres y mujeres, no yo creo que es el mismo tipo de contrato, pero el salario si es mayor, si es mayor.”. Entrevistada N°4.

Si bien, la distribución de los roles y las actividades que se asignan en el sector salud a hombres y mujeres perpetúan los roles de género socialmente aceptados en la cotidianidad, estos también se adoptan en las profesiones. Viéndose en los servicios a los hombres en tareas como la administración de medicamentos, el manejo de tecnologías, tareas de fuerza física y a las mujeres se les exige más en temas de mantenimiento, de limpieza o higiene, cuidado e incluso de alimentación (Cuestión Pública; Datasketch , 2020); segregando a los profesionales a diferentes roles y áreas en las instituciones (Restrepo, 2019) que los pondrán en diferentes niveles de exposición a riesgos.

6.3.3 Exposición a riesgos

Teniendo en cuenta la distribución del personal de enfermería según el género en los diferentes servicios de salud, la exposición a los diferentes riesgos varía según las características de cada servicio, así como del personal, debido a los estereotipos de género se perpetúa la idea de que los hombres no están preparados para ejercer el cuidado o mostrar compasión y sensibilidad (David, 2017). Por el contrario, se consideran como más racionales que sociables y sus principales atributos son aparentemente la competitividad y la fuerza (Arreciado, Rodriguez, & Galbany, 2019). Estos supuestos rasgos explicarían la alta representación en las áreas de UCI y en áreas de pacientes críticos (Arreciado, Rodriguez, & Galbany, 2019). En relación con lo anterior se han realizado innumerables estudios respecto al síndrome de agotamiento o síndrome de Burnout y su correlación con las características sociodemográficas. En estudios específicos de la relación del género con el riesgo de padecer el síndrome de agotamiento se ha encontrado que ser hombre está relacionado con mayores niveles de agotamiento (Cañadas de la Fuente, y otros, 2018) lo que podría deberse a la asignación de tareas más pesadas con pacientes en condiciones críticas que afectan tanto la condición física como la emocional. No se encuentra literatura que lo relacione explícitamente, pero las dinámicas mencionadas en las entrevistas dan indicios para proponer una profundización al respecto.

“A nosotros (OCE) la mayoría, o sea, nos escribían hombres diciéndome me tienen maltratado, porque bueno, la condición de género, por ser, por decir, pues, de otro género, sí, me tienen terriblemente acibillado y maltratado en las instituciones”. Entrevistada N° 2

“Digamos que a los hombres se les asignan los trabajos más pesados”... “por ejemplo, levantar los pacientes que son más pesaditos, o sea, los que son más complejos, que tienen, digamos, patologías un poquito más complicadas. Se les asigna digamos más que todo es en cuanto a fuerzas y a fuerza física”.

Entrevistada N° 4

En el contexto de la pandemia por Covid-19 además de los riesgos ya mencionados, el grado de estrés psicológico sobre los trabajadores de la salud expuestos a entornos de gran demanda durante largas horas como el servicio de UCI y urgencias, alcanzó niveles preocupantes. Según un estudio de la OMS durante la pandemia de COVID-19, uno de cada cuatro profesionales de la salud estaba sufriendo depresión y ansiedad, y uno de cada tres, insomnio (Organización Mundial de la Salud , 2020); esto también se relaciona con los tiempos de descanso limitados por las dinámicas de la pandemia.

6.3.4 *Tiempos de descanso*

Las condiciones de trabajo actuales implican modelos de producción y prestación de servicios que están caracterizados por exigir un trabajo acelerado e intensificado. Estos modelos identifican la magnitud de la productividad al combinar factores como acelerar el ritmo y las responsabilidades del trabajo, junto con la reducción en los descansos de la jornada laboral. Estos hechos pueden acarrear una tendencia progresiva de los riesgos laborales con efectos a largo plazo sobre la salud de los y las trabajadoras (de Marchi Barcellos Dalri, Almeida da Silva, Oliveira Cruz Mendes, & do Carmo Cruz Robazzi, 2014). Como se ha mencionado a lo largo de este documento, a razón de género las mujeres enfermeras continúan su jornada productiva, pero no remunerada en casa, cuidando y encargándose de las cosas del hogar, las cuales se espera que haga a modo de descansar del trabajo.

A lo anterior sumémosle el compromiso social y científico que se espera y exige a la enfermería por parte de la sociedad, el cual se relaciona con su capacidad para identificar cada factor que contribuirá progresivamente a la mejora de la situación clínica del paciente (Ariza, Beltrán, & Montaña Arévalo, 2018) , incluyendo sus propias condiciones de salud física y mental, sin considerarse las condiciones laborales ni sociodemográficas como se refiere a continuación por algunas entrevistadas,

“muchas están trabajando por menos del mínimo con condiciones de trabajar de domingo a domingo, sin descanso, entonces son madres cabezas de hogar no tienen en cuenta ese tipo de situaciones y pues los beneficios siguen siendo malos”. Entrevistada N°10.

“la enfermera generalmente está, con un salario muy bajo, muy deficiente, lo que la obliga a tener 2 y a veces hasta 3 puestos, a parte de eso, pues es personas que conforman una familia, que a veces es cabeza de familia, hijos, esposos, padres y toda esa parte la tiene obviamente muy, muy, muy descuidada y es deficiente; entonces, no tiene calidad de vida, no descansa, no tiene períodos a veces de vacaciones, incluso se suprimen las vacaciones porque la enfermera tiene que trabajar en vacaciones en otra parte para poder hacer cómo conseguir el sustento para la familia”. Entrevistada N° 5

La literatura también menciona el uso del descanso en tareas del trabajo, lo cual puede generar estrés, insatisfacción, perturbar la vida familiar y perjudicar otras actividades familiares esenciales, como compartir tiempo de calidad con la familia, viajes de recreación, entre otras actividades diferentes a la labor de enfermería (Parra Giordano, Felli, Pinto Galleguillos, Saldías Fernández, & Soto Malabrigo, 2021). Sumado a lo anterior, el agravante de no tener vacaciones por el tipo de contratación generalizado en el país podría considerarse que el proceso del quehacer de enfermería involucra soportar la carga laboral, es decir, se asume la carga como parte de la jornada laboral diaria y al parecer sin fin (Lopera Betancur, Forero Pulido, Paiva Duque, & Cuartas, 2016).

6.4 Aportes para la construcción de una visión de la protección social

En materia de protecciones sociales la enfermería en el país se ha caracterizado según las asociaciones y organizaciones de profesionales y estudiantes de enfermería, participantes en la entrevistas, por presentar situaciones como: La inestabilidad laboral relacionada con el tipo de contratación que no se corresponde con lo esperado para un trabajo decente, tanto en las obligaciones legales de cobertura de seguridad social como en el bajo reconocimiento salarial; los mínimos incentivos institucionales para la formación de posgrado; la sobrecarga laboral por la asignación exagerada de altos números de pacientes tanto en los servicios ambulatorios como de hospitalización para recibir atención de enfermería por parte de un profesional; brechas entre la formación académica y el escenario de desempeño profesional; heterogeneidad en la formación de pregrado y las necesidades de la población.

Se recomienda implementar la Resolución 755 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de una política pública que brinde garantías laborales³¹, como el establecimiento de contratos directos de los profesionales de enfermería bajo

31 Resolución 54.12 Fortalecimiento de la Enfermería y la Partería, numeral 1.3. Organización Internacional del Trabajo

los requisitos exigidos por la ley (descanso semanal, vacaciones anuales pagadas, licencia de educación, licencia de maternidad, licencia de enfermedad, cesantías y seguridad social como cotización a salud y pensión). Estas medidas se encuentran en consonancia con lo emitido por la 54ª Asamblea Mundial de la Salud y las resoluciones WHA 42.27, WHA 45.5, WHA 47.9, WHA 48.8 y WHA 49.1, en las que se recomiendan medidas para fortalecer la enfermería en el mundo.

Frente a las garantías de salud en el trabajo, la CIE recomienda la implementación del Convenio 155 de 1981 sobre “Seguridad y salud de los trabajadores”, establecido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT, C155 - Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 155), 2022). Este mismo documento recomienda a los empleadores crear entornos positivos para el ejercicio profesional, donde se identifique y modifique los peligros laborales, se implementen acciones de prevención de accidentes, se brinde acceso a los elementos de protección personal acordes a su labor y someter al personal a exámenes periódicos para la valoración de su estado de salud.

Tras diversas reuniones realizadas por el CIE y la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se llevaron a cabo discusiones en torno a los desafíos que enfrenta la enfermería a nivel mundial, se identificaron cuatro (4) áreas de acción para mejorar el valor de la enfermería en el ámbito mundial desde el 2020: a) fortalecer el liderazgo y empoderamiento desde la Academia; b) educación con altos estándares de calidad; c) difusión de la investigación; y, d) mejores condiciones de trabajo para las enfermeras (WHO, 2017).

Estas capacidades deben apuntarle al fortalecimiento de competencias en las siguientes áreas:

- » Salud global/salud internacional
- » Enfoque intercultural
- » Liderazgo y trabajo en equipo
- » Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) - Telesalud
- » Responsabilidad social y cultura empresarial responsable
- » Educación interprofesional – Equipos multidisciplinarios para la Salud.
- » Participación gremial, social y comunitaria

La OMS sugiere emprender las siguientes acciones para fortalecer la profesión: (a) desarrollar e implementar estrategias efectivas para reclutar y retener enfermeras y

parteras para lograr una masa profesional crítica, (b) estandarizar los requisitos de ingreso para la educación y las calificaciones pre y posgrado, (c) construir una masa crítica de educadores competentes para capacitar a los investigadores y líderes del futuro, (d) promover una mayor integración interprofesional en los equipos de salud. (e) desarrollar roles de práctica nuevos y avanzados con trayectorias profesionales establecidas desde el inicio de la carrera profesional.

