

RELACIONES LABORALES EN EL SECTOR SALUD:

El caso de la ciudad de Cali

CONTENIDO

	Página
Créditos	3
Agradecimientos	4
Resumen	5
1. Introducción	7
2. Coyuntura de los años 90	9
2.1 Marco internacional	9
2.2 Contexto nacional	13
3. Objetivos	19
3.1 General	19
3.2 Específicos	19
4. Metodología	20
5. Resultados	22
5.1 Contexto	22
5.2 Descripción de los participantes	26
5.3 Formas de contratación	27
5.4 Modalidades de remuneración	47
5.5 Incentivos	51
5.6 Calidad	52
5.7 Relaciones colectivas de trabajo	54
6. Conclusiones	69
7. Recomendaciones	75
Bibliografía	78
Anexos	

Créditos

Investigadora principal: Janeth Mosquera Becerra. Trabajadora Social. Master en Trabajo Social.

Auxiliar de investigación: Hilda Viviana Bedoya, Comunicadora Social.

Asesor: Felipe Bermúdez, Abogado. Especialista en Derecho Constitucional.

Organización Panamericana de la Salud

José Ruales. Consultor Internacional. Área Desarrollo y Acceso Universal a Servicios de Salud. Oficina Regional de la Organización Panamericana de la Salud. Colombia

Mónica Padilla. Consultor Internacional. Organización Panamericana de la Salud

Observatorio de Recursos Humanos Nodo Sur-occidente

Liliana Arias Castillo. Decana Facultad de Salud. Universidad del Valle

Manuel Llanos Castillo. Comunicador Social. Universidad del Valle

Agradecimientos

A las instituciones de salud participantes,

A los entrevistados (funcionarios de los servicios de salud y representantes de sindicatos y organizaciones comunitarias),

A la Secretaría de Salud Municipal de Cali,

A la Facultad de Salud de la Universidad del Valle.

Resumen

Las transformaciones en el mundo del trabajo, específicamente en el sector de los servicios de salud, deben ser entendidas en el marco de los procesos de reestructuración productiva, globalización y neoliberalismo, los cuales son resultado de la crisis mundial que se inició en los años 70 en las economías internacionales, con manifestaciones particulares en los países de América Latina.

El Observatorio de Recursos Humanos ha promovido la realización de estudios locales, nacionales y regionales que den cuenta de las transformaciones que han venido ocurriendo en el mundo del trabajo y sus repercusiones sobre los recursos humanos del sector salud, con el fin de obtener información que le permita apoyar el diseño de políticas tendientes a impactar positivamente, entre otros aspectos, las condiciones de trabajo de este personal.

En ese marco se realizó un estudio de caso exploratorio, con el fin de identificar las características de la flexibilización laboral en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas de la ciudad de Cali, específicamente lo relacionado con formas de contratación, estrategias de remuneración e incentivos y relaciones colectivas entre los profesionales de enfermería, medicina, trabajo social, bacteriología, odontología y terapia física.

Se realizó un estudio descriptivo con información cuantitativa proveniente de la base de datos de personal y/o de la nómina de salarios de las instituciones participantes y se utilizaron las técnicas de la revisión documental y la entrevista semi-estructurada.

Los resultados del estudio indican que se está frente a una disminución del salario de base y aumento del salario variable, *tercerización* de la relación laboral, inestabilidad en el empleo, contratación temporal y pérdida o disminución de las garantías laborales. Los incentivos implementados han sido los ligados a la capacitación. Adicionalmente, los cambios en las relaciones contractuales están afectando de manera negativa la organización de los trabajadores de la salud.

Palabras-clave: relaciones laborales, reforma laboral, reforma en salud

1. INTRODUCCIÓN

En el ámbito internacional y nacional un conjunto de estudios ha venido exponiendo cómo las reformas del sector salud acontecidas en los países de América Latina, en la década los años 90, han impactado los recursos humanos. Sin embargo, adicionalmente, debe reconocerse que paralelo a la reforma sectorial se han presentado transformaciones en el mundo del trabajo, como resultado del cambio de modelo de regulación considerado rígido (Fordista-keynesiano) a un modelo denominado flexible.

El nuevo modelo, flexibilización, se instaura como respuesta a la crisis mundial de los años 70, en los marcos de la reestructuración productiva, el neoliberalismo y la globalización de las economías. La flexibilización modifica las reglas de juego de las relaciones laborales, dados los requerimientos para mejorar las posibilidades de ajuste de los procesos de producción a las demandas de entornos cambiantes.

El sector salud no ha sido ajeno a los proceso de flexibilización. Sin embargo, dado que en la producción de servicios de salud existe una lógica distinta que en la producción de mercancías, los impactos de la flexibilización laboral en las relaciones laborales en los servicios de salud deben ser objeto de un análisis diferencial.

El Observatorio de Recursos Humanos, impulsado por la Organización Panamericana de la Salud –OPS– que busca, a través de un trabajo articulado intersectorial, generar, analizar y difundir información pertinente que apoye la toma de decisiones respecto a la formación, la gestión, la planificación y el desarrollo de los recursos humanos en salud, se propuso la realización de un

estudio exploratorio de carácter local sobre las relaciones laborales en el sector salud en la ciudad de Cali.

El estudio, cuyos resultados se presentan a continuación, se apoyó en técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación. Para el primer caso, se realizó un estudio descriptivo soportado en información cuantitativa proveniente de la base de datos de personal y/o de la nómina de salarios de las 10 instituciones de salud participantes. En el segundo caso, se utilizaron las técnicas de la entrevista semi-estructurada y la revisión documental. Se entrevistaron profesionales, personal directivo, usuarios y representantes de las organizaciones sindicales.

En la primera parte del documento, se presentan los aspectos teóricos y metodológicos que orientaron el estudio. La segunda parte, da cuenta de los resultados cuantitativos y cualitativos. En la última parte, se presentan las conclusiones y algunas recomendaciones producto de los resultados del estudio.

2. COYUNTURA DE LOS AÑOS 90

2.1 Marco internacional

Las transformaciones en el mundo del trabajo, específicamente en el sector de los servicios de salud, deben ser entendidas en el marco de los procesos de reestructuración productiva, globalización y neoliberalismo, los cuales son resultado de la crisis mundial que se inició en los años 70 en las economías internacionales, con manifestaciones particulares en los países de América Latina.

En términos generales, podemos indicar que la crisis es la afirmación del agotamiento del modo de acumulación-regulación social, conocido como fordista-keynesiano; modelo que posibilitó un período de larga estabilidad económica-social, pero que comenzó a mostrar sus límites a partir de los años 70.

Las formas como el capital se reorganiza para recuperar su hegemonía procurando ajustes (reestructuración productiva) conducentes a un nuevo modelo de acumulación (flexibilización), tienen consecuencias significativas en el mundo del trabajo y en la intervención del Estado (Mota, 1995). Dicho período de grandes cambios no sólo económico-políticos, sino también tecnológicos y culturales, señala, por tanto, el paso del modelo fordista para un modelo de acumulación flexible.

El fordismo representó no sólo una técnica más en el proceso de trabajo, en *strictu sensu*, si no también como lo plantea Harvey “*una nueva estética y una nueva psicología (...), un nuevo tipo de sociedad democrática, racionalizada,*

modernista y populista". Es decir, "Los métodos de trabajo, son inseparables de un modo específico de vivir, de pensar y de sentir la vida" (Harvey, 1994).

El fordismo se caracterizó por:

- Una producción y consumo de masa;
- Una política de control del proceso de trabajo en tiempo cronometrado;
- Fragmentación de las funciones, con una gerencia de trabajo;
- Concentración de los trabajadores en unidades fabriles (marcó el nacimiento del operario-masa; trabajador colectivo fabril) y, por tanto, la centralidad de la producción.

En dicho modelo el Estado participaba de forma diversa y consolida su intervención apoyando la estabilidad económica, regulando los salarios e invirtiendo en las áreas sociales-clave, para garantizar un consumo estable y en masa.

La flexibilización surge como respuesta para enfrentar la rigidez fordista, su principal característica es la flexibilización del proceso de producción, lo cual implica la flexibilización de los contratos de trabajo; cambios en la organización empresarial; intensificación y mundialización de la producción y del intercambio; producción selectiva de acuerdo a la lógica del mercado y; separación del Estado como principal regulador de la vida social y económica, con la posibilidad de que la economía se libere de las reglas de juego puestas por el Estado.

La producción flexible tiende a la producción en pequeña escala (contrario a las economías de escala típicas del fordismo) y es selectiva (responde a las exigencias individuales del consumidor). La demanda es la que determina qué y cuánto producir, lo cual conlleva incluso a flexibilizar la organización del trabajo.

La flexibilización de los contratos de trabajo se implementa a través de los siguientes mecanismos: reducción de los empleos fijos o regulares; establecimiento de los empleos temporales (aprovechando la gran cantidad de mano de obra desempleada); contratación de trabajadores según las necesidades del ciclo económico de cada empresa (determinada por la demanda del mercado); formación de pequeños negocios familiares, domésticos, tradicionales y; el crecimiento de las economías subterráneas e informales. Es decir, el proceso de reestructuración productiva recoge viejas prácticas de trabajo y promueve nuevas (Mota, 1998).

La contratación temporal produce la individualización de la contratación de la fuerza de trabajo y la fragmentación de las organizaciones de los trabajadores. El miedo a los despidos por la fragilidad de los contratos temporales y los niveles de desempleo impacta las organizaciones sindicales y contribuye a su debilitamiento.

De ese modo, la implementación del modelo de acumulación-regulación llamado flexibilización aprovecha el debilitamiento de los movimientos sindicales y, en ocasiones, ha contado con el consentimiento pasivo de los trabajadores.

Antunes (1995) plantea que la “*fragmentación, heterogenización, y complejidad de la clase-que-vive-del-trabajo*”, como resultado de los cambios en el mundo del trabajo, se constituye en una de las razones de la crisis sindical actual, cuyos desafíos están colocados en la forma como esos cambios sean asumidos.

En términos políticos la reestructuración productiva encuentra soporte en los procesos que redefinen la relación entre el Estado y la esfera privada, en la cual dos tendencias se posicionan: aquellas que defienden la participación del Estado

en la vida social y económica y otra que aboga por la retirada estatal de los asuntos “privados”.

De manera concreta, entonces, los pilares de la flexibilización laboral se encuentran en los procesos de apertura económica y liberalización de la economía, en las reformas constitucionales y en los cambios en las formas cómo el Estado enfrenta las manifestaciones de la “cuestión social” a través de las políticas públicas, en especial las referidas a los sistemas de seguridad social.

Debe tenerse en cuenta que la metamorfosis en el mundo del trabajo, también, se presenta en la producción de servicios de salud y, por lo tanto, este sector no es ajeno a la implementación del modelo de flexibilización.

Por otro lado, existe consenso que los procesos de reforma en el sector salud impulsados en los años 90 en el ámbito mundial, en general, y en América Latina, en particular, “olvidaron” a los recursos humanos (OPS, 2000). Además, se ha expuesto que dicha omisión ha comprometido la implementación misma de las reformas sectoriales.

También, se ha reportado que los aspectos claves que orientaron las reformas han impactado al recurso humano en salud. Dichos impactos han recaído sobre los procesos de trabajo, las prácticas profesionales, los objetos de intervención de los profesionales de la salud y las condiciones laborales (Brito, 2000; Guevara, Mendias, 2002; Sacoto, Campaña, et al, 2004; Kolehmainen-Aitken, 2004). Adicionalmente, aunque poco estudiado, se ha reconocido la necesidad de explorar las formas cómo los trabajadores de la salud han influido las reformas, teniendo en cuenta las repercusiones de sus reacciones individuales y colectivas frente a ellas (Rigoli, Gilles, 2003).

2.2 Contexto nacional

En el caso Colombiano frente a la globalización de la economía y a la apertura internacional de los mercados, con la concomitante concurrencia entre los países, el modelo de sustitución de importaciones caracterizado por mantener *"El desarrollo económico (...) fundado en el mercado interno y en la exportación de bienes primarios, sin una industria integrada a los mercados internacionales y sin lograr una vinculación permanente de la fuerza laboral al sector moderno de la economía (...)"*. (Anzola, 1996), muestra señales de agotamiento en los años 80 y es contra él, que en el período de gobierno de César Gaviria (1990-1994, "La Revolución Pacífica"), se da inicio al modelo de apertura económica, en el intento de ajustar el país a las condiciones exigidas por el proceso de internacionalización de la economía, modernizar la industria y aumentar la competitividad en el mercado mundial.

El país tiene frente a sí un nuevo panorama internacional, nueva estructura económica global, nuevas lógicas para mejorar sus mercados y fenómenos que rápidamente lo llevarán a reestructurar sus procesos productivos, sus instituciones y las reglas del comportamiento del mercado laboral (Torres, 1994).

Entre las políticas del Plan de César Gaviria está la modernización del Estado, la reducción de su tamaño para hacerlo eficiente y la racionalización del gasto público, la reestructuración de los organismos estatales y la privatización de las empresas públicas.

En materia del trabajo, por lo tanto, era necesaria una reforma laboral que acompañara el modelo de apertura económica, mediante la desregulación y

flexibilización de las normas del trabajo adaptándolas a las leyes del mercado, a la competitividad internacional y a los nuevos patrones tecnológicos.

En la exposición de motivos de la reforma laboral de 1990, en el Congreso de la República, se sustentó:

*“El proyecto de Ley... responde a una necesidad de reajuste estructural que permita adecuar los principios y normas de esta materia a la realidad contemporánea y a la modernización e internacionalización de la economía colombiana... esa modernización de la economía hace necesario que se torne más flexible el régimen laboral para darle mayor competitividad a nuestros productos, para promover la inversión e incrementar la generación de empleo (...) adquiere especial relieve la necesidad que tiene el país de contar con una legislación clara, eficaz y actualizada en materia laboral que coadyuve a la reactivación económica y estimule la inversión de capitales productivos en los sectores básicos de la economía: industria, servicios, comercio y agricultura”.*¹

Con la promulgación de la Ley 50 de 1990 (República de Colombia, 1990) y las normas sucesivas se da inicio a la flexibilización laboral en Colombia², en el marco del proceso de apertura económica.

Durante los años anteriores a la década del 90, la estabilidad laboral era el principio que orientaba las relaciones de trabajo en el país, lo cual se encontraba respaldado en el Código Sustantivo del Trabajo-CST-. Además, las cláusulas de reintegro, las restricciones a la contratación a término fijo y los costos de los despidos eran parte de la expresión de la estabilidad laboral (Observatorio de Coyuntura Económica, 2000).

¹ Exposición de motivos del proyecto de reforma laboral ante el Congreso de Colombia. De la Peña, Francisco y Triana Leyva, Martha Lía. La nueva Ley de Reforma Laboral 1990.

² Aunque antes de la Ley 50 de 1990 con la implementación de la Empresas de Servicios Temporales se había abonado en terreno para la contratación a término fijo, como un mecanismo de flexilización laboral.

La Ley 50 de 1990 formaliza el empleo temporal (Arts. 71 al 96); elimina el concepto de unidad de empresa (Art. 32); posibilita la jornada de 6 horas por turnos para evitar el pago de horas extras y compensatorios (Arts.30 y 31); permite los contratos a término fijo inferiores a un año (Art.3º); introduce los contratos civiles de arrendamiento de servicios para suprimir el pago de prestaciones sociales (Art.2º); elimina la obligación del reintegro para trabajadores con más de 10 años de servicio (Art. 6º, Parágrafo transitorio); posibilita los despidos colectivos cuando el empleador lo estime necesario por adecuación tecnológica o razones económicas (Art. 67-numeral 3); suprime la retroactividad de las cesantías para aquellos que se acojan al sistema privado de los fondos de pensiones y cesantías y para los que ingresen a laborar a partir de la vigencia de la ley (Art. 98) e, implanta el salario integral (Art.18).

Posteriormente, la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002 introduce nuevos elementos para flexibilizar los contratos laborales, tales como la ampliación de la jornada diaria diurna de trabajo; la restricción del tiempo de la jornada nocturna; la reducción de los sobrecargos salariales para los días domingos y feriados y la disminución de la indemnización por despido sin justa causa para trabajadores de diez o más años e indemnizaciones variables sin justa causa, según el nivel salarial. Adicionalmente, se promueven los contratos de aprendizaje con salarios menores al salario mínimo mensual (hasta 50% en la fase lectiva y hasta 75% durante la práctica).

