

Oposición, asociación y reformismo: la acción colectiva de los médicos en Colombia (1990-2015)*

Opposition, association, and reformism: the collective action of physicians in Colombia (1990-2015)

Oposição, associação e reformismo: a ação coletiva dos médicos na Colômbia (1990-2015)

Mauricio Lenis Gómez**

Universidad Icesi, Santiago de Cali, Colombia

Cómo citar este artículo: Lenis, N. (2017). Oposición, asociación y reformismo: la acción colectiva de los médicos en Colombia (1990-2015). *Rev. Colomb. Soc.*, 40(2), 257-283.

doi: 10.15446/res.v40n2.66399

Este trabajo se encuentra bajo la licencia Creative Commons Attribution 4.0

Artículo de investigación e innovación

Recibido: 15 de febrero del 2017

Aprobado: 5 de mayo del 2017

* Este artículo se deriva de una investigación que se realizó sobre el ejercicio de la profesión médica en Colombia entre 1990 y 2015.

** Doctor en Sociología Jurídica e Instituciones Políticas de la Universidad Externado de Colombia. Docente e investigador en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Icesi. Miembro del Grupo de Investigación Precedente.

Correo electrónico: mlenis@icesi.edu.co-ORCID: 0000-0003-2360-9313

Resumen

En este trabajo se analizan los cambios que se presentaron en el ejercicio de la profesión médica y en sus condiciones laborales como resultado de un conjunto de transformaciones sociales (en el trabajo), científicas (en la profesión) y legales (reformas estructurales al sistema de salud y a la regulación laboral); así como las principales acciones colectivas que desarrolló una parte considerable del gremio médico en Colombia para enfrentar esos cambios, entre 1990 y el 2015. Se utilizan dos perspectivas teóricas: primero, el enfoque de la cultura laboral que considera la relación entre trabajo y cultura como un proceso en el que los agentes actualizan su cultura en contextos y realidades de poder específicos, en medio de procesos de conflictos y negociaciones que ocurren en las interacciones de los sujetos. Segundo, la teoría de la acción colectiva y su enfoque de *contienda política*, entendida como la interacción pública y colectiva entre diferentes actores, en una relación de conflicto, en la que el gobierno es una de las partes. Los resultados de la contienda afectan los intereses de una de las partes, según las reivindicaciones que logren imponerse. Tres momentos caracterizaron las acciones colectivas de los médicos: las protestas sociales en oposición a las reformas a la salud y para reivindicar sus derechos laborales; la asociación para buscar la unidad del gremio médico y tener un solo interlocutor ante el Gobierno; y la utilización del derecho como un recurso para promover modificaciones en la regulación del sistema de salud y de la práctica médica. A través de sus acciones colectivas, un sector del gremio médico se situó como un actor político emergente que, al tiempo que luchó por sus intereses, también participó como protagonista clave en la configuración del campo de la salud en Colombia en el contexto de las reformas al sistema de salud. Así mismo, a través de aquellas, los médicos lograron resistir, moldear o filtrar los efectos de los cambios en su cultura laboral.

Palabras clave: cultura laboral, profesión médica, protestas sociales, reformas a la salud.

Abstract

The paper analyzes the changes in the exercise of the medical profession and in the labor conditions of physicians as a result of a series of social (in the work environment), scientific (in the profession), and legal (structural reforms of the healthcare system and labor regulation) transformations, as well as the main collective actions carried out between 1990 and 2015 by a large number of physicians in Colombia in order to face those changes. Two theoretical perspectives were used: first, a focus on work culture that considers the relation between work and culture as a process in which agents update their culture in specific power contexts and relations, amidst conflict and bargaining processes that mark the interactions of subjects. Second, the theory of collective action and its focus on *political struggle*, understood as the public and collective interaction among different actors, in a conflicting relationship where the Government is one of the parties. The results of the struggle affect the interests of one of the parties, depending on which claims end up prevailing. Three types of collective actions were carried out by physicians: social protests to oppose healthcare reforms and claim their labor rights; association aimed at achieving the unification of the medical profession and having a single interlocutor with the Government; and the use of the law in order to promote changes in the regulation of the health system and the practice of medicine. Through their collective actions, part of the medical sector consolidated itself as an emerging political actor that not only fought for its interests, but also participated as a key protagonist in shaping the field of health in Colombia, in the context of the reforms to the health system. Likewise, those actions made it possible for physicians to resist, shape, or filter the effects of the changes to their work culture.

Keywords: medical profession, health-sector reform, social protests, work culture.

Resumo

Neste trabalho, foram analisadas as mudanças apresentadas no exercício da profissão médica e em suas condições trabalhistas como resultado de um conjunto de transformações sociais (no trabalho), científicas (na profissão) e legais (reformas estruturais no sistema de saúde e na regulamentação trabalhista), assim como as principais ações coletivas que um considerável setor do grêmio médico na Colômbia desenvolveu para enfrentar essas mudanças entre 1990 e 2015. Utilizam-se duas perspectivas teóricas: 1) a abordagem da cultura organizacional que considera a relação entre trabalho e cultura como um processo no qual os agentes atualizam sua cultura em contextos e realidades de poder específicos, e em meio de processos de conflitos e negociações que ocorrem nas interações dos sujeitos; 2) a teoria da ação coletiva e sua abordagem de disputa política, entendida como interação pública e coletiva entre diferentes atores, numa relação de conflito, na qual o governo é uma das partes. Os resultados da disputa afetam os interesses de uma das partes, seguindo as reivindicações que consigam ser impostas. Três momentos caracterizaram as ações coletivas dos médicos: os protestos sociais em oposição às reformas na saúde e para reivindicar seus direitos trabalhistas; a associação para buscar a unidade do grêmio médico e ter um interlocutor só ante o Governo, e a utilização do direito como um recurso para promover as mudanças na regulamentação do sistema de saúde e da prática médica. Por meio de suas ações coletivas, um setor do grêmio médico se posicionou como ator político emergente que, ao mesmo tempo que lutou por seus interesses, também participou como protagonista fundamental na configuração do campo da saúde na Colômbia no contexto das reformas no sistema de saúde. Além disso, por meio daquelas, os médicos conseguiram resistir aos efeitos das mudanças na sua cultura organizacional, moldá-los ou filtrá-los.

Palavras-chave: cultura organizacional, profissão médica, protestos sociais, reformas na saúde.

Introducción

En este artículo se presentan algunos resultados de una investigación que se realizó sobre el ejercicio de la profesión médica en Colombia en las últimas tres décadas. En particular, se abordan los cambios en dicho ejercicio, que fueron el resultado de un conjunto de transformaciones sociales (en el trabajo), científicas (en la profesión) y legales (reformas estructurales al sistema de salud —en adelante SDS— y a la regulación laboral). Esas transformaciones han generado diferentes conflictos relacionados con la forma o el contenido del trabajo mismo (dimensión subjetiva) y con las condiciones en que se trabaja (dimensión objetiva); estas se refieren a las formas de vinculación para la prestación de los servicios y de remuneración, a las condiciones en que se desarrolla el trabajo, al grado de aplicación de las normas laborales, y a la existencia o no de otros beneficios por fuera de dicha regulación. Un aspecto central del estudio comprende los significados que los cambios en la práctica médica tuvieron para los médicos y las diferentes maneras en que los asumieron, por ello el estudio se apoyó en entrevistas realizadas a un considerable grupo de médicos colombianos.

Para el análisis se articularon el enfoque de *cultura laboral* y la teoría de la acción colectiva con su concepto de *contienda política*. Una cultura laboral es la generación, actualización y transformación de formas simbólicas en la actividad laboral (Reygadas, 2002). La relación trabajo y cultura es un proceso en el que los agentes actualizan su cultura en contextos y realidades de poder específicos, en medio de conflictos y negociaciones que ocurren en las interacciones de los sujetos.

Por otra parte, el estudio de la acción colectiva es importante porque esta puede modificar ciertas decisiones tomadas por un gobierno (McAdam, Tarrow y Tilly, 2005; Tarrow y Tilly, 2015). Precisamente estos autores han desarrollado un análisis de la acción colectiva para la comprensión de procesos sociales, a partir del estudio de diferentes actores políticos colectivos (partidos políticos, movimientos sociales, grupos de interés), diversos ámbitos de actuación (instituciones, mundo asociativo, la calle), los entornos y las oportunidades políticas para la coordinación y mantenimiento de dichas acciones. En este sentido, la contienda política es la interacción episódica, pública y colectiva entre diferentes actores, en la que se formula un conflicto, en el que un gobierno es una de las partes y las reivindicaciones, en caso de ser satisfechas, afectarán los intereses de una de las partes. Son formas de contienda política: los movimientos sociales, las revoluciones, las guerras, las huelgas, el nacionalismo, la democratización o las movilizaciones étnicas. La contienda política puede ser de dos tipos: la contenida y la transgresiva. La primera hace referencia a las interacciones en las que todas las partes son actores políticos constituidos y utilizan medios de reivindicación institucionales. La segunda consiste en las interacciones en las que uno de los participantes es un actor político recientemente autoidentificado o que utiliza acciones contenciosas innovadoras, tales como la toma de la vía pública, la toma de instituciones o las movilizaciones.