Para mejorar el desarrollo de oportunidades en la práctica de Enfermería, es prudente considerar los siguientes aspectos: a) trabajar con unos estándares básicos de contratación por parte del empleador; b) alinear la oferta de postgrados con los campos de acción donde puede laborar el profesional; c) Incentivos financieros contractuales; d) representación de una enfermera líder en los Departamentos de Salud; y e) fortalecimiento de los colegios y agremiaciones de Enfermería (Crossman, Pfeil, Moore, & Howe, 2016).

Estas orientaciones se complementan con las indicaciones dadas por la OPS y la OMS en el informe “Orientación estratégica para Enfermería en la Región de las Américas” del 2019, donde se hace un llamado a los Ministerios de Salud de los países miembros para establecer las siguientes líneas de acción: a) fortalecer y consolidar el liderazgo y la gestión estratégica de la enfermería en el contexto de los sistemas de salud y en la formulación y monitoreo de políticas; b) abordar las condiciones de trabajo y las capacidades del profesional de Enfermería para expandir el acceso y la cobertura con equidad y calidad; c) fortalecer la calidad de la educación en enfermería para responder las necesidades de los sistemas de salud orientados al acceso y cobertura universidad de salud (OPS & OMS, 2019).

Sumado a lo anterior, si se quiere impactar en la calidad de la atención de los profesionales de Enfermería a las personas, familias y comunidades, se requiere brindar mejores condiciones de trabajo, remuneración adecuada y acceso a servicios educativos de calidad (CIE, 2018); así como, propiciar condiciones que fortalezcan la autonomía y visibilización del ejercicio profesional (Minsalud, 2018).

Las organizaciones gremiales de enfermería en Colombia proponen el cumplimiento de las sentencias C-614 de 2009 y C-171 de 2012 como medidas perentorias para la formalización laboral del profesional de enfermería; así como, aplicación del artículo 18 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, donde se establece lo siguiente:

“Respeto a la dignidad de los profesionales trabajadores de la salud. Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales

justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales”.

Está claro, que solo el trabajo mancomunado, articulado y cooperativo entre los distintos profesionales de enfermería permitirá un avance en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y el ejercicio de la profesión. De allí la importancia de construir y fortalecer espacios de participación y negociación colectiva entre trabajadores y empleadores con el fin de garantizar condiciones laborales dignas para el personal de enfermería, tal como lo recomiendan las resoluciones WHA 42.27, WHA 45.5, WHA 47.9, WHA 48.8 y WHA 49.1 de la Asamblea Mundial de la Salud y las Recomendaciones 157 de 1977 y 198 de 2006 de la Organización Internacional del Trabajo.

Una demostración de los frutos del trabajo intersectorial es la reciente publicación de la Política Nacional de Talento Humano en Enfermería³², un documento que no solo constituye las condiciones de capacitación de talento humano de enfermería, sino que además suscita el fortalecimiento de condiciones laborales. Al mismo tiempo promueve la autonomía y el liderazgo de la profesión por medio de una ruta decenal específica. Esta iniciativa se trabajó entre las asociaciones y organizaciones de Enfermería con el Ministerio de Salud y Protección Social, donde se propone como meta la formalización laboral del personal capacitado en enfermería de manera progresiva, pero hasta lograr el 100% del personal. En consecuencia, busca mejorar las condiciones laborales en diferentes aspectos, como lo refieren algunas entrevistadas: rangos salariales y el reconocimiento de postgrados, entre otros.

“En la política que acabamos de sacar la 755 de 2022 del 12 de mayo. Nosotros (ANEC) la estuvimos trabajando y en eso vamos a trabajar la escala salarial del personal de enfermería, aquí cubriría las enfermeras con sus especializaciones, donde deben pagarles y asegurarse que se le reconozca todos sus títulos”. Entrevistada N°1

“El dato estadístico, le permite a uno hacer un análisis, y tomar una decisión y hacer una propuesta y por eso yo creo que eso, nos permitió a nosotros cambiar el chip y trabajar una propuesta en la cual hoy tenemos como una resolución y una política pública que para nosotros (OCE) eso es muy bueno y creo que el hacer parte de esa historia”. Entrevistada N°2

32 Normada por la Resolución 755 de 2022

"Posiblemente pudiéramos tener como referente los salarios o de otros países, pero hay que hay que aterrizarlo al contexto colombiano, a la realidad colombiana". Entrevistada N°3.

"La educación de posgrado es importante, la motivación hacia la educación posgradual; no tienen el personal, pero el reconocimiento a nivel de las instituciones de salud es absolutamente regular, a malo". Entrevistada N°4.

"Entonces, también debería haber una reglamentación qué, de acuerdo con los estudios que uno tenga, pues debe ser su ubicación". Entrevistada N°7.

Si bien es un avance histórico, es menester acompañar esta política con otras herramientas propositivas las cuales aseguren su libre desarrollo y un mayor alcance a la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población del territorio colombiano y el derecho al trabajo decente para el personal de enfermería.

7. Hitos y condiciones que profundizan la precariedad laboral en el personal cualificado del área de Enfermería y Medicina en Colombia

La crisis por COVID-19 evidenció grandes problemas estructurales en el sector de la salud en Colombia, donde uno de los más importantes ha sido la fragmentada e insuficiente cobertura de los sistemas de protección social, resultado de una escasez de personal del área de la salud debido a la presencia condiciones laborales precarias no favorables, brechas salariales, baja capacidad instalada en infraestructura e insuficiencia en la dotación de seguridad en salud, entre otros.

Es así, que en el caso de la *normativa* actual se han propiciado escenarios que llevan a la tercerización laboral (contratos de prestación de servicios, a través de cooperativas de trabajo asociado o temporales) y a una desprotección regulatoria del personal del área de la salud que los cubra.

En cuanto a *brechas y condiciones laborales*, se encuentra una amplia escasez de personal formado en el área de enfermería que cubra el Ratio óptimo para la atención adecuada de pacientes, se presentan también significativas diferencias en los niveles de remuneración laboral (de género, entre sectores público – privado y entre regiones), pérdida de beneficios laborales y de seguridad social por cuenta de la informalidad y la cuenta propia, así como también, la feminización del sector.

La pandemia por COVID-19 generó que el personal del área de la salud afrontara extensas jornadas laborales, no disponer de equipos de protección suficientes y adecuados, alta presión asistencial, discriminación social en los diferentes ámbitos del ser humano y una reducción en la calidad de la atención.

Todo lo anterior se ve reflejado en los principales hitos que han sido identificados:

- » Sector fuertemente ocupado por mujeres: Feminización (80% para el personal de enfermería).
- » Entre 2020 y 2021 el personal ocupado aumentó significativamente como respuesta a la emergencia por la pandemia a COVID-19 (4,5% personal de enfermería y 16,6% personal de medicina).

- » Amplia brecha entre personal profesional en enfermería y auxiliares de enfermería, lo que implica que no haya el número suficiente de profesionales que tengan la formación para el nivel de cuidado de los pacientes que realizan enfermeras/os.
- » Entre 2018 y 2021 se han presentado aumentos constantes en las horas trabajadas a la semana (en promedio se trabajan 47 horas semanales para ambos tipos de personal).
- » Un sector con baja informalidad, para 2021 la tasa de informalidad se encontraba en alrededor de 7,4% para personal de enfermería y 5,6% personal médico.
- » En cuanto a niveles educativos, el 80% del personal ha obtenido nivel universitario y el 43% un nivel de posgrado.
- » Los ingresos promedios de los ocupados del sector superan el mínimo requerido para acceder al Piso de Protección Social y BEPS. Es así como:
 - » El personal de enfermería obtiene ingresos promedio mensual entre 2 y 2.8 millones mientras que el del personal médico es de 6 millones o más.
 - » Los hombres tienen ingresos laborales en promedio más altos que las mujeres (diferencias salariales género).
- » Existe una diferencia significativa en el ingreso real para estos trabajadores a nivel regional:
 - » Para Bogotá el salario real del personal de enfermería ha disminuido considerablemente desde 2019.
 - » Cartagena es una de las ciudades que mayor reducción del salario registra para el personal médico.
- » Existe una oferta insuficiente de personal para el sector, reflejado en el número de pacientes por cada persona de enfermería en una jornada laboral: este personal atiende 25 pacientes al día, siendo las mujeres en promedio las que atienden un número mayor. Para el caso del personal médico, la situación es, al contrario, los hombres atienden más, con un promedio de 23 pacientes al día. Diferencia sustancial con lo planteado por la OECD: 12-15 pacientes.
- » Una proporción importante de las ofertas de empleo que se realizan a través del Servicio Público de Empleo ofrecen ingresos por debajo de 2 millones.

- » Por este mecanismo, los contratos de trabajo tienen una proporción importante (86%) en la demanda. No obstante, solo el 25% son a término indefinido y 23% a término fijo, prestación de servicio son 7% y existe una alta proporción de contratos por obra y labor.
- » Importantes niveles de tercerización e intermediación laboral por insuficiente normativa que proteja al personal del cuidado en salud de los alcances de estos tipos de contratación.

