

**REFORMA SANITARIA Y CONDICIONES DE EMPLEO DE LOS
TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA**

Angélica María Vargas Monroy

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina

Maestría en Salud Pública

Bogotá, 6 de febrero de 2014

Universidad el Bosque

Facultad de Medicina

Reforma Sanitaria y Condiciones de Empleo de los Trabajadores del Sector Salud en
Colombia

Trabajo de grado prestando para optar al título de Magíster en Salud Pública

Presentado por:

Angélica María Vargas Monroy

Asesor Temático

Oscar Useche Aldana

Nota de Salvedad de Responsabilidad Institucional

La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.

Tabla de Contenido

1. Introducción	6
2. Justificación	9
3. Planteamiento de Problema	11
4. Objetivos	13
3.1. Objetivo General	13
3.2. Objetivos Específicos	13
5. Marco de Referencia	14
4.1. Los Noventas: La Década de las Reformas Neoliberales	14
4.1.1. Reforma Laboral	20
4.1.2. Reforma a la Salud	23
4.2. Los Trabajadores del Sector Salud	29
4.3. Condiciones de Empleo	32
4.3.1. Empleo: Definición y Delimitación del Término.	32
4.3.2. Calidad de Empleo, Desempleo, Empleo Precario y Empleo Informal.	34
4.3.3. Condiciones de Empleo en Colombia.	39
4.3.4. Condiciones de Empleo y “Employment Strain”.	41
6. Metodología	45
7. Resultados	47
7.1. Información General de los Documentos Incluidos en la Revisión.	47
7.2. Resultados Alusivos al Contenido de los Documentos Revisados.	73
7.2.1. Elementos de la Reforma Sanitaria de 1993 Relacionados con los Cambios en las Condiciones de Empleo de los Trabajadores del Sector.	73
7.2.2. Condiciones de Empleo de los Trabajadores del Sector Salud.	82
8. Discusión y Conclusiones	108
Referencias	120

Lista de Tablas

Tabla 1. Términos de búsqueda por categorías	46
Tabla 2. Resumen de los documentos encontrados	49
Tabla 3. Clase de documentos encontrados	69
Tabla 4. Estudios documentados según tipo, instrumentos y fuentes de información	71
Tabla 5. Caracterización de los documentos encontrados según tipo de estudio y temática abordada	72

El presente trabajo se constituye en una investigación bibliográfica cuyo objetivo es identificar, a través de una revisión documental, las condiciones psicosociales de empleo de los trabajadores del sector salud a partir de la reforma sanitaria de 1993 en Colombia. A través de una búsqueda de información realizada en bases de datos, buscadores académicos y páginas electrónicas de organizaciones nacionales e internacionales se localizaron 49 documentos pertinentes, entre estos se encuentran artículos originales, tesis y trabajos de grado, publicaciones técnicas gubernamentales, ensayos y capítulos de libros, entre otros. Los documentos revisados reseñan una paulatina precarización de las condiciones de empleo de los profesionales de la salud en Colombia a partir de la reforma al sector sanitario implementada a partir de 1993. Dicha reforma introdujo cuatro elementos (los principios de eficiencia, de universalidad, la competencia regulada y la introducción de las aseguradoras) cuya interrelación dinámica han contribuido para que se hayan consolidado y emergido nuevos patrones que caracterizan las condiciones de empleo en el sector, como son la desregularización de la contratación laboral, el desmejoramiento de la remuneración (incluido el salario social), el aumento del pluriempleo, subempleo y desempleo, y el debilitamiento de la agremiación y su poder de negociación para lograr mejores condiciones de enganche laboral.

Palabras clave: empleo, trabajadores de la salud, Colombia.

This study constitutes a bibliographical research, aim to identify, through a documentary review, the employment conditions of health workers in Colombia since the health reform of 1993. Through a search for information held in databases, academic search engines and electronic pages of national and international organizations, there were found 49 relevant documents, these include original articles, thesis, Government technical publications, segments and chapters of books, among others. The documents reviewed outlined a gradual change of employment conditions of the professionals of health in Colombia since reform implemented in 1993, showing increased precariousness. The 1993 reform introduced four elements (the principles of efficiency, universality, regulated competition and the introduction of insurers) that through dynamic interrelation have contributed to consolidated an emerging pattern that characterize the employment conditions in the sector, such as the deregulation of labour contracting, the decline of remuneration (including social wage); moonlighting, underemployment and unemployment; the weakening of the association and its bargaining power to negotiate better hiring conditions.

Key words: employment, health workers, Colombia

1. Introducción

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los trabajadores sanitarios en América Latina representan entre el 6% y el 7% de la población laboralmente activa de la región (1), lo que sin duda deja clara la importancia que este grupo tienen, no sólo para la atención de las enfermedades y la protección de la salud, sino también en el funcionamiento económico de los países.

Al interior de los sistemas sanitarios, la fuerza de trabajo no sólo ejerce la función de proveer directamente los servicios, sino que además representa cerca del 60% del presupuesto del sector salud, por lo que se convierte en un componente estratégico para la planificación, organización y ejecución de políticas públicas (2). Los profesionales de la salud no sólo representan uno de los rubros más prominentes en el presupuesto de los sistemas, sino que además se constituyen en el “factor determinante más importante” para su desempeño (3).

Con base en lo anterior, en el 2007 la OPS formula 20 metas estratégicas orientadas al fortalecimiento del talento humano del sector (3). Estas metas se agrupan en cinco categorías o “desafíos críticos”, encontrando que la cuarta corresponde a la generación de “relaciones laborales entre el personal y las organizaciones de salud con el fin de fomentar la creación ambientes de trabajo saludables y que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población”. Específicamente, la meta 13 busca reducir a la

mitad la proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud (3).

En relación a esta meta, Marta Novick (4) señala que el aumento en la precariedad laboral del personal de salud, el cual se puede ver representado por modalidades de contratación que implican fuerte vulnerabilidad laboral, extensión de la jornada y aumento de la intensidad de trabajo, va en detrimento de la gestión en salud en tanto que dichas condiciones producen un deterioro en las prácticas y en la calidad de la atención.

No obstante lo anterior, a raíz de las reformas sanitarias que imperaron en los países latinoamericanos, incluyendo a Colombia, en las décadas de los 80's y 90's y cuyas condiciones se han consolidado hasta la actualidad, especialmente aquellas relacionadas con la flexibilización laboral, se han deteriorado las condiciones de empleo del personal de salud, lo cual se evidencia a través del debilitamiento de la asociación sindical, la desregularización de la contratación, la eliminación del salario ordinario y del salario social, las bajas asignaciones salariales o de remuneración, la imposición arbitraria de condiciones laborales por parte del empleador (por ejemplo jornada, cantidad y contenido del trabajo) y la desprotección de los trabajadores frente a la potestad que adquieren los empleadores de realizar terminaciones o no renovaciones del contrato (5, 6).

En consecuencia, la identificación del impacto que los procesos de reformas sanitarias tienen sobre la gestión del talento humano, específicamente sobre sus condiciones de empleo, se constituye en un imperativo, que merece la pena ser estudiado.

2. Justificación

Si bien desde la década de los 70's se identifican importantes problemas que afectan la gestión del talento humano en el sector salud en muchos países de Latinoamérica, dificultades que van desde la deficiente regulación de la práctica profesional en salud hasta la concentración de los profesionales en centros urbanos, con el correspondiente detrimento en las áreas rurales (5); dichas problemáticas se desarrollaron y tomaron formas diferentes en los países de la región a lo largo de más de dos décadas, y se asociaron indefectiblemente con efectos negativos en “la calidad de la asistencia, la capacidad de prevenir enfermedades, el desempeño general de los sistemas de salud y, en definitiva, el logro de los resultados de salud deseados” (7).

Lo anterior constituye el contexto para que durante los 80's y 90's se formularan e implementaran reformas al sector salud que buscaban, entre otros fines, una mayor eficiencia del talento humano. Estas reformas a los sistemas sanitarios indudablemente tienen un impacto sobre la gestión del talento humano; no obstante, el posicionamiento que han tenido las disposiciones relacionadas con la administración del personal de salud dentro de dichas reformas no ha sido exitoso y ha prevalecido el interés por implementar medidas tendientes al aseguramiento de la accesibilidad a los servicios, la mejora de la calidad de la atención y la descentralización (1, 8), en muchas ocasiones a expensas de las condiciones de empleo y trabajo del personal sanitario (1).

Paradójicamente, esas mismas reformas que propenden por una mayor cobertura y calidad del servicio, a través del aumento de la proporción del personal de salud en relación a la cantidad de habitantes por país, una distribución más equilibrada de esta fuerza de trabajo en áreas rurales y urbanas, y una mejor cualificación de los profesionales (en términos de conocimientos y competencias); han afectado negativamente las condiciones de empleo y trabajo del personal de salud, haciendo que estas sean más inestables y menos controlables por parte de los trabajadores (o sus asociaciones laborales). En este escenario es posible pensar que en la región se están propiciando las condiciones para que los profesionales de la salud enfrenten lo que Wayne Lewchuk ha denominado “*employment strain*” (9, 10) o tensión por el empleo.

El término “*employment strain*” define la condición psicosocial en la que los trabajadores pierden control para decidir sus propias condiciones de empleo (tipo de contratación, estabilidad, compensación económica, jornada, etc.) debido a una precarización generalizada en el sector al que pertenecen y a la relación que esto tiene con el aumento de las exigencias para poderse emplear y conservar un trabajo (búsqueda permanente de trabajo, lograr un buen desempeño profesional equilibrando varios empleos, mayor número de horas de trabajo, mayor calificación y cualificación, etc.) (9, 10). Esta pérdida de control y el aumento de las exigencias que se hace a los trabajadores en ciertos mercados laborales pueden acarrear múltiples efectos nocivos en la fuerza de trabajo (desmotivación, síntomas de ansiedad y depresión, etc.), lo cual repercutirá, sin duda, en la misma calidad del servicio (11).

3. Planteamiento de Problema

Hacia finales de siglo XX y principios de la primera década del siglo XXI empezó a llamar la atención de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el impacto negativo que las reformas sanitarias han tenido en la gestión de los trabajadores, el cual se ha evidenciado a través del aumento de los conflictos laborales, representados por huelgas y paros, en algunos países de Latinoamérica (3). Es así como, en 1999 la OPS lanzan la iniciativa regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, cuyo principal objetivo es el de vigilar las repercusiones en el sector sanitario sobre la fuerza de trabajo (3).

Esta iniciativa, que para el 2012 ya contaba con la participación de todos los países latinoamericanos, tiene como propósito generar y analizar información en torno a las condiciones de empleo y trabajo de esta población, con miras al fortalecimiento de políticas públicas y estrategias para su desarrollo (2).

Los observatorios de recursos humanos en salud de América Latina son las entidades que registran la mayor producción de documentos respecto a la gestión del talento humano en el sector. En Colombia, mediante la Ley 1164 del 2007 se estableció el Observatorio de Talento Humano en Salud cuyo primer objetivo es el de “propender porque el país cuente con Talento Humano en Salud idóneo, comprometido y en condiciones laborales óptimas que permitan atender las necesidades de salud de la población” (12).

A partir de la creación de los observatorios de recursos humanos en salud de América Latina, desde hace 13 años, y en Colombia desde hace más de seis, se ha estimulado la producción de una importante cantidad de información relativa al tema de gestión del talento humano, adicionalmente las reformas del sector sanitario iniciadas en los 80's y que se han consolidado hasta la actualidad han sido documentadas ampliamente, con base en la cual puede resultar provechoso realizar una revisión documental con el fin de contestarse a la pregunta ¿cómo ha impactado la reforma sanitaria en la transformación de las condiciones psicosociales de empleo del personal de salud en Colombia?

4. Objetivos

3.1. *Objetivo General*

Identificar, a través de una revisión documental, las condiciones psicosociales de empleo de los trabajadores del sector salud a partir de la reforma sanitaria de Colombia de 1993.

3.2. *Objetivos Específicos*

Establecer cuáles han sido los elementos de la reforma sanitaria que se han relacionado con los cambios en las condiciones de empleo de los trabajadores del sector.

Describir las condiciones de empleo que se han establecido a partir de la reforma sanitaria en Colombia.

Identificar si las condiciones de empleo del personal de la salud generadas a partir de las reformas sanitarias coinciden con las características del concepto psicosocial de “*employment strain*”.

5. Marco de Referencia

El presente apartado está destinado a brindar un marco referencial que permita entender el contexto de la reforma sanitaria en Colombia y su impacto sobre las condiciones de empleo de los trabajadores del sector. Es así como, en primera instancia se describirá cómo la década de los 90's en Colombia se constituyó en el periodo en el cual se hizo más evidente, a través de la implantación de diversas reformas estructurales, la incorporación de un modelo de desarrollo neoliberal, lo cual se constituyó en una clara tendencia en toda la región latinoamericana, se exploraran de forma focal dos de estas reformas, la laboral y la de salud, por ser estas las más estrechamente relacionadas con el tema central de la presenta revisión documental. En un segundo apartado se se abordará el tema de los trabajadores del sector salud, con el fin de delimitar el término, su significado y algunas de sus principales características.

4.1. Los Noventas: La Década de las Reformas Neoliberales

Después de la Segunda Guerra Mundial se empieza a consolidar el Estado de Bienestar o Estado Benefactor como una forma de equilibrar la democracia, el bienestar social y el capitalismo, en este contexto se vinculan elementos políticos, económicos y sociales, a partir del entendimiento del planteamiento de Keynes del “círculo virtuoso entre lo económico y lo social en la dinámica de crecimiento económico y desarrollo social”, en el que el Estado tiene una función regulatoria activa (13,14).

En la década de los 60's se fortalece y desarrolla la organización político – económica del estado de bienestar Keynesiano, el cual se caracteriza por la promoción del pleno empleo en economías nacionales cerradas, a través de la intervención Estatal sobre las leyes del mercado, especialmente la demanda y la generalización de las normas de consumo de masas (14,15). El desarrollo de esta forma de organización política – económica obedece al entendimiento que el aumento de la demanda es lo que impulsa el crecimiento de la oferta; por lo que el pleno empleo y el incremento de los salarios “no son consecuencias del desarrollo económico, sino su condición” (14), mirada bajo la cual se entienden los salarios como fuente de demanda y por consiguiente se fortalecen los mecanismos a través de los que los trabajadores pueden lograr mejoras salariales, como la representación laboral y las negociaciones colectivas. Desde una perspectiva social el Estado de Bienestar propende por promover la tendencia de derechos al bienestar, los cuales deben ser distribuidos entre todos los ciudadanos, constituyéndose esto en motor del desarrollo.

El Estado de Bienestar se origina en el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial y se consolida en las décadas de los 60's y 70's, manifestándose en formas distintas en los países europeos, norteamericanos y asiáticos (13); sin embargo, la paulatina apertura de los mercados y la aparición de nuevas tecnologías aplicadas al trabajo hacen que empiece a aparecer un paradigma de crecimiento orientado a la competencia, la producción flexible, la innovación y la regulación del mercado a través del control de la oferta; lo cual lleva a “subordinar la política de bienestar a las exigencias de la flexibilidad” (15).

En el contexto anterior, Bob Jessop identifica una transición desde el Estado de Bienestar Keynesiano hacia el Estado de Trabajo Shumpeteriano; en el que la oferta de innovaciones cobra un rol central en la dinámica del mercado, promoviendo una competitividad estructural en un mercado abierto, en la que prima el interés por la producción y por el ahorro de costos. Lo anterior tiene unas consecuencias que hacen que se dé una reorientación de la política social del Estado, pasando del interés por el pleno empleo, las mejoras salariales y los derechos al bienestar; a la flexibilidad, el control de los salarios como estrategia de control del costo de producción y los servicios de bienestar que favorezcan los negocios, los cuales serán subsidiados fiscalmente por actividades económicas favorecidas en beneficio de los segmentos de la población que no tengan capacidad de aporte (15).

En el modelo del Estado de Trabajo Shumpeteriano el salario es considerado principalmente como un costo de producción, el cual debe ser controlado en aras de una mayor competitividad (15). El principal mecanismo de control lo ha constituido la flexibilidad laboral, bajo los esquemas de contratos temporales de corta duración, ciclos de contratación y despidos, la tendencia a la polifuncionalidad, los horarios extendidos, la posibilidad subcontratación o suministro de personal por un tercero y las formas de remuneración variable (16). A su vez la flexibilidad laboral redundaba en un detrimento de la representación laboral y del poder de los trabajadores para lograr negociaciones colectivas (15) que propendan por mejorar sus condiciones de trabajo, incluida la asignación salarial y el reconocimiento económico de formas u horarios atípicos de trabajo.

En el marco de la internacionalización de los mercados y de la marcada importancia que se otorga a la competencia, cabe resaltar el cambio del rol del Estado en materia de política económica y social. En este sentido, es bastante ilustrativo el término acuñado por Bob Jessop de “vaciamiento del Estado nacional”, el cual alude al fenómeno a través del cual el Estado, con el fin de involucrarse en el proceso de internacionalización del mercado, pierde control sobre la economía nacional, buscando más bien prever los intereses de las empresas multinacionales y generar condiciones propicias para atraer la inversión extranjera; en este marco el Estado hace un desplazamiento de sus poderes transfiriéndolos a organismos panregionales, plurinacionales o internacionales (vaciamiento hacia arriba), a las subregiones o localidades internas (vaciamiento hacia abajo o descentralización), o incluso a “redes horizontales de poder emergente” (vaciamiento hacia afuera). En este proceso el Estado conserva sus funciones de dirección central, incluyendo una posición de autoridad ejecutiva central y soberanía nacional; aunque la transferencia de sus poderes hace que se desdibujen sus capacidades para realizar un control efectivo que denote tal autoridad y soberanía.

La introducción de la competencia estructurada, la descentralización, la flexibilización, el debilitamiento de la función del Estado, se han configurado en un patrón de cambio económico y social que se conoce bajo la denominación de neoliberalismo, tendencia a la que no han sido ajenos los países de Latinoamérica.

Los sistemas de trabajo y salud de los países latinoamericanos han sufrido importantes cambios en las últimas tres décadas, lo cual responde en gran medida a las

condiciones y políticas económicas que han caracterizado a gran parte de la región (17,18,19). En este sentido, se hace indispensable aludir a la crisis económica que se sufrió en la denominada “década perdida”, puesto que los años 80’s son sinónimo de crisis económica para la gran mayoría de países latinoamericanos. Dicha crisis estuvo representada por el estancamiento productivo, la devaluación de las monedas locales, el crecimiento muy limitado o incluso negativo del Producto Interno Bruto (PIB) y el aumento de la deuda externa (20,21).

En consecuencia el desarrollo social de la región se vio fuertemente afectado en tanto que aumentó la pobreza y la desigualdad distributiva, lo que contribuyó a segmentar a la sociedad civil, cuestionar la legitimidad política del Estado y quebrantar la representatividad de los actores sociales (22).

Las condiciones anteriores representa el contexto ideal para que muchos de los países de la región se vean abocados a seguir las pautas que el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) recomiendan para contrarrestar la crisis económica, lo que a su vez coadyuvaría a superar la crisis social (23) o para alinearse y no quedar resegados de las nuevas formas económicas mundiales caracterizadas por la internacionalización y apertura de los mercados.

La adopción de dichas pautas se constituyen en reformas que propenden por un modelo de desarrollo neoliberal, que buscan establecer condiciones de seguridad para que los empresarios de empresas multinacionales y locales inviertan y se fortalezcan, con el ánimo que esto impacte favorablemente el desarrollo económico, lo cual, bajo la lógica

neoliberal, promovería el desarrollo social de los países. Es así como, durante la segunda mitad de la década de los 80's y la totalidad de la de los 90's, en Latinoamérica se adoptan medidas que propenden por disminuir la injerencia del Estado en los procesos económicos, abrir los mercados, desregularizar el trabajo, descentralizar la industria y los servicios, y brindar un mayor espacio a la administración privada de los recursos del Estado (privatización) (24).

Particularmente en Colombia, durante los primeros años de la década de los noventa se introducen una serie de reformas, enmarcadas en el modelo de desarrollo neoliberal, que propenden por el cambio en la organización política, económica y social del país en pro de la liberación y desregularización de los mercados (25,26,27,28). Estas reformas, que según Herrera (29) giraron alrededor de tres temas fundamentales: “apertura económica, privatización de empresas públicas y flexibilización laboral”; se dieron en lo económico y comercial (reforma arancelaria, portuaria, cambiaria, tributaria, de comercio exterior e inversión extranjera), en la esfera del trabajo (Ley 50 de 1990), de la educación (Ley 30 de 1990), y en el campo de la seguridad social (Ley 100 de 1993). Varios autores concuerdan que para el caso colombiano, la instauración de un movimiento reformista no obedeció a una crisis económica tan acentuada como en otros países de América Latina, aunque si se relacionó con algunas fisuras en la economía que de no atenderse podrían llevar al país a la crisis, problemas en el orden social y la búsqueda de la inserción del país en el movimiento global de la apertura e internalización del mercado (26, 28).

Si bien los cambios que se introducen con estas leyes se constituyen en una intrincada red de interrelaciones, por ser de importancia central para el desarrollo del presente trabajo se describirán los aspectos más relevantes de las reformas laboral y de seguridad social, haciendo especial énfasis al tema de salud.

4.1.1. Reforma Laboral

De acuerdo con el criterio de los promotores de la Reforma Laboral de 1990, la tendencia creciente de los salarios, entendidos como parte del gasto, en la década de los 80's y la rigidez de la legislación colombiana en materia de regulación laboral, especialmente en cuanto a la protección de los trabajadores en caso de despido, iba en detrimento de la consolidación de unas condiciones de competitividad que permitieran al país subsistir o posicionarse en un mercado globalizado (17,25).

En este escenario, a la rigidez del mercado laboral, dada especialmente por dos aspectos del Código Sustantivo del Trabajo: la doble retroactividad de las cesantías y la cláusula de acción de reintegro; también se atribuyeron las altas tasas de desempleo en el país durante la segunda mitad de la década de los 80's, la alta rotación de los trabajadores formales y el auge de las diversas formas de contratación temporal (25).