Las reformas laborales aprobadas por el Congreso de Colombia en los últimos doce años (Ley 50 de 1990 en el período de César Gaviria Trujillo y Ley 789 de 2002 en el gobierno de Álvaro Uribe Vélez), mantienen la tendencia hacia la desregulación, la flexibilización, la disminución de los costos de la fuerza de trabajo, la contratación precaria y la inestabilidad.

Al parecer se han aprovechado las debilidades actuales de los movimientos sindicales y de la mano de obra excedente (desempleo o subempleo) para transformar los mercados de trabajo, a través de la implementación de regímenes y contratos de trabajo más flexibles, con consecuencias en la seguridad en el empleo.

En correspondencia con la Carta Constitucional de 1.991, además, en 1993 se realiza una de las mayores reformas al sistema de seguridad social³ a través de la implementación de la Ley 100 de 1993 (República de Colombia, 1993), con la cual se modifican sustancialmente las reglas de juego del sistema de salud.

La reforma al sector salud, realizada bajo el modelo de Pluralismo Estructurado (Álvarez, 2000; Londoño, 1997), introdujo cambios en la organización, administración, atención y prestación de los servicios de salud, con la implementación de mecanismos como:

- El Estado se retira de la prestación directa de servicios y asume el papel de modulador.
- El establecimiento de los subsidios a la demanda.
- El aseguramiento obligatorio o pago anticipado.
- La competencia regulada, por el Estado, entre el sector público y privado, para la prestación de servicios.
- El establecimiento de paquetes de prestación de servicios para los afiliados.

³ La reforma considera los aspectos del Sistema General de Pensiones, los riesgos profesionales, los servicios sociales complementarios y el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Además, se crean las entidades intermediarias⁴, se promueve la libre elección, se trasladan costos de la oferta a los usuarios (co-pagos y cuotas moderadoras) y se exige la reforma de los hospitales públicos.

En dicho modelo, los sistemas de salud están integrados por dos componentes, las poblaciones y las instituciones, y un conjunto de funciones estructuradas para responder a las necesidades de salud de las poblaciones, las cuales se expresan en servicios personales y servicios públicos (Londoño, Frenk, 1997). Así, se establece que las funciones de los sistemas de salud son: modulación, financiamiento, articulación y prestación:

- Modulación: esta función se refiere a establecer, implantar y monitorear las reglas de juego para el sistema de salud, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica.
- Financiamiento: corresponde a la movilización de recursos financieros, bien sea provenientes de fuentes primarias (hogares y empresas) o secundarias (gobierno y organismos internacionales) y a la subsiguiente asignación de los mismos para la prestación de servicios.
- Articulación: con esta función se trata de hacer coherente la articulación de los distintos componentes responsables de la atención en salud a la población.

⁴ Las instituciones intermediarias tipo Empresas Promotoras de Salud también participan de la definición de las tarifas profesionales.

- Prestación: se refiere al proceso mismo de producción de servicios de salud, el cual involucra recursos o insumos, una estructura y unos productos.

Es decir, en el modelo se han establecido una separación entre la prestación y la administración y, por tanto, la experiencia colombiana muestra la existencia de distintas formas de contratación entre las Empresas Administradoras y las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud.

Se debe reconocer que en Colombia los procesos de reformas (privatizaciones, reforma de la legislación laboral y a la seguridad social) acontecidos en la última década del siglo pasado, estuvieron favorecidos por la fragilidad de las organizaciones sociales y el debilitamiento del movimiento sindical. Lo cual está influenciado por el fenómeno de la violencia política, que se constituye en uno de los principales responsables del gradual proceso de desmovilización política y social en el país.

En lo referente a las repercusiones de la reforma del sector salud sobre el recurso humano, si bien la flexibilización laboral no corresponde a una medida consignada en la Ley 100 de 1993, sí frente al recorte de recursos del sector y en aras de la eficiencia, se requiere hacer uso de ella, de dos formas: promoviendo la flexibilidad numérica e implementando la flexibilidad salarial.

También, frente a la exigencia de eficiencia a las instituciones de salud, se impulsaron los procesos de reestructuración institucional que han favorecido la contratación a término fijo y la disminución de funcionarios de “planta” en los servicios de salud, como estrategia de recorte de costos fijos.

Sin embargo, en el caso del sector de servicios, los impactos del proceso de flexibilización deben ser analizados teniendo en cuenta que estos servicios se caracterizan por la dificultad de su planeación en la relación costo-beneficio, ya que muchos de ellos necesitan estar en disponibilidad para la población y no hay certeza de cuándo serán demandados, ni del volumen requerido, según el tipo, el momento y en relación a las necesidades del cliente (Ribeiro EM, Pires D, Blank VL, 2004).

Con el fin de caracterizar las relaciones laborales en el sector salud en la ciudad de Cali, se realizó un estudio exploratorio, cuyos objetivos, metodología y resultados se presentan a continuación.

3. OBJETIVOS

3.1 General:

Identificar las características de las relaciones laborales en el sector salud en la ciudad de Cali.

3.2 Específicos:

- Identificar las formas de contratación de personal de salud en instituciones prestadoras de servicios de salud –IPS– públicas y privadas.
- Identificar las modalidades de remuneración de personal de salud en instituciones prestadoras de servicios de salud –IPS– públicas y privadas.
- Caracterizar los tipos de incentivos recibidos por el personal de salud en instituciones prestadoras de servicios de salud –IPS– públicas y privadas.

- Describir las dinámicas de las relaciones colectivas de trabajo del personal de salud en instituciones prestadoras de servicios de salud –IPS– públicas y privadas.
- Explorar las percepciones de usuarios y proveedores sobre el impacto de la flexibilización laboral en la calidad de la atención a los usuarios.

4. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de caso (de base empírica) que no busca hacer generalizaciones, pero sí indicar tendencias de cambios en las relaciones laborales individuales y colectivas en el sector salud. Como caso se consideraron las relaciones laborales en el sector salud en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas de la ciudad de Cali en el año 2005, teniendo en cuenta los profesionales de enfermería, odontología, medicina, bacteriología, trabajo social y terapia física.

El municipio de Cali, capital del Departamento del Valle del Cauca, es la segunda ciudad de Colombia en número de habitantes: 2.369.696 en el 2004 y tercera región metropolitana del país (Cali en Cifras, 2004).

A través de un muestreo por conveniencia se seleccionaron 10 IPS de la ciudad, con las siguientes características: pertenecientes al sector público y privado (6 públicas y 4 privadas), de I a IV nivel de complejidad, con una cobertura significativa (Entre 85% – 90%) de atención de la población en la ciudad de Cali.

El estudio se apoyó en técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación. En el componente cuantitativo se realizó un estudio descriptivo con información

cuantitativa proveniente de la base de datos de personal y/o de la nómina de salarios de 9 de las 10 instituciones participantes. En general, el proceso de recolección de la información cuantitativa fue dispendioso debido a las dificultades para que las instituciones de salud accedan a dar a conocer o hacer pública la información, principalmente, de salarios de sus profesionales.

A pesar de los esfuerzos realizados para recolectar la información cuantitativa de las 10 instituciones, con dos de ellas (privadas) se presentaron dificultades. Una de ellas entregó información parcial, por lo tanto sus datos no pudieron ser incluidos en el estudio. La otra institución no suministró información sobre los médicos especialistas, pero sí de los demás profesionales y de los médicos general, la cual se incluyó en la base de datos. Sin embargo, ambas instituciones participaron en las entrevistas y sus apreciaciones han sido incluidas.

En el componente cualitativo se utilizó las técnicas de la revisión documental y la entrevista semi-estructurada. Todos los instrumentos diseñados fueron probados y, posteriormente, ajustados para la recolección final. En total se entrevistaron 22 personas entre usuarios, profesionales, representantes de sindicatos y personal directivo. La saturación de la información fue el criterio tenido en cuenta para suspender la recolección de la información cualitativa.

Todos los entrevistados firmaron la forma del consentimiento informado. Sólo 2 de los 22 informantes-clave no permitieron realizar grabación en audio de la entrevista. La información se recolectó en el período de febrero a junio de 2005.

5. RESULTADOS

5.1 Contexto

La Ley 100 de 1993, en su artículo 194, propone la transformación de las instituciones de salud en Empresas Sociales del Estado -ESE-, lo cual implica que éstas se conviertan en empresas con autonomía presupuestal y administrativa, auto-sostenibles financieramente, a través de la venta de servicios.

“La prestación de los servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las empresas sociales del Estado que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso”⁵.

Para ello, se estableció un plazo inicial de 3 años (1996), que posteriormente se amplió debido a las debilidades en los procesos locales. Sin embargo, para 1997 la mayoría de los hospitales del país se habían transformado en ESE (LAC RSS, 2001). Cali fue una de las últimas ciudades del país que realizó la transformación de sus instituciones públicas de salud, según lo promovido por la Ley 100 de 1993.

El proceso de transformación de la red de instituciones de salud de primer nivel de atención de la Secretaría Salud Municipal de Cali, se concretó a través del Acuerdo 106 de 2003: *“Por el cual se descentraliza la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención del municipio de Santiago de Cali, mediante la creación de las empresas sociales del estado del municipio de Santiago de Cali”*,

⁵ Ley 100/93-194; D.R. 1876/94-1º; Ley 489/98-83

dando origen a la conformación de las 5 Empresas Sociales del Estado del municipio (ESE).

En dicho acuerdo se estableció que la planta de personal se mantendría sin solución de continuidad; es decir, los derechos adquiridos por los trabajadores serían respetados en las nuevas empresas constituidas.

“El Acuerdo 106 creó las Empresas Sociales del Estado y definió que las personas que estaban laborando en la Secretaría de Salud y desempeñándose y en lo que en ese momento se denominaba los FEMs deberían de pasar sin solución de continuidad, es decir con todos los beneficios laborales que tenían en el Municipio, deberían de pasar a la ESE, y eso se ha seguido manteniendo.”

En la nueva figura corresponde a la Junta Directiva de cada ESE dictar las políticas relacionadas con los recursos humanos (incluso la definición de la planta de cargos). Sin embargo, un acuerdo municipal previo a la transformación de la Secretaría Municipal de Salud, había establecido la no realización de nombramientos para el municipio de Cali; es decir, en la actualidad se encuentra congelada la planta de personal del sector público de la salud en la ciudad.

De igual forma, para el Instituto del Seguro Social, ISS, el Gobierno expide el Decreto 1750 del 26 de junio de 2003 – *“Por el cual se escinde el Instituto de Seguros Sociales y se crean unas Empresas Sociales del Estado”*. El artículo 2 de dicho decreto, expone lo siguiente:

“Créanse las siguientes Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada del nivel nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscritas al Ministerio de la Protección Social, y cuyas denominaciones son:

1. Empresa Social del Estado Rafael Uribe Uribe.

2. *Empresa Social del Estado José Prudencio Padilla.*
3. *Empresa Social del Estado Antonio Nariño.*
4. *Empresa Social del Estado Luis Carlos Galán Sarmiento.*
5. *Empresa Social del Estado Policarpa Salavarrieta.*
6. *Empresa Social del Estado Francisco de Paula Santander, y*
7. *Empresa Social del Estado Rita Arango Álvarez del Pino.*

Además, el Gobierno Nacional expide los decretos que dan cuenta de la estructura que deben tener las siete (7) ESE, las cuales están integradas por 37 clínicas y 204 centros de atención ambulatoria, cuya responsabilidad es la prestación regional de servicios de salud a 3.2 millones de afiliados y más de 8 millones de beneficiarios con que cuenta el ISS en Colombia. (<http://www.presidencia.gov.co/cne/2003/junio/30/01302003.htm> – revisado mayo 22 de 2005)

La ciudad de Cali está cobijada por la ESE Antonio Nariño que cubre los departamentos de Valle, Cauca, Nariño y Putumayo (Suroccidente). La región del Suroccidente posee 18% (525.600) del total de los afiliados del ISS del país (Fundación Corona, 2003) y está compuesta por las siguientes clínicas:

Clínica Rafael Uribe Uribe
Clínica Bellavista
Clínica Santa Isabel de Hungría
Clínica Santa Ana de los Caballeros
Clínica Nuestra Señora de la Paz
Clínica Nuestra Señora del Carmen
Clínica ISS-Popayán
Clínica Norte de Puerto Tejada
Clínica Maridiaz

En la transformación del ISS se contempló la posibilidad de que los trabajadores asumieran el manejo de las nuevas ESE constituidas, a través de la figura de la administración delegada.

“Artículo 28. Administración delegada. Las Empresas Sociales del Estado creadas en el presente decreto, podrán celebrar contratos con el objeto de dar en administración y/o operación las Clínicas o los Centros de Atención

Ambulatoria con personas jurídicas de naturaleza solidaria sin ánimo de lucro, con aquellas constituidas o conformadas por ex funcionarios del mismo, y con otras entidades sin ánimo de lucro tales como organizaciones sindicales y Cajas de Compensación Familiar, así como con hospitales públicos, las cuales podrán recibir aportes de capital o apalancamiento financiero del Estado, de conformidad con la Ley. Las personas jurídicas señaladas en el presente artículo podrán sustituir como patrono a las respectivas Empresas del Estado.”

El proceso de transformación del ISS implicó que en el ámbito nacional 13.741 funcionarios pasarán a las Empresas Sociales del Estado como empleados públicos y 3.229 restantes continuarán como trabajadores oficiales, para un total de 17.494 funcionarios.

Adicionalmente, debido al Programa de Renovación de la Administración Pública –PRAP–, que establece la no sustitución de las vacantes de los funcionarios que se jubilan⁶, en el Seguro Social se han venido suprimiendo un número significativo de contratos de personal de planta (asistencial y administrativo) considerados no necesarios para el buen funcionamiento de la entidad. (<http://www.presidencia.gov.co/columnas/index6.htm>. Revisado en junio 10 de 2005)

Específicamente, para la ESE Antonio Nariño se encontró que con este proceso se han suprimido entre 120 y 150 cargos de planta debido a las jubilaciones, los cuales en muchos casos serán remplazados por contratos a través de cooperativas para poder continuar respondiendo a la demanda de servicios.

“El cargo desaparece porque el cargo es de planta. Lo que hacemos es reemplazar el cargo de planta por una vinculación de contratación, donde no hay ninguna relación laboral directa entre la empresa y el trabajador, si no entre la empresa y una cooperativa.”

⁶ El PRAP es una iniciativa de la Administración del presidente Álvaro Uribe Vélez (2002-2006) iniciada en septiembre de 2002 (Directiva presidencial No. 10 de 2002) que busca la disminución de la burocracia estatal, a través de la fusión de instituciones públicas, la supresión de puestos de trabajo y la separación de negocios de los entes públicos.

Teniendo en cuenta que antes de la transformación del ISS los trabajadores habían negociado una Convención Colectiva de Trabajo, los trabajadores demandaron el Decreto 1750 de 2003, con el fin de que en la transformación fuera respetada dicha Convención. Así, la Corte Constitucional sentenció que dado que no hubo rompimiento del contrato de trabajo, los funcionarios pasarían sin solución de continuidad, por lo tanto los acuerdos contenidos en la Convención Colectiva debían mantenerse hasta que ésta estuviera vigente (31 de octubre de 2004).

En los actuales momentos hay una querrela jurídica entre el gobierno nacional y el Sindicato Nacional de la Seguridad Social (Sintra Seguridad Social), en torno a cómo se mantendrá la Convención Colectiva en el marco de las Empresas Sociales del Estado, debido se que se argumenta que la convención colectiva debe darse al interior de cada nueva ESE constituida, dada la autonomía que las ESE tienen actualmente.