7.1 Dimensiones Estratégicas que conducen hacia escenarios de trabajo decente para el personal cualificado del área de la salud – Enfermería y Medicina

Las condiciones laborales que han sido identificadas a través del presente estudio son abordadas a través dimensiones estratégicas que recogen de manera transversal los diferentes hitos que han estado profundizando las condiciones de precariedad laboral del personal de enfermería y medicina en el marco del desempeño de sus funciones. A partir de esos hitos, se realiza una aproximación hacia una serie de recomendaciones que su implementación facilitará superar las condiciones de precariedad laboral descritas, y que son planteadas en el marco de las siguientes dimensiones:

1. Tipos de contratación: inestabilidad y precariedad laboral
2. Sobrecarga laboral y tiempos de descanso
3. Diferencias Salariales
4. Exposición a riesgos por causa laboral

A partir de estas dimensiones se plantean una serie de recomendaciones que incorporan algunas preguntas que consolidan las características identificadas en cada hito de problemáticas, seguido de los requerimientos en ajustes normativos que implicarían.

7.1.1. Tipos de Contratación: Inestabilidad y precariedad laboral (ver anexo 2)

La contratación del personal del área de la salud en enfermería y medicina a través de contratos de prestación de servicios, cooperativas de trabajo asociado y temporales, entre otros, profundiza de manera transversal la inestabilidad y alta rotación de estos trabajadores en los lugares donde trabajan, así como también, encuentran una falta de acceso a beneficios y condiciones dignas para desempeñar su trabajo en condiciones óptimas y eficientes durante la atención a los pacientes.

A partir de los hitos antes descritos y lo ya mencionado, se dispone la siguiente pregunta que lleva a la recomendación que se plantea posteriormente:

- » ¿Cuál debe ser el mecanismo de vinculación idóneo que garantice condiciones laborales adecuadas del personal de cuidado del área de la salud en el marco del trabajo decente?

Recomendación:

1. Realizar un tránsito gradual en la vinculación del personal de enfermería y medicina a través de contratos de trabajo directos con el empleador (Acuerdos de formalización laboral (art 13 -Ley 1610 de 2013).

La aplicación de esta recomendación requerirá:

- » Ratificar el Convenio 149 de la OIT. Art. 2., que está relacionado con las condiciones y formación apropiada para ejercer las funciones. Elaborar un estudio de brechas legales de la adopción del convenio en referencia a la Ley 266 de 1996. De la misma forma, dar aplicación a los criterios contenidos de la Recomendación 198 de la OIT.
- » Aplicar la recomendación OIT 157 sobre el personal de enfermería el cual constituye un instrumento de corrección internacional, que apoya las directrices de corrección del sistema de intervención en materia de remuneración, tiempo de trabajo y de descanso y seguridad social que inspiran las recomendaciones objeto de este estudio.
- » Atención y aplicación de la Resolución 755 de 2022, y lo relacionado con los artículos 22, 23 y 24 del Código Sustantivo del Trabajo.

7.1.2 Sobrecarga laboral y tiempos de descanso

El personal del área de la salud contratado es insuficiente para lograr cubrir de manera adecuada el nivel de carga laboral que presentan durante sus jornadas, llegando a un nivel de atención de 25 pacientes por enfermera/o y 23 pacientes para el caso de los médicos, a lo cual se le suman las labores administrativas que deben realizar.

En el caso de los territorios más alejados y con mayor complejidad en salud en el país, se encuentra que son los que principalmente carecen de un número suficiente de personal formado para la atención en salud, llevando a una permanente y continua sobrecarga laboral del personal existente.

Las amplias jornadas de trabajo de este personal de la salud sin contar con tiempos y lugares adecuados de descanso durante estas jornadas los desgasta física y emocionalmente, lo que puede llegar a implicar una afectación en la calidad de la atención a sus pacientes por motivos de cansancio.

Se presenta una distribución desigual en la asignación de áreas de trabajo y responsabilidades al personal de enfermería, que serían determinadas por diferencias de género.

Se observa un bajo interés de las personas para estudiar programas de enfermería en el país, frente a los cupos dispuestos en las diferentes Instituciones de Educación Superior públicas que cuentan con estos programas. Sin embargo, las regiones más alejadas no disponen de programas de este tipo, donde se presenta mayor ausencia de personal que sea suficiente para cubrir los requerimientos en salud.

Actualmente se presenta un número insuficiente de plazas para el desarrollo del servicio social obligatorio en el país para los graduados de programas de enfermería. Las Instituciones de Educación Superior han generado unos incentivos que entregan a las entidades de salud para que les permitan contar con lugares de prácticas para sus egresados.

La sobrecarga laboral y el tipo de contratación está generando que el personal en enfermería migre a otros países donde pueden encontrar mejores condiciones laborales y un mejor reconocimiento de su profesión.

Con base en los hitos y lo mencionado anteriormente, se relacionan una serie de preguntas a las que se pretende dar solución a partir de las recomendaciones que más adelante se plantean para esta dimensión.

- » ¿Cómo superar la escasez de personal de enfermería/medicina en Colombia, impactando las diferentes regiones del país?
- » ¿Cómo lograr una asignación equitativa de las labores del cuidado que realiza el personal de enfermería/medicina?
- » ¿Cuál debería ser el Ratio que determine el número óptimo de pacientes asignados por enfermera/o y por auxiliar de enfermería?
- » ¿Cómo lograr el equilibrio entre la calidad en la atención al paciente y el bienestar laboral del personal de enfermería/medicina?

- » ¿Cuál debería ser la jornada laboral y cómo ajustar los tiempos de descanso?

Recomendaciones:

1. Definir una proyección de crecimiento de la oferta laboral en enfermería en el país.
2. Articulación entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional para la actualización del estudio de brechas de capital humano en salud.
3. Generar incentivos que promuevan la vinculación de un mayor número de personas en programas de formación del área de Enfermería, permitiendo con ello cubrir el déficit existente de personal de enfermería en el mediano y largo plazo.
4. Promover el aumento del número de plazas para el desarrollo del servicio social obligatorio en todo el país, el cual debe realizar el personal de enfermería al graduarse.
5. Promover la libre movilidad del personal de enfermería, disponiendo una prima adicional de localización cuando la ciudad de origen y de trabajo sea diferente (incentivo, costo de vida local, costos traslado).
6. Jornada laboral acogiendo la Ley 2101 de 2021. Respetando la limitación de la jornada laboral (ej. 6 horas diarias). Disponiendo de tiempos de descanso cada cierto número de horas, siguiendo los lineamientos establecidos en el #34 de la Recomendación 157 de la OIT.
7. Establecer esquemas institucionales para la asignación equitativa de labores del cuidado que realiza el personal de enfermería donde ejecuta su trabajo.
8. Instar al Ministerio de Salud y Protección Social a realizar un ejercicio de Demanda ocupacional, el cual tenga en cuenta los diferentes tipos de enfermedades, envejecimiento de la población, complejidad de la salud en los diferentes territorios y el perfil epidemiológico del país. Esto permitirá definir el Ratio que debería tenerse, tanto para Colombia como para las diferentes regiones del país.

La aplicación de estas recomendaciones requerirá que se adelante normativamente lo siguiente:

- » Ratificación del Convenio 149 de la OIT. Art. 6., que está relacionado con las condiciones y formación apropiada para ejercer las funciones.

- » Aplicar la recomendación OIT 157
- » Aplicación de la Recomendación 198 de la OIT.
- » Atención y aplicación de la Resolución 755 de 2022. Política Nacional de Talento Humano de Enfermería y el Plan Estratégico 2022 – 2031.

Propuestas Normativas

- » Propuesta de Resolución que proponga una prima adicional al salario por movilidad regional.
- » Lineamientos Directrices para ampliar cupos de prácticas.
- » Reglamentación de tiempos y espacios de descanso para personal de enfermería, de acceso y disfrute de personal de enfermería con cualquier tipo de vinculación.

7.1.3 Diferencias Salariales

El nivel de ingresos para el personal del área de la salud presenta inequidades salariales de género y entre regiones del país. En los centros urbanos estos trabajadores reciben mayor salario comparado a los mismos perfiles que realizan sus funciones en territorios alejados. Las mujeres generalmente tienen ingresos laborales en promedio más bajos que los hombres.

Los ingresos del personal de enfermería y medicina han presentado una caída de aproximadamente un 10% durante los años 2020 y 2021, principalmente en los hombres.

Los posgrados no están siendo reconocidos al momento de definir el valor del salario a pagar al personal de enfermería, donde tampoco se considera que un nivel adicional de especialización puede aportar mayor conocimiento al momento de realizar atenciones con mayor nivel de complejidad en salud en los centros asistenciales.

Como caso de éxito para analizar, se identificó que la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación diseñó e implementó una tabla de salarios que ha permitido fortalecer a sus agremiados en la negociación de salarios con cualquier empleador que requiera de estos servicios.

Con base en los hitos y lo que aquí se menciona, a continuación, se relaciona una serie de preguntas a las que se daría solución a partir de las recomendaciones que se plantean para esta dimensión:

- » ¿Cómo reducir las diferencias salariales por género en el sector salud?

- » ¿Cómo reducir las diferencias salariales a nivel regional para una misma ocupación?
- » ¿Los niveles educativos adquiridos y la experiencia deberían ser un factor clave para definir los salarios?

Recomendaciones:

1. Definir e implementar tablas de salarios a través de un comité sectorial. Estas tablas servirán como guía para la contratación en el sector.
 - » Instrumento que dinamice la equidad de ingresos por género, nivel de formación y experiencia.
 - » El consenso debe garantizar salarios acordes a lineamientos de trabajo decente.