Adicionalmente, bajo la óptica neoliberal, dicha rigidez laboral se contrapone a los intereses de crecimiento e inversión de capital, al significar un aumento en los costos de las empresas y en consecuencia una disminución en la tasa de ganancia (25), constituyéndose en una barrera para la productividad y la competitividad (29), elementos esenciales de un mercado abierto y globalizado.

En este contexto y con el fin de contrarrestar el impacto negativo de la rigidez laboral colombiana imperante hasta la década de los 80's (29), es que surge y se implementa la Ley 50 de 1990, la cual propendió por una mayor flexibilización laboral a través de las formas de contratación, la distribución de la jornada, y la reducción de protecciones contra el despido.

La flexibilización del trabajo busca responder a las transformaciones del mercado globalizado y liberalizado, siendo que dichas transformaciones “se ha caracterizado por una disminución de la integración vertical de las empresas y por la descentralización y externalización de funciones y partes del proceso productivo”, en este escenario es conveniente la flexibilidad del empleo, de los costos laborales, del horario y de las funciones de trabajo (29).

Goldin (30) hace una síntesis de los principales contenidos de las reformas laborales de los países latinoamericanos, incluyendo a Colombia, señalando que estas reformas se caracterizan por seis aspectos:

a. Facilitación de la contratación temporal. Con el fin de eludir la figura del contrato laboral a término indefinido, se establecen condiciones que facilitan las contrataciones temporales, bajo la figura de contratos a término fijo, contratos por prestación de servicios, contratos por obra, etc.

b. Modulación de la jornada de trabajo. Particularmente, en Colombia, la Ley 50 de 1990, permite cierta modulación de la jornada de trabajo en la distribución desigual de las 48 horas semanales, siempre y cuando no se exceda el tope de 10 horas al día.

c. Disminución de la protección contra el despido. De acuerdo con Goldin (30), “en Colombia se sustituye el régimen de estabilidad absoluta por otro que asume carácter relativo, aunque con una indemnización más alta”.

d. Facilitación de los procesos de tercerización o “outsourcing”. A través de la autorización del funcionamiento de empresas de servicios temporales, la promoción de las empresas especializadas en cierto tipo de servicios (mantenimiento, aseo, vigilancia, etc.), y las cooperativas de trabajo asociado, en las que los miembros son socios y no empleados.

e. Fondo de cesantías y despido. Se introducen en Colombia los Fondos de Pensiones, haciendo que la indemnización por terminación del contrato laboral, que anteriormente pagaba directamente el empleador, sea asumida ahora por un fondo de depósitos anuales del empleador con capitalización individual.

Como lo señala Herrera (25) “la estabilidad de los trabajadores se percibe como un freno a la competitividad de las empresas” y en este marco es necesario facilitar a los empresarios una serie de mecanismos que propendan por la flexibilización laboral con el fin que las condiciones de empleo se ajusten a los cambios en la producción, asegurando así unas condiciones mínimas para la competitividad.

Hacia finales de la década de los 90’s y comienzos del Siglo XXI, algunos académicos e investigadores identificaron en la reforma laboral de los 90’s el origen de una leve mejora en la calidad de empleo en el segundo quinquenio de esta década (mejoras en los ingresos laborales y la expansión de la cobertura de seguridad social) (28,31), un decremento en las tasas de desempleo (17,28,31,32) y una disminución de los

costos de la mano de obra asalariada en un 6% para el conjunto general de la economía (26); esto aunado al pensamiento persistente que, a pesar de esta reforma, la legislación de Colombia en materia laboral seguía siendo muy rígida y paternalista (17), establecen el marco propicio para introducir una nueva reforma en el 2002.

La Ley 789 de 2002, modificó las relaciones laborales en Colombia especialmente en lo referente a los costos del despido y el pago de horas extras (33). Respecto al primer punto, esta reforma redujo la indemnización por cese unilateral de los contratos a término indefinido. En relación con el pago de horas extras, se establece que la jornada nocturna, la cual implica al empleador pagar un recargo al trabajador, empieza a las 10:00 p.m., siendo que anteriormente comenzaba a las 6:00 p.m.; lo que aunado al manejo flexible del horario de trabajo diario (siempre que no sea inferior a 4 horas o superior a 10 horas diarias, con un tope de 48 horas semanales) propende por la disminución del pago de horas extras. De igual forma, se disminuye también el recargo pagado a los trabajadores los días domingo o festivo. Adicionalmente, en cuanto a los contratos de aprendizaje, se redujo a la mitad el salario mínimo legal para la fase lectiva y al 75% para la fase práctica; se exoneró el pago de prestaciones sociales y se establece como obligatorio el contrato de aprendizaje en empresas de más de 15 trabajadores.

4.1.2. Reforma a la Salud

La introducción de la reforma a la salud en Colombia se hizo mediante la Ley 100 de 1993, la cual buscaba reformar totalmente el sistema de seguridad social del país (salud, pensiones y riesgos profesionales), siguiendo los lineamientos esenciales de la política neoliberal imperante a finales de los 80's y en la década de los 90's (18) se

buscaba superar la crisis de financiamiento y cobertura de la seguridad social en el país (18, 19 ,23 ,34 ,35).

Las modificaciones que fueron introducidas al sistema obedecían al debate y tendencia internacional de introducir el modelo neoliberal de desarrollo y por consiguiente se fundamentan en una convicción de “disminuir progresivamente la prestación directa de servicios por parte del Estado, de permitir la concurrencia de actores en el mercado, tanto de prestación, como de aseguramiento, y de controlar, al mismo tiempo, las desigualdades producidas por la capacidad de pago” (35).

En concordancia con lo establecido por la Constitución de 1991, según la cual los colombianos tienen el derecho irrenunciable a acceder a los servicios de salud, los cuales deben estar regidos por los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia; cuya prestación puede ser ejercida por entidades públicas y privadas; y ser organizados de forma descentralizada (18); se plantearon varios argumentos que llevaron a la reforma de la seguridad social en Colombia a inicios de los 90’s, entre ellos se encuentran el buscar una mayor equidad y solidaridad en el sistema, alcanzar mayores coberturas, reorientar el gasto en salud y aumentar la financiación, buscar la eficiencia en el servicio, diferenciar las funciones de aseguramiento y de prestación de servicios, fomentar la libre elección, garantizar la prevención y promoción, crear mecanismos de control de costos; y descentralizar la salud pública (18,34).

En el nuevo sistema se hace una clara separación de los servicios individuales y de los servicios públicos de salud, de tal forma que los primeros quedan a disposición del

mercado bajo un esquema de competencia regulada, y los segundos quedan a cargo del Estado (35).

En este contexto se introducen tres modificaciones principales al sistema de salud (23), la primera de ellas es la concepción de un aseguramiento de toda la población a través de dos regímenes: el contributivo (da cobertura a los trabajadores formales y a los pensionados a través de una prima en parte pagada por el empleador y en parte por el empleado o pensionado) y el subsidiado (brinda cobertura a la población pobre o vulnerable); con lo cual se lograría una financiación tripartita del sistema (el Estado, los empleadores y los empleados o pensionados), coadyuvando a aliviar la carga económica del Estado. La segunda modificación alude a la introducción de la privatización del aseguramiento y de los servicios de salud, lo cual se adopta bajo el argumento de brindar a los usuarios libertad de elección y lograr una mayor calidad a través de la competencia regulada del mercado. Finalmente, la tercera modificación se refiere al proceso de descentralización de la administración Estatal y los servicios de salud, lo cual se justifica ya que de este modo se lograría mayor control y participación ciudadana (23, 35).

Para el caso de la competencia regulada, en Colombia se introducen tres elementos para lograrla: la obligatoriedad del aseguramiento, la existencia de un fondo único al que confluyen todos los recursos, la unidad de pago por capitación, y la exigencia de un plan mínimo de beneficios (35). En el escenario la competencia regulada, confluyen empresas tanto públicas, como privadas, siendo que los usuarios pueden escoger libremente tanto a la empresa aseguradora o Entidad Promotora de Salud (EPS), como a la empresa prestadora de servicios (IPS) (35).

Un aspecto importante de la competencia regulada en el sistema es que el “pago de las IPS por parte de las EPS se hace por facturación de servicios realizados, y las tarifas son definidas libremente por los aseguradores, con base en el comportamiento de la oferta y la demanda” (35).

Si bien los partidarios y gestores de la reforma neoliberal en Colombia defendían estos cambios argumentando la universalidad del aseguramiento en salud, la mejor calidad del servicio y la participación y control de los ciudadanos; varios autores (18, 19, 23) identifican que tales modificaciones no tuvieron los impactos esperados y por el contrario contribuyeron a aumentar la desigualdad y la desprotección en salud.

En este sentido, Homedes y Ugalde (23) señalan que la misma crisis económica colombiana ha imposibilitado el aumento del financiamiento por parte del régimen contributivo, toda vez que el empleo formal en el país ha disminuido; esto aunado al deficiente control por parte del Estado de la evasión y elusión de los aportes, ha repercutido en la limitación de la cobertura de las poblaciones pobres y vulnerables en el sistema de salud, que comprenden también a los desempleados. De otro lado, el haber establecido dos regímenes ha promovido la desigualdad en tanto que las coberturas de cada uno de ellos son diferentes y las posibilidades de acceso a los servicios son más limitadas para el grupo de colombianos el régimen subsidiado dado que deben asumir un copago que en muchas ocasiones está fuera de su alcance económico y por las dificultades que representan la distante ubicación de los centros donde son atendidos (18, 23).

De otro lado, la privatización del aseguramiento y de los servicios en un contexto de competencia, que no ha sido regulada de forma estricta por el Estado, ha propiciado la generación de monopolios y administraciones del gasto que favorecen a las mismas aseguradoras en detrimento de las prestadoras del servicio, con lo cual se menoscaba la calidad de las actividades de atención y prevención desfavoreciendo así a los usuarios (23).

En la reforma en la administración del sector han sido fundamentales la introducción de dos elementos: la privatización de la prestación de servicios asistenciales y la flexibilización laboral, los cuales han tenido un impacto directo en la gestión del talento humano (5).

Ugalde y Homedes (5) señalan que desde la década de los 70's se identifican importantes problemas que afectan la gestión del talento humano en el sector salud en los países de América Latina, incluyendo el desequilibrio entre el número de trabajadores de la salud según nivel de formación académica; siendo menor la proporción de técnicos que brindan apoyo a los profesionales, lo cual va en detrimento de la eficiencia y calidad de los servicios y contribuye al aumento de las actividades curativas y la consecuente disminución de acciones preventivas. De igual forma se identifica una deficiencia en la constitución de equipos multidisciplinarios que involucren a profesionales de áreas sociales y de la ingeniería, con lo cual se podría hacer más énfasis en la promoción de la salud en vez de la curación de las enfermedades.

Otra problemática identificada alude a la concentración de profesionales de la salud en centros urbanos y la insuficiencia de este recurso en las áreas rurales, lo cual repercute directamente en una mayor inequidad en tanto que las personas del campo tienen un acceso más limitado a servicios de salud eficientes y de calidad (5).

De otro lado, en los 70s y 80's también se encuentra que la centralización de las políticas y directrices para la administración del talento humano en temas de salario, despidos, promociones, ubicaciones y transferencias, capacitación y número de personal representa otra problemática en tanto que limita la capacidad gerencial de gestión de dicho recurso (5). Adicional a esta restricción, se identifican deficiencias gerenciales en cuanto al control de la calidad y de los recursos de operación debido a la carencia de presupuesto, incompetencia y corrupción (5).

El modelo neoliberal propone la adopción de dos estrategias para intentar solucionar las problemáticas antes reseñadas (5). La primera de ellas hace alusión a un grupo de programas de entrenamiento y capacitación dirigidos especialmente a las personas que ocupan cargos gerenciales y administrativos en las organizaciones que se encargarían de brindar el aseguramiento y prestación de servicios asistenciales una vez se realizara su descentralización. Estos programas buscaban brindar información y conocimientos que coadyuvaran en la efectiva implementación de las reformas.

La segunda estrategia fue la promoción de la flexibilización laboral en aras de reducir costos e incrementar la eficiencia. Algunos autores (5) encuentran que esta táctica conlleva las consecuencias más adversa para la gestión del talento humano en el sector

salud en tanto que contribuye a un debilitamiento de la asociación sindical, la desregularización de la contratación, la eliminación del salario ordinario y del salario social, las bajas asignaciones salariales o de remuneración, la imposición arbitraria de condiciones laborales por parte del empleador (por ejemplo cantidad y contenido del trabajo) y la desprotección de los trabajadores frente a la potestad que adquieren los empleadores de realizar terminaciones o no renovaciones del contrato (5).

4.2. Los Trabajadores del Sector Salud

Los trabajadores del sector salud pueden dividirse en trabajadores sanitarios, según como son definidos por la OMS (36), en tanto que el término es aplicable a “toda personas que es remunerada por llevar “a cabo tareas que tienen por principal finalidad promover la salud” (36)¹; y trabajadores sanitarios con funciones administrativas y auxiliares, quienes, si bien trabajan en el sector, no tienen a su cargo la prestación directa de servicios de salud o atención de personas.

Los trabajadores sanitarios ha tenido históricamente una posición particular dentro del grupo general de trabajadores, tal vez por los conocimientos e injerencia que tienen sobre aspectos fundamentales de la vida de las personas: la salud, la enfermedad y su tratamiento. Desde hace varios siglos se viene identificando dicha distinción, por ejemplo en el Siglo XVIII en Francia se coloca a los médicos y a los sacerdotes como “los herederos naturales de las dos misiones más visibles de la Iglesia, la consolidación

¹ En Colombia la Ley 1164 de 2007 acuña el término “Talento Humano en Salud” para aludir a “todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud”

de las almas y el alivio de los sufrimientos” (37), bajo esta visión el médico no debería que pedir sus honorarios a aquellos que atiende, sino que percibiría del Estado una renta lo suficientemente holgada como para cubrir sus necesidades; sin embargo, esto estaba pensado en una forma de Estado que aseguraba la salud de sus ciudadanos como “una de sus tareas sagradas” (37).

En el contexto anterior, y como si se trataran de sacerdotes, los médicos no ocuparían una plaza según su preferencia, sino que esta le sería asignada por la nación según las necesidades o vacantes del país, y sólo cuando hubiera acopiado suficiente experiencia podría solicitar un puesto de mayor responsabilidad y mejor remuneración; de esta forma, la medicina es concebida como una “actividad pública, desinteresada y controlada” (37).

Desde el Siglo XVIII se empiezan a distinguir dos grupos de trabajadores en el cuerpo médico, aquellos cuya formación se configura en un proceso más largo y dificultoso, en tanto que involucra el aprobar exámenes de suficiencia, y que son nominados bajo el término de “doctores en medicina y en cirugía”; y a aquellos con ciclos de formación más cortos y menos exigentes, quienes toman el nombre de “oficiales de salud”; los primeros son llamados al cuidado más especializado de la salud y los segundos asignados a administrar los cuidados más comunes; los primeros avocados a un ejercicio liberal de su profesión y los segundos a un ejercicio público y regulado por el Estado.

Desde esta época se empieza a vislumbrar el perfil cerrado de las profesiones médicas, de ejercicio liberal o público y altamente cualificadas. El perfil cerrado de la profesión, se configura en tanto que se empiezan a constituir las Sociedades y Escuelas de Medicina, encargadas de regular el ejercicio y formación médica (37), sin cuyo visto bueno o aval no es posible ser considerado como parte del grupo profesional médico; puesto que son estos grupos quienes acreditan los conocimientos y pericia de sus miembros a través de títulos habilitantes (38).

Dicho perfil cerrado también se configura en tanto que “por delegación del Estado, la medicina monopoliza el arte de curar” y bajo una objetividad científica puede definir quien está sano y quien enfermo; lo que a la vez hace que se convierta en una profesión dominante, frente a otras relacionadas con la salud (38). Las profesiones médicas no sólo adquieren un alto estatus por la relevancia social de su quehacer; sino por la capacidad de controlar las actividades de otros grupos de ocupaciones (6), dentro y fuera del campo de la salud.

Si bien, tal dominancia profesional aún persiste, como lo menciona Perce (38), las profesiones médicas han tenido una importante transición y un cambio radical desde su “el ejercicio liberal, casi artesanal en el trato y elaboración de las decisiones médicas, en la que el honorario médico representaba el pago por una calificación personal”, hacia un ejercicio profesional altamente tecnificado, regulado por un mercado de servicios orientado por los mismos principios de oferta, demanda y ganancia que otros mercados, y fragmentado en múltiples especialidades, como es el que caracteriza a las profesiones médicas desde hace aproximadamente tres décadas.

4.3. Condiciones de Empleo

4.3.1. Empleo: Definición y Delimitación del Término.

Los términos trabajo y empleo están estrechamente relacionados y frecuentemente se utilizan indistintamente para referirse a la ocupación laboral; sin embargo, con el fin de precisar el marco del presente estudio documental, es necesario aclarar y diferenciar la definición de estos dos conceptos.

Según Margaret Maruani (39) el término trabajo se puede entender como la “actividad de producción de bienes y servicios y el conjunto de las condiciones de ejercicio de dicha actividad”; mientras que el término empleo es entendido como el “conjunto de las modalidades de acceso y salida del mercado de trabajo, así como la traducción de la actividad laboral en términos de estatus sociales”. En otras palabras, para esta autora el trabajo alude a las condiciones en las que se ejerce una actividad laboral; mientras que el empleo se relaciona con el hecho de tener o no un trabajo; así como con los aspectos que condicionan este hecho, como las cualificaciones que se exigen para emplearse, las modalidades de acceso al trabajo (clases y condiciones de contratación), la estabilidad laboral; el tipo y calidad de la remuneración; y las posibilidad de acceso a prestaciones sociales (salario social); todo lo cual mantiene una relación con el estatus social de los individuos o de los grupos de trabajadores.

Es así como, las características del empleo, en términos del tipo de contrato, salario, estabilidad, etc.; actúan dinámicamente con la posición social de las personas; en este sentido, el estatus social de los individuos o de los grupos puede influir en las posibilidades de un mejor empleo; al mismo tiempo que unas mejores condiciones de empleo repercuten en un mejor posicionamiento social.

El entendimiento del término empleo se puede complementar con el concepto de “relaciones de empleo”, el cual se refiere a “las relaciones entre los *compradores* (los empresarios que contratan fuerza de trabajo para producir bienes o servicios que luego se puedan vender como beneficios) y los *vendedores* de trabajo (los empleados que con sus trabajos contribuyen al funcionamiento de la empresa, normalmente a cambio del pago de un salario)” (40).

Benach y colaboradores (40), señalan que un componente esencial de las relaciones de empleo son las relaciones de poder entre empleador y empleado; las cuales históricamente se han visto influenciadas por la dinámica entre trabajo y capital.

Las relaciones de empleo se pueden clasificar en seis tipos: el empleo estable o fijo a tiempo completo o denominado “empleo estándar”, el desempleo, el empleo precario, el empleo y trabajo informales, el trabajo infantil, y las situaciones de servidumbre o esclavitud (40); estos tipos de relaciones de empleo se constituyen en “condiciones de empleo”.

Dado el foco del presente trabajo, en el siguiente apartado se profundizará particularmente sobre las cuatro primeras condiciones de empleo; las cuales pueden ser las que más se relacionan con el tema central de la presente investigación.

4.3.2. Calidad de Empleo, Desempleo, Empleo Precario y Empleo Informal.

De acuerdo con Farné (41) el término calidad de empleo puede abordarse desde tres enfoques de las ciencias sociales: económico, sociológico y psicológico. La perspectiva económica se enfoca en el análisis de los aspectos relacionados con las compensaciones recibidas por el trabajo; la sociológica aborda temas asociados al prestigio, la autonomía y el control que se tiene sobre el propio empleo; mientras que la psicológica brinda especial relevancia a la satisfacción que los trabajadores manifiestan frente a sus condiciones ocupacionales. Independientemente de la perspectiva desde la que se aborde el término, Farné (41) propone que al aludir a este concepto siempre se deben tener en cuenta unas características mínimas como el hecho que el empleo de calidad debe permitir “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”.

Benach (40) utiliza el término “empleo justo” para referirse a siete condiciones que describen su alta calidad: inexistencia de coacción, seguridad en el puesto de trabajo, salario justo (entendido como una remuneración económica “suficiente para garantizar una vida adecuada acorde con las necesidades de cada sociedad”), protección del puesto

de trabajo y acceso a beneficios sociales, respeto y dignidad en el trabajo (aludiendo especialmente a la no discriminación), participación en el lugar de trabajo (representación de los trabajadores y de sus intereses, que les permitan negociar colectivamente sus condiciones de empleo y de trabajo); y “enriquecimiento vital y ausencia de alienación”. Según el nivel de desarrollo de las condiciones antes reseñadas; se puede decir que el empleo puede ubicarse en un continuo que va desde la ausencia total de ellas; es decir las situaciones de servidumbre y esclavitud; hasta el “trabajo ideal” que implicaría la máxima expresión de cada uno de estos atributos.

Dentro de este espectro en el que se pueden encontrar diversas conjugaciones de las condiciones de empleo; a continuación se describirán con más detalle cuatro de ellas: el “empleo estándar”, el desempleo, el empleo precario; y el empleo o trabajo informal.

a. Empleo Estándar. Esta condición de empleo también es conocida como empleo estable, empleo a tiempo completo o trabajo habitual; el cual se caracteriza por ser de tiempo completo, durante todo el año, indefinido, y con acceso a prestaciones sociales; cuyas condiciones básicas de tiempo, salario y beneficios sociales son regulados, en sus niveles básicos, por convenios colectivos o por las leyes laborales o de seguridad social del país. Los elementos que caracterizan a este tipo de empleo son el tiempo completo, la estabilidad y la existencia de estándares sociales (salario regulado, en sus mínimos, por la legislación, pensión, salud y seguridad laboral, vacaciones pagadas) (40).

b. Desempleo. Según Benanch (40), este término de país a país; sin embargo, en términos generales el concepto alude a la situación que atraviesan las personas que carecen de empleo y buscan activamente uno; siendo que estas personas están en edad, condiciones y disposición de trabajar. Si bien esta es una acepción bastante difundida de lo que significa el desempleo, es claro que deja por fuera a las personas que sin tener un trabajo, tienen alguna limitación para buscar de forma activa una ocupación remunerada (p.ej. las personas enfermas o con alguna limitación física o psicológica, o las personas que deben dedicarse al cuidado de algún familiar, etc.) (40).

