

**ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL EMPLEO EN EL SECTOR SALUD DEL
MUNICIPIO DE TULUA PARA EL AÑO 2013, CONSIDERANDO LAS
DIMENSIONES UTILIZADAS EN LA METODOLOGÍA DE LA OIT, AÑADIENDO
A ESTAS, LA CAPACITACIÓN COMO UNA VARIABLE DETERMINANTE.**

**YURI LICETH RODRIGUEZ APONTE
ZULITH JANETH PIEDRAHITA**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE-SEDE TULUÁ
FACULTAD CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
PROGRAMA ACADÉMICO: ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
TULUÁ VALLE DEL CAUCA
2013**

**ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL EMPLEO EN EL SECTOR SALUD DEL
MUNICIPIO DE TULUA PARA EL AÑO 2013, CONSIDERANDO LAS
DIMENSIONES UTILIZADAS EN LA METODOLOGÍA DE LA OIT, AÑADIENDO
A ESTAS, LA CAPACITACIÓN COMO UNA VARIABLE DETERMINANTE.**

**YURI LICETH RODRIGUEZ APONTE cód. 0859347
ZULITH JANETH PIEDRAHITA cód. 0354352**

Trabajo de Grado

**Directora
Ingeniera María Eugenia Chaparro Rojas**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE-SEDE TULUÁ
FACULTAD CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
PROGRAMA ACADÉMICO: ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
TULUÁ VALLE DEL CAUCA
2013**

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Tuluá, Julio,2, 2013

Dedico este trabajo a Dios por darme la sabiduría y fortaleza para culminar satisfactoriamente mis estudios y alcanzar mi ideal de ser profesional.

A mi familia por su apoyo, por sus consejos, cuidados y colaboración.

A mis profesores por la guía que me brindaron durante toda mi carrera profesional.

Yuri Liceth Rodríguez Aponte

A Dios por darme la fortaleza para luchar ante cada dificultad y alcanzar mi sueño de ser profesional.

A mi familia por estar a mi lado, especialmente a Luis Alberto Piedrahita y Judith Martínez, quienes fueron mi pilar durante todo este tiempo. a mis tías por su apoyo, compañía y comprensión.

Al personal docente, que fueron parte en fundamental en mi formación.

Zulith Janeth Piedrahita

AGRADECIMIENTOS

En el propósito de cumplir nuestro ideal de ser profesionales, agradecemos formalmente a:

A la docente María Eugenia Chaparro Rojas directora de trabajo de grado por apoyarnos con su experiencia y conocimientos y por su buen ánimo y disposición en todo momento.

A la Ingeniera Bibiana Caroline Álvarez Arana quien aportó su valioso conocimiento, apoyo y experiencia, convirtiéndose en nuestro Ángel de la Guardia en el desarrollo del trabajo de investigación.

Al personal administrativo y asistencial de las instituciones de salud de la ciudad de Tuluá quienes nos brindaron toda la información importante para culminar con éxito este proyecto.

A la Universidad del Valle Sede Tuluá, y especialmente al personal docente por brindarnos todos los conocimientos necesarios durante el transcurso de la carrera, para finalmente obtener el título como Administradoras de empresas.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. TITULO	15
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
2.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	16
2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	20
2.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	27
2.3.1 Justificación de la Investigación	27
2.3.2 Justificación Teórica	28
2.3.3 Justificación Metodológica.	29
2.3.4 Justificación Práctica	29
2.4 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA	30
2.5 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA	30
3. OBJETIVOS	31
3.1 OBJETIVO GENERAL	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4. MARCO REFERENCIAL	32
4.1 MARCO TEÓRICO	32
4.1.1 Sistema de Salud	46
4.1.1.1 Estructura del Sistema de Salud Colombiano	47
4.1.2 Modelo para el cálculo del Índice de la Calidad del Empleo	53
4.2 MARCO CONCEPTUAL	58
4.3 MARCO CONTEXTUAL	61
4.3.2 Sector Salud	62
5. DISEÑO METODOLOGICO	65
5.1 TIPO DE ESTUDIO	65
5.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	66

5.3 FUENTE Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	66
5.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	67
6. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	69
6.1 SALARIO Y/O INGRESO PROMEDIO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD DE TULUÁ.	70
6. 2 MODALIDAD DE CONTRATACIÓN EN EL SECTOR SALUD DE LA CIUDAD DE TULUÁ, PARA EL AÑO 2013.....	75
6.3 TIPOS DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL DEL SECTOR SALUD DE TULUÁ PARA EL AÑO 2013.....	77
6.4 HORARIO DE TRABAJO EXISTENTE EN EL SECTOR SALUD DEL MUNICIPIO DE TULUÁ PARA EL AÑO 2013.....	80
6.5 POSIBILIDADES DE CAPACITACIÓN, PARA LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD DEL MUNICIPIO DE TULUÁ PARA EL AÑO 2013.....	83
6.6 CÁLCULO DEL INDICE GENERAL DE LA CALIDAD DEL EMPLEO (ICE), SECTOR SALUD DE TULUÁ, PARA EL AÑO 2013.....	85
6.7 SISTEMATIZACIÓN DE LOS RESULTADOS	97
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	105
BIBLIOGRAFÍA	107
CIBERGRAFÍA.....	111
ANEXO	112

LISTADO DE TABLAS

Pág.

Tabla No 1: Indicadores para la medición de la Calidad de la Empleo, América Latina	22
Tabla No 2: Indicadores de la Calidad del Empleo, Colombia	24
Tabla No 3: Indicadores para la medición de la Calidad del Empleo, Marco Teórico	39
Tabla No 4: Entidades Promotoras de Salud- Tuluá.....	63
Tabla No 5: Definición de niveles de atención	64

LISTA DE CUADROS

Pág.

Cuadro No 1: Categorización de las variables	54
Cuadro No 2: Distribución del puntaje por Variable y Categoría de análisis	55
Cuadro No 3: Salario básico por profesión llevado a términos del SMMLV, Colombia 2000.....	56
Cuadro No 4: Distribución de puntaje de la variable ingreso según tipo de cargo	57
Cuadro No 5: Distribución del peso porcentual para el cálculo del Índice de la Calidad del Empleo	57
Cuadro No 6: Distribución por Cargo según sub-variable de la Modalidad de Contratación.....	75
Cuadro No 7: Distribución por Cargo según sub-variable de Capacitación	83
Cuadro No 8: Calificación Cualitativa del Nivel de Calidad del Empleo	85
Cuadro No 9: Matriz de Cálculo del Índice de Calidad del Empleo Variable Ingreso y Nivel de Calidad	86
Cuadro No 10: Matriz de Cálculo del Índice de Calidad del Empleo Variable Modalidad de Contratación y Nivel de Calidad	87
Cuadro No 11: Matriz de Cálculo del Índice de Calidad del Empleo Sub- Variables de la Modalidad de Contratación y Nivel de Calidad.....	88
Cuadro No 12: Matriz de Cálculo del Índice de Calidad del Empleo Variable Seguridad Social y Nivel de Calidad	89
Cuadro No 13: Matriz de Cálculo del Índice de Calidad del Empleo Variable Horario laboral y Nivel de Calidad.....	90
Cuadro No 14: Matriz de Cálculo del Índice de Calidad del Empleo Variable Capacitación y Nivel de Calidad	91
Cuadro No 15: Matriz de Cálculo del Índice de Calidad del Empleo Sub-Variables de la Capacitación y Nivel de Calidad.....	92

Cuadro No 16: Matriz del Cálculo del Índice General de Calidad del Empleo sector Salud, Tuluá, 2013	94
Cuadro No 17: Resumen de indicadores con los niveles de calidad más bajos. ...	96

LISTADO DE GRÁFICAS

	Pg.
Gráfica No 1: Estructura del Sistema de Salud Colombiano.....	48
Gráfica No 2: Distribución del nivel de Ingreso- Cargo Personal Administrativo....	70
Gráfica No 3: Distribución del nivel de Ingreso – Cargo Auxiliares de salud.....	71
Gráfica No 4: Distribución del nivel de Ingreso – Cargo Profesionales en Enfermería	72
Gráfica No 5: Distribución del nivel de Ingreso – Cargo Profesionales de la Salud	73
Gráfica No 6: Distribución del nivel de Ingreso – Otros Cargos	74
Gráfica No 7: Distribución de la Cobertura de la Seguridad Social – Personal Administrativo	77
Gráfica No 8: Distribución de la Cobertura de la Seguridad Social- Auxiliares de la Salud.....	78
Gráfica No 9: Distribución de la Cobertura de la Seguridad Social- Profesionales en Enfermería	78
Gráfica No 10: Distribución de la Cobertura de la Seguridad Social- Profesionales de la Salud	79
Gráfica No 11: Distribución de la Cobertura de la Seguridad Social- Otros Cargos	79
Gráfica No 12: Distribución del Horario de Trabajo-Cargo Personal Administrativo	80
Gráfica No 13: Distribución del Horario de Trabajo-Cargo Auxiliares de Salud	80
Gráfica No 14: Distribución del Horario de Trabajo-Cargo Profesionales de Enfermería	81
Gráfica No 15: Distribución del Horario de Trabajo-Cargo Profesionales de la Salud.....	81
Gráfica No 16: Distribución del Horario de Trabajo-Otros Cargos	82

LISTADO DE ANEXOS

	Pág.
Anexo B. Instrumento de la encuesta	109

INTRODUCCIÓN

La problemática del desempleo, se ha convertido en una de las preocupaciones actuales, por tanto, uno de los objetivos de mayor importancia en materia de política laboral consiste en reducir el desempleo y crear empleos de buena calidad, no obstante la creación de una mayor cantidad de empleos no resuelve el problema, debido a que esto no asegura la existencia de empleos de calidad. En la actualidad se evidencia que la globalización y la liberación de los mercados han generado una mayor competitividad a través de la búsqueda de menores costos de producción, con el objetivo de alcanzar un alto índice de rentabilidad, lo cual conlleva a un relajamiento de las condiciones laborales, la subcontratación y el pago de salarios cada vez más bajos, dando origen a la informalidad laboral o el llamado rebusque y el aumento de los niveles de desempleo.

La importancia de los estudios relacionados con la calidad del empleo, se fundamenta en que no solo se beneficia a los trabajadores, sino por lo contrario, entre la calidad del empleo y la productividad se puede evidenciar una relación directa en el sentido que, un aumento de la productividad permite mejorar la calidad del empleo y, a la vez, mejoras en la calidad del empleo incidirían positivamente en la productividad, convirtiéndose en un factor importante para el crecimiento económico del país. Sin embargo no hay una concientización de que la productividad y la calidad del empleo van de la mano, este es el caso del sector Salud, Según palabras de la señora Mirta Roses Periago, directora de la oficina regional para América de la OMS, señalo en una entrevista presentada por el periódico el tiempo que¹:

“La Ley 100 de 1993 tenía ideas de avanzada y algunas omisiones que, se pensó, se ajustarían con el tiempo. Sin embargo, en el desarrollo de la misma todo se centró en el modelo de financiamiento y se descuidó el sistema de salud”.

¹ EL TIEMPO.COM, [en línea]. [consultado el 24 de marzo de 2013]. Disponible en internet: http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-9536948.html

En tanto a los empleados del sector, ella señalo que:

“El recurso humano es limitado, no hay personal especializado, la mayoría es de contrato, la rotación es alta y muchos no tienen adecuados desempeños”.

Y en relación a este panorama la presente investigación tiene como fin analizar la Calidad del Empleo en el sector Salud del municipio de Tuluá, para el año 2013, utilizando la metodología de la OIT referenciada en el estudio de Farné (2003) para el cálculo del Índice de la Calidad del Empleo (ICE), la cual aborda las variables del ingreso, la modalidad de la contratación, la afiliación a la seguridad social, y el horario de trabajo; sin embargo en el caso específico de la investigación se considera complementariamente la capacitación para el análisis de este fenómeno. Dicho cálculo ICE, se realizó a través de la aplicación de una encuesta a los trabajadores del sector Salud de la ciudad de Tuluá, posterior a esto se realizó una comparación de los resultados en las diferentes categorías de cargo existente.

1. TITULO

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL EMPLEO EN EL SECTOR SALUD DEL MUNICIPIO DE TULUA PARA EL AÑO 2013, CONSIDERANDO LAS DIMENSIONES UTILIZADAS EN LA METODOLOGÍA DE LA OIT, AÑADIENDO A ESTAS, LA CAPACITACIÓN COMO UNA VARIABLE DETERMINANTE.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Uno de los objetivos de mayor importancia en materia de política laboral consiste en reducir el desempleo y crear empleos de buena calidad, sin embargo, el panorama laboral de los países en América Latina desde finales de la década de 1990 se ha caracterizado por elevadas tasas de informalidad y desempleo, una reducción de los beneficios sociales, debilidad de las organizaciones sindicales y bajos ingresos. Por ejemplo; en Colombia, 1.129.054 trabajadores reciben un salario mínimo mensual. Sin embargo, 11.410.000 de personas reciben menos de un salario mínimo.²

A su vez, de acuerdo a los resultados de la investigación del Observatorio Laboral de la Universidad Externado de Colombia desarrollada por el profesor Stefano Farné, se encontró que hay variables de la calidad del empleo en Colombia analizadas entre los años 2002 y 2010, donde se evidencia que en algunos casos mejoraron, y en otros no tanto. Por ejemplo; mientras que las oportunidades de empleo se multiplicaron rápidamente, la informalidad no cedió. Igualmente, los ingresos, la cobertura de la seguridad social y la satisfacción en el trabajo mejoraron; pero la seguridad laboral, las condiciones físicas del trabajo y sobretodo el diálogo social se deterioró. Finalmente las posibilidades de conciliar la vida laboral y familiar no se han acrecentado de manera importante. (Farné, 2011).

²CARACOL, Radio [en línea]. [consultado el 24 de marzo de 2013]. Disponible en internet: <http://www.caracol.com.co/noticias/economia/el-abc-del-salario-minimo-en-colombia/20111201/nota/1586633.aspx>

Esta tendencia también se constata en otras investigaciones a nivel latinoamericano, en donde se evidencia que, debido a los cambios introducidos por las reformas laborales, las nuevas formas de organización productiva, las dinámicas de integración comercial y los procesos de globalización, se han producido importantes alteraciones en las formas tradicionales de vinculación laboral, en la estabilidad del empleo, en la composición del empleo por actividades económicas y ocupaciones, en la intensidad y duración de las jornadas, en el estatus contractual y en las instituciones de protección y los derechos básicos relacionados. (Farné, 2012; Chavez Ramirez, 2001).

Está realidad afecta a los diferentes sectores de la economía, y las instituciones privadas y públicas de los diferentes países latinoamericanos. Y Esté es el caso del sector salud en Colombia que por su relevancia económica y social, se ha convertido en un factor clave para el crecimiento y desarrollo económico del país. Sin embargo, después de 20 años de vigencia de la Ley 100 de 1993, este ha sufrido una transformación que en sus inicios daba señales de ser promisorio y benéfico para el país, sueño que se ha empañado con los ya conocidos desaciertos del gobierno en la administración del sector, así como los escándalos de corrupción y despilfarro de sus instituciones y funcionarios, tanto en el ámbito público y privado. Paralelo a la profundización de los problemas descritos, se ha consolidado otro que no deja de ser menos importante para la estabilidad del sector, y es la precarización paulatina de las condiciones laborales y calidad de vida de los trabajadores del sector, concordando esto con el escenario descrito anteriormente de la calidad del empleo en el país.

Por otro lado, según datos del portal Elempleo.com, el sector salud genera alrededor de un millón de empleos directos en el país, cifra que no contempla los empleos indirectos generados por el mismo. Estas cifras reflejan el impacto del sector en la economía del país, si se considera que por cada trabajador

colombiano, en promedio cinco personas dependen de él, creando así no solo la necesidad de poseer un empleo de calidad sino la relación de este con su calidad de vida personal y familiar. Otro punto es que a pesar de los avances que se vienen presentando en reestructurar las funciones y objetivos en las Cooperativas de Trabajo Asociado-CTA, este sector tiene un alto índice de intermediación laboral, cuyo prisma permite identificar un sinnúmero de prácticas conducentes a evadir los derechos laborales mínimos de los empleados.

A su vez, resultados de un estudio realizado por el CIDSE de la Universidad del Valle sobre la calidad del empleo en el Valle del Cauca (Uribe, 2006), el Departamento presenta (en cifras globales) una informalidad del 61,3%, una tasa de subempleo del 37,4%, y dentro de esta, una tasa de empleo inadecuado por ingresos del 30,9%. La investigación destaca que al parecer la reactivación económica de 2006 en el Valle del Cauca destruyó empleos (la tasa de desempleo aumentó 2 puntos porcentuales), y el empleo que generó fue de baja calidad, especialmente subempleados por competencias (la tasa correspondiente en el Valle salta de 2.8 a 10.2%), y subempleados por ingreso inadecuados (la tasa correspondiente pasa de 25.1 a 30.9%).

Según el estudio anterior, los altos niveles de desempleo, informalidad y subempleo en la región tienen una explicación adecuada en el marco de la teoría estructuralista del mercado laboral: la contracción del sector moderno de la economía aumenta el racionamiento del empleo de buena calidad. Esta contracción de la demanda de trabajo de buena calidad está correlacionada con la contracción estructural del sector industrial manufacturero.

Concentrando la atención en el sector de la salud en Colombia, un estudio realizado por el Ministerio de Protección Social en el año 2002, para el año 2000 el recurso humano calificado para trabajar en el sector de la salud que estaba desocupado, alcanzaba la cifra de 30.000 personas aproximadamente, que a su vez representan el 14% del mercado laboral del sector. De esta cifra, el 7% son Médicos, el 30% Profesionales en Enfermería, el 6% Auxiliares de Enfermería, el 14% Odontólogos, el 48% Terapeutas, y el 19% bacteriólogos y nutricionistas. El mismo estudio con base en un ejercicio de prospectiva, permitió identificar las tendencias de empleo y desempleo para el año 2020, y se obtiene que en el campo de los terapeutas pasarían de un 48% de desocupados en el 2000 a un 66% en el 2020, para el área de la Medicina se pasaría de un 7% en el 2000, a un 22 % en el 2020.

Además de esas cifras tan preocupantes, el estudio encontró que existe un desbalance entre los perfiles curriculares y ocupacionales cuando se analizan las competencias laborales del sector salud, lo que redundaría en una baja productividad y calidad del recurso humano de dicho sector. Parte del problema radica en que la oferta educativa en gran parte del territorio nacional, no se adecua al mercado de servicios en salud, encontrando una brecha entre la formación y el trabajo, la cual se reproduce desde las instituciones estatales hasta los operadores públicos y privados.

Esta situación que evidencia cada uno de los estudios mencionados, pronostican que de seguir presentándose dichas condiciones en el sector salud el nivel de desempleo incrementará y se verá afectada la calidad del empleo, y por ende la productividad y la satisfacción laboral del talento humano de este sector, perdiéndose la identidad de los trabajadores con la institución donde laboran.

Esta investigación busca entre sus muchos propósitos identificar lo más cercano a la realidad, la calidad del empleo de los trabajadores del sector Salud de Tuluá, por la importancia del mismo para la economía de la región.

2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Las Investigaciones relacionadas con la calidad del empleo adquirieron importancia en el contexto internacional desde finales de los noventa, en donde se formuló el concepto del trabajo decente por parte de la OIT (Organización Internacional del Trabajo) la cual señala que un empleo de calidad o decente, debe tener entre otras características: ser elegido libremente; ser lo suficientemente productivo y por ende bien retribuido; tener cobertura en salud, pensión, riesgos profesionales y de desempleo; permitir el diálogo entre gobierno, trabajadores y empresarios y fomentar el respeto de los derechos humanos y laborales. (Farné, 2012).

A pesar de los debates sobre estudios laborales, si es lo mismo empleo que trabajo, la discusión referente a la calidad del empleo se enmarca dentro del papel y las características de trabajo; pasando de una concepción del trabajo como un medio exclusivo para asegurar la sobrevivencia humana a la perspectiva marxista que lo enfatiza de manera diferenciada según el modo de producción. A su vez se reconoce que la acción de trabajar significa hacer un aporte al desarrollo de la sociedad, permitiendo que el individuo obtenga un nivel de ingresos que facilite su supervivencia y la mejora de sus condiciones materiales de vida (casa, estudio, medios de transporte... entre otros), y, bajo una mirada moderna se presume que el trabajo facilita el reconocimiento social y satisfacción personal, integrando a las personas en espacios de interacción social. Por tal motivo. Y el hecho de perder el empleo, sigue considerándose la amenaza central para las personas, lo cual se agrava en el contexto de una crisis económica ya que conseguir un nuevo empleo es mucho más difícil. (Farné, 2012).