Para los autores, los procesos sociales son secuencias y combinaciones de mecanismos causales que producen transformaciones más complejas, y los mecanismos son una clase delimitada de acontecimientos que produce alteraciones a menor escala. Por tanto, explicar la contienda política es identificar sus mecanismos causales recurrentes, sus formas de combinación y sus secuencias recurrentes.

La reorganización de los servicios de salud en la década de los noventa, unido a otros factores, generó un reacomodo de los actores del gremio médico y de sus relaciones con el Estado. Esta situación es interesante de analizar porque evidencia condiciones adversas a las que los miembros de una profesión tuvieron que enfrentarse en los últimos años, y las diversas acciones que desarrollaron para contenerlas. En este punto, es importante definir el concepto de profesión (Freidson, 1994), entendida como el conjunto de instituciones que permiten a los miembros de una ocupación lograr su subsistencia mientras controlan su propio trabajo. El ejercicio profesional se desarrolla a partir de sus relaciones con el Estado y el mercado, y tiene autonomía laboral, en su código de ética y en el control por pares. Las asociaciones profesionales se clasifican en dos tipos: las científicas, segmentan el conocimiento, regulan y estandarizan las prácticas; y las gremiales, promueven y defienden los intereses de sus miembros.

De manera general, el mundo del trabajo es un campo de relaciones en el que los sujetos obran con intereses, estrategias y proyectos de vida, a través de trayectorias individuales o colectivas que giran en torno a la vida laboral y la organización del trabajo en las empresas (Urrea, 2003). En el caso del gremio médico colombiano, las acciones se centraron en la preservación de las prácticas de su cultura laboral. Este gremio no es un grupo homogéneo, por lo que en sus acciones colectivas resaltan diferentes tipos de conflictos sociolaborales. La práctica médica no se ejerce de una sola manera, ni existe una sola cultura laboral, existen varios tipos de prácticas que fueron emergiendo en diferentes momentos históricos durante el siglo xx y que se consolidaron con los desarrollos institucionales de la profesión. Los tipos de práctica existentes son: a) privada, en las primeras décadas del siglo; b) institucionalizada, pública y privada, a partir de la década de los veinte; c) sindicalizada, en la década de los cincuenta; d) especializada, en la década de los sesenta; y e) ejercicio en instituciones de alta complejidad, a partir de los años ochenta. Ello implica que los cambios en la profesión no afectan a los médicos de la misma manera, dado que tampoco tienen intereses similares y sus respuestas no son homogéneas.

Así mismo, es interesante porque un sector del gremio médico hasta la década de los noventa estuvo excluido de los ámbitos de protección de la regulación laboral, a causa del predominio del ejercicio privado de la profesión y de la contratación de sus servicios a través de contratos regidos por el derecho civil o el comercial. No obstante, en los últimos años, en algunos casos los médicos han experimentado un proceso diferente en sus condiciones laborales, frente a las de buena parte de la población trabajadora. Mientras esta tuvo un tránsito hacia un trabajo

no asalariado, al deteriorarse el vínculo salarial y generalizarse diversas formas de trabajo independiente y no protegido, que aún se conserva, en el caso de los médicos ocurrió lo contrario: ellos experimentaron una transición desde el trabajo independiente como profesionales liberales al trabajo dependiente en instituciones aseguradoras o prestadoras de servicios de salud, cuyas condiciones laborales varían dependiendo de la institución.

Metodología

Para la obtención de la información se acudió al análisis de múltiples documentos, debates de proyectos de ley en el Congreso colombiano y estudios sociológicos de las profesiones. Así mismo, se revisaron los archivos de prensa digitalizados en la base de datos del Centro de Investigación y Educación Popular (Cinep), entre 1990 y el 2012. De dicho archivo se recogió una muestra sobre la situación del sector salud en el país, con la que se construyó una base de datos. Toda la información se sistematizó y se usó el programa Atlas Ti para el análisis de los discursos. Las acciones colectivas contenciosas de los médicos que se incluyen son las protestas sociales (contienda transgresiva) y las acciones no contenciosas, como la constitución de asociaciones y la participación en el proceso legislativo. Para el análisis de las acciones, y dado lo extenso del periodo, se acudió a una metodología empleada por Collier y Collier (2002) en un trabajo sobre el movimiento obrero en América Latina, en el que enfatiza en los periodos de mayor coyuntura. En este caso, los periodos de coyuntura seleccionados fueron: 1990-1995; 1998-2002; 2005-2011; y 2011-2015, los cuales se identificaron como claves en el discurso del gremio médico sobre las reformas a la salud y los cambios en el ejercicio de su profesión.

En lo que sigue, este documento se organiza así: primero se refieren los principales cambios en el ejercicio de la profesión médica a partir de la década de los noventa, así como los conflictos en el trabajo que dichas transformaciones generaron. Luego, se analizan las estrategias individuales y colectivas de los médicos frente a las transformaciones en el ejercicio de su profesión y las condiciones laborales predominantes. Por último, se presentan las conclusiones.

Entre la profesión, el mercado y la ley

En Colombia, desde mediados de la década de los setenta se comenzó a implementar un modelo económico de apertura hacia el mercado externo, el cual llevó a la reestructuración del Estado y a la realización de reformas para flexibilizar o desregular algunos sectores como el financiero, el tributario, el laboral y el de seguridad social (Bonilla, 2006). En lo político, la reforma constitucional de 1986 introdujo la descentralización política y administrativa del país, la cual llevó a la expedición del Estatuto de Descentralización (Decreto 77 de 1987) que asignó a los municipios la responsabilidad de la prestación de los servicios públicos de agua potable y saneamiento ambiental, la educación y la salud en el primer nivel de atención médica. Por otra parte, desde finales de los ochenta se empezó a discutir sobre

la reforma al SDS con el fin de corregir algunos problemas recurrentes (cobertura, calidad e inequidad) y otros emergentes (el incremento de los costos de la atención médica y la financiación de la salud, que estaban teniendo un alto impacto en la economía del país¹).

En el anterior contexto se realizaron reformas estructurales al SDS y a la regulación laboral. Las primeras se concretaron principalmente a través de las leyes 10 de 1990 y 100 de 1993, que redefinieron la posición del Estado frente a los servicios de salud, ampliaron la participación del sector privado en el sistema y estimularon la competencia entre todas las instituciones prestadoras de dichos servicios. Las segundas se realizaron a través de las leyes 50 de 1990 y 789 del 2002 y tendieron a flexibilizar o desregularizar algunos aspectos institucionales que rigen el trabajo, bajo el entendido de que estos creaban costos muy altos y su rigidez impedía a las empresas generar empleo y ser competitivas. Paradójicamente, algunas de las reformas se realizaron en el marco de la Constitución Política de 1991, que consagró el Estado Social de Derecho² que se basa en la noción de que el poder político debe lograr para los asociados una justicia material mínima, en el que es común la existencia de prestaciones positivas de parte del Estado (Uprimny, 2002). En la Constitución se estableció la salud y el trabajo como derechos fundamentales, además se establecieron unos principios del trabajo que rigen las relaciones laborales en general, se dio prevalencia en el ordenamiento jurídico interno a las normas internacionales del trabajo y a los tratados sobre derechos humanos ratificados por el país.

Puede afirmarse que en la década de los noventa el sector de la salud a escala mundial se transformó a raíz del avance científico y tecnológico en el campo de la medicina y las reformas que se implantaron en los sistemas de salud de varios países. En el primer caso, dichos avances contribuyeron al desarrollo de nuevas metodologías asistenciales, de diagnóstico y de tratamiento. No obstante, también tuvo efectos paradójicos sobre la medicina y sobre la práctica médica. En primer lugar, han propiciado un mayor desarrollo de la industria y de la mercantilización de la salud, lo que se ha traducido en un incremento en los costos de la atención médica y de los medicamentos. En segundo lugar, también han generado una mayor estandarización del conocimiento (guías o protocolos médicos), así como una aumento de la especialización y subespecialización del mismo, que a su vez ha producido conflictos entre los médicos generales, los especialistas

1. Proyectos de ley 154 de 1987, 147 de 1988, 120 y 153 de 1989, y 66 y 91 de 1990; Yepes (1990); Sarmiento, 1990; Volmar, Nova y Giraldo, 1990; debates del proyecto de ley que dio origen a la Ley 10 de 1990.
2. En este sentido, las políticas sociales del Estado se han movido como un péndulo que oscila, por un lado, hacia la desregulación y la flexibilización, y por otro, hacia el restablecimiento de disposiciones jurídicas protectoras de derechos como el trabajo y la salud; por lo que han sido los jueces los encargados de materializar esos derechos ante los vacíos en la intervención de los poderes legislativo y ejecutivo.

y los subespecialistas por el control de determinados actos médicos. Este fenómeno no es exclusivo de Colombia, es global (Freidson, 1994; Tuohy, 1999; Harrison, Moran, y Wood, 2002). Por su parte, la reorganización institucional de la salud racionalizó la provisión de dichos servicios, proveyó nuevos mecanismos para su financiación y amplió la participación de otros actores (administradores y prestadores).

