

**EL OFICIO MÉDICO COMO PARTE DE LA CLASE OBRERA, UNA
PROPUESTA PARA UNA JUSTA REMUNERACIÓN**

RAFAEL ANDRÉS DÍAZ CORONEL

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**UNIVERSIDA EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA**

**EL OFICIO MÉDICO COMO PARTE DE LA CLASE OBRERA, UNA
PROPUESTA PARA UNA JUSTA REMUNERACIÓN**

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTADO POR:
RAFAEL ANDRÉS DÍAZ CORONEL**

**ASESOR TEMÁTICO
HERNAN CASTELLANOS**

Contenido

Introducción.....	4
Justificación	5
Planteamiento Del Problema	6
Objetivos.....	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos	8
Marco De Referencia.....	9
La clase obrera y su relación con el oficio médico	10
El salario como una influencia en el comportamiento.....	12
Remuneración y calidad de vida.....	14
Legislaciones del oficio médico y el salario en Colombia	16
Dicotomía salarial y depreciación.....	22
Los juegos de competencia y cooperación en el oficio médico.....	25
Un modelo para una justa remuneración	29
Metodología.....	38
Resultados.....	41
Discusión Y Conclusiones.....	42
Bibliografía.....	44

Introducción

Se considera por obrero a la persona que inherentemente a su vida, contiene una fuerza de trabajo la cual puede vender a un tercero; es decir, todo aquel que procure realizar una acción en beneficio de otra y que le atribuyere remuneración. El trabajo es el fundamento del orden social y determina ampliamente el lugar de los individuos en la sociedad; siendo su principal medio de subsistencia, ocupando una parte esencial de la vida. Se constituye como un medio de transformación de las materias en producción de bienes y/o de servicios en la economía que satisfacen las necesidades de una comunidad.

La profesión médica definida en acciones que restablecen la salud mediante la aplicación de trabajo intelectual cumple con las características que conforman a un obrero. En la cual se aplican medidas que regulen la actividad económica en la que se desarrolla con el fin de perfeccionar su desempeño en el área, salvaguardarla y estabilizarla. Sin embargo, estas regulaciones están sujetas a otros intereses propios colectivos de quienes las realizan; llevando así a un desmejoramiento del oficio y un difícil acceso a un trabajo decente.

En la actualidad, la dinámica neoliberal predomina y mantiene una tendencia a la capitalización y centralización de los recursos. Esto ha hecho que la mano de obra general mantenga una predisposición a ser barata. Constante que causa subdesarrollo de la sociedad y agrava las condiciones óptimas para una buena calidad de vida.

En Colombia se han realizado múltiples legislaciones que regulan la actividad médica. En los últimos 50 años se han afirmado regulaciones con características neoliberales que proponen un sistema de competencia asociado a intermediarios desprotegiendo los derechos laborales de los médicos. Esta investigación pretende explicar el concepto de clase obrera y su relación con la profesión, conocer las leyes que la regulan e interpretar las interacciones que pudieran haber llevado a un desmejoramiento salarial y afectación de la calidad de vida por ello.

Justificación

La profesión médica tiene un enorme valor, debido a que protege el capital humano, el insumo más importante que tiene una nación. Pues, sin salud adecuada no es posible en la mayoría de los casos, una buena educación, indispensable para progresar en la vida, lograr un trabajo digno y un desarrollo social y económico adecuados, ya sea particular, o de un pueblo o país (Antillón, 2017). Sin embargo, durante los 80's y 90's se formularon e implementaron reformas al sector salud que buscaban, una mayor eficiencia del talento humano. A pesar de ello, prevaleció el interés por generar medidas tendientes al aseguramiento de la accesibilidad a los servicios, la mejora de la calidad de la atención y la descentralización, a expensas de las condiciones de empleo y trabajo del personal sanitario (Monroy, 2014).

Lo anterior, generó cierto malestar dentro del gremio de los profesionales de la salud alegando la mala situación financiera de los hospitales y los peligros del nuevo sistema de seguridad social, donde el principal problema era el tema salarial (El tiempo, 1995).

En Colombia aquellos salarios que superan el mínimo legal vigente no cuentan con una disposición legal que ordene el aumento de éste. No obstante, la Corte Constitucional ha señalado que no ajustar el salario al IPC (Índice de precios del consumidor) supone un enriquecimiento sin justa causa para el empleador. Esto porque, no ajustar los salarios lleva a que el empleador pague menos por la misma disponibilidad y servicios del trabajador (Portafolio, 2022). A pesar de esto, existe un problema de baja remuneración y depreciación de la labor de los profesionales médicos en los últimos 50 años relacionado a las reformas neoliberales y el sistema de competencia establecido dentro de ellas.

La frase “tensión por el empleo” define la condición en la que el trabajador pierde su autonomía en los escenarios de empleo debido a una precarización y su relación con las exigencias para poderse emplear y conservar el trabajo. La pérdida de control y aumento de las exigencias pueden conducir efectos desfavorables en la fuerza de trabajo (F. Vosko, 2003).

Planteamiento Del Problema

El oficio médico se precisó en Colombia en 1914 mediante la ley 83, reafirmado por la ley 35 de 1929 explicando sus labores a realizar en el marco de sus funciones, siempre acreditado por el título profesional recibido (Congreso de Colombia, 1914 - 1929). Así, las labores del médico se convierten en su medio de subsistencia en sociedad.

El congreso de Colombia estableció que nunca beneficiaría, a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente (Congreso de Colombia, 1981). Se reafirmo la no existencia de intermediarios entre el médico y el paciente protegiendo los derechos laborales y de los pacientes.

En 1993 se creó el nuevo sistema de seguridad social integral el cual tiene por objeto garantizar la cobertura económica de salud y servicios complementarios. Dicho sistema, se encuentra a cargo del estado y la prestación de los servicios por entidades públicas o privadas, con el fin de garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema. Dicho servicio se garantiza mediante instituciones prestadoras de servicios adscritas a través de las entidades promotoras de salud (Congreso de Colombia, 1993).

Según cifras oficiales, en 1970 la media del salario de un médico en el sector oficial era de 8 salarios mínimos, mientras que el del instituto de seguros sociales era de 15. Éstos se desplomaron hasta llegar a tener un promedio de 4.8 salarios para el sector oficial y de 7.3 para el instituto de seguros sociales (El tiempo, 1995). El modelo neoliberal se posicionó firme en el sector salud y las entidades promotoras de salud entraron a competir las unas con las otras con el fin de mejorar la calidad de los servicios en salud. No obstante, este modelo neoliberal comenzó a capitalizar y centralizar los recursos.

A partir de las legislaciones en salud en los últimos 50 años, en Colombia preexiste un modelo neoliberal basado en interacciones competitivas con el fin de generar mayor calidad en servicios de salud en relación con una mejor oferta posible. Esto ha generado una depreciación salarial en los profesionales médicos. A pesar de ello, no ha nacido por parte

del gremio médico un movimiento social que impulse una reforma salarial para éste. Por lo anterior, es provechoso revisar la literatura existente relacionada con las legislaciones sanitarias colombianas en talento humano en salud, dinámica salarial y dependencia de la cooperación para responder la pregunta ¿Existe una depreciación salarial en los profesionales médicos asociado a las legislaciones sanitarias sin o con la preexistencia de un vínculo de interacciones mediante la cooperación entre galenos que dinamice el comportamiento salarial y consecuentemente se preste un servicio de defectuosa calidad?

Objetivos

Objetivo General

Proponer un modelo de remuneración para médicos no especializados a partir de la comprensión del oficio médico.

Objetivos Específicos

- Recolectar datos teóricos que relacionen el oficio médico con la clase obrera.
- Identificar antecedentes de la dinámica salarial de los médicos colombianos hasta la actualidad.
- Sugerir un modelo de pago a los médicos no especializados.

Marco De Referencia

Se considera por obrero a la persona que inherentemente a su vida, contiene una fuerza de trabajo la cual puede vender a un tercero; es decir, todo aquel que procure realizar una acción en beneficio de otra y que le atribuyere remuneración (Marx, 2004). El concepto de trabajo vive de un conjunto de ideas del ser humano que le dan vida. Es éste, quien le da esa visión de factor de producción, como esencia de su misma vida y como un sistema de distribución de ingresos que le da derechos y le aporta protección (Medá, 2007). De tal manera, que la idea de trabajo y de realizar un oficio, resulta como algo valioso y vital para el ser humano. Termina siendo, una forma de expresar lo más íntimo de su ser, donde la remuneración lo eleva a un estado de beneplácito para persistir en la repetición de este, se vuelve algo frecuente y acostumbrado en su día a día; le produce placer en su vida.

Lo anterior, es reafirmado por Hegel donde nos ilustra que sí tenemos dos personas independientes y conscientes de ello, pero no de su naturaleza común como un aspecto que los une; cada uno ve al otro como rival, como un límite a su propio poder sobre todo lo demás. Evidenciando así, una lucha en la cual uno conquista y esclaviza al otro. Dando así, la impresión de que el amo lo es todo y el esclavo no es nada, sin embargo, es el esclavo el que trabaja, y su trabajo cambia el mundo natural. Por lo tanto, el esclavo alcanza satisfacción y desarrolla su propia conciencia, mientras que el amo se vuelve dependiente de su esclavo (Singer, 2018).

Por esta razón, la afectación o la alteración del oficio, se convierte en pérdida de la paz para el obrero, configurándose como una injusticia, miseria y privación de su realización, donde la alteración de este estado de construcción vital se interpreta como un acto de violencia (Ghiotto, 2013). Afirma Simón Weil, que las fuentes de la actividad y la esperanza se ven envenenadas por las condiciones en las que vivimos. Se deja de trabajar con la orgullosa conciencia de que somos útiles, se vive con la humillante y angustiosa sensación de gozar de un privilegio otorgado por una efímera gracia del destino. El privilegio del que quedan excluidos varios seres humanos por el mero hecho de ser nuestro; un simple empleo (Weil, 2014).

El trabajo remunerado, produce una realización personal en el obrero, es éste el que le genera protección, le hace pensar constantemente que le salvaguarda del advenimiento del futuro incierto que le cobija (alimentación, estudios, entretenimiento, hijos, familia, etc.), dándole la seguridad de que permanecerá en paz consigo mismo y los que le rodean. El hecho de poder mantener un estatus social dado por la estabilidad laboral, el tipo y calidad de la remuneración, y las posibilidades de acceso a prestaciones sociales (Monroy, 2014).