Dicho contexto ha ubicado a la Calidad del empleo en una posición clave en relación al impacto que tiene el desarrollo económico sobre los beneficios que disfrutaban los empleados y su posterior desarrollo social. Sin embargo se presenta la disyuntiva entre si ofrece mayores beneficios a los trabajadores disminuirá la productividad; o por ende existe una relación positiva entre estas variables. Un estudio que resuelve dicha disyuntiva es el realizado por (Davoine, 2008), el cual encuentra que en los países de la Unión Europea existe una correlación positiva entre la calidad de empleo y la tasa de ocupación, lo que indica que no necesariamente existe un *trade-off*³ entre la calidad y la cantidad del empleo.

Este resultado podría argumentarse bajo la concepción de que la calidad del empleo no solo es útil para el bienestar de los trabajadores, sino por lo contrario, entre la calidad del empleo y la productividad se puede evidenciar una relación directa en el sentido que un aumento de la productividad permite mejorar la calidad del empleo y, a la vez, mejoras en la calidad del empleo incidirían positivamente en la productividad.

En lo relacionado a las investigaciones realizadas en este tema en Colombia uno de los exponentes más importantes de los temas relacionados con la Calidad del Empleo, es Stefano Farné, profesor de la Universidad Externado de Colombia y director del Observatorio del Mercado de Trabajo y la Seguridad Social de dicha Universidad, Él ha realizado diferentes investigaciones a nivel latinoamericano y nacional acerca de la Calidad del Empleo y su evolución.

Farné, compiló los trabajos que sobre este tema han realizado Instituciones como la CEPAL (Comisión Económica para América Latina), e investigadores de Perú, Ecuador, Bolivia, Chile y Colombia. En su estudio acerca de la Calidad del Empleo en América Latina a principios del siglo XXI (2012), encontró que a fines de los años noventa, el trabajo realizado en la OIT sobre el tema de la calidad del

³ Compensación

empleo realizado por *Rodgers y Reinecke (1998)*, fue la base para las investigaciones posteriores de la OIT en América Latina y el Caribe, un resumen de los indicadores utilizados en esta investigación se presenta en la siguiente Tabla.

Tabla No 1: Indicadores para la medición de la Calidad de la Empleo, América Latina

Agrupaciones	Ingresos	Estabilidad de Trabajo e Ingresos	Protección socio Laboral	Organización del Trabajo	Integración Social	Desarrollo del Trabajo
Indicadores	- Salarios -Beneficios no salariales	- Tipo de contrato. -Tipo de Pago	- Salud -Maternidad -Jubilación - Discapacidad - Desempleo - Igual pago para igual trabajo. Cumplimiento de la Legislación	-Número y Organización de horas de Trabajo. -Intensidad del Trabajo. -Riesgos Ocupacionales (Salud, accidentes). - Ambiente Físico, Contaminación, calor, ruido. Interés del Trabajo (Monotonía).	- Participación en decisiones. - Organización de Intereses laborales. - Ambiente social del trabajo (Con interacciones, trato digno, libre de acoso)	- Capacitación - Perspectiva de trayectoria Ascendente.

Fuente: (Farné, 2012 p.50)

De acuerdo a la Tabla No 1, un problema evidenciado en el análisis de la calidad del empleo en América Latina es el hecho de que varias de las variables que generalmente se analizan solo tienen vigencia para trabajadores asalariados, excluyéndose otras categorías (no asalariados, trabajadores familiares...entre otros). Esto es así en los casos de beneficios otorgados por el empleador y de sistemas contributivos de seguridad social en los cuales, los individuos en otras categorías de ocupación tienen acceso voluntario (por ejemplo, en el caso de los trabajadores independientes, pero habitualmente con un bajo grado de cotización) o simplemente no lo tienen por vía del empleo (por ejemplo, en el caso de trabajadores familiares no remunerados que pueden estar cubiertos por este sistema como miembros de familia) (Farné, 2012).

Algunos otros indicadores utilizados en la literatura sobre la calidad del empleo en América Latina son (Farné, 2012):

- La tasa del subempleo, que tiene, en la perspectiva del DANE de Colombia, tres componentes, a saber: el empleo con insuficiencia de horas o de ingresos y el empleo inadecuado por competencias (Pineda Duque, 2006)
- La permanencia en empleo (Sehnbruch, 2004 y Lopez, 2006).
- La categoría de ocupación (Sehnbruch, 2004)
- El número de empleos en que se desempeña un ocupado (Messier, 2008 y Marull Maita, 2010).
- La ubicación del puesto de trabajo (Messier, 2008 y Marull Maita, 2010).

En el caso particular de Colombia, las investigaciones sobre la Calidad del Empleo han concluido que el fenómeno que ha caracterizado el mercado laboral en la última década ha sido el auge de las formas atípicas y flexibles de contratación, en especial de la subcontratación, las CTA (Cooperativas de Trabajo Asociado) y el trabajo independiente. Dicho auge fue antecedido por el aumento del empleo temporal durante los noventa, y la disminución del sindicalismo colombiano iniciada a mediados de los años ochenta. Es importante señalar que estos empleos atípicos trasladan la responsabilidad y el costo de la protección social del empleador al trabajador, ocasionando una menor estabilidad laboral, menores remuneraciones e imposibilitando la representación sindical, por tal motivo es posible concluir que el alcance de una mayor cantidad de trabajadores ocupados en el país coincida con el deterioro de la calidad del empleo.

En las investigaciones realizadas en el país, se puede hacer referencia al siguiente listado de indicadores:

Tabla No 2: Indicadores de la Calidad del Empleo, Colombia

DIMENSIÓN	INDICADOR
Oportunidad de empleo	• Empleo • Desempleo • Participación femenina en empleos directivos • Trabajadores menores de edad • Informalidad laboral • Informalidad de los negocios
Flexibilidad y seguridad (Estabilidad Laboral)	• Trabajadores por posición ocupación • Asalariados temporales (con contrato) • Asalariados subcontratados (con contrato) • Empleo de tiempo parcial involuntario • Trabajadores de las CTA • Trabajadores Estables
Condiciones de trabajo	• Trabajo a la intemperie • Trabajo de gran esfuerzo • Trabajo con problemas ambientales
Seguridad Social	• Trabajadores cotizantes a salud contributiva • Trabajadores cotizantes a pensiones. • Trabajadores afiliados a ARP (actualmente ARL aseguradoras de riesgos laborales).
Ingresos	• Salario/ Ingreso por hora. • Por posición ocupacional • Por posición ocupacional y nivel de estudios. • Salario mínimo • Trabajadores por rangos de salarios mínimos.
Dialogo social	• Trabajadores afiliados a sindicatos • Trabajadores beneficiarios de convenios y convenciones colectivas • Asalariados afiliados a sindicatos
Satisfacción en el trabajo	• Subempleados por horas • Subempleados por competencias • Subempleados por ingresos • Trabajadores que desean cambiar su actual trabajo • Conformidad con el tipo de contrato • Satisfacción con trabajo, horas, remuneración.
Conciliación de la Vida laboral y familiar.	• Trabajadores con jornadas extensas de trabajo • Diferencial de empleo entre trabajadores con/sin hijos de edad de preescolar. • Trabajos compatibles con responsabilidades familiares.

Fuente: Adaptado (Farné, 2012)

Otros estudios que se han realizado en el contexto colombiano y vallecaucano, son aquellos liderados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD, entre estos se encuentra el estudio “EXCLUSION SOCIAL EN EL MERCADO LABORAL DEL VALLE DEL CAUCA: DESEMPLEO Y CALIDAD DEL EMPLEO 2001-2006”, desarrollado por la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad del Valle, y coordinada por el profesor José Ignacio Uribe. Esta investigación destaca que la precarización del empleo no tiene su origen únicamente en la ambición de los empresarios, sino en las presiones que la globalización impone a las empresas actuales para ser más competitivas. Destacando que ante el concepto erróneo de productividad y competitividad en la mayoría de los empresarios latinoamericanos, se opta por abaratar los factores de producción, donde el más importante es el trabajo, especialmente en los países subdesarrollados que utilizan más intensamente la fuerza laboral, opción que contiene altos costos sociales por la disminución significativa del bienestar de los trabajadores y mayor exclusión social.

A su vez un claro ejemplo de la baja calidad del empleo en el sector salud, fue la pasada marcha del 7 de junio del 2012 en donde más de 10.000 Trabajadores del sector salud marcharon por las calles del centro de Bogotá en protesta por el incumplimiento en los pagos de las EPS, las cuales hasta esa fecha les debían más de 260 mil millones de pesos y sumado a esto se preveía que a partir del 1 de julio del 2012 con la nivelación del POS-Contributivo los hospitales públicos de Bogotá dejarán de facturar y recibir más de 15 mil millones de pesos mensuales.

Los gerentes de los 22 hospitales públicos lideraron la marcha, en compañía del personal administrativo, asistencial y de los pacientes de sus respectivos hospitales, dicha marcha inició en el Parque Nacional y se dirigió hacia la Plaza de Bolívar, la cual fue autorizada por el distrito y contó con el apoyo del Alcalde Gustavo Petro.⁴

Otra problemática clara es la Financiación del pasivo prestacional del sector salud, la cual está siendo abordada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través del decreto 0700 del 12 de Abril del 2013, el cual ha decretado en él:

Artículo 1. Financiación del pasivo prestacional del sector salud. La financiación del pasivo causado hasta el 31 de diciembre de 1993 por concepto de cesantías y pensiones de los trabajadores del sector salud que hubieren sido reconocidos como beneficiarios del extinto Fondo del Pasivo Prestacional del Sector Salud, es responsabilidad de la Nación y de las entidades territoriales.

⁴ RCN, Radio, [en línea]. [consultado el 30 de marzo de 2013]. Disponible en internet: http://www.canalrcnmsn.com/noticias/gran_marcha_del_sector_salud_en_bogota1_en_prot_esta_contra_las_eps

2.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

2.3.1 Justificación de la Investigación

La problemática del desempleo, se ha convertido en una de las preocupaciones actuales, no obstante la creación de una mayor cantidad de empleos no resuelve el problema, debido a que esto no asegura la existencia de empleos de calidad. Un empleo decente o de calidad, debe presentar unas características mínimas, tales como: al menos cubrir las necesidades básicas, ser productivo y equitativo, de libre elección, ofrecer protección contra accidentes laborales, enfermedades, vejez y desempleo, permitir participación y capacitación, y fomentar el respeto de los derechos humanos y laborales (Anker, 2003). Por tal motivo un buen trabajo es aquel cuyas funcionalidades permiten al trabajador desarrollar mejores capacidades para ser y hacer cosas valoradas e importantes en un contexto específico.

Aunado a esto, se encuentra la problemática nacional esbozada líneas atrás, lo que justifica la realización de esta investigación, por medio de la cual se busca sentar las bases para que se identifique en detalle, las condiciones laborales de los trabajadores del sector Salud de Tuluá en el marco del cálculo del Índice de la Calidad del Empleo.

2.3.2 Justificación Teórica.

La investigación propuesta, se fundamenta en el análisis de la calidad del empleo, fenómeno relacionado con la evolución del concepto del trabajo y del mercado del trabajo realizados por los principales autores de la escuela clásica de la economía, una evolución que ha favorecido la discusión acerca de las condiciones del trabajo decente o de calidad, y la concepción del trabajo en sí mismo, como exclusivamente un factor de producción y alineación del individuo o como una actividad positiva, creadora y desarrolladora de la personalidad.

En lo relacionado a las variables y/o características que dan al trabajo la capacidad de satisfacer o no, las necesidades mínimas para considerarse un empleo de calidad, varios autores han propuesto diferentes modelos para el cálculo del Índice de la Calidad del Empleo (ICE), teniendo en cuenta diferentes factores vinculados al trabajo como: de orden económico, social, psíquico, y de salud de los trabajadores. (Reinecke, 2000).

Sin embargo, en esta investigación, se analizará el fenómeno de la calidad del empleo en el Sector Salud de la ciudad de Tuluá, basándose en el estudio realizado por el profesor Stefano Farné, Estudio sobre la Calidad del Empleo en Colombia (Farné, 2003). La importancia de este estudio, radica en que esté, aplica la metodología de la Organización Internacional del Trabajo, para el cálculo del Índice de la Calidad del Empleo (ICE), sin embargo en la investigación se considerará complementariamente la capacitación como una variable determinante en la Calidad del Empleo.

Otro punto a tener en cuenta es que esta investigación tiene carácter de región, por tal motivo sus hallazgos producirán un conocimiento que, con el concurso del sector público y privado, permitirá realizar este tipo de estudios en los distintos sectores económicos claves para la región.

2.3.3 Justificación Metodológica.

La presente investigación tiene como fin analizar la Calidad del Empleo en el sector Salud del municipio de Tuluá, para el año 2013, por tal motivo se acude a la metodología de la OIT referenciada en el estudio de Farné (2003) para el cálculo del Índice de la Calidad del Empleo (ICE), la cual aborda las variables del ingreso, la modalidad de la contratación, la afiliación a la seguridad social, y el horario de trabajo; para una posterior comparación de las categorías de cargo estudiadas, sin embargo en el caso específico de la investigación como se mencionó anteriormente se considera complementariamente la capacitación para el análisis de este fenómeno. Dicho cálculo ICE, se realizó a través de la aplicación de una encuesta a los trabajadores del sector salud.

2.3.4 Justificación Práctica.

Han sido variadas las investigaciones y metodologías propuestas para el análisis de la Calidad del Empleo, sin embargo estas han sido realizadas en el marco de la realidad socioeconómica de un determinado país. No obstante, recientemente en Colombia, los diferentes estudios relacionados con las dinámicas del mercado laboral, han demostrado la importancia de los componentes locales en la dinámica de dicho mercado y la relación causal entre el índice de desarrollo de las ciudades y la calidad del empleo (Galvis 2000; García Cruz, 2005; Ortiz, 2005).

De acuerdo a lo anterior, como el Sector Salud, está en crecimiento y genera tantas economías de escala tanto en el municipio de Tuluá, como en su zona de influencia, si no se realiza este tipo de estudio, ese crecimiento no será acorde a las necesidades reales del talento humano del mismo, además la calidad del empleo se podría ver deteriorada por situaciones como la subcontratación laboral, jornadas de trabajo extenuantes e incumplimiento y atrasos en la cancelación de los pagos salariales.

2.4 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA

Por tanto, la pregunta de investigación que rige el trabajo propuesto se circunscribe a:

¿Cuál es la calidad del empleo en el sector Salud del municipio de Tuluá para el año 2013, considerando las dimensiones utilizadas en la metodología de la OIT - Organización Internacional del Trabajo- para tal fin, añadiendo a estas, la capacitación como una variable determinante?

2.5 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es el salario y/o ingreso promedio de los trabajadores del sector Salud del municipio de Tuluá para el año 2013?
- ¿Cuántas y cuáles son las modalidades de contratación del personal del sector Salud del municipio de Tuluá para el año 2013?
- ¿Qué tipo de afiliación a la seguridad social tienen los empleados y funcionarios vinculados al sector Salud del municipio de Tuluá para el año 2013?
- ¿Qué horarios de trabajo existen en el sector Salud del municipio de Tuluá para el año 2013?
- ¿Cuáles son las posibilidades de capacitación, para los trabajadores del sector Salud del municipio de Tuluá para el año 2013?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la calidad del empleo en el sector Salud del municipio de Tuluá para el año 2013, considerando las dimensiones utilizadas en la metodología de la OIT - Organización Internacional del Trabajo- para tal fin, añadiendo a estas, la capacitación como una variable determinante.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Calcular el salario y/o ingreso promedio de los trabajadores del sector Salud del municipio de Tuluá para el año 2013.
2. Identificar las modalidades de contratación del personal del sector Salud del municipio de Tuluá para el año 2013.
3. Determinar los tipos de afiliación a la seguridad social de los empleados y funcionarios vinculados al sector Salud del municipio de Tuluá para el año 2013.
4. Evaluar el horario de trabajo existente en el sector Salud del municipio de Tuluá para el año 2013.
5. Identificar las posibilidades de capacitación, para los trabajadores del sector Salud del municipio de Tuluá para el año 2013.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO TEÓRICO

El estudio sobre la calidad del empleo tiene su origen en los estudios y análisis sobre el trabajo y del mercado del trabajo realizados por los principales autores de la escuela clásica de la economía, entre ellos se destacan Adam Smith, Karl Marx, David Ricardo y Thomas Malthus. El gran aporte de esta escuela, es que deja claras concepciones sobre el futuro del trabajo en el marco del modelo capitalista, si el Estado no tomaba un papel protagónico en el control del nuevo orden económico que avanzaba sin señales de detenerse. Sin embargo, algunos autores como (Champlin, 1995) afirma que “La Calidad del Empleo es un fenómeno sin fundamentación teórica en economía”, a su vez (Rodgers, 1998), advierten que “Se ha hecho relativamente poco análisis económico sistemático de la Calidad del Empleo”.

Sin lugar a dudas, antes de analizar el concepto de la Calidad del Empleo, y las dimensiones a tener en cuenta en su medición, es necesario analizar el concepto del trabajo y su evolución, la cual ha estado sujeta a diferentes refutaciones y/o contradicciones (Neffa, 2003). Por ejemplo: Adquiere una valoración positiva en contraste a una concepción de acción de explotación y alineación. Solo es útil como medio para satisfacer las necesidades o adquiere un carácter liberador.

- Desarrolla la personalidad de quien lo realiza o aliena al individuo.
- Crea bienes socialmente útiles en contraposición a la expropiación del producto en consecuencia al contrato del trabajo.

A su vez Enrique De la Garza Toledo (2006) asevera que: “Ya que el concepto de trabajo ha cambiado históricamente, conviene recapitular acerca de su significado”. Por lo tanto, según este autor dicho concepto puede ser entendido bajo dos corrientes:

1. El concepto restringido clásico del trabajo
2. El concepto ampliado del trabajo

De la Garza afirma que las dos concepciones teóricas que dan origen al concepto restringido del trabajo son: La neoclásica y la marxista clásica. La primera de ellas asume que “no hay otro trabajo a considerar sino el asalariado, el que se compra y se vende por un salario” (el mercado de trabajo). Según Noguera (1998) se toma al trabajo como una actividad estrictamente instrumental ajena a la autorrealización personal y que presume necesariamente una restricción para la libertad y la autonomía del ser humano. Y en la concepción marxista clásica el concepto del trabajo no solo está relacionado con la generación de valores de cambio, sino entra en juego el concepto de plusvalía, traído a colación por Marx y Engels.

Plusvalía valor que el trabajo no pagado del obrero asalariado crea por encima del valor de su fuerza de trabajo y del que se apropia gratuitamente el capitalista. La plusvalía expresa la esencia y la particularidad de la forma capitalista de explotación, en la que el plus-producto adquiere la forma de plusvalía. Después de descubrir la esencia de la categoría económica de la mercancía fuerza de trabajo, Marx resolvió lo que no habla podido resolver toda la economía política que le precedió, descubrió la fuente real que da origen a la plusvalía, puso al descubierto la naturaleza de la explotación capitalista, oculta tras las relaciones mercantiles. Al organizar la producción, el capitalista desembolsa una determinada suma de dinero para adquirir medios de producción y para comprar fuerza de trabajo sin perseguir

más que un objetivo: obtener un excedente de valor sobre la cantidad de dinero inicial anticipada por él, es decir: obtener plusvalía”⁵.

En cuanto al concepto ampliado del trabajo, De la Garza Toledo (2011) en su ponencia “Hacia un concepto ampliado del trabajo” afirma que:

Es necesario un concepto ampliado de trabajo, que considere a la vez sus dimensiones objetiva y subjetiva. Es decir, se requiere partir de la idea de que el trabajo es una forma de interacción entre hombres y entre estos con objetos materiales y simbólicos, que todo trabajo implica construcción e intercambio de significados.