Tipos de tablas:

- » Total, Nacional y por territorio (incorporando variables de costo de vida e incentivos).
- » A nivel de empresa/entidad.

La aplicación de esta recomendación requerirá que normativamente se tenga en cuenta lo siguiente:

- » Aplicación de los Convenios Fundamentales 100 y 111 de la OIT, relacionados con igualdad de remuneración entre la mano de obra masculina y la mano de obra femenina por un trabajo de igual valor y eliminación de la discriminación en materia de empleo y ocupación.
- » Aplicar la recomendación OIT 157
- » Atención y aplicación de la Política Nacional de Talento Humano en Enfermería y el Plan Estratégico 2020-2030 (Resolución 755 de 2022).
- »

Propuestas Normativas

- » Generación de resoluciones con tablas salariales para el personal de salud a través del comité sectorial.

7.1.4 Exposición a riesgos por causa laboral

El personal de enfermería no tiene disponibilidad de espacios de descanso que sean exclusivos y adecuados para acceder durante las amplias y extenuantes jornadas de trabajo y sí los tiene son diferentes en su dotación si se compara con otros profesionales del área de la salud como los médicos, por ejemplo.

En instituciones de salud no se cumplen efectivamente las normas de seguridad y salud en el trabajo para todo el personal que realiza labores de atención en salud (enfermería y medicina). Actualmente, no se tiene en cuenta para esta cobertura al personal contratado por prestación de servicios, por lo que no tienen protección, no hay espacios adecuados de descanso, y las jornadas laborales son muy largas.

Derivado de la pandemia por el Covid-19, se ha hecho aún más necesario el uso de elementos especializados de protección personal que no han sido siempre dotados por el empleador, y para el caso de los contratistas por prestación de servicios deben adquirirlos directamente a costo propio.

Resultado de las largas jornadas laborales y complejidad en la atención durante la pandemia, el personal de enfermería y medicina ha presentado casos relacionados con el síndrome de agotamiento (Burnout) que los han afectado física y psicológicamente, sin poder acceder a una atención adecuada y oportuna de seguridad y salud de en trabajo, principalmente los contratistas que se encuentran por prestación de servicios y el personal que labora en territorios distantes de centros urbanos y en lo rural.

Con base en los hitos y lo aquí mencionado, se relaciona una serie de preguntas a las que se busca dar solución a partir de las recomendaciones que más adelante se plantean para esta dimensión.

- » ¿El personal de enfermería/medicina tiene a disposición los elementos mínimos necesarios de dotación de seguridad y salud en el trabajo para ejercer su labor?
- » ¿El personal de enfermería/medicina cuenta con acceso a acciones de prevención y mitigación que sean generados por el síndrome de agotamiento (Burnout), sin importar el tipo de contratación actual?
- » ¿El personal de enfermería cuenta con acceso a áreas de descanso?
¿Cuáles son las características idóneas que debe tener un espacio físico de descanso para este tipo de personal de la salud?

Recomendaciones:

1. Reglamentar la implementación de planes de prevención y mitigación de riesgos por causa laboral de todo tipo (biológico, físico, químico, ergonómico, psicosocial, etc.), en lo público y privado.
2. Hacer un seguimiento y monitoreo constante a través de un sistema de información de alertas a nivel de país para el suministro de elementos mínimos de dotación de seguridad y salud en el trabajo, siguiendo los lineamientos de la Resolución 755 del 12 de mayo de 2022.
3. Definir lineamientos para la adecuación de espacios físicos, con características que propicien el descanso adecuado del personal de enfermería.

La aplicación de estas recomendaciones requerirá que normativamente se tenga en cuenta lo siguiente:

- » Aplicación, control y vigilancia efectiva a la política de Estándares Mínimos del Sistema Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
- » Atención y aplicación del artículo 230 CST y la Dotación de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Propuesta de Regulación Autónoma

- » Procurar la asignación de espacios de descanso en negociaciones colectivas, a la luz del diálogo social (Sindicatos).

7.2 Impacto de las Recomendaciones

Toda la serie de recomendaciones que se han planteado generan un impacto que el gobierno nacional y territorial, las empresas y el personal de enfermería y medicina deberán asumir directamente o a través de un rol para que se puedan implementar de manera adecuada y efectiva en el corto y mediano plazo.

A continuación, se relacionan los impactos y roles para cada tipo de actor por dimensión estratégica:

7.2.1 El Rol del Gobierno y el Impacto de estas recomendaciones en el gasto público.

1. Tipos de contratación:

- » Dictar lineamientos normativos para el tránsito a plena vinculación de personal de enfermería/medicina a través de contratos de trabajo (sectores público y privado).

2. Sobrecarga Laboral:

- » Definir el esquema de crecimiento de la oferta laboral del área de enfermería.
- » Subsidio para incentivos de prima por movilidad.
- » Lineamientos normativos del Gobierno para incentivos de movilidad, límites de sobrecarga laboral y tiempos de descanso.

3. Diferencias Salariales:

- » Posible impacto en el gasto público a través de un mayor costo unitario de las actividades contratadas.

4. Exposición a riesgos por causa laboral:

- » No se genera impacto en el gasto público. Definición de normativa reglamentaria.

7.2.2 El impacto de estas recomendaciones en las empresas y empleadores

1. Tipos de contratación:

- » Alineación a normativa relacionada para implementar el paso a vinculación por fases.
- » Incorporar costos que contemplen seguridad social y prestaciones de los empleados que antes fueran CPS.
- » Aumento de recursos a las IPS para la contratación.

2. Sobrecarga Laboral:

- » Incorporar costos por Incentivos (prima de movilidad).
- » Contar con mayor oferta de personal de enfermería en el mediano y largo plazo.
- » Mejores niveles de calidad del personal de enfermería actual.

- » Tiempos de descanso establecidos luego de determinadas horas de trabajo continuo.
- » Establecimiento de espacios de descanso con mínimos en parámetros.

3. Diferencias Salariales:

- » Salarios del sector salud acordes a la valoración justa de su labor podría implicar una redistribución de los ingresos de capital vs trabajo.

4. Exposición a riesgos por causa laboral:

- » Implementación de planes de prevención y mitigación de riesgos por causas laborales, posterior al Covid-19.
- » Establecimiento de espacios de descanso con mínimos en parámetros.

7.2.3 El impacto de estas recomendaciones en el personal del área de la salud: enfermería y medicina.

1. Tipos de contratación:

- » Estabilidad y mejores condiciones laborales.
- » Mejor calidad en protección social.

2. Sobrecarga laboral:

- » Motivación para relocalizarse por trabajo en otras regiones del país.
- » Reducción de la sobrecarga laboral
- » Mejores condiciones de trabajo.
- » Equilibrio en la calidad de atención a pacientes y vida personal de enfermería.

3. Diferencias Salariales:

- » Cierre de diferencias salariales.
- » Mejores condiciones de calidad de vida del personal de la salud.

4. Exposición a riesgos por causa laboral:

- » Mayor productividad en calidad en atención a pacientes, calidad de vida laboral, salud y bienestar.

8. Conclusiones

Las condiciones laborales del personal de enfermería siguen siendo muy precarias en el país. El tipo de contratación, los ingresos percibidos, la estabilidad y carga laboral, los tiempos de descanso y reconocimiento social son algunos de los temas en los que debe centrarse la priorización de estrategias que busquen fortalecer a la fuerza laboral. La falta de garantías laborales, el deterioro progresivo de los salarios, la inestabilidad del trabajo, la delegación forzada de responsabilidades, flujo migratorio de profesionales a países desarrollados e inequidad de género son algunas de las principales problemáticas que afronta el gremio.

Esta situación se evidenció con mayor interés a raíz de la pandemia, puesto que las largas jornadas laborales, la exposición permanente a riesgos y la reasignación de labores terminaron por impactar notablemente en la calidad del cuidado de enfermería y en las condiciones físicas, emocionales y psicológicas del talento humano.

Los hallazgos muestran, que el contrato por orden de prestación de servicios es la modalidad de contratación predominante en el personal de enfermería en Colombia. No obstante, esta forma de contratación no estaría cumpliendo con los requisitos exigidos y no podrían ser constituidos ni ofertados al personal de enfermería por tratarse de un servicio esencial. Así como lo refiere la Política Nacional de Talento Humano en Enfermería, su Plan Estratégico 2022-2031 y la estrategia internacional “*Nursing Now*”, todos los esfuerzos políticos e institucionales deben centrarse en su personal para que se preste un servicio de calidad en salud.

En cuanto al desempeño laboral y ejercicio profesional, la garantía de la calidad del cuidado se puede obtener con el mejoramiento de las condiciones laborales, la inversión social y económica y el fortalecimiento de la formación en los niveles de pregrado y posgrado; estableciendo contenidos curriculares con énfasis en áreas del conocimiento que den respuesta a las necesidades del país y en sintonía con las políticas públicas en salud. El trabajo articulado interinstitucional e intersectorial desde el ámbito nacional hasta el local, así como, la participación permanente de todos los actores del sector, incluido el sector educativo y laboral, será la ruta de acción que permitirá alcanzar mejores resultados en salud y fortalecer su talento humano.