5.2 Descripción de los participantes

Las tablas siguientes muestran el número y porcentaje de profesionales, según sector (público y privado), de las 9 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud participantes en el estudio:

Tabla 1. Participantes según profesión

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Bacteriología	146	7,42
Enfermería	292	14,84
Fisioterapia	72	3,66
Medicina	1147	58,31
Odontología	269	13,68
Trabajo Social	41	2,08
TOTAL	1967	100,00

Tabla 2. Distribución según profesión en el sector público

PROFESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bacteriología	91	7,37
Enfermería	177	14,34
Fisioterapia	47	3,81
Medicina	719	58,27
Odontología	164	13,29
Trabajo Social	36	2,92
TOTAL	1234	100,00

Tabla 3. Distribución según profesión en el sector privado

PROFESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bacteriología	55	7,50
Enfermería	115	15,69
Fisioterapia	25	3,41
Medicina	428	58,39
Odontología	105	14,32
Trabajo Social	5	0,68
TOTAL	733	100,00

5.3 Formas de contratación

En Colombia el marco legal de las relaciones laborales, tanto en el sector privado como público, se sustenta en el Código Sustantivo del Trabajo y en la Ley 50 de 1991, especialmente. El contrato es uno de los principales mecanismos de regulación de la relación patrono-empleado. La ley ha estipulado distintas formas de contratación: unidad de tiempo, por obra ejecutada, por tarea, a destajo y por los períodos que regulen su pago (Eslava, 2001).

En el estudio de caso de la ciudad de Cali, se identificaron cinco (5) formas de contratación del personal profesional en las instituciones de salud participantes en el estudio:

- **Servidores públicos:** A la función o empleo público se vinculan personas que se les denomina servidores públicos. Son servidores públicos quienes se desempeñan en las corporaciones públicas, los empleados públicos y los trabajadores oficiales del Estado y de las entidades descentralizadas y por servicios.

“Los servidores públicos están al servicio del Estado y de la Comunidad; ejercerán sus funciones en la forma prevista por la Constitución, la ley y el reglamento” (Art. 123 C.P.).

Los servidores públicos se clasifican en empleados públicos y trabajadores oficiales. Los primeros son:

“Las personas que prestan sus servicios en los ministerios, departamentos administrativos, superintendencias y establecimientos son empleados públicos; sin embargo, los trabajadores de la construcción y sostenimiento de obras públicas son trabajadores oficiales”. (D.L. 3135/68, Art. 5, inciso 1º)

Los trabajadores oficiales, corresponde a:

“Las personas que prestan sus servicios en las empresas industriales y comerciales del Estado, son trabajadores oficiales; sin embargo, en los estatutos de dichas empresas precisarán que actividades de dirección o confianza deben ser desempeñados por personas que tengan la calidad de empleados públicos”. (D.L. 3135/68, Art. 5, inciso 2º).

Los empleados públicos, para el caso de los profesionales, pueden ser de libre nombramiento y remoción, inscritos en carrera administrativa (Art. 125 C.P. y Ley 909 de 2004 y sus decretos reglamentarios), provisionales o a término fijo. Se vinculan al subsector público a través de un decreto o resolución y un contrato de trabajo escrito que pueden ser por tiempo determinado o por tiempo indefinido. En la jerga institucional estos profesionales constituyen el grupo de los denominados de planta o nombrados.

Estos servidores gozan de las siguientes prestaciones sociales:

- ✓ Legales: Establecidas por la ley en el Código Sustantivo del Trabajo (por ejemplo, prima de servicios o intereses de cesantías)
- ✓ Extralegales: las acordadas entre empleadores y trabajadores en convención o pactos colectivos que sobrepasan las legales (por ejemplo, prima técnica).
- ✓ Comunes: Dotación, gastos de entierro, auxilio e intereses de cesantía, subsidio familiar (Caja de Compensación Familiar).
- ✓ Especiales: Seguro de vida colectivo, prima de servicios, pensión (vejez, sobreviviente e invalidez).

Cuentan con la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y protección para riesgos profesionales. Gozan de descansos remunerados y no remunerados. Los primeros corresponden al dominical, días festivos, vacaciones, licencia de maternidad y descanso por lactancia. Los segundos atañen a los tiempos comprendidos entre cada jornada laboral o al día sábado cuando se trabaje entre semana dos horas diarias adicionales, para completar las 48 horas laborales por semana.

Para el caso de la Secretaría de Salud Municipal, el artículo 31 del Acuerdo 106 de 2003 estableció que:

“A las Empresas Sociales del Estado deberán ser incorporados, sin solución de continuidad, con garantía de sus derechos laborales y prestacionales de que venían disfrutando en el Municipio y de sus derechos inherentes a la carrera administrativa, los empleados públicos adscritos a la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.”

Tres aspectos fueron resaltados por los entrevistados respecto a lo que implica tener personal nombrado. El primer de ellos, se refirió a las dificultades de que éstos cumplan con el tiempo de trabajo contratado, toda vez que en las nuevas administraciones de las ESEs se han establecido tiempos para la atención de los pacientes.

“...Nosotros hemos colocado un tope de 20 minutos por cada paciente, que es poco pero, pues, tampoco podemos por el volumen y las necesidades de nuestra población aumentar el tiempo, pero 20 minutos es un buen promedio y eso es lo que estamos tratando de hacer. Pero entonces ellos llegan y quieren, si es un médico de 4 horas quiere venir y en 2 horas atender 16 personas que se supone o 12 personas que se supone les correspondería, porque son 3 por hora”

El segundo aspecto expuesto por los entrevistados da cuenta de los costos que implica para la institución el contar con personal de planta. Con un ejemplo, se indicó que:

“Mientras yo tengo 214 nombrados y tengo un presupuesto para ellos de más o menos 6.400 millones, yo tengo 281 contratistas y el presupuesto para ellos es apenas de 3.600 millones”.

Es decir, se resaltó que la viabilidad de las Empresas estaba en el manejo que se lograra darle a los aspectos financieros relacionados con los recursos humanos, específicamente a los mecanismos que se puedan implementar para la contención de costos (disminución de la carga prestacional del personal nombrado) y en el aumento de la productividad.

“...O viabilizo la empresa haciendo una serie de ajustes a la planta de personal o definitivamente no podemos lograr que siga operando la entidad, porque eso tiene unos costos altísimos”.

El tercer aspecto, se refirió a las ventajas que pueden tener las instituciones de salud con el personal nombrado o de planta, indicándose que este personal puede garantizar una mejor continuidad en el servicio y, además, hacer carrera formativa (académico-científica) en la institución que redunde en la calidad de la atención al usuario.

- **Por cooperativa de trabajo asociado:** Según el Decreto 0468 de 1990 las cooperativas de trabajo asociado -CTA- son:

“(...) empresas asociativas sin ánimo de lucro, que vinculan el trabajo personal de sus asociados y sus aportes económicos para la producción de bienes, ejecución de obras o la prestación de servicios en forma autogestionaria.”

En las CTA en que los aportantes de capital son al mismo tiempo los trabajadores y gestores de la empresa, el régimen de trabajo, servicio de salud, seguridad social y compensación, serán establecidos en los estatutos. El carácter de estos trabajadores es de cooperados, sin vínculo laboral con la cooperativa ni con la empresa o institución beneficiaria del servicio.

Las principales características de las CTA son:

- Se constituyen con un mínimo de diez asociados,
- Su asociación es libre y voluntaria,
- Se rigen por el principio de la igualdad de los asociados,
- No tienen ánimo de lucro,
- Su organización es democrática,
- El trabajo de sus asociados es su base fundamental,
- Desarrollan actividades económicas y sociales,
- Existe solidaridad en la compensación o retribución,
- Existe autonomía empresarial o administrativa.

Los Decretos 3081 de 1990 y 2206 de 1998 y la Ley 454 de 1998, exoneran a las cooperativas y las pre-cooperativas de los aportes parafiscales, porque son consideradas entidades sin ánimo de lucro. Las cooperativas no se rigen por la legislación laboral, ya que se entiende que la contratación a través de cooperativa no crea un vínculo laboral y por tanto no existe una relación capital-trabajo⁷.

La vigilancia de las cooperativas está a cargo de la Superintendencia de Economía Solidaria –Supersolidaria–, quien así se ha pronunciado sobre el carácter de las cooperativas:

“... Una cooperativa de trabajo asociado es, entonces, aquella que constituyen personas naturales para que dicha entidad les proporcione un puesto de trabajo, como todos los asociados deben trabajar en la cooperativa, se da una identidad entre los empleadores y los trabajadores, de tal suerte que no se puede hablar de contrato de trabajo, ni de salario, porque las dos partes de la relación laboral son las mismas personas.

Por esta razón el artículo 59 de la Ley 79 de 1988 dispone que en las cooperativas de trabajo asociado el régimen de trabajo se establece en los estatutos y que los trabajadores asociados no se rigen por el Código Sustantivo del Trabajo sino por lo que se establezca en los estatutos y reglamentos”.
<http://www.supersolidaria.gov.co/admin/conceptos/docs/Aidé%20Castiblanco%200J-3000-01-0398-2004.doc> (revisado en marzo 26 de 2005)

En las instituciones de salud la contratación a través de cooperativa está siendo implementada de manera creciente, tanto en el sector privado como en el público. Este tipo de forma de contratación es el reflejo de un aumento de la contratación civil, debido a la congelación de la contratación por nombramiento

⁷

Existe un conjunto de fallos de la Corte Constitucional precisando cuándo existe o no una relación laboral entre una cooperativa y sus socios-trabajadores. Al respecto, ver por ejemplo: Sentencia T-413/04; Sentencia T-286 de 2003; Sentencia T-1177/03.

en el sector público y a la disminución de la contratación indefinida en el sector privado.

De ese modo, las cooperativas se presentan para las instituciones como una estrategia para la reducción de costos laborales; se tornan intermediarias en la relación patrono-trabajador y; se constituyen en un mecanismo para la reducción de las garantías laborales. En muchos casos no se rigen por los principios del cooperativismo, ni acogen las ventajas de ellos.

Los aspectos destacados por los entrevistados respecto a esta forma de contratación en el sector salud en Cali, se refirieron a: los ingresos sobre los cuales se realiza la cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS; las características de la remuneración para los profesionales y; al manejo legal de una mala práctica clínica de un profesional vinculado en un IPS a través de una Cooperativa de Trabajo Asociado.

En el marco de la autonomía estatutaria de la CTA, es en el reglamento interno donde se expresa lo atinente a servicio de salud y seguridad social de sus asociados; por ello, la ley no restringe que los profesionales de las Cooperativas de Trabajo Asociado, coticen al SGSSS sobre el valor de la compensación correspondiente a un salario mínimo legal vigente -SMLV-, lo cual no sólo constituye una elusión al Sistema, si no que además los entrevistados expresaron que esa situación a mediano y largo plazo afecta el bienestar de los trabajadores y pone en riesgo la estabilidad financiera del SGSSS.

“Pero esa es la discusión, a veces la gente por la cooperativa recibe un poquito de más plata, compensan y pagan la compensación ordinaria sobre uno, dos o tres salarios mínimos. Eso es bueno entre comillas a corto plazo, ellos reciben su platica. Pero cuando hay una incapacidad eso es gravísimo, porque ellos han

cotizado sobre uno o dos salarios mínimos. Ese es el manejo que tiene la cooperativa y la idea de nosotros como gerentes es ir llegando a que todos compensen y paguen su Seguridad Social y todo sobre lo que devengan totalmente”.

Adicionalmente, se reportó que frente a los profesionales en cooperativa, los nombrados o de planta, con contrato (a término indefinido o definido) directamente con la institución, tienen mejores condiciones salariales. Es decir, el personal de las CTA recibe remuneración inferior aunque cumple las mismas responsabilidades.

Sin embargo, se reconoce que para las instituciones de salud la contratación por cooperativa es una forma necesaria para poder prestar aquellos servicios requeridos por las comunidades, pero que tienen demandas variables en tiempo y cantidad.

“Para el caso de asociados... la verdad es que para la empresa si es una alternativa importante, dado que como son servicios que no son la razón de ser de la empresa ni tampoco el volumen es muy alto, entonces si uno tuviera una persona vinculada de planta o en nómina sería muy gravoso, una carga prestacional muy grande, no sería rentable. Yo creo que esa es la razón fundamental de existir ese tipo de alternativas como los asociados en el caso particular de esta empresa...”

Las instituciones de salud solicitan a la Cooperativa de Trabajo Asociado-CTA el personal requerido y estiman el monto a pagar o la CTA cotiza cuánto cuesta el personal y los servicios solicitados. Así, una vez se hace la negociación con la CTA, éste valor se convierte en un costo fijo para la institución de salud. La CTA indica, además, el valor al cual asciende la compensación para cada profesional.

Es decir, aunque la compensación⁸ debería ser definida por la cooperativa, de acuerdo a sus estatutos, la realidad muestra que es el mercado quien regula el valor del trabajo profesional. Pues, las cooperativas compiten por precios para ajustarse a los valores colocados por las empresas.

“Nosotros (la institución de salud) hacemos varias cotizaciones y dependiendo de esa cotización, contratamos el servicio”

Sin embargo, hay unos márgenes de negociación con la cooperativa, dependiendo de los recursos con que cuente la institución de salud, por ejemplo si ésta cuenta con recursos financieros suficientes, es posible aumentar el monto del pago de la seguridad social del personal contratado a través de la cooperativa. Aunque, esta responsabilidad es directa de la cooperativa y no de la institución de salud.

“En términos generales, en la contratación de servicios por parte de una cooperativa con un tercero, no habrá, responsabilidad solidaria entre estas dos partes, ni se configura contrato laboral alguno por no existir los tres elementos constitutivos de él (salario, subordinación y prestación personal), esta responsabilidad conlleva a que todos los derechos (compensaciones, trabajo y seguridad social) que tienen los trabajadores asociados los debe asumir en su totalidad la respectiva cooperativa y no el tercero con el que contrata.

Por lo anterior, es claro que el pago de prestaciones sociales corresponde a la cooperativa de trabajo asociado de conformidad con lo pactado en el respectivo régimen de compensaciones”.

<http://www.supersolidaria.gov.co/admin/conceptos/docs/Aidé%20Castiblanco%200J-3000-01-0398-2004.doc> - revisado en marzo 26 de 2005)

Con la “*tercerización*” de la relación laboral a través de las CTA, pareciera ser que las instituciones de salud no sólo se desresponsabilizan de la relación laboral, si no también del usuario cuando se presenta una mala práctica médica.

⁸ “Debido a la naturaleza misma de las cooperativas de trabajo asociado (identidad de trabajador-socio) la retribución que reciben los asociados por su trabajo no es salario sino una *compensación*, que se fija teniendo en cuenta estos factores: la función que cada trabajador cumple, la especialidad, el rendimiento, la cantidad y calidad del trabajo aportado. Igualmente, el trabajador asociado tiene derecho a recibir un porcentaje de los excedentes obtenidos por la cooperativa.” Pronunciamento de la Corte Constitucional: Sentencia C-211/00.

“Cuando se presenta algún tipo de riesgo de mala práctica médica o algún tipo de situación de estas... es muy riesgoso para la empresa como tal tener personas bajo esa modalidad, como las CTA por ejemplo, eso es riesgoso. La responsabilidad no es clara ahí, por más que teóricamente digan que tienen pólizas, eso no cubre al ciento por ciento. Yo pensaría que lo ideal, desde ese punto de vista de riesgo para la empresa, sería mejor que estuvieran vinculados laboralmente”.

Por tanto, bajo los principios de responsabilidad y autonomía administrativa, la ley establece que las cooperativas tienen el compromiso de asumir los riesgos de la práctica asistencial en los servicios de salud.

“De igual forma existen, entre otras, dos características que poseen esta clase de cooperativas, consagradas en el artículo 6 del Decreto 468/90 a saber:

Autonomía administrativa⁹: *La cual faculta a la cooperativa para organizar directamente las actividades de trabajo de sus asociados. Esto quiere decir que la autonomía de la cooperativa es total a nivel interno como externo, razón por la cual la cooperativa debe establecer su régimen de trabajo, compensaciones y de seguridad social.*

Responsabilidad: *Esta se debe entender como la asunción de todos los riesgos por parte de la Cooperativa en la realización de las labores o servicios que preste la cooperativa, a otra cooperativa o a un tercero en general.”*
<http://www.supersolidaria.gov.co/admin/conceptos/docs/Aidé%20Castiblanco%200J-3000-01-0398-2004.doc> (revisado en marzo 26 de 2005)

Por otro lado, la situación de incertidumbre debido al desempleo y a la falta de estabilidad laboral, parecen ser dos de los aspectos que desde la perspectiva de los entrevistados, sustentan en el contexto actual el compromiso de los profesionales que están siendo contratados por CTA:

“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”.