La clase obrera y su relación con el oficio médico

La profesión médica se define como aquellas acciones encaminadas al restablecimiento de la salud por medio de la identificación diagnóstica del enfermo y curación de su enfermedad aplicando un conjunto de conocimientos especializados orientados hacia las necesidades de la salud y bienestar de las personas y la comunidad (Sendín, 2010). Este grupo, que desarrolla estas acciones profesionales se clasifica en médicos generales, especialistas y supra especialistas en un marco de comparación como lo hizo Virginia Gutiérrez De Pineda al dividir los grupos obreros de Bogotá en obreros altamente calificados y de mediana y baja calificación haciendo referencia a aquel que había o no, realizado estudios escolares, técnicos, universitarios o especializados que los acredite en su labor (Gutiérrez, 1958). Por lo tanto, se entiende por calificación del trabajo la escolaridad y especialización del mismo (Mendoza & Cabrera, 2014). Viéndolo así, el profesional médico no es un ser aparte de las características generales que comparten los obreros, sino que, con su trabajo, se mantiene en la sociedad por su mano de obra, por lo que produce y que podemos darle un adjetivo calificado según el grado académico que haya obtenido.

A estos trabajos y/o profesiones calificadas, se pueden aplicar medidas que regulen la actividad económica en la que se desarrollan los grupos sociales con el fin de perfeccionar su desempeño en el área de interés, salvaguardarla y estabilizarla. Sin embargo, estas regulaciones están sujetas a otros intereses propios colectivos de quienes las realizan; llevando así a un desmejoramiento del oficio y un difícil acceso a un trabajo decente.

El término de tensión laboral es definido como una condición psicosocial donde el trabajador pierde el control de las decisiones acerca de sus condiciones de empleo debido a una precarización del sector al que pertenece y al aumento de las exigencias para poder emplear y conservar su trabajo (Monroy, 2014). Por lo tanto, el trabajador, de manera individual, dado que su medio de sostenimiento consiste en su mano de obra, buscará la manera de adaptarse a la situación, de crear sistemas en los que pueda persistir en el desarrollo de su oficio para así poder subsistir. El trabajador que, acostumbrado a su empleo, puede experimentar cambios repentinos y exigentes que lo llevan a tomar decisiones diferentes a las acostumbradas para poder conservar su oficio, desde cambios de comportamientos en sus tareas diarias hasta generar movilizaciones colectivas (huelgas, paros) donde habiendo encontrado semejanzas con otros colegas, se unen con un propósito igual para que todos puedan volver a la estabilidad inicial a la que pertenecían. Quiere decir, además, el trabajador está sometido a cambios continuos en su profesión a los cuales debe adaptarse permanentemente para poder sobrevivir en ésta, por lo que, aprende rápidamente y con gran facilidad, manteniendo así una coherencia con su vida y el oficio (Holland, 2004).

La calificación del trabajo es una manera de aprendizaje y adaptación, dado que así, el trabajador piensa que al especializar su oficio no solo obtendrá una mayor remuneración sino también una protección especial, dado que tendrá menos competidores en el campo laboral. Así, el trabajador menos calificado busca subir en la escala de calificación y el que ya se encontraba en una posición más alta, decide hacer igual en el mismo orden de idea económica. La baja calificación del oficio se traduce entonces como una baja eficiencia para su empleador y poca estabilidad para el trabajador en su posición (Gutiérrez, 1958). Así mismo, el bajo estatus de la profesión que se ejerce y escasos salarios que no ofrecen posibilidades de ascenso remunerativo, que no estimula la educación y el escalamiento de la calidad del oficio. Por lo tanto, se genera una masa obrera poco calificada y de bajo costo. El oficio médico, haciendo parte también de este patrón de comportamiento; se precisa como una rama de la clase obrera, manteniendo un papel fundamental para el desarrollo de la sociedad sin dejar de lado sus vulnerabilidades como se generaliza en los obreros.

El salario como una influencia en el comportamiento

El salario es la cantidad de dinero que una persona paga por un determinado tiempo de trabajo o por la ejecución de una tarea determinada. Así, se puede evidenciar que el dinero tiene la capacidad para comprar el trabajo de los obreros. Éstos, venden por dinero, su trabajo. Sin embargo, lo que realmente vende el obrero no es un trabajo en específico sino su fuerza de trabajo por un determinado tiempo hasta haberla consumido. Como ejemplo, Karl Marx, expone que “con dos marcos una persona puede comprar dos libras de azúcar o una determinada cantidad de otra mercancía cualquiera. Los dos marcos con los que compra dos libras de azúcar son el precio de las dos libras de azúcar. Los dos marcos con los que compra doce horas de uso de la fuerza de trabajo son el precio de un trabajo de doce horas. La fuerza de trabajo se convierte (al igual que el azúcar) en una mercancía” (Marx, 2004). Por lo tanto, el valor de cambio de una mercancía, expresado en dinero, es precisamente su precio, por lo que, el salario no es más que un nombre especial con que se designa el precio de la fuerza de trabajo o el precio del trabajo.

La forma principal de alienación humana no es la filosófica ni la religiosa, sino la económica, basada en la forma en que satisfacemos nuestros deseos materiales (Singer, 2018). La teoría económica y el sentido común sugiere que la forma en que los trabajadores reciben sus pagos afecta sus patrones de comportamiento en sus oficios. Así, una vinculación de pago directo genera una tendencia a incrementar su producción para poder obtener mayor ingreso salarial. Por lo tanto, para producir un cambio en el comportamiento de un trabajador, se debe modificar su vinculación de pago, la frecuencia e intensidad de la producción y el valor del ingreso por el servicio realizado. Adicionalmente, el valor de la mano de obra se afecta en la medida que haya un aumento de la oferta o la masa obrera que emite el servicio o el bien a fin. La modificación de alguno de éstos puede debilitar el pensamiento ético del trabajador.

Para el caso del oficio médico, puede que el galeno busque procedimientos o tratamientos (dudosos o inefectivos) más costosos que le generen mayores ingresos, o, por el contrario, busque una mayor calificación de su profesión (aumentar su rango académico) para mejorar

la calidad del servicio para que sea atractivo a los clientes, aumentando así, la producción de este (T. Gosden, 1999).

Podemos apreciar entonces, que el individuo busca subsistir económicamente en un ecosistema que es dinámico y cambiante; se mueve debido a las circunstancias y la colectividad de sus clientes y colegas, de la oferta y demanda que existe en relación con su oficio, es decir, depende de las interacciones con otros. Por eso en los trabajadores podemos ver diferentes modalidades contractuales o laborales dentro de un mismo oficio. En particular los médicos, cobran honorarios por horas, por procedimientos, paquetes o eventos aislados, etc. Su salario se ve afectado o modificado por las interacciones que tenga en el ecosistema que se desempeña.

Lo que determina el precio del trabajo es la competencia entre compradores y vendedores, la relación entre la demanda y la oferta, entre la apetencia y el mercado. Quien venda trabajo de igual calidad a precio más barato, puede estar seguro de que eliminará del campo a los demás competidores y asegurará mayor venta (oferta). Así mismo, puede haber competencia de compradores, que, a su vez, hacen subir el precio del trabajo puesto en venta (demanda). Finalmente, existe la competencia entre compradores y vendedores; unos quieren comprar lo más barato posible, otros vender lo más caro que puedan, que finalmente depende de las dos primeras circunstancias.

Es posible entender que las interacciones que determinan el salario también son modificadas por otras condiciones. Para que el precio de una mercancía aumente o disminuya, es necesario tener en cuenta las materias primas, el desgaste de los instrumentos y el trabajo directo (que puede ser medido en tiempo). Por lo tanto, el precio del trabajo disminuirá o aumentará por los costos para realizar una determinada tarea y el tiempo que requiere realizarla (fuerza de trabajo). Sin embargo, la fuerza de trabajo se valoriza por el costo para el sostenimiento del obrero y los costos para educarlo para determinado oficio. (Marx, 2004).

Es decir, el valor de la fuerza de trabajo está determinado por los costos de vida del obrero y gastos en calificación del trabajo. Entre mayor sea calificado el oficio, mayor será la

remuneración. Entre mayores costos de vida del obrero, mayor será el salario solicitado. Sin embargo, por lo general el coste de producción se reduce casi exclusivamente a las mercancías necesarias para que aquél pueda vivir en condiciones de trabajar. Por lo que el precio del trabajo se determina por el precio de los medios de vida indispensables.

Sin duda alguna, existen dificultades salariales en toda la clase obrera (pago escaso, pagos retrasados, ausencia de pago, etc.) que varían de la dinámica del ecosistema, y, que consideramos como problemas complejos de la clase obrera; dinámica que podemos desconocer y, por lo tanto, permanecer estancados hasta tener una comprensión más coherente con ésta (Holland, 2004). De hecho, el obrero transforma su oficio en circunstancias donde es obligado a apartarse y buscar otro camino, cambia de ecosistema y busca igualmente subsistir (Gutiérrez, 1958).

Remuneración y calidad de vida

La llegada de los años 90 trajo para la economía mundial grandes transformaciones, se pretendía con el cambio de modelo acabar con los desórdenes de carácter estructural que vivían la mayoría de las economías, especialmente las de América Latina. El neoliberalismo buscaba dar una mayor participación al mercado para disminuir el tamaño del estado. El *laissez faire* y *laissez passer* (dejen hacer, dejen pasar), fue el mecanismo inicial de ajuste para lograrlo. Se pretendía acabar con todas esas barreras que impedían mejorar la dinámica en las negociaciones tanto internas como externas. Los países acostumbrados a vivir con elevados niveles de inflación, reflejan una industria poco competitiva, con alta capacidad ociosa instalada, sobre costos de producción que finalmente se transmiten en los precios al consumidor final. Una consecuencia lógica de este proceso es el efectivo freno de las exportaciones afectando el crecimiento económico y la generación del empleo productivo, así mismo como la disminución en la capacidad de compra de los consumidores y como resultado final la disminución de la calidad de vida de los trabajadores (Hernández y Chumaceiro, 2018).

La búsqueda de la calidad de vida genera la mayor lucha entre trabajadores y empresarios, centrándose en las exigencias salariales nominales que los primeros hacen a los últimos, desconociendo muchas veces los efectos negativos que estas exigencias pueden llegar a generar en ellos mismos, como el impacto en el salario real que se ve disminuido por el aumento de precio en los productos de primera necesidad derivando ello en mayor pobreza, ya que los ingresos mínimos se ven mermados para cubrir las necesidades más elementales impactando así negativamente la calidad de vida del trabajador y sus familias (Casas, 2017). La baja de precios permitiría mejorar la capacidad de compra del consumidor, y mejorar su calidad de vida.

Quien labora en una organización, grande o pequeña, se pregunta si recibe la remuneración justa por las actividades que desarrolla dentro de ellas, y quien labora de manera independiente se pregunta si será mejor trabajar para una organización para obtener una mejor remuneración; remuneración que no es sólo metálica, sino que abarca incluso valores éticos que se comparten dentro de las empresas. (Sisiruca & Salazar, 2014).