Los actuales desafíos del sector salud después de la pandemia por SARS COVID 19 no se pueden enfrentar solamente con el mejoramiento de la infraestructura en salud, aumento de la cobertura de afiliación o liquidez financiera para el saneamiento de cartera. Se requiere fortalecer las competencias laborales del personal de enfermería y sus condiciones laborales para asegurar un trabajo decente y avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Con base en los hallazgos empíricos y teóricos a propósito del reconocimiento de las categorías que inspiran el trabajo decente en el grupo poblacional de enfermeras objeto de estudio es deseable:

1. Realizar un estudio de brechas jurídicas y económicas para la ratificación del Convenio 149 de la Organización Internacional del Trabajo sobre el personal de enfermería, en concordancia con los postulados contenidos en la Recomendación 157 de la OIT.
2. Ante las carencias de negociación colectiva sectorial en el ordenamiento jurídico laboral, se recomienda constituir una mesa intersectorial que involucre sindicatos de enfermeras, Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Promotoras de Salud, Sociedades Científicas y Academia, de cara a los sistemas de corrección ordenados en el artículo 103 de la Ley 1438 de 2011 y la sentencia T-388 de 2020 en virtud de la cual: “Dada la naturaleza de las funciones de auxiliar de enfermería, se puede deducir que esta función no puede desempeñarse de forma autónoma, ya que “quienes ejercen dicha profesión no pueden definir ni el lugar ni el horario en que prestan sus servicios”. Además, la actividad que se desarrolla por un auxiliar de enfermería no se puede suspender sin justificación pues se pone en riesgo la prestación del servicio de salud. En palabras del Consejo de Estado, lo expuesto “no impide que en determinados casos éstas puedan actuar de manera independiente puesto que se pueden presentar excepciones. Sin embargo, la regla general es la de la subordinación, por lo que ésta se debe presumir”. En consecuencia, le corresponderá a la entidad demandada desvirtuar dicha presunción”.
3. Como reconocimiento postpandemia al personal de enfermería presentar a los Ministerios del Trabajo y Relaciones Exteriores, el presente estudio que demuestra las carencias de enfermeras respecto del número de habitantes, acompañado de la demanda de ratificación del Convenio 149 de la OIT, en los términos del artículo 53 de la Constitución Política. La importancia del instrumento internacional de marras se realza con la presentación del estudio

“Garantizar un trabajo decente para el personal de enfermería y los trabajadores domésticos, actores claves en la economía del cuidado de personas”, elaborado por la Comisión de Expertos en Convenios y Recomendaciones en la 110 Conferencia Internacional del Trabajo en el año 2022.

9. Referencias

- A. A., Beltrán, J. C., & Montaña Arévalo, J. (2018). Efectos en la salud física y psicológica de trabajadores del sector salud de Centroamérica y Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas.
- American Nurses Association. (2015). Optimal Nurse Staffing to Improve Quality. Avalera Health.
- Arreciado, M., Rodriguez, M., & Galbany, E. (2019). Male Nurses' Views of Gender in the nurse-family relationship in paediatric care. *International Nursing Review*, 1-8.
- Azam, K., Khan, A., & Alam, M. T. (2017). Causes and adverse impact of physician burnout: a systematic review. *J Coll Physicians Surg Pak*, 27(8), 495-501.
- Bango, J. (2020). Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19: hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación. ONU Mujeres & CEPAL.
- Barbara, W., Matthew J, B., Richard J, B., & William G, J. (2017). Nursing Gender Pay Differentials in the New Millennium. *Journal of Nursing Scholarship*, 1-7.
- Barco, M., & Sierra, A. (2020). Situación actual de enfermería en Colombia una reflexión. *Cuidado y Ocupación Humana*, 9(1), 28-38.
- Bayati, M., Rashidian, A., Sarikhani, Y., & Lohivash, S. (2019). Income inequality among general practitioners in Iran: a decomposition approach. *BMC health services research*, 19(1), 1-11.
- Becerra, O., Eslava, M., & Alfaro L. (2021). La exposición del empleo al COVID-19 en Colombia. Alianza EFI.
- Bedoya-Vaca, R., Derose, K. P., & Romero-Sandoval, N. (2016). Gender and physician specialization and practice settings in Ecuador: a qualitative study. *BMC health services research*, 16(1), 1-12.

- Belaid, L., Dagenais, C., Moha, M., & Ridde, V. (2017). Understanding the factors affecting the attraction and retention of health professionals in rural and remote areas: a mixed-method study in Niger. *Human resources for health*, 15(1), 1-11.
- Bermúdez, A., Ceballos, J., Rangel, L., Zúñiga, M., & Torres, D. (2012). Relación enfermera (o)/paciente según TISS 28. Aplicación clínica en cuidado intensivo. *Revista Facultad de Salud*, 4(2), 55-65.
- Bleazard, M. (2019). Clinical nurse specialist practice interventions for second victims of adverse patient events. *Clinical Nurse Specialist*, 33(4), 167-176.
- Busso, M., Camacho, J., Messina, J., Montenegro, G., Bayona, M., Muñoz, P., ... & Ribeiro, K. (2020). The Challenge of Protecting Informal Households during the COVID-19 Pandemic: Evidence from Latin America. *Covid Economics*, 1(27), 48-73.
- Cañadas de la Fuente, G., Ortega, E., Ramirez Baena, L., De la Fuente Solana, E., Vargas, C., & Gomez Urquiza, J. L. (2018). Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses: A Meta-Analytic Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Cassiani, S., Munar, E., Umpiérrez Ferreira, A., Peduzzi, M., & Leija, C. (2020). La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e64.
- Cecchini, S. (2019). Protección social universal en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados 2006-2019. Cepal.
- Cecchini, S., & Martínez, R. (2011). Protección social inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos. Cepal.
- Chen, Y. W., Westfal, M. L., Chang, D. C., & Kelleher, C. M. (2021). Underemployment of female surgeons?. *Annals of Surgery*, 273(2), 197-201.
- CIE. (10 de 06 de 2022). Consejo Internacional de Enfermeras. Obtenido de Declaración de posición - Regulación de enfermería 2013.: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/B04_Reglamentacion_enfermeria-Sp.pdf

- CIE. (10 de 06 de 2022). Consejo Internacional de Enfermeras. Obtenido de Declaración de posición - Salud y seguridad en el trabajo (2017): https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_C_Occupational_health_safety_Sp_0.pdf
- CIE. (10 de 6 de 2022). Consejo Internacional de Enfermeras. Obtenido de Declaración de posición - Movilidad de la carrera profesional y reclutamiento ético de enfermeras a nivel internacional (2019): https://www.icn.ch/system/files/documents/2019-11/PS_C_International%20career%20mobility%20and%20ethical%20nurse%20recruitment_Sp.pdf
- CIE. (2018). Enfermería: Una voz para liderar. La salud es un derecho humano. Suiza.
- Cogollo Milanés, Z., & Gómez Bustamante, E. (2010). Condiciones laborales en enfermeras de Cartagena, Colombia. Avances en enfermería, 28(1), 31-38.
- Congreso de la República. (2022). Ley 789 de 2002. Bogotá.
- Cortes, R., Ramírez, A., Restrepo, M., & Vargas, B. (2010). Declaración del Consejo Técnico Nacional de Enfermería sobre el deterioro de las condiciones laborales del profesional de enfermería en Colombia. Actualización en Enfermería, 13(3):28-35.
- Crossman, S., Pfeil, M., Moore, J., & Howe, A. (2016). A case study exploring employment factors affecting general practice nurse role development. Primary Health Care Research & Development, 87-97.
- CTNE. (2020). Política Nacional de Enfermería y Plan Estratégico 2020 - 2030. Bogotá.
- Cuestión Pública; Datasketch . (octubre de 2020). Con o sin Covid 19: Colombia es mala paga para las mujeres en salud. Obtenido de <https://cuestionpublica.com/desigualdad-salarial-de-genero-en-sector-salud-colombia/colombia-es-mala-paga-para-las-mujeres-en-la-salud/>
- Daniel, T., Blake, P., Clarissa, C., Alicia J, P., & Andrew, S. (2020). Traversing the Funambulist's Fine Line between Nursing and Male Identity: A Systematic Review of

the Factors that Influence Men as They Seek to Navigate the Nursing Profession. European journal of investigation in health, psychology, and education, 692.

David, R. (2017). challenges for Men in Female Dominated Environment. Link to Health and Social Care Vol 2, 4-20.

de Marchi Barcellos Dalri, R. d., Almeida da Silva, L., Oliveira Cruz Mendes, A. M., & do Carmo Cruz Robazzi, M. L. (2014). Carga horaria de trabajo de los enfermeros y su relación con las reacciones fisiológicas del estrés. Revista Latinoamericana de Enfermagem, 959-966.

Deslauriers, J. (2005). Investigación Cualitativa. Guía Práctica. Pereira: Papiro.

Dumontet, M., Le Vaillant, M., & Franc, C. (2012). What determines the income gap between French male and female GPs-the role of medical practices. BMC Family Practice, 13(1), 1-9.

Fernández, Y., & Vargas, J. (2009). La razón (ratio) enfermera-paciente: relación con los resultados en los pacientes y esfuerzos por establecerlo por la ley [Pregrado]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Folbre, N. (2006). Measuring care: Gender, empowerment, and the care economy. Journal of human development, 7(2), 183-199.

Forero, S., Torres, C., Benítez, J., Martínez, J. (2019). Trabajo Decente en el Sector Salud. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación.

Franco-Miranda, V., Quiroz-González, E., & Castaño-González, E. (2020). Engagement en profesionales colombianos de la salud ¿Existen diferencias según el tipo de contrato? Revista Virtual Universidad Católica del Norte, (60), 159-177.

Freeman, M., Baumann, A., Blythe, J., Fisher, A., & Akhtar-Danesh, N. (2012). Migration: a concept analysis from a nursing perspective. Journal of advanced nursing, 1176-1186.