Luego de presentar las dos corrientes que explican el concepto del trabajo, expuestas por De la Garza, y posterior a una revisión bibliográfica, a continuación se exponen los postulados de los diferentes economistas. Para Adam Smith (1988) el trabajo adquiere un sentido de sacrificio, esfuerzo físico y sufrimiento, a su vez se convierte en un factor de producción intercambiado por un salario, que en el objetivo de incrementar la rentabilidad organizacional, esté como factor de costo/producción debe tratar de reducirse; en contraste K. Marx, concibió al trabajo como una actividad positiva y creadora, ya que el trabajador en dicha acción pone algo de sí, por tal motivo Marx afirma que:

Considerar el trabajo solamente como un sacrificio, es decir como fuente de valor, como un precio pagado por las cosas y que da un precio a las cosas según que ellas cuesten más o menos trabajo, es quedarse en una definición solamente negativa (Marx, 1974).

⁵ Definición tomada de: <http://www.eumed.net/cursecon/dic/bzm/p/plusvalia.htm> Consultado el día 12 mayo del 2013, 03:15 am.

El primer economista en proporcionar la importancia suficiente al trabajo fue Adam Smith, para él, este simbolizaba la fuente de riqueza de las naciones, y es el *Trabajo Productivo* aquel que agrega valor en verdad y esté aunado con la división de trabajo, inciden en la acumulación del capital (Smith, 1979). Y Smith, adelantándose a Marx, da un acercamiento al concepto de plusvalía, asumiendo que en la acumulación de la riqueza es debida en partes al trabajo obrero no pagado al trabajador, el cual el empresario decide apropiarse.

“Los precursores más próximos al pensamiento de Smith, como Petty y Cantillón, habían reconocido que quienes invierten capital en empresas mercantiles obtenían beneficios, pero se trataba de vender caro y comprar barato, sin incrementar el valor añadido del producto. Mas, para Smith, el beneficio para el empresario capitalista se justifica por el valor que añadían los trabajadores asalariados al valor original de las materias primas” (Alcón Yustas, 1994).

Adam Smith expone la teoría clásica del valor, la cual se enfoca en justificar la fijación de los precios de las mercancías de acuerdo al cálculo de los costos de producción; a su vez David Ricardo, discípulo ferviente de Smith, definía el valor del trabajo como la cantidad de sacrificio y/o esfuerzo humano generador de valor el cual es aplicado a la producción de una mercancía, siendo este valor del trabajo una unidad de medida para los economistas clásicos, debido a que, todo objeto era descompuesto en trabajo y cada objeto intercambiable, contiene en si mismo como condición, trabajo humano. Por tal modo la posición de Smith y Ricardo se convirtieron en la base de la teoría clásica de valor de trabajo (Rodríguez Caballero, 2003):

- Adam Smith asumió la pertinencia de la teoría del valor-trabajo para un contexto histórico particular; el estado primitivo y rudo de la sociedad en el cual se establecía que el valor de la mercancía, depende de la cantidad de trabajo invertida en su producción.

- El otro estadio analizado es el de la sociedad avanzada, en donde el precio no depende y coincide con la cantidad de trabajo invertida si no que entre en juego la mano invisible del mercado, creando así, una diferenciación entre el precio «natural» y el precio del «mercado».

Ahora bien, en esta discusión, es de anotar que Marx, explica el rol que tiene el trabajo en la producción capitalista, en conclusión, el trabajo que no se le reconoce o paga al obrero justificaba el crecimiento de la economía, convirtiéndose este en plus-valor.

“El capitalista no se limita a hacer que el operario produzca lo indispensable para indemnizarlo por esa inversión, pues lo obliga a trabajar horas adicionales, las que son las creadoras de la plusvalía, la que pasa al bolsillo del empresario o del dueño del establecimiento. Esto hace del trabajador un explotado y del patrón un explotador” (Molina, 1989).

El referente teórico sobre la calidad del empleo se tomo principalmente desde la perspectiva socioeconómica, sin embargo según Pineda y Acosta (2011) afirman que: no existe un marco teórico apropiado ni herramientas metodológicas para su medición. No obstante, en las ciencias sociales se evidencian tres principales líneas de investigación para el estudio de la calidad del empleo (Dahl, Nesheim & Olsen, 2009):

1. La económica, la cual estudia los elementos relacionados con las compensaciones económicas alcanzadas con el trabajo.
2. La sociológica, que analiza variables relacionados con el prestigio, autonomía ocupacional y del control que se tiene sobre el empleo.
3. La psicológica, da mayor importancia a la satisfacción laboral como indicador de la calidad del empleo.

Por otro lado, Pineda & Acosta (2011), argumentan que parte de la dificultad de la no existencia de un marco teórico apropiado, se debe a que en las últimas décadas, se han producido cambios significativos producidos por las nuevas formas de organización productiva, las dinámicas de integración comercial y los procesos de globalización, que han provocado importantes alteraciones en las formas tradicionales de vinculación laboral, en la estabilidad del trabajo, en la composición del trabajo por actividades económicas y ocupaciones, en la intensidad y duración de las jornadas, en el estatus contractual y en las instituciones de protección y de los derechos básicos relacionados.

Según este panorama ¿A qué se le puede llamar un buen empleo?, o ¿Un empleo de buena calidad?, cuál sería la definición más apropiada para este concepto y que variables se tendrían en cuenta para su medición, varios autores han tratado de dar respuestas a estos interrogantes, algunos de ellos bajo una definición por extensión y otros bajo una de contraste, la primera de ellas consiste en la enumeración o listado de las diferentes variables necesarias para tener un buen empleo, mientras que la segunda hace un contraste entre un empleo de calidad y uno que no lo es, convirtiéndose así la definición por extensión, en una simple enumeración de ingredientes que solo sirve para la preparación de un buen empleo, pero no describe su verdadera esencia (Farné, 2003).

Es importante anotar que gracias a las variables que se analizan sobre la Calidad del Empleo dan a este concepto diferentes connotaciones, por ejemplo, para el Estado, los aspectos claves para analizar la calidad del empleo son los relacionados con el cumplimiento de los derechos humanos y laborales y con mayor relevancia aquellos vinculados con el crecimiento económico y la reducción de los niveles de pobreza, por otro lado, las empresas consideran que un buen empleo está ligado a la productividad y versatilidad en el trabajo y a su vez los

trabajadores encuentran que un buen empleo es aquel que les proporcione una estabilidad laboral y el derecho al pago de sus prestaciones sociales (Farné, 2012).

Algunas definiciones acerca de la calidad del empleo son:

- Van Bastelaer y Hussmann (2000): La calidad del empleo se refiere a un conjunto de características que determinan la capacidad del empleo de satisfacer ciertas necesidades comúnmente aceptadas.
- Infante y Vega-Centeno (1999): La calidad del empleo estaría vinculada a aquellos factores que redundan en el bienestar de los trabajadores.
- Reinecke y Valenzuela (2000): La calidad del empleo se puede definir como el conjunto de factores vinculados al trabajo que influyen en el bienestar económico, social, psíquico y de salud de los trabajadores.
- Sehnbruch (2007): Este autor analiza la calidad del empleo bajo el enfoque de las capacidades, en donde un empleo de calidad, tiene la facultad de que sus funcionalidades (tipo de contrato, jornada laboral, entre otras), otorguen al trabajador el desarrollo y mejora de sus capacidades para ser y hacer cosas valoradas.

De otro lado las variables y/o indicadores para el cálculo del índice de la calidad del empleo (ICE), ya han sido mencionadas previamente en los antecedentes del problema, en donde se citó las utilizadas en los estudios a nivel latinoamericano y colombiano, sin embargo, en este aparte de la investigación, se reseñan los indicadores y/o atributos propuestos por diferentes autores a través de una tabla que resume y clasifica los diferentes indicadores en categorías relacionándolos con los autores que los proponen.

Tabla No 3: Indicadores para la medición de la Calidad del Empleo, Marco Teórico

Indicadores Autores	Ingresos/ Beneficios	Estabilidad Laboral	Protección socio- laboral	Organización del Trabajo	Integración social	Posibilidades de capacitación y aplicación de conocimientos o habilidades.	Satisfacción Laboral/ vida familiar
Rosenthal (1989)		-Estatus del trabajo -Seguridad en el empleo	-Afiliación a salud y pensiones. -Vacaciones	-Jornada laboral (Turnos, horas extras, tiempo parcial, flexibilidad del horario). - Tareas y condiciones del trabajo (Riesgos ocupacionales)		- Posibilidad de acceso (como variable que favorece la satisfacción laboral)	Depende de: reconocimiento y apropiación de los logros y resultados, utilización y desarrollo de capacidades, influencia hacia otros, habilidad para solucionar problemas.
Gitleman y Howell (1995)			- Afiliación a salud y pensión.	-% de trabajadores de tiempo parcial involuntario. -Horas de trabajo. - Indicador de condiciones de trabajo físicas y ambientales y esfuerzo requerido.	-Densidad sindical.	- Un indicador de educación formal general. - Un indicador de capacitación específica. - Un indicador de habilidades personales. - Un indicador de destreza manual	
Verdera (1995)		- Estabilidad laboral.	- Afiliación a seguridad social.	- Jornada Laboral. - Lugar de trabajo.	- Sindicalización.		
Rodgers (1997)	- Beneficios no salariales. - Regularidad del ingreso.	- Modalidad de Contratación. - Regularidad y confiabilidad del trabajo.	- Protección social (pensión, salud y contra el desempleo).	- Riesgos de accidentes y enfermedades laborales. -Intensidad del trabajo.	-Representación. - Involucramiento de decisiones relativas al trabajo.	-Posibilidad de aplicación y desarrollo de las habilidades y de la creatividad de los individuos.	
Burgess y Campbell (1998)	-Inseguridad de los Ingresos. -Inseguridad de los beneficios no salariales.	- Inseguridad relacionada con las condiciones de trabajo.		- Inseguridad relacionada con las funciones de trabajo. -Inseguridad del tiempo de trabajo y	- Inseguridad con la representación colectiva.	- Inseguridad del proceso de Formación.	

				organización.			
Rodgers y Reinecke (1998), ajustan lo sugerido por Rodgers (1997).	- Otros beneficios salariales	- Regularidad del trabajo (Existencia del contrato o registro del trabajo) - Duración del contrato.	- Protección social (Salud, desempleo, y jubilación)	- Intensidad del empleo - Riesgos ocupacionales (Condiciones de seguridad e higiene laboral)		- Posibilidad de desarrollo de capacidades.	
Infante y Vega-Centeno (1999)	- Remuneraciones	- Existencia de un contrato de trabajo.	-Provisión de beneficios adicionales en materia de seguridad social.	- Regulación de horas de trabajo. - Minimización del factor de riesgo (perdida de trabajo). Condiciones de trabajo aceptables. -Características técnicas (Trabajo no repetitivo, contenido de supervisión del puesto e importancia)	- Autonomía de decisión del trabajador dentro de la empresa.		
Valenzuela (2000)		- Estabilidad de los empleos (modalidad de contratación, antigüedad del empleo). - Protección de los empleos (Existencia de contrato, registro de trabajo, incidencia de la informalidad, seguro de desempleo)	- Acceso a la seguridad social (salud, pensión). - Condiciones materiales de trabajo y su relación con la salud de los trabajadores. - Acoso sexual. - Derecho de maternidad. - Cuidado de niños.	- Extensión y características de la jornada de trabajo (Horario normal de trabajo, Horas extras, periodos de descanso). - Lugar de trabajo. -	- Representación de los intereses de los trabajadores.	- Acceso a la formación profesional y técnica.	
Reinecke y Valenzuela (2000), ampliación y justificación de las variables	- Beneficios no salariales. - Regularidad del Ingreso.	- Regularidad del trabajo. - Modalidad de Contratación.	Protección social (sueldo mínimo, descanso semanal, protección contra despido arbitrario, vacaciones, licencias por enfermedad y	- Jornada laboral. - Intensidad del trabajo. - Riesgos de accidentes o enfermedades ocupacionales. - Ambiente físico de trabajo.	- Representación de los intereses y organización. - ambiente social de trabajo. - Papel de las decisiones frente al trabajo. (Autonomía y participación). -	- Posibilidades para el desarrollo de capacidades profesionales y personales así como de la creatividad - Perspectivas de carrera profesional	Interés del trabajo (Trabajo monótono o interesante)

de Rodgers (1997)			maternidad, seguro contra accidentes y de desempleo)				
Beatson (2000)		seguridad en el empleo (modalidad de contratación, antigüedad en el empleo, rotación laboral, percepción de inseguridad por parte de los trabajadores)	- Salud y pensión	- Tiempo de trabajo (horas semanales, permisos remunerados, flexibilidad del horario, parte del día en que se trabaja) - Intensidad del trabajo (variedad y ritmo de trabajo) - Riesgo de accidentalidad y enfermedad	relación con los demás (clientes, usuarios, colegas, empleadores)	Oportunidades de ascenso y desarrollo profesional (perspectivas de promoción, capacitación y desarrollo ofrecidos por las empresas)	Balance trabajo/vida familiar (oportunidad de trabajar en la casa, facilidades para los trabajadores con niños o ancianos a su cargo, posibilidad de obtener un permiso con breve aviso para atender una emergencia familiar)
Bastelaer y Hussmann (20009)	- Beneficios no salariales.	-Arreglos Contractuales (Modalidad de contratación y duración del contrato). - Antigüedad y rotación en el trabajo.		- Duración y patrones de trabajo (horas trabajadas, tiempo parcial involuntario, horas extras, permisos de trabajo, subempleo por disposición, contenido del trabajo. - Ambiente Físico de trabajo.	- Membrecía y densidad sindical. - Trabajadores cubiertos por la negociación colectiva.	- capacitación financiada por la empresa. - Desarrollo de las capacidades empresariales. - Posibilidad de acceder a programas educativos y de formación.	

Fuente: Adaptado de Farné (2003)

De acuerdo a la tabla No 3 en la cual se han reseñado los diferentes autores y las variables que proponen para la medición de la calidad del empleo, se puede concluir que aunque hay una gran lista de variables determinantes, existen muchas coincidencias entre ellas, tales como:

- Beneficios financieros de orden salarial y no salarial.
- Existencia de un contrato
- Diferentes tipos de contrato
- Los derechos al pago de la seguridad social
- La existencia de buenas condiciones físicas del puesto de trabajo
- Las posibilidades de capacitación y desarrollo profesional
- Y la representación de los intereses de los trabajadores (Sindicalismo)

A su vez en las investigaciones realizadas en el marco de la calidad del empleo a nivel internacional, este concepto ha tomado especial importancia en los últimos años, por el impacto de la flexibilidad de los mercados, así como las preocupaciones por el desarrollo y la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida del trabajador y su familia. Por su nivel de cobertura, y relevancia de sus estudios, gran parte de las investigaciones realizadas en la materia en los distintos continentes o países, siguen los lineamientos de la OIT-Organización Internacional del Trabajo, quien en 1999 lanzó su objetivo visión de *Trabajo Decente*. Según Pineda & Acosta (2011) a pesar de la amplia variedad de dimensiones asociadas al trabajo que este objetivo cubre, es diferente del de la calidad del empleo. La diferencia radica en que “trabajo decente” es un concepto más amplio y está referido a la situación laboral en un país, mientras que la calidad del empleo hace referencia solo a las personas que se encuentran trabajando. Según la OIT, el concepto de trabajo decente incluye cuatro componentes: el empleo, la seguridad social, los derechos laborales y el dialogo social. Entre tanto la calidad del empleo cubre todo tipo de trabajos, regulados o no, e incluye las oportunidades de trabajo,

la remuneración en efectivo y en especie, la seguridad y las condiciones saludables de trabajo. Con excepción de las oportunidades de trabajo, que incluye la valoración del desempleo, los demás elementos son propios de la calidad del trabajo.

No obstante la apreciación anterior, cuando se revisan los estudios relacionados con el empleo decente realizados por la OIT, la entidad define la calidad del empleo como una dimensión que ayuda a identificar el trabajo decente. De ahí según Quiñones (2009) , afirma que la OIT ha diseñado una metodología para el estudio de la calidad en el empleo, la cual cubre 4 dimensiones y son: el ingreso, el tiempo de trabajo, el tipo de contratación y la seguridad social. Esta metodología fue usada en el *Estudio sobre la calidad del Empleo en Colombia*, en el año 2003; la cuál fue liderada por Estefano Farné. Para tener claridad en el abordaje teórico de la investigación, el autor afirma que una teoría completa de la calidad del empleo debería considerar por lo menos los siguientes aspectos:

- a) Proporcionar una definición conceptual del fenómeno en cuestión
- b) Establecer las variables determinantes del mismo
- c) Definir las respectivas relaciones de causalidad y proponer un(os) indicador(es) para la medición de la calidad del empleo.

Según Farné, los trabajos de Slaughter (1993), Van Bastelaer y Hussmann (2000), Infante y Vega-Centeno (1999) y Reinecke y Valenzuela (2000), entre otros, proponen visiones más holísticas de la calidad del empleo, la cual se puede definir como el conjunto de factores vinculados al trabajo que influyen en el bienestar económico, social, psíquico y de salud de los trabajadores, donde los factores vinculados al trabajo deben ser la expresión de características objetivas, dictadas por la institucionalidad laboral y por normas de aceptación económica, social y política.

La ficha metodológica del Estudio sobre la Calidad del Empleo en Colombia Farné (2003), utiliza un índice sintético para el cálculo del índice ICE (Índice de la Calidad del Empleo) tomando cuatro variables básicas: el ingreso, la modalidad de contratación, la afiliación a la seguridad social y el horario de trabajo, las cuales reciben una valoración horizontal y otra vertical.

1. **Valoración Horizontal:** Se asigna un puntaje entre 0 y 100 a las diferentes alternativas contempladas en cada característica principal. Este puntaje refleja el nivel cualitativo de la alternativa. (Farné, 2003) Así que:

- En el caso de la variable ingreso se atribuye: un puntaje de 100 al quien gana más de 3 SMMLV, un puntaje de 50 si gana entre 1.5 y 3 SMMLV y 0 si gana menos de 1.5 veces el SMMLV.
- En el caso de la variable modalidad de contratación, recibe 100 puntos la contratación indefinida, 50 la temporal y 0 la ausencia de contrato.
- En el caso de la seguridad social, el trabajador se hace obtiene 100 puntos si está afiliado a pensión y salud, de 50 si está afiliado a una cualquiera de las dos y de un puntaje nulo si no está afiliado a ninguna de las dos.
- En el caso del horario de trabajo son posibles sólo dos alternativas: el individuo recibe 100 puntos si trabaja hasta 48 horas semanal, 0 si trabaja más.

2. **La valoración vertical** corresponde a la ponderación que recibe cada variable principal según su importancia relativa. Se separan los asalariados—del sector privado y público— de los trabajadores independientes que, además de los que trabajan por cuenta propia y los empleadores, incluyen a la categoría residual de “otros”. (Farné, 2003) Estos son los respectivos porcentajes de ponderación:

- Para los asalariados el 40% corresponde al ingreso, el 25% a la modalidad de contratación, el 25% a la seguridad social y el 10% a las horas trabajadas.
- Para los trabajadores independientes el 50% corresponde al ingreso, el 35% a la seguridad social y el 15% a las horas trabajadas.

Por ende la ecuación resultante para el Cálculo del Índice de la Calidad del Empleo (ICE):

$$ICE \text{ Asalariado} = (Y_{ti} \times 0,4) + (CL \times 0,25) + (SS \times 0,25) + (JL \times 0,1)$$

$$ICE \text{ No Asalariado} = (Y_{ti} \times 0,5) + (CL \times 0,0) + (SS \times 0,35) + (JL \times 0,15)$$

Donde:

ICE: índice de la Calidad del empleo

Y_{ti} : Salario Promedio

CL: Modalidad del Contrato laboral.

JL: Horario laboral

Es importante aclarar que, el ICE varía de 0 a 100 puntos, iniciando los valores cercanos a 0 como los de más baja calidad (precariedad) y los cercanos a 100 como de mejor calidad, distinguiendo las condiciones laborales para cada una de las categorías analizadas. El ICE, es una variable continua la cual posibilita el análisis de la variación de este índice en el tiempo, evitando la clasificación arbitraria en criterios de muy buena o muy mala calidad, sino por lo contrario, servirá de análisis comparativo para diferentes periodos de tiempo.

4.1.1 Sistema de Salud

El sistema de Salud en Colombia hace parte del Sistema de Seguridad Social, este último está regulado por el gobierno a través de la gestión del Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio del Trabajo, y ha sido delegado su funcionamiento en gran parte al sector privado. La Constitución Política de Colombia de 1991, define el concepto de Seguridad Social:

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. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social (Art. 48).