Desde el punto de vista jurídico, el salario ha sido considerado como la remuneración que se debe al trabajador por sus servicios prestados; pero desde el punto de vista social, su significado es diferente en el sentido que el salario le sirve al trabajador para vivir de forma decorosa, atendiendo las necesidades familiares y sociales propias del entorno en el cual convive (Álvarez & Atehortúa, 2019). Las materias primas, insumos, la maquinaria y el capital dentro del proceso productivo son considerados estériles, no producen nada, ni agregan valor; el único factor de producción que genera valor o agrega valor es el trabajo (Marx, 1867). Se define el trabajo como ese desgaste del ser humano al interior del proceso de producción; de allí que la contraprestación que recibe el empleado debe servir no solamente para reponer sus energías, sino para mantener y ofrecer un adecuado nivel de vida a su núcleo familiar. Es normal que los trabajadores siempre se preocupen por fijarse en cuál sería el incremento de su salario nominal al final de cada periodo. Sin embargo, lo que menos le preocupa al empleado es saber o percatarse de las variaciones de los precios y como estos pueden afectar su propia calidad de vida. No van más allá de exigir mayores incrementos de los salarios mínimos en términos nominales, dejando de lado lo esencial que es la capacidad

de compra. Sí el trabajador tuviera algunas nociones básicas de economía entendería que las luchas en favor de un mayor salario nominal harían del salario real algo inocuo porque el empresario terminará por incrementar de alguna manera los precios para cubrir los costos (Campbell & Barraza, 2015).

Cuando se han satisfecho las necesidades básicas de alimento, vivienda, trabajo, salud, entre otros; se determina el interés por la calidad de vida definiéndola como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud percibida (Ardila, 2003). El término calidad de vida está relacionado con la salud, empero, la calidad de vida va referida también a derechos económicos, políticos y sociales.

Legislaciones del oficio médico y el salario en Colombia

A través de la historia, se han realizado varias reformas económicas en Colombia, que le otorgan dinámicas a los modelos de remuneración. En la actualidad, la dinámica neoliberal predomina y mantiene una tendencia a la capitalización y centralización de los recursos. Esto ha hecho que la mano de obra general mantenga una predisposición a ser barata. Esta constante, propone un subdesarrollo de la sociedad y agrava las condiciones óptimas para una buena calidad de vida (Monroy, 2014).

El oficio médico fue por primera vez precisada para su ejercicio en Colombia en el año 1914 a través de la ley 83, pero solo hasta 1929 mediante la ley 35, se entiende el ejercicio de la medicina como diagnosticar, instituir tratamientos, prescribir drogas o verificar operaciones quirúrgicas para cualquier enfermedad, dolor, daño, accidente o deformidad física; y se refuta como médico al individuo que ejerza profesionalmente cualquiera de tales actos, siempre que posea el título que le acredite su idoneidad (Congreso de Colombia, 1914 - 1929). Esto quiere

decir que para ser médico en Colombia se requiere una calificación alta de la mano de obra para poder practicarla.

El médico, quien tiene derecho a recibir una remuneración por su trabajo dado que constituye su medio normal de subsistencia. Entendiéndose que el trabajo o servicio del médico solo lo beneficiaría a él y a quién lo reciba. El congreso de Colombia estableció que nunca beneficiaría, a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente (Congreso de Colombia, 1981). Teniendo esto como indicio, el gobierno nacional había establecido y reafirmado el hecho de la no existencia de intermediarios entre el médico y el paciente lo cual directamente protegía los derechos laborales de los galenos y de los pacientes, siendo los segundos quienes escogían por quien ser atendido sin impedimento alguno.

Para el año 1993 se crea el nuevo sistema de seguridad social integral el cual tiene por objeto el garantizar los derechos irrenunciables de las personas y las comunidades para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana, dando obligaciones al estado, la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura económica de salud y servicios complementarios. Dicho sistema, se encuentra a cargo del estado y la prestación de los servicios por entidades públicas o privadas, con el fin de garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema; así mismo, garantizar que toda la población acceda al sistema mediante el principio de solidaridad que permita que sectores sin la capacidad económica suficiente accedan a los servicios en forma integral. Dicho servicio se garantiza por las instituciones prestadoras de servicios adscritas a través de las entidades promotoras de salud (Congreso de Colombia, 1993). En este momento histórico, se observa que los recursos en salud no son entregados por el estado a los hospitales como se acostumbraba sino a un intermediario, dando la garantía de aumentar la cobertura en salud a aquellas personas con capacidad e incapacidad económica.

Para entonces se anunciaba el paro parcial de médicos y renuncias masivas alegando la mala situación financiera de los hospitales y los peligros del nuevo sistema de seguridad social,

donde el principal problema era el tema salarial. Según cifras oficiales, en 1970 la media del salario de un médico en el sector oficial era de 8 salarios mínimos, mientras que el del instituto de seguros sociales era de 15. Éstos se desplomaron hasta llegar a tener un promedio de 4.8 salarios para el sector oficial y de 7.3 para el instituto de seguros sociales (El tiempo, 1995). Fue en aquel momento que el decreto 439 de 1995 de nivelación salarial expedido por el gobierno para funcionarios públicos y empleados del estado, vendido como una solución en su momento, paso a ser modificado por los decretos 256 de 1996, 194 de 1997 y 980 de 1998 (ver tabla 1). El modelo neoliberal se posicionó firme en el sector salud y las entidades promotoras de salud entraron a competir las unas con las otras con el fin de mejorar la calidad de los servicios en salud. Sin embargo, este modelo neoliberal no solo pretendió mejorar la calidad de los servicios de salud sino (como toda dinámica neoliberal) capitalizar y centralizar los recursos. Una manera de hacer esto fue disminuir recursos donde más fuesen gastados; para este caso el talento humano en salud.

Asignaciones básicas mensuales mínimas adoptadas con base en la siguiente graduación salarial				
OFICIO	1995	1996	1997	1998
Médico especialista	729.151	795.471	1.064.044	1.392.300
Médico general	662.870	703.683	868.976	1.071.000
Enfermero especialista	619.157	624.241	648.833	670.000
Enfermero general	562.275	569.118	596.830	630.700
Odontólogo Especialista	660.000	680.000	763.250	860.000
Odontólogo	600.000	623.430	720.959	834.304
Bacteriólogo Especialista	495.000	512.500	583.375	670.000
Bacteriólogo	450.000	468.070	541.254	630.700
Nutricionista Dietista	450.000	463.000	515.650	580.000

Tabla 1. Tomado de decreto 439 de 1995 modificado por los decretos 256 de 1996, 194 de 1997 y 980 de 1998, Congreso de Colombia

Los salarios se redujeron a la mitad posterior a la creación de la ley 100 de 1993 con un incremento salarial acorde al incremento anual del salario mínimo en Colombia.

Adicionalmente, esta ley creó el plan obligatorio en salud (POS) en el cual se incluían los servicios y procedimientos que eran cubiertos por el sistema de seguridad social definiéndose como un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales (Congreso de Colombia, 1993), el cual debía ser suministrado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Dado que la prestación de los servicios y procedimientos fueron reglamentados por el POS en la ley 100, fue difícil establecer un salario para los profesionales del talento humano en salud. Por lo tanto, estos procedimientos y servicios fueron codificados por el manual tarifario del instituto de seguros sociales (ISS), siendo un instrumento de referencia de precios de actividades, intervenciones y procedimientos en salud, ajustados al POS definido por el Ministerio de Salud, mediante la Resolución 5261/94 estableciendo un costo relativo a los procedimientos y servicios que se prestaban mediante la unidad de valor relativo (UVR) la cual tenía un valor asignado dependiendo del oficio desempeñado en estas prestaciones establecido inicialmente en el acuerdo 209 de 1999 (Instituto de seguros sociales, 1999) y luego modificado por los acuerdos 256 de 2001 y 312 de 2004.

CODIGO	DESCRIPCIÓN	UVR			
20101	Corrección craneo	380			
					Se multiplica por la UVR
	Nunca cambia				
	Cirujano	1270	X	380	\$ 482.600
	Anestesiologo	960	X	380	\$ 364.800
	Ayudante	360	X	380	\$ 136.800
	Derechos de sala				\$ 471.015
	Materiales de sala				\$ -
					\$ 1.455.215

La ayudantía varía de acuerdo a los artículos o procedimientos

Se cobran derechos de sala según artículo 77

Varían si están incluidos en los derechos de sala o en la tabla de materiales de sutura. Artículo

Figura 1. Ejemplo del uso del tarifario ISS. Fuente: Instituto de seguros sociales.

El proceso de desaparición y liquidación del ISS inició en 1990, previo a la nueva constitucionalidad colombiana para terminar desapareciendo en el año 2012 siendo sustituido por Colpensiones en la administración de las pensiones de los afiliados en el régimen de prima media. El régimen en salud colombiano pasó de afiliarse al 47% de la población antes de la ley 100, a afiliarse al 95% posterior a su implementación, no obstante, los salarios no volvieron a aumentar y pese a que existe un aumento en la cobertura, los servicios de salud

se volvieron deficientes, y ocuparon la crítica por múltiples sectores de la sociedad, de que la salud se trata como un negocio, y no como un derecho (Noticias RCN, 2021).

Fordismo en el sistema de salud

El término fordismo hace referencia a un sistema de producción en cadena instaurado específico de proceso de trabajo capitalista, es decir, la fabricación de grandes series de bienes y servicios estandarizados; organizado sobre el principio rector de la oferta según el cual la producción debe ser continua y asegurar economías a largo plazo. Se explota principalmente el trabajo simplificado del trabajador masivo, pero también se emplean otros tipos de trabajadores (artesano o trabajadores manuales no calificados, capataces, ingenieros, diseñadores, etc.). Así mismo, se impulsa el control sistemático por una misma empresa de todas las fases de acumulación. Para que esto pueda mantenerse, debe existir un círculo virtuoso de crecimiento basado en la producción en serie y el consumo masivo; es decir, un aumento de ingresos ligado a la productividad. Por otra parte, se entiende como un modo de regulación las normas, instituciones, formas de organización, redes sociales y pautas de conductas que sostienen y guían el régimen de acumulación. Por lo tanto, se puede especificar los diferentes momentos de la circulación del capital mediante los medios con que se producen y su articulación con otros (perfil de calificación del trabajador colectivo, organización del mercado de trabajo, carácter de negociación salarial, la naturaleza de la forma de salario y el equilibrio entre reproducción privada y colectiva de la fuerza de trabajo), como también sus vínculos con el capital bancario y el estado (Jessop, 1999).

Así, el aumento de cobertura en salud originó un aumento de la demanda de galenos (necesidad de producción masiva en salud) en el territorio colombiano lo que impulsó el crecimiento de la oferta, entendiéndose esto no como consecuencia del desarrollo económico, sino su condición (Monroy, 2014).