Particularmente en Colombia dicha limitación del término se hace explícita en tanto que se entiende que desempleo es “la situación del grupo de personas en edad de trabajar (mayores de 12 años) que en la actualidad no tienen empleo aun cuando se encuentran disponibles para trabajar (no tienen limitaciones físicas o mentales para ello) y han buscado trabajo durante un periodo determinado” (43). En el país se contemplan dos tipos de desempleo: el abierto y el oculto; el primero hace alusión a las personas que tienen doce años o más, no cuentan con empleo, se encuentran disponibles para empezar a trabajar, y han estado buscando trabajo durante el último mes. El segundo, corresponde a los individuos de doce años o más que no tienen empleo, “se encuentran disponibles para empezar a trabajar, y no han hecho diligencias en busca de trabajo en el último mes pero sí en los últimos doce meses y tienen una razón válida para haber dejado de buscarlo” (43).

c. Empleo Precario. Este término es utilizado para designar las formas de empleo que suelen reducir la seguridad social y la estabilidad en el trabajo (40). El

empleo precario involucra cuatro dimensiones: temporalidad, ausencia o limitación del poder (de negociación), exclusión al acceso a prestaciones sociales, bajos salarios (40).

De acuerdo con la OIT (44) el trabajo precario se puede presentar tanto en la economía formal, como en la informal y se caracteriza por “niveles variables y grados de particularidades objetivas (situación legal) y subjetivas (sensación) de incertidumbre e inseguridad” respecto a la duración del empleo, la presencia de varios posibles empleadores, una relación de trabajo ambigua, las limitaciones para gozar de la protección y beneficios sociales asociados al empleo estándar, un salario bajo y obstáculos legales o prácticos para afiliarse a un sindicato y negociar colectivamente unas mejores condiciones de vinculación. En este sentido, los contratos temporales de diversa duración, producto de la contratación directa o a través de una agencia, implican la incertidumbre de la renovación y continuidad del vínculo laboral, por lo que también se incluyen dentro de la categoría de empleo precario.

La flexibilidad del mercado laboral es un constructo conceptual que está estrechamente relacionada con el empleo precario; en tanto que dicha flexibilidad se entiende como aquellos aspectos “que se encuentran posibilitados por la legislación laboral de un país o región y cuyo objetivo es dotar a las empresas de elevados márgenes de movilidad en las relaciones laborales que genera con sus trabajadores” (45).

De acuerdo con Fernández (45), la flexibilidad del mercado laboral puede comprender un nivel de flexibilidad interna y uno de flexibilidad externa. La primera está relacionada con la capacidad que la legislación laboral de un país le otorga a los

empleadores para modificar algunos elementos de las condiciones laborales tales como el salario (por ejemplo para que este sea más dependiente de la producción de cada trabajador), los horarios (ampliación de horas de trabajo según la demanda que se tenga en un periodo o época determinada del año), la jornada (permitiendo el trabajo 24 horas al día, los 7 días a la semana, en jornadas de mañana, tarde y noche), las funciones (amplitud de tareas, polifuncionalidad o polivalencia).

De otro lado, la flexibilidad externa o flexibilidad contractual alude a la capacidad que otorga la legislación laboral a los empleadores para “variar la cantidad de trabajadores de una empresa de forma ágil y sin gastos excesivos asociados, por medio de la contratación de fuerza de trabajo con modalidades de contrato distintas al contrato de duración indefinida” (45). Estas formas de contratación incluyen los de término fijo, temporales, por obra, a medio tiempo o eventual, por hora, o permiten diversas formas subcontratación.

d. Empleo Informal. Según Benach (40) las situaciones no reguladas en el mercado por la legislación laboral vigente que implican un acuerdo informal entre trabajador y empleador o todas las formas de “autoempleo” (no implica un intercambio mercantil de la fuerza de trabajo, sino únicamente de productos y servicios) son consideradas formas de empleo informal. Esta condición de empleo se utiliza especialmente en la economía informal, pero también es una forma de empleo usada por empresas legales y registradas. Bajo esta forma de empleo se carecen de los beneficios sociales que habitualmente están mediados por un contrato formal, tales como una pensión, salud, licencias de maternidad / paternidad, salud y seguridad laboral o

vacaciones pagadas; de igual forma, no se cuenta con garantías como la limitación de las horas y horarios de trabajo, y la indemnización por despido; además que el salario, cuando lo hay, no está regulado por los mínimos establecidos por la ley (establecimiento legal de un salario mínimo) (40).

4.3.3. *Condiciones de Empleo en Colombia.*

Con el propósito de brindar un marco de referencia general, a continuación se presentan algunos datos y cifras que ilustran la situación general de las condiciones de empleo en Colombia. En el 2012 Farné (41) publicó un estudio comparativo de las condiciones de desempleo y empleo en Colombia entre los años 2002 y 2010²; cuyos principales hallazgos indican que la expansión de la economía en el país durante los ocho años de estudio, contribuyó a generar un poco más de 3 millones de nuevos puestos de trabajo; con lo cual se incrementó la tasa de ocupación pasando del 52.0% en el 2002 al 55.8% en el 2010; en consecuencia la tasa de desempleo disminuyó pasando de 17.4% a 11.3% durante este mismo periodo de tiempo. Cifras similares son reportadas por la Procuraduría General de la Nación en un estudio sobre trabajo digno y decente publicado en el 2011 (42).

El desempleo en Colombia ha continuado descendiendo, según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) el desempleo en Colombia en el 2013 disminuyó a una tasa del 8.5%³.

² Estudio basado en datos encuestas de hogares llevadas a cabo por el DANE.

³ Dato obtenido de la página Web oficial del DANE: <http://www.dane.gov.co/> (consultada el 19 de enero de 2014)

No obstante, tanto Farné (41) como el reporte de la Procuraduría General de la Nación (42) señalan que el aumento del número de trabajadores ocupados en Colombia puede tener una contracara en tanto que durante este mismo periodo se evidencia el deterioro de algunas dimensiones de la calidad de empleo tales como la modalidad de vinculación de trabajo. Es así como, el aumento de la ocupación laboral se explican en gran medida por el aumento en el número de trabajadores informales; así como, por el incremento en el número de trabajadores por cuenta propia, subcontratados y asociados a cooperativas; con lo cual se evidencia que la disminución del desempleo está asociada a la precarización de las condiciones de vinculación laboral. Es particularmente llamativo el exagerado aumento de las cooperativas de trabajo asociado como forma de vinculación laboral, en tanto que, según Farné (41), entre el 2002 y el 2010 el trabajo asociado creció en más de un 527%.

De otro lado, Farné (41) señala que la disminución de los empleos estatales, evidente entre el 2002 y el 2010, contribuyó a la incursión de formas alternativas de vinculación laboral. Si bien se diversificaron las formas de contratación, Farné (41) identificó que estas no contribuyeron de forma significativa a deteriorar la estabilidad laboral, en tanto que se identificó que el 65.9% de trabajadores encuestados en el 2010, reportaron estar laborando en la misma empresa hace 12 meses o más.

Los datos de afiliación a seguridad social mejoraron entre el 2002 y el 2010; Farné (41) encontró que para finales de la primera década del siglo XXI el número de afiliados a pensiones había aumentado en un 7.3% entre las personas laboralmente ocupadas; mientras que a salud dicho aumento estuvo representado en un 2.9%; si bien se

trata de una mejora moderada y en parte influenciada por la reforma pensional del 2003 (Ley 797 de 2003), los datos anteriores son interpretados como el fortalecimiento de esta dimensión de las condiciones de empleo.

Respecto a la representación sindical, tanto Farné (41) como la Procuraduría General de la Nación (42) coinciden en afirmar que se ha visto debilitada en las últimas décadas; es así como, Farné (42) cita datos de la Escuela Nacional Sindical (ENS) según los cuales los trabajadores que se benefician de los acuerdos logrados a través de convenios y convenciones colectivas disminuyeron entre el 2002 y el 2010 en 51 mil. De igual forma, el número de trabajadores afiliados a un sindicato decreció 53 mil personas. No obstante, y en consonancia con el auge de las nuevas formas de vinculación laboral, si bien los trabajadores asalariados afiliados a sindicatos de empresa o industria, disminuyeron en 57 mil personas, los “inscritos a sindicatos de gremios u oficios varios crecieron en 5 mil miembros”, lo que puede indicar un ligero fortalecimiento de la sindicalización o agremiación entre los trabajadores independientes.

4.3.4. *Condiciones de Empleo y “Employment Strain”.*

El abordaje psicosocial de la relación entre salud y el trabajo habitualmente se ha centrado en el impacto que aspectos como condiciones laborales, la carga cuantitativa de trabajo, la carga o exigencias mentales y físicas, la autonomía y el control que se tiene sobre la labor, entre otras; tienen en la salud psicológica y mental de los individuos. En este contexto un referente de gran importancia lo da el sociólogo norteamericano Robert Karasek; quien plantea el concepto de “*job strain*” o tensión del trabajo para denominar la relación existente entre las condiciones de demanda del trabajo (carga cuantitativa y

cuantitativa de trabajo, carga mental, horario y jornada de trabajo, etc.) y las condiciones de control sobre el trabajo (autonomía, margen de decisión, entrenamiento y capacitación); especialmente cuando dicha relación se caracteriza por unas elevadas demandas y un bajo control; lo cual se asocia a problemas de salud mental y cardiovascular (46). Este modelo, que ha sido complementado con la dimensión de apoyo social; entendida esta como el soporte que un trabajador recibe de su jefe y compañeros y que le ayudan a balancear las demandas y el control que tienen sobre el trabajo, se constituye en un factor que media en el resultado de salud, en tanto que cuando dicho apoyo es suficiente y de calidad amortigua el efecto nocivo; mientras que, si el apoyo es deficiente o de baja calidad, potencia el efecto perjudicial en la salud del trabajador.

Dado que en las últimas décadas el trabajo precario ha aumentado en países ricos, de renta media y pobres (40) el modelo de “*job strain*”, el cual se centra en las condiciones del trabajo, ha sido la base para plantear el modelo de “*employment strain*” o tensión por las condiciones de empleo (tipo de contratación, duración de la misma, estabilidad en el trabajo, tipo y calidad de la retribución económica, prestaciones sociales, etc.).

El modelo “*employment strain*” ha sido desarrollado por Wayne Lewchuk (9, 10, 47), economista canadiense, quien plantea la relación dinámica entre tres dimensiones: la inseguridad o incertidumbre de la relación de empleo entre trabajador y empleador (control sobre el empleo); el esfuerzo para conseguir y mantener un empleo (demandas del empleo); y el apoyo que puede recibir un trabajador de parte de un sindicato o una

entidad de representación laboral, sus familiares y amigos ante sus condiciones de empleo (apoyo social).

La dimensión de control sobre el empleo o incertidumbre en la relación de empleo incluye la inseguridad sobre el futuro del empleo, y sobre los términos y condiciones de empleo en cuanto a la duración del contrato, la retribución económica, el horario, la jornada y los beneficios sociales. De otro lado, la dimensión de demandas del empleo, alude al esfuerzo que debe hacer una persona para conseguir y mantener un trabajo; en esta categoría se incluyen aspectos como las cualificaciones exigidas para emplearse, el balance que se debe hacer entre las demandas de múltiples empleadores o múltiples ubicaciones laborales, y el esfuerzo que se deriva de reconocer que el futuro del empleo depende, en gran medida, de la evaluación que el empleador haga de la actitud y el desempeño del empleado. Finalmente, la dimensión de apoyo, se refiere al soporte social que un trabajador puede o no recibir de un sindicato o representante laboral, de sus compañeros de trabajo y de sus amigos y familiares; especialmente, para lograr unas mejores condiciones de empleo o para hacer frente a condiciones precarias (47).

Según Lewchuk (47) el “*employment strain*” o la tensión por las condiciones de empleo aumentan cuando la inseguridad sobre el empleo es alta, o en otras palabras disminuye el control que una persona tiene sobre sus condiciones de empleo; el esfuerzo para conseguir y mantener el trabajo es elevado, o en otras palabras aumentan las demandas del empleo; y este fenómeno es especialmente más intenso cuando, el individuo carece de apoyo social para mejorar o afrontar dicha situación (bajo apoyo

social). En este contexto, Lewchuk (47) encontró que el aumento de la tensión por las condiciones de empleo se asocia a la presencia de síntomas psicósomáticos como tensión emocional, cansancio, irritación, insomnio, jaquecas, sentimientos de frustración; siendo que dicha asociación es más contundente entre las personas con alguna forma de empleo precario (subcontratados, contratados a término fijo o temporal, por obra, etc.), que entre las personas con empleos estándar.

Si bien los hallazgos de Lewchuk (47) apuntan a señalar las condiciones de elevada “*employment strain*” como poco benéficas para la salud; también se resalta de su investigación, el hecho de encontrar que no todas las formas de empleo precario son perjudiciales para la salud; en este sentido; este autor señala que tener un empleo precario no es, per se, un indicador fehaciente de buena o mala salud. En este sentido, Lwchuk encontró que las personas con empleos precarios que tienen un bajo control de sus condiciones de empleo; pero que tienen que hacer un bajo esfuerzo para conseguir y mantener su trabajo, y cuentan con un buen apoyo social, no tienen los efectos negativos en su salud que si demuestran las personas bajo condiciones de alta “*employment strain*”.

6. Metodología

El presente trabajo se constituye en una investigación bibliográfica, con miras a realizar un análisis crítico de la literatura encontrada sobre el tema central.

Se buscaron documentos escritos en inglés o español publicados en los últimos 20 años (1993 a 2013). La búsqueda de bibliografía incluyó artículos originales, artículos de revisión, artículos de reflexión, libros, documentos técnicos y documentos de trabajo elaborados por instituciones nacionales o internacionales. Se incluyeron documentos impresos y en formato electrónico.

La búsqueda de información se realizó en bases de datos, buscadores académicos y páginas electrónicas de organizaciones nacionales e internacionales. Es así como, se realizaron búsquedas sistemáticas de información en las bases de datos Lilacs, Cochrane BVS, Fuente Académica, SciELO y Redalyc. También se acudió a buscadores especializados como Google Académico, Emerald Insight y Scirus. Finalmente, se consultaron las páginas electrónicas del Ministerio de Salud de Colombia (Observatorio de Talento Humano), Ascofi, Fedopto, Ascofame, Acofaen, Ascofaen, Anec, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, OPS – Colombiana, y Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las búsquedas en bases de datos y buscadores especializados se realizaron con base en el establecimiento de algunos términos de búsqueda, los cuales aluden a las categorías de tema, sujetos y lugar (Tabla 1).

Tabla 1. Términos de búsqueda por categorías

Tema	Sujetos	Lugar
Empelo	Profesionales de salud	Colombia
Salario	Médicos	
Contrato / contratación	Enfermeras	
Trabajo precario	Odontólogos	
Precariedad laboral	Trabajadores salud	
	Personal de salud	

El desarrollo de la investigación comprende las siguientes actividades:

- Delimitación de los parámetros de búsqueda de los documentos.
- Establecimiento de los términos de búsqueda.
- Búsqueda activa y recopilación de información.
- Selección de los documentos que se incluyeron en la revisión.
- Lectura, categorización y análisis de la información recopilada.
- Escritura del documento de resultados de la revisión de literatura.

Dicho documento está estructurado en los siguientes apartados:

- Descripción de hallazgos.
 - Características generales de los documentos.
 - Resultados alusivos al contenido de los documentos.
- Discusión de los hallazgos.

7. Resultados

Los resultados que se presenta a continuación se reseñan en 2 secciones, en la primera se describe la información general de los documentos que fueron encontrados y seleccionados como parte de la presente revisión, y en la segunda se consignan los hallazgos de contenido de los documentos revisados.

7.1. *Información General de los Documentos Incluidos en la Revisión.*

Se encontraron 49 documentos relevantes para el tema de investigación, los cuales han sido publicados entre 1998 y 2013, de la totalidad de documentos 46 se encuentran publicados en medios electrónicos y 3 corresponden a libros impresos (Tabla 2).

De la totalidad de documentos encontrados y seleccionados, 34 abordan de forma central el tema de las condiciones de empleo del personal de salud en Colombia y 15 hacen alusión a las condiciones de empleo de forma secundaria a otro tema.

Los documentos encontrados reseñan las condiciones de trabajo de los trabajadores del sector salud para los años de 1982 a 2012; y dos documentos hacen proyecciones de las condiciones de empleo hasta el 2020.

15 documentos refieren condiciones de empleo de los profesionales de la salud de forma general en Colombia y 34 refieren condiciones de empleo de los profesionales de

la salud de forma específica por región, ciudad o municipio. El estudio que más regiones específicas abarcó, cubrió 31 departamentos. El departamento de Antioquia es del que más información se reporta, siendo que 12 documentos reseñan datos específicos de los profesionales de la salud en esta región del país.

Tabla 2. Resumen de los documentos encontrados

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
1	Abadía B, C.; Pinilla A, María Y; Ariza R, K. y Ruiz S, H.C. (48)	Neoliberalismo en salud: La tortura de trabajadoras y trabajadores del Instituto Materno Infantil de Bogotá.	2012	Artículo original	Cualitativo	Etnografía, entrevistas, revisión documental	Auxiliar de Enfermería, Técnica de Radiología, Enfermera, Terapeuta Ocupacional	1990 - 2009	Bogotá
2	Álvarez, A. L., & González, M. D. P. G. (49)	Situación social, económica, laboral y profesional de los optómetras en la ciudad de Pereira y Dosquebradas en el 2006	2007	Artículo original	Cuantitativo	Encuesta	Optómetras	2006	Pereira y Dosquebradas
3	Arroyo Laguna, J. (50)	Situación y desafíos en el campo de los recursos humanos en salud en el Área Andina en los albores de los 2000.	2002	Artículo de revisión	No Aplica	No Aplica	Médicos	1993 - 2000	Colombia (en general, sin discriminar por región o ciudad)

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
4	Botia Rodríguez, J.S. (51)	Situación socioeconómica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en las ópticas habilitadas en el oriente del departamento de Boyacá durante el segundo periodo de 2008 y primer periodo de 2009.	2009	Tesis de grado (pregrado)	Cuantitativo	Encuesta	Optómetras	2008 - 2009	Boyacá
5	Bravo Vanegas, N. (52)	Situación socioeconómica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en consultorios habilitados en la ciudad de Bogotá al año 2009 (Fase 2)	2010	Tesis de grado (pregrado)	Cuantitativo	Encuesta	Optómetras	2009	Bogotá

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
6	Burgos Ramírez, A. (53)	Situación socioeconómica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en los consultorios optométricos habilitados en los departamentos de Magdalena y Bolívar durante el primer periodo de 2009.	2009	Tesis de grado (pregrado)	Cuantitativo	Encuesta	Optómetras	2009	Magdalena y Bolívar
7	Castaño, R.A. (54)	Medicina, Ética y Reforma de la Salud hacia un Nuevo Contrato con la Profesión Médica.	1999	Libro	No Aplica	No Aplica	Médicos	1993-1999	Colombia (en general, sin discriminar por región o ciudad)
8	Castrillón Agudelo, M. C., Orrego Sierra, S., Pérez Pelaez, L., Ceballos Velasquez, M. E., & Arenas, G. S. (55)	La enfermería en Colombia y la reforma del sector salud.	1999	Artículo original	Cualitativo	Entrevistas y revisión documental	Enfermeros y Auxiliares de Enfermería	1993-1997	Rionegro y Medellín / Antioquia

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
9	Cogollo Milanés, Z y Gómez Bustamante, E. (56)	Condiciones laborales en enfermeras de Cartagena, Colombia	2010	Artículo original	Cuantitativo	Cuestionario	Enfermeros	2008 - 2009	Cartagena
10	Correa, A. E., Palacio, M. L. y Serna, L. E. (57)	Situación laboral de los profesionales de enfermería de instituciones de salud, municipio de Medellín, 1999.	2001	Artículo original	Cuantitativo	Cuestionario	Enfermeros	1999	Medellín
11	Cortes Isaza, M. C., Dussán Rivera, P. A., & Tarallo Romo, G. L. (58)	Determinación de condiciones laborales de los trabajadores de cuatro hospitales de primer nivel y dos de segundo nivel en el departamento del Quindío– Colombia 2012.	2013	Tesis de grado (posgrado)	Cuantitativo	Encuesta	Médicos generales, médicos especialistas, enfermero jefe, auxiliar de enfermería, bacteriólogo, odontólogo, auxiliar de odontología, de laboratorio, higienista oral.	2012	Quindío

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
12	Florez Acosta, J. H., Atehortúa Becerra, S. C., & Arenas Mejía, A. C. (59)	Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín.	2009	Artículo original	Cuali-cuantitativo	Revisión documental (reconstrucción histórica) Encuestas (estudio de caso en Medellín)	Médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, odontólogos, bacteriólogos, nutricionistas	Revisión documental: 1993-2008 Estudio aplicado: 2008	Revisión documental de Colombia en general Medellín (aplicación encuestas)
13	Gamboa Cáceres T, Vargas González V, Arellano Rodríguez M. (60)	Eficiencia de la atención en salud y flexibilidad laboral en Colombia.	2004	Ensayo	No Aplica	No Aplica	Médicos, enfermeros, odontólogos	1993-2002	Colombia (en general, sin discriminar por región o ciudad)
14	García Álvarez, C.M. (61)	El Hospital como Empresa: Nuevas Prácticas, Nuevos Trabajadores.	2006	Artículo original	Cualitativo	Observación, entrevistas individuales a profundidad y grupos focales (análisis de discurso)	Médicos, enfermeros	No se precisa	No se precisa
15	García Álvarez, C.M., Rodríguez López, S. M., y Suárez	Construcción de la cultura de calidad en un hospital público a partir de la gestión humana:	2011	Artículo original	Cualitativo	Entrevistas a profundidad	Médicos, enfermeros	No se precisa	Bogotá