- Góez, M., Posada, L. (2016). La Licitud de la Tercerización Laboral y la Intermediación Laboral en Colombia: análisis de la postura del Ministerio del Trabajo a partir del ordenamiento jurídico colombiano. Universidad EAFIT. Monografía de grado.
- Han, S., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Awad, K. M., Dyrbye, L. N., Fiscus, L. C., ... & Goh, J. (2019). Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States. *Annals of internal medicine*, 170(11), 784-790.
- Herrera-Amaya, G., & Manrique-abril, F. (2008). Condiciones laborales y grado de satisfacción de profesionales de enfermería. *Aquichán*, 8(2):243-56.
- Jaramillo, I., García, A., Londoño, D., Ortiz, S., & Rodríguez-Lesmes, P. (2021). Efectos de corto plazo en el mercado laboral urbano. Alianza EFI.
- Lopera Betancur, M. A., Forero Pulido, C., Paiva Duque, L. E., & Cuartas, V. M. (2016). El quehacer cotidiano de la enfermera significa soportar la carga. *Revista Cuidarte*, 1262-70.
- Mejía Ortega, L., & Franco Giraldo, A. (2007). Protección Social y Modelos de Desarrollo en América Latina. *Revista de Salud Pública*, 471-483.
- Melgarejo, L., & Ballén, M. (2010). Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(2), 55-92.
- Minsalud. (2018). Política Nacional de Talento Humano en Salud. Bogotá: Minsalud.
- Minsalud. (2022). Resolución 755 de 2022. Bogotá: Minsalud.
- Montañez-Hernández, J. C., Alcalde-Rabanal, J. E., Nigenda-López, G. H., Aristizábal-Hoyos, G. P., & Dini, L. (2020). Gender inequality in the health workforce in the midst of achieving universal health coverage in Mexico. *Human resources for health*, 18(1), 1-13.
- Navas-Torres, J., Alvarado-Muriel, P., González-Cartagena, J., Delgado-Ortiz, S., Domínguez, C., Valero-Cárdenas, H., & Camargo-Figuera, F. (2014). Eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 30(1), 19-27.

Niculcar, P., & Rico, D. (2018). Carga de trabajo de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de adultos. *Revista Científica de enfermería*, 15(93), 5.

Núñez, J. (2010). Mercado laboral y sistema de protección social en Colombia: Desincentivos al trabajo y al progreso. *Perfil de coyuntura económica*, 25.

OIT, Convenios y recomendaciones de la OIT. <https://www.ilo.org/Search5/search.do>

OIT, Nota Informativa de la OIT. (2020). La COVID-19 y el sector de la salud. Departamento de Políticas Sectoriales. https://www.ilo.org/sector/Resources/publications/WCMS_745391/lang-es/index.htm

OIT, Schwarzer, H, Casalí, P, Bertranou, Bertranou, F. (2014). La Estrategia de Desarrollo de los Sistemas de Seguridad Social de la OIT-El Papel de los Pisos de Protección Social en América Latina y el Caribe.

OIT. (10 de 6 de 2022). C155 - Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 155). Obtenido de https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C155

OIT. (18 de 06 de 2002). Organización Internacional del trabajo. Obtenido de <https://www.ilo.org/global/topics/dw4sd/themes/working-conditions/lang-es/index.htm#:~:text=La%20Constituci%C3%B3n%20de%20la%20OIT,que%20es%20urgente%20mejorar%20dichas>

OIT. (2018). El Trabajo de Cuidados y los Trabajadores del Cuidado para un Futuro con Trabajo Decente. Resumen Ejecutivo.

OMS. (2005). Reglamento Sanitario Internacional. Washington: OMS.

OMS. (2019). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Género y Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

- OPS, & OMS. (2019). Orientación estratégica para Enfermería en la Región de las Américas. Washington: OPS.
- Organización Colegial de Enfermería. (2016). ¿Cuál es la situación salarial de las enfermeras en Colombia? Obtenido de <https://www.oceinfo.org.co/organizacion-colegial-de-enfermeria/boletin-oce/214-cual-es-la-situacion-salarial-de-las-enfermeras-en-colombia>
- Organización Internacional del Trabajo. (marzo de 2018). OIT. Obtenido de <https://www.ilo.org/infostories/es-ES/Stories/Employment/barriers-women#intro>
- Organización Mundial de la Salud. (septiembre de 2020). OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
- Ospina, V., & García, A. (2020). Brechas de Género en el trabajo Doméstico y de Cuidado No Remunerado en Colombia. Documentos de Trabajo.
- Pantoja-Rodríguez, J., Vera-Gutiérrez, S., & Avilés-Flor, T. (2017). Riesgos laborales en las empresas. Polo del conocimiento, 2(5), 834-868.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain, behavior, and immunity, 88, 901-907.
- Parra Giordano, D., Felli, V. A., Pinto Galleguillos, D., Saldías Fernández, M. A., & Soto Malabrigo, P. (2021). Factores generadores de Calidad de Vida en el trabajo del Enfermero Docente. Revista Cubana de Enfermería, 27.
- Patricia, G. (2015). The Driving Forces Behind Nurses Leaving the Profession. Nurse Leader, 63-68.
- Pineda, J., Rodríguez, O. (2020). Análisis y Diagnóstico del Mercado de Trabajadoras del Cuidado en Salud para la Ciudad de Bogotá. Documento CIDER. Cider; Universidad de Los Andes.

- Pineda, J., Rodríguez, O. (2021). Análisis y diagnóstico del mercado de trabajadoras del cuidado en salud para la ciudad de Bogotá. Cuso International
- Procuraduría General de la Nación. (2020). Circular para entidades del sector salud, a nivel nacional y territorial. Circular No.07, 10 diciembre 2020.
- Restrepo, A. (12 de 11 de 2019). Los hijos bastardos de Nightingale: sexo, género y sexualidad en las prácticas de. Obtenido de Repositorio Institucional, Pontificia Universidad Javeriana: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/48082>
- Rodríguez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. Revista de Investigación Silogismo, 43.
- Russo, G., Gonçalves, L., Craveiro, I., & Dussault, G. (2015). Feminization of the medical workforce in low-income settings; findings from surveys in three African capital cities. Human Resources for Health, 13(1), 1-8.
- Sergio, M. M., Maria, F. C., Paola, G. E., Maria Isabel, F. C., & Antonia, A. M. (2021). Emotion management and stereotypes about emotions among male nurses: a qualitative study. BMC nursing, 114.
- Shalala, D., Bolton, L., Bleich, M., Brennan, T., Campbell, R., & Devlin, L. (2011). The future of nursing: Leading change, advancing health. Washington DC: The National Academy Press.
- Soto-Fuentes, P., Reynaldos-Grandón, K., Martínez-Santana, D., & Jerez-Yáñez, O. (2014). Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. Aquichan, 14(1), 79-99.
- Suin Juriscol. Sistema Único de Información Normativa. <https://www.suin-juriscol.gov.co/legislacion/normatividad.html>
- Tribín, A., Dia, G., Mojica, T. (2021). Cuidado, Economía y Género: Una aproximación desde la literatura.

- Universidad de Los Andes. Facultad de Psicología. (2021). ¿Qué Mantiene al Personal de la Salud Dando la Batalla contra el COVID-19? Recuperado de: <https://uniandes.edu.co/es/noticias/psicologia/que-mantiene-al-personal-de-salud-dando-la-batalla-contra-el-covid19>.
- Uribe-Rodríguez, A., Garrido-Pinzón, J., & Rodríguez, A. (2011). Influencia del tipo de contratación en la calidad de vida laboral: manifestaciones del capitalismo organizacional. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (33), 101-116.
- Vásquez, M., Ramírez, Y., & Bello, G. (2019). Factores de riesgo psicosocial que afectan a los profesionales en enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*, 18(1), 5.
- Velandia, A. (2011). La enfermería en Colombia 1990-2010. Ejercicio profesional y situación legal. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(1), 65-78.
- Velasco, N., Espinosa, O. (2020). Las Instituciones Prestadoras de Salud, su Crisis Frente a la Pandemia. Comunicado 15. Universidad de Los Andes.
- Velásquez Pinto, M. (2021). La Protección Social de los Trabajadores Informales ante los Impactos del COVID.19. Documentos de Proyectos (LC/TS.2021/37), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Velásquez, M. (2016). Regulación del mercado de trabajo y protección social en países de América Latina. *Social Policy series*.
- Verdugo, L., & Bocanegra, B. (2013). Prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá, Colombia. *Enfermería Global*.
- WHO. (2016). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. Washington.
- WHO. (2017). *Report of the policy dialogue meeting on the nursing workforce*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Yago Hernán, B. (2017). *Los roles de género en Enfermería: Una perspectiva historica de la división del trabajo*. Buenos Aires, Argentina: *Visión de Enfermería Actualizada*.

Zambrano, A., Zuleta, H., Álvarez, A. (2021). Informalidad laboral y COVID-19: Vulnerabilidad o flexibilidad. Alianza EFI.

Zapata-Herrera, M., & Zapata-Gómez, N. (2015). Condiciones de trabajo de las enfermeras y las formas de contratación en Medellín, Colombia. *Universidad y salud*, 17(2), 212-223.