El Sistema de seguridad Social está reglamentado por la Ley 100 de 1993, la cual establece que dicho sistema debe estar integrado por los componentes de Pensiones, Riesgos Profesionales y Salud, por otro lado, el segundo libro de esta ley regula el Sistema de Salud, el cual debe gestionarse a través de los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Conjuntamente a los principios generales de la Ley 100, el artículo 153 determina reglas fundamentales para regular el servicio público de salud, como son: la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las Instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la calidad.

En la actualidad están en curso dos proyectos de ley para la reforma del Sistema General de Seguridad en Salud (SGSSS), el primero es una ley estatutaria y el segundo proyecto es una ley ordinaria (Ley 210 de 2013), este último está siendo analizado por parte de los gremios del sector salud, académico y político, este Proyecto de Ley busca redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud

con el objetivo de lograr el mejor estado de salud para la población, a través de gestiones colectivas e individuales de prevención de enfermedades, promoción de la Salud y con mayor énfasis en la atención integral, continua y de calidad. Lo anterior se realizará a través de la creación de una unidad de gestión financiera de naturaleza especial, la cual buscará regular los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación del servicio de salud, el manejo unificado de los recursos, entre otros procedimientos como: Vigilancia , inspección y control

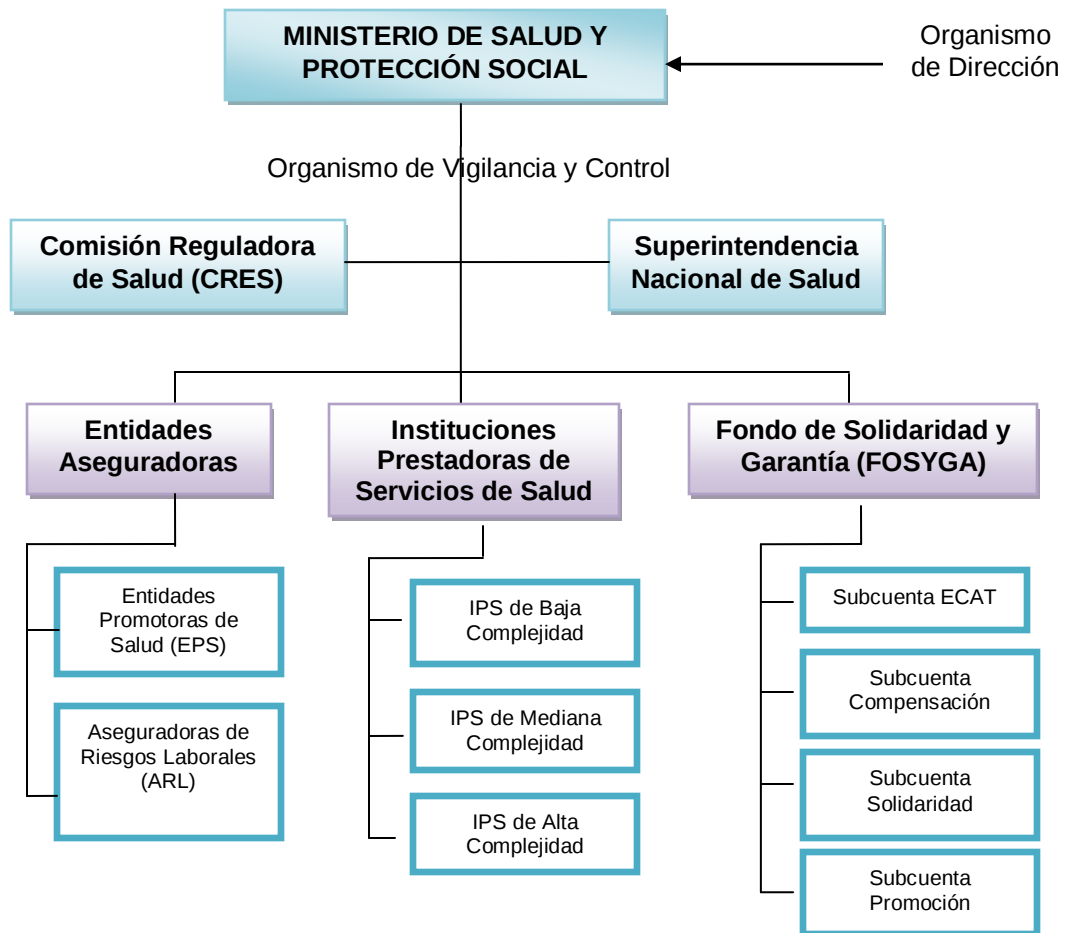
4.1.1.1 Estructura del Sistema de Salud Colombiano

Según Calderón (2011), antes de la vigencia de la Ley 100 de 1993, en Colombia el Sistema Nacional de Salud estaba conformado por:

1. Una Dirección de Campañas Directas, responsable de los programas de control y erradicación de la malaria, dengue y otras enfermedades.
2. Una Dirección de Epidemiología, responsable del estudio y vigilancia de las enfermedades y de las actividades de promoción y prevención.
3. Una Dirección de Salud Ambiental responsable de las actividades de prevención y control de los factores ambientales y de alimentos y medicamentos.
4. Una Dirección Médica, con responsabilidad en los programas de Atención en Salud, Materno Infantil, Vacunación, Crónicas, etc.

La Ley 100 de 1993 y los decretos Reglamentarios modificaron completamente la estructura y como resultado desaparecieron los responsables de las campañas directas incluyendo Vacunación, control de malaria y dengue, control de enfermedades de transmisión sexual.

Gráfica No 1: Estructura del Sistema de Salud Colombiano



Fuente: Adaptado ministerio de salud y protección social (2012)

Ministerio de Salud y Protección Social: Tiene como objetivo en el contexto de sus competencias: La formulación de la política pública en materia de salud, salud pública y promoción social en salud, como su adopción, dirección, coordinación, ejecución y evaluación. A su vez este dirige, orienta, coordina y evalúa, el Sistema General de Seguridad Social, el de Riesgos Profesionales y de Información de la Protección Social.

Comisión de Regulación en Salud (CRES): Es la encargada de definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) , el cual las Entidades Promotoras de Salud deben garantizar a sus afiliados, así mismo define y revisa el listado de medicamentos esenciales y genéricos de los planes de beneficios, como la determinación del valor de la unidad de pago de cada régimen.

La Superintendencia Nacional de Salud: Es el encargado de la formulación, la dirección y coordinación de la política de inspección, vigilancia y control del sector Salud, y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Entidades Promotoras de Salud: Son aquellas que reciben las afiliaciones de los cotizantes y sus pagos, administrando el riesgo de salud de los afiliados, establecen y aseguran la prestación de los servicios de previstos en el POS (Plan Obligatorio de Salud). Entre ellas están: Las cajas de compensación familiar y las empresas de medicina prepagada.

Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL): Son las comprometidas de cubrir los eventos derivados de riesgos ocupacionales o de trabajo.

IPS: Los prestadores se constituyen legalmente en IPS públicas o privadas algunas de las cuales son propiedad de las aseguradoras en integración vertical. Pueden ser desde médicos individuales hasta grandes hospitales o clínicas. Según el Decreto 1011 de abril 3 de 2006, estableció el registro especial de prestadores de servicios de salud (REPSS) en el marco del Sistema de Garantía de Calidad, obligatorio para los prestadores de servicios de salud definidos por el Artículo 2° del Decreto 2309 de 2002 que estableció como tales a las IPS las cuales son los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud

- **IPS de baja complejidad:** Se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de salud y prevención de la enfermedad.
- **IPS de mediana complejidad:** Cuentan con especialidades básicas, por ejemplo, pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia, entre otras, con disponibilidad de 24 horas en urgencias e internación.
- **IPS de alta complejidad:** Estas instituciones atienden el tercer nivel de atención, el cuál abarca tratamientos considerados en el POS como de alto costo.

Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA): Fue creado a partir de la Ley 100 de 1.993, La administración de los recursos está centralizada principalmente en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), cuenta fiduciaria administrada por la Dirección Financiera del Ministerio de la Protección Social.

La citada Ley en el Artículo 219 determinó la Estructura del FOSYGA en subcuentas independientes, de la siguiente forma:

- De Compensación Interna del Régimen Contributivo
- De solidaridad del régimen de subsidios en salud
- De promoción de la salud
- Del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (Art. 167 Ley 100 del 1993)

Luego de exponer la estructura del Sistema de Salud a nivel nacional, es importante describir la situación actual de este sector, La señora Mirta Roses Periago directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), a través de la entrevista que le realizó el periódico el Tiempo bajo la asesoría médica de Carlos Francisco Fernández, señaló los graves problemas que enfrenta el sistema de salud Colombiano, advirtiéndole que para el sector Salud:

Su consolidación dependía de que el país se ocupara de fortalecer la salud pública - que había pasado a un segundo plano en el desarrollo de la Ley 100-, seguido de las funciones reguladoras, del control de calidad, de la vigilancia epidemiológica y de la creación de un sistema de información.

Entre las afirmaciones señaladas por Mirta Roses Periago, se encuentra las siguientes:

- La Ley 100 de 1993 presentaba metas destacables y algunas imprevisiones que, se pensó, se concertarían con el tiempo. Sin embargo, en el desarrollo de la misma todo se enfocó en el modelo de financiamiento y se descuidó el sistema de salud como tal.
- Colombia no tiene un verdadero sistema de salud, ya que no hay una articulación de todas sus partes, evidenciándose una fragmentación en estas, lo cual origina que las acciones realizadas no estén dentro de un todo y por ende no se obtienen los resultados esperados, por tal motivo, Mirta Rose argumenta que dicho desbalance se debe a que todo sistema de salud tiene tres componentes: los servicios, las políticas de salud pública y la relación con todos los sectores. El de los servicios tiene, a su vez, tres ramas: gestión, financiación y atención. No obstante, en el desarrollo de la Ley 100 solo se ha estimulado la financiación; a los demás se les quitó progresión.
- A nivel latinoamericano se observa que el sistema de salud Colombiano, tiene un modelo que asegura la entrada de recursos muy importantes, pero produce resultados en salud que no se compadecen con ese monto, sobre todo en indicadores sensibles que se han ido deteriorando.

En cuanto a los tres pilares del sector salud, Mirta Roses señaló que Colombia:

- No cuenta con un sistema de información que dé la posibilidad de conocer lo que pasa con los afiliados, cuáles son sus necesidades y cómo se están usando los recursos, y eso no permite ni planear ni poner a andar acciones.
- Las reglas para los actores del sistema, han sido todo menos claras, y así no se puede regular.
- El recurso humano es limitado, no hay personal especializado, la mayoría es de contrato, la rotación es alta y muchos no tienen adecuados desempeños.

4.1.2 Modelo para el cálculo del Índice de la Calidad del Empleo

Para dar desarrollo a la investigación sobre la calidad del empleo en el sector salud de la ciudad de Tuluá, se ha decidido emplear el índice sintético de calidad del empleo, ya experimentado por parte de la OIT (Organización Internacional del Trabajo) para el caso chileno y aplicado por el Observatorio del Mercado del Trabajo y Seguridad Social de la Universidad Externado de Colombia liderado por el profesor Estefano Farné, el cual con apoyo del DANE y el equipo de la OIT-Lima, realizó en el año 2003 un Estudio sobre la Calidad del Empleo en el país.

El índice sintético para el cálculo de la calidad del empleo propuesto por Farné (2003), está compuesto por cuatro variables básicas: El ingreso, la modalidad de contratación, la afiliación a la seguridad social y el horario de trabajo. Dicho índice fue construido posterior a una revisión bibliográfica y la existencia de trabajos empíricos sobre la calidad del empleo en Colombia que reseñan por separado varios de los aspectos considerados. (Farné 2001).

Sin embargo, complementariamente al uso de las cuatro dimensiones propuestas por el profesor Stefano, en la presente investigación se utilizó la capacitación como variable determinante para la calidad del empleo, decisión en parte justificada por ser este indicador común en los propuestos por los diferentes autores citados en el marco teórico.

En lo relacionado a las variables para el Cálculo del Índice de la Calidad del Empleo (ICE) se tomó en cuenta los siguientes parámetros para cada uno de los indicadores analizados (Farné 2003):

Cuadro No 1: Categorización de las variables

VARIABLE	SUBVARIABLE	CATEGORIA
Ingreso	Nivel de Ingreso	1-2 SMMLV
		2-3 SMMLV
		Más de 3 SMMLV
Modalidad de Contratación	Contratación Directa	Si
		No
	Tipo de Contrato	Término Indefinido
		Término Fijo
		Prestación de Servicios
		Otro Contrato
	No de Organizaciones con quien tiene contrato	Una
		Dos
		Más
Seguridad Social	Pago de la Seguridad Social	Total
		Parcial
		No
Horario Laboral	No de Horas semanales trabajadas	Menos de 48 horas
		48 Horas
		Más de 48 Horas
Capacitación	Necesidad de Capacitación en el cargo	Si
		No
	Estudios Actuales	Si
		No
	Financiación de la capacitación	Empresa
		Recursos Propios
		Ambos
	Frecuencia de las capacitaciones	Mensual o Menos
		Semestre
		Anual
		Ocasional
		Ninguna

Fuente: Adaptado (Farné, Estudio sobre la Calidad del Empleo en Colombia, 2003)

Cuadro No 2: Distribución del puntaje por Variable y Categoría de análisis

VARIABLE	SUBVARIABLE	CATEGORIA	PUNTAJE
Modalidad de Contratación	Contratación Directa	Si	100
		No	0
	Tipo de Contrato	Término Indefinido	100
		Término Fijo	50
		Prestación de Servicios	30
		Otro Contrato	0
	No de Organizaciones con quien tiene contrato	Una	100
		Dos	50
		Más	0
Seguridad Social	Pago de la Seguridad Social	Total	100
		Parcial	50
		No	0
Horario Laboral	No de Horas semanales trabajadas	Menos de 48 horas	100
		48 Horas	100
		Más de 48 Horas	0
Capacitación	Necesidad de Capacitación en el cargo	Si	100
		No	0
	Estudios Actuales	Si	100
		No	0
	Financiación de la capacitación	Empresa	100
		Recursos Propios	0
		Ambos	50
	Frecuencia de las capacitaciones	Mensual o Menos	100
		Semestre	100
		Anual	50
		Ocasional	30
		Ninguna	0

Fuente: Adaptado (Farné, Estudio sobre la Calidad del Empleo en Colombia, 2003)

En el caso de la variable de Ingreso la distribución de los puntajes varía dependiendo del cargo estudiado.

Según el estudio sobre “LOS RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD EN COLOMBIA. Balance, Competencias y Prospectiva”, realizado por el Ministerio de Protección Social de la República de Colombia en Unión Temporal con la Pontificia Universidad Javeriana, (Fedesarrollo-Family Health Foundation). (Bogotá, 2002), se estableció una tabla resumen de los salario básicos por profesión y naturaleza jurídica de la institución contratante, para el año 2000, que para utilidad de la presente investigación estos salarios fueron traídos a términos del salario mínimo para el año 2000 (\$260.100)⁶

Cuadro No 3: Salario básico por profesión llevado a términos del SMMLV, Colombia 2000

TIPO DE CARGO	SUB-CATEGORÍA	INGRESO ABSOLUTO	INGRESO EN TÉRMINO DE SMMLV (Año 2000)
Personal Administrativo	Profesionales	\$ 1.534.259	5,90
	Auxiliares Administrativos	\$ 511.167	1,97
Auxiliar de Salud	Auxiliar de Enfermería, en Higiene Oral, Clínicos, entre otros.	\$ 556.545	2,14
Profesionales en Enfermería	Enfermeras y Enfermeras Jefes	\$ 1.050.083	4,04
Profesionales de la Salud	Médicos, especialistas, terapeutas...entre otros	\$ 1.649.194	6,34

Fuente: Adaptado Ministerio de Protección Social (2002)

⁶ INSTITUTO COLOMBIANO DE DERECHO TRIBUTARIO, Histórico salario mínimo legal 1985-2013, [en línea]. [consultado el 24 de marzo de 2013]. Disponible en internet:: <http://www.webicdt.net:8080/sitios/principal/Imagenes%20Generales/columna%20derecha/Hist%C3%B3rico%20Salario%20M%C3%ADnimo%20Legal%20Mensual%201985-2010.pdf>

De acuerdo al cuadro No 3 que relaciona los salarios básicos por profesión para el año 2000 y la escala propuesta por Farné (2003), se estableció para la presente investigación la siguiente distribución de puntaje para la variable ingreso, según el tipo de cargo.

Cuadro No 4: Distribución de puntaje de la variable ingreso según tipo de cargo

Cargo	1-2 SMMLV	2-3 SMMLV	Más de 3 SMMLV
Personal Administrativo	30	50	100
Auxiliares de Enfermería y Enfermeras	30	50	100
Enfermeras Jefes	0	50	100
Profesionales de la Salud	0	50	100
Otros Cargos	50	100	100

Fuente: Elaboración Propia

En tanto al cálculo del índice de la calidad del empleo se dio un peso igual para cada variable de análisis quedando de la siguiente manera:

Cuadro No 5: Distribución del peso porcentual para el cálculo del Índice de la Calidad del Empleo

Variable	Peso Porcentual
Ingreso	20%
Modalidad de Contratación	20%
Seguridad Social	20%
Horario de trabajo	20%
Capacitación	20%
Total Cálculo ICE	100%

Fuente: Adaptado Farné (2003)

4.2 MARCO CONCEPTUAL

A continuación se definirán técnicamente los más importantes términos a considerarse para una mejor comprensión en el presente trabajo.

Calidad del empleo: La calidad del empleo se puede definir como el conjunto de factores vinculados al trabajo que influyen en el bienestar económico, social, psíquico y de salud de los trabajadores. (Reinecke, 2000).

Contrato de trabajo: Según Infante y Vega-Centeno (1999), el contrato de trabajo garantiza la estabilidad tanto del empleo como de las remuneraciones, y la provisión de beneficios adicionales en materia de seguridad Social (salud y pensiones) y recreación. Para que haya contrato de trabajo se requiere que existan tres elementos legales:

- a) La actividad personal del trabajador, es decir, realizada por sí mismo
- b) La continuada subordinación o dependencia del trabajador respecto del empleador, que faculta a éste para exigirle el cumplimiento de órdenes, en cualquier momento, en cuanto al modo, tiempo o cantidad de trabajo, e imponerle reglamentos, la cual debe mantenerse por todo el tiempo de duración del contrato.
- c) Un Salario como retribución del servicio.

Duración del contrato: Varía dependiendo del tipo de contrato que se efectúe entre las partes, puede ser a término fijo, a término variable o por prestación de servicios.

Entidades Promotoras de Salud (EPS): Son aquellas que reciben las afiliaciones de los cotizantes y sus pagos, administrando el riesgo de salud de los afiliados, establecen y aseguran la prestación de los servicios de previstos en el POS (Plan Obligatorio de Salud).

Ingreso: Según la teoría económica, el beneficio que el sujeto deriva de su trabajo depende principalmente del ingreso que percibe. Por tanto un trabajo bien remunerado es siempre mejor que otro con las mismas condiciones, pero menos recompensado, ya que con un mayor ingreso el individuo tiene mayor capacidad de consumo.

Instituciones Prestadoras de Salud (IPS): Son los centros de servicios de salud y de emergencias, hospitales, clínicas, entre otros donde se prestan servicios médicos, bien sea de urgencia o de consulta. Es importante tener en cuenta que una EPS puede contratar con varias IPS para ofrecer a sus afiliados la prestación de los diferentes servicios de salud.

Jornada Laboral: Es el número y/o cantidad de horas trabajadas, es importante tener en cuenta que largas jornadas de trabajo afectan el tiempo disponible para otras actividades y aquejan la salud física y mental de los empleados al no favorecer un tiempo adecuado de descanso.

Modalidad contractual: Incluye tres alternativas: existencia de un contrato laboral escrito a término indefinido, existencia de un contrato laboral escrito a término fijo y ausencia de contrato escrito.

Oportunidad de ascenso y desarrollo: Posibilidad de ascender en la jerarquía organizacional donde se tienen en cuenta las perspectivas de promoción, capacitación y desarrollo ofrecidos por las empresas.

Salario mínimo: Es el salario que todo trabajador tiene derecho a percibir para subvenir a sus necesidades normales y a las de su familia, en el orden material, moral y cultural.

Seguridad social: Es aquella que tiene la capacidad de proveer buenas condiciones de salud y seguridad económica, garantizando un mejor ambiente de trabajo físico, psíquico y económico para los empleados, convirtiéndose en un punto clave para la calidad del empleo. En esta investigación se consideran las: pensión, cesantías, ARL, prestación de salud, entre otras.