Las reformas a la salud en Colombia tuvieron varios fines, entre ellos: la descentralización; el establecimiento de la salud como un derecho; la creación de mecanismos para homogeneizar los salarios de los trabajadores de la salud y para darle a los hospitales autonomía administrativa y financiera, lo que llevó a la supresión de los auxilios estatales y los presupuestos históricos, y a la introducción de la contratación y la facturación para la prestación de servicios de salud. La Ley 100 estableció el Sistema de Seguridad Social Integral (sssi) y el aseguramiento como la forma para acceder a los servicios de salud; separó la administración financiera de los servicios, a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), y de la atención médica, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS).

Aunque las reformas estructurales al SDS no regularon específicamente a la profesión médica sí establecieron nuevas obligaciones en su ejercicio, pues el médico debió asumir un rol importante en el sistema, ya que pasó a ser uno de los actores responsables del uso eficiente de los recursos, por lo que se fortaleció el control sobre el acto médico a través de la fiscalización de la facturación.

Los cambios en el sector de la salud generaron varios conflictos en el ejercicio de la profesión médica. En primer lugar, el aseguramiento establecido en la Ley 100 implicó para la profesión médica una modificación en sus relaciones con el mercado, puesto que los usuarios acceden a los servicios a través de una EPS. En consecuencia, algunos médicos debieron cerrar sus consultorios ante la falta de pacientes, la práctica privada disminuyó y tuvo una transición hacia un ejercicio inscrito en instituciones, así la práctica médica institucionalizada se configuró como la predominante. Del mismo modo, el aseguramiento tuvo mayor incidencia en la regulación de las tarifas de los servicios de salud, con tendencia a su disminución.

Durante los primeros años de vigencia de las reformas al SDS, la práctica médica privada no se afectó considerablemente porque el modelo inicial de atención de las EPS contempló la contratación de los médicos como profesionales independientes, a través de formas contractuales y de remuneración comunes en el sector desde antes de las reformas, como los contratos de prestación de servicios y el pago por evento. Posteriormente, la contratación independiente se redujo cuando aumentó la cobertura de los servicios de salud en el sistema, por tanto el número de personas afiliadas y las EPS comenzaron a prestar directamente los servicios en el primer y segundo nivel de complejidad.

En algunos casos, para los médicos la vinculación con las EPS implicó una pérdida de autonomía profesional, por la existencia desbordada de guías o protocolos médicos o las restricciones que impusieron esas entidades, tales como negar exámenes o tratamientos para ahorrar costos; demoras o retrasos en la consulta que dilatan la intervención médica, la selección adversa de pacientes y la auditoría médica. Esta última es de dos tipos: concurrente, que mide la pertinencia de las decisiones médicas y se hace en el momento en que se toma la decisión; y otra, de cuenta, que es sobre la factura de la IPS. La primera tiene el problema de ser previa, parametrizada y en muchas ocasiones se hace en función de lo económico, por lo que el accionar médico debe ceñirse al presupuesto del asegurador.

En segundo lugar, la práctica médica después de la Ley 100 es más burocrática, difícil y estresante. Por un lado, debido al conjunto de normatividades en cuanto a la formulación de exámenes, medicamentos o tratamientos, el manejo de pacientes y de historias clínicas y, en general, por los controles existentes. Por otro lado, a causa de la estructura de la atención médica, porque las EPS contratan los servicios con diferentes entidades y esto implica hacer procesos de referencia y contrareferencia de pacientes aún en situaciones complejas. También por la transformación en la relación médico-paciente, a raíz de la mayor participación que ha adquirido el paciente y las asociaciones de usuarios en la toma de decisiones o consentimiento informado. En este contexto, el médico tiene una mayor preocupación por su actuar y por la responsabilidad civil o penal que pueda generar.

En tercer lugar, los hospitales que antes recibían recursos del Estado comenzaron a manejarse con criterios empresariales, debido a la descentralización y la eliminación de los presupuestos históricos y los auxilios, porque tuvieron que generar recursos para su funcionamiento y entrar a un esquema de libre competencia. Estas instituciones realizaron cambios importantes en sus estructuras organizativas, en su gestión administrativa y financiera, en la ampliación y diversificación de sus usuarios, en los servicios que ofrecían y en la contratación del personal. Fue así como surgieron departamentos específicos para la planeación, el mercado, la facturación, la auditoría de representantes de los aseguradores y el apoyo al usuario, en las coberturas, pagos y entrega de medicamentos.

La mayoría de las reestructuraciones organizativas en los hospitales afectaron las condiciones laborales de los médicos, porque en numerosos casos enfrentaron una difícil situación financiera al no poder desarrollar de manera inmediata formas de autofinanciación; además tuvieron que modificar o suprimir beneficios laborales extralegales que habían sido acordados a través de diferentes formas o de convenciones colectivas con los médicos sindicalizados. Otros hospitales cerraron, como el Instituto de Seguros Sociales (ISS) y Caja de Previsión Social (Cajanal), entidades que contaban con un importante número de trabajadores sindicalizados, lo que a su vez implicó una disminución de la práctica médica sindicalizada. Por

otra parte, las modificaciones al régimen pensional realizadas por medio de la Ley 100 y otras normas posteriores (Ley 797 del 2003; Acto Legislativo 1 del 2005) introdujeron cambios en los requisitos para obtener la pensión de vejez, lo que afectó a la población en general y a los médicos.

Así mismo, las reestructuraciones en numerosas entidades se hicieron de tal forma que se privilegiaron, aún más, formas de vinculación de servicios que excluían a los trabajadores del ámbito de aplicación del derecho laboral (oferta mercantil, constitución de sociedad comercial unipersonal, contrato de prestación de servicios o múltiples contratos comerciales atípicos), sin protección de seguridad social, y se hicieron más flexibles la contratación (contratos temporales, tiempo parcial), la remuneración (por hora o evento) y la terminación de los contratos. También, algunas entidades acudieron a la tercerización inadecuada de sus funciones, lo que les permitía tener mayor flexibilidad al trasladar decisiones propias de un empleador a un tercero. Con dicho fin, por ejemplo, se utilizaron irregularmente las cooperativas de trabajo asociado (CTA)³, que desarrollaron actividades de suministro de personal, permitido solo para otro tipo de empresas. Además, favorecían a las entidades porque en las CTA se podían establecer regímenes flexibles de compensación del trabajo y no era obligatorio afiliarse a los asociados al sistema de seguridad social. Este uso irregular disminuyó en parte con la Ley 1233 del 2008 que modificó la regulación de las CTA. Sin embargo, desde entonces en el sector de la salud se comenzaron a utilizar, también irregularmente, otras formas de contratación para evadir el control de la tercerización inadecuada, como los contratos sindicales⁴. Esto para algunos médicos implicó un desprendimiento del paciente y de sus obligaciones con la institución.

Contrato de trabajo no tienen. Pero ellos están organizados en una cooperativa de trabajo asociado y estamos estudiando otra modalidad comercial para evitar el vínculo laboral estricto [...]. Desde hace 4 o 5 años nos hemos venido organizando para evitar esa contingencia laboral grande y cada vez nos perfeccionamos más en eso y en tener unas relaciones muy claras con ellos para evitar que se convierta en un problema. (Director IPS, 2011, 13 de enero)

En cuarto lugar, relacionado con lo anterior, la disminución de los pagos profesionales a por los servicios representó un conflicto generalizado en todas las prácticas médicas, salvo en entidades de alta complejidad. Las reformas a la salud implicaron diferencias en los ingresos de los médicos, entre el médico general y el especialista, así como en los ingresos por especialidades. Por ejemplo, los médicos generales tienen menos

3. Son empresas asociativas sin ánimo de lucro destinadas a producir o distribuir bienes o servicios para satisfacer las necesidades de sus asociados y de la comunidad, en ellas los trabajadores son los aportantes y los gestores (Ley 79 de 1988).
4. Es un contrato en el que un sindicato conviene prestar servicios a una empresa, a través de sus afiliados (Artículo 482 Código de Trabajo).

posibilidades de ejercer la medicina privada y su práctica actualmente es principalmente institucionalizada. En los hospitales públicos los médicos continuaron teniendo ingresos más bajos. La especialización sigue siendo importante para mejorar los ingresos, aunque los profesionales cuyas especialidades quedaron incluidas en los servicios del SDS tuvieron una disminución de sus ingresos, puesto que las tarifas son reguladas por dicho sistema. No obstante, algunas especialidades relacionadas con la medicina de alto costo, a pesar de estar incluidas, hasta ahora han resultado beneficiadas porque los servicios son bien remunerados y porque aún las EPS no han desarrollado plenamente la infraestructura para el tercer y cuarto nivel de complejidad. Las especialidades que no quedaron incluidas en los servicios del SDS no tuvieron variaciones, como la psiquiatría, la medicina estética y la cirugía plástica. En general, los médicos consideran que después de las reformas se trabaja más y se recibe menos, porque cada año las entidades tratan de pagarles menos por lo que hacen.

En algunas de las instituciones de alta complejidad analizadas los médicos no percibieron ningún cambio en su ejercicio profesional, salvo en aquellas relacionadas con el avance científico y tecnológico de la medicina. En estas entidades los médicos, por lo general, están conformes con las contrataciones no laborales y con las formas de remuneración por porcentaje, sobre los servicios que facturan, o por horas. El principal conflicto se deriva de tener obligaciones excesivas y mayores responsabilidades, a pesar de no tener un contrato laboral ni recibir ninguna retribución económica. En estas entidades también se utilizaron CTA que produjeron efectos similares a los anteriormente mencionados; aunque en algunos casos fue una elección de los médicos para tener mayor flexibilidad en los turnos y poder prestar servicios en varias entidades.

En un sentido soy independiente, libre, flexible; en el otro, siento que tengo una responsabilidad, que tengo que cumplir unos turnos y unas tareas [...]. Muchas de esas cosas no tienen ningún ingreso [...]. Yo tengo muchas veces que enviar un e-mail administrativo a las cinco de la mañana porque si los hago a las nueve pues estoy perdiendo ver pacientes, mi platica [...]. Trabajo mucho más porque acá no se tiene vacaciones. (Clínico, 2011, 13 de enero)

Estas formas predominantes de contratación de los servicios profesionales médicos en las EPS o IPS implicaron una pérdida del control del acto médico por parte de esas entidades y, en algunas ocasiones, la puesta en marcha de prácticas contrarias a la ética médica. Por ello, varias entidades optaron por la vinculación a través de contratos de trabajo, al considerar que la figura de la subordinación jurídica permitía establecer un control directo sobre los actos médicos. En estos casos las condiciones laborales dependieron de cada institución. Para ese momento la regulación laboral estaba reconfigurada, como se anotó anteriormente, hecho que afectó a los trabajadores en general y a los médicos.

En las unidades de cuidados intensivos en las que yo he trabajado se llevaban pacientes que con seguridad se decía ¡este paciente no va a salir vivo de aquí!, pero se llevaban porque repercutía en la facturación. El subarrendatario decía ¡tengo que tener la unidad llena para que me dé con qué sostenerla! Pues teníamos que llenarla de pacientes [...] Yo trabajaba a través de una cooperativa. (Médico asistencial, 2011, 2 de febrero)

Acciones individuales y colectivas de los médicos

Los médicos realizaron diferentes tipos de acciones individuales para enfrentar los cambios en el ejercicio de su profesión, según el tipo de práctica médica que desarrollaban. En la práctica privada idearon estrategias para mantener pacientes en sus consultorios, se afiliaron a entidades de medicina prepagada, hicieron convenios con diferentes instituciones o establecieron tarifas diferenciadas por sus servicios. En otros casos, cambiaron el perfil de sus pacientes y recibieron afiliados de EPS. En la práctica institucionalizada, los médicos establecieron formas para evadir los controles de las instituciones, se separaron de sus directrices y asumieron una actitud a favor de los usuarios conforme a su criterio profesional, o por temor a una demanda en su contra; en otros casos, los controles fueron negociados con los administradores de las entidades. Frente al deterioro de los ingresos, los médicos presionaron el aumento de las tarifas a través de las sociedades científicas o constituyendo asociaciones —o CTA— para negociar en bloque sus condiciones de trabajo.

En relación con las respuestas colectivas, estas pueden sintetizarse en tres formas: la protesta social, que se usó principalmente para manifestar la inconformidad de los médicos con las reformas a la salud y solicitar el mejoramiento de sus condiciones laborales; la constitución de asociaciones con el fin de actuar como gremio y tener un solo interlocutor ante el Gobierno; el redireccionamiento de las reformas, momento en el que hubo un giro en las estrategias del gremio médico hacia la contienda legislativa mediante el uso del derecho como un instrumento para promover cambios en la salud y en el ejercicio de su profesión.

Las protestas sociales de los médicos

La contienda en salud en Colombia en las últimas tres décadas se movió entre dos extremos: de un lado, los discursos de las reformas al SDS implementadas por el Gobierno, y de otro, las protestas sociales de los médicos⁵ para demandar acciones del Estado y los entes territoriales o los hospitales que estuvieron dispuestos a enfrentar de otra manera los problemas de la salud, reivindicar sus derechos laborales o exigir el mejoramiento de sus condiciones de trabajo.

5. A estas protestas también se sumaron otros actores sociales.

Por protesta social (Archila, 2005), se entiende el conjunto de acciones sociales realizado por más de diez personas (número convencionalmente aceptado) que irrumpen en espacios públicos para expresar intencionalmente demandas o presionar soluciones entre distintos niveles del Estado o entidades privadas. Tales protestas pueden ser expresiones puntuales de movimientos sociales que no requieren permanencia, o expresión organizativa formal, y que expresan el conflicto de manera diferente: hacen públicas las demandas por medios que tienen altos costos para los actores y para la sociedad, e invocan la solidaridad de esta última.

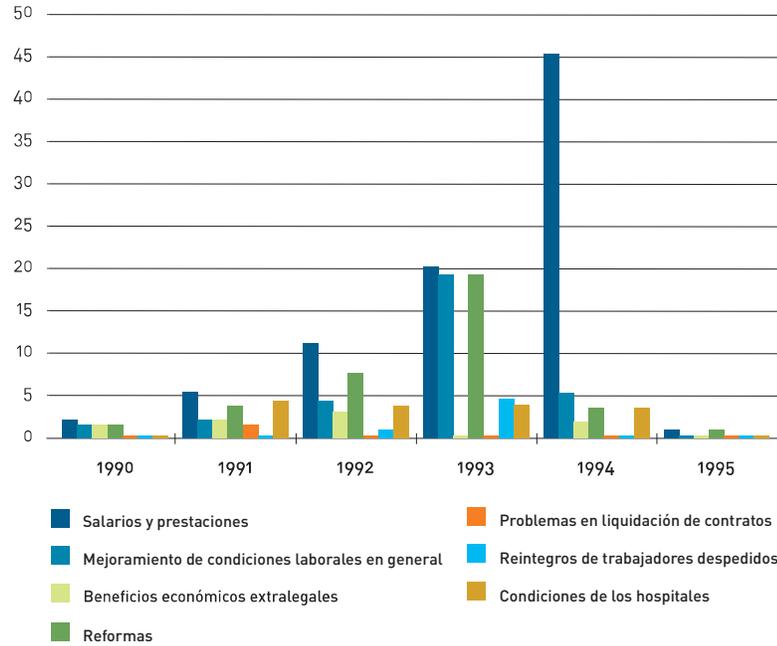
Las protestas sociales de los médicos pueden caracterizarse en tres periodos: 1990-1995; 1998-2002; y 2005-2011. Desde el 2007 la acción colectiva de los médicos comenzó a transformarse y hacia el 2011 es evidente un giro hacia la contienda legislativa, por lo que no se continuaron rastreando las protestas —sin que ello indique que no se siguieran presentando— y se privilegió el análisis de la contienda legislativa.

Los médicos piden mejores condiciones laborales

Entre 1990 y 1995 el principal problema que afrontó el sector de la salud fue el de la falta de recursos para la implementación de la descentralización en el sector. Esto generó numerosas protestas de los médicos, principalmente de aquellos vinculados a los hospitales, públicos o privados, que antes de las reformas recibían recursos del Estado. Otro tema recurrente fue el de las reformas al sistema de seguridad social. Si bien este asunto no aparece con la misma frecuencia que el del pago de salarios o beneficios extralegales, o el mejoramiento de las condiciones laborales, sí fue una cuestión de importancia para los médicos y motivó paros o protestas. En particular, se destaca la inconformidad con la Ley 10 de 1990, que originó varios paros y protestas. También se destaca la idea detrás del discurso de privatización, con la inminente llegada de la Ley 100 y las consecuencias para el sds. De hecho, los médicos reivindicaron la salud pública y gratuita del Estado, y exigieron a este mayor presupuesto para la salud.