En 1992 se promulgó la ley 30, lo que comenzó una ola de apertura de nuevos programas en todas las áreas del conocimiento, fenómeno que no fue ajeno para los programas académicos en áreas de la salud y dentro de éstos el pregrado en medicina se multiplicó sin un control

por parte del Estado (ver tabla 2), lo que permitió la apertura de programas que hoy en día son criticados por múltiples aspectos, desde su mismo proceso de selección y admisión de estudiantes, pasando por sus centros de práctica asistencial y su potencial para ser fuente de investigación, hasta la calidad en sus procesos para formar galenos de alta capacidad científica y humana (Fernández y otros, 2011).

<i>Periodo</i>	Oficiales	Privadas	Total
-----1960	6	1	7
1960-1969	1	1	2
1970-1979	2	8	10
1980-1989	2	0	2
1990-1999	3	19	22
2000-2009	4	11	15
Total	18	40	58

Tabla 2. Facultades de medicina creadas en las últimas 5 décadas. Fuente: Fernández y otros, 2011.

Hacia el año 2020 el ministro de salud en conmemoración del día del médico destacó el esfuerzo laboral de los médicos por jornadas extensas de trabajo donde muchos médicos entregaron su vida en la lucha contra la COVID 19. Así mismo mencionó que para dicho año el país contaba con 122.800 galenos, de los cuales 87.000 son médicos generales y 28.900 médicos especialistas (Ministerio de salud y protección social, 2020). Por lo tanto, se logra observar que solo el 23.5% de los médicos en Colombia han tenido la oportunidad de acceder a un posgrado médico quirúrgico y tener mejor remuneración por haber alcanzado una mayor calificación de su oficio. La baja calificación del oficio se traduce como una baja eficiencia para el empleador y poca estabilidad para el trabajador en su posición. Así mismo, el bajo estatus en la profesión y escasos salarios no ofrecen posibilidades de ascenso remunerativo y menos el estímulo a la educación y escalamiento de la calidad del oficio. Por lo tanto, se ha generado una masa obrera poco calificada y de bajo costo (Gutiérrez, 1958) que termina repercutiendo en la calidad de los servicios de salud.

Dicotomía salarial y depreciación

Para el año 2022, la asociación colombiana de hospitales y clínicas (ACHC), ha tomado la ardua tarea de conocer, mediante encuestas de salarios, valores de referencia de los cargos administrativos y asistenciales más representativos y comunes de las instituciones y las formas de contratación utilizadas como una herramienta caracterizar los salarios de un conjunto de instituciones afiliadas (91 entidades asociadas para el año 2021) (ACHC, 2021).

En cuanto a las formas de remuneración se tienen en cuenta las siguientes definiciones:

Salario básico: remuneración ordinaria que recibe el trabajador dependiente o de planta como contraprestación directa del servicio.

Sueldo total: es el salario básico multiplicado por el factor prestacional (cesantías, intereses de cesantías, prima legal, vacaciones, bonificaciones permanentes y otras primas que afecten el factor prestacional), más horas extras, dominicales y festivos, beneficios extralegales (bonificaciones y primas que no afecten el factor prestacional).

Salario integral: trabajadores que devenguen 10 o más salarios mínimos legales mensuales, más el 30% de factor prestacional, incluye el pago de todas las prestaciones sociales, horas extras, recargo trabajo nocturno, dominical y festivos.

Prestación de servicios: no genera vínculo laboral y por ello no obliga al contratante a pagar prestaciones sociales.

Otras formas de contratación: las más comunes son por evento, cápita, bolsa de empleo y asociaciones.

Contratación por hora: remuneración pactada de acuerdo con la duración de la labor, tasada en horas.

Así mismo se tomaron regiones comprendidas por conglomerados de ciudades de las cuales hacen parte las entidades asociadas a ACHC por servicios de baja, media y alta complejidad determinadas de la siguiente manera:

Región Costa Atlántica: conformada por los departamentos de Córdoba, Sucre, Bolívar, Magdalena, Cesar y La Guajira.

Región Centro Oriente: conformada por los departamentos de Norte de Santander, Santander, Boyacá, Cundinamarca, Tolima, Huila, Casanare y Meta.

Región Occidente: conformada por los departamentos de Chocó, Antioquia, Caldas, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca, Cauca y Nariño.

Ciudades: Bogotá y Medellín.

Médico no especializado

Tipo de contrato/Complejidad	Baja	Media	Alta
Sueldo total de planta - Mediana	7.349.780	7.067.160	7.084.233
Salario integral – Mediana	-	-	11.810.838
Contratación prestación de servicios - Mediana	5.562.000	7.500.000	5.558.395
Otras formas de contratación – Mediana	4.901.491	4.394.932	5.552.600
Contratación por hora – Mediana	31.653	-	28.000

Tabla 3. Tomada de *Estudio ACHC: salarios del personal de salud 2021*

Región	Costa Atlántica	Centro Oriente	Occidente
Sueldo total de planta - Mediana	5.575.108	6.885.787	7.189.956
Salario integral – Mediana	-	11.810.838	-
Contratación prestación de servicios - Mediana	3.100.000	5.552.600	5.898.155
Otras formas de contratación – Mediana	-	5.552.600	4.901.491
Contratación por hora – Mediana	-	28.500	31.775

Tabla 4. Tomada de *Estudio ACHC: salarios del personal de salud 2021*

Hacia el año 2021 el salario mínimo en Colombia correspondía a la suma de novecientos ocho mil quinientos veintiséis pesos (\$908.526) lo que implicaría que un médico no especializado que trabajase en una institución prestadora de salud devengaría alrededor de 6.3 SMMLV en la costa atlántica, 7.5 SMMLV en el centro occidente del país y 7.9 SMMLV en el occidente de la nación colombiana. Esto solo funcionaría en el caso de que los médicos fuesen contratados con prestaciones sociales incluidas. Sin embargo, aquellos que trabajan por contratos de prestación de servicios y cobran por horas, alcanzan los 6.3 SMMLV, esto, sin tener en cuenta que ellos mismos deben asumir sus gastos por seguridad social equivalente a un 12.5% del contrato y retención en la fuente por un 10% adicional para un total de 22.5% menos percibido por parte de este grupo, quedando en una percepción del valor del sueldo de 5.3 SMMLV.

Empero, la encuesta realizada por el colegio médico colombiano y el portal elempleo.com complementa que un enfermero profesional, con dos o tres años de experiencia, gana en promedio mensual en Colombia hasta \$2.945.000; un médico general que tenga entre 5 a 7 años de experiencia laboral recibe \$3.317.000. Por otro lado, cargos directivos de la salud, que cuenten con una especialización, un segundo idioma y entre 7 y 9 años de experiencia, ganan entre 9 y 14 millones de pesos (Rodríguez, 2019). Lo anterior, representaría realmente una percepción salarial de alrededor de 3.6 SMMLV. Por lo tanto, podemos observar que existe una clara dicotomía entre lo expuesto por la ACHC y las encuestas del colegio médico colombiano y diferentes portales de empleabilidad existentes. Por lo tanto, se aprecia una notable depreciación de los honorarios de los profesionales médicos y precarización de la labor médica colombiana.

Podemos observar claramente un problema de baja remuneración y depreciación de la labor de los profesionales médicos en los últimos 50 años. Según la encuesta del colegio médico colombiano, más del 70% de cada grupo de profesionales de la salud afirmó que no está conforme con sus ingresos. El estudio señaló que quienes más reciben dinero son los médicos especializados, con salarios de entre \$7.453.044 y \$12.421.740, aproximadamente; más de la mitad de los médicos rulares y generales reciben entre \$2.484.348 y \$4.140.000

respectivamente, mientras otros profesionales del sector reciben en general menos de tres salarios mínimos (Rodríguez, 2019).

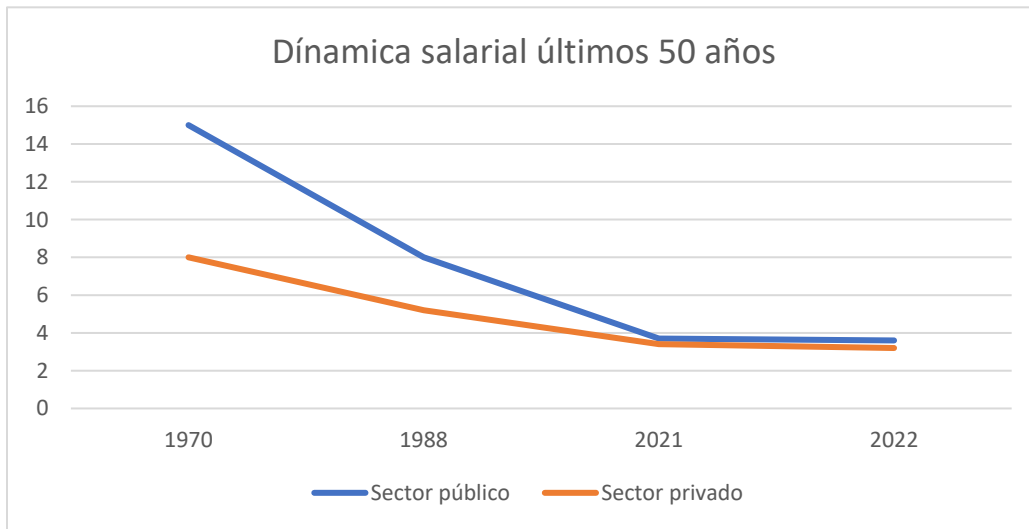


Figura 2. Elaborada por el autor. Dinámica evidenciada en relación a lo expuesto por el Instituto de seguros sociales, el colegio médico colombiano y bolsas de empleo

Esta encuesta realizada por el colegio médico colombiano expone que los médicos rurales son quienes cuentan con más contratos a término fijo o indefinido en un (85%); los médicos generales y los “Otros profesionales de la salud” afirmaron contar con una cláusula laboral de este tipo en un (42%) y (45%), respectivamente. En cambio, los médicos especialistas afirmaron que su tipo de contratación era por orden de prestación de servicios en un (46%).

Es importante señalar que en Colombia aquellos salarios que superan el mínimo legal vigente no cuentan con una disposición legal que ordene el aumento o reajuste de éste. Sin embargo, la Corte Constitucional ha señalado que no ajustar el salario al IPC (Índice de precios del consumidor) supone un enriquecimiento sin justa causa para el empleador. Esto porque, no ajustar los salarios lleva a que el empleador pague menos por la misma disponibilidad y servicios del trabajador (Portafolio, 2022).