⁹ Al respecto la Corte Constitucional dictaminó que la autonomía estatutaria de las Cooperativas de Trabajo Asociado no es absoluta, si no que está limitada por los parámetros constitucionales. Por lo tanto, dicha autonomía podrá ser objeto de análisis por las autoridades competentes en aquellos casos en que se considere en riesgo de violación de preceptos constitucionales (Sentencia T-394/99).

Sin embargo, esa misma incertidumbre hace que la forma de contratación por cooperativa requiera un manejo ético. Pues, tal como lo plantearon algunos entrevistados, la posibilidad de contratar personal de acuerdo a la demanda (períodos cortos y específicos de tiempo) puede conducir a manejos politiqueros o autocráticos, ya que desde la gerencia de las instituciones de salud es posible decidir, autónomamente, cuándo no se requiere un profesional, sin que medie muchas veces un proceso decisorio formal o legal.

“Los de cooperativa en la parte contractual, en cumplimiento del horario no existe el problema que hay con los nombrados. ¿Por qué? Porque el de cooperativa si le llega 10 minutos al jefe, chao, contratan a otro, eso pasa. ¿Por qué? Porque están más desprotegidos dentro del régimen laboral y disciplinario que tiene la Ley 50, la carrera administrativa, todo ese cuento de leyes y decretos que tienen para los empleados nombrados y al de cooperativa no está amparado, no tiene vacaciones completas, no tiene primas extra legales, ni las legales y le exigen el horario y ellos cumplen el horario, y atienden con mejor calidez y amor a la comunidad. ¿Por qué? Porque necesitan de su trabajo, porque esa gente cualquier error e indisciplina que comentan en la parte laboral, muy fácil, el empresario sea X ó Y toma las decisiones: usted no mejoró, no acató las instrucciones..., entonces se va”.

En otras ocasiones hay una confusión entre el papel que cumplen las CTA y una empresa de servicios temporales. Pues, a la cooperativa una vez se le solicita una persona con determinado perfil, esta realiza la búsqueda del profesional requerido (proceso de selección) y la institución determina un período de tiempo como prueba para poder evaluar aspectos de interés de la institución (generalmente lo relacionados con la calidad de la atención que ofrece el profesional) y poder definir si el profesional se queda o no en la Empresa. De esta manera el profesional se “ve obligado” a asociarse a la cooperativa para poder acceder al empleo y la CTA cumple así el papel de Empresa de Servicios Temporales -EST¹⁰-.

¹⁰ La empresa de servicios temporales (EST) es aquella que contrata la prestación de servicios con terceros beneficiarios para colaborar temporalmente en el desarrollo de sus actividades, mediante la labor desarrollada por

Esta ambigüedad ha hecho que se produzcan nuevos lineamientos jurídicos para delimitar las funciones de cada figura: CTA y EST.

“El Gobierno Nacional consciente de la importancia que tienen las Cooperativas de Trabajo Asociado (CTA) como instrumento para lograr los propósitos de generación de trabajo, crecimiento económico y generación de riqueza colectiva en Colombia, elabora la presente Circular, con el fin de hacer una precisa distinción entre los servicios que pueden prestar las Empresas de Servicios Temporales (EST) y las Cooperativas de Trabajo Asociado (CTA).” (CIRCULAR CONJUNTA No. 0067)

Ambas figuras, CTA y EST, junto con las Empresas Asociativas de Trabajo – EAT¹¹– son mecanismos de intermediación laboral, de tal manera que las personas así vinculadas no son trabajadores de las entidades o empresas que se benefician de su labor, si no que son asociados.

Además, los asociados se vinculan de manera voluntaria y gozan de los beneficios de asociación, pero también asumen los riesgos de participar de una actividad empresarial, en la cual las pérdidas se deben asumir de manera conjunta.

Para algunas instituciones la conformación de CTA es un mecanismo para “organizar” a los profesionales contratados a “destajo” o a quienes venían prestando servicio por orden de pago, por ello muchas de ellas han apoyado

personas naturales, contratadas directamente por la empresa de servicios temporales, la cual tiene con respecto de éstas el carácter de empleador. Usuario es toda persona natural o jurídica que contrata los servicios de las empresas de servicios temporales. Los trabajadores vinculados a las EST, son de dos categorías: trabajadores de planta y trabajadores en misión. Los trabajadores de planta son los que desarrollan su actividad en las dependencias propias de la EST. Los trabajadores en misión son aquellos que la EST envía a las dependencias de sus usuarios a cumplir la tarea o servicio contratado por éstos (Ley 50/90).

¹¹ Las empresas asociativas de trabajo (EAT) son organizaciones económicas productivas, cuyos asociados aportan su capacidad laboral, por tiempo indefinido y algunos además entregan al servicio de la organización una tecnología o destreza u otros activos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la empresa. Los asociados tienen una relación de carácter típicamente comercial con las empresas asociativas de trabajo. Por tanto, los aportes de carácter laboral no se rigen por las disposiciones del Código Sustantivo del Trabajo, si no por las normas del derecho comercial (Ley 10/91).

administrativamente (capacitación, aspectos locativos y logísticos) la conformación de las cooperativas.

“... lo que se formalizó de alguna forma fue que el grupo de médicos que estaba vinculado por prestación de servicios, hizo una agrupación y se vinculó a una cooperativa de trabajo asociado”.

“Se les planteó de que se agruparan de manera de que no solamente nos facturaran por cada evento quirúrgico y atenciones de urgencia, sino a través de estas asociaciones. Se les dio libertad y toda la asesoría que requirieron, porque el área jurídica nuestra se sentó con todos los grupos de médicos y les explicó cuáles eran los beneficios, es decir las fortalezas y debilidades de cada tipo de organización que podría ser sociedad anónima o CTA y ya ellos de acuerdo a sus evaluaciones escogieron qué hacer.”

– **Por concesionario o mandatario:**

La forma de contratación de concesionario, actualmente denominada de mandatario, corresponde a aquella que se realiza a los profesionales para que presten servicios de salud en locales de las instituciones de salud, alquilados o no, pero donde la institución es dueña de los equipos y del inmobiliario.

Esta forma de contratación ha venido siendo implementada en aquellos servicios de mayor nivel de especialización, los cuales generalmente no son la línea de trabajo fuerte de las instituciones de salud, pero que sí son demandados por los usuarios. El grupo de profesionales o el profesional contratado de esta forma es quien define su horario y es la institución quien le programa los pacientes.

“Los concesionarios son todas personas del sector salud, o sea médicos, bacteriólogos, médicos más que todos, está allí fisioterapeuta, son más que todo servicios que por su nivel de complejidad no le corresponde a la ESE prestar: Nosotros somos una ESE de Nivel 1 y hay servicios de Nivel 2 que no nos corresponden prestar, pero hay gente que demanda ese servicio. Entonces, nosotros para brindar esa oportunidad a la gente hacemos esa concesión, donde la ESE gana un porcentaje. Casi todos están hechos 70-30.

70% para el profesional y 30% para la ESE. La ESE coloca todo lo que es inmobiliario e infraestructura para prestar el servicio, incluida la facturación. Facturamos y nosotros mismos somos los que cobramos la tarifa. O sea, que recaudamos el dinero y ellos, los concesionarios, nos pasan una cuenta de cobro y nosotros les pagamos”.

El aspecto de la productividad en esta forma de contratación está ligado con la forma de pago o remuneración de estos profesionales. Es decir, el profesional recibe sólo de acuerdo a las actividades, procedimientos o pacientes atendidos, previa negociación con la institución.

“Afortunadamente hay mucho compromiso, porque depende de él. Tú ganas más si trabajas más”

Una de las instituciones participantes en el estudio que cuenta con personal dependiente con contrato de trabajo fijo (institucionales) y personal adscrito (contrato por cooperativa o a “destajo”), manifestó así la desventaja para la institución el hecho de no contar con personal con contrato de trabajo fijo:

“Hay una desventaja de tener adscritos, ojalá uno pudiera tener ciento por ciento institucionales. ¿Por qué? porque el médico institucional conoce toda la normatividad de la institución, está concientizado de los costos que hay que ahorrar, de todos los programas que tenemos de ahorro, de todas las normas que hay y se deben de cumplir, mientras el adscrito camina por varias instituciones y le queda muy difícil aprenderse toda la parte operativa y todos los programas que se tienen”.

– “A destajo”:

La forma a “destajo” se caracteriza porque los profesionales son vinculados a las instituciones para que presten servicios generalmente de manera ocasional,

según la demanda y el pago al profesional de la salud se realiza por paciente atendido.

Esta forma es típica en la apertura de nuevos servicios que tienen baja demanda o en los que se está buscando su consolidación. El profesional contratado es responsable de garantizar su propia seguridad social y está sometido a la demanda.

Para los entrevistados la contratación “a destajo” tiende a suprimirse debido a la aparición de las cooperativas, que de alguna manera entran a regular este tipo de contratación.

- **Trabajadores particulares:**

En el sector privado esta forma corresponde al trabajador dependiente con contrato de trabajo fijo (un año y menor de un año) o indefinido, vinculado para la prestación de servicios con demanda fija o demanda variable. Este contrato puede ser verbal o escrito.

La contratación civil por tiempo indefinido tiende a disminuir. Un representante del sector privado así lo explicó:

“... Lo que se han tomado son decisiones, en un determinado momento no hacer más contratos indefinidos, si no hacer contratos fijos y dejar sólo aquellas cosas que sean como muy difíciles de conseguir, profesionales que por su capacitación, que por sus conocimientos se hacen difíciles de conseguir en el medio, a esas personas serían las únicas que por excepción se les realizaría contrato indefinido. Hace aproximadamente dos años o más, no hemos vuelto hacer contratos indefinidos. Son contratos fijos con todas las garantías de ley, con sus vacaciones, con sus prestaciones sociales a las que

tienen derecho, lo único es que el contrato tiene su termino fijo y se renueva anualmente”

Otra institución privada cuenta con personal médico especializado y sub-especializado institucional y adscrito. El institucional se caracteriza por tener un contrato de exclusividad que implica disponibilidad de 24 horas al día todo el año. El adscrito no es de exclusividad, presta servicios en áreas de menor demanda (bajo volumen) y trabaja en otras instituciones.

Las tablas siguientes (tabla 4, 5 y 6) muestran cuales son las formas de contratación por cada categoría profesional. Al respecto se observa que comparando los sectores público y privado, es en el público donde hay mayor contratación a través de cooperativas (43%), siendo las profesionales de trabajo social quienes en mayor porcentaje están vinculadas bajo esta modalidad (56%), seguidas de enfermería (37,67%).

Tabla 4. Distribución según profesión y forma de contratación en el sector público y privado

Forma de contratación	Concesión	Cooperativa	Particular	Servidor público	Total
Profesión					
Bacteriología	1	52	55	38	146
Enfermería	0	110	115	67	292
Fisioterapia	3	22	25	22	72
Medicina	48	317	397	385	1147
Odontología	3	49	105	112	269
Trabajo Social	0	23	5	13	41
TOTAL	55	573	702	637	1967

Tabla 5. Distribución según profesión y forma de contratación en el sector público

Forma de contratación	Concesión	Cooperativa	Servidor público	
Profesión				TOTAL
Bacteriología	1	52	38	91
Enfermería	0	110	67	177
Fisioterapia	3	22	22	47
Medicina	48	286	385	719
Odontología	3	49	112	164
Trabajo Social	0	23	13	36
TOTAL	55	542	637	1234

Tabla 6. Distribución según profesión y forma de contratación en el sector privado

Forma de contratación	Concesión	Cooperativa	Particular	TOTAL
Profesión				
Bacteriología	0	0	55	55
Enfermería	0	0	115	115
Fisioterapia	0	0	25	25
Medicina	0	31	397	428
Odontología	0	0	105	105
Trabajo Social	0	0	5	5
TOTAL	0	31	702	733

A continuación, a manera de ejemplo, se presenta los salarios de 5 de las categorías profesionales en una IPS del sector público que participó en el estudio. Se observa que comparado con el personal contratado por cooperativa quienes están vinculados por nombramiento gozan de mejores ingresos (Tablas 7 y 8). Además, debe considerarse que los nombrados o de planta gozan de dos primas al año. La de junio es por medio sueldo más la doceava parte de la bonificación. La prima de diciembre corresponde a un mes de sueldo. Adicionalmente, cuentan con 15 días hábiles de vacaciones más una bonificación

(quienes tienen un salario de más de \$816.000 reciben una bonificación del 35% y los de menos del 50%).

Los contratados a través de cooperativas, como se expuso anteriormente, no tienen vacaciones remuneradas, ni cesantías, y es sobre el valor de la compensación ordinaria que se realiza la cotización al SGSSS (salud y pensión)

Tabla 7. Ingreso mensual por profesión según forma de contratación por cooperativa (Nómina de junio 2005)

Cargo	Valor básico mensual	Compensación ordinaria	Beneficios sociales	Pagos que no constituyen compensación	Bonificación	Fondo seguridad social y sostenimiento	Total devengado	Aportes	Salud	Pensión	Fondo seguridad social y sostenimiento	Otros descuentos ¹	Total deducido	Neto a pagar
Médico General	2.206.680	763.000	166.487	932.725	148.297	344.468	2.354.977	13.353	30.520	28.613	344.468	-----	416.954	1.938.023
Enfermera	1.597.500	381.500	83.243	935.815	148.297	196.942	1.745.797	13.353	15.260	14.306	196.942	6.000	245.861	1.499.935
Odontólogo	908.445	381.500	83.243	281.212	74.148	162.489	982.593	13.353	15.260	14.306	162.489	6.000	211.409	771.185
Bacterióloga	1.198.125	381.500	83.243	556.408	74.148	176.973	1.272.273	13.353	15.260	14.306	176.973	6.000	225.893	1.046.381
Trabajador Social	1.597.500	763.000	166.487	354.004	148.297	314.009	1.745.797	13.353	30.520	28.613	392.495	6.000	314.009	1.353.302

Tabla 8. Ingreso mensual por profesión* según forma de contratación como servidor público (Nómina de junio 2005)

Cargo	Sueldo	Recargos/ Horas extras	Salud (4%)	Pensión (3,75%)	Fondo solidaridad pensional	Otras deducciones	Neto a pagar
Médico general	2.709.375	957.877	146.690	137.522	36.673	197.256	3.149.111
Enfermera	1.770.450	---	70.818	66.393	17.705	26.770	1.588.765
Odontólogo	1.217.853	---	48.714	45.669	1.218	---	1.122.252
Bacterióloga	1.677.700	---	67.108	62.914	16.777	317.963	1.212.938
Trabajadora social	1.598.634	---	63.945	59.949	15.986	220.564	1.238.190

¹ Incapacidades, permisos, despidos.

* Todos los profesionales son de tiempo completo (8 horas diarias), excepto el odontólogo que trabaja medio tiempo (4 horas diarias).