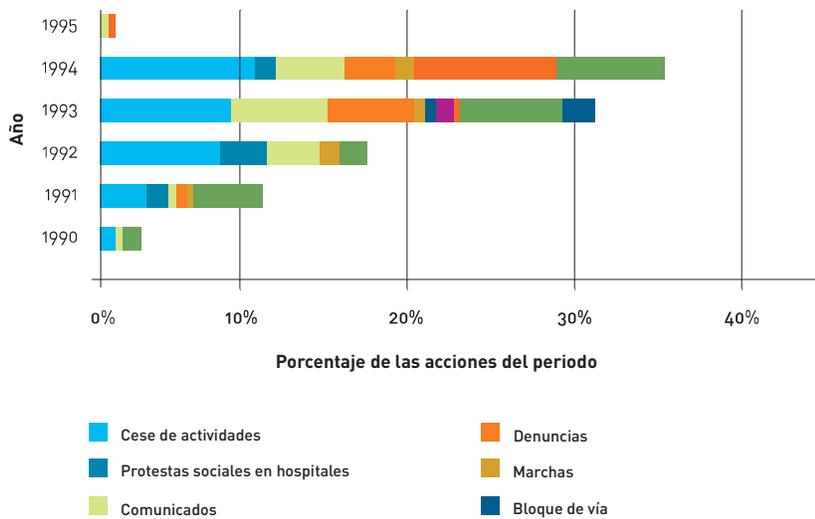
Las acciones de los médicos (figura 1) estuvieron orientadas a la exigencia de pagos de salarios y beneficios extralegales establecidos en acuerdos previos entre los sindicatos de los trabajadores y los hospitales o las instituciones gubernamentales; el mejoramiento de las condiciones laborales; el rechazo a la reforma de la seguridad social y la búsqueda de mejores condiciones físicas y de dotación para los hospitales. Las principales modalidades de protestas (figura 2) fueron el cese de actividades —paros, huelgas o asambleas permanentes— y las renunciaciones masivas de médicos (figura 3). Estas protestas se realizaron por fuera o en medio de un conflicto laboral, es decir, en el marco de la negociación de convenciones colectivas de trabajo. Así mismo, fue común la realización de marchas en las principales ciudades del país o hacia la capital de la república, las operaciones tortuga, el bloqueo de vías y las huelgas de hambre.

Figura 1. Número de motivaciones de las acciones de protesta de los médicos en Colombia (1990-1995)



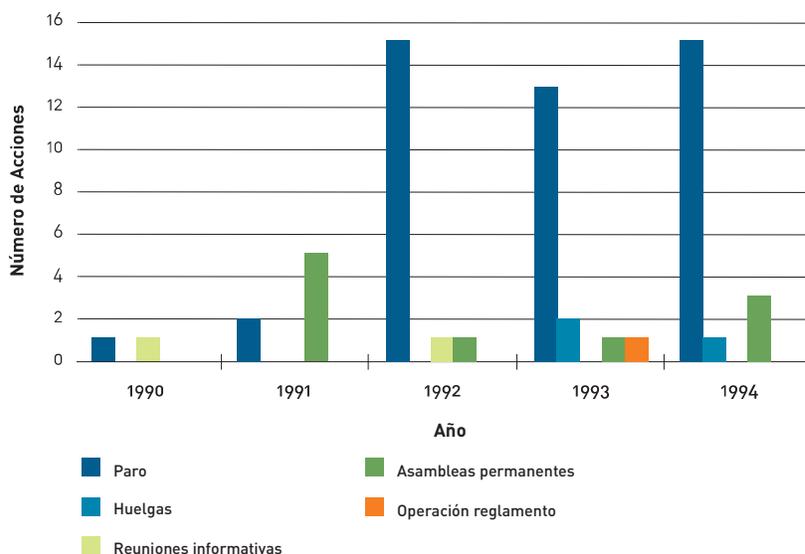
Fuente: elaboración propia a partir de base de datos construida con archivo de noticias del Cinep.

Figura 2. Distribución porcentual de las acciones de protesta de los médicos en Colombia (1990-1995)



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos construida con archivo de noticias del Cinep.

Figura 3. Número de acciones de cese de actividades (desagregado) (1990-1995).



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos construida con archivo de noticias del CINEP.

La crisis del sector de la salud se agravó hacia 1994 por varios factores, entre los que sobresalen la demora en el pago de las cuentas a los hospitales por parte del ISS —institución que era una de las principales contratistas de servicios de salud— y algunas medidas que adoptó el Gobierno nacional en relación con la terminación de contratos y la remuneración de los trabajadores del sector de la salud. Por ello, en ese año se incrementaron las protestas. Sin embargo, posteriormente los médicos celebraron acuerdos con diferentes entidades, por lo que las movilizaciones del gremio disminuyeron considerablemente.

Las protestas generaron diferentes respuestas por parte del Estado, en la mayoría de los casos este cedió ante las presiones de los médicos y dispuso la mejora de salarios y prestaciones. También respondió con la judicialización del conflicto social con la declaración de ilegalidad de las huelgas; las desvinculaciones de los médicos de sus cargos, o despidos; la instauración de acciones penales y disciplinarias en contra de algunos que renunciaron a sus cargos, o de quienes se tomaron instalaciones para entorpecer el derecho al trabajo. Puede afirmarse que las protestas fueron efectivas. En la mayoría de los casos, por ejemplo, los ceses de actividades fueron levantados con la celebración de acuerdos o negociaciones con el Estado, los entes territoriales y los hospitales. Una de las modalidades de protesta que mayor impacto tuvo en el sector de la salud fue la renuncia masiva de médicos, por lo que ella implicaba: el sector salud sin médicos y, en algunos casos, la necesidad por parte de los hospitales de restringir o cerrar servicios como el de urgencias.

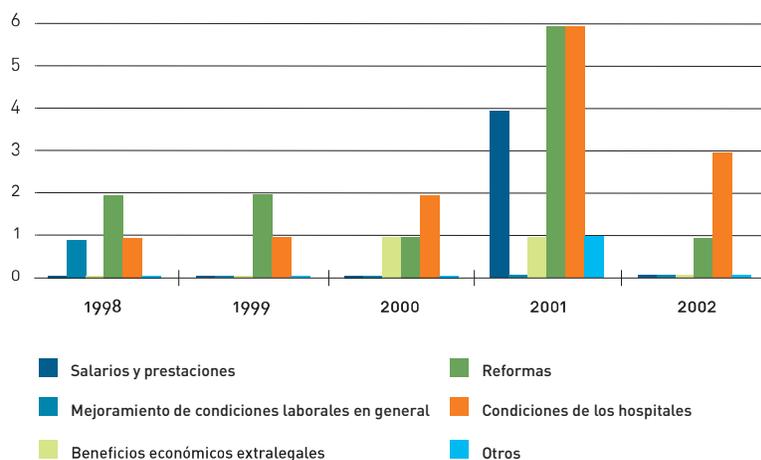
Los médicos piden vuelco en salud

Entre 1998 y el 2002 se hicieron más visibles los problemas de funcionamiento del sds. Un tema recurrente fue que la salud se encontraba sin una autoridad rectora capaz de expedir una regulación para lograr una adecuada coordinación entre los diferentes actores. También se hizo alusión a problemas como la falta de mecanismos para controlar la evasión de los aportes al sss; la ausencia de un sistema de información, de calidad y de control a las EPS; la creación de IPS sin el cumplimiento de los requisitos legales, que realizaban prácticas de competencia desleal, como la guerra de tarifas; la inadecuada gestión de algunos hospitales; las tarifas hospitalarias y la demora en sus pagos; la especulación con los precios de los medicamentos; el mal manejo de los recursos por parte de las secretarías de salud departamentales y municipales; y, por supuesto, la corrupción.

Otro asunto recurrente fue la reestructuración de numerosos hospitales, algunos de los cuales lograron adaptarse a las nuevas condiciones de funcionamiento, aunque en algunos casos esto implicó reducción de los costos laborales, por ejemplo, con la reducción de derechos laborales del personal médico o con el recorte del pago de recargos nocturnos o de horas extras. En este contexto, algunos hospitales continuaron con crisis financieras. Así mismo, se registraron problemas relacionados con la transformación del ejercicio de la profesión médica, como la pérdida de la autonomía profesional; la reducción de los ingresos profesionales; la transformación de la relación médico-paciente, a raíz de la deshumanización de la profesión y de la reducción del tiempo de consulta.

En este periodo se evidenció una leve transformación en los médicos que protestaban, aparecieron otras voces como las de médicos representantes de asociaciones médicas o de instituciones hospitalarias prestigiosas. Las principales motivaciones de las acciones de protesta fueron las reformas al sds, las condiciones de los hospitales y los salarios (figura 4).

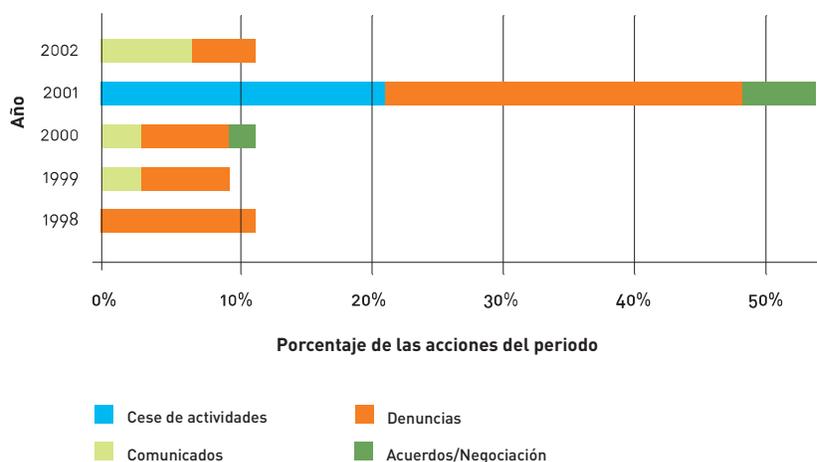
Figura 4. Número de motivaciones de las acciones de protesta de los médicos en Colombia (1998-2002)



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos construida con archivo de noticias del Cinep.