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
	Puentes, K.V. (62)	tensiones y paradojas.							
16	Gómez- Restrepo, C., Bohórquez, A. P., Felizzola, C., Gil, F., Díaz- Granados, N., & Heins, E. (63)	El perfil del médico psiquiatra colombiano.	2003	Artículo original	Cuantitativo	Encuesta	Médicos psiquiatras	2002 - 2003	Bogotá, Antioquia, Caldas, Risaralda, Quindío y Chocó, Valle, Cauca, Nariño, Cundinamarca, Tolima y Huila, Boyacá, Santanderes, Meta, Arauca, Casanare, Vichada, Guaviare, Guainía, Vaupés, Amazonas, Putumayo y Caquetá, Atlántico, Bolívar, Magdalena, Sucre, Córdoba, Cesar, La Guajira y San Andrés

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
17	Guevara, E. B., & Mendias, E. P. (64)	A comparative analysis of the changes in nursing practice related to health sector reform in five countries of the Americas.	2002	Artículo original	Cualitativo	Entrevistas en profundidad	Enfermeros	1997-1999	Antioquia
18	Guzmán, M.P. (19)	Aspectos Conceptuales de la Reforma Sanitaria en Colombia	2010	Libro (sección del libro)	No Aplica	No Aplica	Profesionales de salud en general	1993-2008	Colombia (en general, sin discriminar por región o ciudad)
19	Henaó Pérez, F. (65)	Los aspectos negativos y altamente lesivos a la Medicina ya la Odontología como ciencias y como profesiones.	2010	Ensayo	No Aplica	No Aplica	Médicos y Odontólogos	No se precisa	Colombia (en general, sin discriminar por región o ciudad)
20	Hernández Sánchez, L.Y. (66)	Situación socioeconómica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en los consultorios optométricos habilitados en el departamento de	2009	Tesis de grado (pregrado)	Cuantitativo	Encuesta	Optómetras	2009	Norte de Santander

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
		Norte de Santander, durante el primer periodo de 2009.							
21	Jaramillo Bustamante, J. C.; Marín Agudelo, A.; Gómez Uribe, L.F.; Gómez Ramírez, J.F.; Navas Lenis, J.E.; y Cornejo Ochoa, W. (67)	Estudio descriptivo sobre la situación actual del ejercicio de la pediatría en Antioquia, 2004-2005.	2006	Artículo original	Cuantitativo	Encuesta	Médicos pediatras	2004 - 2005	Antioquia
22	Jaramillo, G. H., & Gómez, G. M. (68)	Efectos de la ley 100 sobre el campo de estudio y el quehacer de los profesionales de la salud: la práctica odontológica y su caso.	2006	Ensayo	No Aplica	No Aplica	Odontólogos	1996, 1998, 1999,	Medellín

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
23	López C. J.G. (69)	Oferta y demanda de recursos humanos en salud	2004	Ponencia	No Aplica	No Aplica	Médicos, enfermeros, odontólogos, terapeutas, nutricionistas, bacteriólogos, auxiliares de enfermería	2000-2020 (proyección)	Colombia (en general, sin discriminar por región o ciudad)
24	Lozano Perdomo, G.P.; y Vargas Núñez, P.A. (70)	Situación socioeconómica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en los consultorios optométricos habilitados en Santiago de Cali durante el segundo periodo de 2008 y primer periodo de 2009.	2009	Tesis de grado (pregrado)	Cuantitativo	Encuesta	Optómetras	2008 - 2009	Cali

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
25	Marciales Ibáñez, C., Olaya Méndez, M. y Puentes Ussa, A. (71)	Situación socioeconómica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en los consultorios optométricos habilitados en la zona Valle de Aburrá, en el departamento de Antioquia, durante el segundo periodo de 2008 y el primer periodo de 2009.	2009	Tesis de grado (pregrado)	Cuantitativo	Encuesta	Optómetras	2008 - 2009	Antioquia (Valle de Aburrá)
26	Mesa Melgarejo, L., & Romero Ballén, M. N. (72)	Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales.	2010	Artículo original	Cualitativo	Entrevistas semiestructuradas	Enfermeros	No se precisa	Boyacá
27	Molina G, Muñoz I, Ramírez A. (8)	Dilemas en las decisiones en la atención en salud en Colombia. Ética, derechos y deberes constitucionales	2011	Libro (Capítulos del libro)	Cualitativo	Entrevistas y grupos focales	Médicos, enfermeros	2007-2008	Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Leticia, Medellín y Pasto

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
		frente a la rentabilidad financiera							
28	República de Colombia – Ministerio de la Protección Social. Observatorio de Recursos Humanos en Salud Nodo del Sur Occidente. Universidad del Valle (73)	Relaciones Laborales en el Sector Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia: El caso de la ciudad de Cali.	2006	Publicación técnica del Ministerio de la Protección Social	Cuali-cuantitativo	Consulta a fuentes secundarias: bases de datos nómina y personal. Revisión documental y entrevistas	Médicos, enfermeros, odontólogos, bacteriólogos, fisioterapia, trabajo social	2005	Cali

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
29	República de Colombia – Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana – Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX) (74)	Los recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, Competencias y Prospectiva.	2007	Publicación técnica del Ministerio de la Protección Social	Cuantitativo	Consulta a fuentes secundarias: información sobre indicadores de producción hospitalaria 1996-2001 suministrada por la Dirección General de Calidad del Ministerio de la Protección Social	Médicos, enfermeros, odontólogos, bacteriólogos, terapeutas.	1999-2001	Estudio nacional

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
30	República de Colombia – Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana – Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX) (75)	Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, Competencias y Prospectiva, 2008.	2009	Publicación técnica del Ministerio de la Protección Social	Cuantitativo	Consulta a fuentes secundarias: información sobre indicadores de producción hospitalaria 1996-2001 suministrada por la Dirección General de Calidad del Ministerio de la Protección Social	Médicos, enfermeros, odontólogos, bacteriólogos, terapeutas.	2006	Colombia (en general, sin discriminar por región o ciudad)
31	República de Colombia – Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia – Facultad Nacional de Salud Pública (76)	Oferta y Demanda de Recursos Humanos en Salud en Colombia.	2007	Publicación técnica del Ministerio de la Protección Social	Cuantitativo	Consulta a fuentes secundarias: bases de datos nómina y personal.	Médicos, enfermeros, odontólogos, bacteriólogos, terapeutas.	1999-2001	Colombia (en general, sin discriminar por región o ciudad)

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
32	República de Colombia – Ministerio de Salud. Memorias del Foro Videoconferencias (77)	Desafíos para los Recursos Humanos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	2002	Publicación técnica del Ministerio de Salud	No Aplica	No Aplica	Médicos, enfermeros, odontólogos, bacteriólogos, terapeutas.	1984 - 1999, 2000, 2001, 2002, proyecciones desde el 2000 al 2020	Colombia (en general, sin discriminar por región o ciudad)
33	República de Colombia – Ministerio de Salud y Protección Social. Sector Administrativo de Salud y Protección Social (78)	Informe de Actividades 2011 – 2012 al Honorable Congreso de la República.	2012	Publicación técnica del Ministerio de Salud	Cuantitativo	Consulta fuentes secundarias: registro expedición tarjetas profesionales	Médicos, enfermeros, odontólogos, bacteriólogos, terapeutas.	2011 - 2012	Colombia (en general, sin discriminar por región o ciudad)
34	República de Colombia – Ministerio de Salud y Protección Social (79)	Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Caracterización Laboral del Talento Humano en Salud de Colombia: Aproximaciones desde el Ingreso Base de	2012	Publicación técnica del Ministerio de Salud	Cuantitativo	Consulta fuente secundaria: aportes a seguridad social	Médicos, enfermeros, odontólogos, bacteriólogos, terapeutas.	2011	Colombia (en general, sin discriminar por región o ciudad)

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
		Cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.							
35	República de Colombia – Ministerio de Salud y Pontificia Universidad Javeriana – Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX) (80)	Estudio de Disponibilidad y Distribución de la Oferta de Médicos Especialistas, en Servicios de Alta y Mediana Complejidad en Colombia.	2013	Publicación técnica del Ministerio de Salud	Cuali-cuantitativo	Consulta fuentes secundarias: bases de datos de nómina, registros profesionales. Entrevista semiestructurada	Médicos generales y especializados	1982 - 2011	Colombia (en general, sin discriminar por región o ciudad)
36	Morales, L.G. (81)	Las Condiciones Laborales y de Vida de los Médicos en Colombia 1996-1998.	2001	Publicación técnica auspiciada por la Fundación Corona	Cuantitativo	Encuestas	Médicos generales y especializados	1996 - 1998	Medellín
37	Morales Correa, E. (82)	El sector Salud y el Trabajo en Enfermería.	2007	Editorial revista	No Aplica	No Aplica	Enfermeros	No se precisa	No se precisa

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
38	Nieto López E, Montoya GM, Cardona EM, Bermúdez LF. (83)	Perfil sociodemográfico y laboral de los odontólogos en la ciudad de Medellín.	2000	Artículo original	Cuantitativo	Encuesta telefónica	Odontólogos	1999	Medellín
39	Ortiz Monsalve L.C.; Cubides Zambrano J.H.; y Restrepo Miranda D.A. (84)	Caracterización del talento humano en salud: Hacia el Sistema de Información del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud.	2013	Artículo original	Cuantitativo	Consulta a fuentes secundarias: registros profesionales en secretarías de salud y Min. Salud	Médicos, enfermeros, odontólogos, bacteriólogos, terapeutas.	2010-2012	Colombia (en general, sin discriminar por región o ciudad)
40	Osorio Gómez, J.J. (85)	Oferta y demanda de profesionales en el sector salud, un problema de mercado.	2004	Artículo original	Cuantitativo	Consulta fuentes secundarias: bases de datos de informes técnicos del Ministerio de Salud y de la Protección Social	Médicos, enfermeros, odontólogos, bacteriólogos, terapeutas.	2000-2005 (proyección)	Colombia (en general, sin discriminar por región o ciudad)

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
41	Peralta Ruíz, L.F. (86)	Situación socio-económica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en los consultorios habilitados en el occidente del departamento de Boyacá durante el segundo periodo de 2008 y primer periodo de 2009.	2010	Tesis de grado (pregrado)	Cuantitativo	Encuesta	Optómetras	2008 - 2009	Boyacá
42	Quintero Tabares, A.R., y Muñoz Astudillo, M.N. (87)	Situación académica y laboral de los profesionales de enfermería. Risaralda, 2004.	2005	Artículo original	Cuantitativo	Encuesta	Enfermeros	2004	Risaralda
43	Ramírez Agudelo, J.L. (88)	El Impacto de la Reforma de la Salud en Colombia en la Calidad de Vida de los Médicos en Caldas.	2011	Tesis de grado (posgrado)	Cuantitativo	Encuesta	Médicos	No se precisa	Caldas

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
44	Restrepo Miranda D.A. y Ortiz Monsalve L.C. Ministerio de la Protección Social Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos (89)	Situación laboral de los profesionales en medicina y enfermería en Colombia: aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al SGSSS.	2010	Publicación técnica del Ministerio de la Protección Social	Cuantitativo	Consulta fuente secundaria: aportes a seguridad social	Médicos, enfermeros	1993 - 2010	Colombia (en general, sin discriminar por región o ciudad)
45	Sánchez Gutiérrez, S., I.A y Buitrago Castro, Y.P. (90)	Situación socioeconómica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en consultorios habilitados en los departamentos de Córdoba y Sucre al año 2009.	2009	Tesis de grado (pregrado)	Cuantitativo	Encuesta	Optómetras	2009	Córdoba y Sucre

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
46	Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI) (91)	Caracterización de la profesión de fisioterapia en Colombia.	2008	Publicación técnica asociación profesionales de salud	Cuantitativo	Consulta fuentes secundarias: indicadores económicos, datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), informes técnicos del Ministerio de Salud	Fisioterapeutas	No se precisa	Colombia (en general, sin discriminar por región o ciudad)
47	Velandia Mora, A.L. (92)	La enfermería en Colombia 1990-2010. Ejercicio profesional y situación legal.	2011	Ensayo	No Aplica	No Aplica	Enfermeros	1990 - 2010	Colombia (en general, sin discriminar por región o ciudad)
48	Villarraga Villalba, D. R., y Medellín Alvarado, Y. P. (93)	Situación socioeconómica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en los consultorios habilitados en el departamento de	2010	Tesis de grado (pregrado)	Cuantitativo	Encuesta	Optómetras	2008 - 2009	Cundinamarca

No.	Autores	Título	Año de Publicación	Tipo de Publicación	Tipo de Estudio	Instrumentos	Profesional(es) a los que alude el documento	Periodo en estudio o periodo que se reseña	Ciudad o departamento del país al que se refiere el documento
		Cundinamarca, en el segundo periodo de 2008 y primer periodo de 2009.							
49	Villegas E.M.; Escobar M.L.; Cano P.A.; Escobar W.J.; y González E.R. (94)	Condiciones psicosociales y económicas laborales de los médicos generales en Medellín.	1998	Artículo original	Cuantitativo	Cuestionario	Médicos	1998	Medellín

A través de los 49 documentos se documenta información de los siguientes profesionales: médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, odontólogos, terapeutas, nutricionistas, bacteriólogos, trabajadores sociales, auxiliares de odontología, y optómetras.

Aproximadamente una tercera parte de los documentos corresponden a artículos originales publicados en revistas electrónicas, siendo esta clase de publicación la más frecuente; seguida de las tesis de grado (Tabla 3), siendo más frecuentes las tesis de pregrado (9 documentos), que las de posgrado (2 documentos).

Tabla 3. Clase de documentos encontrados.

Tipo de Documento	Cantidad	Porcentaje
Artículo original	17	35%
Tesis o trabajos de grado (posgrado o pregrado)	11	22%
Publicación técnica del Ministerio de la Protección Social o Ministerio de Salud	9	18%
Ensayo	4	8%
Capítulos o apartados de libros	3	6%
Artículo de revisión	1	2%
Editorial de revista	1	2%
Ponencia	1	2%
Publicación técnica asociación profesionales de salud	1	2%
Publicación técnica auspiciada por la fundación privada	1	2%
Total	49	100%

De los 48 documentos encontrados, 39 son publicaciones correspondientes a estudios con trabajo de campo que buscaban identificar las condiciones de empleo del personal de salud en Colombia.

La mayoría de dichos estudios (74.3%) son de corte cuantitativo, siendo más frecuentes los estudios descriptivos transversales cuyo principal objetivo era identificar las características sociodemográficas y de empleo de algunos trabajadores de la salud. Los principales instrumentos y fuentes de información de dichos estudios son las encuestas y la consulta a fuentes secundarias, tales como bases de datos de nómina y personal, registros profesionales, registros de aportes a seguridad social, estadísticas de morbi-mortalidad, e indicadores de producción hospitalaria (Tabla 4).

Es menos frecuente encontrar estudios cualitativos, siendo que estos representan el 18% del total (Tabla 4), este tipo de estudios buscan describir y explicar desde la perspectiva de los mismos trabajadores u otros actores involucrados (por ejemplo representantes sindicales o directivos de instituciones) las condiciones de empleo de los profesionales de la salud, algunos están orientados a describir la relación que existe entre dichas condiciones y el ejercicio e identidad profesional, el significado que los trabajadores otorgan a su profesión, y las consecuencias percibidas de las condiciones de precarización laboral (Tabla 5). Los instrumentos utilizados en dichos estudios incluyen las entrevistas, grupos focales, revisiones documentales, observación y etnografía.

Sólo se encontraron 3 estudios cuali – cuantitativos, los cuales utilizaron instrumentos como entrevistas, revisión documental, encuestas, y consulta de fuentes secundarias como bases de datos nómina y personal (Tablas 4 y 5).

Tabla 4. Estudios documentados según tipo, instrumentos y fuentes de información.

Tipo de Estudio	Cantidad	Porcentaje	Instrumentos y fuentes de información
Cuantitativo	29	74,3%	Encuestas Fuentes secundarias: bases de datos de nómina y personal, registros profesionales, registros de aportes a seguridad social, estadísticas de morbi-mortalidad, indicadores de producción hospitalaria
Cualitativo	7	18,0%	Revisión documental Entrevistas Grupos focales Etnografía Observación
Cuali - cuantitativos	3	7,7%	Entrevistas, revisión documental, encuestas, bases de datos nómina y personal.
Total	39	100%	

Tabla 5. Caracterización de los documentos encontrados según tipo de estudio y temática abordada.

Tipo de Estudio	Temática Abordada
Estudio Cuantitativos (29)	Datos demográficos y características de empleo (23) Años de ejercicio profesional Tipo de institución donde se trabaja Número de instituciones donde se trabaja Tipo de vinculación laboral (tipo de contratación) Jornada y horario laboral Salario Beneficios y prestaciones sociales Relaciones colectivas Asociación o agremiación Pluriempleo y desempleo
	Estudios de oferta y demanda (6) Oferta (egresados, cantidad de profesionales activos, características de los programas universitarios). Demanda (datos de vinculación laboral y requerimientos de personal de salud según datos de distribución demográfica de la población y datos de morbi-mortalidad).
Estudios Cualitativos (7)	Descripción y explicación de la relación de las condiciones de empleo y trabajo y el ejercicio e identidad profesional, significación de la profesión. Consecuencias percibidas de las condiciones de precarización laboral.
Estudios Cualitativos (3)	Oferta y demanda. Condiciones de empleo (tipo de contratación, salario, jornada laboral, dedicación horaria, beneficios y prestaciones sociales, relaciones colectivas de trabajo).

7.2. Resultados Alusivos al Contenido de los Documentos Revisados.

7.2.1. Elementos de la Reforma Sanitaria de 1993 Relacionados con los Cambios en las Condiciones de Empleo de los Trabajadores del Sector.

Si bien no todos los documentos encontrados en la presente revisión aluden o hacen referencia directa a cuáles son aquellos elementos constitutivos de la reforma a la salud establecida a través de la Ley 100 de 1993 que pueden estar relacionados con las condiciones de empleo de los trabajadores del sector; a través de aquellos que si abordan este tema (8, 19, 50, 56, 57, 59, 60, 67, 69, 74, 76, 80) se identifican de forma reiterada cuatro aspectos cuya interrelación han tenido un impacto muy importante en las condiciones de vinculación laboral de los profesionales de la salud; dichos aspectos son los principios de eficiencia, de universalidad, la competencia regulada y la introducción de las aseguradoras. A continuación, se reseñarán los argumentos que diversos autores incluidos en la revisión exponen en sus documentos alrededor de estos cuatro elementos.

- *Principio de eficiencia.*

De acuerdo con la Ley 100 de 1993 este principio alude a “la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente” (95). En el contexto de este enunciado, Gamboa y colaboradores (60) advierten que la modificación en la modalidad de financiamiento del sistema de salud en Colombia, pasando a ser un sistema que se financia según la demanda de servicios, se ha constituido en “un mecanismo global que presiona para mejorar la eficiencia hospitalaria y estimula formas de contratación de servicios clínicos,

que determinan medidas de eficiencia institucional de la atención en salud”. Dentro de las medidas empleadas para favorecer la reducción de costos se encuentra la introducción de las modalidades flexibles de contratación de profesionales; así como la supeditación de la renovación del contrato laboral “al cumplimiento de restricciones y/o metas de atención relacionadas con: actividades diagnósticas y de tratamiento autorizadas, medicamentos ordenados, número de pacientes atendidos, etc.” (60).

De acuerdo con Correa, Palacio y Serna (57) en el contexto de las reformas neoliberales de la década de los 90’s el país se vio abocado a la apertura de la economía y hacia la búsqueda del ingreso de capital internacional, así como a los “recortes de gasto público, la eliminación de los subsidios estatales, la privatización de las empresas públicas y de los servicios sociales”. Es así como, paulatinamente se transforman los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado o ESE, las cuales son “regidas por el derecho privado en materia contractual y con el carácter de entidades públicas descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa” (57).

Dadas las condiciones anteriores, es relevante señalar que respecto al principio de eficiencia, también es importante resaltar que a partir de la Ley 100 de 1993, este es aplicable tanto a las instituciones privadas, como a las públicas; es así como Gamboa y colaboradores (60) señalan que a través de los años subsiguientes a la promulgación de la ley se puso un especial énfasis en la eficiencia de las instituciones del sector público, lo que promovió una “tendencia a la privatización y la tercerización”, conllevando esto a

una modificación en la relación de fuerzas entre los grupos sociales que representan al capital y al trabajo.

Estos mismos autores indican que a través de la Ley 100 de 1993 se definieron tres posibles mecanismos para incentivar la eficiencia: “el sistema general de aseguramiento, la separación del aseguramiento respecto a la prestación del servicio, y el pago a las aseguradoras mediante la Unidad de Pago per Cápita (UPC)” (60); siendo que en Colombia se ha promovido y asentado el mecanismo de la separación legal del aseguramiento y la prestación del servicio; en tanto que, según Arroyo (50), el pago mediante UPC replicado a los profesionales en salud o pago basado en productividad, es el que menos se ha implementado.

La separación del aseguramiento y de la prestación ha permitido que las organizaciones involucradas en el sistema, EPS e IPS, se vean avocadas hacia una racionalidad económica que las induce a dinámicas de negociación en las que las EPS o aseguradoras buscan lograr “contratos de servicios con la mayor cobertura y al menor precio posible”, bajo un enfoque de maximización de utilidades (60); mientras que las prestadoras o IPS “basan su eficiencia en la reducción de costos: disminución del personal, salarios con base en la productividad y contratos laborales condicionados al cumplimiento de restricciones y metas en la prestación del servicio”; siendo que es posible lograr dicha reducción a través la intensificación del trabajo; o el deterioro de las condiciones de remuneración (económica o social), lo que se lograría fácilmente a través de la naturaleza del contrato laboral (60).

- Principio de universalidad.

Según la Ley 100 de 1993 el principio de universalidad se refiere a “la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida” (95). Según el Ministerio de la Protección Social y la Universidad de Antioquia (76) “los recursos humanos en salud en Colombia circunscriben su comportamiento y desempeño profesional a las condiciones trazadas en la reforma al sector salud, en los que se define un nuevo escenario institucional para el desarrollo de las actividades del sector, de acuerdo con la motivación primordial de crear condiciones de acceso de toda la población a los servicios de salud en los diferentes niveles de atención”.

Florez y colaboradores (59) señalan que la búsqueda del principio de universalidad impulsada por la Ley 100, estimuló de forma significativa el aumento en la demanda de profesionales de la salud; sin embargo, el incremento en la demanda, manifiesta una contracara en el deterioro o precarización de sus condiciones de empleo.

La búsqueda de la cobertura universal en salud implica que un elemento clave es “la moderación de los costos y el aumento en la calidad de los servicios de salud”, lo cual involucra directamente las condiciones de empleo y de trabajo de los profesionales del sector.

Dado que para el año 2000 López (69) ya identificaba que el 92% de los profesionales de la salud en Colombia tiene relación con el sistema de salud implantado por la Ley 100, resulta casi imposible para un profesional de esta área abstraerse de las condiciones laborales que se establecen como patrón a partir de las modificaciones

implantadas por esta normativa. En la búsqueda de la cobertura universal en un contexto de recursos limitados en el que se hace imperante la eficiencia, y dada la posición dominante de las administradoras se establecen ciertas condiciones de empleo como mecanismo para lograr los objetivos del sistema de salud; además de buscar a través de estrategias como “la restricción para el uso de exámenes e imágenes diagnósticas y la reducción en los tiempos para consulta” un distribución de los gastos que permitan mayores coberturas, siendo que en el proceso se limitado la práctica de los profesionales de la salud (Henaó, 65).

De acuerdo con el Ministerio de la Protección Social y la Universidad Javeriana (74) un mecanismo para lograr la cobertura universal en un contexto de recursos limitados se da a través del establecimiento del Plan Obligatorio de Salud (POS), a través del cual se establecen de forma taxativa aquellos servicios mínimos que deben ofrecerse a los usuarios del sistema o un paquete mínimo de servicios; en este contexto, las restricciones propias de un paquete de servicios impone la racionalización “del uso de los recursos humanos y por ende su costo ante los requerimientos de los usuarios”, buscando lograr dicha racionalización a través de la implementación de protocolos administrativos, técnicos y económicos que constriñen la autonomía profesional; pero que deben ser aceptados e implementados por los trabajadores del sector en aras de lograr o mantener una vinculación laboral (19, 74).

- Competencia regulada.

El Ministerio de Salud y la Universidad Javeriana (80) señalan que “el sistema colombiano de seguridad social en salud planteó un modelo de competencia regulada

tanto en el aseguramiento social como en la prestación de servicios y provisión de insumos y medicamentos. A partir de dicho convenio económico, se generó el desarrollo de los mercados y las redes de servicios hasta su configuración actual”.

La financiación, organización, administración y prestación de servicios de salud se estructuran a partir de la Ley 100 de 1993 bajo una dinámica de competencia de mercado, la cual está regulada por directrices impartidas por el Estado, lo cual tiene un impacto sobre las formas y los niveles de contratación y remuneración del talento humano en el sector (76). Es así como el Ministerio de la Protección Social y la Universidad de Antioquia advierten que las formas de competencia administrada o regulada en “las experiencias de reforma latinoamericanas han tomado la forma de flexibilización de las relaciones individuales de trabajo con tendencia a formas atípicas de contratación y precarización de dichas tendencias contractuales” (76).

En el contexto de la competencia regulada cada una de las aseguradoras tienen libertad para conformar su red de servicios como mecanismo para enfrentarse a otras dentro del mercado, por lo que dichas redes pueden tener importantes diferencias en cuanto a los prestadores que la conforman. La competencia entre aseguradores y prestadores se genera por fijar contratos para la prestación de servicios dentro de los diferentes mercados, dicha competencia impone los precios dentro del mercado y por consiguiente hacia los profesionales de salud (80). Los proveedores de servicios (IPS) se someten también a las fuerzas competitivas del mercado, enfrentándose al reto de prestar servicios de la mejor calidad en condiciones en las que se busca la óptima eficiencia; lo que se traduce en precios bajos, con lo cual se busca lograr o mantener contrataciones

con las EPS, representando esto “sus posibilidades de participación y supervivencia en el mercado” (76).

El Ministerio de la Protección Social y la Universidad Javeriana (74) señalan que “la integración de los sectores público y privado en un modelo de competencia regulada, y el desarrollo del modelo de empresa de servicios pública o privada, adicionaron elementos importantes de cambio”, siendo que la relación directa entre el profesional y sus pacientes se vio mediada, no solamente por las IPS, sino también por las EPS, a través de un intrincado proceso de contratación y un sistema jurídico que cada vez ha tenido mayor injerencia en dicha interrelación.

En el marco anterior, Florez y colaboradores (59) identifican que el poder de negociación de las aseguradoras “contrasta con la debilidad, dispersión, falta de iniciativa y preparación gerencial del gremio médico para competir” con las EPS, por lo que dichos autores afirman que “los médicos pasaron de tener un papel activo en la fijación de tarifas a un papel pasivo y dependiente de la aseguradora”. El sistema basado en competencia debilita la posibilidad de agremiación de los profesionales y en consecuencia mina su poder de negociación.

El Ministerio de la Protección Social y la Universidad de Antioquia (76) señalan que el impacto de la competencia regulada no es el mismo para todos los profesionales de la salud y refiriendo especialmente el caso de los médicos, identifican que las condiciones de empleo de los médicos generales se ha precarizado más que las de los médicos especialistas. La búsqueda de la cobertura universal y el establecimiento de un

plan de beneficios mínimos o POS han propiciado que el sistema se estructure en niveles consecutivos de atención según su grado de complejidad, donde el primer nivel es obligatorio para llegar a los servicios especializados; dicho primer nivel utiliza de forma importante la atención del médico general. Lo anterior aunado al incremento de la oferta de estos profesionales en el mercado “conlleva a que la competencia más fuerte se centre entre estos profesionales y técnicos, teniendo como consecuencia sobresaliente la presión a la baja en los salarios devengados o que las formas de contratación realizadas, trasladen el riesgo a los recursos humanos en modalidades de flexibilización laboral” (76). De otro lado, los profesionales especializados están sometidos a una menor competencia y a formas de agremiación más robustecidas, lo que les proporciona un mejor margen para negociar sus condiciones de contratación y de remuneración (76, 80).

- *La introducción de las figuras de las aseguradoras o EPS.*

El Ministerio de la Protección Social y la Universidad de Antioquia (76) señalan que dentro del sistema de salud establecido por la Ley 100 de 1993 se ha otorgado a las aseguradoras o EPS el papel de articular o intermediar entre el financiamiento y la prestación de servicios, ya que dichas aseguradoras canalizan los recursos destinados a la prestación de servicios a través de los contratos que realizan con las IPS, además de desarrollar “procedimientos de gestión de calidad en los cuales funcionan como monitores de los procesos y los resultados de la atención”.

Es así como, “un factor básico del nuevo modelo de atención planteado por la Ley 100 es la existencia del aseguramiento como tercer actor entre el proveedor y el demandante de servicios” (74). Adicionalmente al surgimiento de las EPS se da el

cambio de la participación relativa en mercado de los servicios de salud con el surgimiento de nuevos tipos de organizaciones y agencias no sólo en el contexto privado sino en el público (entes territoriales y municipales), por cuanto se genera un número apreciable de nuevas entidades empleadoras en el sector salud, introduciendo nuevas demandas en términos de “cantidad y cualificación de los recursos humanos” (74).

De acuerdo con Guzmán (19) “uno de los principales cambios que se estableció en la reforma de la salud y que impactó de manera notorio el ejercicio profesional de los médicos fue el surgimiento de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a quienes se les otorgó el la ley una gran capacidad para establecer criterios de producción, eficiencia y desempeño de los prestadores de servicios tanto en el campo institucional como en el campo de la práctica profesional”. El surgimiento de las EPS en un contexto de competencia regulada y bajo un principio de eficiencia ha tenido un gran impacto en el establecimiento de reducción de costos como mecanismo para buscar su sostenibilidad financiera, siendo los costos laborales uno de los rubros más prominentes de los servicio de salud, se ha estimulado la desregularización laboral en mercados cada vez más competidos; es así como, entran en auge las nuevas formas de contratación laboral como los contratos por prestación de servicios, la subcontratación de servicios con otras organizaciones como las cooperativas de trabajo asociado, empresas de servicios temporales o de suministro de personal (19).

Sin embargo, no es el simple surgimiento de las EPS lo que ha promovido la precarización de las condiciones de empleo de los profesionales del sector, sino la marcada asimetría de poder que se ha establecido entre las aseguradoras, las prestadoras

de servicios de salud y los profesionales. En el 2007 el Ministerio de la Protección Social y la Universidad Javeriana (74) advertían que “la fortaleza de los proveedores deriva de su capacidad de agremiación y actuación en forma colegiada frente a los demás actores del sistema. Sin embargo, en condiciones de mercado con excesos de oferta es difícil conciliar intereses entre proveedores. La agremiación de los profesionales de la salud ha sido particularmente débil en Colombia frente a los requerimientos del sistema”; en contraposición, las aseguradoras tienden a mantener la mayor capacidad de control, con lo que les ha sido más fácil imponer las condiciones de contratación tanto de las instituciones prestadoras, como de los profesionales (74).

Típicamente se señala dentro del sistema de salud colombiana como una gran debilidad la asimetría de información entre aseguradoras, prestadora y usuarios; El Ministerio de la Protección Social y la Universidad Javeriana (74) señala que no se ha advertido con suficiencia el impacto que ha tenido el aislamiento y la asimetría de información existentes entre profesionales, sindicatos, políticos y usuarios; siendo que el “direccionamiento de los pacientes a través de redes de servicios, a discreción de los aseguradores, y los sistemas de contención de demanda, han restringido en forma muy importante la capacidad de los profesionales de determinar tratamientos y conductas con los pacientes” (74), con lo que se limita de forma importante su quehacer profesional.

7.2.2. Condiciones de Empleo de los Trabajadores del Sector Salud.

Múltiples documentos incluidos en la presente revisión indican un deterioro paulatino de las condiciones de empleo de los profesionales del sector salud en Colombia, a partir de la década de los 90's. Varios autores coinciden en afirmar que en

Colombia se presenta una flexibilización laboral avanzada en el sector salud, en medio de la implementación radical de un modelo neoliberal de gestión de los servicios (19, 48, 50, 54, 55, 56, 57, 58, 59); siendo que este es uno de los países en Latinoamérica en los que más ha avanzado la flexibilización laboral, lo que se refleja en los cambios en la forma de vinculación laboral, pasando de los nombramientos públicos y los contratos laborales a término indefinido, a los contratos temporales y a la subcontratación (50).

Es así como, Jaramillo y colaboradores (67) señalan que a partir de la implementación de la Ley 100 de 1993 y las modificaciones introducidas por la reforma laboral se ha suscitado un “creciente malestar por parte del gremio médico, que piensa que los cambios generados no sólo agudizaron el deterioro en la calidad de la prestación de los servicios de atención médica a la comunidad, sino que también desencadenaron un progresivo y notorio detrimento en las condiciones laborales y en el nivel de vida de los empleados del sector”.

Respecto a los profesionales de enfermería, Cogollo y colaboradores (56) reseñan que la práctica profesional en este campo “ha sufrido cambios que se manifiestan en insatisfacción con las instituciones, deterioro en las condiciones de trabajo, aumento de la carga laboral e inestabilidad laboral”.

Hasta comienzos de la década de los 90’s la práctica profesional de los odontólogos era eminentemente privada, liberal y particular; sin embargo, ya a finales de este decenio estos profesionales se vinculaban a través de contratos laborales, de prestación de servicios o a través de cooperativas a instituciones privadas, como primera

fuelle de empleo, o a instituciones pública (sólo una cuarta parte de los odontólogos laboraban en este tipo de instituciones). Es así como, este gremio pasa a ser poseedores de los medios de producción, a arrendar, el subarrendar, o vender sus consultorios, equipos e instrumental (68).

Florez y colaboradores (59) evidencian la existencia de un escala salarial que se ha establecido entre los profesionales de la salud según la cual los médicos especialistas son quienes tienen una mejor remuneración, seguidos de los médicos generales, odontólogos, enfermeros profesionales, bacteriólogos, y en último lugar se encuentran los auxiliares de enfermería; estos mismos autores identifican que para el periodo comprendido entre 1994 y 1996 se presentó un incremento en salarios del 57% de forma general para los profesionales del sector, favoreciendo especialmente a los médicos especialistas; sin embargo, después del 2000 se empieza a presentar una desaceleración del incremento salarial, hasta llegar a condiciones de remuneración deficiente especialmente para los odontólogos y enfermeros.

Otro aspecto identificado en este estudio (59) es la disparidad de los salarios entre los médicos; siendo que el 66% reciben salarios por debajo del promedio para su profesión y el 27% supera el promedio. De igual forma se reseñan los cambios en las formas de vinculación haciéndose populares las contrataciones a través de Cooperativas de Trabajo Asociado (CTA) o a través de empresas de servicios temporales, siendo que para el 2008 más de la mitad de los trabajadores estaban vinculados indirectamente, especialmente a través de CTAs. Los resultados del estudio adelantado por Florez y colaboradores (59) con profesionales de la salud (médicos, enfermeros, auxiliares de

enfermería, odontólogos, bacteriólogos, nutricionistas) en el 2008 revelaron que cerca de una tercera parte de los encuestados consideraba que estaban bajo gran inestabilidad e incertidumbre laboral debido a las formas de contratación imperantes; de igual forma se identificó una alta inconformidad con la remuneración y salario social (beneficios y prestaciones sociales) que se recibía, especialmente entre los médicos.

Aunque a partir de la Ley 100 de 1993 es posible identificar que se aumentaron las oportunidades de empleo, las condiciones del mismo se han deteriorado. Es así como, a través de la revisión se identifican indicadores de precarización laboral claros en todo el país y en todas las profesiones; aunque estos afectan en menor medida a los médicos y más a los terapeutas y auxiliares, dichos indicadores son:

- Desregularización de la contratación laboral (contratos temporales, contrataciones indirectas, contratos civiles, etc.); con una consecuente inestabilidad e incertidumbre respecto al trabajo.
- Desmejoramiento de la remuneración, incluido el salario social (beneficios y protección social).
- Aumento del pluriempleo, subempleo y desempleo.
- Debilitamiento de la agremiación y de su poder de negociación.

A continuación se reseñan para cada uno de las condiciones listadas los resultados más relevantes encontrados en los documentos revisados.

- *Desregularización de la contratación laboral (contratos temporales, contrataciones indirectas, contratos civiles, etc.); con una consecuente inestabilidad e incertidumbre respecto al trabajo.*

López (69) advierte en su ponencia del 2004 que en el contexto del sistema de salud en Colombia han generado nuevos modelos de vinculación laboral, que han conllevado a la “flexibilización, inestabilidad y precarización del empleo, sobre todo en algunos grupos” de profesionales. Bajo estas circunstancias empieza a tomar mucha fuerza el fenómeno de la corporatización del trabajo profesional, en el cual la vinculación laboral con una empresa está mediada por cooperativas profesionales, grupos de profesionales asociados, alianzas estratégicas y redes integradas de prestadores asistenciales; paralelamente, se presentan la tercerarización o subcontratación de servicios (mediante empresas de servicios temporales o empresas de servicios especializados) y las nuevas modalidades de contratación, como los contratos por prestación de servicios o por obra (59, 69).

En términos generales se perciben como más desfavorables las condiciones de empleo de aquellas personas que se vinculan a través de terceros o mediante cooperativas, siendo que la diferencia en las condiciones de remuneración (incluidos los beneficios sociales) con el personal de planta o con contratos laborales a término fijo es uno de los aspectos que más inquietud o desazón provoca, interpretándose como fuente de desigualdades difíciles de justificar, toda vez que unos y otros realizan trabajos cuyas funciones y responsabilidades tienden a ser iguales. Dicha situación es ilustrada por el siguiente testimonio que fue recopilado en la investigación adelantada por García, Rodríguez y Suárez (62) con personal médico y de enfermería: “*En las condiciones del*

trabajador es un poco más difícil, porque empezando por las diferencias que hay en las modalidades de contratación del hospital, eso genera inequidad, los de planta tienen unas condiciones, los contratistas a través de cooperativas tienen otras condiciones, los de outsourcing tienen otras condiciones, de tal manera que no son iguales las condiciones para todos y, en últimas, las personas que son contratistas o cooperados en el hospital tienen condiciones desfavorables” (Médica) (García, Rodríguez y Suárez, 2010) (62).

El Ministerio de la Protección Social y la Universidad de Antioquia (76) señalan que para el 2000 los profesionales cuyos tipos de contratación revelan mayor precariedad son en primer lugar los nutricionistas, ya que el 40.4% de estos profesionales tiene un contrato indirecto o un contrato no formal; en segundo lugar los médicos (33.4% de los médicos tienen vinculaciones indirectas o no formales) y en tercer lugar los odontólogos (31.9% tiene un contrato indirecto o un contrato no formal).

En términos generales Gamboa y colaboradores (60) refieren un incremento de la inestabilidad laboral debido a la duración limitada de los contratos a través de los que se vinculan a los profesionales de la salud, siendo estos de uno a seis meses; condición que se ve intensificada por el condicionamiento tácito que se hace de la renovación contractual al cumplimiento de metas en cuanto al “número de pacientes atendidos, número de actividades diagnósticas y de tratamiento autorizadas, cantidad y tipo de medicamentos formulados; aspectos que no se constituyen en criterios de desempeño explícitamente establecidos en los contratos laborales, pero sí se hacen evidentes en la práctica cotidiana” (60), lo cual no sólo hace más evidente la inestabilidad en el trabajo,

sino que constriñe y coarta el ejercicio profesional condicionándolo a las posibilidades de continuidad laboral con una organización, dado que, como lo señala Arroyo (50), “bajo las nuevas formas de contratación su renovación queda a entera discreción del empleador”.

Florez y colaboradores (59) encontraron en un estudio realizado en Medellín en el 2008 que más de la mitad de los profesionales de la salud (de diversas las disciplinas) en esta ciudad estaban vinculados indirectamente, especialmente a través de CTAs. Resultados similares obtuvieron Cortés y colaboradores (58) en el 2012, identificando que el 41% de los trabajadores de los hospitales del Quindío (de diversas las disciplinas) tiene una vinculación laboral indirecta, bien sea porque es contratado por un tercero que corresponde a una cooperativa o a una empresa temporal; mientras que el 57% de los empleados de estos los hospitales manifestaron algún grado de incertidumbre sobre la continuidad del vinculación.

En el estudio de oferta y demanda de los médicos especialistas en Colombia publicado por el Ministerio de Salud y la Universidad Javeriana en el 2013 (80), se encontró que los contratos por prestación de servicios fueron los más frecuentes al momento de la contratación de especialistas médicos dentro de las instituciones, representado el 47.1% de todos las formas de contratación; mientras que los contratos laborales sólo representan el 28.7% (porcentaje que reúne tanto contratos a término indefinido y a término fijo). A partir de estos datos el Ministerio de Salud y la Universidad Javeriana señalan que respecto “al tipo de contrataciones de los especialistas en las IPS, se muestra la falta de regulación contractual con diversidad de figuras y

modalidades de contratación que ameritan unificación en su forma, denominación y regulación integral” (80).

Respecto a los enfermeros Velandia (92) afirma que a la luz de la flexibilización laboral se han desarrollado “nuevas formas de contratación como el teletrabajo, entendido como el hecho de laborar lejos de la sede y el cual se da especialmente entre los auditores y revisores de cuentas; el outsourcing o tercerización, la subcontratación o prestación de servicios por terceros, y las cooperativas de trabajo asociado”. Este autor se refiere especialmente a las CTA y de forma tajante señala que aunque “estas formas asociativas nacen de la voluntad libre y autónoma de un grupo de personas que deciden unirse para trabajar bajo sus propias reglas, las condiciones reales en las cuales se están vinculando las enfermeras a este tipo de empresas violan sus principios rectores. En ocasiones son creadas por personas sin escrúpulos y son solamente una fachada para ocultar a empresas de servicios temporales o una forma de mantener el poder de sus capitales y evadir el pago de impuestos” (92).

En un estudio realizado con enfermeros entre 1993 y 1997 en Antioquia Castrillón y colaboradores (55) identificaron que en dicho periodo se presentó un incremento en la demanda cuantitativa de enfermeros; sin embargo, en este mismo lapso se observó que nuevas formas de contratación (contratos civiles y contratos a través de terceros) fueron desplazando a los contratos laborales a término indefinido o a los nombramientos públicos de carrera administrativa, lo que se tradujo en un aumento de la inestabilidad laboral.

En el 2007 Morales (82) reseña que el 47% de las enfermeras de todo el país estaban vinculadas por modalidades flexibles de contratación. Cogollo y colaboradores (56) encontraron en un estudio realizado con enfermeros en Cartagena entre 2008 y 2009 resultados aún más acentuados, ya que identificaron que el 44% de los enfermeros encuestados estaban vinculados a través de CTAs, el 11% tenían contratos de prestación de servicios, y el 15% contratos a término indefinido. A partir de su revisión Cogollo y colaboradores (56) concluyen que “en Colombia, después de la aplicación de la reforma al sistema de salud, la mayoría de profesionales del sector son contratados a través de cooperativas de trabajo asociado”; es así como, refieren que según la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC), dicha forma de vinculación implica que las personas no son trabajadores en el sentido estricto, por lo que no están sometidas al régimen laboral y en consecuencia a los beneficios y protecciones de un trabajador formal.

Los estudios cualitativos revisados también respaldan los datos que evidencian la creciente desregularización de la contratación laboral y los procesos de reestructuración laboral tendientes a los recortes de personal, lo que se asocia al aumento en la inestabilidad e incertidumbre laboral. A continuación se reseñan algunos de los relatos que los profesionales de la salud y otros actores involucrados en el sistema expresan al respecto.

“Mientras estuve con vinculación laboral, tenía más opciones, tenía un poquito de estabilidad, no estaba en incertidumbre” (Enfermero) (Mesa Melgarejo, L., & Romero Ballén, M. N., 2010) (72).