Cuadro 1
Ventajas y desventajas de las formas de contratación

Forma de contratación	Ventajas	Desventajas
Nombrados o de planta	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estos profesionales son sujetos disciplinables. ✓ Facilidades para dar continuidad al servicio. ✓ Facilidad para la formación y actualización en su campo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Altos costos para las instituciones debido a la carga prestacional. ✓ Desmotivación frente al trabajo. ✓ Rigidez para el profesional porque no puede tener otra alternativa de trabajo (contratos de exclusividad). ✓ Rigidez para la institución en la contratación.
Cooperativa de trabajo asociado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los profesionales están más involucrados y comprometidos en la prestación de los servicios. ✓ Se hace contención de costos debido a que se elimina la carga prestacional. ✓ Mayor posibilidad de ajustar el personal de acuerdo a las demandas de la institución. ✓ Mayor posibilidad de tener el personal de acuerdo a la calidad y al tiempo que la institución lo requiera. ✓ Mayor rapidez en los procesos de ajuste a las formas de trabajo de la organización. ✓ La institución cotiza a las cooperativas y escoge la que le ofrezca mejores condiciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Remuneración inferior a la de los nombrados. ✓ La remuneración es fijada en los estatutos de la cooperativa. ✓ No gozan de prestaciones sociales, ni vacaciones. ✓ No hay estabilidad laboral. ✓ En una misma cooperativa puede haber personal haciendo lo mismo, pero con distinta remuneración. ✓ Se afecta el clima laboral por la inequidad en el ingreso de los profesionales. ✓ La cotización al Sistema de Seguridad Social es inferior a lo que realmente se recibe de compensación (salario). ✓ Se pone en riesgo las garantías para la atención de licencias de maternidad, incapacidades o pensiones. ✓ Existe ambigüedad en la responsabilidad de los errores clínicos o malas prácticas.
Concesión o mandatario	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El profesional perciben mejores ingresos. ✓ No se necesita erogación de parte de la institución. ✓ Cuando se hace por volumen el profesional obtiene mejores ingresos. ✓ No se incurre en costos de personal, sólo en costos fijos de infraestructura. ✓ La institución puede prestar servicios de un nivel superior demandado por la comunidad o a la población del régimen contributivo (no subsidiado ni vinculado que es la misión de la institución). ✓ El profesional tiene mayor libertad (horario y volumen de trabajo). ✓ La institución focaliza en su "negocio" principal. ✓ La institución puede responder rápidamente a las oscilaciones de la demanda de servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre los profesionales se genera menor vínculo con la institución. ✓ Los gastos administrativos los asume el profesional.
"A destajo"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El profesional tiene la posibilidad de trabajar en distintas instituciones (facilita el pluriempleo) y posiblemente mayores ingresos económicos. ✓ Para la institución es útil esta forma cuando está probando su capacidad para prestar nuevos servicios. ✓ Para la institución es útil esta forma para prestar servicios con baja demanda. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminuye la continuidad de la atención. ✓ Los profesionales no reciben un salario mensual fijo. Los ingresos se reciben de acuerdo a la demanda atendida (Pago por paciente atendido, según tarifas prefijadas).

Fuente: Estudio de caso, Cali 2005. Análisis de las percepciones de los entrevistados.

5.4 Modalidades de remuneración:

Fueron reportadas dos tipos de remuneración, las cuales están relacionadas con las formas de contratación:

- a). Producto o resultado: Se caracteriza por el pago por paciente atendido o por procedimiento individual realizado o por el pago por paquete de servicios prestado a un colectivo de pacientes.
- b). Tiempo: Corresponde al pago por horas de servicios trabajadas, que se remunera con un salario al final de un período de tiempo (15 o 30 días de trabajo).

La primera modalidad de remuneración se ha establecido para el personal profesional que está vinculado por cooperativa, a “destajo” o concesionario. La segunda para quienes son servidores públicos (sector público), trabajadores dependientes con contrato definido (sector privado), y, en algunos casos, para quienes están contratados por cooperativa (sector público y privado).

Las formas de contratación, además, están relacionadas con las características de los servicios que las instituciones de salud prestan. Es decir, por ejemplo servicios quirúrgicos, de laboratorio o imágenes diagnósticas son más factibles de responder a la remuneración tipo producto o resultado y, por lo tanto, la contratación se hace por concesionario o “a destajo”.

Para el caso de los profesionales contratados a través de cooperativa, se encontró que no necesariamente en la remuneración tipo tiempo se les reconoce el mismo valor económico de aquellos que están nombrados. Incluso los de cooperativa, en

algunos casos, tienen mayores exigencias de productividad que las otras formas de contratación. Por ejemplo, a los de cooperativa, en algunas instituciones de salud, se les exige la atención de un mayor número de pacientes por hora.

Bajo la remuneración por producto los profesionales están a disponibilidad de la demanda y algunas veces están sometidos al pago oportuno o no que la aseguradora o la administradora realice, asumiendo los riesgos, incluso, de la relación comercial entre las instituciones:

“Los médicos quirúrgicos y las disponibilidades de urgencias, ellos están disponibles, ellos hacen turnos y las disponibilidades de urgencias, a ellos también se les paga por eventos; ah me llamaron 3 veces, 3 veces se paga la interconsulta”.

“Todos los médicos, sea institucional o adscrito, están vinculados bajo un contrato de prestación de servicios, se les paga por honorarios. El médico factura las consultas que haga o las cirugías que realice. La institución a su vez factura a la aseguradora tanto sus derechos como los honorarios médicos, y al profesional se le paga una vez se recaude”.

“Si no hay recaudos o si se quebró la entidad, o entró en un concordato, o hubo que castigar toda esa cartera, perdemos todos.”

Algunos entrevistados remunerados por tiempo cuestionan la modalidad de remuneración por producto, así:

“A la que se paga por paciente atendido, eso ya está convirtiendo la profesión como en un negocio, como entre más venda, más gano, entonces eso va a llevar al profesional, personalmente pienso, a ver cantidad, más yo cuestionaría la calidad, porque tienen que hacer es montón para poder recibir más dinero. Uno tiene un tiempo determinado de horas contratadas y en ese tiempo un número de pacientes por ver, entonces no es ese afán para ganar más, vea o no vea, mi salario es el mismo mensual.

Para los usuarios lo que debe primar en la oferta de servicios de salud es su oportunidad, o sea que para contar con profesionales que garanticen el servicio

cuando se demande, sólo es posible cuando éste está en la institución de salud de manera permanente (remuneración por tiempo).

“Como usuarios obviamente nos interesa la oportunidad del servicio, que sea cual sea cuando vamos a solicitar el servicio de salud este ahí el profesional, en el momento de requerirlo (...) Vea o no vea pacientes, entonces voy a tener esa tranquilidad de que cuando me lleguen los pacientes los voy a atender con el debido tiempo, tranquilo, puedo utilizar todo mi conocimiento y experiencia y que ese paciente se me vaya bien”.

La tabla 7 muestra las modalidades de contratación según profesión, donde sólo enfermería y trabajo social son las únicas que aún mantienen la remuneración por tiempo, lo cual puede ser debido a las características de sus procesos de trabajo.

Tabla 7. Distribución según profesión y modalidad de remuneración

Remuneración Profesión	Producto/Resultado	Tiempo	TOTAL
Bacteriología	1	145	146
Enfermería	0	292	292
Fisioterapia	3	69	72
Medicina	114	1033	1147
Odontología	3	266	269
Trabajo Social	0	41	41
TOTAL	121	1846	1967

Cuadro 2
Modalidades de remuneración

Modalidad	Características
Pago por el conjunto de servicios prestados (Producto/resultado)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La institución de salud no es responsable por la carga administrativa de la prestación del servicio, ni por los riesgos que dicha prestación implica. ✓ En el sector público la Empresa Social del Estado capta los pacientes de la periferia. ✓ Es una modalidad nueva, por ejemplo se está impulsando para un servicio de cirugías y gafas para 200 personas. ✓ Un porcentaje del valor de la atención se destina a la administración.
Pago por paciente atendido o por procedimiento realizado (Producto/resultado)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alta productividad. ✓ Un porcentaje del valor de la atención se destina a la administración ✓ Mayor motivación individual por la relación producción- remuneración. ✓ Favorece el multi-empleo. ✓ En general, requiere la disponibilidad del profesional para responder a la demanda. ✓ Los requerimientos de productividad puede ir en detrimento de la calidad.
Pago por tiempo de permanencia en la institución con salario fijo (Tiempo)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Es necesario establecer metas de productividad. ✓ Hay dificultades para garantizar la presencia de los nombrados en la institución durante el tiempo diario de contratación (sector público).

5.5 Incentivos:

Respecto a los incentivos implementados sólo fueron encontrados los indirectos, referidos al impulso a la capacitación según desempeño de los profesionales; en el apoyo económico para la realización de estudios en el exterior, que contempla la contraprestación de trabajo por el doble de tiempo de duración de los estudios al regreso al país; el reconocimiento público de acuerdo al desempeño (entrega de placas o certificados de exaltación de la labor desarrollada) y; permisos remunerados para la asistencia a eventos académicos una vez al año.

“... en los años pasados aquellas personas que han tenido los máximos puntajes han tenido premiación y premiación con reconocimiento, placa”

“Todos los profesionales, nosotros tenemos por política que todos los profesionales tienen derecho a un permiso en el año para ir a un congreso, permiso que no es descontado de la nomina, es decir no es una licencia”.

Para el caso del sector público los incentivos sólo se pueden aplicar al personal nombrado; sin embargo, los referidos a la capacitación las instituciones los implementan para todos los profesionales, independiente de la forma de contratación.

Para los usuarios el tema de los incentivos debería estar principalmente relacionado con la equidad o el mejoramiento de las condiciones laborales y con la productividad. Así lo expresó un entrevistado (representante de la comunidad a una Junta Directiva de una institución de salud):

“... una de las formas de incentivarlos (a los trabajadores) primero debe ser acabar con las odiosas discriminaciones salariales, otra es acabar con las odiosas discriminaciones contractuales, yo pienso que por ahí debe empezar cuando se habla de incentivos y después sí, bueno de acuerdo ya al trabajo desempeñado, y

de acuerdo suena esa palabra odiosa, pero vamos a emplearla, a la productividad, reconocerles ya sea monetaria o en cuestión de crecimiento profesional”

En general, las instituciones participantes en el estudio reconocen que el asunto de los incentivos aún está insuficientemente abordado.

Cuadro 3
Tipos de incentivos por institución

Incentivo	IPS
<ul style="list-style-type: none">• Capacitación	5 públicas 1 privada
<ul style="list-style-type: none">• Apoyo económico (Estudios en el exterior)	1 privada
<ul style="list-style-type: none">• Reconocimiento público	10 instituciones
<ul style="list-style-type: none">• Permiso remunerado anual (Asistencia a eventos académicos)	1 privada

5.6 Calidad

Para el conjunto de entrevistados (comunidad, profesionales y personal directivo) la puesta en marcha de distintas formas de contratación o modalidades de remuneración no afecta la calidad de la relación médico- paciente que se da en la prestación de los servicios que reciben los usuarios. Al parecer, prima el principio de la ética profesional.

Por lo tanto, suponen que para el usuario no es posible identificar las condiciones laborales (formas de contratación, modalidades de remuneración e incentivos) bajo las cuales están los profesionales que les atienden.

“El usuario no debe percibir diferenciación alguna. El usuario debe percibir el servicio de calidad que nosotros damos, el usuario transparentemente no se dará cuenta si éste (profesional) es una persona vinculado por una cooperativa o laboralmente, porque la calidad esperada es la misma siempre. Entonces, el

usuario no debe percibir diferenciación... porque la calidad que debe recibir el usuario es la misma por cualquier tipo de vinculación”

Específicamente, los representantes de los usuarios entrevistados y algunos trabajadores expresaron no conocer las condiciones laborales en las que se encontraban los funcionarios de las instituciones a las que pertenecen o las características de los contratos del personal que está vinculado en una forma distinta a la de planta o nombramiento.

Sin embargo, dos entrevistados mostraron su discrepancia e indicaron claramente que las condiciones contractuales sí afectan la calidad de los servicios, teniendo en cuenta que la inseguridad en el empleo (el miedo a perder el trabajo) parece estar mediando el desempeño profesional.

“Pero contrario a la teoría, la supuesta teoría es que uno debería suponer que los que están de planta, el usuario debería sentirse más satisfecho y mejor atendido. Pero quizás cuando uno mira la realidad de estos tres personajes que estamos hablando tres vinculaciones (cooperado, asociado y nombrado), los más satisfechos son los que salen con asociado. Eso llama mucho la atención, porque da la impresión que atienden mejor en cuanto a la parte humana, trato, cortesía y demás, los asociados, indudablemente, que los otros tipos de vinculación...”

A su vez reconocen que la estabilidad permitiría un mejor seguimiento:

“Uno asegura más calidad con los médicos institucionales, porque uno los está formando, les puede hacer un mayor seguimiento. Un médico institucional, acá por ejemplo, es obligación responderle el beeper a un paciente, puede ser una falta grave no contestar un beeper, mientras que a un adscrito no lo podemos controlar. Un institucional, llega un paciente a urgencias a las 3 de la mañana, cirujano de cualquier especialidad y todos tienen que ir, tienen 15 minutos. Un adscrito es muy trabajoso poderlo obligar a que responda”.

5.7 Relaciones colectivas de trabajo

Las relaciones colectivas de trabajo tienen que ver con el ejercicio del derecho colectivo de trabajo, el cual está integrado por las instituciones básicas de: asociación (derecho a la sindicalización), contratación colectiva (derecho a negociar y suscribir convenciones colectivas de trabajo) y huelga (derecho a paralizar las actividades como mecanismo de presión frente a un conflicto colectivo de trabajo).

La Constitución de 1991 desde su preámbulo establece el trabajo como elemento fundamental para garantizar un orden político, económico y social justo. En el artículo 1º declara que Colombia es un Estado social de derecho. Así mismo, en

los artículos 25¹², 38¹³, 39¹⁴, 53¹⁵, 55¹⁶, 56¹⁷ y 57¹⁸ eleva a canon constitucional los principios mínimos fundamentales y las principales instituciones colectivas del derecho del trabajo: asociación, contratación colectiva y huelga, que antes solamente habían tenido desarrollo legal.

- Sindicalización:

En Colombia el derecho a la libre asociación para defender los intereses está garantizado y protegido en el Código Penal, el Código Sustantivo del Trabajo y la Ley 50 de 1990. En el Código Sustantivo del Trabajo, artículo 356, subrogado por la Ley 50 de 1990, Art. 40, se determina la clasificación de los sindicatos en

¹² ART. 25.- El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.

¹³ ART. 38.- Se garantiza el derecho de libre asociación para el desarrollo de las distintas actividades que las personas realizan en sociedad.

¹⁴ ART. 39.- Los trabajadores y empleadores tienen derecho a constituir sindicatos o asociaciones, si intervención del Estado. Su reconocimiento jurídico se producirá con la simple inscripción del acta de constitución. La estructura interna y funcionamiento de los sindicatos y organizaciones sociales y gremiales se sujetarán al orden legal y a los principios democráticos. La cancelación o suspensión de la personería jurídica sólo procede por vía judicial. Se reconoce a los representantes sindicales el fuero y las demás garantías necesarias para el cumplimiento de su gestión. No gozan del derecho de asociación sindical los miembros de la fuerza pública.

¹⁵ ART. 53.- El Congreso expedirá el estatuto del trabajo. La ley correspondiente tendrá en cuenta por los menos los siguientes principios mínimos fundamentales: Igualdad de oportunidades para los trabajadores; remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo; estabilidad en el empleo; irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en las normas legales; facultades para transigir y conciliar sobre derechos inciertos y discutibles; situación más favorable al trabajador en caso de duda en la aplicación e interpretación de las fuentes formales de derecho; primacía de la realidad sobre las formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales; garantía a la seguridad social, la capacitación, el adiestramiento y el descanso necesario; protección especial a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad.

El Estado garantiza el derecho al pago oportuno y al reajuste periódico de las pensiones legales. Los convenios internacionales de trabajo debidamente ratificados hacen parte de la legislación interna. La ley, los contratos, los acuerdos y convenios de trabajo no pueden menoscabar la libertad, la dignidad humana ni los derechos de los trabajadores.

¹⁶ ART. 55.- Se garantiza el derecho de negociación colectiva para regular las relaciones laborales, con las excepciones que señale la ley. Es deber del Estado promover la concertación y los demás medios para la solución pacífica de los conflictos colectivos de trabajo.

¹⁷ ART. 56.- Se garantiza el derecho de huelga, salvo en los servicios públicos esenciales definidos por el legislador. La ley reglamentará este derecho. Una comisión permanente integrada por el Gobierno, por representantes de los empleadores y de los trabajadores, fomentará las buenas relaciones laborales, contribuirá a la solución de los conflictos colectivos de trabajo y concertará las políticas salariales y laborales. La ley reglamentará su composición y funcionamiento.

¹⁸ ART. 57.- La ley podrá establecer los estímulos y los medios para que los trabajadores participen en la gestión de las empresas.

de EMPRESA, de INDUSTRIA, GREMIALES y de OFICIOS VARIOS, definiéndolos así:

“a) De empresa, si están formados por individuos de varias profesiones, oficios o especialidades, que prestan sus servicios en una misma empresa, establecimiento o institución;

b) De industria o por rama de actividad económica, si están formados por individuos que prestan sus servicios en varias empresas de la misma industria o rama de actividad económica;

c) Gremiales, si están formados por individuos de una misma profesión, oficio o especialidad, y

d) De oficios varios, si están formados por trabajadores de diversas profesiones, disímiles e inconexas. Estos últimos sólo pueden formarse en los lugares donde no haya trabajadores de una misma actividad, profesión u oficio en número mínimo requerido para formar uno gremial, y sólo mientras subsista esta circunstancia.”