10. Anexos

Anexo 1. Formulario de entrevista semiestructurada

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Objetivo de la consultoría

La Universidad del Rosario y la Corporación para el Desarrollo de la Seguridad Social (CODESS) se encuentran realizando un proyecto de consultoría que tiene como objetivo identificar las condiciones laborales bajo las cuales trabajan las personas empleadas del sector de la salud, específicamente las que se dedican al cuidado de los pacientes. Asimismo, con la información recopilada a través de esta entrevista, se espera proponer mecanismos de política que conduzcan a la mejora de las condiciones laborales de esta población.

Objetivo de la entrevista

Valorar el conocimiento que tienen las personas entrevistadas sobre las condiciones laborales del personal de enfermería que trabaja en la ciudad de Bogotá, como insumo para la construcción de una propuesta de política pública que propenda por el mejoramiento de las condiciones laborales.

Introducción

La pandemia por COVID-19 tuvo un efecto adverso en la gran mayoría de sectores, con la generalidad de haber causado una afectación desproporcionada, especialmente en las condiciones laborales del talento humano del sector salud. Colombia no fue ajena a este panorama y situaciones que venían obstaculizando el desempeño ocupacional y profesional de los trabajadores se incrementaron con las medidas establecidas a raíz de la emergencia sanitaria; cambios que influenciaron aún más la susceptibilidad de los trabajadores de salud a enfermarse o verse afectados por causas propias del trabajo y expusieron a este grupo a los efectos de las recientes demandas en salud para las que no siempre se contó con los recursos necesarios para desarrollar sus capacidades ni garantizar las medidas de protección personal en el ejercicio de sus funciones.

Los trabajadores de la salud no siempre son tenidos en cuenta dentro de las políticas de talento humano ni en sectores gubernamentales como trabajadores. Con regularidad se reconoce al trabajador de la salud únicamente como el instrumento que proporciona los servicios en las instituciones y no como un trabajador o una trabajadora particular,

tampoco se consideran a profundidad las condiciones de trabajo que afectan su salud y por ende su vida. No obstante situaciones de gran magnitud como la reciente pandemia ponen en evidencia la dimensión de la indiscutible vulnerabilidad en que se encuentran los trabajadores de salud, teniendo en cuenta que son propensos a importantes riesgos ocupacionales y ambientales en el desempeño diario de su quehacer, un ejemplo de esto es el uso de tecnologías y técnicas terapéuticas novedosas y sofisticadas necesarias para la atención de pacientes críticos, sin el adecuado entrenamiento para su ejecución lo que expone al trabajador a riesgos ocupacionales y psicológicos por la presión de la incertidumbre en la efectividad del manejo terapéutico, los riesgos de contagio de diferentes enfermedades como riesgo biológico, entre muchos ejemplos más no son considerados a la hora de la contratación del personal en salud limitando al trabajador o trabajadora a responsabilizarse de su propia protección.

Teniendo en cuenta el anterior panorama y con el ánimo de proponer acciones de política pública, la presente consultoría busca indagar las condiciones laborales bajo las cuales se encuentran las personas empleadas del sector de la salud, especialmente las generadas a raíz de la pandemia en Colombia.

Consentimiento informado

La presente entrevista tiene como fin conocer su punto de vista respecto a las condiciones laborales suyas y de los trabajadores de la salud en Bogotá, haciendo énfasis en aquellas durante el tiempo de pandemia. La información recolectada será usada como parte del informe de la consultoría realizada por CODESS y la Universidad del Rosario. Sus datos de identificación se guardarán de manera confidencial, usted es libre de responder las preguntas, si hay alguna que no quiera contestar lo puede hacer y también puede suspender la entrevista cuando así lo considere, además puede solicitar que su información sea retirada del informe final (antes de 30 junio de 2022). Su participación es gratuita, libre y voluntaria. El contestar las preguntas indica que usted da su consentimiento. Cualquier información adicional puede comunicarse con Angela Fernanda Espinosa Aranzales (angela.espinosa@urosario.edu.co) o al celular 3103414091) o con Ana Lucía Casallas Murillo (ana.casallas@urosario.edu.co o al celular 3002099075).

¿Usted acepta participar?

Sí (empiece la entrevista)

No (Agradezca y pregunte por la razón)

Datos de identificación de la entrevista

Entrevista N° _____

Fecha _____

Lugar/medio de la entrevista _____

1. Datos sociodemográficos de la persona entrevistada

Iniciales de nombre: _____

Edad: _____

Género: _____

Estrato socioeconómico: _____

Estado civil: _____

Nivel de formación: _____

Ocupación: _____

2. Datos de empleabilidad desde el periodo de pandemia

Número de empleos _____

Tipo de contrato empleo 1: _____

Lugar de trabajo:

Público _____

Privado _____

Hospital _____

Clínica _____

Puesto de salud _____

Otro _____ ¿Cuál? _____

Rango salarial:

Menor a un salario mínimo legal vigente (SMLV) _____

1 SMLV _____

Entre 1 y 2 SMLV _____

Entre 3 y 5 SMLV _____

Más de 5 SMLV _____

Tipo de contrato empleo 2: _____

Lugar de trabajo:

Público _____

Privado _____

Hospital _____

Clínica _____

Puesto de salud _____

Otro _____ ¿Cuál? _____

Rango salarial:

Menor a un salario mínimo legal vigente (SMLV) _____

1 SMLV _____

Entre 1 y 2 SMLV _____

Entre 3 y 5 SMLV _____

Más de 5 SMLV _____

Datos de Protección Social desde el periodo de pandemia

Afiliación a seguridad social salud -Régimen:

Contributivo _____

Subsidiado _____

Empresa Administradora de Planes de Beneficio (EAPB): _____

Fondo de Pensiones: _____

Aseguradora de Riesgos Laborales: _____

Caja de compensación Familiar _____

Fondo de Cesantías _____

¿Cuántas cotizaciones realiza a protección social mensualmente? _____

Conocimiento general sobre condiciones laborales

2.1 Desde su perspectiva ¿Cómo se encuentra la situación laboral y de contratación para el personal de enfermería (profesionales y auxiliares) en Colombia?

2.2 ¿Cómo considera usted que se encuentra la situación laboral del personal de enfermería (profesionales y auxiliares) en los siguientes temas?:

- » Multitrabajo
- » Rotación de personal
- » Tiempos de descanso
- » Relación enfermera - paciente (Ratio) (para auxiliares y profesionales)
- » Reconocimiento de los estudios de posgrado
- » Planes de inducción y reinducción y formación continua
- » Evaluaciones periódicas de salud ocupacional
- » Disponibilidad de tecnologías en salud para desempeño de la función

2.3 Desde su experiencia:

a. ¿Cuáles tipos de empleo predominan para el personal de enfermería en Colombia?

Nota: Primero dejar que la persona responda tal cual lo que ella sabe, luego se puede orientar con la siguiente tipología:

- » *Asalariado: con contrato y prestaciones sociales.* _____
- » *Independientes con contrato por prestación de servicios.* _____
- » *Independiente a cuenta propia.* _____
- » *Independiente con contrato diferente a prestación de servicios* _____

b. ¿Cuáles tipos de contratación predominan para el personal de enfermería?

Nota: Primero dejar que la persona responda tal cual lo que ella sabe, luego se puede orientar con la siguiente tipología:

- » Término fijo _____
- » Término indefinido_____
- » Por duración de la obra o labor_____
- » Por prestación de servicios_____

c. ¿Estos tipos de contratación los realizan directamente con la entidad donde prestan los servicios, o es tercerizada?

Nota: Primero dejar que la persona responda tal cual lo que ella sabe, luego se puede orientar con la siguiente tipología:

- » Cooperativas de Trabajo Asociado_____
- » Empresas de Servicios Temporales_____
- » Sindicatos_____
- » Otro, ¿Cuál? _____

d. ¿Cuáles son las razones para aceptar este tipo de contratación?

Nota: Primero dejar que la persona responda tal cual lo que ella sabe, luego se puede orientar con la siguiente tipología:

- » Decisión propia _____
- » Por políticas de la empresa _____
- » Es un trabajo temporal _____
- » No tiene otra opción _____

2.4 ¿Usted conoce el término “piso de protección social”?

Nota: En caso que la persona no tenga conocimiento de qué es el Piso de Protección Social, informarle que es lo siguiente: Es un mecanismo de protección en Seguridad Social creado por el Gobierno Nacional y operado por Colpensiones, dirigido a todos los trabajadores que tengan ingresos inferiores a un salario mínimo mensual vigente, el cual busca que se encuentren afiliados a salud subsidiada, estén vinculados al programa BEPS (Beneficios económicos periódicos) y reciban un seguro para riesgos, el cual busca disminuir la

desigualdad social en el corto plazo a través de cobertura para riesgo de salud, vejez y actividad laboral.

2.5 ¿El mecanismo de piso de protección social afectaría al gremio de enfermería?, ¿cómo lo afectaría?

2.6 ¿Cuál es su percepción sobre la protección social (pensión, salud, cesantías, etc.) existente para el personal de enfermería en Colombia?

Problemática de las condiciones laborales del personal de enfermería durante la pandemia COVID 19

2.7 ¿De qué forma considera que la pandemia COVID 19 ha afectado las condiciones laborales del personal de enfermería?

Nota: *Primero dejar que la persona responda tal cual lo que ella sabe, luego se puede orientar con la siguiente tipología:*

- » Variación en los ingresos
- » Jornadas de trabajo
- » Carga laboral
- » Mayor exposición
- » Otro, ¿Cuál?

2.8 ¿Usted considera que hay diferencias en las condiciones laborales del personal de enfermería según género?, en cuanto a:

- » Ingresos
- » Tipos de contratación
- » Carga laboral
- » Asignación de responsabilidades
- » Otros, ¿Cuál?