Las denuncias y el cese de actividades, este último representado en paros, fueron las modalidades de protesta a las que más se recurrió (figura 5). En este periodo hubo una reducción sustancial de las protestas, o al menos de su visibilidad en el discurso de la prensa, aunque estas reaparecieron moderadamente desde el 2001. En relación con esa disminución, se pueden sugerir las siguientes hipótesis⁶: pudo obedecer al hecho de que, a partir de la Ley 100, el sector prestador de servicios debió concentrar sus esfuerzos en la sostenibilidad de los hospitales en el nuevo sistema, así que es posible que parte del gremio médico hubiese encontrado estrategias para insertarse en ese nuevo contexto, mientras que los que se vieron afectados continuaron protestando por la implantación de las reformas. También pudo deberse a la disminución del empleo en el sector público y en el privado, o a las reestructuraciones de algunos hospitales y del ISS que lograron pactar nuevas condiciones laborales con sus trabajadores, lo que sirvió para moderar las posiciones de los actores en ese momento.

Figura 5. Distribución porcentual de las acciones de protesta de los médicos en Colombia (1998-2002)



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos construida con archivo de noticias del Cinep.

En cierta medida, las protestas sociales de los médicos continuaron siendo efectivas porque hicieron que el Estado comprometiera mayores recursos para la salud, sin embargo, varios de esos compromisos fueron incumplidos.

El gremio médico se agitó de nuevo

Entre el 2005 y el 2011 la crisis financiera de las EPS del ISS y de algunos hospitales fue el principal problema en el sector de la salud. También, el

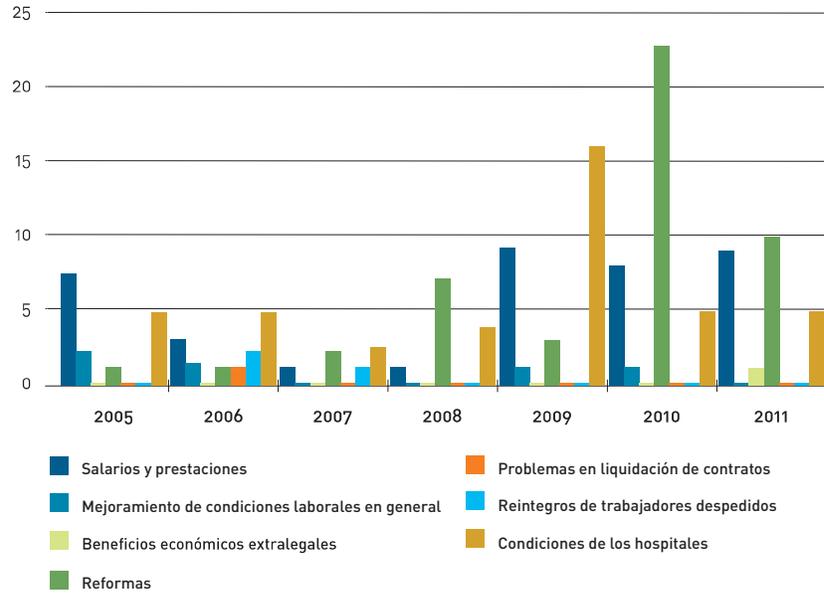
6. No debe descartarse también que pudo ser un asunto no abordado ampliamente en la prensa en este periodo, o que en la base de datos utilizada no hubiera un registro total de las noticias que se produjeron sobre el sector de la salud.

hecho de que el Gobierno dispusiera el cierre y liquidación de hospitales y varias EPS del régimen subsidiado, con el argumento del déficit fiscal, los malos manejos y la falta de competitividad de las instituciones. Lo anterior llevo a que las clínicas y los hospitales fueran puestos en venta por el Gobierno. En algunos casos los hospitales se entregaron a los trabajadores en comodato. Entre los problemas del funcionamiento del SNS pude resaltarse el recobro desproporcionado de los medicamentos no cubiertos por las EPS; la iliquidez del sector hospitalario ante el retraso en el pago de las cuentas por parte de las EPS, del Gobierno o de los entes territoriales; las barreras para el acceso a los servicios de salud generadas por las EPS y la falta de coordinación de las acciones de salud pública. También hubo alusión a la desprofesionalización de la medicina y a la transformación de la relación médico-paciente, ante las agresiones que recibían los médicos por parte de los usuarios. Si bien el Gobierno adoptó medidas para mejorar el funcionamiento del SNS, como el establecimiento de mayores controles a las EPS, llama la atención que, en contraste con lo anterior, no haya exigido a estas la depuración de sus bases de datos de afiliados, para que pudieran recibir más de \$ 700 mil millones de pesos (correspondiente al pago por la totalidad de los afiliados). Esto contribuyó a que se produjera una mayor desconfianza entre los actores del sistema.

Ante los problemas del SNS, el Gobierno de la época decretó la Emergencia Social en Salud (Decreto 4975 del 2009). Dicha medida pretendió proveer más recursos para la financiación de la salud y contrarrestar algunas prácticas indebidas de algunas EPS que incentivaban la demanda o la oferta de servicios por fuera de los incluidos en los planes de beneficios, a través de acciones de tutela. Sin embargo, la Corte Constitucional, mediante la sentencia C-252 del 2010, declaró inconstitucional tal declaratoria al considerar que no se trataba de problemas sobrevinientes y que en varios de sus fallos la Corte había advertido sobre los mismos. Este hecho, unido al cierre de hospitales y de la EPS del ISS, de Cajanal y de sus clínicas, así como a las reformas pensionales del 2003 y del 2005, anteriormente mencionadas, agitaron nuevamente al gremio médico. Durante este periodo se volvieron a presentar fuertes protestas, como las registradas durante los primeros años de implantación de las reformas; el 2009 y el 2010 fueron los años con mayor conflictividad y en el 2011 se vio una disminución en las protestas, en parte, por el giro en la acción colectiva de los médicos, que se desplazó hacia la contienda legislativa.

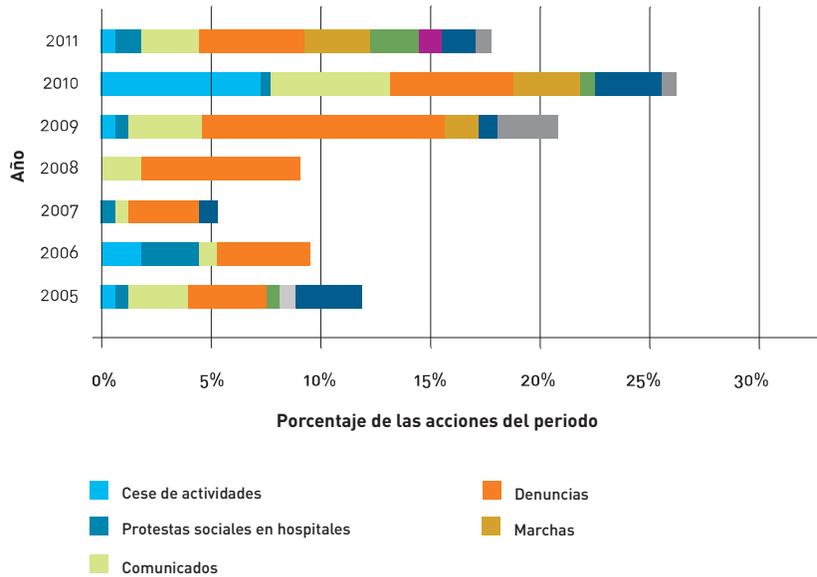
Las motivaciones de las protestas (figura 6) continuaron siendo por las reformas y las condiciones de los hospitales (reestructuraciones que incluyen, por lo general, cierres, liquidaciones y despidos); exigir el pago de salarios o prestaciones; las condiciones laborales; o exigir el reintegro a sus cargos de los trabajadores despedidos. Como modalidades de protesta (figura 7) cabe señalar las denuncias; el cese de actividades, a través de paros principalmente; la expedición de comunicados; las protestas en los hospitales; los bloqueos de vías; las huelgas de hambre y la toma de instalaciones.

Figura 6. Número de motivaciones de las acciones de protesta de los médicos en Colombia (1998-2002)



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos construida con archivo de noticias del Cinep.

Figura 7. Distribución porcentual de las acciones de protesta de los médicos en Colombia (2005-2011)



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos construida con archivo de noticias del Cinep.

Profesión fraccionada

A través de la constitución de asociaciones de segundo grado el gremio médico pretendió tener un solo interlocutor ante el Gobierno nacional e incidir en la derogatoria o reforma de la Ley 100. Desde antes de la expedición de la Ley 100 la Academia Nacional de Medicina (ANM), la Federación Médica Colombiana (FMC), la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC), la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame) y la Asociación Médica Sindical Colombiana (Asmedas) se preocuparon por el auge de las empresas de medicina prepagada, el incremento de las facultades de medicina, el ingreso de médicos extranjeros al país, la socialización de la medicina y la reforma a la seguridad social (Forero, 2009).