Además, en el artículo 417 del Código Sustantivo del Trabajo y la Ley 26/76, art. 5º, Convenio 87 de la OIT, se establece el derecho a formar federaciones y confederaciones, indicando que:

“ART. 5º- Las organizaciones de trabajadores y de empleadores tienen el derecho de constituir federaciones y confederaciones, así como el de afiliarse a las mismas, y toda organización, federación o confederación tiene el derecho a afiliarse a organizaciones internacionales de trabajadores y de empleadores.”

El sindicato tipo en Colombia es el sindicato de empresa (también llamado de base), limitado en su capacidad de convocatoria y negociación y circunscrito al ámbito de una empresa.

En el sector salud tiene mejor expresión el sindicato gremial (asociación de médicos, enfermeras, auxiliares de servicios asistenciales, odontólogos, etc.), debido a que tienen cobertura más amplia, pues no se restringen al ámbito de una

empresa o institución y pueden desarrollar su acción sindical por rama de servicios. Como ejemplos tenemos a la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia –ANEC, Asociación Sindical de Médicos –ASMEDAS y como sindicato de Empresa, al recientemente constituido Sindicato Nacional de Trabajadores de la Seguridad Social –SINTRASEGURIDAD SOCIAL.

Los empleadores y el Estado han privilegiado las negociaciones de los pliegos con los sindicatos de empresa y, excepcionalmente, con los de industria cuando éstos legalmente logran el predominio para adelantar la negociación colectiva. Las organizaciones de gremio o industria deben agrupar a más del 50% de los trabajadores de la empresa para poder negociar colectivamente.

Sin embargo, los trabajadores reconocen ampliamente que la negociación por empresa es obsoleta, y que la alternativa es impulsar el desarrollo de los sindicatos por rama económica, por servicios o industria, para establecer acuerdos por tipo de industria, cubrir un mayor número de trabajadores y facilitar la negociación directa.

Hubo consenso entre los entrevistados que la normatividad nacional es “generosa”, en términos legales, en garantizar el derecho a la asociación, pero que en la práctica existen subterfugios que limitan este derecho.

Por ello, dos fenómenos fueron señalados por los entrevistados respecto a las condiciones en que se ejerce el derecho a la asociación en el país: la violencia política y otros mecanismos velados que se impulsan para restringir este derecho.

Al respecto, las cifras de asesinatos de personas vinculadas a la actividad sindical, han revelado como esta actividad no está exenta de riesgo debido al conflicto político que atraviesa hace largos años el país. El Ministerio de la Protección Social advirtió que en el año 2002 fueron asesinados 120 sindicalistas y en el 2003 la cifra fue de 53. Cifras similares han sido reportadas por el Ministerio de Defensa quien reportó 121 y 52 asesinatos de sindicalistas para 2002 y 2003, respectivamente.

A su vez la Escuela Nacional Sindical reportó que entre el período de 1 de enero – 31 de julio de 2003 se presentaron, además, 121 amenazas de muerte, 15 atentados contra la integridad física, 26 detenciones y 7 allanamientos en domicilios y sedes sindicales.

Adicionalmente, en el sector público de la salud se ha encontrado que los procesos de transformación de las instituciones rompen la unidad de empresa (división en varias Empresas Sociales del Estado), lo cual ha provocado la desafiliación del personal de salud de los sindicatos ya constituidos, debido a que en la nueva figura jurídica (empresas) sólo tendrían cabida nuevas organizaciones de empresa o de gremio. Por lo tanto, los sindicatos de empresa son lo que más se han afectado con la transformación en el sector público.

Sin embargo, dado el reflujó y desgaste del movimiento sindical local en el sector salud, se ha expresado que difícilmente se crearían sindicatos por cada nueva empresa y lo que se ha visto es la afectación de los sindicatos de empresa (de base) por la desafiliación, como resultado de la transformación de las instituciones de salud.

“...Cualquiera esperaría que se creara un sindicato por ESE (Empresa Social del Estado), ya que como la tendencia cultural de los trabajadores es, no tengo

sindicato pues vamos a crear uno. Pero con una participación mínima, uno se da cuenta que un promedio de empleados por ESE es de 250 a 250, la capacidad de convocatoria de los afiliados sindicales y líderes sindicales es mínima, y la participación consciente de los trabajadores en estos juegos de agrupación es mínima. El trabajador se agrupa cuando siente una necesidad urgente o siente sus intereses demasiado vulnerados, están muy expuestos y busca una protección, pero no tiene un sentido instintivo de asociación, para nada.”

De la misma manera los contratos de trabajo a tiempo definido, por períodos cortos; la incertidumbre y el miedo al despido y; la intermediación de las Cooperativas de Trabajo Asociado, están impactando la organización de los trabajadores del sector de la salud.

“Empieza la flexibilización laboral, empieza los despidos de las compañeras, se rompe el vínculo de trabajo. Ese vínculo que es el contrato de trabajo se empieza a romper. Entonces, quedamos en una franja las enfermeras posesionadas, en el Seguro Social y en las instituciones de la salud, y entonces empieza a llegar el grupo que se inicia como contratistas, que eran contratos temporales, resistimos y peleamos hasta el último instante la vinculación de la gente. A través de estos contratos, se nos crean las cooperativas de trabajo asociado y eso acaba de desbaratar toda nuestra estructura, porque es que ese rompimiento del contrato de trabajo, rompe por completo la condición de trabajador”.

A su vez, en el sector privado existe una clara negativa para permitir la afiliación de los profesionales a los sindicatos, y se reconoce que no es necesaria su existencia.

Además, pareciera ser que los mecanismos de búsqueda del consentimiento de los trabajadores para obtener el consenso, especialmente en el sector privado, pueden transformarse en una estrategia para desmotivar la afiliación sindical, dado que se ha consultado o convocado a los profesionales a participar en las decisiones relacionadas con los procesos de cambio impulsados para la contención de costos en las instituciones.

“Porque hemos vivido como en la empresa privada no les permiten. Son abiertos en decirles: aquí no, no recibimos organizaciones, no recibimos sindicatos y a las enfermeras le dicen que ellas no deben afiliarse a las organizaciones sindicales.”

En resumen, se puede expresar que existe un proceso de desmovilización y desgaste sindical local en el sector salud como reflejo de un conjunto de factores estructurales y coyunturales en distintos ámbitos (locales, nacionales e internacionales). Frente a ello, la directriz nacional o la apuesta de los trabajadores es constituir sindicatos de industria, para superar la fragmentación sindical¹⁹ y hacerle frente u oposición a la situación actual.

- Negociación colectiva

En Colombia el derecho a la negociación colectiva, como medio para regular las relaciones laborales, está soportado en el artículo 55 de la Constitución Política Nacional. Esta negociación se expresa en tres mecanismos regulados: la convención colectiva, el pacto colectivo y el contrato sindical.

La convención colectiva se celebra entre uno o varios empleadores o asociaciones patronales, y uno varios sindicatos o federaciones sindicales de trabajadores, con el fin de establecer las condiciones de los contratos de trabajo y las condiciones generales de trabajo. Las solicitudes de los trabajadores son presentadas en un pliego de peticiones.

El pacto colectivo corresponde a los acuerdos que se dan entre empleados y trabajadores no sindicalizados. Sin embargo cuando un sindicato agrupe más de

¹⁹ Actualmente existen constituidas tres Centrales Obreras, 6 sindicatos en la Secretaría de Salud Pública Municipal, 10 agremiaciones y un sindicato de empresa.

la tercera parte de los trabajadores de una empresa, no se pueden realizar pactos colectivos.

El contrato sindical, según el artículo 482 del Código Sustantivo del Trabajo, es aquel que se celebra uno o varios sindicatos de trabajadores con uno o varios empleadores para la prestación de servicios o la ejecución de una obra por medio de sus afiliados.

En el sector de los empleados públicos encontramos que si bien es cierto está protegido y reglamentado el derecho a la asociación (derecho a afiliarse a sindicatos) y constitucionalmente existe la posibilidad de ejercer el derecho a la negociación, como se deduce del enunciado del artículo 55 de la Constitución Política Nacional, este grupo de trabajadores no tienen acceso a la contratación colectiva, como si lo pueden tener y ejercen legalmente los trabajadores oficiales y los particulares.

Se puede afirmar que los empleados públicos tienen el derecho a la negociación colectiva, pero no han ganado el derecho a la contratación colectiva y, en consecuencia, no se suscribe ni se aplica en este sector la convención colectiva de trabajo. Estos servidores públicos no pueden presentar pliegos de peticiones, pero si solicitudes o peticiones respetuosas.

En el sector público con los trabajadores oficiales o en el sector privado con los trabajadores particulares, la solución de los conflictos de naturaleza económica no se hace por la vía de la negociación directa de los pliegos de peticiones y menos bajo la presión de la huelga, sino por medio de los Tribunales de Arbitramento obligatorios. Esto muestra un debilitamiento de las posibilidades de ejercicio efectivo del derecho de asociación y de la negociación colectiva.

Los Tribunales de Arbitramento han sido implementados para solucionar los conflictos colectivos que surgen en los servicios públicos (Decreto 2350/44 y Ley 6 de 1945). Posteriormente, el Decreto 2351/65, amplía la competencia de los Tribunales cuando los trabajadores optaren por ellos en lugar de la huelga. El Decreto 939/66, prevé la convocatoria del Tribunal de Arbitramento obligatorio cuando una huelga dura más de 40 días y la Ley 50/90, Art.63, numeral 4, aumentó a 60 días el término de huelga para dar paso al Tribunal de Arbitramento obligatorio.

Esta figura de los Tribunales de Arbitramento por su composición y esencia, que se constituye en una limitación al pleno derecho de asociación y contratación colectiva, no ha sido una garantía de respeto de los derechos de los trabajadores y se ha desprestigiado de tal manera, que desde el 2003 los sindicatos no presentan pliegos de peticiones y evitan esta solución al conflicto colectivo, no denunciando la convención colectiva de trabajo y prefieren la prórroga sucesiva de ésta, para no perder los derechos adquiridos o ganados en la negociación directa o la huelga que les ha significado largos años de lucha gremial.

La anterior Viceministra de la Protección Social, Doctora Luz Stella Arango, señaló que existen problemas formales en la convocatoria y funcionamiento de los Tribunales de Arbitramento y, entre otros aspectos, indicó que:

"El Gobierno es consciente de que, en principio, su intervención en los conflictos laborales colectivos produce la radicalización de posiciones de trabajadores y empleadores. El ideal es que tanto los empresarios como los trabajadores entiendan que la mejor vía es la conciliación y la concertación (...) Hay que trabajarle al tema de los tribunales de arbitramento para volverlos más operativos. Desde hace tiempo, pienso que les falta más reglamentación".

- Huelga

Los medios de solución de los conflictos laborales de tipo colectivo en Colombia son:

Arreglo o pacto directo: entre las partes involucradas sin la participación del Estado o de otro tercero.

La mediación o conciliación: Intervención de uno o varios terceros que contribuyan a la solución.

El arbitraje: Decisión que se toma en la mediación o conciliación para llegar a la solución del conflicto. Por lo tanto, los resultados del arbitraje son la solución del conflicto.

La jurisdicción ordinaria: la vinculación de la justicia ordinaria del trabajo en la solución del conflicto.

Además, *la huelga y el paro patronal* también son mecanismos para la solución de los conflictos colectivos.

El derecho de huelga en los servicios públicos, está definido en el artículo 56 de la Constitución Nacional, así:

*“ART. 56.- Se garantiza el derecho de huelga, salvo en los servicios públicos esenciales definidos por el legislador.
La ley reglamentará este derecho...”*

Específicamente, en relación con el servicio público de la salud, el legislador al expedir la Ley 100 de 1993, Art. 4º, definió:

*“ART. 4º - **Del servicio público de la seguridad social.** La seguridad social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley.*

Este servicio público es esencial en lo relacionado con el sistema general de seguridad social en salud. Con respecto al sistema general de pensiones es esencial sólo en aquellas actividades directamente vinculadas al reconocimiento y pago de las pensiones.”

Sin embargo, Armando Novoa García, experto en derecho laboral y constitucional, considera que:

“Al Congreso y a los gobiernos “postconstituyentes” les ha faltado interés en el tema. La ausencia de reglamentación ha sumido a la huelga en los servicios públicos en el riesgo de convertirla en un problema de orden público y no en un asunto de discusión de la legislación social (...). (Es) fundamental reglamentar la diferencia entre servicio público y servicio público esencial, porque las restricciones de un derecho deben ser interpretadas de manera excepcional o restrictiva y no se debe identificar mecánicamente el primero con el segundo...Hay un debate que aún no termina en torno a qué es un servicio público esencial. La OIT habla de servicios esenciales a la comunidad y cuya interrupción pone en grave peligro la vida, la seguridad de una persona o la salud de todos o de parte de la población”. (Revista Actualidad laboral y seguridad social No. 124)

La Ley 50 de 1990, en el campo del derecho colectivo, es restrictiva del derecho de asociación sindical: exige que la votación de la huelga sea personal e indelegable, pone término para efectuar la huelga y cuando ésta se prolongue por más de 60 días impone el Tribunal de Arbitramento obligatorio (Art. 61, 62 y 63).

Adicionalmente, el requisito de inscribir los sindicatos en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (actualmente Ministerio de la Protección Social) enrarece la acción sindical con papeleos burocráticos (Arts. 45, 46, 47, 48,49 y 50). Respecto al fuero sindical, se establece una limitación en cuanto al número de sindicalistas amparados, pues establece que sólo el sindicato mayoritario

podrá tener comisión de reclamos (Art.57) y concede al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (actualmente Ministerio de la Protección Social) la facultad de ordenar el Tribunal de Arbitramento Obligatorio, pasados sesenta días de iniciada la huelga (Art.63-numeral 4).

A nivel nacional ha habido momentos claves de actividad sindical y mecanismos estatales para reprimir esta actividad. Por ejemplo, el paro cívico nacional del 14 de septiembre de 1977, que es situado por los dirigentes del movimiento obrero y por la mayoría de los cronistas como la más significativa e importante movilización de los trabajadores y los pobladores en el país.

El paro nacional de septiembre produjo cambios importantes dentro de la acción obrera y quizás la más significativa fue que en él se da por primera vez en la historia del país, la articulación entre las cuatro centrales obreras y algunas fracciones del sindicalismo independiente. El pliego único presentado se puede resumir así:

1. Aumento general de salarios en un 50%;
2. Congelación de precios y de tarifas de servicios públicos;
3. Levantamiento del Estado de Sitio;
4. Reapertura y desmilitarización de las universidades;
5. Plenos derechos sindicales para los trabajadores al servicio del Estado (aplicación inmediata de las leyes 26 y 27 de 1976, que ratificaron los convenios 87 y 98 de la OIT, de 1948 Y 1949, respectivamente);
6. Entrega de tierras a los campesinos y cese de la represión en el campo;
7. Jornada laboral de ocho horas y salario básico para los trabajadores del transporte
8. Abolición de los decretos de reestructuración del ISS (expedidos después de la huelga de los trabajadores del Instituto de Seguro Social –ISS– en 1976).

En el sector salud específicamente se resalta la huelga nacional en 1976 frente a la reestructuración del ISS en el gobierno de López Michelsen.

La vigencia casi permanente del Estado de Sitio facilitaba el control de la actividad sindical, la cual hubiera sido legal en tiempos de normalidad jurídica. Además, el Estatuto de Seguridad expedido por el Presidente Julio César Turbay Ayala en septiembre 6 de 1978 y la aplicación del artículo 28 de la Constitución Nacional, que autorizaba al gobierno a retener sin previa orden judicial a las personas que considerara peligrosas, marcaron el comienzo de otra etapa de represión a la protesta popular.

En la década de los ochenta, por el aumento de la represión y la violación de los derechos humanos, las huelgas fueron de protesta política, por el derecho a la vida, por violación de las normas laborales y cláusulas convencionales y en última medida por negociación de pliegos de peticiones.

La acción obrera fue defensiva y encaminada a proteger el derecho a la vida y condiciones mínimas de legalidad para ejercer la actividad sindical. Así, los paros nacionales de 1981, 1985 y 1988 se dan en este marco de referencia y agravados por la política económica. Estas movilizaciones obreras y su fracaso también reflejan los conflictos internos y la crisis del movimiento obrero.