Trabajo: Es toda actividad humana libre, ya sea material, o intelectual, permanente o transitoria, que una persona natural ejecuta conscientemente al servicio de otra, y cualquiera que sea su finalidad, siempre que se efectúe en ejecución de un contrato de trabajo.⁷

Trabajo decente: Presume las aspiraciones de la gente durante su vida laboral. Significa contar con oportunidades de un trabajo que sea productivo y que genere un ingreso digno, seguridad en el lugar de trabajo y protección social para las familias, mejores perspectivas de desarrollo personal e integración a la sociedad, libertad para que la gente exprese sus opiniones, organización y participación en las decisiones que afectan sus vidas, e igualdad de oportunidad y trato para todas las mujeres y hombres.⁸

⁷ Código sustantivo del trabajo, principios generales, artículo 5.

⁸ OIT, <http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang-es/index.htm>

4.3 MARCO CONTEXTUAL

Tuluá es mi hogar, por eso a Tuluá la defiendo, la cuido y la respeto. Hechos para el Bienestar. Alcaldía de Tuluá (2013)

Tuluá se encuentra entre las 20 principales ciudades de Colombia, y aunque no es una capital se ha constituido como la ciudad intermedia más importante del país. Tiene una población aproximada de 200.000 habitantes, y es el eje central de una región que comprende quince municipios (Andalucía, Bugalagrande, Bolívar, Riofrío, Roldanillo, Trujillo, Zarzal, Sevilla, Buga, San Pedro, entre otros), dándole así un carácter de ciudad región y punto de encuentro comercial y de servicios, ocupando un lugar estratégico en el centro del valle del Cauca.

Tuluá se encuentra geográficamente ubicada en 4° 05' de latitud norte y 76° 12' de longitud occidental, ocupando un territorio de 910.55 km² de los cuales el 98,78% equivale al área rural y el 1,22% equivale al área urbana; a una altura promedio de 973 metros sobre el nivel del mar y temperatura media de 24 °C en la zona Urbana y es atravesado de sur a norte por el río Tuluá.

Su ubicación geográfica es estratégica por su equidistancia a ciudades capitales como Cali a 100 km, Armenia a 105 km, Pereira a 125 km y Buenaventura a 172 km; contando además con diferentes vías de acceso y el hecho de estar ubicada en la ruta de la vía panamericana, a su vez el Aeropuerto de Farfán sirve de enlace con el sistema aeroportuario del eje Medellín -Bogotá – Cali.

Según datos del portal de la Alcaldía de Tuluá, se evidencia que este municipio cumple actualmente con una agenda de conectividad nacional e internacional que propende por la promoción empresarial, el empleo y la asociatividad, de la misma manera que contribuye al fortalecimiento de la nueva ruralidad y el ecoturismo. Se está trabajando fuertemente en proyectos orientados al mejoramiento social y económico de la población del campo, especialmente de aquellos que han sido desplazados por la violencia y en acciones dirigidas hacia el mejoramiento socio económico de las comunidades urbanas, lo mismo que en el diseño de un plan de cultura ciudadana en interés de afianzar el respeto a las normas y los derechos humanos entre sus habitantes.

4.3.2 Sector Salud

El señor Eliecid Avila Avila , es el actual secretario de despacho de la Secretaria de Salud del municipio de Tuluá , Odontólogo Egresado de la Universidad Estatal de Guayaquil - Ecuador. Especialista en gerencia de la salud de la Universidad Libre de Cali, con una trayectoria laboral en distintas empresas del sector público y privado de Tuluá y la región. La Secretaría de Salud tiene como misión:

Definir, dirigir y coordinar las políticas de salud en la planeación, organización, ejecución y control del sistema de seguridad social en salud a través del aseguramiento de la población y de las acciones de salud pública buscando mejorar la calidad de vida de los tuluños, ejerciendo acciones de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afectan la salud humana. (Alcaldía de Tuluá, 2013).

Las Entidades Promotoras de Salud, más representativas de la ciudad de Tuluá son:

Tabla No 4: Entidades Promotoras de Salud- Tuluá

EPS	DESCRIPCIÓN
Coomeva	COOMEVA EPS S.A. es una Entidad Promotora de Salud, EPS, que ofrece servicios de salud del Régimen Contributivo. Nace el 1 de agosto de 1995, como respuesta al reto planteado por la Ley 100 de 1993. Desde entonces, acorde con su vocación de servicio y su compromiso con el Estado, la sociedad y sus accionistas, ha venido adecuando sus servicios a las necesidades de los colombianos que le confían su bien máspreciado: la salud.
Saludcoop	SaludCoop EPS es la Entidad Promotora de Salud con mayor número de afiliados en Colombia. (Más de 4.000.000 de afiliados) Fue fundada en el año 1994 haciendo parte del sector cooperativo.
S.O.S	Servicio Occidental de Salud es una Entidad Promotora de Salud (EPS), creada en 1995 por las Cajas de Compensación Familiar del suroccidente colombiano para la prestación, a nivel nacional, de los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS) y los Planes de Atención Complementarios de Salud (PAC) .
Nueva EPS.	La NUEVA EPS es una Sociedad Anónima constituida mediante escritura pública No.753 del 22 de marzo de 2007, que surge como entidad promotora de salud del régimen contributivo a través de la Resolución No. 371 del 3 de abril de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Fuente: Adaptación propia, (Coomeva, saludcoop, s.o.s y nueva EPS. 2013)

Entre las instituciones prestadoras de salud, IPS, más representativas de la ciudad se encuentran:

- **Clínica San Francisco:** Tiene nivel III y IV
- **Clínica Médica Quirúrgica Alvernia:** tiene Nivel II de atención
- **El Hospital Tomas Uribe Uribe:** tiene un Nivel III de atención.
- **La Clínica Oriente:** tiene gran parte del cliente principal que es Coomeva E.P.S.
- **Hospital Rubén Cruz Vélez:** tiene un Nivel I Y II de atención.
- **La Clínica María Ángel:** Tiene nivel III y IV

Tabla No 5: Definición de niveles de atención⁹

NIVEL	DESCRIPCIÓN
I	Son las acciones y servicios basados a preservar la salud, a través de actividades de: promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica, así como diagnóstico precoz, tratamiento oportuno. Se ofrece una atención ambulatoria que requieran recursos de baja complejidad técnica.
II	Son los servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias médico-quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado.
III	U Se denomina a las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas.
IV	Reemplazo de articulaciones, enfermedades de alto costo

Fuente: Adaptado ministerio de salud y protección social (2010)

⁹ Definición tomada de: http://xa.yimg.com/kq/groups/20376810/258237993/name/sist_salud.pdf. Consultado el día 25 mayo del 2013

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo con Carlos E. Méndez (2001), el tipo de estudio que aplica para la presente investigación es el **estudio descriptivo**, ya que este, en el contexto de la economía, la administración, y las ciencias contables, facilitando la delimitación de los hechos que componen el problema.

Según Méndez (2001), el estudio descriptivo se fundamenta en:

- Identificar características del universo de investigación, que en el caso específico de la investigación dicho universo es el sector Salud de la ciudad de Tuluá.
- Determina formas de conducta, y actitudes.
- Establece comportamientos precisos, descubre y comprueba la asociación de las variables de estudio, en el contexto de la investigación son las dimensiones para el análisis de la Calidad del Empleo.

De este modo con el estudio descriptivo, se pretende en la investigación no solo calcular el índice de la calidad del empleo, describiendo cada una de las dimensiones evaluadas, si no que como dice Méndez (2001) se puede llegar a una conclusión a partir de dicha descripción, “Un estudio descriptivo puede concluir con hipótesis de tercer grado formuladas a partir de las conclusiones a que pueda llegarse por la información obtenida.

5.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo con Carlos E. Méndez (2001), el método de investigación apropiado para la investigación es el **método deductivo**, cuyo planteamiento “Es que a partir de situaciones generales se lleguen a identificar explicaciones particulares contenidas explícitamente en la situación general”. Dicho de otra forma se parte de un modelo preestablecido, en este caso es el del cálculo del índice de la Calidad del Empleo (ICE), propuesto por la OIT y referenciado por el Estudio sobre la Calidad del Empleo en Colombia (Farné, 2003), para el análisis de la Calidad del Empleo en sector Salud.

5.3 FUENTE Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fuentes primarias: Las fuentes primarias que se emplearán para la recolección de la información serán: Las encuestas, para Méndez (2001), Los cuestionarios y/o encuestas presumen su aplicación a una población homogénea, con una misma problemática, estos pueden ser aplicados por correos, llamadas telefónicas, personalmente; en cambio, las entrevistas son de carácter exclusivamente personal. A su vez Méndez, señala que el investigador diseña la encuesta, como un instrumento para la recolección de información directa.

Fuentes secundarias: Se recurrirá a la consulta de Estudios sobre la calidad del empleo a nivel mundial, latinoamericano, nacional y departamental, informes del Ministerio de Salud, del Ministerio del Trabajo, Secretaría Departamental y Municipal de Salud, La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –ACEMI, asociaciones e instituciones relacionadas con el sector salud y del trabajo en Colombia, artículos relacionados con el tema, el anuario estadístico de Tuluá y trabajos de grado en temas afines.

5.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

En el ejercicio de determinar el número total de empleados que conforman el sector Salud de la ciudad de Tuluá, se encontraron diferentes limitaciones relacionadas con los siguientes aspectos:

- La Secretaria de Salud no cuenta con información de las IPS y EPS privadas, ni del hospital Tomas Uribe Uribe, debido a que este es de carácter departamental, sólo posee información del Hospital Rubén Cruz Vélez en cuanto al porcentaje de natalidad, mortalidad y número de afiliados al SISBEN, entre otros indicadores de salud, pero no el número de empleados que allí laboran.
- La Cámara de Comercio de Tuluá, tiene información relacionada con las entidades privadas IPS y EPS, sin embargo estos no están actualizados.
- Otra Problemática existente es que algunos empleados del sector Salud, laboran en dos o más Instituciones, por tal motivo la suma de los empleados de cada IPS y EPS, no arrojaría un dato real, debido a que se corre el riesgo de sumar dos o más veces un mismo empleado.

Por tal motivo, para establecer el número de empleados a encuestar, se empleó el siguiente modelo estadístico adecuado para determinar el tamaño de la muestra para poblaciones infinitas¹⁰, cuando se estiman proporciones poblacionales. En este caso se tomó el parámetro $p = 50\%$ (proporción poblacional), debido a que no se realizó un muestreo piloto previo para conocer las características de la población.

¹⁰ En el caso práctico de la investigación, la población infinita se refiere a la imposibilidad de su cálculo.

$$n = \frac{z^2 p(1 - p)}{e^2}$$

Dónde:

Z= Nivel de confianza 95%= 1.96

p= 50 %

e= Error estándar (8%)

$$n = \frac{(1,96)^2(0,5)(1 - 0,50)}{0,08^2} = 150$$

Cuadro No 6 Ficha Técnica de la Encuesta

Diseño y realización de la encuesta	Elaborado por las estudiantes Yuri Liceth Rodríguez Aponte , Zulith Janeth Piedrahita
Universo	Infinito
Unidad de muestreo	personas
Fecha	18 al 22 de junio del 2013
Tipo de muestreo	Aleatorio simple
Nivel de confiabilidad	95%
Técnica de recolección de datos	Encuesta persona a persona
Tamaño de la muestra	150 personas
Error estándar	8 %
Objetivo de la encuesta	Calcular el Índice de la Calidad del Empleo en el sector Salud, de la ciudad de Tuluá, para el año 2013.
Número de preguntas formuladas	13 preguntas

Fuente: Elaboración propia

6. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

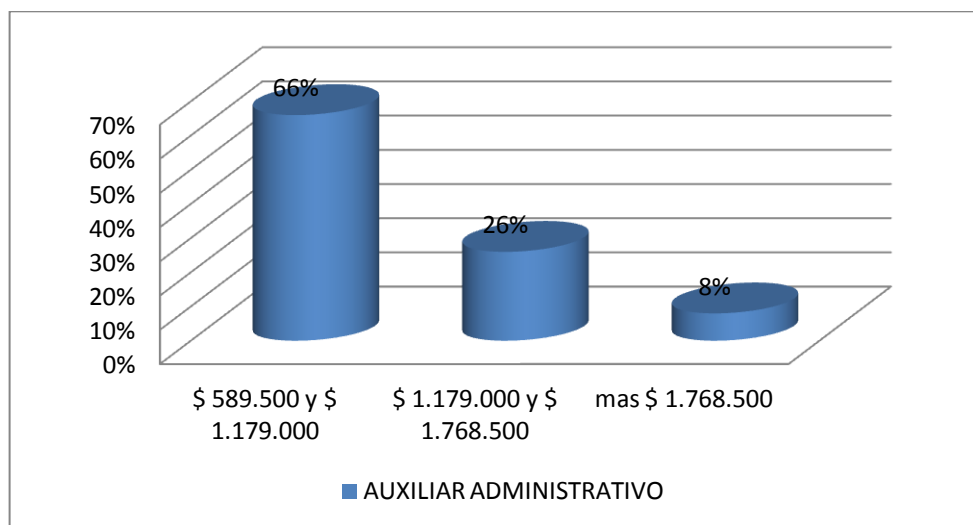
Se escogieron 150 empleados del sector Salud de la ciudad de Tuluá de forma aleatoria entre los diferentes cargos existentes:

- **Personal administrativo:** Profesionales y Auxiliares Administrativos
- **Auxiliares de la salud:** Auxiliares de Enfermería, de Higiene Oral, Clínicos.
- **Profesionales en enfermería:** Enfermeras Jefe.
- **Profesionales de la salud:** Médicos, especialistas, terapeutas, entre otros.
- **Otros Cargos:** Vigilantes, servicios generales, conductores.

Con el fin de analizar las variables, el resultado de las encuestas fueron sometidos a un respectivo análisis e interpretación de los datos que a continuación se presentan, con base a ello se calculó el Índice de la Calidad del Empleo, para poder ejecutar la encuesta se realizaron 13 preguntas que fueron específicas, las cuales permitieron la identificación de cada uno de los componentes para calcular dicho índice.

6.1 SALARIO Y/O INGRESO PROMEDIO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD DE TULUÁ.

Gráfica No 2: Distribución del nivel de Ingreso- Cargo Personal Administrativo



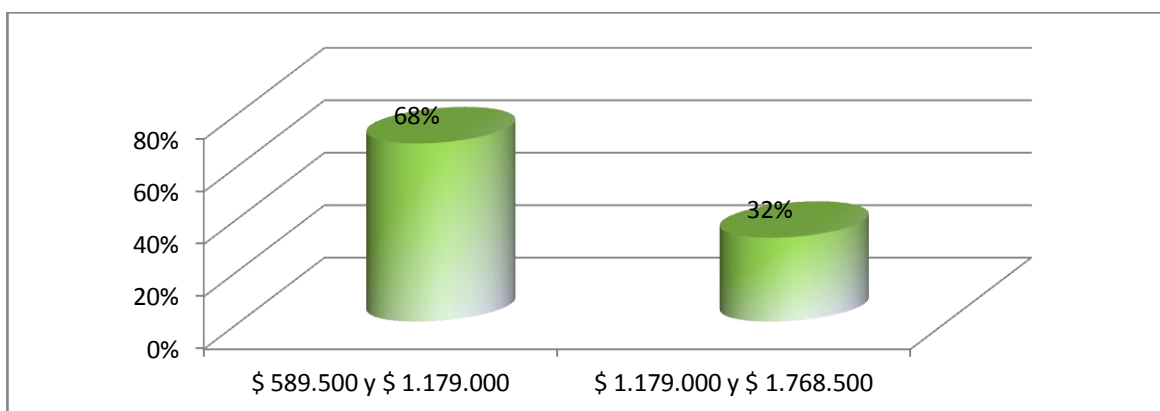
Fuente. Resultado de la encuesta, 2013

En el desarrollo de la investigación se evidenció que gran parte del personal administrativo se encontraban clasificado en tres niveles (I, II y III), los cuales dependen de las funciones y responsabilidades del cargo, por ejemplo, un auxiliar administrativo de primer nivel, tiene una mayor responsabilidad y poder de decisión en la organización que uno de tercer nivel el cual realiza actividades de orden operativo. Los resultados encontrados fueron:

- El 66 % del personal administrativo devenga un ingreso ente 1 y 2 SMMLV (\$589.500 y \$1.179.000).
- El porcentaje de empleados que perciben un salario entre 2 y 3 SMMLV (\$1.179.000 y \$1.768.500) es del 26%.

- El 8% de los empleados del área administrativa reciben un ingreso mayor a 3 SMMLV (más de \$1.768.500), este porcentaje de empleados pertenece a los cargos de primer nivel, coordinadores de área, por ejemplo, coordinador de control interno, auditoria, etc.

Gráfica No 3: Distribución del nivel de Ingreso – Cargo Auxiliares de salud

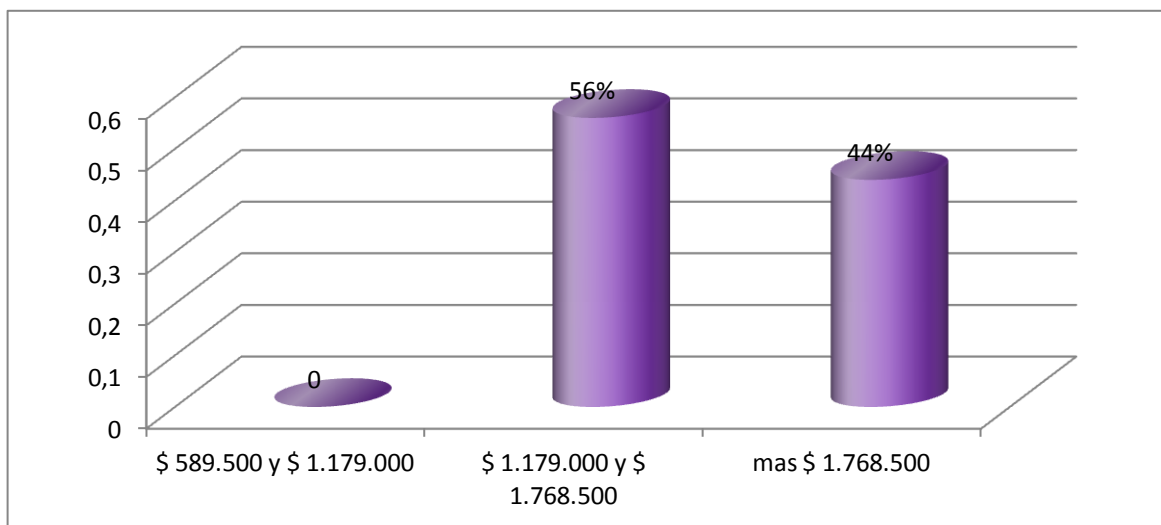


Fuente. Resultado de la encuesta, 2013

En el trabajo de campo se evidenció que los ingresos para los auxiliares de salud varían dependiendo de la institución analizada, por ejemplo,

- La Clínica María Ángel y la Clínica San Francisco pagan aproximadamente \$900.000, salario que corresponde al rango entre 1 y 2 SMMLV.
- Las auxiliares de enfermería del Hospital Rubén Cruz Vélez perciben ingresos entre 1 y 2 SMMLV (\$589.500 y \$1.179.000) y entre 2 y 3 SMMLV (\$1.179.000 y \$ 1.768.500).
- Y el Hospital Tomas Uribe Uribe cancela salarios a sus auxiliares de enfermería dentro del rango de 2 y 3 SMMLV (\$1.179.000 y \$1.768.500)

Gráfica No 4: Distribución del nivel de Ingreso – Cargo Profesionales en Enfermería

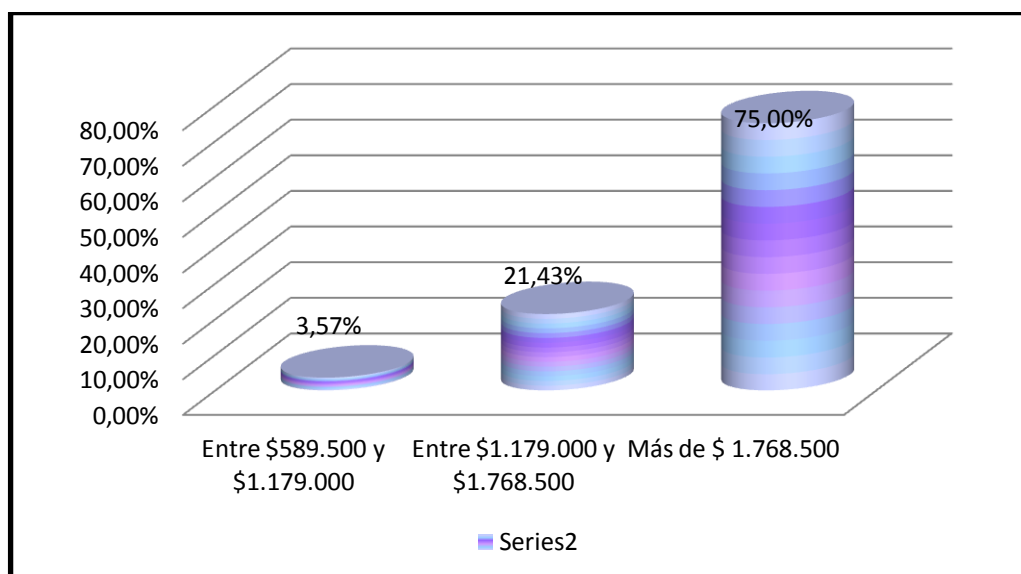


Fuente. Resultado de la encuesta, 2013

Los profesionales en enfermería, devengan un salario mayor que las auxiliares en enfermería el cual varía entre los rangos de 2 y 3 SMMLV y más de 3 SMMLV:

- El 56 % de los profesionales en enfermería perciben un ingreso entre 2 y 3 SMMLV (\$1.179.000 y \$ 1.768.500), gran parte de estas enfermeras son jefes de piso y su cargo es de alta rotación.
- El 44% de los profesionales en enfermería devengan un salario superior a los 3 SMMLV (más de \$1.768.500), este grupo de enfermeras son jefes de cirugía, P y P (Promoción y Prevención), de personal, estos cargos no son de alta rotación.