Los juegos de competencia y cooperación en el oficio médico

Al ser evidente que las legislaciones colombianas en salud han llevado el mercado laboral médico a una condición donde prima la centralización de los recursos económicos y el ahorro

del gasto, es evidente que existe una clara competencia entre compradores y vendedores de servicios de salud. Si partimos de la explicación de las competencias referidas por Marx (Pág. 13), los médicos ofrecen servicios similares que se modifican o especializan según el grado de escolaridad o de conocimiento necesario para la realización de un trabajo determinado, por lo que no comparten un competidor diferente que el comprador del servicio que ofrecen realmente dado que al establecer tarifas iguales (oligopolio) se priorizarían conceptos de calidad de servicio por encima del servicio en sí, por lo que, quien venda trabajo de igual calidad a precio más barato, puede estar seguro de que eliminará del campo a los demás competidores (Marx, 2004). Sin embargo, es evidente que, la disminución del salario como método de competencia entre vendedores puede conllevar a una peligrosa pérdida de la calidad de vida, dado que, el vendedor (en este caso el médico), para poder adquirir el vital básico (gastos de vida) debe invertir mayor tiempo trabajo para lograr obtener igual o mejor compensación salarial. Es decir, debe trabajar más, para asegurar una producción que le proporcione seguridad a él y su familia; lo que finalmente incurriría en una pérdida imperiosa para el médico en su calidad de vida.

Por lo anterior, nace una pregunta: ¿Cómo se podría mejorar la condición salarial en un modelo de competencia entre vendedores y compradores (como el modelo de aseguramiento en salud en Colombia) en una institución (como el gremio médico) con mentalidad de competencia entre vendedores donde prima el egoísmo?

Es posible tener la opinión, de que es imposible de que la cooperación pueda ser desarrollada de no existir una autoridad central (estado) que controlase la situación de competencia (Axelrod, 1986). Es decir, que sea el estado quien legisle y establezca una condición especial para determinar que sus colaboradores en salud permanezcan con adecuada calidad de vida mediante una adecuada remuneración. Sin embargo, como observamos anteriormente, existió un tarifario establecido por el instituto de seguridad social el cual determinaba un cobro por producción que no eliminaba estas condiciones de competencia entre compradores y vendedores, por lo que la existencia de una autoridad central que haga las veces de regulador del mercado no es una garantía para que ello sea real y viable.

La emergencia de la cooperación entre los galenos puede ser explicada como resultado de ser ellos en pro de sus intereses de forma individual y, que, para lograrlo, ameriten la reciprocidad de favores por los realizados anteriormente. Cuando un médico se preocupa por el bienestar de otro médico se puede considerar que el interés personal de ese primer médico incluye (entro otras muchas cosas) la preocupación por el bienestar del segundo. Empero, esto no elimina el conflicto entre los médicos dado que no es posible eliminar la pregunta de cuando cooperar o no hacerlo. Por otro lado, la búsqueda del interés individual podría producir resultados negativos para todos. La mejor explicación para este fenómeno es mediante el dilema del prisionero inventado en 1950 por Merrill Flood y Melvin Dresher, formalizado después por A. W. Tucker.

		<i>Jugador de Columna</i>	
		Cooperar	Defraudar
<i>Jugador de fila</i>	Cooperar	<p>R= 3, R=3</p> <p>Recompensa por mutua cooperación</p>	<p>I= 0, T= 5</p> <p>Pago al incauto y tentación para no cooperar</p>
	Defraudar	<p>T= 5, I= 0</p> <p>Tentación para no cooperar y pago al incauto</p>	<p>P=1, P= 1</p> <p>Penalización de defección mutua</p>

Figura 3. El dilema del prisionero. Tomado de La evolución de la cooperación. Axelrod, 1986.

Al partir de la premisa de que como jugadores desconocemos el interés del otro jugador y viceversa podemos contar con la posibilidad de que uno de los 2 puede defraudar al otro y por lo tanto se pagaría el pago al incauto o la penalización por defección mutua donde el resultado es negativo para ambos. Por lo que, ambos jugadores tienen la posibilidad de explotar y ser explotados. Por otro lado, en caso de cooperar, el resultado sería más positivo que el no haberlo hecho.

Una analogía a la dinámica salarial de los médicos con relación a la legislación actual es que podemos entender que la centralización del capital es una forma general de expresar el interés

individual. Para tal caso, el interés individual de las aseguradoras en salud es disminuir el gasto para poder capitalizar. Por el otro lado, el médico pretende ser mejor remunerado, lo que significaría que para ambos actores se aplicarían las condiciones dadas en el dilema del prisionero beneficiándose del defraudar en caso de que de que el otro decida cooperar, de tal manera que podría representar una mayor complejidad el intervenir la competencia entre compradores y vendedores, como lo fue el tarifario del instituto de seguro social en el que a pesar de existir una regulación de la remuneración, no fue regulada la búsqueda de procedimientos o tratamientos (dudosos o inefectivos) más costosos que le generen mayores ingresos al galeno (T. Gosden, 1999), por lo que, los galenos seguirían defraudando, en este caso, a la autoridad central o quien haga las veces de comprador.

Pero ¿qué es lo que haría entre los médicos el desear una mano, en lugar de dar la espalda y cometer deserción con otros médicos?; Para explicar esto, utilizaremos la frase “selección multinivel”, expuesta por Martin Nowak en su escrito supercooperadores, donde se expone la selección de grupo como mecanismo semejante a la selección natural. Así mismo, el zoólogo y ecologista británico Vero Wynne-Edwards, mencionaba que practicar el bien para con los demás del mismo grupo era bueno para las especies, además, declaraba que las especies no estaban siempre dispuestas a rivalizar por el incremento de sus efectivos, sino que en lugar de eso estaban programados para regularlos para el bien común, evidenciando que las poblaciones que muestran restricciones en la reproducción y en la explotación de recursos, sobrevivieron más que los grupos más extravagantes (Wynne-Edwards, 1972).

De esta forma, es posible explicar que, cuando los individuos interactúan con otros en el mismo grupo, obtienen un pago. Lo individuos pueden reproducirse en proporción con el pago, de manera que los que experimentan la cooperación obtienen mejor resultado que los que experimentan la deserción. Como también, su descendencia puede añadirse al mismo grupo, de manera que el grupo cooperativo crece más rápido. La selección de grupo permite la evolución de la cooperación siempre que se mantenga la relación costes/beneficios excediendo el valor de uno más la relación entre el tamaño del grupo y número de grupos. De manera que la selección de grupo resulta bien si hay muchos grupos pequeños, y no tan bien si los grupos son pocos, grandes y abarrotados (Nowak & Highfield, 2012). Por lo tanto,

es considerable poder pensar que los médicos no especializados al tener un grupo tan grande y abarrotado la cooperación pueda emerger apropiadamente. Esto, reforzado por la condición de que actualmente se produce masivamente médicos no especializados sin posibilidades de mayores beneficios dado las restricciones presentes para el acceso a una escolaridad mayor. Lo que quiere decir que los beneficios para la cooperación son menores a los costes que esta produciría en el grupo.

Por otro lado, Sam Bowles, en un estudio del instituto de Santa Fe en Nuevo México, incluyó la posibilidad de una condición altruista en un modelo de competencia asociado a la supervivencia como lo es la guerra, teniendo el hallazgo, de que aquellos grupos que eran altruistas y mantenían un modelo de competencia con otro grupo que no lo fuera, tenían mayor posibilidad de sobrevivir en el tiempo y obtener mayores niveles de autosacrificio (Nowak & Highfield, 2012). Lo que podría sugerir que los grandes costes distribuidos apropiadamente dentro del grupo, obtiene un patrón de cooperación que mejora las condiciones generales de éste.

Un modelo para una justa remuneración

La ley estatutaria en salud dispone que debe existir un “goce efectivo del derecho fundamental a la salud en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad” conciliando este propósito con la autonomía profesional y el respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud (Congreso de Colombia, 2015).

Para esto se requiere que partir de la evaluación de los resultados de que trata el artículo 7° de la Ley 1751 de 2015, se genere un efecto de cascada donde la asignación de los recursos, por lo menos una parte importante de ellos, estén en función de los resultados logrados por las EPS, las IPS y el talento humano, concebido este último no de manera individual, sino como un equipo integral o multidisciplinario que tiene bajo su responsabilidad atender unos grupos de población asignados.

Los incentivos deben considerar el desarrollo profesional, personal y familiar de las personas, así como el desarrollo y fortalecimiento de las instituciones en las cuales se forma y desempeña el talento humano en salud, de tal forma que se promueva el acceso a la formación, mejores condiciones para el ejercicio profesional, calidad en la prestación de los servicios y la responsabilidad social (Ministerio de salud y protección social, 2018). Por lo tanto, para poder lograr esto se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Promover formas de vinculación laboral que brinden condiciones adecuadas para el desempeño profesional y el desarrollo del personal de la salud, sin afectar la sostenibilidad de las instituciones de salud.
- Generar condiciones de ejercicio profesional, que fortalezcan la autonomía y promuevan el reconocimiento de quienes integran los equipos multidisciplinares de salud: vínculo directo con las instituciones, disponibilidad de tecnologías básicas de diagnóstico, formación continua, estímulos económicos y no económicos a asociados al logro de resultados en salud, calidad y humanización.
- Promover la adopción por parte de los empleadores, de políticas de remuneración basadas en la contribución efectiva de los trabajadores a los servicios y logro de resultados.
- Desarrollar un sistema de formación especializada, que reconozca el aporte de quienes en su proceso de formación aportan a la prestación de servicios de salud y armonice los aspectos educativos, laborales y de prestación de servicios.

Para poder establecer un modelo de justa remuneración, primeramente, se deben definir o precisar las variables que modifican o condicionen la asignación salarial. Marx, sugiere que el precio del trabajo es modificado por los costos para realizar una determinada tarea, el tiempo que requiere realizarla, el costo para el sostenimiento del obrero y los costos para educarlo para determinado oficio (Marx, 2004). Por lo tanto, para poder establecer un precio

justo debemos identificar estas variables en aproximaciones numéricas que nos permitan acercarnos a una adecuada precisión del salario.

Dado que la ciencia médica es una disciplina básica y aplicada (Bunge, 2010); es decir, se remite mayormente a la observación para generar adecuadas representaciones mentales alcanzar el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Podríamos eliminar de las variables descritas por Marx, los costos de producción, dejando solo el tiempo para realizar la tarea, el sostenimiento básico del médico y los costos de educación.

En el año 2018, Rojas y otros., en un estudio publicado en la revista de ciencias médicas, evidenció que el costo total de la formación de un médico en Colombia es de \$80.971.80 USD en una universidad privada y de \$54.971.79 USD en una pública (de los cuales \$14.436.57 USD son aportados por el Estado) utilizando una tasa de cambio promedio de 3.051 COP. El tiempo de retorno de la inversión es de 5 años y 8 meses en una universidad pública y 10 años y 6 meses en una privada. Aplicando tasas de descuento de 5 %, 7,5 % y 12 %, estudiar medicina presenta mayor retorno que el obtenido con otra carrera. Sin embargo, el costo de formación de un médico en Colombia es un 70 % mayor al requerido para la formación de otro profesional; Por lo tanto, los retornos son mayores debido los mayores ingresos percibidos. Los retornos son mayores en los egresados de universidades públicas, debido a que la inversión es menor y los ingresos percibidos son similares (Rojas y otros, 2018). Por lo tanto, la formación de la mayoría de los médicos en Colombia en pesos colombianos para el año 2018 se aproxima a los \$247.044.962 COP.