En noviembre de 1986 surge la Central Unitaria de los Trabajadores (CUT), que reunió a la mayoría de los trabajadores sindicalizados y a diversas tendencias políticas; es decir, que se concentró en dos centrales las dos terceras partes de los afiliados. Si bien es cierto que la protesta popular había disminuido por la represión como efecto inmediato del Estatuto de Seguridad hubo, sin embargo,

un repunte en la acción sindical a finales de la década, pero no con la dimensión y dinámica de finales de los años setenta.

Por ejemplo, el paro nacional de 1988, fue parcial y sólo paralizó el 25% de la actividad laboral en el país. Desde la preparación del paro el gobierno aplicó la estrategia de la militarización del conflicto laboral, vinculando el paro a las acciones guerrilleras. Este paro sirvió como termómetro para que el gobierno midiera la fuerza del movimiento obrero, así frente a poca oposición sindical se logró implementar la reforma de 1990 de manera expedita, sin mucha resistencia.

Los trabajadores de la salud en el sector privado, han contado con una precaria organización sindical, que no ha trascendido a la negociación colectiva o a la huelga, debido a su vinculación mayoritaria a pequeñas unidades de servicios como hospitales, clínica y consultorios.

Finalmente, respecto a los derechos colectivos de trabajo, la exploración realizada en el sector salud en la ciudad de Cali, muestra tres aspectos destacables. El primero se refiere al retroceso del movimiento sindical en el ámbito local, nacional e internacional. El segundo, a los impactos que las nuevas formas de contratación están teniendo sobre los derechos de los trabajadores del sector salud y; el tercero a las propuestas de los trabajadores.

En el ámbito local y nacional las transformaciones en el mundo del trabajo, se realizaron en momentos de reflujo de las organizaciones sindicales y desgaste de sus estrategias de movilización (el paro o la huelga, por ejemplo) y de represión a su accionar.

Al parecer, una vez ocurrida las transformaciones, las organizaciones sindicales han perdido su “objeto” de intervención; es decir, el rompimiento de los pactos contractuales en la búsqueda de equilibrio en la relación capital-trabajo, ha hecho que las organizaciones en la actualidad estén explorando nuevas estrategias que les permitan no sólo recuperar lo perdido, si no también re-pensar hacia dónde orientar sus intervenciones. Así lo expresó un representante de una organización sindical de la ciudad:

“Yo creo que de alguna manera las organizaciones sindicales nos preparamos para luchar por la reivindicaciones laborales. Entonces cuando desaparecen, digámoslo así, las reivindicaciones laborales; es decir, cuando el Estado no solamente flexibiliza la parte de contratación sino también flexibiliza las garantías; aparece una nueva jornada laboral, entra a desconocer lo extralegal, las primas de antigüedad, las primas técnicas, ya toda esa serie de garantías laborales por la cual luchamos y nos preparamos todo el tiempo. El Estado empieza a crear una nueva legislación y nos va quitando a nosotros radio de acción, y yo digo nosotros no nos preparamos para enfrentar esa lucha.”

Adicionalmente, se señaló que parte de los procesos de “crisis sindical” están relacionados con la visión endógena que han tenido las organizaciones de los trabajadores, en la cual poco se ha vinculado a los usuarios de los servicios de salud y, por lo tanto, con haber centrado su lucha en los aspectos relacionados con “la clase que vive del trabajo” y no en asuntos macro que convocarán a la población en general.

“(…) Fue que no contamos con nuestro objeto de trabajo. ¿Que era cuál? las personas usuarias de los servicios. No trabajamos al usuario del servicio”.

Entre las respuesta que las organizaciones sindicales están proponiendo ante la situación actual están la de la conformación de sindicatos de empresa (la creación del sindicato nacional de la Seguridad Social es un ejemplo de ello), la articulación con las organizaciones comunitarias o con los usuarios de los

servicios de salud, la vinculación con procesos sociales del ámbito nacional y la articulación de los sindicatos para acabar con la fragmentación existente.

6. Conclusiones

Fueron explorados aspectos claves de las relaciones laborales individuales y colectivas en el sector salud en la ciudad de Cali. En general, se encontró que son los nuevos profesionales que se vinculan al mercado laboral quienes se están viendo afectados por las transformaciones en el mundo del trabajo.

Dichas transformaciones están enmarcadas en los procesos de reestructuración productiva, neoliberalismo y globalización, los cuales buscan establecer un nuevo modelo de regulación denominado flexibilización. Estos procesos que emergieron en los años 70 en los países centrales, se manifiestan en los años 90 en los países periféricos.

El nuevo modelo busca romper la relativa protección con la que contaban los trabajadores. El personal “antiguo” de la salud, que permanece aún vinculada a las instituciones de salud, ha logrado mantener las garantías laborales

alcanzadas: los principios del contrato laboral, la remuneración por tiempo, la estabilidad y la continuidad en el empleo.

Los “nuevos” se están enfrentando a los ajustes propuestos por la flexibilización laboral: disminución del salario de base y aumento del salario variable, *tercerización* de la relación laboral, inestabilidad en el empleo, contratación temporal y pérdida o disminución de las garantías laborales.

Se encontró un creciente aumento de formas de vinculación no laborales con la figura de la contratación civil, comercial, administrativa o de prestación de servicios y, en los últimos años, un aumento del uso de la intermediación contractual a través de las cooperativas.

Contratos de empleo flexible, referidos al impacto de la reforma sectorial en la práctica de la enfermería, ya han sido reportados por otro estudio realizado en Argentina, Colombia, Brasil, Estados Unidos y México (Guevara, 2002), aunque no fue relacionado con las reformas laborales puestas en marcha, si no sólo como consecuencia de las iniciativas de reforma sectorial.

Otro estudio en Brasil muestra que la variedad de formas de contratación implementadas en el Sistema Único de Salud-SUS, están ligadas a procesos de ampliación de cobertura con la implementación del Programa de Salud de la Familia (Dal Poz, 2002).

Tal como lo ha mostrado otra investigación sobre las Empresas Sociales del Estado en Bogotá, la inclinación es la vinculación de profesionales por honorarios con contratos de productividad; tercerizar servicios como facturación, vigilancia, lavandería, laboratorio, etc.; contratar los servicios por paquetes y a los

profesionales según horarios de demanda, como mecanismos para reducir costos (Sanz, 2002).

La tendencia general, entonces, es que el empleo no sea más regulado por el derecho del trabajo si no por el derecho civil, administrativo o comercial. Por lo tanto, las garantías del derecho del trabajo (salario, prestaciones sociales, jornada, seguridad social) no aplicarán a los empleados, quienes además al no ser considerados jurídicamente trabajadores, pierden el derecho de asociación y de contratación colectiva.

Las instituciones de salud (ahora constituidas legalmente como empresas) tienden a focalizar en su negocio principal (misión de la producción) y en paralelo contratan otras empresas especializadas en actividades o servicios de apoyo. Dicha intermediación contractual implica un tipo de relación más cooperativo inter-empresa y posiblemente respuestas más rápidas a las oscilaciones de la demanda.

“(...) Entonces a través de esas cooperativas no solamente nos cobran elementos quirúrgicos, si no que nos pueden ofertar cualquier otro tipo de necesidades que tengamos, ellos pueden decir: -ustedes necesitan un ecógrafo, entonces nosotros compramos el ecógrafo y nosotros les vendemos servicios de ecografía o en traumatólogos necesitan un equipo especializado para el área quirúrgica nosotros lo vendemos, entonces es una forma de negociar con nosotros”.

A través de la contratación con intermediarios (tercerización de la relación laboral), como mecanismo de contención de costos (evadir los gastos de la seguridad social, por ejemplo), se ha visto favorecida la contratación profesional a través de Cooperativas de Trabajo Asociado (CTA). Es decir, se trata de convertir los costos fijos en costos variables (Rigoli, 2003).

Adicionalmente, dada las exenciones fiscales de que gozan las cooperativas (por ejemplo, aportes parafiscales), éstas se están tornando en una figura atractiva para los empresarios y podrían ya no ser más opciones para la organización solidaria y altruista.

Debe resaltarse que el personal contratado por cooperativa, “a destajo”, mandatario o pago por productividad, no goza de los beneficio de condominio que tienen los trabajadores que han negociado dichos beneficios en sus empresas, pero tampoco gozan de los beneficios sociales universales, debido a la crisis de los sistemas de bienestar social (Diniz E, 1997).

Los cambios a su vez, han contado con el consentimiento activo o pasivo de los trabajadores, quienes en algunas ocasiones han participado de las decisiones de cambio que han llevado a los nuevos consensos. Por ejemplo, en una de las empresas participantes en el estudio se implementó la compensación flexible, la cual contó con la anuencia de los trabajadores²⁰. Con dicha compensación 70% de la remuneración se paga como salario y 30% como beneficio. Es decir, la base sobre la cual se realiza el pago de prestaciones sociales es el 70% y no el 100%.

“El representante legal fue y se paró allá, no puso a nadie, con todos los trabajadores de la empresa y a cada uno comenzó a explicarles para dónde íbamos y cuál era la problemática si seguíamos en las mismas condiciones, y en un ambiente de conciliación, o sea la gente es conciente. La empresa es buena en el mercado, muy buena. La gente entra a colocarse la camiseta y a saber de que en el nivel de compromiso, ahí es donde se ponen a prueba.”

En otra empresa los trabajadores con el fin de posibilitar la estabilidad financiera, acordaron congelar por 10 años el derecho a la retroactividad de las cesantías.

²⁰ La empresa desarrolló un arduo proceso de reuniones y los trabajadores tuvieron la opción de decidir la firma del otro sí del contrato para permitir el cambio en la contratación. Además, se tuvo en cuenta el caso de los trabajadores próximos a jubilarse y lo que ganaban un salario mínimo legal vigente, para quienes no era favorable acogerse a la compensación flexible.

En el primer caso, se trató de un proceso de negociación individual para acatar un mecanismo de flexibilización y; en el segundo caso, fue el sindicato quien actuó, como ente legítimo, en representación del grueso de trabajadores para ceder temporalmente un derecho adquirido.

Sin embargo, la flexibilización ha sido un asunto legal y no una forma que se haya discutido en la negociación colectiva. Es decir, la organización de los trabajadores de la salud, en particular, y el resto de trabajadores, en general, no han colocado de manera contundente en sus negociaciones el asunto de la flexibilización. Esto fue ya presentado en un estudio realizado en cinco países andinos, Colombia, Perú, Venezuela, Bolivia y Ecuador (Rueda-Catry Sepúlveda-Malbrán).

Uno de los aspectos encontrados muestra que la implementación simultánea de distintas formas de contratación o remuneración en una misma empresa para la realización del mismo trabajo, puede estar afectando el clima laboral y yendo en contra del principio constitucional y lo consignado en el artículo 143 del Código Sustantivo de Trabajo, que establece que a un trabajo desempeñado en puesto, jornada y condiciones de eficiencia igual, debe corresponder un salario igual.

“(..) El trabajador de planta recibe su boletín para vacaciones, prima, prima semestral y el trabajador de contratación civil había visto, bueno y este qué, qué es lo que pasa, llego yo y me recarga todo el trabajo, que por que soy nuevo. Lleva 15 – 20 años entonces que trabaje el que acabó de llegar, pero yo que soy contrato civil, entonces, veo que muelo como una mula y resulta que no tengo prestaciones sociales, entonces se rompe esa relación de amistad, de camaradería, de solidaridad en la prestación de servicios y quien se afecta por esa política es el usuario y la institución.”

Además, existen divergencias con el personal nombrado, cuando en razón de los procesos de transformación se instaura una nueva cultura de productividad, pues a pesar que su forma de contratación es por nombramiento y su remuneración es por tiempo, quisieran que fuera por productividad, lo cual al parecer es manifestación del deseo de gozar de la estabilidad laboral y a la vez de las ventajas de la remuneración flexible.

Uno de los cambios implementados en la transformación fue el mejoramiento de las condiciones de trabajo: equipamiento de laboratorios, compra de elementos de trabajo, reparaciones locativas y mejora en aspectos de la estética de la institución. Aspectos que podrían tener impactos positivos sobre el clima organizacional.

Las instituciones de salud fueron enfáticas en resaltar que el contar con personal contratado o remunerado de manera diferencial, no cambia la exigencia de calidad que se le hace a los profesionales en la atención a los usuarios, pero sí la forma de su seguimiento. Lo anterior, parece estar modificando los procesos de gestión del recurso humano, debido a la existencia de mecanismos diferentes de seguimiento al personal, dependiendo de la forma de contratación con la institución.

Algunos consideran que posiblemente la calidad de la atención no se afecte, pero sí la satisfacción por el trabajo.

“Creo que no está igual de satisfecha una persona que trabaja por contrato, que una que es de planta, sabiendo que les toca ejercer las mismas funciones, pero que las remuneraciones y las compensaciones son diferentes”.

En el caso del estudio realizado en Cali se reportó que a pesar de la utilización de la remuneración por productividad, aún no se han establecido incentivos de remuneración atados al desempeño. El único incentivo implementado ha sido el ligado a la capacitación.

Respecto a la agremiación, los sindicatos como forma de organización de los trabajadores, dependían bastante de la concentración de trabajadores en un lugar, pero ahora es difícil cuando se establece la relación con el asociado: *“la conciencia de clase ya no deriva de la clara relación de clase entre capital y trabajo, pasando para un terreno mucho más confuso de los conflictos...”* (Harvey, 1994).

Además, frente a contratos flexibles y temporales y ante el miedo al desempleo, difícilmente los trabajadores buscan mecanismos, como el de asociación, para proteger sus derechos. Por el contrario, lo que se observa es el desmantelamiento paulatino de los sindicatos.

Finalmente, se puede colocar que se está frente a un proceso de creciente vulnerabilidad social del trabajador, puesto que están en juego una exposición a riesgo y una disminución de la capacidad para defenderse o protegerse frente a ellos (Baraldi, Padilla; 2004).

7. Recomendaciones

Teniendo en cuenta los hallazgos del estudio, se plantean las siguientes recomendaciones y algunas preguntas de reflexión para el trabajo del Observatorio de Recursos Humanos:

- Deben ser analizados con profundidad aspectos como la productividad y los incentivos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, considerando que la producción de servicios de salud presenta características particulares: la producción y consumo del servicio se hace en el mismo momento, requiere de un trabajo en equipo en el que convergen distintas disciplinas técnicas y profesionales, envuelve el uso de tecnología y se trabaja sobre y con la vida misma.

- Adicionalmente, los distintos niveles de complejidad de la atención pueden estar generando cambios en las necesidades de formación profesional o en la educación continua. Por ejemplo, si el uso de tecnología de punta demanda mayor cualificación profesional, ¿Cómo este aspecto se observa en los servicios de salud y cuál es su impacto sobre el número de empleos?.

- ¿Cómo definir estrategias que hagan compatible la flexibilización laboral con la búsqueda de una carrera sanitaria o administrativa que garantice la estabilidad en el empleo en el sector salud?,

- La capacitación continuada es una de las estrategias para garantizar calidad en la prestación de los servicios de salud; sin embargo, esta se ve vulnerada con la implementación de algunas de las actuales formas de contratación que no dejan en claro a quien le corresponde dicha responsabilidad.

- Las cooperativas deberían incluir en sus cotizaciones un porcentaje para la formación de sus asociados, con ello se beneficiarían tanto la entidad que contrata como los asociados y para la cooperativa ello podría ser una ventaja competitiva frente a las demás cooperativas que hacen parte del mercado (asumir la capacitación como una inversión).

- En la Ley 024 de Recursos Humanos quedó establecido que es responsabilidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud garantizar que el personal recertificado cumpla con este requisito, lo cual podría ser una oportunidad para que los profesionales junto a sus colegios “presionen” para que las instituciones destinen recursos para estos procesos. ¿Pero cómo se hace formación continua con personal flotante?.

- Considerando que el tema laboral quedó en la Ley 024 de Recursos Humanos incipientemente abordado, corresponde al Observatorio de Recursos Humanos como ente de apoyo hacer que este asunto gane relevancia en el Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud.