"La pérdida de la estabilidad es mayor porque si tu pierdes un contrato el problema no es tan grande para la institución, sencillamente te reemplazan" (Enfermero) (Mesa Melgarejo, L., & Romero Ballén, M. N., 2010) (72).

"Se puede terminar su contrato, en cualquier momento, porque sencillamente no le convino [a la institución] o sencillamente no se atrevió a las funciones que se esperaban" (Enfermero) (Mesa Melgarejo, L., & Romero Ballén, M. N., 2010) (72).

No tenemos hacia el futuro mayor seguridad, estamos esperando, ya hemos pasado por tres reestructuraciones y estamos esperando otra, porque la idea es recortar y recortar personal, eso lo pone a uno y a todo el mundo mal" (Enfermero) (Mesa Melgarejo, L., & Romero Ballén, M. N., 2010) (72).

La asimetría de poder en las relaciones contractuales, en las que los profesionales tienen un menor poder de negociación frente a las EPSs e IPSs, generando mayor inestabilidad e inseguridad en el trabajo; así como la aceptación de cargas, funciones, jornadas y horarios poco favorables; las siguientes expresiones reflejan dicha situación; también se evidencia en los siguientes relatos encontrados en estudios cualitativos:

"Están haciendo que la gente trabajo por el mismo salario y haga el trabajo de 2 o de 3 más" (Prof. de la Salud) (Molina G, Muñoz I, Ramírez A., 2011) (8).

“Cuando uno tiene un trabajo trata de conservarlo lo más que pueda, las empresas o las instituciones aprovechan para ponernos un poco más de carga laboral”.

(Enfermero) (Mesa Melgarejo, L., & Romero Ballén, M. N., 2010) (72)

La situación anterior que es percibida como desventajosa por parte de los profesionales de la salud, es provechosa para los estamentos administrativos y gerenciales de las instituciones de servicios, toda vez que implica que los trabajadores acepten y se “comprometan” más fácilmente con las condiciones laborales que les son ofrecidas por las IPSs y ESEs, este hecho se pone de manifiesto a través del siguiente relato de una directivo de una ESE al referirse a las vinculaciones a través de CTAs:

“Digamos ventajas para el trabajador yo no le veo muchas ventajas. Mejor dicho yo no le veo ventajas. Pero ventajas para la ESE sí. Gente más comprometida. Desafortunadamente el hecho de saber que yo puedo perder mi empleo, hace que la gente sea más comprometida con la empresa”. (Directivo ESE) (Universidad del Valle, 2006) (73).

Paradójicamente, los trabajadores de la salud no encuentran en las nuevas formas de contratación una fuente que estimule su compromiso hacia las organizaciones para las que trabajan, sino que refieran desmotivación y falta de identidad con la IPS o ESE, tal como se puede apreciar en el siguiente relato recopilado por Molina G, Muñoz I, Ramírez A. (8) durante su investigación: *“Cada vez las contrataciones a término indefinido son menores y han crecido las cooperativas de trabajo asociado para los profesionales... entonces eso hace que el personal de salud se desmotive y no sienta como suya la institución de salud en la cual están trabajado”.*

La asimetría de poder en las relaciones contractuales también es fuente de dilemas, conflictos y cuestionamientos éticos que afectan a los profesionales de la salud; los siguientes apartados de entrevistas de dos estudios cualitativos diferentes soportan dicha condición:

“Mes a mes cambian al médico. Ellos nos dicen: “ese médico no me sirvió, usted no me está formulando lo que yo le dije que formulara, no está solicitando los exámenes médicos que yo le dije que solicitara, por eso no me sirve. O le descuento del sueldo lo que ordenó, o se me va” (Prof. de Salud) (Molina G, Muñoz I, Ramírez A., 2011) (8).

“El médico está condicionado por los administradores al decidir para poder permanecer en el trabajo” (Prof. de Salud) (Molina G, Muñoz I, Ramírez A., 2011) (8).

“Yo pienso que nos volvimos más inhumanos. Vemos al paciente como alguien que debemos facturarle cada 20 minutos, no lo escuchamos, no le damos una solución a tiempo, lo regañamos, estamos siempre pendientes pues si factura o no factura” (Enfermera) (García Álvarez, 2007) (61).

▪ *Desmejoramiento de la remuneración, incluido en salario social (beneficios y protección social).*

En primer lugar cabe destacar la diferencia de remuneración entre el sector público y el privado; a este respecto, el Ministerio de la Protección Social y la Universidad Javeriana (74) y López (69) señalan que en términos generales para el año

2000 la remuneración de todos los profesionales a de la salud, a excepción de los fonoaudiólogos y promotores de salud, era superior en el sector público, particularmente notable para los bacteriólogos y los auxiliares de laboratorio clínico, quienes pueden llegar a ganar en el sector público 1,68 veces más que en el privado. Sin embargo, como una excepción se encuentran los fonoaudiólogos quienes en el sector privado pueden llegar a ganar 1,9 veces más que en el público. Para los odontólogos y particularmente para los médicos esta diferencia es incipiente. Respecto a las especialidades médicas se encontró que los profesionales en Medicina Interna alcanzan los niveles salariales más altos. Si bien queda establecido que a principios del Siglo XXI es mejor la remuneración en el sector público que en el privado, López (69) lo aprecia como una limitación de las entidades del Estado para poder competir con las privadas. En contraste se encontró que las instituciones privadas retribuyen mejor a los especialistas en Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Ortopedia y Traumatología, mientras que las instituciones públicas lo hacen con el grupo de cirujanos y pediatras

Gamboa y colaboradores (60) señala que la conjunción de la reforma a la salud y la reforma laboral en la década de los 90's introdujo a través de las nuevas formas de contratación un desmejoramiento general de la retribución que se hace a los profesionales de la salud en Colombia; es así como, a través de los contratos integrales, por prestación de servicios y las vinculaciones a través de terceros (por ejemplo las CTA) desaparecen beneficios sociales como el pago de cesantías y vacaciones, y el aporte a seguridad social por parte del contratante, siendo que estos beneficios sociales quedan enteramente a cargo del contratista; de igual forma se establece que bajo estas modalidades de

vinculación los gastos de la contratación corren “por cuenta del profesional, tales como pago del registro legal del contrato, póliza de garantía de cumplimiento, etc.” (60).

El estancamiento de las remuneraciones económicas en algunas profesionales se ilustra a través del siguiente relato: "*Hace cuatro años, tres años se estaba ganando igual que lo que nos estamos ganando ahorita por cooperativa*" (Enfermero). (Mesa Melgarejo, L., & Romero Ballén, M. N., 2010) (72).

Molina, Muñoz y Ramírez (8) a través de su investigación realizada con médicos y enfermeros de 6 ciudades del país aportan algunos testimonios muy interesantes que ilustran los vicios en cuanto a la remuneración y el reconocimiento de beneficios sociales de las vinculaciones laborales flexibles:

“Hay una moda impuesta de contratar médicos vía cooperativa, donde pierden una cantidad de beneficios y rebajan una gran cantidad de sus ingresos..., no dejan de ser una intermediación laboral, que ha sido mal interpretada y mal legislada en el país” (Prof. de la Salud). (Molina G, Muñoz I, Ramírez A., 2011) (8).

“El personal de salud no tiene derecho a vacaciones, ni a enfermarse, ni a nada” (Prof. de la Salud). (Molina G, Muñoz I, Ramírez A., 2011) (8).

“Yo tuve una compañera que la incapacitaron 8 días y ¡sorpresa! Como estábamos por cooperativa no tenía derecho a pago; cuando ella medio se recuperó y

fue a la cooperativa, le dijeron: 'O usted nos devuelve el tiempo, o no le pagamos''

(Prof. de la Salud). (Molina G, Muñoz I, Ramírez A., 2011) (8).

La investigación de Mesa y Romero (72) realizada con profesionales de enfermería del departamento de Boyacá también aporta algunos testimonios que revelan la percepción de desmejoramiento de las condiciones de remuneración cuando se vinculan laboralmente a través de una CTA:

“Nos contratan por una cooperativa y los descuentos son más o menos el 43%”

(Enfermero). (Mesa Melgarejo, L., & Romero Ballén, M. N., 2010) (72).

“El contrato es directamente con la cooperativa y le descuentan a uno todo lo que es de seguridad social, nosotros no ganamos en ningún momento recargos nocturnos, tampoco hay ni prestaciones, ni pensiones” (Enfermero). (Mesa Melgarejo, L., & Romero Ballén, M. N., 2010) (72).

Morales (81) encontró en un estudio realizado con médicos entre 1996 y 1998 en Antioquia que el 65% de los encuestados indicaron que en comparación con los tres años previos, sus ingresos mensuales en el ejercicio de la profesión fueron peores. De otro lado, Jaramillo y colaboradores (67) realizaron una investigación específicamente con médicos pediatras en Antioquia entre 2004 y 2005 hallando que cerca del 43% de los encuestados si bien reportó sentirse satisfecho con su profesión, no se sentía conforme no con el pago que recibía. De forma similar Ramírez (88) encontró en un estudio publicado en el 2011 que el 52.2% de los médicos en Caldas consideraban que sus ingresos

laborales eran insuficientes tomando en consideración su altísimo nivel de responsabilidad profesional. A este respecto el siguiente texto de un médico entrevistado por Molina, Muñoz y Ramírez (8) ilustra muy bien: *“El médico general, hoy por hoy, se enfrenta a esa remuneración tan pequeña que está recibiendo por su trabajo, y no solamente eso, sino a las repercusiones médico-legales”*.

En cuanto a los enfermeros, Cogollo y colaboradores (56) reseñan que entre el 2008 y 2009 en Cartagena predominó del pago por honorarios en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas; lo cual implica que del valor percibido por los profesionales como contraprestación laboral, “ellos mismos deben asumir los aportes para salud, pensión y riesgos profesionales, lo que conlleva un detrimento de la remuneración”. Es así como, Cogollo y colaboradores concluyen que las remuneraciones entre los enfermeros en la capital de Bolívar son en general bajas ya que el 65% de los participantes del estudio afirmaron recibir pagos por honorarios, y no por salario, lo que implica un detrimento del ingreso por cuenta de los aportes y cotizaciones a la seguridad social o vacaciones.

La situación antes descrita se ilustra muy bien a través de las narraciones hechas por una enfermera y un camillero afiliados a una CTA en un estudio adelantado por García, Rodríguez y Suárez (62) en Bogotá:

“El único beneficio que tenemos en el hospital, es saber que tenemos un trabajo, pero beneficios como tal no tenemos ninguno; si vemos, no tenemos ningunas prestaciones, como yo se lo comentaba anteriormente, a nosotros con el salario nos

descuentan (...), no tenemos ninguna bonificación siquiera, si queremos sobrepasar un poquito eso nos toca hacer turnos entre sí, y pagárnoslos; eso cuando se lo permiten a uno” (Enfermera vinculada por cooperativa) (García, Rodríguez y Suárez, 2010) (62).

“(...) pues contento porque tengo un trabajo estable, aparentemente estable, pero si vemos en otro aspecto, como le puedo explicar, nosotros estamos muy, muy, muy mal por estar vinculados a una cooperativa, la cooperativa llámese como se llame, porque casi la mitad del salario se lo lleva la cooperativa” (Camillero) (García, Rodríguez y Suárez, 2010) (62).

La carencia o deficiencia del salario social también es percibida por los profesionales de medicina, a continuación un relato que así lo ilustra: *“Si usted, de hecho, dice: pero, yo por qué no tengo derecho a unas vacaciones remuneradas como las tienen los demás de planta; ellos se pueden ir quince días a descansar y yo no puedo, y si yo dejo de trabajar me lo dejan de pagar; obviamente, de ahí en adelante, así sea uno muy buena gente, llega el momento en que se siente en desventaja y le da rabia contra el mundo y se puede estrellar o con el compañero o con el paciente, o tiene que ser una persona con una personalidad a toda prueba para no sentir nada y eso hace que sea difícil” (Médica). (García, Rodríguez y Suárez, 2010) (62).*

Otro aspecto que surge en la revisión es el estancamiento de las remuneraciones económicas a los trabajadores de la salud, lo cual se puede apreciar en los relatos que Mesa y Romero (72) reseñan como parte de una investigación realizada con enfermeros en Boyacá, los cuales se presentan a continuación:

"Hace cuatro años, tres años se estaba ganando igual que lo que nos estamos ganando ahorita por cooperativa" (Enfermero). (Mesa Melgarejo, L., & Romero Ballén, M. N., 2010) (72).

"Los pagos no crecen, estamos trabajando un poquito más, un poquito más fuerte" (Enfermero). (Mesa Melgarejo, L., & Romero Ballén, M. N., 2010) (72).

Finalmente, una situación adicional que incrementa la precarización laboral de los profesionales de la salud es la dilación del pago por sus servicios, situación que se presenta a través de los siguientes testimonios recolectados por Molina, Muñoz y Ramírez (8):

"Hay entidades que demoran hasta 4 meses para pagarle al médicos o a la enfermera" (Prof. de la Salud). (Molina G, Muñoz I, Ramírez A., 2011) (8).

"A uno le exigen un horario, unas responsabilidades y una cantidad de cosas que tiene que cumplir..., y a la hora del pago, no pagan, o pagan lo que quieren, o pagan a 6 meses, 60 días o 30 días" (Prof. de la Salud). (Molina G, Muñoz I, Ramírez A., 2011) (8).

- *Aumento del pluriempleo, subempleo y desempleo.*

El Ministerio de la Protección Social y la Universidad Javeriana (74) señalan que para el año 2000 el 14% del total de profesionales de la salud en Colombia estaban

desempleados, siendo que el mayor porcentaje de profesionales desocupados son los terapistas (48% no tenían empleo), seguido de los profesionales en enfermería (30% desempleados), y en tercer lugar se encuentran los bacteriólogos y nutricionistas (19% desempleados). Sin embargo, lo más alarmante del estudio adelantado por estas dos instituciones son las proyecciones que se hacen de la tasa de desempleo de los profesionales del sector para el 2020, siendo que se estima que para dicho año el desempleo aumentará en un 23%, ya que para finales de la segunda década del siglo XXI se espera que el 37% los profesionales de la salud en Colombia estén desempleados. Estas mismas proyecciones advierten que el mayor porcentaje de profesionales sin trabajo se encontrará entre los terapistas (66% desempleados) (69, 74).

En este escenario es natural que surja el pluriempleo como mecanismo que adoptan los profesionales para hacer frente a la amenaza de quedar cesantes. Es así como, se presentan diversas formas de pluriempleo, bien sea a través de buscar más de una vinculación laboral en el mismo campo de acción profesional con diferentes organizaciones, o mediante el desempeño laboral en otro campo ocupacional que se ejerce en simultáneo con la profesión de la salud que se estudió. En un estudio realizado entre 1996 y 1998 en médicos en Medellín (81) se encontró que el 47% reportaban realizar alguna forma de trabajo adicional, diferente al ejercicio de la medicina, especialmente se desarrollaban como compradores y vendedores de bienes raíces o como arrendatarios.

El hallazgo anterior encuentra correlato en la siguiente afirmación emitida por un profesional de la salud durante las entrevistas realizadas por Molina, Muñoz y Ramírez

en su estudio cualitativo publicado en el 2011: *“Hoy los médicos que medio se sostienen deben tener como mínimo tres entradas por fuera, porque el salario no le da para mantenerse”* (Prof. de la Salud) (Molina G, Muñoz I, Ramírez A., 2011) (8).

De otro lado, en un estudio realizado con odontólogos en Medellín en 1999 (83) se halló que el 39% de estos profesionales trabajaban en dos o más instituciones de forma simultánea. Esta condición la reafirma García (61) quien señala que “las nuevas formas de contratación (tiempos parciales), y la insuficiencia de ingresos económicos, obligan a los trabajadores a trabajar en varias instituciones” lo que va en detrimento de su calidad de vida y soporta esta aseveración en los siguientes relatos recolectados en investigaciones de corte cualitativo:

Uno se siente un poquito cansado de trabajar en dos partes y respondiendo en las dos para poder uno solventar sus gastos. (Enfermero). (Mesa Melgarejo, L., & Romero Ballén, M. N., 2010) (72).

“Y mira que todos tenemos, yo creo que eso sí lo han percibido, y que a todos y a cada uno de nosotros le gustaría trabajar en un solo sitio, saber que llegué aquí y estoy tranquilo, bien remunerado, no me estoy estresando. Es decir, el nivel de vida, porque es que otra de las cosas es el nivel de vida que tú te puedas dar, yo creo que así seríamos más productivos” (Prof. de la Salud) (García Álvarez, 2006) (61).

Uno de los factores que con mayor frecuencia se encuentra relacionado con el pluriempleo es la necesidad percibida que tienen los profesionales de la salud de

aumentar sus ingresos económicos debido a que encuentran un deterioro en la remuneración de sus profesiones, por lo que consideran que el dinero que perciben a través de un único trabajo no es suficiente para solventar sus gastos, esta situación los lleva a asumir más de un cargo en diferentes organizaciones de forma simultánea, aceptando condiciones contractuales aún más inestables, lo anterior se ilustra a través de los siguientes relatos encontrados en dos estudios cualitativos:

“Tenemos que asumir o tomar otros trabajos con contratos muy cortos y sin ninguna garantía. La necesidad lo apremia”. (Enfermero). (Mesa Melgarejo, L., & Romero Ballén, M. N., 2010) (72).

“Usted se encuentra médicos que requieren hasta tres y cuatro trabajos para alcanzar a ganarse un sueldo digno para vivir normalmente; y así están las enfermeras, están los odontólogos”. (Prof. de la Salud). (Molina G, Muñoz I, Ramírez A., 2011) (8).

▪ *Debilitamiento de la agremiación y de su poder de negociación.*

En el estudio publicado en el 2006 por el Ministerio de la Protección Social y la Universidad del Valle (73) se encontró que diferentes actores del sistema como profesionales, representantes sindicales y directivos de IPS privadas y públicas reconocen que la normatividad nacional es promueve la garantía el derecho a la asociación, en la práctica existen recursos y situaciones que limitan este derecho, siendo que la violencia política y otros mecanismos velados de carácter administrativo por parte de las empresas contratantes son reconocidos como mecanismos que se promueven con el fin de restringir el derecho a la libre asociación.

Por su parte Gamboa y colaboradores (60) refieren que la precarización del trabajo, en términos del deterioro de las condiciones salariales y la limitación de las oportunidades de empleo formal, aunada al efecto de la descentralización y privatización, ha contribuido en la reducción de las posibilidades de organización y afiliación sindical; de igual forma, la promoción y aumento de las contrataciones a través los convenios con grupos de especialistas, o con profesionales organizados en microempresas o cooperativas también ha limitado las posibilidades, el alcance y el poder de la acción sindical.

Si bien la asociación sindical y su actuar se ha visto debilitado en general en el país y en particular en el sector de la salud, es entonces importante identificar el rol que juegan las asociaciones de profesionales de la salud como representantes de los derechos de este grupo de trabajadores. No obstante, como lo señalan el Ministerio de la Protección Social y la Universidad Javeriana (74) en Colombia “la mayoría de las asociaciones profesionales son básicamente nominativas, y en realidad no son muy activas en los mecanismos de control profesional. Se orientan hacia aspectos científicos y de mantenimiento de las condiciones gremiales”. Lo anterior resultó ser importante durante la implantación de la Ley 100 de 1993, ya que la capacidad de reacción respecto a los cambios futuros que dicha norma tendría en las condiciones de empleo de los profesionales fue muy reducida; “así el sistema se pudo configurar rápidamente bajo un esquema de aseguramiento, sin que los gremios y las asociaciones pudieran librar batallas importantes, como ha sucedido en otros países, en donde el poder de las

asociaciones médicas ha impuesto restricciones a los cambios potenciales de los sistemas de salud y seguridad social” (74).

Muchos trabajadores de la salud no identifican con claridad cuáles son los beneficios que representan para ellos vincularse a una agremiación profesional o perciben que dichos beneficios se limitan a una pertenencia nominal a un grupo y contar con ciertos privilegios como descuentos para la participación de eventos o en la compra de libros y otros documentos propios de la disciplina (49).

Otro aspecto relacionado con las deficientes condiciones de empleo se evidencia en la precepción de ambientes de trabajo más competitivos y de desconfianza; en los que la cooperación y colegaje se debilitan, lo que redundo en suspicacias y falta de interés frente a la posibilidad de agremiación dentro de una institución o por grupos de profesionales, llevando esto a que no se adelante una gestión grupal para lograr mejoras contractuales. Mesa y Romero (72), recogen en su investigación frases o afirmaciones que hacen algunos enfermeros a través de los que se evidencia “falta de movilización desde lo individual para alcanzar fines colectivos”, ejemplo de ello es la siguiente expresión de un participante: *“falta colegaje... esa pelea por espacios, esa falta de lucha por alcanzar lo que realmente nos merecemos”* (72)

De otro lado, el siguiente apartado de una entrevista realizada a una enfermera de un hospital público que tuvo la oportunidad de presenciar la transición de esta institución a una Empresa Social del Estado (ESE) y posteriormente su liquidación (García Álvarez, 2007) (61) también reflejan el proceso de debilitamiento de los vínculos entre los

trabajadores de una misma institución: *“Los lazos de afecto que antes predominaban empiezan a debilitarse, ya que un contexto de incertidumbre lleva a que “la gente se interese por su propio pellejo”* (Enfermera) (61); a partir de dicho testimonio García Álvarez (61) señala que en las instituciones de salud, particularmente en las ESE, se pasó de ambientes de trabajo colaborativos, de confianza y afecto, a ambientes altamente competitivos y de desconfianza.

La única excepción que se encontró respecto a la situación antes reseñada fue en lo referente a las asociaciones o agremiaciones de médicos especialistas, las cuales, desde hace algunos años, han venido concentrando a los profesionales de sus respectivas áreas y estableciendo algunos parámetros tendientes a regular dentro de su gremio la contratación y tarifas de sus servicios con las IPS (80). Las agremiaciones que son percibidas por las IPS como más fuertes en términos de condicionamiento de las condiciones de contratación y remuneración son las de las especialidades de cirugía plástica, anestesiología, pediatría y las subespecialidades de pediatría y medicina interna (80). Sin embargo, el control y poder que buscan tener las agremiaciones de especialistas frente a las IPS son percibidas por estas como una fuente de restricción y disponibilidad geográfica, así como de dificultad en el relacionamiento contractual con los profesionales; llegando a referirse a ellas como “mafias de poder que controlan las especialidades”, siendo que los estándares que se buscan fijar para la contratación representan para las empresas prestadoras condiciones que eventualmente no son favorables para competir dentro del mercado, por lo que se ven abocadas a cerrar (80).

Finalmente, algunos de los documentos revisados evidencian que ante la precarización de sus condiciones de empleo los profesionales de la salud manifiestan sentimientos de frustración, desilusión y despersonalización profesional, el arrepentimiento por haber estudiado una profesión de salud, los deseos de buscar trabajo en otro país y el desdibujamiento de la imagen y posición que tienen muchos los profesionales de la salud (8, 47, 72). A continuación algunos relatos sustraídos de los estudios cualitativos a través de los que se expresan dichos sentimientos y pensamientos:

“Una manicurista gana más que un médico en un consulta externa y sin ninguna responsabilidad” (Prof. de Salud) (Molina G, Muñoz I, Ramírez A., 2011) (8).

“La contratación del personal de salud y en particular del médico es desastrosa, ... el salario de un médico es equiparable al de un peluquero o un taxista” (Prof. de la Salud) (Molina G, Muñoz I, Ramírez A., 2011) (8).

“La mentalidad es irse porque aquí en el país no hay la condición; no hay el trabajo, no hay la seguridad laboral” (Prof. de Salud) (Molina G, Muñoz I, Ramírez A., 2011) (8).

“Podría ser mejor, si tuviera otra profesión”. “Hay carreras en las que uno no necesita hacer tantas cosas y sacrificar tantas cosas para poder estar bien. Uno a veces dice “¡ay!, hubiera querido hacer otra cosa” (Enfermero) (Mesa Melgarejo, L., & Romero Ballén, M. N., 2010) (72).

En contraste con los hallazgos anteriores un par de estudios realizados con médicos especialistas (psiquiatras y pediatras) refieren que a partir de la precarización de las condiciones laborales de los profesionales de la salud estos especialistas han empezado a manifestar una baja satisfacción con ciertas condiciones de empleo (por ejemplo su ingreso o la falta de estabilidad), sin que esto repercuta en su satisfacción profesional, por lo que aún se identifican y reconocen el valor social de su ocupación (63, 67).

8. Discusión y Conclusiones

La información recopilada a través de esta revisión documental deja ver un claro panorama de la precarización de las condiciones de empleo de los profesionales de la salud en Colombia a partir de la reforma al sistema en 1993; situación que se ha ido estableciendo de forma paulatina en los años posteriores, acaeciendo una transformación laboral más pausada durante los primeros años de implementación de la Ley 100 y posteriormente se ha ido acelerando y consolidando en todo el país y en todas las profesiones de la salud.

Los documentos que abordan las condiciones de empleo de los trabajadores del sector desde una perspectiva de estudios de mercado (oferta y demanda) usualmente tienden a presentar la situación en términos de números, cifras y estadísticas, con un claro enfoque hacia la identificación de la suficiencia del “stock”⁴ del “recurso humano”⁵ en salud para dar cobertura al servicio en el contexto del monitoreo y proyección del cumplimiento del principio de universalidad del sistema y se deja de lado la perspectiva que los mismos profesionales de la salud tienen frente a esta situación. No obstante, incluso estos documentos, así como otras publicaciones emitidas por entidades gubernamentales, identifican con claridad la precarización de las condiciones de empleo en el sector⁶.

⁴ Término utilizado frecuentemente en los estudios de oferta y demanda del recurso humano en salud adelantados por iniciativa de los Ministerios de la Protección Social y el Ministerio de Salud (74, 75, 76, 80).

⁵ Ídem.

⁶ El reconocimiento de esta situación por parte del gobierno colombiano, se ve reflejado en la iniciativa que durante el 2013 el Ministerio de Trabajo adelantó para formalizar 250 mil puestos de trabajo en el sector

La introducción, con la Constitución de 1991, del concepto de salud entendido como un servicio, y el establecimiento, mediante la Ley 100/93, de un enfoque de competencia regulada para prestarlo a la población colombiana bajo un esquema de aseguramiento, en el marco de los principios de eficiencia y universalidad se constituyen en elementos clave para entender el proceso de precarización del empleo de los profesionales del sector.

Es claro que estos elementos no pueden contemplarse de forma aislada o independiente, es más bien su interacción dinámica y la relación que tienen con las condiciones propiciadas también por las reformas laboral y a la educación que se implantaron en años 90's lo que han propiciado el contexto para que surja un patrón de condiciones de empleo en el sector salud que se corresponde con la caracterización de que diversos autores (40, 44, 45) interpretan como precarización del trabajo.

La tendencia postmoderna de entender la salud, la educación y en general el bienestar social como servicios y por consiguiente de identificar en estos aspectos el potencial para interesar a los dueños de capital para que inviertan en ellos con miras a una recuperación e incremento de su inversión ilustra bastante bien el modelo de Estado de Trabajo Schumpeteriano.

salud, especialmente en las organizaciones públicas. Si bien esta iniciativa no se ha concretado, sigue estando dentro de la agenda del Ministerio.

Es así como, en la década de los 90's en Colombia se presenta un cambio en la dinámica entre empleador y empleado en el sector de la salud, ya que se empieza una transición desde la promoción de condiciones de empleo de buena calidad hacia el establecimiento de formas flexibles de contratación, los recortes de personal vinculados con contratos laborales directos, la desaceleración y empobrecimiento de la remuneración económica y el desmonte del salario social como parte de una estrategia general del control de gastos, siendo que las EPS e IPS entienden que las características de empleo se constituyen en fuente de gasto.

Lo anterior cobra sentido al entender que durante esta misma década el sistema de salud en Colombia, buscando lograr una cobertura universal, se enmarca en el esquema de competencia regulada, bajo el principio de eficiencia de los servicios que son gestionados por las aseguradoras (EPS) y operados por las instituciones prestadoras (IPS).

En este escenario toman fuerza las formas de contratación que permiten a las EPS e IPS tener una mayor regulación de los costos que representa la vinculación laboral de los profesionales de la salud, bien sea a través de contrataciones directas (contratos temporales o civiles de prestación de servicios) o mediante contratos a través de terceros (empresas de servicios temporales y las CTA); siendo que si bien este tipo de contrataciones significan un mayor control para las organizaciones, representan para los trabajadores una mayor incertidumbre e inestabilidad laboral.

Adicionalmente, debido a la inmersión de la práctica profesional en un mercado de servicios regulado por los mismos principios de oferta y demanda que regularían a los bienes, durante las últimas décadas muchos profesionales de la salud, especialmente los terapeutas, nutricionistas, auxiliares de enfermería y enfermeros, ha visto cómo la remuneración económica que reciben por su trabajo ha tenido una tendencia al estancamiento y desmejoramiento.

Lo anterior aunado a que las cada vez más populares formas de vinculación flexibles han implicado una disminución del valor neto del salario u horarios que reciben, toda vez que suponen que el mismo trabajador sea quien asuma directamente los costos de su seguridad social (afiliación a EPS, aporte a un fondo de pensiones y afiliación a una administradora de riesgos laborales), sus prestaciones (ahorro en caso de quedar cesante y para tomar vacaciones), e incluso de las pólizas de responsabilidad civil.

En este contexto se ha empezado a hacer frecuente en el sector salud el pluriempleo y el subempleo, siendo que muchos profesionales se ven abocados a desarrollar simultáneamente más de un puesto de trabajo para poder subsanar todos sus gastos personales y familiares, algunos otros han optado por adelantar actividades económicas paralelas como el comercio o los bienes raíces con el fin de compensar sus ingresos profesionales, siendo que la amenaza del subempleo y desempleo, cuyas tasas han tendido a incrementarse particularmente en el sector salud, con unas proyecciones aún más preocupantes para los próximos años, se convierten en un factor que ha hecho que los trabajadores de la salud acepten remuneraciones económicas no muy favorables, pero que ante la posibilidad de no tenerlas se perciben como las mejores opciones.

Un aspecto que llama la atención de muchos de los documentos revisados es que no hacen alusión alguna al papel que la agremiación sindical o profesional ha jugado frente a esta transformación de las condiciones de empleo; sin embargo, otros autores (60, 72, 73, 74, 80) llaman la atención de sus lectores frente a esta aspecto, el señalando que el rol pasivo de las agremiaciones de profesionales, especialmente las que agrupan a egresados de programas de pregrado, y el debilitamiento, desde hace aproximadamente dos décadas, de la acción sindical en Colombia ha contribuido en gran medida para que la precarización laboral de los trabajadores del sector se haya agudizado.

Ante la situación que se ha venido consolidando en los últimos años alrededor de las condiciones de empleo de los profesionales de la salud, pareciera establecerse el patrón que Wayne Lewchuk (9, 10, 47) ha denominado “*employment strain*”. Es así como, a raíz de la adopción de formas más flexibles de contratación, aunado al incremento de las tasas de desempleo y subempleo en el sector, los trabajadores de la salud en Colombia se encuentran en un contexto en el que ha aumentado la inseguridad e incertidumbre de la relación que establecen con sus empleadores o contratantes, haciendo que tengan cada vez menos potestad decisoria sobre las condiciones de vinculación, remuneración, estabilidad ocupacional y seguridad social; esta configuración corresponde a la disminución de control que Lewchuk (47) plantea como uno de los elementos constitutivos del “*employment strain*”.

De otro lado, la consecución y mantenimiento de un trabajo como profesional de la salud en el actual sistema de seguridad social, implica que muchos de ellos se vean

abocados a aceptar situaciones de alta exigencia laboral, como son los largos horarios de trabajo, el esfuerzo que implica balancear dos o más puestos, el apremio de tiempo (por ejemplo para atender un paciente), la sobrecarga de trabajo, o el acatamiento de directrices y protocolos que coartan y restringen su autonomía profesional y que en algunas oportunidades los enfrentan a conflictos éticos. Dicha descripción equivaldría al elemento de altas demandas del modelo explicativo de Lewchuk (47). Finalmente, el debilitamiento de la acción sindical en Colombia y la poca injerencia que las asociaciones o agremiaciones profesionales han tenido en la gestión de mejores condiciones de empleo, exceptuando a algunas que representan a las especialidades médicas, se configura como el tercer elemento del modelo de Lewchuk (47), en tanto que estos significa una carencia o insuficiencia del apoyo social que los trabajadores del sector reciben para propender por mejorar su situación laboral.

Es así como, los tres elementos anteriores constituirían lo que se ha denominado “*employment strain*”, dado que este fenómeno se ha vinculado con enfermedades del orden psicosomático en las personas que lo experimentan, resulta paradójico el hecho que en el proceso de buscar una mayor cobertura de los servicios de salud en Colombia, en el marco de los principios de universalidad, eficiencia y calidad, sean los profesionales que los brindan quienes se encuentren en una situación propicia para que en ellos mismos emerjan enfermedades como depresión y ansiedad.

Como lo refiere Lewchuk (47) no todas las formas de trabajo precario implican una situación de “*employment strain*”; es así como, a pesar de tener contratos flexibles, en la medida en que para algunos profesionales no represente una dificultad tan alta

conseguir y mantener su trabajo, puede ser por los mismos mecanismos de una alta demanda y una baja oferta de su profesión en el mercado, y cuenten con un mayor soporte para gestionar unas mejores condiciones laborales por parte de un sindicato o agremiación a la que están vinculados; no se estaría bajo una situación de tensión por el empleo; como parece ser la situación en Colombia de algunos médicos especialistas como los cirujanos plásticos, anestesiólogos, pediatras y especialistas en medicina interna.

Sin embargo, al parecer en Colombia estos casos son excepcionales y la asimetría de poder entre EPS, IPS y los profesionales de la salud para negociar las condiciones de empleo es una situación que afecta a enfermeros, auxiliares de enfermería, odontólogos, bacteriólogos, nutricionistas, terapeutas y médicos generales en mayor medida. Esta situación, lleva a reflexionar alrededor del poder político que tienen los profesionales del sector salud en Colombia frente a sus propias condiciones de empleo.

Si, como la plantea Arendt (96) la “acción humana”; entendida como “acción política” implica para su desarrollo el haber superado las necesidades básicas que proveen la labor y el trabajo, el colectivo de los profesionales de la salud en Colombia parece estar lejos de lograr ser agentes de este tipo de acción, en tanto que, como se mencionó anteriormente, en los últimos años las condiciones de empleo de este grupo de profesionales se ha debilitado de forma tal que están supeditados a las estipulaciones impuestas por el mercado laboral. Es así como Mesa y Ballén (72) señalan que las actuales características de contratación y remuneración de los trabajadores de la salud “limita toda posibilidad de libertad y dignidad” dentro de este grupo de profesionales,

con lo cual se entendería que dicha restricción compromete la posibilidad de acción humana o acción política del gremio.

Según Dotti (97) la acción humana o acción política “conlleva siempre una dimensión plural, colectiva, de interrelacionamiento humano”; por lo que se podría pensar que como colectivo los profesionales de la salud interactúan no sólo en virtud de su quehacer; sino también en virtud de las condiciones de su ocupación; sin embargo, como lo señala Dotti “las relaciones humanas se desenvuelven en el modo más ajeno al núcleo de la acción cuando devienen nexos dinerarios”; con lo cual la acción humana de los profesionales de la salud como agentes de sus propias condiciones de empleo se desdibuja en tanto que el contexto creado por el mercado laboral pareciera confrontarlos en un escenario de abierta competencia; en la que los colegas dejan de verse como posibles asociados y se perciben como un posible contendiente para ocupar una plaza de trabajo mejor remunerada, con mejor estabilidad y mejores prebendas sociales.

De otro lado, Dotti (97) señala que la acción humana “exige que su titular sea libre y responsable”, al ver a los profesionales de la salud se puede apreciar que su inmersión en un abrumante contexto de mercantilización, tecnificación y normatización han coartado la libertad de quienes las ejercen, limitando su acción creativa y colectiva. Aunque el carácter responsable de los profesionales del campo de la salud es innegable, en tanto que existe una tendencia casi general por asumir deberes y obligaciones relacionadas con el cuidado de la salud y la atención de la enfermedad, cabe preguntarse: ¿hasta qué punto se puede ser responsable cuando la libertad se limita?, ¿hasta qué punto se asume el deber y obligación de velar por la salud de otros, cuando se limita el criterio

y el actuar profesional a través de leyes, estándares y protocolos que son asumidos como parte de las condiciones para conservar el empleo?. Tal vez, en la respuesta a esta pregunta es que los profesionales del campo de la salud se reencuentren con la acción humana, en la decisión autónoma de asumir la responsabilidad y tomar acciones para liberarse de las imposiciones y exigencias del mercado y de la tecnificación que constriñen su actuar.

En la actualidad parece innegable que el ejercicio profesional en salud se enmarca en lo que Arendt (97) denomina trabajo, y aunque no se trata de la fabricación o construcción de bienes, si se trata de servicios que son “usados” o “necesitados” por otros; alejándose así de ser realmente acción humana libre, colectiva y creativa, este fenómeno parece estar fuertemente ligado al proceso de mercantilización y tecnificación que desde el siglo pasado ha venido sufriendo el campo de la salud, en el que como lo señala Dotti (97) la praxis ha quedado “prudentemente regulada por una legalidad férrea”. Sin embargo, vale la pena preguntarse si la acción profesional en salud ha sido siempre trabajo o en algún momento pudo llegar a tener un mayor cariz de acción humana.

Foucault (37), en su libro *El Nacimiento de la Clínica*, indica que las personas que se desempeñan en el campo de la salud han tenido históricamente una posición particular dentro del grupo general de trabajadores que los separa de la mayoría de ellos, tal vez por los conocimientos e injerencia que tienen sobre aspectos fundamentales de la vida de las personas como son la salud, la enfermedad, la vida y la muerte. En este sentido, Foucault señala que desde hace varios siglos los profesionales de la salud han

sido identificados de forma distintiva y especial entre todos los profesionales, por ejemplo en el Siglo XVIII en Francia se hablaba de los médicos y a los sacerdotes como “los herederos naturales de las dos misiones más visibles de la Iglesia, la consolidación de las almas y el alivio de los sufrimientos”, y bajo esta visión el médico no debería que pedir sus honorarios a aquellos que atiende en un contexto privado, sino que percibirían del Estado una renta lo suficientemente holgada como para cubrir sus necesidades; con lo cual empezaría a liberarse de las leyes del mercado y su actuar se enmarcaría en la “actividad pública y desinteresada”, trascendiendo así el trabajo para acercarse a la acción, que según Arendt (96) se caracteriza por ser pública.

De acuerdo con Prece (38) en otras épocas la práctica profesional en salud se caracterizaba por ser “el ejercicio liberal, en el trato y elaboración de las decisiones médicas, en la que el honorario representaba el pago por una calificación personal”, sin embargo, esto se ha transformado hacia un ejercicio profesional altamente tecnificado, regulado por un mercado de servicios orientado por los mismos principios de oferta, demanda y ganancia que cualquier otro mercado, con lo cual se puede asumir que se constriñe la libertad de aquellos que la ejercen.

A través del discurso de Foucault (37) y Prece (38) se puede identificar cómo tradicionalmente se ha pretendido que el ejercicio de las profesiones de la salud, especialmente la del médico, tengan un carácter libre, imparcial, neutral e incluso ajeno a la acción política; sin embargo, a la luz de las precisiones que hacen Dotti (97) y Arendt (98) sobre lo que es acción humana y por consiguiente política, cabe la pregunta si en realidad es posible pensar en un ejercicio profesional en salud a-político y si la respuesta

fuera afirmativa, cabría entonces cuestionarse si es en realidad esa actividad a-política de trabajo es deseable.

Dotti (97) concibe la acción humana como ruptura de la repetitividad de los hechos y por ende como creación de algo nuevo e irrepetible, perdurable en el tiempo, con lo cual se logra la trascendencia, para este autor la crisis es el momento para un actuar novedoso, y es precisamente una crisis la que desde hace un par de años se presencia en el sector salud en Colombia, tal vez esta sea la coyuntura en la que se requiera de los profesionales de la salud una acción que represente, en palabras de Dotti (97), “la respuesta a la emergencia disgregadora de la crisis”.

Durante el año 2013 se empezó a tramitar una reforma al sistema de salud colombiano⁷; la cual ha generado dentro de los profesionales del sector una serie de reacciones y pronunciamientos que se ha traducido en comunicados, movilizaciones y marchas en todo el país; tal vez sea esta la ocasión para que los profesionales del sector como grupo viren sobre sí mismos y generen una reflexión crítica sobre sus actuales condiciones de empleo y el impacto que estas tienen en su quehacer profesional. Tal vez esta crisis y estas movilizaciones colectivas sean preludio del despertar de la acción humana de la acción política de los profesionales de la salud en Colombia.

⁷ Si bien el proyecto inicial de reforma incluía una propuesta tendiente a fortalecer la formalización del empleo en el sector salud; por iniciativa de los sindicatos y centrales obreras de este sector, tal propuesta fue retirada el 29 de octubre de 2013 con el fin que el tema de las condiciones de empleo de los trabajadores de la salud sea abordada de forma independiente de la reforma y no se deje la iniciativa a cargo del Ministerio de Salud, sino que sea el Ministerio de Trabajo el que la continúe impulsando, para lo que se buscará otorgar al Presidente de la República facultades extraordinarias con el propósito de formalizar aproximadamente 250 mil puestos de trabajo, especialmente en el sector público.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Washington D.C.: OPS. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/condicionestrabajo/es/index.html> (consultado el 26 de mayo de 2012).
2. Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://dev.observatoriorh.org/?q=node/33> (consultado el 26 de mayo de 2012).
3. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. 27a Conferencia Sanitaria Panamericana. 59a Sesión del Comité Regional. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007 – 2015. Washington D.C.: OMS – OPS. 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-10-s.pdf> (consultado el 26 de mayo de 2012).
4. Novick M. Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud - 2005-2015. Washington, D.C: OPS; 2006. 66 p. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/59ebd5d5e1f09d63e04001011e012842.pdf> (consultado el 3 de junio de 2012).
5. Ugalde A y Homedes N. Las reformas neoliberales del sector salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. Rev Panam Salud Publica [En línea] 2005; 17(3):202-9. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n3/a11v17n3.pdf>

6. Nigenda GH y Ruiz JA, coordinadores. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planeación estratégica. Bogotá: Instituto Nacional de Salud Pública y Centro de Proyectos para el Desarrollo (Cendex), 2010: 269 p.
7. Mendez C. Los recursos humanos de salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma. Rev Panam Salud Publica [En línea] 2009; 26(3):276-280. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n3/12.pdf>
8. Molina G, Muñoz I, Ramírez A. Dilemas en las decisiones en la atención en salud en Colombia. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia, 2011: 294 p.
9. Lewchuk W. Employment strain. [En línea] Just Labour 2003; 3:23-35. Disponible en: http://www.justlabour.yorku.ca/volume3/vosko_justlabour.PDF
10. Clarke M, Lewchuk W, de Wolff A, King A. This just isn't sustainable': Precarious employment, stress and workers' health. International Journal of Law and Psychiatry [En línea] 2007, 30:311–326. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252707000441>
11. Martínez G, De Cuyper N, De Witte H. Review of Temporary Employment Literature: Perspectives for Research and Development in Latin America. Psykhe [En línea] 2010; 19(1): 61-73. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282010000100005&script=sci_arttext
12. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Observatorio de Talento Humano en Salud. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/observatorio-talento-salud-home_1.aspx

13. Draibe, S y Riesco M. Estado de Bienestar, Desarrollo Económico y Ciudadanía: Algunas Lecciones de la Literatura Contemporánea. México, D. F. CEPAL Unidad de Desarrollo Social. SERIE estudios y perspectivas, 2006. Disponible en: <http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/doc/Cepal/perspec/55mx.pdf>

14. Bilbao, A. La Lógica del Estado del Bienestar y la Lógica de su Crítica: Keynes y Misses. Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 1990. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Papers/article/download/25070/58188>

15. Jessop, B. Crisis del Estado de Bienestar. Hacia una Nueva Teoría del Estado y sus Consecuencias Sociales. Bogotá, Siglo del Hombre Editores, 1999: 214 p.