AÑO	COSTOS DE EDUCACIÓN	VARIACIÓN ANUAL IPC	COSTOS DE EDUCACIÓN AJUSTADO
2019	\$247.044.962	3.8%	\$256.432.670
2020	\$256.432.670	4.96%	\$269.151.730
2021	\$269.151.730	5.62%	\$284.278.057
2022	\$284.278.057	9.23%	\$310.516.921
2023	\$310.516.921	12.82%	\$350.325.190

Tabla 5. Variación de los costos de educación en relación a los incrementos del índice del consumidor informado por el DANE en los últimos 5 años. Tomado de Rojas y otros, 2018.

Por otro lado, según la última actualización de la consultora internacional Living Cost, una persona en Colombia estima un costo de vida mensual de \$1.796.473 COP sin una renta de vivienda y una familia de 4 personas \$6.143.422 sin una renta de vivienda (Rivera, 2023).

En tercer lugar, los médicos por su oficio se desempeñan en diferentes servicios que ameritan diferentes cantidades de tiempos para su realización. Sin embargo, en Colombia se encuentra establecido el código sustantivo del trabajo el cual determina que la duración máxima legal de la jornada ordinaria de trabajo es de ocho (8) horas al día y cuarenta y ocho (48) a la semana, esto es independiente a la tarea que se halle realizando dentro de su oficio (Presidencia de la república, 1950). Por lo anterior, podríamos establecer como premisa la vinculación laboral para poder realizar una aproximación más precisa.

Sí tomamos la premisa, de que estudiar una profesión es una inversión de carácter familiar. Podemos tomar como ejemplar el valor de gastos básicos para una familia de 4 personas. Así mismo, adicionar un valor por la inversión de los costos de educación y establecer una tasa de retorno que compense esa inversión en el tiempo. En esta ocasión utilizaremos el promedio entre la tasa de retorno sugerida por Rojas para una ganancia de 1.2 pesos por cada peso invertido en universidad pública y una ganancia de 0.5 pesos por cada peso invertido en universidad pública para un promedio de 0.85 pesos por cada peso invertido.

VALOR TOTAL POR COSTOS DE EDUCACIÓN	VALOR INVERTIDO MENSUAL	PORCENTAJE DE TASA DE RETORNO	TASA DE RETORNO MENSUAL
\$350.325.190	\$4.865.627	19.7%	\$958.528

Tabla 6. Elaborado por el autor. Retorno estimado mensualmente sacado del promedio de los retornos entre universidad pública y privada sugerido por Rojas para una recuperación de la inversión en el tiempo.

Así, un médico para mantener un salario optimo que le proporcione adecuada calidad de vida para él y su familia, recuperando la inversión de los costos de educación y la tasa de retorno se podría aplicar la siguiente formula:

$$\begin{aligned} & \textit{Gastos básicos para una familia de 4 personas} (\$6.143.422) \\ & + \textit{Costos de educación} (\$4.865.627) \\ & + \textit{Tasa de retorno de inversión de costos de educación} (\$958.528) \\ & = \textit{Justa remuneración} (\$11.967.577) \end{aligned}$$

Figura 4. Elaborado por el autor. Ejemplificación de asignación base sugerido en relación a teoría del valor.

Teniendo en cuenta que el ministerio del trabajo establece las remuneraciones por horas semanales, partiendo de que un mes está compuesto por 30 días, que al partitionarlo en 7 días de la semana nos da como resultado 4.2 semanas por mes, que al multiplicarlo por el número de horas semanales nos da un aproximado de 204 horas mensuales como un máximo. El valor de la hora laborada por un médico no especializado debería ser de \$58.665 COP asociado a las prestaciones sociales que establezca la ley.

Adicionalmente, un esquema de pagos por desempeño es una posible solución para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en el sistema de salud colombiano. En el sistema actual, las EPS reciben unidades por capitación (UPC) financiadas por los aportes en salud de los individuos afiliados al régimen contributivo. Aunque los usuarios eligen su EPS en función de la calidad percibida, los aportes y gastos de bolsillo no dependen de la EPS elegida, lo que limita los incentivos para ofrecer una calidad satisfactoria (Bardey, 2015).

Para implementar un esquema de pagos por desempeño, se propone un realineamiento de los incentivos a los que están sometidas las EPS. Esto implica que los resultados económicos de las EPS dependan más de la calidad ofrecida a los usuarios y menos del control de gasto. Según Bardey, hay varias modalidades posibles para implementar este esquema.

Una modalidad consistiría en condicionar el nivel de las UPC recibidas por las EPS en función de indicadores de desempeño del año anterior y la calidad ofrecida a los usuarios. Otra modalidad sería condicionar los gastos de administración o los excedentes que reciben las EPS, pero esto puede tener riesgos jurídicos debido a las limitaciones impuestas por la Corte Constitucional.

Una tercera modalidad sería una combinación de las anteriores, recompensando a las EPS que cumplan sus metas con un incremento en el valor de su UPC y reteniendo parte de sus gastos de administración en caso de incumplimiento. Estos mecanismos de pagos por desempeño deben cumplir ciertas condiciones para fomentar la calidad, como recompensar procesos y estructuras/conjuntos de insumos que contribuyan a resultados sanitarios, considerar el tamaño de las entidades que recibirán los pagos y determinar la proporción adecuada de la remuneración fija y variable.

En resumen, implementar un esquema de pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano puede ser una forma de incentivar a las EPS a mejorar la calidad de los servicios ofrecidos a los usuarios. Esto se lograría condicionando las UPC o los gastos de administración en función de indicadores de desempeño y calidad. Sin embargo, es importante diseñar cuidadosamente estos mecanismos para garantizar su efectividad y evitar posibles riesgos jurídicos (Bardey, 2015).

Así mismo, la aplicación del esquema de pago por desempeño a los médicos podría realizarse de varias formas. A continuación, mencionaré algunas posibles modalidades:

1. Incentivos financieros basados en resultados de salud: Los médicos podrían recibir bonificaciones o incrementos salariales en función de los resultados de salud de sus pacientes. Estos resultados podrían incluir indicadores como la reducción de la mortalidad, el control de enfermedades crónicas, la mejora en la calidad de vida de los pacientes, entre otros. Los médicos serían recompensados por lograr mejores resultados en la salud de sus pacientes.
2. Pago por rendimiento individual: En este enfoque, los médicos recibirían pagos adicionales basados en su propio desempeño. Los indicadores de desempeño podrían incluir el cumplimiento de protocolos médicos, la satisfacción de los pacientes, la eficiencia en la utilización de recursos, la adhesión a prácticas clínicas basadas en

evidencia, entre otros. Cada médico sería evaluado individualmente y recompensado en función de su rendimiento.

3. Remuneración basada en la calidad y la seguridad del paciente: Los médicos podrían recibir incentivos económicos por proporcionar atención médica segura y de alta calidad. Esto implicaría cumplir con estándares de seguridad, reducir los errores médicos, mantener altos estándares éticos, demostrar habilidades clínicas superiores y brindar una atención centrada en el paciente. Los médicos que cumplan con estos criterios podrían recibir pagos adicionales.

Es importante destacar que la implementación de un esquema de pago por desempeño para los médicos debe tener en cuenta varios aspectos, como la selección adecuada de indicadores de desempeño, la garantía de equidad y objetividad en la evaluación, y la transparencia en la comunicación de los criterios y resultados. Además, es fundamental contar con un sistema de retroalimentación y mejora continua para que los médicos puedan identificar áreas de mejora y recibir el apoyo necesario para alcanzar los objetivos establecidos.

Por otro lado, el PPD (pago por desempeño) podría ser un método de compra estratégica que busca mejorar tanto el volumen como la calidad de los servicios de salud. En lugar de simplemente aumentar la cantidad de servicios, se enfoca en garantizar la calidad de los mismos.

En el PPD, permitiría establecer marcos de desempeño con criterios objetivos y verificables para medir la calidad en diferentes niveles del sistema de salud, como los centros de salud y los hospitales, utilizando indicadores de calidad aprobados a nivel nacional y realizando inspecciones regulares para monitorear y evaluar el desempeño de los establecimientos sanitarios.

Los administradores de los establecimientos sanitarios tienen autonomía y poder financiero para influir en la calidad, como contratar personal especializado, adquirir nuevo equipamiento o mejorar la infraestructura, así como también, la aplicación de contratos

individuales por desempeño al personal sanitario para incentivar un comportamiento adecuado (Fritsche y otros, 2015). Un enfoque de doble incentivo o de incentivos y amenazas para promover la calidad, bajo el método de doble incentivo, comprando servicios y agregando una bonificación por calidad del desempeño, mientras que el método de incentivos y amenazas implica deducir dinero en caso de mal rendimiento en cuanto a la calidad.

Es importante destacar que la calidad es multidimensional y se adaptable a los contextos. Los pagos por desempeño podrían reconocer algunos aspectos de la calidad que son más fáciles de medir y recompensar que otros. Por lo tanto, el PPD se complementa con otras estrategias, como la garantía de calidad, la supervisión formativa y la educación continua, para mejorar la calidad de manera integral.

En resumen, el PPD propondría una estrategia de mejorar tanto el volumen como la calidad de los servicios de salud pública mediante la implementación de marcos de desempeño, la medición de la calidad, la autonomía de los administradores de los establecimientos sanitarios y la aplicación de incentivos basados en el rendimiento. En la figura 4 y 5 podemos explicar de forma detallada como funcionaría el PPD:

Ingresos por servicio de salud en el periodo anterior	Cifras proporcionadas	Precio unitario (US\$)	Total devengado (US\$)
Niños con calendario de vacunación completo	60	2,00	120,00
Atención del parto por personal calificado	60	18,00	1.080,00
Atención curativa	1.480	0,50	740,00
Atención curativa para el paciente vulnerable (hasta un máximo del 20% de consultas curativas)	320	0,80	256,00
Subtotal ingresos			2.196,00
Bonificación por lejanía (equidad)	+20%		439,00
Bonificación por calidad	100% del 25%		594,00
Subsidios totales del PPD			3.184,00
	Otros ingresos (pagos directos: de bolsillo, seguros, etc.)		970,00
Ingresos totales			4.154,00
Gastos del establecimiento de salud			
	Sueldos fijos del personal		800,00
	Costos operativos		350,00
	Medicamentos e insumos		1.000,00
	Gastos de extensión		250,00
	Reparaciones del establecimiento sanitario		300,00
	Ahorros en la cuenta bancaria del establecimiento sanitario		250,00
Subtotal gastos			2.950,00
	Bonos al personal = ingresos totales - subtotal de gastos		1.204,00
Gastos totales			4.154,00

Figura 5. Enfoque de doble incentivo. Fuente: Información Banco Mundial.