Gráfica No 5: Distribución del nivel de Ingreso – Cargo Profesionales de la Salud

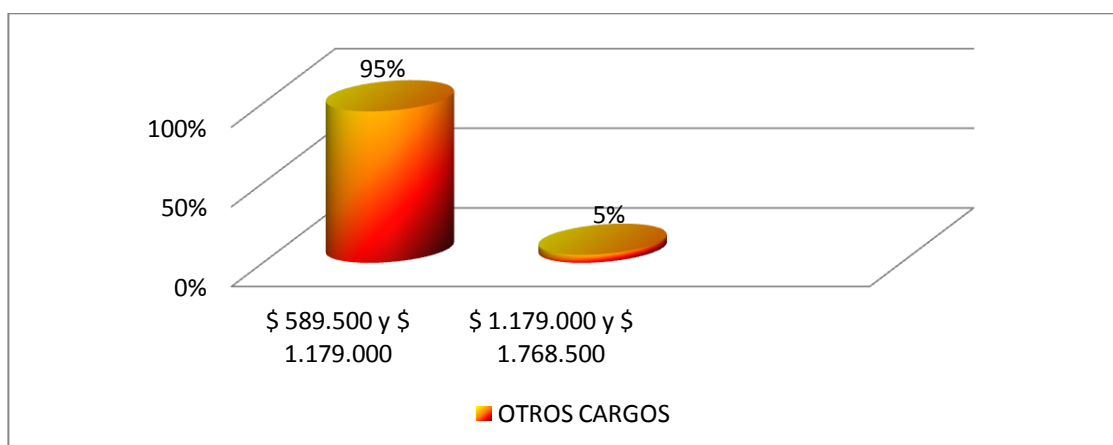


Fuente. Resultado de la encuesta, 2013

Cuando se hablan de los profesionales de la salud se hace referencia, a los médicos generales, especialistas, psicólogo (a), optómetra, odontólogo, bacteriólogos, etc. En los resultados de la muestra se encontró que:

- El 75% de los profesionales de la salud encuestados perciben un salario mayor a 3 SMMLV (Más de \$1.768.500). Entre estos profesionales se encuentran los médicos especialistas, y los que laboran en dos o más Instituciones prestadoras de Salud (IPS), por ejemplo, un médico encargado de la Promoción y Prevención (P y P) recibe un ingreso de \$ 4.000.000 en promedio.
- El 21, 43 % recibe un ingreso dentro del rango de 2 y 3 SMMLV (\$ 1.179.000 y \$1.768.500), por ejemplo, una bacterióloga.
- El porcentaje de profesionales el rango de 1 y 2 SMMLV es de 3,53%, que corresponden a cargos que laboran menos de las 48 horas.

Gráfica No 6: Distribución del nivel de Ingreso – Otros Cargos



Fuente. Resultado de la encuesta, 2013

En esta parte se encuentran los cargos operativos, por ejemplo: los del área de lavandería, oficios varios, vigilantes y conductores. Se puede observar que el 95 % tienen ingreso mayor o igual al salario mínimo, pero menor a dos de este.

6. 2 MODALIDAD DE CONTRATACIÓN EN EL SECTOR SALUD DE LA CIUDAD DE TULUÁ, PARA EL AÑO 2013.

Cuadro No 6: Distribución por Cargo según sub-variable de la Modalidad de Contratación.

Cargo	Contratación Directa		Tipo de Contratación				No de contratos		
	Si	No	Término Indefinido	Término Fijo	Prestación de Servicios	Otro Contrato	Una	Dos	Más
Personal Administrativo	79,45%	20,55%	54,79%	13,70%	30,14%	1,37%	97,26%	2,74%	0,00%
Auxiliares de la Salud	75,00%	25,00%	18,75%	40,63%	40,63%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
Profesionales en Enfermería	100,00%	0,00%	33,00%	67,00%	0,00%	0,00%	88,89%	11,11%	0,00%
Profesionales de la Salud	77,27%	22,73%	27,27%	13,64%	54,55%	4,55%	81,82%	13,64%	4,55%
Otros Cargos	92,86%	7,14%	35,71%	50,00%	7,14%	7,14%	92,86%	7,14%	0,00%

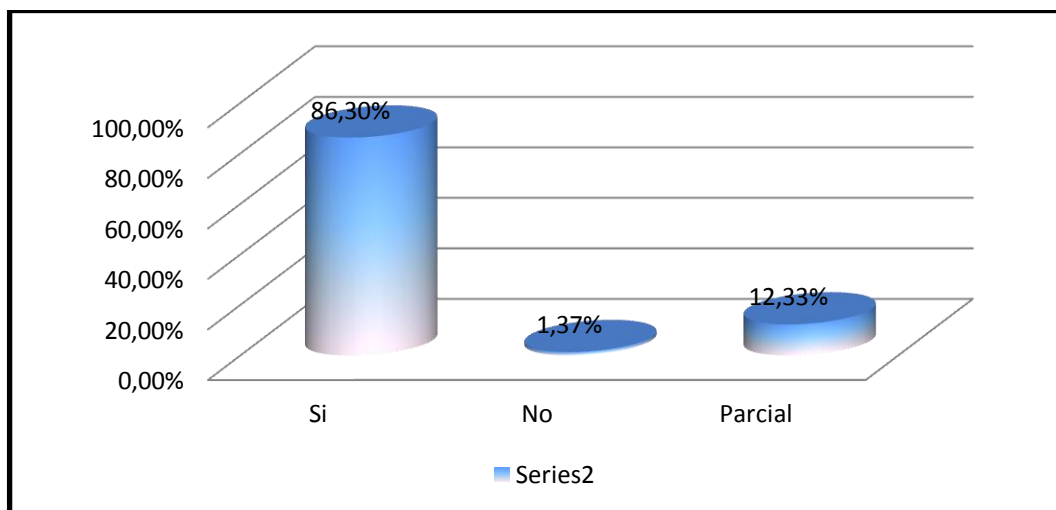
Fuente. Resultado de la encuesta, 2013

En el trabajo de campo se encontró que:

- La mayoría de los empleados del sector salud son contratados directamente por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), sin embargo, el 22,73% de los Profesionales de la Salud, el 25% de los auxiliares de la salud y el 20,55% del personal administrativo están contratados a través de intermediarios, tales como, integramos CTA, socaservis, etc.
- Es claro que el tipo de contratación utilizado es el de Prestación de servicios, encontrando que el 54,55% de los profesionales de la salud, el 40,63% de los auxiliares de la salud y el 30,14% del personal administrativo son contratados a través de esta modalidad.
- Contrario a la estadística anterior, el 67% de los profesionales en enfermería son contratados a través de la modalidad de contratación fija y el 54,79% del personal administrativo está contratado de forma indefinida.
- Gran parte de los empleados del sector salud solo laboran en una institución, sin embargo, el 2,74% del personal administrativo, el 11,11% de los profesionales de enfermería, el 18,19% de los profesionales en salud y el 7,14% de los otros cargos laboran en dos o más empresas.

6.3 TIPOS DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL DEL SECTOR SALUD DE TULUÁ PARA EL AÑO 2013.

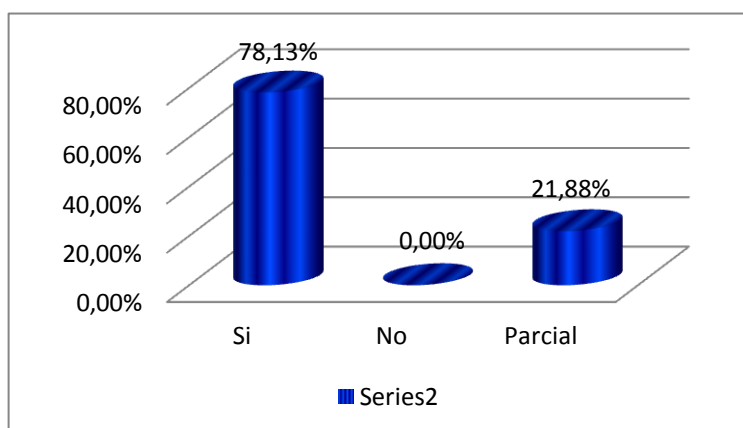
Gráfica No 7: Distribución de la Cobertura de la Seguridad Social – Personal Administrativo



Fuente. Resultado de la encuesta, 2013

La gran mayoría del personal administrativo del sector salud cuenta con el pago total de la Seguridad Social, no obstante el 12,33 % y el 1,37% del personal tiene pago parcial y no pago de la seguridad social respectivamente.

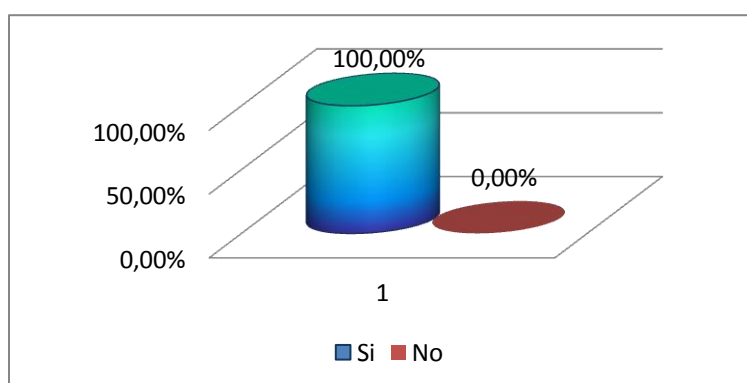
Gráfica No 8: Distribución de la Cobertura de la Seguridad Social- Auxiliares de la Salud



Fuente. Resultado de la encuesta, 2013

Se observa que el 21,88% de los auxiliares en salud no cuenta con el pago total de la seguridad social, aunque como punto favorable esta cifra contrarresta con el 78,13% que tiene cobertura total.

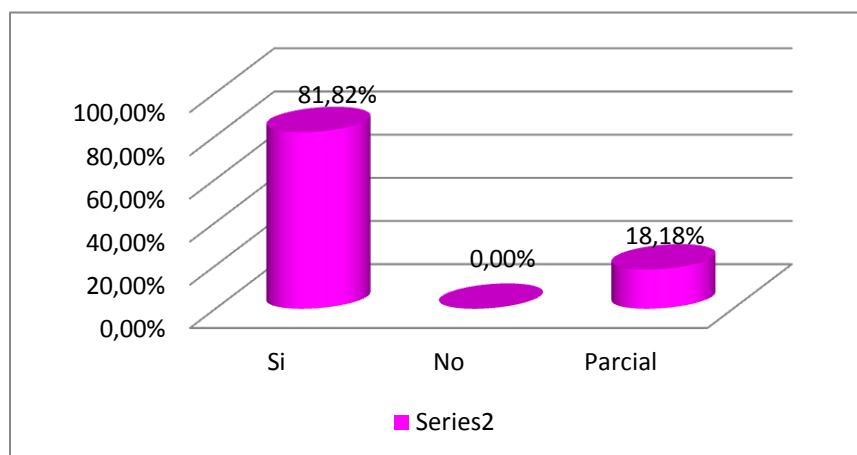
Gráfica No 9: Distribución de la Cobertura de la Seguridad Social- Profesionales en Enfermería



Fuente. Resultado de la encuesta, 2013

Se destaca el hecho de que el 100% de los profesionales de enfermería cuenten con cobertura total de la Seguridad Social.

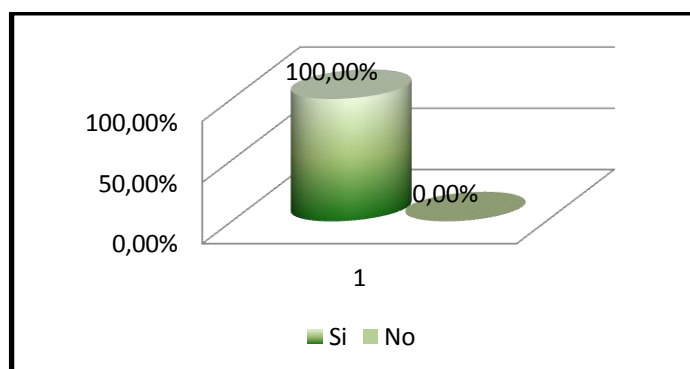
Gráfica No 10: Distribución de la Cobertura de la Seguridad Social- Profesionales de la Salud



Fuente. Resultado de la encuesta, 2013

Solo el 18,18% de los profesionales en salud no cuenta con cobertura total de la Seguridad Social, por tanto, el 81,82% tienen cobertura total.

Gráfica No 11: Distribución de la Cobertura de la Seguridad Social- Otros Cargos

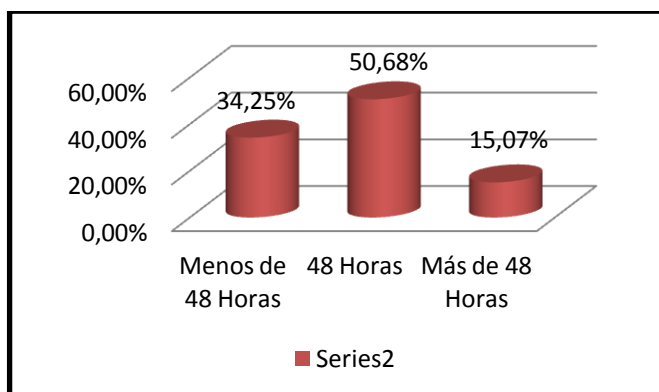


Fuente. Resultado de la encuesta, 2013

Se observa que el 100% de los empleados de la categoría de otros cargos presenta la cobertura total en Seguridad Social.

6.4 HORARIO DE TRABAJO EXISTENTE EN EL SECTOR SALUD DEL MUNICIPIO DE TULUÁ PARA EL AÑO 2013

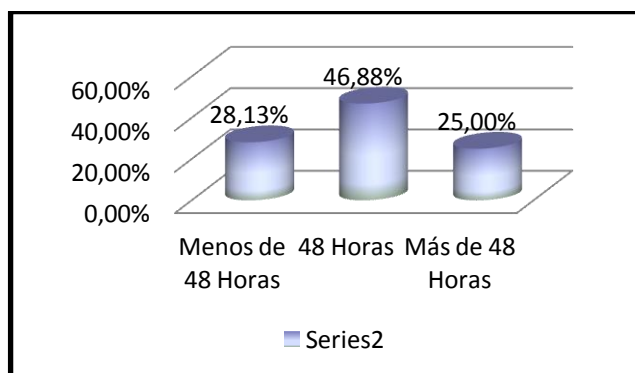
Gráfica No 12: Distribución del Horario de Trabajo-Cargo Personal Administrativo



Fuente. Resultado de la encuesta, 2013

El 34,25% del personal administrativo trabaja menos de 48 horas, debido a que el día sábado trabajan hasta el medio día, el 50,68% trabajan 48 horas a la semana y solo el 15,07 % deben realizar una jornada laboral más larga.

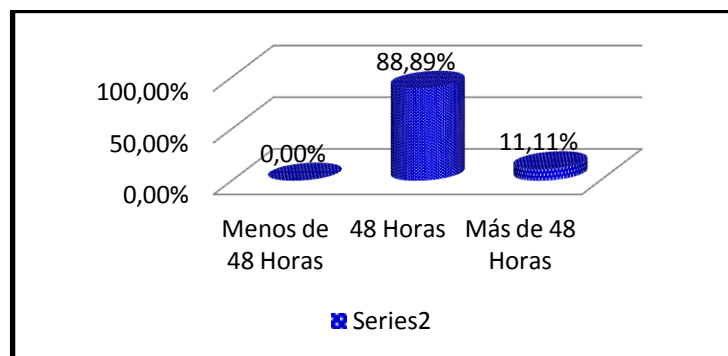
Gráfica No 13: Distribución del Horario de Trabajo-Cargo Auxiliares de Salud



Fuente. Resultado de la encuesta, 2013

El 75% de los auxiliares de salud trabajan menos de 48 horas y 48 horas semanales, no obstante el 25% de los auxiliares de salud deben laborar más tiempo.

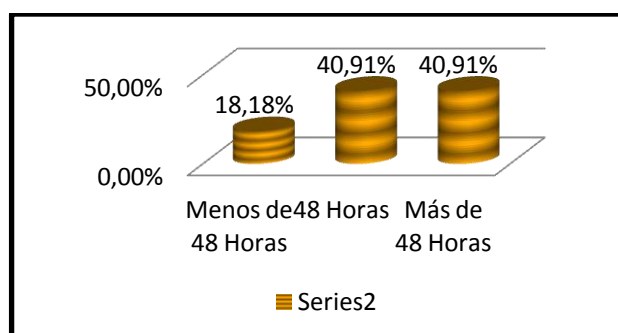
Gráfica No 14: Distribución del Horario de Trabajo-Cargo Profesionales de Enfermería



Fuente. Resultado de la encuesta, 2013

El 88,89% de los profesionales de enfermería trabajan 48 horas semanales, y un 11,11% deben laborar más tiempo en la semana.

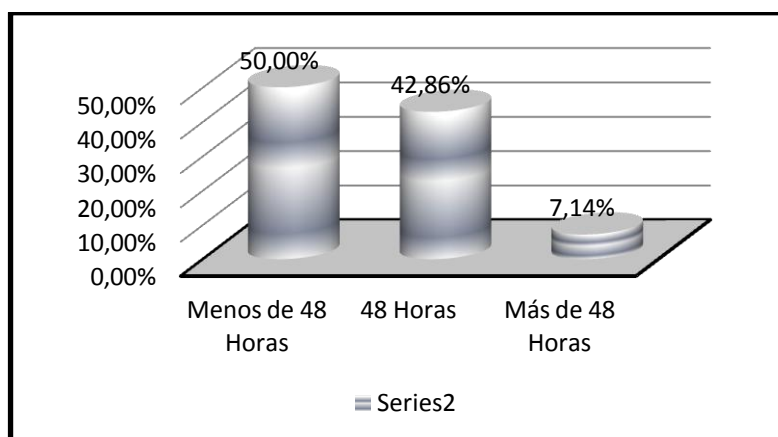
Gráfica No 15: Distribución del Horario de Trabajo-Cargo Profesionales de la Salud



Fuente. Resultado de la encuesta, 2013

En el trabajo de campo se evidenció que el 81,82% de los profesionales de salud trabajan 48 horas y más de 48 horas semanales.

Gráfica No 16: Distribución del Horario de Trabajo-Otros Cargos



Fuente. Resultado de la encuesta, 2013

El 50% de los empleados en la categoría de otros cargos trabajan entre 48 horas y más durante una semana, y el otro 50% labora menos de 48 horas.