Entre 1992 y 1998, las anteriores entidades constituyeron dos asociaciones: el Consejo Superior de Instituciones Médicas (Consimed) y la Asociación Médica Colombiana. Sin embargo, dichas asociaciones fueron efímeras debido a la diversidad de posiciones ideológicas sobre las reformas. Por ejemplo, la ANM no deseaba participar en asuntos gremiales, mientras que Asmedas promovía reacciones fuertes contras aquellas. Además, porque el gremio médico no pudo ponerse de acuerdo sobre sus representantes ante el Gobierno. Dichas diferencias, así como la falta de liderazgo de una de ellas, llevaron a un mayor fraccionamiento del gremio. Durante ese momento las relaciones Estado-profesión fueron muy tensas.

En el año 2002, la FMC y otras asociaciones, entre ellas la Confederación de Profesionales de la Salud (Copsa), constituyeron la Asociación Nacional de Profesionales de la Salud para reformar la Ley 100 (Asoreforma Ley 100 de 1993) (ARL 100). Sin embargo, la división del gremio médico se acentuó con la presentación de un proyecto de ley por parte del Gobierno que pretendía regular el talento humano en salud y crear Colegios Médicos. Las diferencias sobre este asunto, principalmente entre la FMC y Asmedas, llevaron al surgimiento de otra asociación médica en el 2003, el Colegio Médico Colombiano (CMC), con el fin de impulsar ese proyecto.

A pesar de los anteriores hechos, el gremio médico insistió en la unidad. En el 2004, representantes de la FMC, la ANM, la ACSC, Asmedas y el CMC se reunieron para discutir los contenidos de algunos proyectos para reformar la Ley 100, cuyos resultados fueron consignados en la Declaración de Paipa del 11 de septiembre del 2004. En ella se afirmó que los médicos hablarían unidos; que se comprometían a la preservación del ISS; que lucharían para volver a la salud pública una obligación exclusiva del Estado, contra la destrucción de la red pública de hospitales y contra la integración vertical y horizontal en el SDS; que preservarían los hospitales universitarios y defenderían la profesión médica y su ejercicio ético. Sin embargo, las posiciones de las asociaciones siguieron muy alejadas entre sí y ese mismo año algunos miembros vinculados a ARL100, el CMC, y Copsa consideraron necesario unirse con otros profesionales de la salud, por lo que crearon la Asociación Nacional de Profesiones de la Salud (Asosalud). Con esta asociación los médicos pretendían constituir una vocería única ante instancias gubernamentales, toda vez que tal representatividad se otorgaba a las asociaciones con mayor número de miembros.

Por su parte, la FMC dejó de ser miembro de ARL100 y en Asosalud también hubo divergencias entre sus miembros por la propuesta de constituir una EPS (Multimédicas EPS). Algunos médicos lo consideraron contradictorio, porque significaba apoyar la Ley 100, por lo que se retiraron del CMC y de Asosalud. En el 2007 promovieron la creación del Colegio Nacional de Médicos Generales de Colombia (Conameg). Esta asociación surgió para representar los intereses de los médicos generales, quienes fueron muy afectados con las reformas, y también aspiró a tener representatividad ante instancias gubernamentales.

La constitución de múltiples asociaciones médicas fue otra expresión de la acción colectiva de los médicos y evidenció que no siempre los practicantes de una profesión son un grupo homogéneo (Freidson, 1994), sino que se diferencian por su orientación intelectual, su especialidad y su organización del trabajo, por lo que pueden darse diferentes respuestas de los subgrupos de la profesión frente a los cambios que la afectan. Aunque no se logró la unidad del gremio médico, algunas de las nuevas asociaciones fueron posteriormente actores importantes en la reconfiguración de la regulación del sector de la salud.

El redireccionamiento de las reformas

Una profesión está sujeta a múltiples regulaciones. Nigenda y Machado (1997) las plantean en dos niveles: uno macro, que corresponde a la regulación de las relaciones sociales y económicas y de los servicios de salud; y uno profesional, que depende del papel del Estado como proveedor de los servicios sociales asistenciales. En este nivel hay un proceso continuo de balanceo de poderes, en el que la relación Estado profesión se establece sobre dos ejes: el dominio profesional y el dominio del Estado. Así, la regulación de la profesión depende de la interacción que exista entre la profesión y el Estado, las características de la participación de los profesionales como productores de servicios de salud y la interacción entre prestadores, agentes financieros, los usuarios y las asociaciones profesionales.

Para la década del 2000, el desarrollo institucional en el SDS a raíz de la implementación de las reformas seguía creciendo, fue así como el gremio médico comprendió que era difícil derogar la Ley 100, razón por la cual modificó sus estrategias de acción colectiva. Así, un sector se volcó hacia la contienda legislativa con el fin de incidir en las políticas públicas del sector de la salud y en la regulación jurídica de su profesión, mientras otro sector continuó con las protestas. De esa manera, la ANM, la FMC, el CMC y Asosalud participaron en la expedición de las leyes 1122 y 1164 del 2007, 1438 del 2011 y 1751 del 2015 (Ley estatutaria de salud), las cuales introdujeron reformas a la Ley 100 en relación con el funcionamiento del SDS, además regularon diferentes aspectos de la práctica médica. La Ley 1164 estableció un marco regulatorio general para las profesiones y las ocupaciones del área de la salud —que se extendió a las especialidades médicas—, también dio mayor participación a estas en el diseño de políticas públicas, a través

del Consejo Nacional del Talento Humano en Salud. La ANM, Asosalud y la FMC son asesores permanentes de ese Consejo.

En relación con el funcionamiento del SDS, los ajustes institucionales se enfocaron en sus aspectos administrativos; el establecimiento de indicadores de resultados para los actores; el fortalecimiento de la red hospitalaria pública; el fortalecimiento de la salud pública y la financiación. También se abordaron problemas como la integración vertical, la selección adversa de pacientes y el que las EPS hicieran exigencias o trámites no contemplados en las normas para acceder a los servicios.

La participación de los médicos en la discusión de las leyes mencionadas fue muy significativa, porque no solo les permitió establecer una nueva dinámica en las relaciones Estado-profesión, sino también porque fueron protagonistas en la regulación jurídica de su profesión, en aspectos como la formación médica; los requisitos para el ejercicio de la medicina; el acto médico, la autonomía profesional y la responsabilidad; el registro médico; la ética médica y el uso de las guías o protocolos médicos. También porque se reguló sobre las condiciones de trabajo en que se ejerce la práctica médica. Dichas normas se orientaron a la reglamentación de la vinculación laboral de los médicos a las IPS; la creación de un manual tarifario para los honorarios profesionales y el pago oportuno de los mismos. La ley 1164 estableció que la política del talento humano en salud debe consultar los postulados de trabajo decente de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Así mismo, en la Ley 1438 se dispuso que el personal misional permanente de las IPS no podrá estar vinculado a través de entidades o modalidades de vinculación que afecten sus derechos constitucionales, legales y prestacionales.

Por otra parte, un sector del gremio médico (el CMC y Asosalud) insistió en la creación legal de los Colegios Médicos, como en efecto se hizo, a los cuales se les asignaron algunas funciones públicas, como la de inscribir los profesionales en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud, expedir la tarjeta profesional y expedir los permisos transitorios para el personal de salud extranjero que ingrese al país en misiones científicas o asistenciales. Estas funciones las desarrolla el CMC por ser la asociación con mayor representatividad.

A pesar de los logros alcanzados por los médicos, no debe asumirse una posición instrumentalista del derecho y considerar que la existencia de una norma cambia por sí misma la realidad; las normas operan en contextos y deben ser apropiadas, por lo que aún pueden darse escenarios de incumplimiento de la normatividad.

Conclusiones

A partir de las transformaciones en el sector de la salud, en la década de los noventa, la práctica médica es más científica, más controlada y más regulada. Esta asume entonces un nuevo rol en el sistema de salud, en el que tiende a ser más corporativa, colectiva e interdisciplinaria. Las reformas a los sistemas de salud desestimularon la práctica privada y generaron

un desplazamiento del ejercicio liberal de la profesión a uno inscrito en instituciones. Así mismo, la relación médico-paciente se redefinió y hubo una mayor estandarización del conocimiento, lo que ha implicado una transformación en la autonomía profesional. Por otra parte, el ejercicio profesional se enfrentó a condiciones laborales diferentes. Con referencia a este último aspecto, el reacomodo de los actores del sector de la salud en el contexto configurado por las reformas, tal y como se hizo, implicó condiciones de trabajo inadecuadas para algunos médicos, pues se potenciaron formas contractuales que ya existían y que los excluían del ámbito del derecho laboral; además provocó el establecimiento de contratos de trabajo precarios y el uso inadecuado de la figura de la tercerización.

A pesar de dichas condiciones adversas, se puede decir que las prácticas médicas tienen su propia trayectoria y que los médicos pudieron resistir o adaptarse a algunos cambios en el ejercicio de su profesión. De esa forma, se identifica que algunas prácticas médicas no se modificaron y otras que sí lo hicieron conservaron los mismos significados. En este sentido, las acciones colectivas que tendieron a mantener la cultura laboral de los médicos los convirtió en actores políticos emergentes; así, al tiempo que lucharon por sus intereses propios, también fueron actores claves en la configuración del campo de la salud en Colombia, en el contexto de las reformas al sds.