Ingresos por establecimiento sanitario en el periodo anterior	Cifras proporcionadas	Precio unitario (US\$)	Total devengado (US\$)
Niños con calendario de vacunación completo	60	3,33	200,00
Atención del parto por personal calificado	60	30,00	1.800,00
Atención curativa	1.480	0,83	1.228,00
Atención curativa para el paciente vulnerable (hasta un máximo del 20% de consultas curativas)	320	1,33	425,00
Subtotal ingresos			3.653,00
Bonificación por lejanía (equidad)	+20%		731,00
Calidad mantenida	100%		
Total subsidios PPD (4.384.00 * 100% = 4.384,00)			4.384,00
Otros ingresos (pagos directos: de bolsillo, seguros, etc.)			970,00
Ingresos totales			5.354,00
Gastos del Establecimiento de salud			
	Sueldos fijos del personal		800,00
	Gastos operativos		350,00
	Medicamentos e insumos		1.000,00
	Gastos de Extensión		250,00
	Reparaciones del establecimiento sanitario		300,00
	Ahorro en la cuenta bancaria del establecimiento sanitario		250,00
Subtotal de gastos			2.950,00
	Bonificaciones al personal = ingresos totales - subtotal de gastos		2.404,00
Gastos totales			5.354,00

Figura 6. Enfoque de incentivos y amenazas con precios unitarios inflados, suponiendo un promedio de calidad del 60%.

Fuente Banco Mundial

Por otro lado, el modelo de remuneración por desempeño podría soportarse en un porcentaje máximo del 40% del salario base. Dentro de ese 40%, se podría asignar un 20% por la satisfacción del usuario. Otro 20% se asignaría según los indicadores de resultado, divididos de la siguiente manera:

- 7% por la captación de maternas.
- 7% por el control de cifras de tensión arterial y HbA1c.
- Un 6% restante por la disminución de hospitalizaciones potencialmente prevenibles.

Por lo tanto, el modelo de remuneración por desempeño contempla diferentes aspectos para calcular la compensación adicional, y cada uno tiene un peso específico dentro del total del 40% del salario base. Estos porcentajes son solo ejemplos y podrían variar según las políticas o acuerdos específicos de la organización.

Cabe mencionar que estas son solo algunas posibles formas de aplicar un esquema de pago por desempeño a los médicos, y la elección específica dependerá del contexto y los objetivos del sistema de salud en Colombia.

Metodología

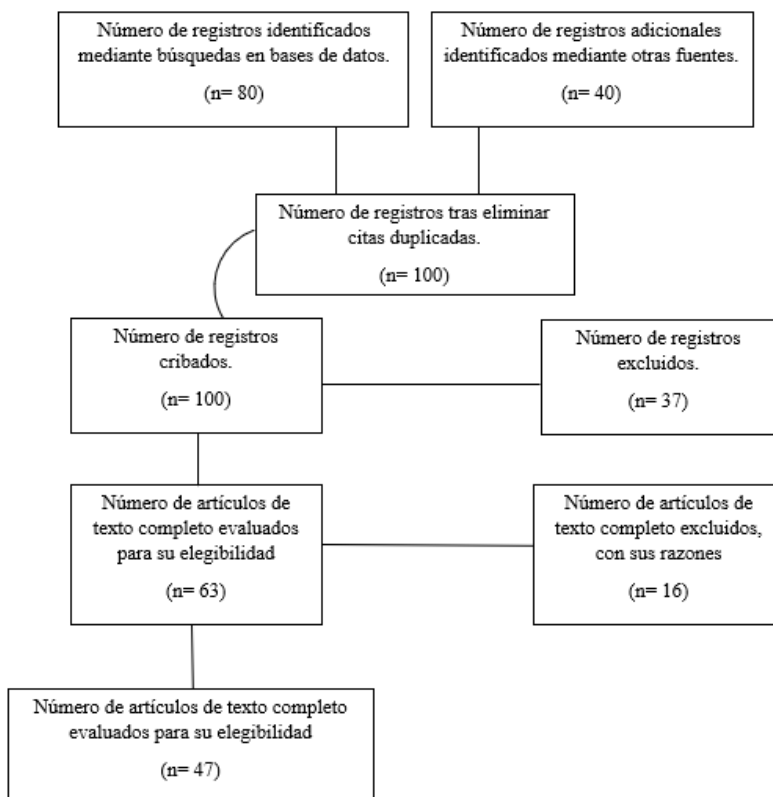
El presente trabajo se constituye en una revisión narrativa, con el propósito de realizar un análisis crítico de la literatura encontrada. Se realizó un estudio descriptivo con el fin de relacionar el oficio médico como parte de la clase obrera, detallar los antecedentes de la dinámica salarial de los médicos hasta la actualidad y finalmente sugerir un modelo para una justa remuneración.

Se realizó una búsqueda bibliográfica para identificar teorías que pudieran explicar y generar un acercamiento a los objetivos de la investigación. Se buscaron documentos escritos en inglés o español publicados en los últimos 50 años y algunas referencias específicas más antiguas. La búsqueda de bibliografía incluyó artículos originales, artículos de revisión, artículos de reflexión, libros, documentos técnicos, documentos de trabajo y noticias elaboradas 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, biblioteca digital Juan Roa Vásquez y Redalyc. También se acudió a buscadores especializados como Google Académico, Emerald Insight y Scirus.

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 – Colombia y Organización Mundial de la Salud (OMS) y legislaciones emitidas por el Congreso de la Republica de Colombia.

Los estudios fueron seleccionados y procesados de acuerdo al proceso que describe el siguiente diagrama de flujo:



Se identificaron documentos mediante las bases de datos descritas y otras fuentes adicionales. Se eliminaron las citas duplicadas y se hizo un cribado primario de los documentos mediante la lectura de títulos y resúmenes para obtener una primera selección de documentos y saber cuáles serían obtenidos y leídos posteriormente. Así mismo, se realizó un seguimiento y revisión de las citas bibliográficas en los artículos hallados en las bases de datos para ubicar más información relacionada el tema.

Los textos que se distanciaron del tema de investigación o que no cumplieron con las categorías mencionadas en la tabla 7 fueron descartados y excluidos.

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. Se seleccionaron los estudios que cumplieron con los criterios de inclusión, como el enfoque temático, sujeto, lugar y el período de tiempo y algunos otros documentos más antiguos (Tabla 7).

Tema	Sujetos	Lugar	Tiempo
Empleo	Profesionales de la salud	Colombia	1970 - 2023
Salario	Médicos	Reino unido	
Contrato/Contratación	Enfermeros	Estados Unidos	
Trabajo	Odontólogos	Latinoamérica	
Calidad de vida	Trabajadores de la salud		
Depreciación salarial	Reforma a la salud		
Talento humano en salud	Leyes estatutarias		
Cooperación	Pago por desempeño		
Legislaciones en salud			

Tabla 7. Términos de búsqueda por categorías

El desarrollo de la revisión narrativa comprende las siguientes actividades:

1. Definir los objetivos de la investigación.
2. Delimitación de los parámetros de búsqueda de los documentos.
3. Establecimiento de los términos de búsqueda.
4. Identificar fuentes de información relevante.
5. Búsqueda activa y recopilación de información.
6. Selección de los documentos que se incluyeron en la revisión.
7. Lectura y análisis de la información recopilada.

Dicho documento está estructurado en los siguientes apartados:

- I. Descripción de hallazgos.
 - a) Características generales de los documentos.
 - b) Resultados alusivos al contenido de los documentos.

II. Discusión de los hallazgos.

Resultados

Se encontraron 47 documentos relevantes para el tema de investigación, los cuales han sido publicados entre 1972 y 2023 y algunas otras referencias específicas más antiguas. De la totalidad de los documentos 19 se encuentran publicados en medios electrónicos, 12 corresponden a libros impresos, 10 a legislaciones colombianas emitidas por el congreso y el ministerio de salud y 6 a noticias.

De la totalidad de documentos encontrados y seleccionados, 25 abordan las premisas de las características de un obrero, que pueden ser relacionadas con el oficio médico, así mismo, como la dinámica salarial y pago por desempeño. Los otros 7 hacen alusiones secundarias al tema tratado. Por otra parte, 9 documentos dan explicaciones sobre salario y 5 en relación a calidad de vida.

Los documentos encontrados explican las definiciones de lo que es ser obrero y sus características principales; contempla la idea de los cambios comportamentales a partir del salario y su motivación de pasar del desorden al orden aún con la intención de cambio de profesión. Un texto hace alusión a lo que las clínicas y hospitales pagan a los médicos como remuneración por su trabajo.

10 documentos se refieren a las legislaciones en salud recientes y vigentes en Colombia que explican la dinámica de competencia del sistema general de seguridad social. Estas legislaciones hacen parte del gobierno nacional y aplicables a todo el territorio. Así mismo, 3 textos, evidencian la dinámica salarial de los médicos y la dicotomía presente entre clínicas y hospitales y galenos. Un texto hace alusión a la inversión para formación médica y el retorno por ingreso y 2 textos están relacionados al pago por desempeño.

Discusión Y Conclusiones

La teoría del valor de Karl Marx permitió precisar características de la clase obrera y relacionarlas al oficio médico (Marx, 2004). Determinando así, que el mero hecho de ser trabajador convierte a la persona en obrero y que puede distinguirse de otros por su escolaridad y el tipo de oficio al que se dedique. Así mismo, se reforzó esta idea de los variables de costos dados por la escolaridad del trabajador que pudiesen llevar a una especialización del trabajo para mejorar las condiciones salariales (Gutiérrez, 1958), como también el tipo de trabajo y el tiempo de realización que influye en estas variaciones. Es evidente que existe una clara relación entre los costos de vida del trabajador y el precio de un trabajo, dado que de él depende una adecuada calidad de vida, que dependiendo de ello lo motivara a tomar diferentes decisiones que lo promuevan a una vida que el obrero considere apropiada para él.

Las diferentes leyes que legislan el sistema de salud en Colombia, exponen un sistema de aseguramiento con un modelo de competencia que rivaliza a todos los actores, por lo tanto, es poco probable que en estas condiciones emerja la cooperación entre éstos. Es difícil determinar, que estas legislaciones hayan sido la causa principal de la depreciación de la remuneración del oficio médico. Pero sí es posible demostrar que la pretensión del sistema es capitalizar y disminuir en la mayor posibilidad gastos que le resten ingresos.

Es evidente que la dinámica salarial de los médicos en los últimos 30 años ha sido desfavorable como se puede evidenciar en la figura 2. De acuerdo a esto, en la actualidad la mayoría de los médicos no especializados perciben un salario alrededor de los 3.8 SMMLV.