16. Arancibia, F. Flexibilidad Laboral: Elementos Teórico-Conceptuales para su Análisis. Revista Ciencias Sociales. 201; (26): 39-55. Disponible en: <http://www.revistacienciasociales.cl/archivos/revista26/pdf/rcs-art3.pdf>

17. Echavarría, JJ. Colombia en la Década de los Noventa: Neoliberalismo y Reformas Estructurales en el Trópico. Cuadernos de Economía, Bogotá. 2001; v.xx,34: 57-102. Disponible en: <http://www.revista.unal.edu.co/index.php/ceconomia/article/view/24429>

18. Ahumada, C. Política Social y Reforma de Salud en Colombia. Papel Político No 7, 1998; 7:9-35. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/politicas/publicaciones/documents/1.POLITICASOCIALYREFORMA.pdf>

19. Guzmán, MP. Aspectos Conceptuales de la Reforma Sanitaria en Colombia. Bogotá: Universidad El Bosque, 2010: 256 p.

20. Ocampo JA. La América Latina y la economía mundial en el largo siglo XX. *El Trimestre Económico* [En línea]. 2004; LXI(284):725-786. Disponible en: <http://noticias.vlex.com.mx/vid/america-latina-mundial-largo-siglo-62130882>
21. Sarmiento E. Una década pérdida para América Latina. *Relaciones Económicas Internacionales* [En línea]. 1990 Ene-Mar(09). Disponible en: <http://colombiainternacional.uniandes.edu.co/>
22. SELA / UNESCO / CLACSO / CENDES. El desarrollo social de América Latina y el Caribe y la Cumbre Mundial: Reflexiones y propuestas para la acción. Informe de la reunión regional de expertos sobre desarrollo social de América Latina y el Caribe y la Cumbre Mundial. Venezuela, 1994; Nov:11-2. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/historico/informe.pdf>
23. Homedes N y Ugalde A. Reformas de salud y equidad en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16 (6):2686-2696. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63019110005>
24. Franco ZR. Apuntes en torno al neoliberalismo, la ética y el derecho a la salud. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%207_7.pdf
25. Flórez, LB. Colombia tras Diez Años de Reformas Políticas y Económicas. *Cuadernos de Economía*, v. XX, n. 34, Bogotá, 2001, p. 31-55. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/ceconomia/article/view/24427>
26. Herrera, B. Globalización, Reforma Laboral y Empleo: Balance de los Noventa. *Revista Opera*, 2002;2: 229-248. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67500213>

27. Castaño RA. Colombia y El Modelo Neoliberal. Agora Trujillo, 2004;5 (10):59-78. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/17535>
28. Torres, D. Reseña del Libro La Revolución Incompleta: las Reformas de Gaviria, de Sebastián Edwards y Roberto Steiner. Estudios Internacionales 165, Universidad de Chile, 2010, 229 a 236. Disponible en: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/Rese%C3%B1a-Edwards-Steiner-La-revoluci%C3%B3n-incompleta1.pdf>
29. Farné, S. Estudio sobre la Calidad del Empleo en Colombia. Lima: oficina internacional del trabajo, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. 2003, 38 p. Disponible en: http://white.oit.org.pe/osra/documentos/farne_dic9.pdf
30. Goldin, A. Los Derechos Sociales en el Marco de las Reformas Laborales en América Latina. Documento de Trabajo. Núm. 173. Ginebra. Instituto Internacional de Estudios Laborales, Organización Internacional del Trabajo. 2007, 29 p. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---inst/documents/publication/wcms_201137.pdf
31. Farné, S. La Calidad del Empleo en América Latina a Principios del Siglo XXI: Una Mirada Especial al Caso de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Perú. En: Farné, S. (compilador). La Calidad del Empleo en América Latina a Principios del Siglo XXI. Bogotá. Universidad Externado de Colombia. 2012, p. 15 – 32. Disponible en: http://white.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/activid/proyectos/actrav/actividadesregionales/2012/documentos/obj04_act04_2012_economiainformal_stefano_calidadempleo.pdf
32. Castaño, E, López, H, y Rhenals, R. La Reforma Laboral del 2002 y sus Impactos: In Medio Stat Virtus. Perfil de Coyuntura Económica. 2004, p. 41 – 69.

Disponible en: http://www.mintrabajo.gov.co/component/docman/doc_download/727-30-la-reforma-laboral-de-2002-y-sus-impactos-in-medio-stat-virtus-elkin-castano.html

33. Amarante, V, Arim, R y Santamaría, M. Los Efectos de la Reforma Laboral de 2002 en el Mercado Laboral Colombiano. Perfil de Coyuntura Económica. 2005, p. 67

– 82. Disponible en:

<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/coyuntura/article/viewFile/2307/1879>

34. Franco, A. Seguridad Social y Salud en Colombia Estado de la Reforma. Rev. Salud Pública. 2000, 2(1):1-16.

35. Hernández, M. Reforma Sanitaria, Equidad y Derecho a la Salud en Colombia. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2002, 18(4):991-1001.

36. Organización Mundial de la Salud. Perfil Mundial de los Trabajadores Sanitarios. Informe sobre la Salud en el Mundo. 2006. Disponible en: http://www.who.int/whr/2006/06_chap1_es.pdf

37. Foucault, M. El Nacimiento de la Clínica. México: Siglo XXI Editores. 2012. 272 p.

38. Prece, G. Las Profesiones de la Salud y la Práctica Médica en los Umbrales del Tercer Milenio. Medicina y Sociedad. Centro de Investigaciones en Salud. 1999. 18 p. Disponible en:

http://www.medicinaysociedad.org.ar/publicaciones/01_jun_2011/ARTpresentacionprece.html

39. Maruani, M. De la Sociología del Trabajo a la Sociología del Empleo. Política y Sociedad. 2000, (34):9-18. Disponible en:

<http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/download/POSO0000230009A/24529>

40. Benach, J., Muntaner, C., Solar, O., Santana, V., & Quinlan, M. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global. España: Icaria Editorial, S.A. 2010. 518 p.

41. Farné, S. La Calidad del Empleo en América Latina a Principios del Siglo XXI. Bogotá: Universidad Externado de Colombia. 2012. 304 p. Disponible en: [http://www.lai.fu-](http://www.lai.fu-berlin.de/homepages/marull/Forschung_und_Publikationen/Farn_2009.pdf?1372079546)

[berlin.de/homepages/marull/Forschung_und_Publikationen/Farn_2009.pdf?1372079546](http://www.lai.fu-berlin.de/homepages/marull/Forschung_und_Publikationen/Farn_2009.pdf?1372079546)

42. Procuraduría General de la Nación – República de Colombia. Trabajo Digno y Decente en Colombia. Seguimiento y Control Preventivo a las Políticas Públicas. Colombia: Procuraduría General de la Nación. 2011. 304 p. Disponible en: [http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Trabajo%20digno%20y%20decente%20en%20Colombia_%20Seguimiento%20y%20control%20preventivo%20a%20las%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas\(1\).pdf](http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Trabajo%20digno%20y%20decente%20en%20Colombia_%20Seguimiento%20y%20control%20preventivo%20a%20las%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas(1).pdf)

43. Banco de la República de Colombia Biblioteca Virtual Luis Ángel Arango. Desempleo. Disponible en: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/economia/econo29.htm>. (consultado el 8 de octubre de 2013).

44. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Políticas y Regulaciones para Luchar Contra el Empleo Precario. Ginebra: OIT. 2011. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---actrav/documents/meetingdocument/wcms_164288.pdf

45. Fernández, F.A. Flexibilidad Laboral: Elementos Teórico-Conceptuales para su Análisis. Revista de Ciencias Sociales (CI). 2011. (26), p. 39-55.

46. Karasek, R. & Theorell. *Healthy Work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Estados Unidos: Basic Books. 1990: 381 p.

47. Lewchuk, W., deWolff, A. L. I. C. E., King, A., & Polanyi, M. *Employment Strain: The Hidden Costs of Precarious Employment*. Final Research Report for the WSIB Research Advisory Council. 2006. 56 p. Disponible en: <http://www.labourstudies.mcmaster.ca/documents/research-wigs/Final%20WSIB%20Report%20May%2016.pdf> (consultado el 26 de mayo de 2012).

48. Abadía B, C.; Pinilla A, María Y; Ariza R, K. y Ruiz S, H.C. Neoliberalismo en Salud: La Tortura de Trabajadoras y Trabajadores del Instituto Materno Infantil de Bogotá. *Rev. Salud Pública* [online]. 2012, vol.14, suppl.1, pp. 18-31

49. Álvarez, A. L., & González, M. D. P. G. (2007). Situación social, económica, laboral y profesional de los optómetras en la ciudad de Pereira y Dosquebradas en el 2006. *Ciencia & Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, (9), 75-83.

50. Arroyo Laguna, J. (2002). Situación y desafíos en el campo de los recursos humanos en salud en el área andina en los albores de los 2000. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. ISSN 1025 – 5583 Vol. 63, N° 3 – 2002 Págs. 212 – 222

51. Botia Rodríguez, J.S. Situación socioeconómica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en las ópticas habilitadas en el oriente del departamento de Boyacá durante el segundo periodo de 2008 y primer periodo de 2009. Bogotá: Universidad de La Salle, Facultad de Ciencia de la Salud. Programa de Optometría, 2009. Disponible en: <http://repository.lasalle.edu.co/handle/10185/8584>

52. Bravo Vanegas, N. (2010). Situación socioeconómica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en consultorios habilitados en la ciudad de Bogotá al año 2009:(Fase 2). Bogotá: Universidad de La Salle, Facultad de Ciencia de la Salud. Tesis de Grado Programa de Optometría, 2010. Disponible en: <http://repository.lasalle.edu.co/handle/10185/8537>

53. Burgos Ramírez, A. y Situación socioeconómica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en los consultorios optométricos habilitados en los departamentos de Magdalena y Bolívar durante el primer periodo de 2009. Bogotá: Universidad de La Salle, Facultad de Ciencia de la Salud. Programa de Optometría, 2009. Disponible en: <http://repository.lasalle.edu.co/handle/10185/8586>

54. Castaño, R.A. Medicina, Ética y Reforma de la Salud hacia un Nuevo Contrato con la Profesión Médica. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/academedicina/m-08RAbel.htm> (Consultado el 6 de Junio de 2013)

55. Castrillón Agudelo, M. C., Orrego Sierra, S., Pérez Pelaez, L., Ceballos Velasquez, M. E., & Arenas, G. S. (1999). La enfermería en Colombia y la reforma del sector salud; Nursing in Colombia and the health reform. *Investigación y Educación en Enfermería*, 17(1), 13-33.

56. Cogollo, Z., y Gómez, E, (2010). Condiciones laborales en enfermeras de Cartagena, Colombia. *Avances en Enfermería*, 28, 31-38.

57. Correa, A. E., Palacio, M. L. y Serna, L. E., (2001). Situación laboral de los profesionales de enfermería de instituciones de salud, municipio de Medellín, 1999. *Investigación y Educación en Enfermería*, 19(2), 10-25.

58. Cortes Isaza, M. C., Dussán Rivera, P. A., & Tarallo Romo, G. L. (2013). Determinación de condiciones laborales de los trabajadores de cuatro hospitales de primer nivel y dos de segundo nivel en el departamento del Quindío–Colombia 2012. Bogotá: Universidad del Rosario, Programa de Especialización en Salud Pública. 2013. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/4182>

59. Florez Acosta, J. H., Atehortúa Becerra, S. C., & Arenas Mejía, A. C. (2009). Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 107-131.

60. Gamboa Cáceres T, Vargas González V, Arellano Rodríguez M. Eficiencia de la atención en salud y flexibilidad laboral en Colombia. *Gaceta Laboral* 2004. 10, 143-164. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33610201>. Fecha de consulta: 24 de noviembre de 2013

61. García Álvarez, C.M. El Hospital como Empresa: Nuevas Prácticas, Nuevos Trabajadores. *Univ. Psychol.*, Bogotá, v. 6, n. 1, Apr. 2007. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672007000100014&lng=en&nrm=iso

62. García Álvarez, C.M., Rodríguez López, S. M., y Suárez Puentes, K.V. (2011). Construcción de la cultura de calidad en un hospital público a partir de la gestión humana: tensiones y paradojas; Construction of quality culture in a public hospital from a human management perspective: tensions and paradoxes. *Univ. psychol*, 10(3), 841-853.

63. Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A. P., Felizzola, C., Gil, F., Díaz-Granados, N., & Heins, E. (2003). El perfil del médico psiquiatra colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(4), 325-340.

64. Guevara, E. B., & Mendias, E. P. (2002). A comparative analysis of the changes in nursing practice related to health sector reform in five countries of the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(5), 347-353.

65. Henao Pérez, F. (2010). Los aspectos negativos y altamente lesivos a la Medicina ya la Odontología como ciencias y como profesiones. *Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18).

66. Hernández Sánchez, L.Y. Situación socioeconómica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en los consultorios optométricos habilitados en el departamento de Norte de Santander, durante el primer periodo de 2009. Bogotá: Universidad de La Salle, Facultad de Ciencia de la Salud. Programa de Optometría, 2009. Disponible en: <http://repository.lasalle.edu.co/handle/10185/8558>

67. Jaramillo Bustamante, J. C; Marín Agudelo, A.; Gómez Uribe, L.F.; Gómez Ramírez, J.F.; Navas Lenis, J.E.; y Cornejo Ochoa, W. (2006). Estudio descriptivo sobre la situación actual del ejercicio de la pediatría en Antioquia, 2004-2005. *Iatreia*, 19(2), 129-140.

68. Jaramillo, G. H., & Gómez, G. M. (2006). Efectos de la ley 100 sobre el campo de estudio y el quehacer de los profesionales de la salud: la practica odontologica y su caso; Effects of statute 100 in the field of study and professional practice of health professionals. The dental practice and irs case. *Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq*, 18(1), 95-102.

69. López C. JG. Oferta y demanda de recursos humanos en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 20042293-102. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021911>. Fecha de consulta: 24 de noviembre de 2013.

70. Lozano Perdomo, G.P.; y Vargas Núñez, P.A. Situación socioeconómica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en los consultorios optométricos habilitados en Santiago de Cali durante el segundo periodo de 2008 y primer periodo de 2009. Bogotá: Universidad de La Salle, Facultad de Ciencia de la Salud. Tesis de Grado Programa de Optometría, 2009. Disponible en: <http://repository.lasalle.edu.co/handle/10185/8624>

71. Marciales Ibáñez, C., Olaya Méndez, M. y Puentes Ussa, A. Situación socioeconómica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en los consultorios optométricos habilitados en la zona Valle de Aburrá, en el departamento de Antioquia, durante el segundo periodo de 2008 y el primer periodo de 2009. Bogotá: Universidad de La Salle, Facultad de Ciencia de la Salud. Programa de Optometría, 2009. Disponible en: <http://repository.lasalle.edu.co/handle/10185/8613>

72. Mesa Melgarejo, L., & Romero Ballén, M. N. (2010). Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(2).

73. República de Colombia – Ministerio de la Protección Social. Observatorio de Recursos Humanos en Salud Nodo del Sur Occidente. Universidad del Valle. Relaciones Laborales en el Sector Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia: El caso de la ciudad de Cali. Disponible en: http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/relaciones_laborales_en_el_sector_salud.pdf

74. República de Colombia – Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana – Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX). Los recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, Competencias y Prospectiva.

Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2007 2ª Ed. 472 p. Disponible en:
http://www.cendex.org.co/GPES/publicaciones/libros/Recursos_humanos_II_ed.pdf

75. República de Colombia – Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana – Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX). Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, Competencias y Prospectiva, 2008. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2009 3ª Ed. 359 p. Disponible en:
<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/RECURSOS%20HUMANOS%20DE%20LA%20SALUD%20EN%20COLOMBIA%202008.pdf>

76. República de Colombia – Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia – Facultad Nacional de Salud Pública. Oferta y Demanda de Recursos Humanos en Salud en Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2007. 239 p. Disponible en:
<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/OFERTA%20Y%20DEMANDA%20DE%20RECURSOS%20HUMANOS%20-1.pdf>

77. República de Colombia – Ministerio de Salud. Desafíos para los Recursos Humanos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Memorias del Foro Videoconferencias. Bogotá: Ministerio de Salud. 2002. 183 p. Disponible en:
<http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/DESAF%20C3%82OS%20PARA%20LOS%20RECURSOS%20HUMANOS%20EN%20EL%20SISTEMA%20GENERAL%20DE%20SEGURIDAD%20SOCIAL%20EN%20SALUD.pdf>

78. República de Colombia – Ministerio de Salud y Protección Social. Sector Administrativo de Salud y Protección Social. Informe de Actividades 2011 – 2012 al Honorable Congreso de la República. Bogotá. Julio de 2012. Disponible en:

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Informe%20de%20actividades%20al%20Congreso%202011-2012.pdf>

79. República de Colombia – Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Caracterización Laboral del Talento Humano en Salud de Colombia: Aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá. 2012. Disponible en:<http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Caracterizaci%3b3nLaboralTHS.pdf>

80. República de Colombia – Ministerio de Salud y Pontificia Universidad Javeriana – Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX). Estudio de Disponibilidad y Distribución de la Oferta de Médicos Especialistas, en Servicios de Alta y Mediana Complejidad en Colombia. Bogotá. 2013. 135 p. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/DisponibilidadDistribuci%3b3nMdEspecialistas.pdf>

81. Morales, L.G. Las Condiciones Laborales y de Vida de los Médicos en Colombia 1996-1998. Bogotá: Fundación Corona. 2001. 74 p.

82. Morales Correa, E. El sector Salud y el Trabajo en Enfermería. Av. Enferm. XXV (2):7-9. 2007.

83. Nieto López E, Montoya GM, Cardona EM, Bermúdez LF. Perfil sociodemográfico y laboral de los odontólogos en la ciudad de Medellín. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2000. 18: 41-53 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12018204>. Fecha de consulta: 24 de noviembre de 2013.

84. Ortiz Monsalve L.C.; Cubides Zambrano J.H.; y Restrepo Miranda D.A. Caracterización del talento humano en salud: Hacia el Sistema de Información del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud. Monitor Estratégico. No. 4 Jul – Dic. 2013. p. 63-68. Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=FIeYK2lnAJA%3d&tabid=782&mid=2312>

85. Osorio Gómez, J.J. (2004). Oferta y demanda de profesionales en el sector salud, un problema de mercado. CES Medicina, 18(2), 69-79.

86. Peralta Ruíz, L.F. Situación socio-económica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en los consultorios habilitados en el occidente del departamento de Boyacá durante el segundo periodo de 2008 y primer periodo de 2009. Bogotá: Universidad de La Salle. Facultad de Ciencias de La Salud. Programa de Optometría, 2010. Disponible en: <http://repository.lasalle.edu.co/handle/10185/8903>

87. Quintero Tabares, A.R., y Muñoz Astudillo, M.N. (2005). Situación académica y laboral de los profesionales de enfermería. Risaralda, 2004. Investigaciones Andina. Fundación Universitaria del Área Andina. 2005. p. 17 – 24. Disponible en: <http://biblioteca2.funandi.edu.co/handle/123456789/169>

88. Ramírez Agudelo, J.L. El Impacto de la Reforma de la Salud en Colombia en la Calidad de Vida de los Médicos en Caldas. Universidad Nacional de Colombia sede Manizales Facultad de Administración, Maestría en Administración - Perfil Profesional M.B.A. 2011. 163 p. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/3819/>

89. Restrepo Miranda D.A. y Ortiz Monsalve L.C. Situación laboral de los profesionales en medicina y enfermería en Colombia: aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al SGSSS. Ministerio de la Protección Social Dirección General de

Análisis y Política de Recursos Humanos. Boletín No. 2 - Diciembre de 2010. 4 p.

Disponible en:

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/APROXIMACION%20AL%20IBC%20PROFESIONALES%20EN%20MEDICINA%20Y%20ENFERMERIA.pdf>

90. Sánchez Gutiérrez, S., I.A y Buitrago Castro, Y.P. (2010). Situación socioeconómica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en consultorios habilitados en los departamentos de Córdoba y Sucre al año 2009. Disponible en: <http://repository.lasalle.edu.co/handle/10185/8611>

91. Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI). Caracterización de la profesión de fisioterapia en Colombia. 2008. Disponible en: <http://observatorio.sena.edu.co/mesas/01/SERVICIOS%20A%20LA%20SALUD%20FISIOTERAPIA.pdf>

92. Velandia Mora, A.L. La enfermería en Colombia 1990-2010. Ejercicio profesional y situación legal. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 13(1): 65-78, enero-junio de 2011.

93. Villarraga Villalba, D. R., & Medellín Alvarado, Y. P. (2011). Situación socioeconómica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en los consultorios habilitados en el departamento de Cundinamarca, en el segundo periodo de 2006 y primer periodo de 2009. Bogotá: Universidad de La Salle, Facultad de Ciencia de la Salud. Tesis de Grado Programa de Optometría, 2010. Disponible en: <http://repository.lasalle.edu.co/handle/10185/8947>

94. Villegas E.M.; Escobar M.L.; Cano P.A.; Escobar W.J.; y González E.R. Condiciones psicosociales y económicas laborales de los médicos generales en Medellín, marzo de 1998. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 1998; 16(1): 51-64

95. República de Colombia. Ley 100 de 1993. Disponible en: http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&sqi=2&ved=0CC8QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2FNormatividad%2FLEY%25200100%2520DE%25201993.pdf&ei=NRTbUsboJ4qqSzuID4Bg&usg=AFQjCNGGmHFz_ctM1L_VpZ5F8OwUKlfHPA&bvm=by.59568121,d.eW0

96. Arendt, H. La Condición Humana. Barcelona: Paidós. 2005. 358 p.

97. Dotti, J.E. Acción Humana y Teoría Política: La Decisión. En: Cruz, M. Acción Humana. Barcelona: Ariel Editores. 1997. p. 213-234