2.9 Usted conoce personal de enfermería con situaciones de enfermedad laboral, tales como:

- » Síndrome de agotamiento _____
- » Alteraciones osteomusculares _____
- » Problemas de salud mental _____
- » Enfermedades físicas _____
- » Otra ¿Cuál?

-
- 2.10 Ante estas situaciones de enfermedad laboral, ¿conoce si el personal que las ha padecido ha podido acceder a servicios y/o tratamientos para el manejo de estas por parte del empleador?, ¿O le ha tocado a la misma persona buscar atención y cubrirlas con sus propios recursos?
- 2.11 ¿Conoce si el personal de enfermería accedió a acciones de formación continua durante el transcurso de la pandemia?
- 2.12 Si la anterior respuesta fue afirmativa, ¿cuáles fueron los temas que recibió el personal de enfermería?
- 2.13 Respecto a la organización de la empresa o la institución en las que usted labora, ¿cuáles consideraciones tiene respecto a?:
- » Recursos y equipos (insuficiencia, disponibilidad, acciones positivas para ampliarlo, etc.)
 - » Apoyo organizativo y administrativo
 - » Elementos de protección personal
- 2.14 Con relación al desarrollo de su labor, ¿cuáles consideraciones tendría respecto a?:
- » Autonomía laboral
 - » Estabilidad laboral
 - » Apoyo de compañeros y jefes inmediatos
 - » Oportunidades para el desarrollo laboral

¿Desea agregar algo más?

Muchas gracias por su valiosa participación

Nota: En caso de que el espacio asignado para cada respuesta no sea suficiente para consignar a la respuesta del o de la encuestada continuar al final de la encuesta poniendo el número de la pregunta correspondiente.

Anexo 2. Escenario de contratación: contratos de trabajo

Con el fin de obtener información sobre el potencial costo fiscal de una mejora en las condiciones de contratación del personal de enfermería, se va a calcular el costo potencial de pasar a contratos de trabajo los que están por prestación de servicios en el periodo 2019, para tomar un año relativamente normal o cercano al PIB potencial. Para hacer esto, se va a utilizar la información del personal de enfermería que se encuentra en la base RETHUS, obteniendo la información de ingreso laboral e independientes como se describió en la sección 1.

Tabla 1. Factor prestacional

Concepto	Porcentaje		
Prima de servicios.	8.3%		
Auxilio de cesantías.	8.3%		
Intereses sobre las cesantías.	1.0%		
Auxilio de transporte (AT) (salarios ≤ 2 SM)	\$97,032		
Vacaciones	4.2%		
Cajas de compensación familiar	4.0%		
ICBF	3.0%		
SENA	2.0%		
Aportes a salud	8.5%		
Aportes a pensión	12.0%		
Riesgos laborales (Nivel III)	2.4%		
Fondo de solidaridad pensional (FSP)	1.0%		
Total, sin parafiscales (ICBF y SENA) + AT	54.6%	-	60.5%
Total, sin parafiscales	48.8%		
Total, sin parafiscales + FSP		49.8%	
Total, para salarios mayores e iguales a 10 SM	55.8%		

Fuente: elaboración propia.

Para pasar el personal de enfermería a contratos de trabajo, se debe pagar todos los componentes prestacionales que actualmente por su tipo de contrato no está devengando el trabajador. La tabla x, resume la carga prestacional que tiene un trabajador con contrato de trabajo. Un salario con toda la carga prestacional tendría un

aumento aproximado de 55.8% del ingreso mensual, debido al pago de parafiscales a partir de 10 salarios mínimos mensuales (SM) y aporte al fondo de solidaridad pensional (FSP). Mientras que aquellos trabajadores con salarios menores a dos salarios mínimos mensuales podrían aumentar su carga prestacional entre 54.6% y 60.5%, debido a que reciben auxilio de transporte de \$97.032 pesos, y no pagaría parafiscales para ICBF y SENA. Finalmente, un trabajador con un salario entre 2-10 salarios mínimos tendría un factor entre 48.8%-49.8%, según le corresponda el pago del FSP.

Para capturar las diferencias en el factor prestacional por cuenta del nivel del ingreso laboral devengado, se extrajo la información de cotizantes y salarios para diferentes categorías de salario. El factor prestacional utilizado para cada caso es el siguiente: 1) 1-2 SMMLV 48.8% de factor prestacional + Auxilio de transporte; 2) 2-4 SMMLV, 48.8% de factor prestacional; 3) 4-10 SMMLV, 49.8%; 4) más de 10 SMMLV, 55.8%.

La tabla z, resume el funcionamiento de la medida para dos escenarios: 1) escenario amplio, donde se hace el ajuste prestacional sobre el ingreso laboral promedio, lo que implica un mayor ingreso neto para el personal, al cotizar un valor más bajo (8%) del que cotizaba antes de la medida ($40\% * 28.5\% = 11.4\%$); 2) escenario ajustado, en este se resta la diferencia anterior al salario, para realizar el ajuste prestacional sobre el salario neto que tenía el trabajador con el contrato de prestación de servicios, además no se hace ajuste para salarios de más de 10 salarios mínimo mensuales.

En el primer escenario, el costo total estimado por pagar el factor prestacional al personal con contrato de prestación de servicios más el beneficio de la diferencia del tipo de cotización alcanza los 30,737 millones de pesos mensuales. Esto es equivalente a un gasto anual adicional de 368 mil millones de pesos anuales, es decir 0.03% de PIB de la economía o 0.6% del gasto en salud del gobierno central. El beneficio de la medida según la información es mayoritariamente para la población de auxiliares de enfermería con un 66% del costo total. Los recursos se concentran fuertemente en la población de 1-2 salarios mínimos, que son la mayoría en ambos grupos. En el segundo escenario, el costo total estimado son 25,931 millones de pesos mensuales, o 311 mil millones anuales, que corresponden a 0.03% del PIB y 0.51% del gasto en salud, 9 p.p. menos que el estimado en el escenario anterior.

Si bien, este ejercicio contable permite obtener una aproximación al tamaño potencial del costo de implementación de esta medida, lo ideal es estimar el costo utilizando un modelo de equilibrio general que permitan analizar los potenciales efectos de la medida

en otros asuntos, como productividad del sector y la economía, cambios contractuales, mayores costos de operación, menor demanda de personal por asignación de recursos en otro tipo de personal o inversión de capital, entre otros aspectos relevantes. Así se podría entonces obtener un estimado más robusto del costo.

Tabla 2. Resumen de la medida para incrementar la contratación laboral del sector salud

Ocupación	Categoría	Cotizantes	Factor prestacional	Escenario amplio				Escenario ajustado		
				Ingreso base de cotización (IBC)	Ajuste por factor prestacional	Ajuste por diferencia en cotización	Total costo del ajuste (mill.)	Ingreso base de cotización (IBC) ajustado	Ajuste por factor prestacional	Total costo del ajuste (mill.)
Auxiliar de enfermería	<1 SMMLV*	2291	48.8%	\$ 998,597	\$ 584,008	\$ 33,952	\$ 1,416	\$ 964,645	\$ 567,451	\$ 1,300
	+1-2*	15106	48.8%	\$ 2,169,821	\$ 1,155,167	\$ 73,774	\$ 18,564	\$ 2,096,047	\$ 1,022,159	\$ 15,441
	+2-4	157	48.8%	\$ 5,137,420	\$ 2,505,314	\$ 174,672	\$ 421	\$ 4,962,748	\$ 2,420,134	\$ 380
	+4-10	11	49.8%	\$ 11,392,756	\$ 5,669,719	\$ 387,354	\$ 67	\$ 11,005,402	\$ 5,366,894	\$ 59
	+10	1	55.8%	\$ 24,012,500	\$ 13,390,811	\$ 816,425	\$ 14	\$ 23,196,075	\$ -	\$ -
Enfermería	<1 SMMLV	424	48.8%	\$ 1,002,370	\$ 585,848	\$ 34,081	\$ 263	\$ 968,289	\$ 569,228	\$ 241
	+1-2	4986	48.8%	\$ 2,679,472	\$ 1,403,703	\$ 91,102	\$ 7,453	\$ 2,588,370	\$ 1,262,244	\$ 6,294
	+2-4	726	48.8%	\$ 5,776,091	\$ 2,816,769	\$ 196,387	\$ 2,188	\$ 5,579,704	\$ 2,720,998	\$ 1,975
	+4-10	44	49.8%	\$ 11,630,859	\$ 5,788,213	\$ 395,449	\$ 272	\$ 11,235,410	\$ 5,479,060	\$ 241
	+10	4	55.8%	\$ 33,865,625	\$ 18,885,504	\$ 1,151,431	\$ 80	\$ 32,714,194	\$ -	\$ -
Costo total	Total costo ajuste mensual (mill.)						\$ 30,737	\$ 25,931		
	Total costo ajuste anual (mill)						\$ 368,849	\$ 311,174		
Indicadores macro	PIB 2019 (miles de millones)						\$ 1,060,068	\$ 1,060,068		
	Gasto en Salud, gobierno general (miles de mill.)						\$ 61,024	\$ 61,024		
	Gasto en salud, cuenta satélite (miles de mill.)						\$ 66,926	\$ 66,926		
Costo relativo de la medida	% PIB						0.03%	0.03%		
	%Gasto en salud						0.60%	0.51%		
	%Gasto en salud, CS						0.55%	0.46%		
Fuente: Información de Rethus; cálculos propios.										
* Nota: se suma el auxilio de transporte al ajuste.										