6.5 POSIBILIDADES DE CAPACITACIÓN, PARA LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD DEL MUNICIPIO DE TULUÁ PARA EL AÑO 2013

Cuadro No 7: Distribución por Cargo según sub-variable de Capacitación

Cargos	Necesidad de capacitación		Estudios Actuales		Tipo de Financiación			Frecuencia de Capacitación				
	Si	No	Si	No	Empresa	Ambos	Recursos Propios	M/Q/S	Semestre	Anual	Ocasional	Ninguna
Personal Administrativo	82,19%	17,81%	46,58%	53,42%	41,10%	15,07%	43,84%	1,37%	36,99%	30,14%	9,59%	21,92%
Auxiliares de la Salud	93,75%	6,25%	12,50%	87,50%	56,25%	25,00%	18,75%	6,25%	46,88%	15,63%	15,63%	15,63%
Profesionales de Enfermería	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	33,33%	33,33%	33,33%	11,11%	55,56%	11,11%	11,11%	11,11%
Profesionales de la Salud	100,00%	0,00%	13,64%	81,82%	45,45%	9,09%	45,45%	9,09%	40,91%	18,18%	27,27%	4,55%
Otros Cargos	92,86%	7,14%	14,29%	85,71%	57,14%	14,29%	28,57%	14,29%	50,00%	28,57%	0,00%	7,14%

Fuente. Resultado de la encuesta, 2013

- Un alto porcentaje de los empleados del sector salud consideran que para el buen desempeño de sus cargos tienen la necesidad de capacitarse encontrando así que únicamente el 17,81% del personal administrativo, el 6,25% de los auxiliares de la salud y el 7,14% de los empleados en la categoría de otros cargos consideran que no es necesario capacitarse.
- El 46,58% del personal administrativo están estudiando actualmente, contrario al hecho de que el 87,50% de los auxiliares de la salud, el 100% de los profesionales de enfermería, el 81,82% de los profesionales de la salud, y el 85,71% de los empleados en otros cargos no están estudiando actualmente.
- Las capacitaciones en gran parte son financiadas por las IPS y EPS, se encontró que el 41,10% del personal administrativo, el 56,25% de los auxiliares en salud, el 33,33% de los profesionales en enfermería y el 45,45% de los profesionales en salud y el 57,14% de los empleados en otros cargos cuenta con la financiación de la empresa.
- La mayoría de las capacitaciones en el sector salud se realizan de forma semestral, encontrando que El 36,99% del personal administrativo, el 46,88% de los auxiliares en salud, el 55,56% de los profesionales de enfermería, el 40,91% de los profesionales en salud, y 50% de los empleados en otros cargos.

6.6 CÁLCULO DEL INDICE GENERAL DE LA CALIDAD DEL EMPLEO (ICE), SECTOR SALUD DE TULUÁ, PARA EL AÑO 2013.

Para determinar el índice general de la calidad del empleo en el sector salud, es necesario realizar el cálculo ICE para cada una de las variables (Ingreso, Modalidad de contratación, Seguridad Social, Horario laboral y Capacitación) y posterior a dichos cálculos, estos fueron compilados en una matriz de ponderación para determinar el ICE general para el sector. A continuación se presentan los cálculos para cada una de las variables analizadas, dicho cálculo fue realizado tomando en cuenta la distribución porcentual de las respuestas obtenidas de la encuesta para cada variable, y sus respectivos puntajes dependiendo de la sub-variable.

Adicionalmente los empleados del sector salud están clasificados en cuatro principales conjuntos que se definen de acuerdo a los puntajes recibidos

Cuadro No 8: Calificación Cualitativa del Nivel de Calidad del Empleo

Puntaje	Nivel de Calidad del Empleo
75-100	I
50-75	II
25-50	III
0-25	IV

Fuente: Farné (2003)

El grupo No 1 abarca los empleados que obtuvieron un puntaje de más de 75 y hasta 100 puntos, al grupo No 2 pertenecen los individuos que consiguieron un puntaje entre 50 y 75 puntos, el tercero está compuesto por los que alcanzaron una puntuación entre 25 y 50 y el cuarto grupo va desde 0 a 25 puntos. Indiscutiblemente, los cargos que incluyen las categorías de mayor puntaje registran un nivel más alto de calidad, mientras que los de menor puntaje son evidencia de un nivel más bajo de calidad.

Cuadro No 9: Matriz de Cálculo del Índice de Calidad del Empleo Variable Ingreso y Nivel de Calidad

CARGO	1-2 SMMLV	2-3 SMMLV	MÁS DE 3 SMMLV	TOTAL ICE INGRESO	NIVEL DE CALIDAD DEL EMPLEO
Personal Administrativo	19,8	13,0	8,0	40,8	III
Auxiliares de la Salud	20,4	16,0	0,0	36,4	III
Profesionales de Enfermería	0,0	28,0	44,0	72,0	II
Profesionales de la Salud	0,0	10,7	75,0	85,7	I
Otros Cargos	47,5	5,0	0,0	52,5	II

Fuente. Elaboración Propia (2013)

El anterior cuadro sintetiza el cálculo ICE para la variable Ingreso según las categorías de cargo de los empleados del sector salud, la valoración va de 1 a 100 puntos, encontrando que los profesionales de la salud tienen el mayor puntaje que es de 85,7 puntos, en contraposición a los auxiliares de salud que solo obtuvieron 36, 4 puntos ubicándose así en el III nivel de calidad.

Cuadro No 10: Matriz de Cálculo del Índice de Calidad del Empleo Variable Modalidad de Contratación y Nivel de Calidad

CARGOS	Contratación Directa			Tipo de Contratación					No de contratos				Total ICE Modalidad de Contratación	Nivel de Calidad del Empleo
	Si	No	Subtotal	Término Indefinido	Término Fijo	Prestación de Servicios	Otro Contrato	Subtotal	Una	Dos	Más	Subtotal		
Personal Administrativo	79,45	0	79,45	54,79	6,85	9,042	0	70,682	97,26	1,37	0	98,63	82,92	I
Auxiliares de la Salud	75	0	75	18,75	20,315	12,189	0	51,254	100	0	0	100	75,42	I
Profesionales de Enfermería	100	0	100	33	33,5	0	0	66,5	88,89	5,555	0	94,445	86,98	I
Profesionales de la Salud	77,27	0	77,27	27,27	6,82	16,365	0	50,455	81,82	6,82	0	88,64	72,12	II
Otros Cargos	92,86	0	92,86	35,71	25	2,142	0	62,852	92,86	3,57	0	96,43	84,05	I

Fuente. Elaboración Propia (2013)

Cuadro No 11: Matriz de Cálculo del Índice de Calidad del Empleo Sub- Variables de la Modalidad de Contratación y Nivel de Calidad

CARGOS	Contratación Directa	Nivel de Calidad del Empleo	Tipo de Contratación	Nivel de Calidad del Empleo	No de contratos	Nivel de Calidad del Empleo	Total ICE	Nivel de Calidad del Empleo
Personal Administrativo	79,45	I	70,68	II	98,63	I	82,92	I
Auxiliares de la Salud	75,00	I	51,25	II	100,00	I	75,42	I
Profesionales de Enfermería	100,00	I	66,50	II	94,45	I	86,98	I
Profesionales de la Salud	77,27	I	50,46	II	88,64	I	72,12	II
Otros Cargos	92,86	I	62,85	II	96,43	I	84,05	I

Fuente. Elaboración Propia (2013)

En el cálculo del índice de la calidad del empleo para la variable de la modalidad de contratación se tuvieron en cuenta tres sub-variables, entre ellas la contratación directa, el tipo de contratación y el número de contratos, cada una de estas sub-variables se calificó dentro de un rango de 1 a 100 puntos, luego se consolidaron en una matriz para ponderar dichos resultados y así calcular el ICE para la modalidad de contratación.

Entre los resultados encontrados se evidencia que los profesionales en enfermería están en un nivel más alto de calidad del empleo al obtener un puntaje de 86,96; y el cargo con una menor calificación fueron los profesionales de la salud los cuales alcanzaron una calificación de 72,12, quedando así en el nivel II de calidad del empleo.

Cuadro No 12: Matriz de Cálculo del Índice de Calidad del Empleo Variable Seguridad Social y Nivel de Calidad

Cargo	Total	Parcial	No	Total ICE Seguridad Social	Nivel de Calidad del Empleo
Personal Administrativo	86,3	6,2	0,0	92,5	I
Auxiliares de la Salud	78,1	10,9	0,0	89,1	I
Profesionales de Enfermería	100,0	0,0	0,0	100,0	I
Profesionales de la Salud	81,8	9,1	0,0	90,9	I
Otros Cargos	100,0	0,0	0,0	100,0	I

Fuente. Elaboración Propia (2013)

En lo relacionado a la cobertura de seguridad social se encontró que casi todos los empleados del sector salud tienen cobertura total, originando así que cada uno de los cargos analizados se encuentre en el primer nivel de calidad.

**Cuadro No 13: Matriz de Cálculo del Índice de Calidad del Empleo Variable
Horario laboral y Nivel de Calidad**

CARGO	Menos de 48 Horas	48 Horas	Más de 48 Horas	Total ICE	Nivel de Calidad del Empleo
Personal Administrativo	34,3	50,7	0,0	84,9	I
Auxiliares de la Salud	28,1	46,9	0,0	75,0	I
Profesionales de Enfermería	0,0	88,9	0,0	88,9	I
Profesionales de la Salud	18,2	40,9	0,0	59,1	II
Otros Cargos	50,0	42,9	0,0	92,9	I

Fuente. Elaboración Propia (2013)

Con excepción de los profesionales de la salud que están en segundo nivel de calidad del empleo, en cuanto al horario laboral los demás cargos están en primer nivel de calidad del empleo, debido a que gran parte de los empleados que los conforman no trabajan más de 48 horas a la semana.

Cuadro No 14: Matriz de Cálculo del Índice de Calidad del Empleo Variable Capacitación y Nivel de Calidad

CARGO	Necesidad de capacitación			Estudios Actuales			Tipo de Financiación				Frecuencia de Capacitación						Total ICE Capacitación	Nivel de Calidad del Empleo
	Si	No	Subtotal	Si	No	Subtotal	Empresa	Ambos	Recursos Propios	Subtotal	Mensual	Semestre	Anual	Ocasional	Ninguna	Subtotal		
Personal Administrativo	82,19	0	82,19	46,58	0	46,58	41,1	7,54	0	48,64	1,37	36,99	9,04	2,88	0	50,28	56,92	II
Auxiliares de la Salud	93,75	0	93,75	12,5	0	12,5	56,25	12,5	0	68,75	6,25	46,88	4,69	4,69	0	62,51	59,38	II
Profesionales de Enfermería	100	0	100	0	0	0	33,33	16,67	0	50	11,11	55,56	3,33	3,33	0	73,34	55,83	II
Profesionales de la Salud	100	0	100	13,64	0	13,64	45,45	4,55	0	50	9,09	40,91	5,45	8,18	0	63,64	56,82	II
Otros Cargos	92,86	0	92,86	14,29	0	14,29	57,14	7,15	0	64,29	14,29	50	8,57	0	0	72,86	61,07	II

Fuente. Elaboración Propia (2013)

Cuadro No 15: Matriz de Cálculo del Índice de Calidad del Empleo Sub-Variables de la Capacitación y Nivel de Calidad

CARGO	Necesidad de capacitación	Nivel de Calidad del Empleo	Estudios Actuales	Nivel de Calidad del Empleo	Tipo de Financiación	Nivel de Calidad del Empleo	Frecuencia de las capacitaciones	Nivel de Calidad del Empleo	Total ICE Capacitaciones	Nivel de Calidad del Empleo
Personal Administrativo	82,19	I	46,58	III	48,64	III	50,28	II	56,92	II
Auxiliares de la Salud	93,75	I	12,50	IV	68,75	II	62,51	II	59,38	II
Profesionales de Enfermería	100,00	I	0,00	IV	50,00	II	73,34	II	55,83	II
Profesionales de la Salud	100,00	I	13,64	IV	50,00	II	63,64	II	56,82	II
Otros Cargos	92,86	I	14,29	IV	64,29	II	72,86	II	61,07	II

Fuente. Elaboración Propia (2013)

Para todos los cargos analizados con excepción de los profesionales en salud que tienen un nivel tres, el nivel de calidad general de la variable capacitación es de dos, sin embargo en el caso de la sub-variable que determina el porcentaje de empleados que están estudiando actualmente, se encontró que el puntaje obtenido está dentro del tercer y cuarto nivel de calidad, caso contrario para la sub-variable de necesidad de capacitación para el buen desempeño del cargo la cual se encuentra en el primer nivel de calidad del empleo.

El nivel de calidad del empleo para las sub-variables tipo de financiación y frecuencias de capacitación, el nivel de calidad para cada uno de los cargos analizados es el segundo nivel de calidad, en donde el puntaje más bajo fue obtenido por el personal administrativo que solo alcanzó 48,64 puntos de 100 en la sub-variable de tipo de financiación, y el puntaje más alto logrado es de 73,34 para los profesionales en enfermería, para la sub-variable de frecuencia de las capacitaciones.

Cuadro No 16: Matriz del Cálculo del Índice General de Calidad del Empleo sector Salud, Tuluá, 2013

Cargo	ICE Ingreso	ICE Modalidad de Contratación	ICE Seguridad Social	ICE Horario de Trabajo	ICE Capacitación	Total ICE	Nivel de la Calidad del Empleo
Personal Administrativo	40,80	82,92	92,47	84,93	56,92	71,61	II
Auxiliares de la Salud	36,40	75,42	89,07	75,01	59,38	67,06	II
Profesionales de Enfermería	72,00	86,98	100,00	88,89	55,83	80,74	I
Profesionales de la Salud	85,72	72,12	90,91	59,09	56,82	72,93	II
Otros Cargos	52,50	84,05	100,00	92,86	61,07	78,10	I

Fuente. Elaboración Propia (2013)

La Matriz del Cálculo del Índice General de Calidad del Empleo del sector Salud de la ciudad de Tuluá, es resultado de la ponderación de los Índices calculados para cada una de las variables estudiadas, el peso de cada una de ellas es del 20%.

El análisis de cada una de estas variables fue realizado por cada categoría de cargo definida entre los empleados del sector salud, y siguiendo la metodología propuesta por Farné (2003) en el estudio sobre la calidad del empleo en Colombia, los resultados encontrados reflejan que la calidad del empleo en 3 de 5 cargos esta en el segundo nivel, y dos de ellos en primer nivel.

Sin embargo, aunque el nivel de calidad está en un buen rango en cada una de las categorías de cargo analizadas, algunas de las sub-variables de analisis se encuentran dentro del rango del IV y III nivel de calidad, y otras estan en II nivel, pero en un puntaje entre 50 y 60 puntos, por ende están más cerca del III nivel de calidad del empleo.

A continuación se presenta en el cuadro No 15 un resumen de los diferentes indicadores que alcanzaron los puntajes más bajos.

Cuadro No 17: Resumen de indicadores con los niveles de calidad más bajos.

VARIABLE	SUB-VARIABLE	CARGO	NIVEL DE LA CALIDAD DEL EMPLEO ACTUAL
Ingreso	Nivel de Ingreso	Personal Administrativo	III
		Auxiliares de la Salud	III
		Otros Cargos	II
Modalidad de Contratación	Tipo de Contrato	Auxiliares de la Salud	II
		Profesionales de la Salud	
Horario de Trabajo	Jornada Laboral	Profesionales de la Salud	II
Capacitación	Estudio Actuales	Personal Administrativo	III
		Auxiliares de la Salud	IV
		Profesionales de Enfermería	IV
		Profesionales de la Salud	IV
		Otros Cargos	
	Tipo de Financiación	Personal Administrativo	III
		Profesionales de Enfermería	II
		Profesionales de la Salud	
	Frecuencias de las capacitaciones	Personal Administrativo	III
		Auxiliares de la Salud	III
		Profesionales de Enfermería	
		Profesionales de la Salud	
		Otros Cargos	

Fuente. Elaboración Propia (2013)

6.7 SISTEMATIZACIÓN DE LOS RESULTADOS

El interés de realizar una investigación sobre la calidad del empleo en el sector salud de la ciudad de Tuluá se fundamenta en la importancia que tiene dicho sector en el desarrollo de la región, no solo en el ámbito económico, si no el social, político y la prestación del servicio de salud hacia la comunidad.

Los usuarios del sector salud no han sido los únicos afectados por las reformas y cambios que ha sufrido el sistema de salud Colombiano, debido a que, dicho impacto también ha perturbado a los empleados y a toda la comunidad en general, como se manifestó en líneas atrás, algunos de estos problemas han sido el no pago de las EPS hacia las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), lo cual ha generado entre otras cosas el atraso del pago de la nómina.

Estas situaciones han traído consigo problemas en lo relacionado a la estabilidad laboral, al ambiente de trabajo, la buena disposición en la prestación del servicio de salud, bajos salarios, atrasos en el pago, contratación indirecta, sobrecarga laboral en cuanto a funciones y tiempo y falta de capacitación continua en tanto al desempeño del cargo y el desarrollo profesional, esta situación no ha sido ajena a la realidad del sector salud de la ciudad de Tuluá.

Para la variable de salario y/o ingreso promedio, la investigación se realizó a 150 empleados del sector salud de la ciudad de Tuluá, los cuales fueron divididos en 5 categorías de cargo, en donde se calculó el ingreso promedio por cada uno de ellos, y luego se pondero dichos valores en la escala de puntajes para el cálculo posterior del Índice de la Calidad del Empleo (ICE) para dicha variable, encontrándose que:

- Los ingresos que perciben los empleados de la salud dependen de la entidad con quien tiene contrato (Públicas y/o Privadas), el nivel de responsabilidad y funciones a desarrollar, a su vez se evidencio que personas con el mismo nivel de escolaridad y desempeñando el mismo cargo percibían ingresos diferentes a razón del tiempo laborado en la institución.
- Otra situación expresada por los empleados encuestados es el atraso en el pago de sus salarios, que en ocasiones llegan a superar los dos meses, en otros casos se paga mes vencido, y/o solo se cancela el salario correspondiente al personal de planta, dejando como damnificados a los empleados contratados por la modalidad de prestación de servicios.

En tanto a los resultados obtenidos los rangos de ingreso percibido varían según el cargo, sin embargo si se comparan con la escala del salario básico por profesión realizado por el ministerio de protección para el año 2000 son inferiores. como, por ejemplo,

- Los auxiliares de la salud para el año 2000 recibían 2,14 SMMLV, y en la investigación se encontró que el 68% de los empleados no logran obtener un ingreso mayor a los 2 SMMLV.
- En el caso de los profesionales en enfermería no son ajenos a la misma situación de las auxiliares de la salud, ya que para el 2000 estos adquirirían un

salario básico en promedio de 4,04 y en el sector salud de Tuluá el 56% de los profesionales en enfermería tienen un ingreso entre 2 y 3 SMMLV.

- El 75% de los profesionales de la Salud de Tuluá tienen un ingreso de más de 3 SMMLV, sin embargo un 25% perciben un ingreso menor a éste, caso contrario se evidenció en el estudio que realizó el Ministerio de Protección Social para el año 2000, donde los profesionales recibían un ingreso de 6,34 SMMLV.

Como ya se mencionó para cada una de las categorías de cargo analizadas se calculó el ICE para la variable Ingreso dando una valoración de 1 a 100 puntos, clasificándolos en 4 niveles de calidad, en donde I y II reflejen un alto nivel. Sin embargo no todos los cargos alcanzaron dichos niveles, debido a que gran parte de su población reciben ingresos entre 1-2 SMMLV, entre ellos se encuentran: El personal Administrativo y los Auxiliares de la salud, estos cargos se encuentran en el tercer nivel obteniendo puntajes de 40,8 y 36,4 respectivamente, estos puntajes reflejan una baja calidad y aunado a los atrasos en el pago de los salarios, afecta de forma directa no solo al empleado si no a su núcleo familiar.

No obstante, también se observaron las diferentes situaciones que no favorecen la estabilidad laboral (modalidad de contratación) de los empleados entre ellas:

- No todos los empleados están contratados directamente, existen la intermediación de Cooperativas de Trabajo Asociado y bolsas de empleo, por ejemplo, el 20,55% del personal administrativo, el 25% de los auxiliares de la salud, 22,73% de los profesionales de la salud son contratados, a través de intermediarios.
- En las visitas hechas a las IPS y EPS, los empleados manifestaron que la razón de la existencia de los contratos por modalidad de prestación de

servicios en algunos casos se debe al objetivo de que estos no adquieran antigüedad en el cargo, ya que el tiempo del contrato no supera los 6 meses. El porcentaje de empleados en dicha modalidad es alto, por ejemplo, el 30,14% del personal administrativo, el 40,63% de los auxiliares de la salud, el 54,55% de los profesionales de la salud, están contratados en dicha modalidad.