Inicialmente, los médicos que tuvieron mayor participación en las protestas fueron aquellos vinculados a hospitales públicos o privados que recibían recursos del Estado, porque las reformas eliminaron la financiación de dichas entidades. Posteriormente se unieron médicos directores de hospitales y de asociaciones médicas. Este hecho implicó una redefinición de las estrategias de la acción colectiva, lo que se vio reflejado en la intención de tener un interlocutor único ante el Gobierno que, sin embargo, debido a las diferentes posiciones ideológicas en las asociaciones llevó a un mayor fraccionamiento del gremio médico. En el transcurso de los años, y de la mano con el avance en la implementación de las reformas, se hizo más difícil derogar la Ley 100, razón por la cual los médicos cambiaron su estrategia de acción colectiva, así, pasaron de la protesta a la contienda legislativa, esta última resultaría muy importante para lograr producir cambios en la regulación del sector de la salud. Esta participación fue decisiva para la normalización de la “nueva institucionalidad” configurada con las reformas al sds. En este caso, los logros alcanzados por el gremio médico se deben a su rol fundamental en el nivel operativo y estratégico del sds, que motivaron el apoyo del Estado a la profesión.

Por otra parte, las relaciones entre acciones contenciosas (protestas sociales) y no contenciosas (constitución de asociaciones y contienda legislativa), así como los ciclos de protesta, estuvieron marcadas por las actuaciones de los gobiernos. En la etapa inicial de la implementación de las reformas un sector del gremio médico fue muy combativo. Como sus protestas sociales fueron efectivas, las reformas disminuyeron. Posteriormente, cuando se produjeron ajustes a la regulación pensional, se hicieron más evidentes los problemas de funcionamiento del sds, lo que se vio

reflejado en el cierre de hospitales y en la intensificación de las protestas de los médicos (con las que consiguieron algunos logros parciales). Aunque las protestas por asuntos laborales siempre estuvieron presentes, a partir del periodo 1998-2002 las motivaciones de aquellas también fueron por las reformas y las condiciones de los hospitales, lo que puede sugerir una mayor politización de la acción colectiva.

Las transformaciones en el campo del trabajo y las reformas legales realizadas en él generaron algunas dualidades. En primer lugar, este campo se caracteriza por la imbricación de dos estructuras que implican dos paradigmas que aparecen como contradictorios, pero que, no obstante, se manifiestan en las prácticas de los empleadores y los trabajadores: el paradigma del trabajo dependiente, sustentado en los discursos del trabajo protegido y regulado; y el impulso de la desalarización, evidenciado en diversas formas de trabajo independiente y no protegido. Los médicos se debatieron entre ambos paradigmas.

La misma dualidad se presenta en relación con la flexibilización laboral, que también ha logrado una redimensión de las prácticas y estructuras institucionales y empresariales, de modo que el trabajo también se redimensiona y adquiere nuevas significaciones para los empleadores y los trabajadores. Esto implicó, en algunos casos, mejores oportunidades laborales y mayor movilidad para cierto grupo de trabajadores, incluso con salarios altos, pero para otros significó condiciones laborales precarias. Los médicos en las instituciones de salud de alta complejidad obtuvieron provecho de dicha flexibilización, sin embargo, los médicos generales resultaron afectados. A pesar de estas situaciones, se puede afirmar que, en general, las transformaciones que se dieron en el campo del trabajo y la seguridad social en las últimas tres décadas, como consecuencia de la acentuación del modelo económico neoliberal, redundaron negativamente en la protección de los derechos al trabajo y a la salud y profundizaron las desigualdades sociales.

Lo anterior sugiere la necesidad de repensar el derecho laboral, el concepto de trabajo regulado y el de sujeto laboral; regulación que debe enfocarse en la protección del trabajo sin importar la modalidad en que se realice, en el individuo en tanto ciudadano y en la seguridad social como una obligación fundamental, para así garantizar la finalidad histórica del derecho laboral: proteger el trabajo en condiciones dignas y justas y ser un pasaporte para el ejercicio de la ciudadanía.

Referencias

- Archila, M. (2005). *Idas y venidas. Vueltas y revueltas. Protestas sociales en Colombia. 1958-1990*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia y Cinep.
- Bonilla, R. (2006). La reforma económica: una apertura concentradora. En F. Leal Buitrago (ed.), *En la encrucijada: Colombia en el siglo XXI* (pp. 423-449). Bogotá: Grupo Editorial Norma.

- Collier, R. y Collier, D. (2002). *Shaping the political arena: critical junctures, the labor movement, and regime dynamics in Latin America*. Indiana: University of Notre Dame Press.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn. Theory, prophecy and policy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Forero, H. (2009). *Momentos históricos de la medicina colombiana*. Bogotá: Prsimagrafan. Consultado el 17 febrero del 2017 en <http://www.bdigital.unal.edu.co/638/>
- Harrison, S., Moran, M. y Wood, B. (2002). Policy emergence and policy convergence: the case of scientific-bureaucratic medicine in the USA and UK. *British Journal of Politics and International Relations*, (4), 1-24. doi:10.1111/1467-856X.41068
- McAdam, D., Tarrow, S. y Tilly, C. (2005). *Dinámica de la contienda política*. Barcelona: Hacer.
- Nigenda, G. y Machado, M. H. (1997). Modelos de regulación profesional de los médicos en América Latina: elementos teóricos para su análisis. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(4), 685-692. Consultado el 14 de febrero del 2017 en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000400011&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Reygadas, L. (2002). *Ensamblando culturas. Diversidad y conflicto en la globalización de la industria*. Barcelona: Gedisa.
- Tarrow, S. y Tilly, C. (2015). *Contentious politics*. Oxford: Oxford University Press.
- Tuohy, C. H. (1999). Dynamics of a changing health sphere: The United States, Britain, and Canada. *Health Affairs*, 18(3).
- Volmar, J., Nova, G. y Giraldo, C. (1990). La seguridad social en Colombia. Muchos los llamados, pocos los escogidos. En *Colombia. La deuda social en los 80* (pp. 325-338). Bogotá: OIT – Prealc.
- Uprimny, R. (2002). Constitución de 1991, Estado social y derechos humanos: promesas incumplidas, diagnóstico y perspectivas. En *Debate a la Constitución* (pp. 55-72). Bogotá: ILSA, Universidad Nacional de Colombia.
- Urrea, F. (2003). Una mirada sociológica al “outsourcing”: las tendencias de la flexibilidad externa e interna y la empresa red en el capitalismo contemporáneo. Ponencia presentada en el *Seminario regional de actualización en gestión humana: procesos y prácticas de gestión humana; decisiones que agregan valor*. Acrip- Manizales.
- Yepes, F. (dir.) (1990). *Estudio sectorial de salud. La salud en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud y Departamento Nacional de Planeación.

Fuentes primarias

Entrevistas

- Clínico. (2011, 13 de enero). Entrevista por autor. Santiago de Cali.
- Director IPS. (2011, 13 de enero). Entrevista por autor. Santiago de Cali.
- Médico asistencial. (2011, 2 de febrero). Entrevista por autor. Medellín.

Normatividad

- Congreso de Colombia. Ley 10 de 1990 “Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”. *Diario Oficial* 39 137, Bogotá.
- Congreso de Colombia. Ley 50 de 1990 “Por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones”. *Diario Oficial* 39 618, Bogotá.
- Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. *Diario Oficial* 41 148, Bogotá.
- Congreso de Colombia. Ley 789 del 2002 “Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo”. *Diario Oficial* 45 046, Bogotá.
- Congreso de Colombia. Ley 797 del 2003 “Por la cual se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los Regímenes Pensionales exceptuados y especiales”. *Diario Oficial* 45 079, Bogotá.
- Congreso de Colombia. Acto Legislativo 1 del 2005 “Por el cual se adiciona el artículo 48 de la Constitución Política”. *Diario Oficial* 45 980, Bogotá.
- Congreso de Colombia. Ley 1122 del 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. *Diario Oficial* 46 506, Bogotá.
- Congreso de Colombia. Ley 1164 del 2007 “Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud”. *Diario Oficial* 46 771, Bogotá.
- Congreso de Colombia. Ley 1233 del 2008 “Por medio de la cual se precisan los elementos estructurales de las contribuciones a la seguridad social, se crean las contribuciones especiales a cargo de las Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado, con destino al Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, y a las Cajas de Compensación Familiar, se fortalece el control concurrente y se dictan otras disposiciones”. *Diario Oficial* 47 058, Bogotá.
- Congreso de Colombia. Ley 1438 del 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. *Diario Oficial* 47 957, Bogotá.
- Congreso de Colombia. Ley estatutaria 1751 del 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. *Diario Oficial* 49 427, Bogotá.
- Presidencia de la República. Decreto 77 de 1987 “Por el cual se expide el Estatuto de Descentralización en beneficio de los municipio”. *Diario Oficial* 37 757, Bogotá.
- Presidencia de la República. Decreto 4975 del 2009 “Por el cual se declara el Estado de Emergencia Social”. *Diario Oficial* 47 572, Bogotá.