Es claro que existe una clara dicotomía salarial entre lo contemplado por la asociación de clínicas y hospitales y el general de las bolsas de empleos. No hay una explicación clara para esta situación en particular. Esto se podría traducir en una forma de defraudar entre los actores que participan en el actual sistema de salud.

El modelo para una justa remuneración sugerido en el presente trabajo es una visión de lo que debería captar monetariamente un médico por el desarrollo de su oficio dentro de la

reglamentación laboral colombiana, sin embargo, la legislación en salud actual establece un modelo de competencia que desfavorece la cooperación entre el grupo médico y las aseguradoras en salud. Es probable que esto pueda influir en la depreciación de la asignación salarial del oficio médico y resulte en la materialización de una mala calidad de vida para los galenos.

La implementación de un modelo para una justa remuneración en el sector de la salud en Colombia, podría plantear una remuneración en base al derecho fundamental a la salud, la autonomía profesional y el respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud.

El modelo propuesto se basa en la evaluación de los resultados alcanzados por las entidades de salud, como las EPS y las IPS, y el talento humano multidisciplinario que las integra. Enfatizando la importancia de promover condiciones adecuadas para el desempeño profesional, el desarrollo personal y familiar de los trabajadores de la salud, así como en el reconocimiento de su labor y la promoción de la responsabilidad social.

En cuanto a la remuneración, se considera el costo de la formación médica y se plantea la recuperación de esta inversión a través de una tasa de retorno. Además, se menciona la importancia de establecer un valor justo por hora laborada y se propone la implementación de un esquema de pagos por desempeño, tanto para las Entidades Promotoras de Salud como para los médicos, como una forma de incentivar la calidad de los servicios y los resultados de salud.

Así mismo, los porcentajes mencionados en el modelo de remuneración por desempeño (20% por satisfacción del usuario, 20% por indicadores de resultado) pueden relacionarse como una idea de garantizar una remuneración justa para los trabajadores de la salud, reconociendo la importancia de la satisfacción del usuario/paciente como uno de los criterios para evaluar el desempeño. Si los pacientes están satisfechos con los servicios recibidos, esto puede ser un indicador de un buen desempeño por parte de los médicos y otros profesionales de la salud. Así como también, los indicadores de resultado mencionados en el modelo de

remuneración por desempeño (captación de maternas, control de cifras de tensión arterial y HbA1c, disminución de hospitalizaciones potencialmente prevenibles).

El modelo propuesto busca garantizar una remuneración justa para los trabajadores de la salud en Colombia, considerando aspectos como la formación, el desempeño, la calidad de los servicios y los resultados de salud. Se plantea la necesidad de implementar medidas concretas, como el pago por desempeño, para mejorar la calidad y la eficiencia en el sector de la salud.

Bibliografía

- Álvarez, J. F., & Atehortúa, C. M. (09 de 08 de 2019). Salario y calidad de vida de los trabajadores de la comuna La Candelaria Medellín. *Económicas CUC*, 40(2), 87-100. doi:<https://doi.org/10.17981/econcuc.40.2.2019.06>
- Antillón, J. J. (2017). La importancia de ser médico. *Acta Médica Costarricense, Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica*, 48-49.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*, 35(2), 161–164.
- Asociación colombiana de hospitales y clínicas. (2022). *Estudio ACHC: salarios del personal de salud 2021*. Medellín: Asociación colombiana de hospitales y clínicas.
- Axelrod, R. (1986). *La evolución de la cooperación*. Madrid: Alianza editorial.
- Bardey, D. (2015). Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano. *MONITOR ESTRATÉGICO*, 4-7.
- Bunge, M. (01 de Noviembre de 2010). *¿Qué es la medicina? por Mario Bunge*. Obtenido de Intramed: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=68236>
- Campbell, U., & Barraza, J. (2015). La crítica de la teoría del valor en Marx, Sraffa y Keynes: un complemento conceptual para la economía. *Nicolaita de Estudios Económicos*, 10(1), 53–70.
- Casas, J. (2017). Implicaciones de los acuerdos del Fondo Monetario Internacional sobre la pobreza en Colombia. *Económicas CUC*, 38(1), 9–36. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.17981/econcuc.38.1.01>
- Congreso de Colombia. (1914). *Ley 83 de 1914*. Bogotá: Congreso de Colombia.
- Congreso de Colombia. (1929). *Ley 35 de 1929*. Bogotá: Congreso de Colombia.

- Congreso de Colombia. (1981). *Ley 23 de 1981*. Bogotá: Congreso de Colombia.
- Congreso de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993*. Bogotá: Congreso de Colombia.
- Congreso de Colombia. (1995). *Decreto 439 de 1995*. Bogotá: Congreso de Colombia.
- Congreso de Colombia. (2015). *Ley estatutaria No. 1751 del 16 febrero de 2015*. Bogotá: Congreso de Colombia.
- El tiempo. (01 de Mayo de 1995). Paro parcial de médicos. *El tiempo*. Obtenido de <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-320197>
- F.Vosko, L. (2003). Precarious employment in canada: taking stock, taking action. *School of Social Sciences, Atkinson Faculty, York University, Toronto, Canada*, 23-35.
- Fernández, D., Mancipe, L., Fernández, D., Sanmiguel, E., Díaz, M., & Gutiérrez, J. (2011). Análisis de la oferta de programas de pregrado en medicina en Colombia, durante los últimos 30 años (1980-2010). *Revista colombiana de reumatología*, 109-120.
- Fritsche, G. B., Soeters, R., Meessen, B., Ndizeye, C., Bredenkamp, C., & Heteren, G. v. (2015). *Manual de pago por desempeño*. Washington DC: International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Ghiotto, L. (2013). El trabajo decente y una “nueva oportunidad”: acerca de la inserción de la organización internacional del trabajo (OIT) en los debates internacionales en el período de la globalización. *El papel de los organismos internacionales en el nuevo orden global*. Paraná.
- Gonzalez, E. M. (06 de 08 de 2019). *Solicitud de Información - Duración citas por medicina general*. Ministerio de salud y protección social, Dirección Jurídica. Bogotá: Ministerio de salud y protección social. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20201911601029301%20de%202019.pdf
- Guitierrez, V. (Alcohol y cultura en una clase obrera; Bogotá, en Academia Colombiana de Historia, Homenaje al profesor de 1958). *Alcohol y cultura en una clase obrera; Bogotá, en Academia Colombiana de Historia, Homenaje al profesor Paul Rivet*. (A. y. obrera, & Bogotá, Edits.) Bogotá, Colombia: ABC.
- Hernández, J., & Chumaceiro, A. (2018). *Acercamiento histórico a la participación ciudadana en Venezuela modelo de relación Estado-Sociedad (1958-2012)*. (Vol. 24). Revista de Ciencias Sociales-RCS.
- Holland, J. H. (2004). *El orden oculto : de como la adaptación crea la complejidad*. México : Fondo de Cultura Económica.
- Instituto de seguros sociales. (1999). *Acuerdo 209 de 1999*. Bogotá: Instituto de seguros sociales.
- Jessop, B. (1999). *Crisis del estado de bienestar*. Bogotá: Siglo de hombres editores.

- Marx, K. (1867). *Das capital kritik der politischen ökonomie* . Hamburgo: Biblioteca Britanica.
- Marx, K. (2004). *Trabajo asalariado y capital*. Santa fe: El cid editor S.A. .
- Méda, D. (2007). ¿Qué sabemos sobre el trabajo? *Revista de Trabajo*, 17 - 32.
- Mendoza, J., & Cabrera, J. (2014). Trabajo calificado, especialización y productividad laboral urbana en la frontera norte de México: un análisis de panel de efectos mixtos. *Elsevier*, 89-119.
- Ministerio de salud y protección social. (2018). *Política Nacional de Talento Humano en Salud*. Bogotá: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud.
- Ministerio de salud y protección social. (01 de 03 de 2020). *Colombia cuenta con 122.800 médicos al servicio de la población*. Obtenido de Ministerio de salud y protección social: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-cuenta-con-122800-medicos-al-servicio-de-la-poblacion.aspx>
- Ministerio de salud y protección social. (2023). *EPS vigentes del regimen contributivo y subsidiado - SGSSS*. Bogota: Ministerio de salud y protección social.
- Monroy, A. M. (2014). *Reforma sanitaria y condiciones de empleo del los trabajadores del sector salud en Colombia*. Bogotá: Universidad El Bosque Facultad de Medicina Maestría en Salud Pública.
- Noticias RCN. (18 de Octubre de 2021). *Cada hora son radicadas 114 quejas por fallas en atención medica ante la Supersalud*. Obtenido de Noticias RCN: <https://www.noticiasrcn.com/salud/saludcada-hora-son-radicadas-114-quejas-por-fallas-en-atencion-medica-391320>
- Nowak, M. A., & Highfield, R. (2012). *Supercooperadores*. Cambridge: Ediciones B.
- Portafolio. (17 de 12 de 2022). *Portafolio*. Obtenido de Portafolio: <https://www.portafolio.co/economia/cuanto-aumentaria-el-salario-para-trabajadores-que-ganan-mas-del-minimo-575724>
- Presidencia de la república. (1950). *Código sustantivo del trabajo*. Bogotá: Presidencia de la república.
- Rivera, J. N. (03 de 04 de 2023). *Una persona necesita dos salarios mínimos para vivir con lo justo en Colombia*. Obtenido de Infobae América Colombia: <https://www.infobae.com/colombia/2023/04/03/una-persona-necesita-dos-salarios-minimos-para-vivir-con-lo-justo-en-colombia/#:~:text=Cu%C3%A1nto%20necesitar%C3%ADa%20una%20familia%20de,colombiano%20son%206%20%20B2230.115%20pesos.>

- Rodríguez, J. D. (11 de 04 de 2019). *eempleo*. Obtenido de eempleo: <https://www.eempleo.com/co/noticias/investigacion-laboral/panorama-laboral-de-los-medicos-en-colombia-5835>
- Rojas, Y. G., Tamayo, S. G., Mosos, J. D., Hernández, F., Cardona, C. C., Lasalvia, P., & Rosselli, D. (2018). ¿Cuánto cuesta formar a un médico en Colombia? *Revista ciencias de la salud*, 219-23.
- Sendín, J. J. (2010). Definición de profesión médica, profesional médico/a y profesionalismo médico. *EDUC MED 2010*, 13(2), 63-66.
- Singer, P. (2018). *Marx : una breve introduccion*. Barcelona: Antoni Bosch.
- Sisiruca, M., & Salazar, C. (2014). Valores éticos de la responsabilidad social interna en centros de producción audiovisual. *Económicas CUC*, 35(1), 79–90.
- T. Gosden, L. P. (1999). How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. *Q J Med*, 92:47–55.
- Weil, S. (2014). *Reflexiones sobre las causas de la libertad y de la opresión social*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Godot.
- Wynne-Edwards, V. (1972). *Animal dispersion in relation to social behaviour*. New York: Harpher.