- Algunos cargos en especial los profesionales de la salud no tienen un contrato a tiempo completo, lo cual les ha dado la posibilidad de trabajar en dos o más entidades al tiempo.

Aunque en el análisis para la modalidad de contratación se evidenciaron algunas debilidades en el sector Salud, expuesta anteriormente, el ICE de la variable se encuentra entre el I y II nivel de calidad, reflejando una buenas condiciones en cuanto a contratación del personal, sin embargo estas pueden mejorar al estimular la contratación directa, a término fijo e indefinido, ya que con esto los empleados tendría una mayor estabilidad laboral, y sentido de pertenencia con la institución donde laboran.

Se continua con la cobertura en seguridad social en los trabajadores del sector salud, se tuvo en cuenta que cumplieran con el pago total, parcial o no pago de esta (ARL, EPS, Caja de Compensación Familiar, y Pensión).

Los resultados encontrados fueron positivos, por ejemplo, el 86,30% del personal administrativo, 78,13% de los auxiliares de la salud, el 100% de los profesionales de enfermería, el 81,82% de los profesionales de la salud, y el 100% de los empleados en la categoría de otros cargos, cuentan con cobertura total de la seguridad social. Sin embargo los que tienen cobertura parcial manifestaron que esto se debe a la modalidad de contratación por prestación de servicios la cual no cubre la Caja de Compensación Familiar, es importante resaltar que la función

social de las Cajas de Compensación Familiar se fundamenta en ofrecer bienestar al trabajador y su núcleo familiar en caso de adversidades y contingencias sociales.

En lo relacionado a los resultados del cálculo del Índice de la calidad del empleo para la seguridad social, los diferentes cargos estudiados obtuvieron puntajes en rango de 75 a 100 puntos, obteniendo así una calificación de primer nivel. Siendo ésta variable la del mayor puntaje y mejor nivel de calidad alcanzado.

En el horario de trabajo se determinó el porcentaje de empleados de cada cargo, que laboraban en tres diferentes rangos de tiempo durante la semana, menos de 48 horas, 48 horas y más de 48 horas semanales. La razón por la cual se escogieron 48 horas como valor base se fundamenta en el modelo aplicado por Farné (2003), ya que este horario semanal es el establecido por el código sustantivo del trabajo.

Algunos empleados en gran parte el personal administrativo laboran menos de 48 horas, razón que se debe a que el día sábado laboran hasta el medio día o en otros casos compensan las 4 horas del sábado entre semana, teniendo como descanso los días sábados, domingos y festivos.

Otra es la situación con los profesionales de la salud, ya que, no todos laboran tiempo completo, teniendo turnos de 4, 6, 8 y 12 horas diarias, por tal motivo, el 18,18% de estos laboran menos 48 horas y el 40,91% trabajan más de 48 horas semanales.

Aquellos profesionales de la salud que tienen turnos entre 4 y 6 horas, se encuentran laborando en dos o más instituciones. Según la Directora de Talento Humano del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe E.S.E señala que los profesionales de la salud tienen la capacidad de laborar 18 horas continuas,

teniendo un descanso de solo 6 horas, estos profesionales manifestaron que la razón de esta sobrecarga de trabajo se debe a su objetivo de alcanzar ingresos más altos que no solo lo benefician a ellos, si no a su entorno familiar.

Los resultados del ICE para el horario de trabajo, ubicaron a los diferentes cargos en el nivel I y II de calidad, siendo los profesionales de la salud los únicos en estar en el segundo nivel, debido a las causas descritas anteriormente.

Por último, encontramos las sub-variables analizadas en la capacitación como: la necesidad de capacitación, estudios actuales, tipo de financiación y frecuencia de capacitación, cada una de estas variables se le otorgó una puntuación entre 1 y 100 puntos y de acuerdo al rango en el cual se encontraron, se definía si estaban en el nivel I, II, III y IV de calidad del empleo.

Para la variable necesidad de capacitación, cada uno de los cargos se ubicó en el rango de 75 a 100 puntos, encontrándose así en el primer nivel de calidad, debido a que, el 82,19% del personal administrativo, 93,75% de los auxiliares de la salud, el 100% de los profesionales de enfermería y de la salud, y el 92,86% de los empleados en otros cargos, reconocieron la necesidad de capacitarse para tener un buen desempeño del cargo y su formación profesional.

Caso contrario sucedió con la sub-variable de estudios actuales, ya que un bajo porcentaje de los empleados pueden combinar el ejercicio de sus labores con el estudio, por razones económicas y de tiempo. Dando así como resultado que el nivel de calidad para estos empleados se ubicará entre el III y IV nivel de calidad del empleo.

En el tipo de financiación se abordaron las sub-variable de: financiación de la empresa, recursos propios y ambos, en donde la gran mayoría de cargos se clasificaron en el segundo nivel de calidad, con excepción al personal

administrativo que obtuvo un puntaje de 48,64 quedando así en el rango del tercer nivel de calidad, la razón es que el 43,84% de los empleados en este cargo respondieron que financian sus capacitaciones con recursos propios.

La frecuencia de capacitación para cada una de las categorías de cargo analizadas se encuentra en el rango del segundo nivel, siendo el personal administrativo el que tiene un puntaje más bajo, el cual es de 50,28 de 100 puntos, mientras que los profesionales de enfermería alcanzaron una puntuación de 73,34 de 100, lo cual se debe a que el 55,56% de los profesionales en enfermería contestaron que las capacitaciones que reciben son de forma semestral.

La importancia de la capacitación radica en ofrecer a los empleados la posibilidad de recibir una mejor formación para desempeñar bien sus cargos y para su desarrollo profesional y, de acuerdo a eso los resultados encontrados para esta variable son positivos ya que cada uno de los cargos se encuentran en un segundo nivel de calidad, sin embargo los puntajes alcanzados están en el rango de los 55,83 y 61,07 puntos, la razón de estos es como se mencionó anteriormente la sub-variable que analiza el porcentaje de empleados estudiando actualmente, se ubicó en 4 de 5 categorías de cargo en el cuarto nivel de calidad del empleo.

En el Índice de Calidad del Empleo se tiene una puntuación de 1 a 100 puntos, y de acuerdo al rango de puntuación se puede establecer el nivel de calidad del empleo, otra interpretación que se le puede dar a este es el porcentaje en que se cumplen las condiciones mínimas para que un empleado tenga un empleo de calidad, por ejemplo, El ICE general de los Auxiliares de Salud, el cual pondera los ICE para cada una de las dimensiones abordadas (Ingreso, Modalidad de Contratación, Seguridad Social, Horario de Trabajo, Capacitación), da como resultado una puntuación de 67,06, la cual ubica a este cargo en el segundo nivel de calidad, sin embargo, dicha puntuación refleja que en solo un 67,06% se

cumplen las condiciones mínimas de calidad del empleo, no obstante, persiste un 32,94% para dar total cumplimiento a las condiciones mínimas de calidad, entre las diferentes causas de que el ICE general de este cargo haya obtenido esta puntuación se debe a que el ICE del ingreso es de 36,40 puntos de 100 y el ICE de la Capacitación es de 59,38.

Los Auxiliares de la Salud fueron los que obtuvieron la menor puntuación, el cargo que lideró o alcanzó un mayor porcentaje de cumplimiento de las condiciones mínimas de empleo son los profesionales de enfermería, ya que, alcanzaron un 80,74% de cumplimiento de estas condiciones, en segundo lugar se ubican los empleados dentro de la categoría de otros cargos, por ejemplo, vigilantes, servicios generales, entre otros, los cuales tienen un cumplimiento de las condiciones mínimas de un 78,10%, en tercer y cuarto lugar se ubican los profesionales de la salud y el personal administrativo, los cuales alcanzaron un 72,93% y 71,61% respectivamente, de cumplimiento de las condiciones mínimas de calidad del empleo.

Entre las dimensiones abordadas para la ponderación del ICE general, se evidenció que la de mayor cumplimiento de las condiciones mínimas es la seguridad social, debido a que cada uno de los cargos se encontró en el primer nivel de calidad, ya que, gran parte de los empleados tiene cobertura total en seguridad social.

En cambio para la variable de ingreso y la de capacitación, el panorama es diferente ya que en el caso de los auxiliares de salud, personal administrativo y otros cargos, el ingreso alcanzó promedios de 36,40, 40,80 y 52,50 respectivamente, y en la capacitación los profesionales de enfermería, de la salud, y el personal administrativo alcanzaron 55,83, 56,82 y 56,92 puntos de 100 respectivamente, indicando así un bajo nivel de calidad del empleo en dichas variables.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En conclusión, se encontró que la calidad del empleo del sector salud se encuentra en el primer y segundo nivel, siendo esto muy positivo, sin embargo se encuentran algunas debilidades que en el tiempo pueden ser mejoradas para así asegurar el cumplimiento total de las condiciones mínimas de empleo para los trabajadores:

- Cuando se analizó el ICE para la variable ingreso en comparación a los rangos de salario básico por profesión realizado por el ministerio de protección para el año 2000, fue notorio que los ingresos actuales que devenga el personal de salud de Tuluá son muy bajos, por tal motivo se recomienda la realización de un plan de incentivos económicos para los empleados, y/o ajuste de los salarios en la medida que sea posible con los recursos de la institución de salud y la normatividad y reglamentación existente.
- El problema encontrado en la modalidad de contratación es que el 32% de los empleados del sector salud están contratados por la modalidad de prestación de servicios, lo cual no garantiza estabilidad laboral ya que los contratos son máximo hasta 6 meses, y en algunos casos no son renovados, la recomendación que se hace para este ítem es evaluar la posibilidad de contratar parte de este personal a término fijo o indefinido y el diseño y formulación de un plan carrera.
- En seguridad social, la cobertura de los empleados en el sector salud de Tuluá es casi universal, sin embargo, el 13% de los empleados no gozan de cobertura total, debido a que, el contrato por modalidad de prestación de servicios no cubre la caja de compensación familiar, lo cual coloca en desventaja no solo a los trabajadores si no a su entorno familiar, debido a que

estas cajas buscan brindar bienestar y seguridad en caso de calamidades o infortunios tanto al empleado como a su familia.

- El 20% del personal de salud trabajan más de 48 horas semanales, lo cual genera desgaste Físico y mental, por tal motivo se recomienda analizar las causas de esta sobrecarga de trabajo y las medidas para que esta no continúe, como: Asignación de funciones, mejor distribución del horario de trabajo, o contratación de más personal.
- En cuanto a capacitación las recomendaciones se basan en la formulación de un plan de capacitación, en donde se busque desarrollar las habilidades, destrezas y conocimientos del empleado, tanto del cargo como de la institución.

BIBLIOGRAFÍA

- ALCALDÍA MUNICIPAL, Tuluá. (2013). Nuestro Municipio. Recuperado el 29 de Julio de 2013, de <http://www.tulua.gov.co/nuestromunicipio.shtml>.
- ALCÓN YUSTAS, M. (1994). El pensamiento político y jurídico de Adam Smith: La idea de orden en el ámbito humano. Universidad Pontificia Comillas: España.
- Anker, R., I, C. P., & Mehran, F. (2003). la medición del trabajo decente con indicadores estadísticos. Revista Internacional del Trabajo , No 2-2003.
- CHAMPLIN, D. (1995). La calidad empleo entendimiento en una era de cambio estructural: ¿Que puede aprender de la economía as relaciones laborales? Diario de Asuntos Economicos , Vol XXIX, No 3 .
- DAHL, S., & OLSEN, T. N. (2009). Calidad del trabajo-Concepto y medición. Documento de trabajo sobre la conciliación del trabajo y el bienestar en Europa. Europa: Rec-wp.
- Davoine, L. C. (2008). La Calidad del Trabajo según los indicadores europeos y otros más. Revista Internacional del Trabajo , Vol 127 No 2-3.
- DE LA GARZA TOLEDO, E. (2011). Ponencia: Hacia un concepto ampliado del trabajo. En U. A. Metropolitana, El mundo del trabajo en América Latina (págs. 111-140). México: Universidad Autónoma Metropolitana .
- DE LA GARZA TOLEDO, E. (2006). Teorías sociales y estudios del trabajo . México: Universidad Autónoma Metropolitana de México.
- FARNÉ, S. (2003). Estudio sobre la Calidad del Empleo en Colombia. Bogotá : Universidad Externado de Colombia.

- FARNÉ, S. (2012). La Calidad del empleo en América Latina a principios del Siglo XXI. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- FARNÉ, S. (2011). La Calidad del Empleo en medio de la Flexibilización Laboral, Colombia 2002-2010 . Bogotá: Universidad Externado de Colombia .
- GALVIS, L. Y., & ADOLFO. (2000). El crecimiento económico de las ciudades colombianas y sus determinantes, 1973-1998. Cartagena : Centro de estudios económicos regionales -Banco de la República.
- GARCÍA CRUZ, G. (2005). El componente local de la informalidad laboral para las diez principales áreas metropolitanas de Colombia, 1988-2000. Cali: CIDSE, Universidad del Valle.
- INFANTE, R. *La calidad del empleo. La experiencia de los Países latinoamericanos y de los Estados Unidos*, OIT-LIMA, 1999.
- INFANTE, R. y VEGA CENTENO, M. (1999), "La Calidad del Empleo: lecciones y Tareas ", en Infante (Ed.)
- LOPEZ, J. (2006). Estudio sobre la calidad del empleo en Tunja, Colombia. Recuperado el 15 de Septiembre de 2010, de <http://www.monografias.com/trabajos44/calidad-empleo-tunja/calidad-empleo-tunja.shtml>
- MARULL MAITA, C. R. (2010). La calidad del empleo en América Latina. La experiencia de Bolivia y Ecuador en el período 2001-2007,. Berlín: Universidad Libre de Berlín.
- MARX, C. (1974). El capital. Fondo de Cultura Económica: México.
- MESSIER, J. Y. (2008). La medición de la calidad del empleo en el sector informal. En A. University, Serie de documentos de trabajo. Washington: American University.

- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL-República de Colombia. *LOS RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD EN COLOMBIA. Balance, Competencias y Prospectiva*. Unión Temporal Pontificia Universidad Javeriana, Fedesarrollo-Family Health Foundation. Bogotá D.C. 2002
- MORA, Jhon James; ULLOA, María Paola. *Calidad del empleo en las ciudades colombianas y endogeneidad de la educación*. EN: Revista de Economía Internacional, vol. 13, No. 25. 2011.
- MOLINA, G. (1989). Breviario de Ideas Políticas. Colombia: Tercer Mundo.
- NEFFA, J. C. (2003). El trabajo Humano . Buenos Aires: Lumen.
- NOGUERA, J. A. (1998). El concepto del trabajo y la teoría social crítica. Papel basado en la tesis doctoral la transformación del concepto del trabajo en la teoría social. La aportación de las teorías Marxistas. Barcelona: Universidad Autonoma de Barcelona.
- ORTIZ, C. Y., & IGNACIO, J. (2005). Características de la informalidad urbana en las diez principales áreas etropolitanas de Colombia: 1988-2000. Cali: CIDSE, Universidad del Valle.
- PINEDA DUQUE, J. (2006). Calidad del Empleo: Comparaciones locales para Colombia. Bogotá: Universidad de los Andes.
- PINEDA, J. Y., & ACOSTA. (2011). Calidad del Trabajo: aproximaciones teóricas y estimación de un índice compuestp. Bogotá: Banco de la República.
- QUIÑONES, M. (2009). El indice de la calidad del empleo, una propuesta alternativa aplicada a Colombia, Documento de Trabajo No 136. Cali: CIDSE, Universidad del Valle.
- REINECKE, G. Y. V. M. E. (2000). La calidad del empleo: un enfoque de género. In O. Oficina Internacional del Trabajo (Ed.), ¿Más y mejores empleo para las mujeres? La experiencia de los países del Mercosur y Chile. Lima

- RODGERS, G. Y. (1998). La calidad del empleo: perspectivas y ejemplos en Chile y Brasil. Santiago de Chile: mimeo.
- RODRÍGUEZ CABALLERO, J. C. (2003). La economía laboral en el período clásico de la historia del pensamiento económico. Tesis doctoral de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Valladolid: España.
- ROSES PERIAGO, Mirta. (2011). Los graves problemas del sistema de salud colombiano. Recuperado el 24 de Marzo de 2013, de http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-9536948.html
- SEHNBRUCH, K. (2004). De la cantidad a la calidad del empleo: una aplicación del enfoque de las capacidades en el mercado laboral chileno. Chile: Universidad de California, Berkeley.
- SEHNBRUCH, K. (2007) De la cantidad a la calidad del empleo, en S. Alkire, F. CO-MIM y Qizilbash M. (eds.), El Enfoque de Capacidades en Desarrollo Humano: Conceptos, Aplicaciones y Medida, Cambridge University Press .
- SMITH, A. (1988). La riqueza de las Naciones . Barcelona: Oikos-tau.
- URIBE, J. I. (2006). (Coordinador). Exclusión social en el mercado laboral del valle del Cauca: Desempleo y Calidad del empleo 2001-2006. Cali: Universidad del Valle.
- VAN Bastelaer, A. y HUSSMANN, R. (2000), "La medición de la calidad del empleo: introducción y visión general", Documento Presentado al Seminario conjunto ECE-Eurostat-ILO de Medición de la Calidad del Empleo, Ginebra, mayo.

CIBERGRAFÍA

- http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-9536948.html
- <http://www.caracol.com.co/noticias/economia/el-abc-del-salario-minimo-en-colombia/20111201/nota/1586633.aspx>
- <http://www.eumed.net/cursecon/dic/bzm/p/plusvalia.htm>
- <http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--es/index.htm>
- www.coomeva.com
- www.hospitaltomasuribe.gov.co
- www.hospitalrubencruzvelez.gov.co
- www.clinicasanfrancisco.com
- www.sos.com

ANEXO
Instrumento de Encuesta

UNIVERSIDAD DEL VALLE SEDE TULUA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACION
PROGRAMA ACADEMICO: ADMINISTRACION DE EMPRESAS
Estudio de la calidad del empleo en el Sector Salud

INVESTIGADORAS: Yuri Liceth Rodríguez Aponte.
Zulith Janeth Piedrahita

FECHA: _____ HORA: _____
ENTIDAD: _____

1. ¿Qué ingreso devenga usted mensualmente?

- ☐ Entre \$589.500 y \$1.179.000
- ☐ Entre \$1.179.000 y \$1.768.500
- ☐ Más de \$ 1.768.500

¿Cuánto? _____

2. ¿Qué cargo desempeña en este momento?

3. ¿Qué tipo de estudio está realizando?

4. ¿Cuál es su nivel de estudio o nivel de escolaridad?

- ☐ Auxiliar
- ☐ Técnico
- ☐ Tecnólogo
- ☐ Pregrado
- ☐ Posgrado
- Otros ¿Cuáles?

5. ¿Qué tipo de contrato tiene?

- ☐ Contrato a término fijo
- ☐ Contrato a término Indefinido
- ☐ Prestación de servicios

¿Otro? _____

6. ¿Está contratado directamente por la empresa?

- ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es su intermediario
laboral?

7. ¿Con cuantas organizaciones o
instituciones, tiene contrato en este
momento?

☐ Una

☐ Dos

☐ O más ¿Cuántas? _____

8. ¿Tiene usted cobertura total en
seguridad social "EPS, ARL, FONDO
DE PENSION, CAJA DE
COMPENSACION"?

☐ Si

☐ No

☐ Parcial

¿Cuáles? _____

9. ¿Cuántas horas labora usted en la
semana?

☐ Menos de 48 horas semanales

☐ 48 horas semanales

☐ Más de 48 horas semanales

¿Cuántas? _____

10. ¿Es indispensable acceder a
capacitaciones, para desempeñar
este cargo?

☐ Sí

☐ No

¿Por qué?

11. ¿Con qué frecuencia realizan
capacitaciones?

☐ Anual

☐ Semestral

☐ Ninguna

☐ Otra _____

12. ¿Se encuentra estudiando
actualmente?

☐ Sí

☐ No

¿En qué lugar?

13. ¿Quién financia las capacitaciones
que usted necesita?

☐ La empresa

☐ Recursos propios

☐ Ambos

Agradecemos su colaboración con el desarrollo de la investigación