Lo cual implica mostrar evidencia sobre el impacto de la implementación de estrategias de reducción/contención de costos, centradas en los recursos humanos, sobre la prestación de los servicios de salud. Así como ofrecer insumos para el diseño de estrategias de productividad, calidad y desempeño considerando las particularidades de la atención en salud. ¿Cuál es el punto de equilibrio a establecer para garantizar calidad de la atención junto con eficiencia y productividad en la producción de servicios de salud?.

- El Observatorio debería promover un análisis intersectorial (academia, profesionales, instituciones de salud, sindicatos, etc.) para discutir sobre qué actividades deben ser tercerizadas y cuáles realizadas directamente por la institución de salud (IPS), teniendo en cuenta no sólo el asunto de reducción7contención de costos, sino además su impacto en la calidad y en la salud de la población.

- Los siguientes temas requieren ser analizados con mayor profundidad por el Observatorio:

- El papel de las Empresas Promotoras de Salud -EPS- y su control sobre las formas de pago de los profesionales.
- La relación entre las formas de contratación y la continuidad del cuidado.
- Las relaciones laborales en otras categorías profesionales, técnicas y tecnológicas de la salud.
- El impacto de las nuevas formas de contratación sobre los sindicatos.
- La situación del multiempleo en el sector salud.

Bibliografía

1. Alcaldía Santiago de Cali. Cali en Cifras, 2004, Departamento Administrativo de Planeación).
2. Antunes R. Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho, Campinas/SP:Cortez, ed. Unicamp, 1995.
3. Baraldi, Padilla; 2004. Reflexões sobre a vulnerabilidade e a flexibilização laboral na era da globalização/mundialização do capital.
4. Brito Quintana PE. Impact of health care reform on human resources and employment management. Rev Panam Salud Pública. 2000 Jul-Aug; 8(1-2):43-54.

5. Dal Poz M.R. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. *Gac Sanit* 2002; 16(1):82-88.
6. De la Peña F, Triana M. Exposición de motivos del proyecto de reforma laboral ante el Congreso de Colombia. *La nueva Ley de Reforma Laboral* 1990.
7. Defensoría del Pueblo, Colombia, *Gaceta Defensorial*, Julio 2002 - Agosto 2003, Tomo 4, Volumen 1, Bogotá D.C., septiembre de 2003. Web.
8. Diniz E, Azevedo S. *Reforma do Estado y Democracia no Brasil*. Editora Universidad de Brasilia. 1997.
9. Eslava J, Gómez F, Rodríguez M. Incidencia de la regulación en los problemas críticos del recurso humano de salud en Colombia. Documento Técnico ASS/824.01 Santa Fé de Bogotá, marzo de 2001.
10. Fundación Corona. Transformación de las instituciones prestadoras de servicios de servicios de salud (IPS) del Instituto de Seguro Social (ISS), en empresas sociales del estado (ESE). Informe de relatoría del taller de expertos. Villa Santa María de Usaquén, septiembre 17 de 2003.
11. Guevara EB, Mendias EP. A comparative analysis of the changes in nursing practice related to health sector reform in five countries of the Americas. *Rev Panam Salud Pública*. 2002 Nov; 12 (5):347-53.
12. Harvey D. *A Condição Pós-Moderna*, São Paulo: Ed. Loyola, 1994.
13. Jiménez J Claudia. Los nuevos retos de la renovación del Estado. (<http://www.presidencia.gov.co/columnas/index6.htm>. Revisado en junio 10 de 2005)
14. Kolehmainen-Aitken RL Decentralization's impact on the health workforce: Perspectives of managers, workers and national leaders. *Hum Resour Health*. May 14; 2(1):5. 2004.
15. Mota E. *A Nova Fábrica de Consensos*, Cortez Editora, Sao Paulo, Brasil. 1998.
16. Mota A. *Cultura da Crise e Seguridade Social: Um Estudo Sobre as Tendências da Previdência e da Assistência Social Brasileira nos Anos 80 e 90*, São Paulo: Cortez, 1995.
17. Múniera L. Legislación Laboral y Acción Obrera En Colombia. En: *El Trabajo en los noventa*. Universidad Nacional, Bogotá 1994. Pág. 223.
18. Observatorio de coyuntura socio-económica. Estabilidad y flexibilidad del empleo en la década del noventa. OCSE, No.5. Universidad Nacional de Colombia, CID (Centro

de investigaciones para el desarrollo) COLCIENCIAS, UNICEF-Colombia. Abril de 2000.

19. Organización Panamericana de la Salud. Observatorio de los recursos humanos de salud. Serie Observatorio de Recursos Humanos de salud. OPS/OMS. Marzo: 2000.
20. Pires D. Reestruturacao produtiva e trabalho em saúde no Brasil. Confederacao Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social-CUT. Ed. Annablume, 1998.
21. República de Colombia. Ley 100 de 1993.
22. República de Colombia. Ley 789 de 2002.
23. Revista Actualidad laboral y seguridad social. La huelga en los servicios públicos, un tema por definir. No. 124, julio-agosto 2004. Pág. 7.
24. Revista Actualidad laboral y Seguridad Social. Las zonas grises del arbitramento laboral. No. 122, marzo-abril de 2004. Pág. 9.
25. Ribeiro EM, Pires D, Blank VL. Theoretical review of the work process in health care used to analyze work in the Family Health Program in Brazil. Cad Saúde Pública Mar-Apr; 20(2):438-46. 2004.
26. Rigoli F, Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. Review. Human Resource for Health 2003, 1:9. Biomed Central Open access. (www.human-resources-health.com/content/1/1/9).
27. Rueda-Catry M, Sepúlveda-Malbrán JM, Vega-Ruiz ML. Estudio Comparado: Tendencias y Contenidos de la Negociación Colectiva: Fortalecimiento de las Organizaciones Sindicales de los Países Andinos. Oficina de área y equipo técnico

28. multidisciplinario para los países andinos, Oficina de actividades para los trabajadores servicio de derecho del trabajo y relaciones laborales.
29. Sacoto, Campaña et al. Estabilidad y remuneraciones: El personal de salud del Ecuador a inicio del siglo XXI. Edición Especial. LARCRSS. Ecuador, 2004.
30. Sanz L. Modernización de la Gestión Hospitalaria Colombiana: Lecciones Aprendidas de la Transformación de los Hospitales en Empresas Sociales del Estado. Iniciativa reforma sector salud –LAC–RSS. 2001.
31. Torres H. Reformas: El Gobierno del Mercado Laboral. Compilación El trabajo en los noventa. Universidad Nacional, Bogotá 1994., P. 53 y 54.

Anexos

Registro institucional

I. Datos generales de la institución

1. Nombre de la institución: _____

2. Dirección: _____

3. Página Web: _____

4. Naturaleza jurídica			5. Función principal							
Pública	Privada	Mixta	Aseguramiento contributivo		Administradora de régimen subsidiado			IPS		
			EPS	Adaptada	Empresa solidaria	Caja de compensación	EPSs	I	II	III

6. Cobertura:

Local _____

Departamental _____

Regional _____

Inter-departamental o Nacional _____

Instrucciones para diligenciar la parte II sobre caracterización del recurso humano:

- **Profesión:** Sólo incluya los-las profesionales de medicina, enfermería, trabajo social, bacteriología, fisioterapia y odontología.
- **Rango salarial:** Tenga en cuenta los ingresos, según nómina, que recibe el o la profesional e indique a cuánto ascienden, así: menos o igual a un (1) salario mínimo legal vigente-SMLV; entre 2 y 4 SMLV; entre 5 y 6 SMLV; entre 7 y 8 SMLV; entre 9 y 10 SMLV; más de 10 SMLV. El SMLV está en 3
- **Formas de contratación:** Indique cuál es la forma de contratación del profesional, por ejemplo: Contrato con cooperativas; convenio con organizaciones no gubernamentales (ONG); cargos comisionados; contratos temporales; empleado público o de carrera administrativa; contrato por desempeño; u otro tipo de contrato.
- **Estrategias de remuneración:** Corresponde al método adoptado por una organización para retribuir o compensar el trabajo de personas o grupos. Puede ser de tres tipos: a). Producto o resultado: capitación (paciente); caso o episodio atendido; honorario o unidad de servicio o procedimiento (procedimiento realizado). b). Tiempo: salario según disponibilidad negociada de tiempo. c). Mixta en la cual se combina tiempo y resultado.

- Tipos de incentivos: Se refiere al conjunto de mecanismos de compensación del trabajo, adicionales al salario. Existe dos tipos: a.) Directos: financieros; b.) Indirectos: premios reflejados, por ejemplo, en aumentos en los días de vacaciones, becas de estudios para el trabajador o su familia, etc.
- Vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS: si el o la profesional se encuentra afiliado como cotizante al SGSSS.
- Observaciones: Señale cualquier otra información que contribuya a precisar los datos suministrados.

NOTA: cualquier inquietud sobre el diligenciamiento de este formato, por favor dirigirse a Janeth Mosquera Becerra (315-5850413) o Hilda Bedoya (6631329).

Consentimiento informado

Yo _____ con número de documento de identificación _____ declaro haber recibido la siguiente información: El Observatorio de Recursos Humanos, Nodo sur-occidente, iniciativa promovida por la Organización Panamericana de la Salud-OPS, está desarrollando el proyecto “**Relaciones laborales en el sector salud en Cali**” con apoyo financiero y técnico de la OPS.

Con este proyecto se espera **identificar y describir las formas de contratación, las modalidades de remuneración y los tipos de incentivos del personal de salud en instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS- públicas y privadas de Cali**, con el fin de obtener información actualizada y de calidad para la toma de decisiones en la gestión de los recursos humanos en salud

Los investigadores me han garantizado que la información que yo suministre será utilizada exclusivamente para los propósitos de la investigación y que se guardará bajo estricta confidencialidad y anonimato.

Por lo tanto, habiendo recibido y entendido la información anterior, acepto participar como **informante-clave** en esta investigación.

Entiendo que soy libre de rehusar a participar en esta fase de la investigación ahora o abandonarlo en una fecha posterior, en el momento en que lo desee si en el transcurso de la misma lo encuentro conveniente, sin afectar mi buen nombre ni mi honra. Si tengo preguntas adicionales, puedo hacérselas a Janeth Mosquera o José Ruales a los teléfonos (2)5542976 – (1)3144141.

Yo he leído o me han leído la información arriba mencionada y he tenido la oportunidad de que mis preguntas sean contestadas a satisfacción.

Se firma a los ____ días del mes de ____ de 2005

Firma del informante-clave en el estudio

c.c. _____

GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE RELACIONES LABORALES
Profesionales de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS

Datos generales:

Nombre de entrevistado/a: _____
Institución: _____
Cargo actual: _____
Tiempo en el cargo actual: _____
Formación: _____

Tópicos de la entrevista:

1. Cambios generales que han ocurrido en su trabajo en los últimos años.
2. Repercusiones de los cambios realizados en las relaciones laborales en, por ejemplo, re-organización del trabajo administrativo, prestación de servicios, estilo de dirección, clima laboral, etc.
3. Formas de contratación, estrategias de remuneración y tipos de incentivos usados en la IPS.
4. Qué derechos se pierden/ganan en cada forma de contratación.
5. Ventajas y desventajas de cada forma de contratación y estrategia de remuneración para el profesional.
6. Ventajas y desventajas de cada forma de contratación y estrategia de remuneración para la institución.
7. Estado de la protección social de los trabajadores (Salud, pensión riesgos profesionales).
8. Esfuerzos institucionales para aclarar y compatibilizar sus metas y las del personal.

Observaciones:

GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE RELACIONES LABORALES
Usuarios de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS

Datos generales:

Nombre de entrevistado/a: _____

Edad: ____ Sexo: _____

Ingresos: _____

Institución: _____

Formación: _____

Régimen de afiliación: _____

Tiempo con la IPS: _____

Atendido por especialista o médico general: _____

Tópicos de la entrevista:

1. Percepción de los cambios en la organización y prestación de los servicios de salud en los últimos años.
2. Causas de dichos cambios.
3. Efectos de dichos cambios sobre la relación con el usuario y la calidad del servicio.
4. Percepción de calidad y las formas de contratación/modalidades de remuneración:
 - ¿Conoce cómo se le paga a los médicos en su IPS?;
 - Describir cada forma de contratación y estrategia de remuneración e indagar si eso influye en la calidad (empeora, no tiene efecto o mejora);
 - Actitud frente a cada forma de remuneración de los médico,
 - ¿Desearía ser informado sobre ello y por qué?.
5. Percepción de la influencia de los incentivos sobre la calidad.

Observaciones:

GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE RELACIONES COLECTIVAS DE TRABAJO EN EL SECTOR SALUD

Objetivo: Indagar sobre la dinámica actual de las relaciones colectivas de trabajo (huelga, negociación colectiva y sindicalización) en el sector salud, específicamente en Cali.

Datos generales:

Nombre de entrevistado/a: _____

Institución: _____

Formación: _____

Cargo actual: _____

Tiempo en la organización: _____

Formación: _____

Tópicos de entrevista:

1. Panorama de la situación de las relaciones colectivas de trabajo en el sector salud en el momento actual. **Sindicalización:** ¿Cómo está el derecho de los trabajadores a afiliarse a sindicatos?, ¿Qué cambios han ocurrido en el movimiento sindical en el país en los últimos años?, ¿Por qué han ocurrido los cambios?. (Situarse en Colombia y especialmente en Cali)
2. Panorama de la situación de las relaciones colectivas de trabajo en el sector salud en el momento actual. **Negociación colectiva:** ¿Cómo se encuentra el derecho a la negociación colectiva?, ¿Cómo las formas de contratación afectan la negociación colectiva?, En el sector salud que negociaciones colectivas se han vivido en los últimos años?, ¿Cuál es el grado de cobertura de las negociaciones y cuál su cumplimiento efectivo?. (Situarse en Colombia y especialmente en Cali)
3. Panorama de la situación de las relaciones colectivas de trabajo en el sector salud en el momento actual. **Huelga:** Cómo se encuentra la regulación del derecho de huelga, ¿En los últimos años, cuáles han sido los principales conflictos que han ocurrido en el sector salud, y cuál ha sido su magnitud?. (Situarse en Colombia y especialmente en Cali)
4. ¿Por qué se han provocado cambios en las relaciones colectivas de trabajo (Sindicalización, negociación colectiva y huelga)?
5. ¿A mediano plazo cómo usted ve la dinámica de las relaciones colectivas de trabajo (Sindicalización, negociación colectiva y huelga)?

Observaciones:

GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE RELACIONES LABORALES
Gerente de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS-

Datos generales:

Nombre de entrevistado/a: _____

Institución: _____

Cargo actual: _____

Tiempo en el cargo actual: _____

Formación: _____

Tópicos de la entrevista:

1. Desde su vinculación a la Institución, ¿Cuáles han sido los principales cambios implementados en la institución? (Interesa conocer mejor el proceso de transformación en Empresas Sociales del Estado –ESEs), ¿Por qué se han presentado los cambios?
2. ¿Cómo esos cambios han repercutido sobre las relaciones laborales en la institución? (Específicamente sobre las formas de contratación y de remuneración para el personal asistencial)
3. Actualmente, ¿Cuáles son las formas de contratación que se manejan en la institución para el personal asistencial? (Especificar las características de cada una)
4. Actualmente, ¿Cuáles son las estrategias de remuneración que se manejan en la institución para el personal asistencial? (Especificar las características de cada una)
5. ¿Cuáles fueron las condiciones en qué implementaron dichos cambios: qué papel jugaron los trabajadores, los sindicatos, por ejemplo?
6. Actualmente, ¿Cuáles qué tipos de incentivos se usan en la institución, a quién están dirigidos y qué se busca con ellos? (Para el personal asistencial profesional; Especificar las características de cada uno)
7. ¿Cuáles son las ventajas y las desventajas de cada forma de contratación para la institución, para los profesionales y para el usuario? (Especificar a profundidad)
8. ¿Cuáles son las ventajas y las desventajas de cada estrategia de remuneración para la institución, para los profesionales y para el usuario? (Especificar a profundidad)
9. Desde su perspectiva, ¿Cómo se afecta la calidad de la prestación de los servicios con las formas de contratación y las estrategias de remuneración implementadas en la institución? (Especificar a profundidad: qué de la calidad se afecta, cómo y por qué)
10. Desde su punto de vista, ¿Cuál será el panorama de las relaciones laborales en el sector salud, en la institución?

Observaciones:
